

NECESIDADES EMERGENTES EN CHILE

Avances en investigación y propuestas de intervención para la promoción del envejecimiento activo desde la Psicología

VICTORIA PLAZA
[EDITORA]

MÁS
UNIVERSIDAD



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE CHILE



RIL editores

NECESIDADES EMERGENTES EN CHILE:

AVANCES EN INVESTIGACIÓN Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN
PARA LA PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO
DESDE LA PSICOLOGÍA

VICTORIA PLAZA

NECESIDADES EMERGENTES EN CHILE

*Avances en investigación
y propuestas de intervención para
la promoción
del envejecimiento activo
desde la Psicología*

MÁS
UNIVERSIDAD



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE CHILE



RiL editores

304.66 Plaza, Victoria

P Necesidades emergentes en Chile: avances en investigación y propuestas de intervención para la promoción del envejecimiento activo desde la Psicología / Victoria Plaza, editora. -- Santiago : RIL editores • Universidad Autónoma de Chile, 2018.

254 p. : 23 cm.

ISBN: 978-956-01-0538-7

1 ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN-CHILE. 2 ANCIANOS-CHILE. 3. ANCIANOS-CONDICIONES SOCIALES-CHILE. ○

NECESIDADES EMERGENTES EN CHILE:
AVANCES EN INVESTIGACIÓN Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN
PARA LA PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO DESDE LA PSICOLOGÍA
Primera edición: abril de 2018

© Victoria Plaza, 2018
Registro de Propiedad Intelectual
N° 287.541

© RIL® editores, 2018

SEDE SANTIAGO:
Los Leones 2258
CP 7511055 Providencia
Santiago de Chile
☎ (56) 22 22 38 100
ril@rileditores.com • www.rileditores.com

SEDE VALPARAÍSO:
Cochrane 639, of. 92
CP 2361801 Valparaíso
☎ (56) 32 274 6203
valparaiso@rileditores.com

SEDE ESPAÑA:
europa@rileditores.com • Barcelona

Composición, diseño de portada e impresión: RIL® editores
Imagen de portada: Jorge López (Unsplash)

Impreso en Chile • *Printed in Chile*

ISBN 978-956-01-0538-7

Derechos reservados.

ÍNDICE

PRÓLOGO	13
INTRODUCCIÓN	17
BLOQUE I: DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL EN CHILE	21
CAPÍTULO 1. ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN CHILE: OPORTUNIDADES Y DESAFÍOS A UN FENÓMENO RECIENTE <i>Nicolás Cisternas Sandoval y Victoria Plaza</i>	23
CAPÍTULO 2. GÉNERO Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO: EL SISTEMA NACIONAL DE CUIDADOS EN CHILE <i>Verónica Gómez Urrutia y Oriana Arellano Faúndez</i>	39
CAPÍTULO 3. EL EDADISMO COMO UN FACTOR DE RIESGO PARA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO <i>Nicolás Cisternas Sandoval y Lucio Sarabia Toloza</i>	51
BLOQUE II: AVANCES EN INVESTIGACIÓN Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVA EN ENVEJECIMIENTO NORMAL Y PATOLÓGICO	67
CAPÍTULO 4. MEJORA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES COGNITIVAMENTE SANOS. UNA PROPUESTA TEÓRICA DE INTERVENCIÓN INTEGRADA DE ENTRENAMIENTO NEUROCOGNITIVO, TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL Y MINDFULNESS <i>Braulio Bruna y Miguel Ramos</i>	69
CAPÍTULO 5. ENTRENAMIENTO COGNITIVO Y FÍSICO COMO INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA PARA ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA <i>Miguel Ramos, Andrés Ledezma y Braulio Bruna</i>	83
CAPÍTULO 6. PROCEDIMIENTO DE CONSECUENCIAS DIFERENCIALES: UNA FORMA SENCILLA DE ESTIMULAR EL APRENDIZAJE Y LA MEMORIA EN ADULTOS CON ENVEJECIMIENTO NORMAL, EXITOSO Y PATOLÓGICO <i>Michael Molina, Juan Carlos Meléndez, Joaquín Escudero, Angeles F. Estévez, Luis J. Fuentes y Victoria Plaza</i>	95

<p>CAPÍTULO 7. PERCEPCIÓN DE LA CAPACIDAD DE MEMORIA Y RENDIMIENTO EN TAREAS DE MEMORIA EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A CENTROS DE SALUD FAMILIAR <i>Nieves Schade Yankovic, Raúl G. Ramírez-Vielma, Gabriela Nazar y Vasily Buhring Silva</i>.....</p>	113
<p>CAPÍTULO 8. ENVEJECIMIENTO Y APRENDIZAJE: UN APORTE DESDE EL MODELO ANIMAL <i>Rocío Angulo, Alfredo Adriasola-Carrasco, Vania Estades, Valeska Ramirez y Fabián Cabezas-Opazo</i>.....</p>	141
<p>BLOQUE III: AVANCES EN INVESTIGACIÓN Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN CLÍNICA Y PSICOSOCIAL EN ENVEJECIMIENTO.....</p>	153
<p>CAPÍTULO 9. RELACIÓN ENTRE SUCESOS VITALES Y SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES INDEPENDIENTES: EL PAPEL MEDIADOR DE LAS ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL <i>Claudia Miranda-Castillo, Magdalena Cárdenas Jiménez, Makarena Olivares Escobar, Javier Morán Kneer, María O. León-Campos y Virginia Fernández-Fernández</i>.....</p>	155
<p>CAPÍTULO 10. BIENESTAR ESPIRITUAL Y AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE EN PERSONAS MAYORES <i>José Miguel Morales y Gonzalo Páez-Otey</i></p>	175
<p>CAPÍTULO 11. CONDUCTAS SUICIDAS EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD <i>Pablo Méndez-Bustos, Carlos Mellado y Carla Méndez</i></p>	193
<p>CAPÍTULO 12. BIENESTAR SUBJETIVO E INCLUSIÓN FINANCIERA EN ADULTOS MAYORES <i>Marianela Denegri-Coria, Jocelyne Sepúlveda-Aravena, Regina Navarro-Blanco y Juan Cánchig Loya</i></p>	207
<p>CAPÍTULO 13. EL APOYO SOCIAL DE PERSONAS MAYORES EN CHILE: LA IMPORTANCIA DE LOS CLUBES DE ADULTO MAYOR <i>Gonzalo Páez-Otey y José Miguel Morales</i></p>	221
<p>CAPÍTULO 14. LA COMUNIDAD TERRITORIAL Y SOCIAL COMO BASE PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO DE LA POBLACIÓN <i>Paula Miranda Sánchez, María Loreto Martínez Guzmán y Sara Caro Puga</i></p>	237

COMITÉ EDITORIAL

§

Directora

Dra. D^a. Victoria Plaza
Universidad Autónoma de Chile (Chile)

Miembros

Dr. D. Agustín Martínez Molina
Universidad de Zaragoza (España)

Dra. D^a. Ángeles F. Estévez
Universidad de Almería (España)

Dra. D^a. Ginesa López Crespo
Universidad de Zaragoza (España)

Dr. D. Michael Molina Venegas
Universidad Mayor (Chile)
Instituto de Desarrollo Cognitivo – IDCO (Chile)

Dr. D. Víctor Arias González
Universidad de Salamanca (España)

REVISORES EXTERNOS

(EVALUACIÓN POR PARES DOBLE-CIEGO)

Mg. D^a. Ana Patricia Kinkead B.
Universidad Autónoma de Chile (Chile)

Dr. D. Agustín Martínez Molina
Universidad de Zaragoza (España)

Dra. D^a. Ángeles F. Estévez
Universidad de Almería (España)
CERNEP Research Center (España)

Mg. D^a. Cristina Valenzuela Contreras
Universidad Autónoma de Chile (Chile)

Dra. D^a. Diana Martella
Universidad Autónoma de Chile (Chile)

Dra. D^a. Eva Murillo
Universidad Autónoma de Madrid (España)

Dra. D^a. Flávia Heloísa Dos Santos
Universidad de Murcia (España)

Dra. D^a. Ginesa López Crespo
Universidad de Zaragoza (España)

Dr. D. Gonzalo Miguez
Universidad de Chile (Chile)

Dr. D. Ignacio Madero-Cabib
Universidad de Chile (Chile)

Dra. D^a. Laura Esteban
Universidad Loyola Andalucía (España)

Dr. D. Javier Bustamante
Universidad de Chile (Chile)

Dra. D^a. Julia Mayas
Universidad Nacional de Educación a Distancia – UNED (España)

Lic. Marcela Soto
Universidad de Chile (Chile)

Dra. D^a. Mariagiovanna Caprara
Universidad Nacional de Educación a Distancia – UNED (España)

Dra. D^a. M^a Carmen Díaz Mardomingo
Universidad Nacional de Educación a Distancia – UNED (España)

Dra. D^a. M^a José Contreras Alcalde
Universidad Nacional de Educación a Distancia – UNED (España)

Dr. D. Mario A. Laborda
Universidad de Chile (Chile)

Dr. D. Miguel A. Vadillo
Universidad Autónoma de Madrid (España)

Dr. D. Ramón Castillo Guevara
Universidad de Talca (Chile)

Dra. D^a. Rocío Angulo
Universidad Autónoma de Chile (Chile)

Dr. D. Xavier Oriol Granados
Universidad Andrés Bello (Chile)

AYUDANTE TÉCNICO

Lic. D^a. Elizabeth A. Meza González
Universidad Autónoma de Chile (Chile)

*A Rocío, María, Alba, Javi, Fabián
y la personita que viene en camino.
Que cada día de vuestra vida sea más bonito que el anterior.
A Dani.
Sigamos viviendo aventuras y envejeciendo juntos.
A Paco y M^a Carmen.
Los abuelos... protagonistas de su propia historia.*

PRÓLOGO

El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial que expresa el éxito de nuestra especie, tanto en la organización y tejido social que incorpora como en sus estructuras y formas de convivencia, valores primordiales de desarrollo humano y valores de igualdad de sus individuos. En esta obra, dirigida por la Dra. Victoria Plaza, se presentan claramente las características socio-demográficas de una sociedad chilena envejecida, con una esperanza de vida al nacer de 80 años, una tasa de personas de más de 60 años de 17.5% y, aún más, una relación de 86/100 de personas mayores de 60 frente a jóvenes menores de 15.

Tal vez algunos lectores consideren que estos hechos demográficos conllevan un grave problema para la persona mayor, su familia y la sociedad en su conjunto, ya que habitualmente la vejez está asociada a la enfermedad y, por tanto, independientemente de su génesis, sus consecuencias conllevan sufrimiento individual y familiar, junto a un mayor costo sanitario y social. Sin embargo, los efectos negativos del envejecimiento poblacional han de ser contemplados como un *desafío* más que ha de ser resuelto mediante programas de promoción de la salud a lo largo de la vida y de prevención de la enfermedad y la dependencia, como actualmente se propone desde las organizaciones internacionales y este libro ejemplifica.

Pero, además, como señalan los bio-demógrafos, las proyecciones demográficas ponen de relieve que la esperanza de vida seguirá aumentando a la misma tasa que lo ha venido haciendo desde mediados del siglo XIX (Christensen, Doblhammer, Rau y Vaupel, 2009), y también que, aunque el incremento de la esperanza de vida se dará junto a la mejora de las condiciones de salud y bienestar, también dependerá de las «buenas prácticas» (*good practices*) de los países y, tendríamos que añadir, de los individuos. En resumen,

el desafío que supone el envejecimiento poblacional tiene una clara respuesta: la promoción del envejecimiento activo.

En definitiva, las proyecciones sobre envejecimiento se ajustan al modelo de *envejecimiento activo* (también llamado con éxito, saludable, productivo, óptimo; Fernández-Ballesteros, 2007, en prensa; Rowe y Khan, 1989; OMS, 2009), que ha supuesto un nuevo paradigma de la gerontología por cuanto postula que las formas de envejecer no ocurren al azar y que el individuo ha de comprometerse con esas «buenas prácticas», incorporándolas como hábitos, sabiendo que es responsable de su vida y de cómo envejece. A lo largo de los últimos veinte años, *Vivir con Vitalidad*¹, un programa de promoción del envejecimiento activo que ha sido implantado y valorado en muy distintos formatos, ha demostrado experimentalmente cuatro dominios esenciales para envejecer bien: 1) cuidar de la propia salud (cumpliendo las prescripciones recomendadas, llevando una dieta equilibrada, etc.); 2) realizar ejercicio físico y cognitivo regular; 3) tener una visión positiva y ejercer control; y 4) mantenerse familiar y socialmente comprometido (Fernández-Ballesteros, 2002).

Necesidades emergentes en Chile: avances en investigación y propuestas de intervención para la promoción del envejecimiento activo desde la psicología presenta excelentes esfuerzos en la promoción y valoración de intervenciones para un buen envejecimiento, teniendo en cuenta los cuatro esenciales dominios del envejecimiento activo y, por tanto, considerando las «buenas prácticas» que deben practicarse para envejecer bien. Así, es fundamental el fomento de actividades de la vida diaria, del entrenamiento cognitivo y físico, del aprendizaje y la memoria y de otras condiciones relevantes, desde el bienestar hasta el afrontamiento al final de la vida y desde las condiciones financieras hasta el ocio y tiempo libre.

Las necesidades emergentes que en este texto se presentan son mucho más que «necesidades», puesto que nos ofrecen resultados empíricos de cómo abordarlas con rigor. Pero, además, de forma sencilla pero rigurosa, se señalan cuáles son las *amenazas* para un envejecimiento activo: los estereotipos, la discriminación y, en definitiva,

¹ *Vivir con Vitalidad* cuenta con distintos formatos en internet. Para más información pueden consultar: www.vivirconvitalidad.com; <https://www.uam.es/docencia/ocw/cursos/vivirconvitalidad/index.html>; <https://www.class-central.com/mooc/9046/edx-promocion-del-envejecimiento-activo>

el *edadismo*, identificados por algunos autores como «factores de riesgo», y a los que deberíamos añadir el paternalismo de muchos agentes sociales y familiares que consideran a las personas mayores con baja competencia y alta afabilidad (Fernández-Ballesteros, Bustillos, Santacreu, Schettini, Díaz-Veiga y Huici, 2016) y, aún más, las auto-amenazas que emergen desde la propias personas mayores cuando, interiorizando esos estereotipos de baja competencia, utilizan expresiones limitativas que expresan atribuciones a la edad de condiciones perfectamente modificables (ver Fernández-Ballesteros, 2002).

Ojalá este texto sirva tanto de antídoto frente a actitudes edadistas y auto-edadistas como de ejemplo de que es posible envejecer bien.

Prof. Dra. Rocío Fernández-Ballesteros
Universidad Autónoma de Madrid
Miembro de la Academia de Psicología de España

REFERENCIAS

- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R. y Vaupel, J. W. (2009). Ageing Populations: the Challenges Ahead. *Lancet*, 374(9696), 1196-1208.
- Fernández-Ballesteros, R. (dir). (2002). *Vivir con Vitalidad*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (en prensa). Successful Aging and Related Terms. En R. Fernández-Ballesteros, J. M. Robine y A. Benetos (eds.). *Cambridge Handbook of Successful Aging*. Nueva York: Cambridge Press.
- Fernández-Ballesteros, R., Bustillos, A., Santacreu, M., Schettini, R., Díaz-Veiga, P. y Huici, P. (2016). Is Older Adult Care Mediated by Caregivers' Cultural Stereotypes? The Role of Competence and Warmth Attribution. *Clinical Intervention of Ageing*, 11, 545-552.
- OMS (2009). Envejecimiento activo y saludable. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Rowe, J. W. y Khan, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el desarrollo científico, sanitario, social y económico ha contribuido al descenso de la mortalidad en edades avanzadas, pero también a la progresiva disminución de la natalidad, generando, a nivel global, una situación de transición demográfica hacia el envejecimiento poblacional. En Chile, los indicadores demográficos indican que la población de adultos mayores crece en una mayor proporción que los demás grupos etarios, concentrando cada vez más una parte muy significativa de la población.

En las sociedades occidentales, la vejez está considerada como una etapa de declive, vinculándose con un gran número de mitos, prejuicios y estereotipos que, a menudo, asocian el envejecimiento con la enfermedad, la inactividad y la dependencia. Uno de los grandes retos de la investigación es romper con estos estereotipos mediante el conocimiento de la realidad heterogénea del envejecimiento y las características de este grupo poblacional en el marco chileno, de manera que posteriormente se puedan desarrollar programas que fomenten la autonomía de los adultos mayores.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE FORTALECER LA AUTONOMÍA?

La autonomía mantiene y favorece la capacidad de tomar decisiones en diferentes contextos, de manera que los adultos mayores puedan ser agentes activos o «protagonistas» de su propio proceso de envejecimiento, de su propia historia. De esta manera, la autonomía, tanto funcional como decisional, tiene efectos positivos en la salud mental de los adultos mayores, favoreciendo la autoestima y disminuyendo el sentimiento de inseguridad, estrés y/o trastornos

depresivos, las visitas al médico y la prescripción de medicamentos. Asimismo, mantenerse activos permite que las capacidades cognitivas como la memoria y la atención se sigan entrenando.

También facilita la labor de la persona que ejerce el rol de cuidador. Se reducen los tiempos destinados a los cuidados, la presión social y la propia tendencia a asumir responsabilidades sobre las actividades cotidianas del adulto mayor y su voluntad.

La mejora de la autonomía conlleva, además, la disminución de los gastos en cuidados asistenciales. Así, los recursos que actualmente se destinan a este concepto podrían, por ejemplo, (re)distribuirse hacia actividades de formación específica de profesionales y cuidadores o hacia el diseño e implementación de programas multidisciplinarios para la promoción del envejecimiento activo.

La estructura de este libro, que surge desde la voluntad de contribuir al envejecimiento activo desde la psicología, se divide en tres bloques:

Bloque I: Descripción de la situación actual en Chile.

Este bloque, formado por tres capítulos, tiene como objetivo describir las características del envejecimiento poblacional desde sus elementos constituyentes hasta las transformaciones en las políticas públicas de los últimos años, examinándolas desde una perspectiva general y también desde una perspectiva de género. Además, se aborda la problemática que generan los estereotipos negativos asociados a la vejez y cómo estos influyen negativamente en el propio adulto mayor y en la sociedad.

Bloque II: Avances en investigación y propuestas de intervención cognitiva en envejecimiento normal y patológico.

El segundo bloque está formado por cinco capítulos que evidencian la amplitud y diversidad de este campo. Así, se aporta información al respecto de algunos cambios que se producen en el funcionamiento cognitivo durante el envejecimiento, tanto en humanos como desde el modelo animal, mostrando que, a través de un adecuado entrenamiento, las funciones cognitivas pueden mantenerse e incluso mejorarse en esta etapa. Además, se proponen

varios programas de entrenamiento de algunos procesos, como el aprendizaje y la memoria.

Bloque III: Avances en investigación y propuestas de intervención clínica y psicosocial en envejecimiento.

Este bloque, formado por seis capítulos, ofrece diferentes aproximaciones que describen algunas de las problemáticas más comunes y complejas que se presentan en el envejecimiento, como por ejemplo el aumento de trastornos depresivos y ansiosos, el fenómeno del suicidio o las dificultades económicas y su influencia sobre el bienestar subjetivo. Además de los planteamientos mencionados, se ofrecen propuestas desde las cuales abordar estas problemáticas, como el desarrollo de estrategias de regulación emocional o la generación de grupos o redes de apoyo que permitan la participación social de los adultos mayores. Finalmente, también se enfatiza la importancia de desarrollar políticas que partan del estudio de las particularidades de este grupo etario en el marco chileno, para diseñar e implementar programas efectivos de promoción del envejecimiento activo.

Este libro surge en el marco del proyecto FONDECYT de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) titulado *Application of the Differential Outcomes Procedure for Improving Memory in Normal and Pathological Aging. Contributions to the Development of Intervention Programs and Public Policies for Active Aging*. Con el objetivo de unificar las investigaciones enfocadas a la promoción del envejecimiento activo en Chile se lanzó una convocatoria a nivel nacional, a la cual se presentaron dieciocho resúmenes, de los cuales diecisiete cumplieron con los requisitos previamente establecidos por el comité editorial. Posteriormente, los capítulos completos fueron sometidos a una revisión por pares doble-ciego, en la que participaron como revisores 22 académicos pertenecientes a 10 instituciones universitarias nacionales e internacionales. De los diecisiete capítulos, catorce superaron las diferentes fases de evaluación y por tanto fueron considerados para su publicación en el libro.

Además de articular y fortalecer redes de investigación, esta obra busca destacar la complejidad del proceso de envejecimiento y su

heterogeneidad como aspectos fundamentales a tener en cuenta en el desarrollo de políticas públicas y programas de intervención. Para ello, parte de la difusión de las colaboraciones de 40 académicos pertenecientes a más de veinte instituciones que, desde la Psicología, desarrollan investigaciones sobre envejecimiento en Chile.

Prof. Dra. Victoria Plaza
Directora del comité editorial
Investigadora principal
Proyecto CONICYT-FONDECYT 11140365

Bloque I:
Descripción de la situación actual
en Chile

CAPÍTULO I

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN CHILE: OPORTUNIDADES Y DESAFÍOS A UN FENÓMENO RECIENTE

NICOLÁS CISTERNAS SANDOVAL
Universidad Autónoma de Chile

VICTORIA PLAZA
Universidad Autónoma de Chile
Universidad Autónoma de Madrid

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un fenómeno mundial que en la actualidad presenta nuevos e importantes desafíos. La presente revisión aborda la cuestión del envejecimiento poblacional desde sus elementos constituyentes hasta las transformaciones en las políticas públicas que el fenómeno ha generado en Chile. Además, se analizan las causas de muerte y morbilidad, la feminización del envejecimiento y sus consecuencias. Se presentan los principales avances en política pública dirigida a este segmento etario durante los últimos 20 años bajo el parámetro de los organismos mundiales y se revisan los principales desafíos existentes en relación a una mejora en la calidad de vida de las personas mayores en Chile.

DESARROLLO

Envejecimiento de la población: desde Europa hasta Chile

Se denomina envejecimiento de la población al proceso de transformación demográfica caracterizado por el crecimiento de la proporción de la población de adultos mayores con respecto a la población joven (Arenas, 2012). Es importante destacar que la concepción de adulto mayor varía de acuerdo al momento histórico, económico, social y cultural, y sin embargo, los organismos mundiales establecen parámetros dependiendo del nivel de desarrollo de las naciones; es así como en países desarrollados la edad legal de una persona mayor es de 65 años y en los países en vías de desarrollo esta edad es de 60 años –en ambos casos sin diferenciación por sexo (OMS, 2002).

El envejecimiento de la población es un fenómeno que comienza a lo largo del siglo XX en Europa como consecuencia del desarrollo de las ciencias biomédicas, que conllevan cambios en la política pública salubrista de los países y que repercuten en el envejecimiento individual de las personas, aumentando así su esperanza de vida de una manera progresiva. Este fenómeno ha sido abordado desde distintas disciplinas que han observado, desde su paradigma, las posibilidades de intervención. Estas posibilidades comienzan en las visiones cercanas a las ciencias económicas y demográficas en las que se tienen en cuenta constructos tales como invierno demográfico o suicidio demográfico (Dumont, 2008), y van evolucionando hacia políticas que potencian el envejecimiento de las personas bajo un paradigma de envejecimiento activo (OMS, 2002).

Transición demográfica y transición epidemiológica

Para que el fenómeno del envejecimiento de la población sea considerado como tal en un territorio deben presentarse dos condiciones. La primera es la denominada transición demográfica, explicada por el cambio en la estructura de la población, donde por diversas circunstancias bajan la tasa de natalidad y la tasa de mortalidad, provocando un equilibrio y por ende un bajo crecimiento de la

población (Villa y González, 2004). En el caso de Chile, la natalidad y fecundidad han disminuido en las últimas décadas, y destacan un aumento de los embarazos en edades de riesgo en lo que se ha denominado envejecimiento de la edad fértil (Donoso, Carvajal y Domínguez, 2009). Los elementos que explicarían este cambio en la tasa de natalidad y fecundidad son varios; entre ellos destacan los cambios en la estructura de la dinámica familiar, la inserción al mundo laboral de la mujer, los estilos de vida y el proyecto de vida de las personas (Cerdeña, 2008). El segundo elemento a considerar es la transición epidemiológica, que comprende los cambios a largo plazo en los patrones de muerte, enfermedad o invalidez que caracterizan a una población específica, y que están directamente relacionados con los cambios demográficos, económicos, sociales y culturales. Este concepto es dinámico y evalúa los cambios en la mortalidad y morbilidad a través del análisis del cambio de enfermedades que se asocian a condiciones de carencias primarias (desnutrición, manejo de alcantarillado y aguas servidas, vivienda y urbanismo) a enfermedades crónicas, degenerativas, accidentes o de salud mental, y que están más relacionadas con factores genéticos o carencias de tipo secundario (Frenk, Lozano y Bobadilla, 1994).

Las transiciones demográficas y epidemiológicas que ocurren a lo largo del continente son diversas. Ya en el año 1992, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) establecía una clasificación de los cambios en los diversos países de Centro América y América del Sur, considerando cuatro tramos o grupos que se mantienen vigentes hasta hoy en día (adaptado de Ortega y Villamarín, 2010). El grupo I, denominado de transición incipiente, considera los países con alta natalidad y mortalidad que mantienen un crecimiento moderado cercano al 2.5%. Al día de hoy, quienes se mantienen en este rango son Bolivia y Haití, con una población joven. El grupo II, o también llamado de transición moderada, lo forman países con alta natalidad, pero cuya mortalidad ya es moderada. Su crecimiento natural es todavía elevado, cercano al 3%. Los países de este grupo son El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay. En estos países, el descenso de la mortalidad, sobre todo durante el primer año de vida, se ha traducido en un rejuvenecimiento de la estructura por edades, lo que también lleva a una elevada relación de dependencia. En el grupo III, llamados en

plena transición, se agruparían los países con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja, que tienen un crecimiento natural cercano al 2%. Los países de este grupo son Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela, y en el Caribe, Guyana, Suriname y Trinidad y Tobago. Como el descenso de la fecundidad es reciente en estos países, la estructura por edades se mantiene todavía relativamente joven, aun cuando ya ha disminuido la relación de dependencia. Por último, en el grupo IV, también llamado de transición avanzada, la natalidad y mortalidad son bajas. Los países que conforman este grupo son Chile, Argentina, Cuba y Uruguay. Estos países comparten también la esperanza de vida más alta del continente.

Para llevar a cabo el análisis de la evolución del envejecimiento poblacional ha de revisarse el índice de envejecimiento, que es la relación entre la población en edades potencialmente inactivas o dependientes (menores de 15 años o de 60 años o más) y la población en edades activas o no dependientes. Este índice se define como el cociente entre ambas poblaciones multiplicado por 100 (Ministerio de Desarrollo Social, 2013). Al analizar el índice de envejecimiento en Chile, mediante la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), podemos observar que en 1990 el envejecimiento de la población era de un 10.1%, creciendo a un 15.6% en el año 2011, 16.7% en 2013 y un 17.5% en el año 2015 (Ministerio de Desarrollo Social, 2015). De este último, el 57% de la población corresponde a mujeres y el 43% a hombres.

Para analizar en profundidad este cambio es necesario buscar los antecedentes sobre la variación de los índices de mortalidad en Chile.

Mortalidad y morbilidad en Chile

La transición epidemiológica repercute directamente en la denominada expectativa de vida, un concepto que expresa la media de la edad que puede alcanzar una persona de una generación concreta en un lugar determinado. Las condiciones de mortalidad son variables en el tiempo y suelen ir en aumento con el desarrollo de las naciones (Fernández-Ballesteros, 2000). En la actualidad, Chile presenta la mayor expectativa de vida de toda Latinoamérica y el Caribe, con

un promedio de 80.5 (77 años para los hombres y 83 años para las mujeres; WHO, 2016).

El análisis de la tasa de mortalidad en Chile a lo largo del siglo XX muestra importantes cambios. Por ejemplo, en el año 1924 ocurrían 30 muertes por cada 1.000 habitantes, mientras que en 1999 solo ocurrían cinco (Cerdeira, 2008).

En cuanto a las enfermedades que provocan mayor mortalidad en la población adulta chilena actual, se encuentran las enfermedades cardiovasculares, seguidas por los tumores malignos. En tercer lugar aparecen las denominadas causas externas de mortalidad y morbilidad, donde se encuentran los accidentes. En una cuarta posición las enfermedades respiratorias y, finalmente, en quinta posición, las muertes por trastornos del sistema digestivo (Solimano y Mazzei, 2007).

Desde hace algunas décadas los organismos mundiales llevan desarrollando el concepto de esperanza de vida saludable o expectativa de vida saludable, un constructo que indica la cantidad de años que una persona puede esperar vivir con buena salud, y que tiene en cuenta la mortalidad, la morbilidad y el estado de salud funcional específicos de cada edad. La esperanza de vida saludable es parte de una clase de medidas de salud diseñadas para la población llamadas expectativas de salud, que combinan la información de mortalidad y morbilidad en un solo índice. En el caso de Chile, los estudios realizados hasta el 2010 indican que para los hombres la esperanza de vida saludable es de 66 años y para las mujeres 71 (Salomón et al., 2013). El hecho de que una persona envejezca con complicaciones y llegue a situaciones de dependencia está influenciado por los estilos de vida que desarrolló a lo largo de toda su vida.

También es importante tener en cuenta que existen diferencias significativas asociadas al género que condicionan el perfil epidemiológico de la salud de los individuos y por ende su expectativa de vida. Ejemplo de ello es el análisis de la variación de la esperanza de vida en Chile: 53 años en los hombres vs. 57 años en las mujeres en 1950, mientras que a comienzos de la década del 2000 varía hasta 73 años en los hombres vs. 79 años en las mujeres (INE, 2014). Una de las explicaciones a esta diferencia se encuentra en las determinantes sociales asociadas al género: los hombres suelen presentar mayores conductas de riesgo a lo largo de su ciclo vital,

por ejemplo, en el acceso a trabajos con mayor riesgo laboral y hábitos poco saludables, como el tabaquismo y una alimentación deficiente. En el caso de la mujer, parece que existe un mejor acceso a las redes de salud debido a las necesidades de atención derivadas de la reproducción y el cuidado de los hijos. Por ende, según algunos autores, las construcciones sociales vinculadas a los roles de género serían un factor a considerar en la diferencia de la esperanza de vida (Corral, Castañeda, Barzaga y Santana, 2010).

Además, como resultado de este fenómeno existe una feminización del envejecimiento que, para el contexto latinoamericano, presenta grandes desafíos por la complejidad en la relación tridimensional entre la pobreza, el género y la vejez (Salgado y Wong, 2007). En Chile las mujeres envejecen en condiciones desiguales. Generalmente cuentan con un menor acceso a sistemas de pensiones debido a una tardía inserción en el mundo laboral, lagunas por periodos de maternidad o dependencia de la pareja como proveedor del hogar. Destacan los roles basados en estereotipos, así como los prejuicios asociados a la vejez, según los cuales la mujer debe cumplir la labor del cuidador, ya sea de los nietos, el cónyuge o algún familiar con dependencia. Este aspecto aumenta los factores de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas, lo que repercute negativamente en la calidad de vida durante la vejez y en la esperanza de vida saludable (Osorio, 2008).

Política pública y envejecimiento en Chile

Huenchuan (2009) define las políticas públicas de la vejez como aquellas acciones organizadas por el Estado para hacer frente a las consecuencias sociales, económicas y culturales del envejecimiento de la población y de los individuos. Para comprender el desarrollo de la política pública del envejecimiento y la vejez en Chile es necesario contextualizar el escenario mundial que sienta las bases para su desarrollo.

En la primera asamblea mundial del envejecimiento –celebrada en Viena en 1982– el envejecimiento de la población comenzó a ser considerado como una prioridad mundial, reafirmando así que los derechos fundamentales también deben ser respetados en las personas mayores. Además, en dicha asamblea se resaltó que fomentar el

desarrollo de una calidad de vida óptima debía ser el objetivo primordial de los Estados (OMS, 1982). Nueve años después, en 1991, la Organización de Naciones Unidas (ONU) elaboró una lista de principios a favor de las personas de edad: la autorrealización, participación, independencia, cuidados y dignidad (Huenchuan, 2009).

La segunda asamblea mundial del envejecimiento, esta vez celebrada en Madrid, no llegaría hasta 2002. En esta ocasión, los ejes se situaron en garantizar el cumplimiento de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas de edad, asegurando los derechos económicos, sociales y culturales, y eliminando todas las formas de violencia y discriminación por parte de los Estados (OMS, 2002). Para el establecimiento de un plan de acción a seguir se presentó un modelo de envejecimiento activo que cuenta con tres pilares básicos: 1) la participación, referida principalmente a la inclusión de las personas mayores; 2) la salud, señalando el acceso a servicios de sanitarios; y 3) la seguridad, a través de políticas públicas y programas que aborden las necesidades antes expuestas (Fernández-Ballesteros, 2009). A partir de esta segunda conferencia, en Latinoamérica y el Caribe se comienzan a gestar reuniones para acoger las demandas planteadas por la ONU (Mora, 2016).

En Chile, con el retorno a la democracia –y paralelamente al trabajo internacional– se comienza a institucionalizar la temática con el gobierno del Presidente Patricio Aylwin, quien toma medidas como el establecimiento de grupo prioritario para la política pública a las personas de 60 años en adelante y la transferencia de recursos a los gobiernos locales para la intervención en dicha población. En 1995, durante el gobierno de Eduardo Frei Ruiz-Tagle, se nombra una Comisión Nacional para el Adulto Mayor, encargada de realizar los estudios que concluyeron un año después con el desarrollo de la Política de Gobierno para el Adulto Mayor. Bajo el mismo gobierno, en el año 1997 se crean los comités regionales para el adulto mayor. Un año después se desarrolla la Política de Salud para las Personas Mayores, la cual aporta una mejora en la atención sanitaria gratuita para este segmento etario (Inglés, 2016). Finalmente, en el año 1999 propone en el Congreso la creación de un órgano dedicado exclusivamente a la temática, siendo aprobado y ejecutado por el gobierno del Presidente Ricardo Lagos. Así, en el año 2002, bajo la Ley 19.828, se conforma el Servicio Nacional del Adulto Mayor

(SENAMA), estableciéndose la conceptualización de adulto mayor como adecuada para referirse a las personas a partir de 60 años, edad legalmente concordante con los estamentos internacionales. A través de SENAMA se establece el desarrollo de una política pública basada en el enfoque de derecho y envejecimiento activo entregado por la OMS (2002), fomentando la integración y participación social, además de entregar una red de servicios sociales para las personas mayores en situación de vulnerabilidad. Durante los últimos años se incorpora el enfoque de género, con el fin de reconocer las diferencias que existen en el envejecimiento de hombres y mujeres en el país (SENAMA, 2009).

El SENAMA oferta una serie de programas dirigidos a la ciudadanía, los cuales se pueden clasificar en programas para la participación, programas dirigidos al cuidado y programas que incluyen ambos fines. Dentro los programas para la participación destacan: el programa de buen trato, dirigido a contribuir en la promoción y ejercicio de los derechos de las personas mayores; el programa de envejecimiento activo, dirigido principalmente a adultos mayores autosuficientes que busca lograr la participación en actividades que promuevan un envejecimiento activo; los programas de voluntariado, que potencian el rol del adulto mayor en su capacidad de transmitir conocimiento desarrollando espacios para las relaciones intergeneracionales; el programa de formación de dirigentes mayores, que releva la importancia de su participación en el desarrollo comunal; y el programa de turismo social, que brinda oportunidades de acceso a espacios de esparcimiento. En cuanto a los programas dirigidos al cuidado, se destaca la creación de centros de día, que brindan apoyo socio-sanitario a personas mayores en etapas primarias de situaciones de vulnerabilidad con posibilidades de rehabilitación e integración social; mientras que para los casos de dependencia moderada y severa se presenta un programa de cuidados domiciliarios. Además, SENAMA posee Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) para los casos de institucionalización de adultos mayores en situaciones de dependencia severa, y un subsidio para establecimientos de estas mismas características administrados por ONG (Inglés, 2016). En la actualidad, para dar respuesta a estas necesidades, otros organismos estatales han comenzado el desarrollo de una política nacional de cuidado mediante la conformación del

Sistema Nacional de Cuidado (SNAC) y del Programa Chile Cuida, ambos pertenecientes al Ministerio de Desarrollo Social (Dirección Sociocultural de la Presidencia, 2017). En relación a los programas de abordaje mixto, se destaca la existencia de viviendas tuteladas, que están dirigidas a personas mayores con carencias habitacionales y que posibilitan la construcción de un tejido social. Por último, SENAMA cuenta con un Fondo Nacional del Adulto Mayor, al cual pueden acceder población adulta mayor tanto autosuficiente como dependiente, y también organizaciones que trabajan con este grupo etario (Inglés, 2016).

Chile también cuenta con normativas de protección social como el Sistema de Pensiones Solidarias, destinado a personas que por diversas razones no pudieron acceder a lo largo de su vida a un trabajo formal y remunerado. Desde el aspecto sanitario existe un sistema de acceso universal (AUGE), que considera las patologías del perfil epidemiológico de las personas mayores en Chile. Desde este sistema se realizan reconocimientos médicos que miden la funcionalidad del adulto mayor y de acuerdo a cada resultado se establece un plan de atención individual (Ministerio de Salud, 2014). Otro de los grandes avances en política pública dirigida a las personas mayores es el Plan Nacional de Demencias, que brinda un plan de contingencia frente a la detección oportuna de enfermedades neurodegenerativas a través de diversas acciones que apuntan a la mejora de la calidad de vida en aquellas personas con diagnóstico de demencia y sus familias (Ministerio de Salud, 2017).

En relación a la legislación y protección de los derechos humanos de las personas mayores, existió durante años un vacío legal que permitió situaciones de abuso patrimonial, pérdida de la autonomía moral y violencia física y psicológica, entre otras situaciones (Lathrop, 2009). En respuesta a esta situación, los países de la región, a través de la Organización de Estados Americanos (OEA), convocan la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, donde elaboran un documento legal que debe ser ratificado por cada país mediante sus mecanismos legales internos, transformándose de esta manera en un documento vinculante. En caso de que ocurra una transgresión de algún derecho de una persona mayor, esta persona natural puede demandar al Estado frente a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos,

organismo que cuenta con las competencias necesarias para establecer sanciones a aquellos estados que no cumplan los acuerdos (OEA, 2016). En el caso de Chile, esta convención es ratificada en septiembre del 2017 mediante el decreto N°162, comprometiendo al Estado de Chile al desarrollo de una protección integral para los derechos humanos de las personas mayores.

Los programas de alfabetización y acceso a conocimientos funcionales desarrollados por el Ministerio de Educación han sido otro aspecto relevante para la disminución de las brechas de desigualdad y la mejora de la calidad de vida (Inglés, 2016). Asimismo, algunas instituciones universitarias también han brindado el espacio para el desarrollo de educación no formal dirigida a las personas de este segmento etario (Sanhueza, 2013).

Desafíos frente al envejecimiento de la población en Chile

En los apartados anteriores hemos analizado los elementos constituyentes del envejecimiento poblacional de Chile y algunas de las políticas públicas establecidas por parte de los gobiernos en los últimos 20 años. Sin embargo, aunque se están llevando a cabo diferentes medidas, existen grandes desafíos aún para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. A continuación revisaremos algunos de ellos.

El primer gran desafío es la mejora de las condiciones de seguridad social. Es necesario analizar los mecanismos a través de los cuales el Estado brinda apoyo a las personas mayores que por diversas razones no hayan podido acceder a una jubilación acorde al nivel de vida. También es fundamental considerar en este análisis el aumento de situaciones de vulnerabilidad asociadas a la edad y el uso de medicamentos, entre otras.

El segundo desafío es el desarrollo y aplicación de modelos que consideren aspectos como las particularidades locales, el efecto de la migración rural-urbana y el envejecimiento en las zonas de producción primaria relacionadas con la agricultura y ganadería, así como las situaciones de aislamiento territorial derivadas de las condiciones geográficas de Chile (Vásquez, 2013).

El tercer gran desafío es el fomento del desarrollo profesional basado en la evidencia científica para trabajar con personas mayores.

El abordaje adecuado de las necesidades emergentes requiere de una gerontologización de las profesiones (Piña, 2015) que contrarreste el déficit actual en la formación de profesionales tanto desde la geriatría como la gerontología (Rodríguez, Russo y Carrasco, 2017). Además, es necesario desarrollar y difundir la investigación gerontológica dado que permanece una representación social de la vejez que permite mantener estereotipos y prejuicios que provocan, en algunos casos, situaciones de nihilismo terapéutico, especialmente en los cuadros de demencia que atentan con el desarrollo profesional (Mascayano, Tapia y Gajardo, 2015).

En cuanto a la salud mental, existe una ausencia de políticas que apunten a las psicopatologías en la vejez más allá de las demencias. Concretamente, la depresión es una condición médica que presenta una gran prevalencia en la población de adultos mayores y a la que, según la Organización Panamericana de la Salud (2014), se podría atribuir el aumento de los suicidios en hombres a partir de los 70 años. Este y otros antecedentes deben observarse e incluirse en los planes de salud mental.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El aumento de la esperanza de vida es uno de los mayores logros de la medicina moderna, de las políticas salubristas y del desarrollo social. Este logro debe ser abordado a través de la interacción y comunicación de escenarios como las ciencias sociales, las ciencias económicas y las ciencias de la salud. Para entender el envejecimiento –y las consecuencias que conlleva– se deben abandonar los reduccionismos y adentrarse en un paradigma que reconozca la complejidad del sujeto de estudio y la necesidad de diálogo entre las diversas profesiones, para así generar acciones interdisciplinarias.

La posibilidad de trabajar con personas mayores brinda la oportunidad de realizar un trabajo anticipado del propio envejecimiento, tomando conciencia factores protectores y de riesgo del envejecimiento patológico (Pérez, Oropeza, López y Colunga, 2014). Se requiere de la promoción de hábitos de vida saludables a lo largo de todo el ciclo vital del ser humano; del cambio en la forma de entender, pensar y re-presentar la vejez; y del desarrollo

de una reserva humana, tanto cognitiva como emocional, vincular y corporal (Zarebski, 2015).

Las políticas actuales demuestran un intento por incorporar un enfoque de género que rompa la inequidad existente entre hombres y mujeres que envejecen; a su vez, la relevancia de la temática de cuidado al cuidador propicia un panorama de discusión hacia los roles asociados al género y cómo estos afectan la calidad de vida. Otro aspecto fundamental es tener en cuenta que el tejido social es uno de los factores protectores frente a la vulnerabilidad que el Estado debe propiciar (Escobar, Puga y Martin, 2008), además de considerar que, para potenciar las características de cada ser humano a través de una política de envejecimiento activo, estas deben adaptarse a las necesidades y requerimientos geográficos de manera que superen las barreras del aislamiento de un territorio tan particular como es Chile.

Para desarrollar políticas públicas dirigidas a las personas mayores es necesario, además, tener en cuenta que este grupo etario posee la mayor cantidad de diferencias interindividuales (Fernández-Ballesteros, 2009). Por ello se tiende a utilizar el concepto de «vejeces», que representa en esta etapa de la vida la acumulación de historia que transforma la trayectoria de vida de cada ser humano en única (Martínez, Morgante y Remorini, 2008). En este punto reside la real complejidad del desarrollo de la política pública para que verdaderamente dé respuesta a las necesidades emergentes derivadas del envejecimiento poblacional. El verdadero desafío es que nadie quede excluido.

REFERENCIAS

- Arenas, A. (2012). *Adulto mayor. Nuevas perspectivas para el desarrollo humano*. Santiago: Universidad Finis Terrae.
- Cerda, R. (2008). Cambios demográficos y sus impactos en Chile. *Estudios Públicos*, 110, 1-75.
- Corral, A., Castañeda, I., Barzaga, M. y Santana M. (2010). Determinantes sociales en la diferencia de mortalidad entre mujeres y hombres en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(1), 66-77.
- Donoso, E., Carvajal, J. y Domínguez, M. (2009). Reducción de la fecundidad y envejecimiento de la población de mujeres chilenas en edad fértil: 1990-2004. *Revista Médica de Chile*, 137, 766-773.

- Dirección Sociocultural de la Presidencia (2017). *Dependencia y apoyo a los cuidados, un asunto de derechos humanos*. Santiago: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Dumont, G. (2008). Les conséquences géopolitiques de «L'hiver démographique» en Europe. *Geostratégiques*, 29-46.
- Escobar, M., Puga, D. y Martín, M. (2008). Asociaciones entre la red social y la discapacidad al comienzo de la vejez en las ciudades de Madrid y Barcelona en 2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82(6), 637-651.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo: Contribuciones de la psicología*. Madrid: Pirámide.
- Frenk, J., Lozano, R. y Bobadilla, J. (1994). La transición epidemiológica en América Latina. *Notas de Población*, 60, 79-101.
- Huenchuan, S. (2009). Políticas de vejez como mecanismos de promoción de los derechos de las personas mayores: algunos acercamientos teórico-conceptuales. *Revista Brasileira de ciencias do envelhecimento humano*, 52-60.
- Instituto Nacional de Estadísticas (2014). *Compendio estadístico 2014*. Santiago: INE.
- Inglés, R. (2016). Políticas públicas sobre envejecimiento. En I. Palomo R. Giancaman (eds.). *Envejecimiento: demografía, salud e impacto social* (pp. 27-42). Talca: Editorial Universidad de Talca.
- Lathrop, F. (2009). Protección jurídica de los adultos mayores en Chile. *Revista Chilena de Derecho*, 36(1), 77-113.
- Martínez, M., Morgante, M. y Remorini, C. (2008). ¿Por qué los viejos? Reflexiones desde una etnografía de la vejez. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10), 69-90.
- Mascayano, F., Tapia, T. y Gajardo, J. (2015). Estigmas hacia las demencias: una revisión. *Revista chilena de Neuropsiquiatría*, 53(3), 187-195.
- Ministerio de Salud (2014). *Programa nacional de salud de las personas adultas mayores*. Santiago: MINSAL.
- Ministerio de Salud (2017). *Plan nacional de demencias*. Santiago: MINSAL.
- Ministerio de Desarrollo Social (2013). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2013*. Santiago: MIDESO.
- Ministerio de Desarrollo Social (2015). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2015*. Santiago: MIDESO.
- Mora, T. (2016). Discriminación por edad en la vejez y su impacto para el envejecimiento activo. En I. Palomo & R. Giancaman (eds.). *Envejecimiento: demografía, salud e impacto social* (pp. 183-192). Talca: Editorial Universidad de Talca.

- Organización de Estados Americanos (2016). *Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores*. Washington, D.C.: OEA.
- Organización Mundial de la Salud (1982). *Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento*. Viena: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(s2), 74-105.
- Organización Panamericana de la Salud (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas*. Washington, D.C.: OPS.
- Ortega, X. y Villamarín, F. (2010). Transición demográfica: una dimensión empírica de la modernización en la zona andina de Nariño. *Semestre Económico*, 13(27), 117-136.
- Osorio, P. (2008). Envejecer en Chile: una mirada femenina. En S. Montecino (eds.). *Mujeres chilenas. Fragmentos de una historia* (pp. 611-619). Santiago: Catalonia.
- Pérez, L., Oropeza, R., López, J. y Colunga, C. (2014). Psicogerontología y trabajo anticipado del envejecer. *Revista Iberoamericana de Ciencias*, 1(2), 3-10.
- Piña, M. (2015). La formación del espíritu científico en el trabajo social y la vigilancia epistemológica en el campo gerontológico. En Pedro et al. *Más mayores, más derechos* (pp. 227-276). Buenos Aires: Edulp.
- Rodríguez, J., Russo, M. y Carrasco, M. (2017). Políticas públicas para una población que envejece: panorama y propuestas para el sistema de salud chileno. *Temas de agenda pública*, 12(92), 1-12.
- Salgado, N. y Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México*, 49(1), 515-522.
- Salomón, J., Wang, H., Freeman, M., Vos, T., Flaxman, A., Lopez, A. y Murray, C. (2013). Healthy Life Expectancy for 187 Countries, 1990-2010: a Systematic Analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2144-2162.
- Sanhueza, J. (2013). Educación permanente y para la ciudadanía en Chile: un paradigma distinto y una promesa incumplida para las personas mayores. *Foro de Educación*, 11(15), 229-240.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (2009). *Las personas mayores en Chile. Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez*. Santiago: SENAMA.
- Solimano, G. y Mazzei, M. (2007). ¿De qué mueren los chilenos hoy? Perspectivas para el largo plazo. *Revista Médica de Chile*, 135, 932-938.
- Vásquez, C. (2014). Consecuencias del envejecimiento demográfico en la región del Maule. En M. Villagrán y R. Morrison (eds.). *Envejecimiento activo de la población chilena* (pp. 85-102). Santiago: RIL editores.

- Villa, M. y González, D. (2004). Dinámica demográfica de Chile y América Latina: una visión a vuelo de pájaro. *Revista de Sociología*, 18, 81-116.
- World Health Organization (2016). *World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Ginebra: WHO.
- Zarebski, G. (2015). Retos ante el envejecimiento en orientación y psicoterapia. Detección de factores de riesgo psíquico y protectores para el envejecimiento. En J. Morales y S. Viveros (eds.). *Orientación y psicoterapia: retos ante el envejecimiento* (pp. 1-13). México, D.F.: Editorial El Manual Moderno.

CAPÍTULO 2

GÉNERO Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO: EL SISTEMA NACIONAL DE CUIDADOS EN CHILE

VERÓNICA GÓMEZ URRUTIA
ORIANA ARELLANO FAÚNDEZ
Universidad Autónoma de Chile

INTRODUCCIÓN

El presente capítulo examina el envejecimiento desde el punto de vista del género. Ello, entendiendo que se trata de un proceso que está definido tanto por marcadores biológicos como psicológicos y sociales que hacen que las expectativas del entorno y las oportunidades de mantener lazos activos con la comunidad sean diferentes para hombres y mujeres. En Chile, como en la mayoría de los países avanzados en el proceso de transición demográfica, la proporción de mujeres entre los adultos mayores es mayoritaria y sus condiciones de vida desiguales. Ellas tienen ingresos menores que los varones y con ello menos oportunidades de recibir cuidado en la vejez, debido a menores tasas de participación laboral, originadas a su vez por la necesidad de atender responsabilidades familiares a lo largo del ciclo vital.

En ese marco, examinamos una política pública –el Subsistema Nacional de Cuidados– desde la perspectiva de su contribución a

favorecer un envejecimiento activo que no reproduzca los sesgos de género que hoy hacen que las mujeres deban enfrentar la vejez en condiciones más precarias que los varones. La política pública en materia de cuidados, argumentamos, es clave para que todos los/as adultos mayores puedan enfrentar esta etapa con mejor calidad de vida, evitando también la reproducción de desigualdades de género.

DESARROLLO

Género y vejez. Sobre el contexto del cuidado

El envejecimiento es un proceso fundamentalmente marcado por el género. En Chile, como en la mayoría de los países avanzados en el proceso de transición demográfica, la proporción de mujeres entre los adultos mayores es mayoritaria: el índice de feminidad (cociente entre el número de mujeres y el número de hombres, multiplicado por 100) para el tramo etario de 60 años y más es de 134. Las trayectorias vitales de hombres y mujeres en este grupo etario son también muy diferentes, por lo cual las condiciones sociales, psicológicas y biológicas en las que hombres y mujeres llegan a esta etapa de la vida son también distintas. Según datos del Ministerio de Desarrollo Social (2017a), las mujeres participan en el mercado de trabajo remunerado en proporciones menores que los varones (incluso en los grupos con mayores niveles de educación formal) y tienen salarios más bajos, lo cual se traduce en pensiones menores una vez alcanzada la edad de retiro. Las mujeres también presentan lagunas previsionales con mayor frecuencia que los varones, debido principalmente a los mandatos culturales que las hacen responsables principales (si no únicas) del trabajo doméstico y de cuidado, lo cual implica trayectorias laborales marcadas por periodos de ausencia del mercado de trabajo para atender responsabilidades familiares (Gómez-Rubio et al., 2016; Amarante, Colacce y Manzi, 2016). Según datos de la última Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), el monto promedio para las pensiones de jubilación o vejez con Aporte Previsional Solidario (APS, mecanismo introducido por la Reforma Previsional de 2008) era de \$135.174 para los varones y de \$128.541 para las mujeres; para quienes

no están considerados en el APS, los montos promedio fueron de \$283.927 para los hombres y \$191.907 para las mujeres (Ministerio de Desarrollo Social, 2017b).

En un contexto como el chileno, donde la mayoría de los derechos sociales están asociados a la participación en el mercado de trabajo formal, esto supone que quienes han asumido el cuidado del hogar y de personas en situación de dependencia –niños/as, adultos mayores y personas con discapacidad– durante periodos prolongados de su vida, como es el caso de muchas adultas mayores en Chile, tendrán acceso precario a la seguridad social. La Pensión Básica Solidaria de Vejez y el Bono por Hijo, introducidos por la reforma previsional del año 2008 durante el primer mandato de Michelle Bachelet (2006-2010), son hoy los mecanismos básicos considerados para la protección económica de quienes no han tenido ingresos propios y no reciben pensiones de viudez o invalidez. Las nuevas reglas que rigen la división de los fondos de pensiones en caso de divorcio o nulidad, y los cambios en la prima de los seguros por discapacidad y sobrevivencia introducidos en la misma reforma, mejoraron la situación de las mujeres, pero las brechas de género persisten. Por ejemplo, y todavía según los datos del Ministerio de Desarrollo Social (2017a), el porcentaje de mujeres de 60 años y más afiliadas al sistema público de salud (Fondo Nacional de Salud, FONASA) supera al de los varones, en comparación a los seguros privados o isapres (Institución de Salud Previsional), preferidos por las personas de mayores ingresos.

Así, el rol de cuidadoras que culturalmente se asigna a las mujeres implica que sus propias oportunidades de recibir cuidado cuando ellas llegan a la vejez se vean mermadas. Este es un proceso que se inicia con la crianza de niños/as, pero que en las etapas posteriores puede extenderse al cuidado de padres y otros miembros de la familia en situación de dependencia. Si bien hoy existen instituciones privadas que ofrecen prestaciones de cuidados para adultos mayores, se trata de un problema que se resuelve mayoritariamente al interior de las familias, siendo habitualmente asumido por una mujer (Comunidad Mujer, 2014). El último Catastro Nacional de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (SENA-MA, 2013) indica que estas instituciones atienden a menos del 1% de los adultos mayores del país. Según cifras del Servicio Nacional

del Adulto Mayor, SENAMA y Comunidad Mujer (2014), en más de un 80% de los casos el cuidado del adulto mayor es asumido por una mujer, ya sea la esposa, hija o nuera, quien desempeña este trabajo de manera no remunerada, con escaso o nulo apoyo de otros familiares. Ello limita las posibilidades de capacitación o inserción laboral de las cuidadoras, convirtiéndolas en un grupo de riesgo desde el punto de vista social, ya que la merma en oportunidades de generar ingresos perpetúa el ciclo de desigualdad de género.

Esta situación también presenta riesgos desde el punto de vista psicológico por el estrés que implica cuidar a un adulto mayor cuya salud se deteriora (George y Steffen, 2014). Estudios (Comunidad Mujer, 2014; Slachevsky et al., 2013; Universidad Católica-Instituto de Sociología, 2015) muestran que el promedio de edad de las cuidadoras de adultos mayores ronda los 55-60 años, tienen bajos niveles educativos y no cuentan con apoyos para realizar la labor de cuidado. Slachevsky et al. (2013) señalan que un 47% reporta problemas de salud mental, principalmente estrés y depresión, y un 63% presenta una sobrecarga severa. Como señalan Flores, Rivas y Seguel (2012), junto con la dependencia de la persona mayor, la sobrecarga, el estrés y el aislamiento del cuidador afectan a quienes dan y reciben cuidados. Para las primeras aumentan las posibilidades de convertirse en ancianas con algún nivel de dependencia física (provocada por el desgaste inherente al cuidado) y/o con algún nivel de dependencia económica (debido a que no pudieron trabajar remuneradamente durante al menos una etapa de su vida activa). Para los/as segundos/as afecta la calidad del cuidado recibido, aumentando la probabilidad de recibir malos tratos por parte de cuidadoras físicas y psicológicamente exhaustas (De Donder, Lang, Ferreira-Alves, Penhale, Tamutiene y Luoma, 2016).

Desde la perspectiva de los propios adultos mayores, la IV Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez muestra que más de un 80% de los/as adultos/as mayores en Chile considera que corresponde a la familia (y no al Estado u otros organismos) asumir el cuidado de las personas mayores. Consultados en torno a sus preferencias en caso de que no tuvieran pareja y tuvieran que vivir con otra persona, un 48% preferiría vivir en casa de un hijo/a; un 28% permanecer solo/a y contar con alguien que lo/a cuide; y solo un 15% optaría por un

centro especializado para el adulto mayor (SENAMA, Universidad Católica y Caja Los Andes, 2017, p. 47).

Sin embargo, y de acuerdo al mismo estudio, una preocupación permanente de los/as adultos/as mayores es mantener su independencia tanto como sea posible, tanto para no «sentirse una carga» como para poder sentirse sujetos activos/as en la toma de decisiones sobre sus propias vidas, su salud y el tipo de actividades que pueden realizar. Es decir, por una parte, esperan poder envejecer en un entorno afectivo (la familia) donde puedan sentirse respetados/as y cumpliendo un rol social relevante, pero saben que su cuidado puede competir con otras demandas familiares (como cuidar de menores de edad y/o proveer ingresos a través del trabajo remunerado) que actualmente también recaen en las familias, con pocos mecanismos de apoyo. Las posibilidades que cada grupo familiar tiene para hacer realidad esa aspiración son determinantes para lograr una mayor calidad de vida en la vejez, pero también para una mayor igualdad de género, etnia y otras (Ferraro y Shippee, 2009; United Nations, 2015).

La respuesta del Estado: el programa Chile Cuida

En este contexto, la segunda administración de la socialista Michelle Bachelet (2014-2018) lanzó en 2015 el programa Chile Cuida (Subsistema Nacional de Cuidado), que busca brindar apoyo a las personas mayores con dependencia y a sus cuidadores, de manera que estos puedan (re)tomar actividades que les permitan mantener su propia autonomía económica, como estudiar o trabajar en forma remunerada. Ya en abril de 2013 se había implementado un primer programa de cuidados domiciliarios desde el Estado. Antes de esta fecha solo existían iniciativas privadas de cuidados domiciliarios, principalmente de fundaciones. A partir de 2015, y bajo la idea de entender el cuidado desde una responsabilidad centrada en los hogares y, más específicamente, en las mujeres como cuidadoras, hacia una corresponsabilidad social, ampliando y mejorando los servicios sociales de cuidado que el país dispone (Universidad Católica-Instituto de Sociología, 2015), se busca expandir esta oferta, ofreciendo un conjunto de servicios de apoyo socio-sanitarios a los/as adultos

mayores en situación de dependencia moderada o severa en su domicilio, como parte del Sistema Intersectorial de Protección Social.

Estos servicios incluyen acompañamiento y ayuda en las actividades cotidianas y actividades instrumentales de la vida diaria cuando se requieran; técnicas de confort e higiene; manejo de administración de alimentos; y control de signos vitales: presión, pulso, frecuencia cardíaca, entre otros servicios (SENAMA, 2015). Pueden participar de este programa todas las personas de 60 años y más que presenten una situación de dependencia moderada o severa, cuenten con un cuidador principal, residan en la comuna donde se efectúa la iniciativa de cuidados domiciliarios y pertenezcan a los tres primeros quintiles de ingreso (esto es, al 60% más pobre la población). El programa funciona a través del financiamiento de proyectos de cuidados domiciliarios a instituciones públicas y privadas sin fines de lucro que cuentan con experiencia de trabajo con adultos mayores dependientes. Los organismos ejecutores deben estar inscritos en el registro de prestadores de servicios remunerados o no remunerados de SENAMA y contar con personalidad jurídica vigente de derecho público o privado.

Según documentos oficiales (SENAMA, 2015), dentro de los principios del programa está la idea de envejecimiento activo, según la definición que de este proceso hace la Organización Mundial de la Salud¹. Ello implica asumir que debe reconocerse la importancia del contexto social y afectivo de las personas mayores –esto es, relaciones significativas y gratificantes. Por ello, se procura que los/as adultos/as mayores permanezcan el mayor tiempo posible en su hogar, junto a su familia y sus redes, retrasando la institucionalización de la persona, ya que:

El permanecer en el propio hogar con independencia y autonomía, en un espacio reconocido, significativo, con sus redes de apoyo y donde la persona sienta pertenencia, favorece la autoestima, ya que hay una continuidad en la trayectoria

¹ La OMS lo define como la participación «continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no solo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Las personas ancianas que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones» (OMS, 2002, p. 79).

vital, se preserva la independencia y la privacidad, favoreciendo la toma de las propias decisiones (SENAMA, 2015, p. 13).

No obstante, ello supone que la familia –y dentro de ella, quien realiza la labor de cuidado– tiene las condiciones necesarias para llevar a cabo esta tarea. Desde esta perspectiva, el programa ofrece el diseño de un plan de intervención con la participación de psicólogos, trabajadores sociales y la cuidadora o cuidador principal, donde se establece el número y tipo de prestaciones que proveerá el asistente domiciliario (AD). Las visitas del asistente domiciliario se deben realizar a lo menos una vez por semana por dos horas y registrarse en una hoja de ruta. El programa indica que SENAMA capacitará tanto a los/as AD como a otros profesionales (enfermeros/as, kinesiólogos/as, etc.) de las instituciones ejecutoras para atender los requerimientos específicos de este grupo etario. Al cuidador/a principal se le ofrece la opción de participar una vez por semana en grupos de autoayuda dirigidos por profesionales de salud mental, talleres de capacitación, formación especializada de cuidados, habilitación laboral y actividades educativas-recreativas.

En 2015, Chile Cuida comenzó su fase piloto para un total de 100 familias de Peñalolén, en la Región Metropolitana. El propósito era poder levantar, desde los usuarios/as, los ajustes que deban hacerse a la planificación inicial. Durante 2016 continuó como piloto en cinco comunas adicionales y se espera iniciar la implementación del subsistema a nivel nacional en 2017.

Según Batthyány (2015), sistemas similares vinculados al cuidado se observan en países como Ecuador, Costa Rica y Uruguay. En el año 2010, el gobierno de Costa Rica desarrolla una red institucional de atención para niños/as y adultos/as mayores denominada Red Nacional de Cuido, centrada en las necesidades vitales de recreación y esparcimiento de personas mayores. En el caso de Uruguay, el cuidado está en el centro de la agenda pública y en la política pública social. Esto a través de la implementación de un sistema de cuidados, que busca mejorar la calidad de los servicios dirigidos a las personas mayores dependientes que viven en instituciones de larga estadía y servicios de apoyo a personas mayores dependientes (y a sus cuidadores) que viven en sus hogares. Y en Ecuador, desde 2008, gracias a su nueva constitución se garantizan una serie de derechos,

como atención de salud gratuita, exoneración de pagos tributarios, acceso a la vivienda y la jubilación universal, que otorga la autonomía económica a esta población. Pese a los avances presentados, el tema de género sigue siendo un desafío a incorporar en estas políticas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Desafíos del binomio género y vejez

Como observan Rico y Robles (2016), la noción de cuidados se ha vuelto una clave para el análisis y la investigación con perspectiva de género sobre las políticas de protección social. La familia es un actor clave para la implementación de estas políticas. Y dentro de ella, el rol de las mujeres, frecuentes cuidadoras no remuneradas, ha sido un pilar fundamental. Sin embargo, como observamos al inicio de este trabajo, ello constituye un mecanismo perpetuador de la desigualdad de género, ya que el trabajo de cuidado todavía tiene escaso reconocimiento simbólico y material en nuestra sociedad. Como apuntan Batthyány, Genta y Perrota (2015), parte importante del problema de entregar bienestar y protección social de calidad a los miembros de una sociedad radica en una adecuada distribución de esas responsabilidades entre sus distintos integrantes. En Chile, como en gran parte de los países de América Latina, la actual distribución sobre la base del criterio de género implica que las mujeres asumen una parte desproporcionada de la tarea de proveer cuidado, sin que la sociedad se los garantice para ellas mismas al llegar a la vejez.

Desde esta perspectiva, en Chile tanto las mujeres que ya han superado los 60-65 años (marcador cronológico y social para la etapa de vejez) como quienes hoy están actuando como sus cuidadoras constituyen grupos cuya calidad de vida en la vejez está en entredicho, presentándose como grupos de riesgo potencial a mediano y largo plazo. Por ejemplo, y desde el ámbito de la productividad, existirían consecuencias a largo plazo, vinculadas a pensiones más reducidas y menor ahorro para enfrentar la propia vejez y el propio cuidado en el futuro. Se genera así una situación altamente paradójica, ya que, por un lado, si bien la delegación del cuidado en la familia reduce el gasto público a corto plazo, en el largo plazo se potencia

la existencia de futuras personas mayores que no contarán con suficientes recursos para mantener niveles adecuados de bienestar (Universidad Católica-Instituto de Sociología, 2015, p. 21).

A la luz de los antecedentes examinados, creemos que el programa que hemos examinado apunta (correctamente) a dos ejes importantes: primero, proveer un entorno física y psicológicamente propicio para un envejecimiento activo, en un marco de respeto a los derechos de las personas. Y segundo, considerar mecanismos de apoyo para los/as cuidadores/as, en la perspectiva de reducir el desgaste físico y psicológico que conlleva cuidar a un adulto/a que podría estar deteriorándose. La especificidad del trabajo de cuidado es la de estar basado en lo relacional, ya sea en el marco de la familia (cuando es realizado por parientes) o por fuera de ella (cuando es profesionalizado). Por ello, suele existir también un compromiso emocional importante que compromete la salud mental, presente y futura, de los cuidadores/as.

No obstante, y a partir de lo declarado en la Guía de Operaciones del Programa de Cuidados Domiciliarios (SENAMA, 2015) y en la presentación del Subsistema de Apoyos y Cuidados en Chile (Berner, 2015), no se observa en esta política un intento claro por poner en cuestión los mandatos culturales que caracterizan el cuidado como una tarea femenina. Por ejemplo, no hay incentivo alguno para abordar la situación, tan frecuentemente reportada por los/as cuidadores, de que sea solo una persona de la familia (una mujer) quien deba realizar esta tarea, en lugar de buscar una distribución más equitativa entre los miembros del grupo familiar de los costos físicos, psicológicos y económicos de las tareas de cuidado.

Tampoco se consideran mecanismos para re-valorizar el trabajo de cuidado no profesional –esto es, fuera del ámbito de las profesiones de la salud. En este momento, y de acuerdo con los estudios ya señalados, la mayoría de los cuidadores/as no profesionales son personas con bajo nivel de escolaridad y escasas redes, ya sea como producto del costo de oportunidad que representa hacerse cargo de una persona en situación de dependencia (por ejemplo, hay que dejar de estudiar o trabajar, no hay tiempo para cultivar relaciones personales), como motivación para asumir dicha tarea (baja escolaridad que impide acceder a empleos de mayor calificación y remuneración) o una combinación de ambas. Aquí la revalorización no puede ser

solo simbólica: si el trabajo de cuidado es mal remunerado, solo será una opción para los grupos con menos oportunidades y poder: las mujeres. El cuidado profesionalizado de niños/as proporciona una pista del mecanismo que podría operar aquí: a pesar de ser una carrera universitaria de gran responsabilidad, la educación pre-escolar sigue siendo una de las profesiones peor pagadas en el mercado laboral chileno, según datos del Sistema de Información para la Educación Superior (SIES) (Ministerio de Educación de Chile, 2016).

En esa lógica, y considerando los mandatos culturales de género, es posible esperar que un número importante de asistentes domiciliarios sean mujeres con bajos niveles de escolaridad, quienes son hoy el grupo que asume mayoritariamente el cuidado de adultos mayores (Universidad Católica-Instituto de Sociología, 2015). Si bien el SENAMA capacitará a los/as AD, los niveles de profesionalización y de remuneraciones que puedan obtener serán determinantes en convertir al cuidado en un área atractiva desde el punto de vista laboral. Ello tiene directa incidencia en la calidad de los cuidados ofrecidos: por ejemplo, las remuneraciones pueden ser determinantes en la definición de la cantidad de horas que los/as AD deberán trabajar para tener un ingreso competitivo e incluso suficiente que les permita asegurar su propia pensión u otros mecanismos de seguridad social, entre otras necesidades básicas. Un alto número de horas de trabajo atenta contra la calidad del cuidado que se es capaz de proveer y –nuevamente– contra la propia salud del cuidador/a.

De allí que se constituye un desafío la revalorización del trabajo de cuidado desmarcada de los mandatos de género; valorización que debe ser visualizada desde el ámbito social y económico. En este contexto, «cuidar al que cuida» resulta clave para el desarrollo a corto plazo de una vejez activa y digna, y a largo plazo de adultos y adultas mayores que cuentan con un sistema de protección social que les permitan una vejez como la que se busca en aquellos que están sujetos a sus cuidados.

REFERENCIAS

Amarante, V., Colacce, M. y Manzi, P. (2016). *La brecha de género en jubilaciones y pensiones. Los casos de Argentina, Brasil, Chile y Uruguay*. CEPAL - Serie Asuntos de Género N°138. Santiago: CEPAL.

- Batthyány, K. (2015). *Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales*. CEPAL - Serie Asuntos de Género N°124. Santiago: CEPAL.
- Batthyány, K., Genta, N. y Perrota, V. (2015). *El aporte de las familias y las mujeres al cuidado no remunerado de la salud en el Uruguay*. CEPAL - Serie Asuntos de Género N°127. Santiago: CEPAL.
- Berner, H. (2015). *El proceso de construcción del Subsistema de Apoyos y Cuidados en Chile*. Presentación. Santiago, Chile. Recuperado de http://dds.cepal.org/proteccionsocial/actividades/seminario-tecnico-cepal-giz-agosto-2015/docs/Mesa%205_H_Berner.pdf
- Comunidad Mujer (2014). *Mujer y trabajo: buscando la correcta ecuación del cuidado de adultos mayores dependientes*. Recuperado de <http://www.comunidadmujer.cl/biblioteca-publicaciones/wp-content/uploads/2014/10/30.pdf>
- De Donder, L., Lang, G., Ferreira-Alves, J., Penhale, B., Tamutiene, I. y Luoma, M. (2016). Risk Factors of Severity of Abuse Against Older Women in the Home Setting: a Multinational European Study. *Journal of Women & Aging*, 28(6), 540-554.
- Ferraro, K. y Shippee, T. (2009). Aging and Cumulative Inequality: How Does Inequality Get Under the Skin? *The Gerontologist*, 49(3), 333-343.
- Flores, E., Rivas, E. y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*, 18(1), 29-41.
- George, N. y Steffen, A. (2014). Physical and Mental Health Correlates of Self-efficacy in Dementia Family Caregivers. *Journal Of Women & Aging*, 26(4), 319-331.
- Gómez-Rubio, C., Zavala-Villalón, G., Ganga-León, C., Rojas Paillalef, W., Álvarez Astorga, R. y Salas Allende, S. (2016). Jubilación en Chile: vivencias y percepciones de mujeres jubiladas por el sistema privado de pensiones. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 15(3), 112-122.
- Ministerio de Desarrollo Social (2017a). *Síntesis de resultados Encuesta de Caracterización Socioeconómica CASEN Trabajo 2015*. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casenmultidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_trabajo.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social (2017b). *Síntesis de resultados Encuesta de Caracterización Socioeconómica CASEN Equidad de Género 2015*. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casenmultidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_equidad_genero.pdf

- Ministerio de Educación (2016). *Empleabilidad e ingresos. Estadísticas por carrera*. Recuperado de <http://www.mifuturo.cl/index.php/futuro-laboral/buscador-por-carrera?tecnico=false&cmbareas=7&cmbinstituciones=3>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37, suplemento 2, 74-105.
- Rico, M. y Robles, C. (2016). *Políticas de cuidado en América Latina. Forjando la igualdad*. CEPAL - Serie Asuntos de Género N°140. Santiago: CEPAL.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA] (2013). *Catastro de establecimientos de larga estadía para adultos mayores, 2013*. Recuperado de <http://catastroeleam.senama.cl/>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA], Universidad Católica y Caja Los Andes (2017). *Chile y sus mayores. Resultados IV Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez 2017*. Santiago: Autor.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA] (2015). *Guía de operaciones Programa de Cuidados Domiciliarios*. Recuperado de http://www.senama.cl/filesapp/GUIA_CUIDADOS_DOMICILIARIOS.pdf
- Slachevsky, A., Budinich, M., Miranda-Castillo, C., Núñez-Huasaf, J., Silva, J., Muñoz-Neira, C., Loger, S., Jimenez, O., Martorell, B. y Delgado, C. (2013). The CUIDEME Study: Determinants of Burden in Chilean Primary Caregivers of Patients with Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 35(2), 297-306.
- Universidad Católica-Instituto de Sociología (2015). *Estudio sistematización y descripción de los perfiles de las cuidadoras de personas dependientes, las demandas de apoyo que las cuidadoras presenten y los programas existentes para aliviar el trabajo de cuidado*. Recuperado de http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/Final_Perfil_de_Cuidadoras.pdf
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World Population Ageing 2015* (ST/ESA/SER.A/390). Nueva York: United Nations.

CAPÍTULO 3

EL EDADISMO COMO UN FACTOR DE RIESGO PARA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

NICOLÁS CISTERNAS SANDOVAL
Universidad Autónoma de Chile

LUCIO SARABIA TOLOZA
Universidad Católica del Maule

INTRODUCCIÓN

Históricamente el estudio de la vejez ha quedado relegado a la geriatría y a la gerontología social, donde posteriormente se anexa la psicología, adoptando los enfoques psicorgánico y psicosocial a partir de estas disciplinas, limitando su conceptualización de la vejez y las personas mayores a una visión asistencialista y deficitaria (Martín, 2000). En cuanto a la psicología evolutiva, salvo por Stanley Hall (1922), las narrativas presentes en las teorías de los autores clásicos del desarrollo centran la vejez como una etapa de aceptación y preparación a la muerte. En paralelo, con el desarrollo de la psicometría, los estudios centrados en la inteligencia y la psicología social, con las actitudes y prejuicios presentes en segmentos de la población, reaparece poco a poco la figura de las personas mayores. Es finalmente en 1966 cuando el psicólogo alemán Joep Munnichs acuña el concepto de psicogerontología, basado en la recopilación de la escasa información existente en la época (Munnichs, 1966). Es

mediante estas primeras conceptualizaciones donde se comienzan a abordar los primeros estereotipos insertos en el imaginario social. Sin embargo, con la aparición de Paul Baltes y Bernice Neugarten, en los años 70 se comienza a gestar un nuevo paradigma basado en las oportunidades, el desarrollo personal y la concepción de múltiples formas de envejecer, demostrando, con evidencia científica, que gran parte del conocimiento acerca de las personas mayores era errado hasta entonces (Undurraga, 2011). Esta visión poco a poco va respondiendo al panorama de transición demográfica y epidemiológica que irrumpe a diverso ritmo en el mundo, comenzando en Europa durante todo el siglo XX y llegando a América Latina en los últimos 30 años. En la actualidad, la psicogerontología es una disciplina delimitada, consolidada y en expansión que trata, mediante la investigación basada en la evidencia, de derribar los prejuicios, estereotipos y actos de discriminación que afectan a las personas mayores; a este tipo de actitudes se les denomina edadismo y se encuentran presentes en la sociedad. Es por ello que la difusión de la investigación gerontológica brinda la posibilidad de superar este tipo de prácticas.

DESARROLLO

Multidimensionalidad del edadismo

La edad es la única categoría social que identifica subgrupos a la que todos los individuos pueden pertenecer en algún minuto de sus vidas. A pesar de ello existe discriminación, prejuicios y estereotipos vinculados a la edad, que afectan primordialmente a las personas mayores (Palmore, 2016). En 1969, Robert Butler, frente a las protestas realizadas por la construcción de un complejo residencial para personas mayores afroamericanas, realiza la reflexión que detrás del aparente racismo había un «age-ism», esto es, una discriminación en función de la edad. Butler (1969) señala:

Edadismo describe la experiencia subjetiva implícita en la noción popular de la brecha generacional. Prejuicio de la mediana edad en contra de los viejos, es un grave problema nacional... refleja un profundo malestar manifestado en una

repulsión y personal disgusto por la vejez, la enfermedad, la discapacidad; y miedo a la impotencia, inutilidad y la muerte (p. 253).

La traducción al español del concepto es diversa. En la literatura científica aparecen términos como ancianismo (Moragas, 1991), viejismo (Salvarezza, 2005), cronologismo (Hernández-Pozo, 2009), ageismo (Hogg y Vaughan, 2009), gerontofobia (Sánchez, 2005) y edadismo (Losada, 2004). Bajo las sutilezas del lenguaje es este último el que aporta una visión más neutral del fenómeno y responde a los llamados de organismos internacionales (Losada, 2004). El edadismo se manifiesta a nivel cultural en todas las sociedades del mundo; se plantea que es el tercer ismo más habitual en el mundo junto con el sexismo y el racismo. Sin embargo, a diferencia de los dos anteriores, posee un menor castigo social (Palmore y Manton, 1973) debido a la manifestación implícita de las creencias acerca de la vejez (Levy y Banaji, 2002). Además, las investigaciones indican que se empieza a desarrollar en las primeras etapas del ciclo vital: ejemplo de ello es que los bebés pueden reconocer e identificar a las personas de acuerdo a la edad a través del tono de voz, altura y el rostro, pudiendo diferenciar y adoptar los edadismos existentes en la sociedad (Montepare y Zebrowitz, 2005; Nelson, 2005).

Las primeras décadas de investigación del edadismo arrojaron conflictos en poder establecer conceptualmente sus componentes. Inicialmente se consideró una discriminación (Butler, 1969), luego se consideró un prejuicio y una discriminación que puede ser tanto positiva como negativa (Palmore, 1999). Hoy en día existe una visión integral al considerar al edadismo una actitud hacia las personas mayores que puede ser tanto positiva, no siendo nocivas para las personas mayores, y negativas. Estas actitudes, tanto positivas como negativas, son manifestadas a nivel cognitivo mediante estereotipos, a nivel emocional como prejuicios y a nivel comportamental como discriminación (Castellano y De Miguel, 2010; Rupp, Vodanovich y Crede, 2005). Las actitudes son la evaluación que se somete a un objeto de actitud (Hogg y Vaughman, 2009). Para Hernández, Fernández y Batista (2014) las actitudes son una predisposición aprendida para responder coherentemente de manera favorable o desfavorable ante un objeto, ser vivo, actividad, concepto, persona

o símbolo. Los estereotipos son creencias equivocadas o exageradas sobre un grupo (Stangor, 2009).

Algunos de los estereotipos negativos hacia las personas mayores presentes en la sociedad son la enfermedad, impotencia sexual, fealdad, decline mental, enfermedad mental, inutilidad, aislamiento, pobreza y depresión (Castellano y De Miguel, 2010). En cuanto a los estereotipos positivos asociados a la vejez se encuentran la bondad, sabiduría, confianza, posesión de recursos, poder político, libertad y búsqueda de la eterna juventud y la felicidad (Palmore, 1999).

Las investigaciones han demostrado que el edadismo varía por grupo etario y por género, siendo los jóvenes los que presentan niveles de edadismo más elevados por sobre otros grupos etarios (Kite y Wagner, 2002). A su vez, los hombres tienden a presentar niveles de edadismo más altos que las mujeres en la mayoría de las investigaciones (Ariztizábal, Morales, Salas y Torres, 2009; Rupp et al., 2005; Yilmaz, Kisa y Zeyneloğlu, 2012). Una explicación de esta diferencia se plantea en los estudios de diferencia de género de Cicirelli (2010), quien sostiene que las mujeres tienden a ser más cálidas, cariñosas y empáticas, mientras que los hombres tienden a ser competitivos y críticos. Sin embargo, en cuanto a la diferencia de género entre personas mayores víctimas del edadismo las mujeres son más desfavorecidas (Lemus y Expósito, 2005).

Explicaciones al edadismo

Según Bodner (2009), la teoría de la identidad social y la teoría de gestión del terror darían posibles explicaciones al edadismo. La teoría de la identidad social de Tajfel y Turner (1979) sostiene que las personas forman identidades de grupo basadas en criterios mínimos y luego demuestran sesgos que favorecen a su propio grupo. Esto se explicaría porque la identidad del grupo forma parte de la propia identidad del sujeto, intentando siempre mantener una autoestima positiva. Para que eso suceda, los individuos estarían motivados para promover su propio grupo sobre otros. La aplicación de la teoría a la investigación del edadismo sugiere que los jóvenes y las personas mayores evaluarán su grupo de edad de manera más positiva que otros grupos de edad (Kite y Wagner, 2002); este proceso se ha denominado sesgo de grupo. Para los adultos jóvenes, la teoría sugiere que

el envejecimiento permite a los individuos más jóvenes distanciarse de las personas mayores hasta el punto de que sutilmente dejen de identificarse con sus mayores como seres humanos. Según Bodner (2009), el mecanismo que subyace a la actitud de los adultos mayores hacia los adultos más jóvenes y hacia los adultos de su edad es más complejo. Según el modelo, cuando un individuo es miembro de un grupo que se percibe a menudo en un estado de menor valoración por el hecho de ser personas mayores, este individuo adoptará estrategias para mantener una identidad positiva. Una estrategia puede ser centrarse en los aspectos positivos del envejecimiento. Otra estrategia puede ser percibir de forma más negativa a los grupos más jóvenes. Otra manera posible puede ser desidentificarse con su grupo y distanciarse, percibiendo a otras personas mayores como un grupo externo con características negativas (Helmes y Pachana, 2015; Hurd y Korotchenko, 2016; Levy, 1999).

La teoría de gestión del terror de Greenberg, Solomon y Pyszczynski (1997) (citada en North y Fiske, 2012) aborda el impacto que la ansiedad de muerte tiene en el comportamiento social. Según este modelo, los seres humanos han creado amortiguadores frente a la ansiedad psicológica, que consisten en una cosmovisión cultural para hacer frente a la potencial amenaza de la consciencia de muerte inevitable a la que todo ser humano llegará. La teoría posee dos hipótesis centrales. La hipótesis del amortiguador de la ansiedad afirma que si una estructura psicológica proporciona protección contra la ansiedad, entonces el fortalecimiento de esta estructura debería reducir la ansiedad en respuesta a las amenazas posteriores. La hipótesis complementaria, es decir, la hipótesis de la mortalidad, afirma que recordar a la gente su muerte aumenta la necesidad de fortalecer las estructuras psicológicas que los protegen de la consciencia de la muerte. Desde esta teoría existe un rechazo al envejecimiento y la vejez porque evocan la ansiedad de muerte y finitud de la vida; por ende, el edadismo es un mecanismo que enfrenta este pensamiento que se vuelve consciente.

Según North y Fiske (2012) existen otras teorías que explican el edadismo desde un enfoque interpersonal, evolutivo y socio-cultural. Desde el enfoque interpersonal se encuentra el efecto de halo negativo, el cual consiste en que indicar una característica del sujeto produce una secuencia de interpretaciones. En este sentido,

las personas mayores, al ser vistas poco atractivas, se interpretan una serie de rasgos negativos (North y Fiske, 2012). Otro enfoque incorpora los efectos de la sobre generalización, según el cual las personas creen que, debido a la apariencia de las personas mayores, al tener una postura encorvada y los ojos caídos, estas son personas solitarias y tristes, asumiendo que es real (Montepare y Zebrowitz, 2005). Otra teoría basada en la apariencia se centra en cómo las apariencias de las personas mayores generalmente dan pistas sobre el potencial de interacción. Este enfoque, llamado ofrecimientos sociales, puede hacer que los niños, por ejemplo, aprendan que las arrugas o la marcha lenta de una persona mayor significan poco entusiasmo o introversión (Palmore, 2003). Existen explicaciones evolutivas para entender el edadismo, siendo la inclusión favorecida por las personas consideradas aptas y sanas. Otra noción es que las personas han evolucionado para percibir los cambios en la apariencia y el comportamiento de las personas mayores como signos de debilidad (Jensen y Oakley, 1980). En un enfoque evolutivo del estigma se indica que las víctimas de la exclusión son aquellas personas propensas a la enfermedad y que no tienen recursos (Kurzban y Leary, 2001). En cuanto a una perspectiva socioevolutiva, las personas han evolucionado para vivir en grupos eficaces e interdependientes para maximizar el éxito del grupo y, por ende, el individual. Como resultado, cuando ciertos miembros del grupo amenazan el grupo, las reacciones correspondientes se producen. Las personas mayores pueden ser percibidas como amenazas en el sentido de que supuestamente no pueden retribuir los beneficios de otros miembros del grupo. Esto generalmente conduce a una conducta de ayuda paternalista y prosocial hacia ellos como miembros del grupo, pero en algunos casos también puede fomentar la ira y el resentimiento (Cottrell, Neuberg y Li, 2007). Otra explicación particularmente relacionada con los estereotipos planteados por Cuddy y Fiske (2002) es el modelo del contenido de los estereotipos (SCM), donde sugieren que la gente no se limita a pensar en sus estereotipos de manera unidimensional. Más bien, dicen que los estereotipos se pueden ubicar a lo largo de dos dimensiones de contenido que van cruzando de un extremo, identificando cuatro combinaciones: competentes y sociales; competentes y fríos; sociables e incompetentes; y fríos e incompetentes. En el caso de las personas mayores, el modelo solo distingue abuelas

(cálido, pero inútil), ciudadano viejo (incompetente y frío) y anciano consejero (competente y frío). Según los autores, no existen personas mayores competentes y cálidas.

Manifestaciones del edadismo en los adultos mayores: el factor de riesgo

Existen diversas formas de manifestar el edadismo que se traducen en factores de riesgo para visibilizar el potencial de las personas mayores a nivel comunicativo (Gendron, Welleford, Inker y White, 2015); se tienden a utilizar diversas palabras de contenido peyorativo para referirse a las personas mayores. Además, a la hora de establecer una comunicación con personas mayores, se presenta la infantilización (Gresham, 1973). Las personas más jóvenes hablan con los adultos mayores en forma pausada, con entonación exagerada, usando palabras simples. Según Caporaël (1981), en ocasiones puede llegar al extremo de utilizarse un tipo de lenguaje que denomina charla de bebé secundaria.

El edadismo se puede manifestar conductualmente a través de la discriminación entendida por el acto de segregar a un determinado grupo (Stangor, 2009). Según Palmore (1999) existe una discriminación individual y la discriminación institucional a través de políticas o prácticas discriminatorias llevadas a cabo por organizaciones y otras instituciones. Estas, a su vez, pueden ser positivas o negativas. Las esferas de la discriminación negativa se manifiestan en el mercado laboral, privando de oportunidades laborales por parte de los empresarios. En el caso de la política pública se manifiesta en la imposibilidad de acceso a la vivienda y a cuidados de salud acordes a sus necesidades, y en el ámbito familiar a través del aislamiento y abandono (Biggs y Haapala, 2013). Las acciones mencionadas anteriormente se configuran como formas de maltrato (Iborra, 2005). Se puede hablar de discriminación positiva hacia las personas mayores cuando los Estados brindan protección económica a través de beneficios tributarios, descuentos y posibilidades de empleo solo para ese segmento de la población en determinadas actividades. También se puede manifestar en las esferas de salud, con programas dirigidos solamente a este segmento; y en el caso de oportunidades para la vivienda, en sectores conformados exclusivamente por población

adulto mayor. A nivel familiar se tiende a considerar que existe una discriminación positiva en sociedades colectivistas y tradicionales, situación que las investigaciones actuales ponen en duda (Palmore, 1999; Reed et al., 2006).

La familia a lo largo de la historia ha sido el núcleo central de la sociedad y las personas mayores son parte importante de ese núcleo (Alba, 1992), conformando lo que se denomina solidaridad intergeneracional (Katz y Lawenstein, 2010). En investigaciones realizadas en China, sociedad que en su mayoría profesa el confucianismo, religión que tiene como principio la piedad filial, la cual indica que los hijos deben encargarse de sus padres cuando ellos sean mayores, indican un distanciamiento con estas normas culturales (Luo y Zhan, 2011); resultados recientes demuestran que los estudiantes chinos en realidad poseen más actitudes negativas hacia el envejecimiento y las personas mayores en comparación con sus pares estadounidenses. También se encontró que las mujeres tienden a tener más actitudes positivas que los estudiantes varones en ambas culturas, aunque las estudiantes estadounidenses son más positivas (Luo, Zhou, Jung Jin, Newman y Liang, 2013). Ya en un estudio previo realizado en Hong Kong, Filipinas y Nueva Zelanda entregaron como resultado evaluaciones negativas del proceso de envejecimiento indistintamente (Harwood et al., 1996).

En relación a la situación en medio oriente, se destacan dos investigaciones. Al comparar edadismo entre jóvenes de Israel y Estados Unidos se ha demostrado que no existe diferencia en el nivel de edadismo en ambos países, existiendo altos niveles en ambos (Bodner y Lazar, 2008). En un estudio más reciente se comparó el edadismo en una población de judíos y árabes residentes en Israel, existiendo considerables diferencias entre los niveles de edadismo, comprobándose que los árabes, dada su cultura social colectivista, presentan menores niveles de edadismo y una valoración positiva a la figura del adulto mayor (Bergman, Bodner y Cohen-Fridel, 2013). En cuanto a la investigación del edadismo en Chile, un estudio exploratorio con estudiantes universitarios, mediante el uso de una escala de diferencial semántico, reveló que los jóvenes tienden a ver de forma negativa la vejez, asociada a pérdida de capacidades, soledad y abandono (Arnold-Cathalifaud et al., 2007).

Las consecuencias del edadismo en estudios experimentales demuestran un cambio estadísticamente significativo en personas sometidas a prejuicios positivos y negativos, quedando demostrado que los sujetos bajo estereotipos negativos tenían un menor rendimiento en las actividades encomendadas (Kotther-Grühn y Hess, 2012; Levy y Launder, 1994). También se pudo observar a nivel fisiológico que el edadismo aumenta el estrés y, por ende, el rendimiento deficiente de algunos órganos, concluyendo que tiene un efecto nocivo para la esperanza de vida (Levy, Hausdorff y Wei, 2000). En cuanto al desarrollo del sí mismo y la autoimagen, los estudios arrojan dos conclusiones: las personas mayores que interiorizan los estereotipos realizan una profecía auto-cumplida (Campos y Stripling, 2012), considerándose la internalización del edadismo como una microagresión (Gendron et al., 2015); lo segundo es un distanciamiento entre aquellas personas mayores que no se sienten víctimas del edadismo, no se identifican a sí mismos como adultos mayores y establecen un distanciamiento entre aquellas personas que consideran son víctimas bajo la expresión «los viejos son los otros». Sin embargo, cuando se obtienen beneficios por pertenecer a la categoría social, su visión se modifica y vuelven a ser parte del grupo (Hurd y Korotchenko, 2016).

Manifestación del edadismo en los profesionales: complicidad silenciosa

En cuanto a la salud, Butler (1975) sostiene que el edadismo se manifiesta mediante el nihilismo terapéutico, reflejado en la desatención de síntomas en los adultos mayores, principalmente en la naturalización de cuadros depresivos o trastornos psiquiátricos. Ejemplo de ello es la identificación de factores que inciden en el diagnóstico y detección de una demencia en su etapa inicial, encontrándose diferencias entre personas que viven solas y personas que viven acompañadas, siendo las primeras menos diagnosticadas oportunamente. A su vez, la existencia de problemas de audición y movilidad incide generando una sobre-generalización de atributos, arrojando falsos positivos. Otro factor que incide son las quejas subjetivas de la memoria, no realizándose un diagnóstico diferencial con depresión, cuyo desarrollo también afecta la memoria. Por último, el

nivel socioeducativo del paciente también influiría en el diagnóstico, siendo las personas con un menor nivel educacional propensas a un falso positivo (Pentzek et al., 2009). La explicación para estas situaciones es una baja especialización en geriatría y gerontología, justificada por la prioridad que se le entrega a la formación en áreas de la infancia y la adolescencia, y por el error conceptual de entender al adulto mayor como un adulto con más años y observarlo sin conocer sus características particulares y las temáticas propias del envejecer (Sánchez, 2004). Una de las alertas que emergen por parte de la comunidad científica hoy en día es abandonar la identificación de demencia senil (González, 2008), clásica conceptualización abordada por manuales hasta hace pocas décadas, que distinguían demencias preseniles, aquellas de aparición antes de los 65 años, y demencias seniles, sobre los 65 años (Abengózar y Serra, 1997). Esta concepción hoy es cuestionada bajo la identificación de que aquel concepto asociaría la demencia como acompañante de la edad cronológica de cualquier persona o individuo, generando un temor en la sociedad que potencia el edadismo, basado en el miedo a enfermar en la vejez, y un segundo efecto perjudicial en quienes padecen del envejecimiento patológico, al desistir en cualquier tratamiento. En la actualidad se identifica que existen tratamientos para el envejecimiento patológico que, si bien en el caso de las demencias como el Alzheimer no eliminarían la enfermedad, sí restringirían el avance de esta (Marín y Carrasco, 2016). En relación al desarrollo de psicoterapia con adultos mayores, las investigaciones han señalado la existencia de pesimismo frente al éxito del proceso terapéutico y un rechazo por parte de estos profesionales en atender personas mayores (Hepple, 2004; Robb, Chen y Haley, 2002; Steur, 1982).

En cuanto a las investigaciones del edadismo en estudiantes universitarios, Chonody (2015) destaca la formación académica como factor que incide en la reducción y modificación de los prejuicios y estereotipos, destacando que en aquellos estudiantes sin una formación previa que son enviados a la realización de intervenciones o pasantías en contextos desfavorables y de envejecimiento patológico se tiende a reforzar los prejuicios y estereotipos (Chonody, 2015). Otro elemento destacable en las investigaciones revisadas es cómo –en ausencia de conocimientos en gerontología y geriatría– docentes que imparten asignaturas relacionadas con envejecimiento

y vejez transmiten edadismo en el proceso de enseñanza-aprendizaje, afectando en la formación académica de los alumnos (Levy, 2001; Martínez y Maldonado, 2009).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La internalización del edadismo es un factor de riesgo que afecta el desarrollo de las potencialidades de los adultos mayores, puesto que interfiere en las visiones que tiene la sociedad y el propio adulto mayor sobre sí mismo. Es necesario desarrollar una profunda revisión en nuestras representaciones sociales del envejecimiento y tener la capacidad de poder cuestionar aquellos conceptos instaurados bajo el sentido común y la tradición.

El desarrollo de la investigación gerontológica es una alternativa que aporta conocimiento basado en evidencia que debe ser difundido y ampliado para mejorar las políticas públicas de envejecimiento activo.

Existen pequeños cambios que se pueden realizar en el día a día. Uno de ellos es a nivel de lenguaje, en las formas que la sociedad se refiere a las personas mayores, reconociendo el cómo ellas desean ser llamadas o tratadas.

Por último, para que una persona sea adulta o adulto mayor no basta con la existencia de una edad legal: también debe existir un reconocimiento interno en su propia identidad, donde los factores que constituyen la edad social no deben tener elementos que aislen al individuo de su grupo de referencia. Para ello se deben eliminar las representaciones negativas como la ausencia de roles y potenciar la elaboración de un proyecto de vida en la vejez. El proyecto de vida es un elemento que constituye al ser humano y puede desarrollarse a cualquier edad; para ello se requiere de una sociedad y un Estado que garantice el desarrollo humano sin barreras.

REFERENCIAS

- Abengózar, M. y Serra, E. (1997). *Envejecimiento normal y patológico*. Valencia: Promolibro.
- Alba, V. (1992). *Historia social de la vejez*. Barcelona: Laertes.

- Ariztizábal, N., Morales, A., Salas, C. y Torres, M. (2009). Estereotipos negativos hacia los adultos mayores en estudiantes universitarios. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9(1), 35-44.
- Arnold-Cathalifaud, M., Thumala, D., Urquiza, A. y Ojeda, A. (2007). La vejez desde la mirada de los jóvenes chilenos: estudio exploratorio. *Última Década*, 27(1), 75-91.
- Bergman, Y., Bodner, E. y Cohen-Fridel, S. (2013). Cross-cultural Ageism: Ageism and Attitudes toward Aging among Jews and Arabs in Israel. *International Psychogeriatric*, 25(1), 6-15.
- Biggs, S. y Haapala, I. (2013). Elder Mistreatment, Ageism, and Human Rights. *International Psychogeriatrics*, 25(8), 1299-1306.
- Bodner, E. (2009). On the Origins of Ageism among Older and Younger Adults. *International Psychogeriatrics*, 21(6), 1003-1014.
- Bodner, E. y Lazar, A. (2008). Ageism among Israeli Students: Structure and Demographic Influences. *International Psychogeriatrics*, 20(5), 1046-1058.
- Butler, R. (1969). Age-ism. Another form of Bigotry. *The Gerontologist*, 9(1), 243-246.
- Butler, R. (1975). Psychiatry and the Elderly: an Overview. *The American Journal of Psychiatry*, 132(9), 893-900.
- Campos, I. y Stripling, A. (2012). «Estoy viejo» [I'm old]: Internalized Ageism as Aelf-referential, Negative, Ageist Speech in the Republic of Panama. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 27(4), 373-390.
- Caporael, L. (1981). The Paralanguage of Caregiving: Baby Talk to the Institutionalized Aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 876-884.
- Catellano, C. y De Miguel, A. (2010). Propiedades psicométricas del cuestionario de conductas discriminatorias hacia la vejez y el envejecimiento (CONDUC-ENV): análisis del componente conductual de actitudes viejistas en ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(3), 359-373.
- Chonody, J. (2015). Addressing Ageism in Students: a Systematic Review of the Pedagogical Intervention Literature. *Educational Gerontology*, 41(12), 859-887.
- Cicirelli, V. (2010). Attachment Relationships in Old Age. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 191-199.
- Cottrell, C., Neuberg, S. y Li, N. (2007). What do People Desire in Others? A Sociofunctional Perspective on the Importance of Different Valued Characteristics. *Journal Personal Social Psychology*, 92(2), 208-31.
- Cuddy, A. y Fiske, S. (2002). Doddering, but Dear: Process, Content, and Function in Stereotyping of Elderly People. En T. D. Nelson (ed.), *Ageism* (pp. 3-26). Cambridge: MIT Press.

- Gendron, T., Welleford, E., Inker, J. y White, J. (2015). The Language of Ageism: why we Need to Use Words Carefully. *The Gerontologist*, 56(6), 997-1006.
- González, V. (2008). La demencia senil no existe. Compromisos de la atención primaria en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con deterioro cognitivo y sus familiares. *SEMERGEN*, 34(2), 49-51.
- Gresham, M. (1973). The Infantilization of the Elderly. *Nursing Forum*, 15, 196-209.
- Hall, S. (1922). *Senescence the Last Half of Life*. Nueva York: D. Appleton and Company.
- Harwood, J., Giles, H., Ota, H., Pierson, H. D., Gallois, C., Ng, S. H. y Somera, L. (1996). College Students' Trait Ratings of Three Age Groups around the Pacific Rim. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 11(4), 307-317.
- Helmes, E. y Pachana, N. (2015). Dimensions of Stereotypical Attitudes among Older Adults: Analysis of Two Countries. *Geriatrics and Gerontology*, 16(11), 1226-1230.
- Hepple, J. (2004). Psychotherapies with Older People: an Overview. *Journal of Continuing Profesional Development*, 10(1), 371-377.
- Hernández-Pozo, M., Torres, M., Coronado, O., Herrera, A., Castillo, P. y Sánchez, A. (2009). Actitudes negativas hacia la vejez en población mexicana: aspectos psicométricos de una escala. En R. González-Celis. *Evaluación en psicogerontología* (pp. 1-16). México: El Manual Moderno.
- Hogg, M. y Vaughan, G. (2009). *Psicología social*. Madrid: Panamericana.
- Hurd, L. y Korotchenko, A. (2016). «I know it exists... but I haven't experienced it personally»: Older Canadian Men's Perceptions of Ageism as a Distant Social Problem. *Ageing & Society*, 36(1), 1757-1773.
- Iborra, I. (2005). Conceptos y tipos de maltrato de mayores. En I. Iborra (eds.). *Violencia contra personas mayores* (pp. 17-34). Barcelona: Ariel.
- Jensen, G. y Oakley, F. (1980). Aged Appearance and Behavior: an Evolutionary and Ethological Perspective. *Gerontologist*, 20(1), 595-597.
- Katz, R. y Lawenstein, A. (2010). Theoretical Perspectives on Intergenerational Solidarity, Conflict and Ambivalence. En M. Izuhara. *Ageing and intergenerational relations* (pp. 29-56). Bristol: The Policy Press.
- Kite, M. y Wagner, L. (2004). Attitudes Toward Older Adults. In T. D. Nelson (ed.). *Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons* (pp. 129-161). Cambridge: MIT Press.
- Kotter-Grühn, D. y Hess, T. (2012). The Impact of Age Stereotypes on Self-perceptions of Aging across the Adult Lifespan. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(5), 563-571.

- Kurzban, R. y Leary, M. (2001). Evolutionary Origins of Stigmatization: the Functions of Social Exclusion. *Psychological Bulletin*, 127(1), 187-208.
- Lemus, S. y Expósito, F. (2005). Nuevos retos para la psicología social: edadismo y perspectiva de género. *Pensamiento Psicológico*, 1(4), 33-51.
- Levy, B. (2001). Eradication of Ageism Requires Addressing the Enemy Within. *The Gerontologist*, 41(5), 578-579.
- Levy, B. y Banaji, M. (2002). Implicit Ageism. En T. Nelson (eds.). *Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older Persons* (pp. 49-75). Cambridge: MIT press.
- Levy, B., Hausdorff, J., Hencke, R. y Wei, J. (2000). Reducing Cardiovascular Stress with Positive Self-stereotypes of Aging. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 55(1), 205-213.
- Levy, B. y Launger, E. (1994). Aging Free from Negative Stereotypes: Successful Memory in China among the American Deaf. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(6), 989-997.
- Losada, A. (2004). Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. *Informes portal mayor*, 14(1).
- Luo, B. y Zhan, H. (2011). Filial Piety and Functional Support: Understanding Intergenerational Solidarity among Families with Migrated Children in Rural China. *Ageing International*, 37(1), 69-92.
- Luo, B., Zhou, K., Jung Jin, E., Newman, A. y Liang, J. (2013). Ageism among College Students: Comparative Study between U.S. and China. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 28(1), 49-63.
- Marín, P. y Carrasco, M. (2016). *Envejecimiento normal y patológico*. En diplomado personas mayores y demencias: abordaje gerontológico. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Martín, A. (2000). Diez visiones sobre la vejez: del enfoque deficitario y del deterioro al enfoque positivo. *Revista de Educación*, 1(3), 161-182.
- Martinez, M. y Mendoza, V. (2009). El vejeísmo en la enseñanza de gerontología y sus repercusiones en las prácticas significativas de los docentes y alumnos. En M. Olivo y M. Piña (eds.). *Envejecimiento y cultura en América Latina y el Caribe* (pp. 79-93). Santiago: RIL editores.
- Montepare, J. y Zebrowitz, L. (2005). A Social-developmental View of Ageism. En T. Nelson (eds.). *Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older Persons* (pp. 77-124). Cambridge: MIT press.
- Moragas, R. (1991). *Gerontología social*. Barcelona: Herder.
- Munnichs, J. (1966). A Short History of Psychogerontology. *Human Development*, 9(1), 230-245.
- Nelson, T. (2005). Ageism: Prejudice Against Our Fearful Future Self. *Journal of Social Issues*, 61(2), 207-221.

- Nelson, T. (2009). Ageism. En T. Nelson (eds.). *Handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination* (pp. 432-438). Nueva York: Psychology Press.
- North, M. y Fiske, S. (2012). An Inconvenienced Youth? Ageism and its Potential Intergenerational Roots. *Psychological Bulletin*, 138(5), 982-997.
- Palmore, E. (1999). *Ageism: Negative and Positive*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Palmore, E. (2003). Three Decades of Research on Ageism. *Generations*, 29(3), 87-90.
- Palmore, E. (2016). Auto-gerontology: a Personal Odyssey. *Journal of Applied Gerontology*, 1(1), 1-11.
- Palmore, E. y Manton, K. (1973). Ageism Compared to Racism and Sexism. *Journal of Gerontology*, 28(3), 363-369.
- Pentzek, M., Wollny, A., Wiese, B., Jesse, F., Haller, F., Maier, W. y Fuchs, A. (2009). Apart from Nihilism and Stigma: what Influences General Practitioners' Accuracy in Identifying Incident Dementia? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(11), 965-975.
- Reed, J., Cook, M., Cook, G., Inglis, P. y Clarke, C. (2006). Specialist Services for Older People: Issues of Negative and Positive Ageism. *Aging & Society*, 26(1), 849-865.
- Robb, C., Chen, H. y Haley, W. (2002). Ageism in Mental Health and Health Care: a Critical Review. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8(1), 1-12.
- Rupp, D., Vodanovich, S. y Créde, M. (2005). The Multidimensional Nature of Ageism: Construct Validity and Group Differences. *The Journal of Social Psychology*, 145(3), 335-362.
- Salvarezza, L. (2005). *Psicogeriatría: teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Sánchez, C. (2005). *Gerontología social*. Buenos Aires: Espacio.
- Sánchez, C. (2004). *Esteriotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas*. Tesis doctoral. Universidad de Málaga, España.
- Stangor, C. (2009). The Study of Stereotyping, Prejudice, and Discrimination within Social Psychology: a Quick History of Theory and Research. En T. Nelson (ed.). *Handbook of Prejuice, Stereotyping, and Discrimination* (pp. 1-12). Nueva York: Psychology Press.
- Steur, J. (1982). Psychotherapy with Older Women: Ageism and Sexism in Traditional Practice. *Psychotherapy: Theory, Reserch and Practice*, 19(4), 429-463.
- Tajfel, H. y Turner, J. (1979). An Integrative Theory of Intergroup Conflict. En W.G. Austin y S. Worchel (eds.). *The Social Psychology of Intergroup Relations* (pp. 33-47). Monterey: Brooks-Cole.

- Undurraga, C. (2011). *Psicología del adulto. De la conquista del mundo a la conquista de sí mismo*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Yilmaz, D., Kisa, S. y Zeyneloğlu, S. (2012). University Students' Views and Practices of Ageism. *Ageing International*, 37(1), 143-154.

Bloque II:
Avances en investigación y propuestas
de intervención cognitiva en envejeci-
miento normal y patológico

CAPÍTULO 4

MEJORA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES COGNITIVAMENTE SANOS. UNA PROPUESTA TEÓRICA DE INTERVENCIÓN INTEGRADA DE ENTRENAMIENTO NEUROCOGNITIVO, TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL Y MINDFULNESS

BRAULIO BRUNA

Universidad Santo Tomás, Centro de Investigación
y Estudio en Familia, Trabajo y Ciudadanía CIELO, Talca

MIGUEL RAMOS

Universidad Santo Tomás, Centro de Investigación
en Gerontología Aplicada CIGAP, Antofagasta

INTRODUCCIÓN

El curso del envejecimiento está conformado por un conjunto de complejos procesos de cambios fisiológicos, cognitivos, afectivos, comportamentales y sociales (Kirkwood, 2000).

En relación a los cambios cognitivos resulta necesario hacer una distinción entre el envejecimiento cerebral normal y otras manifestaciones como el envejecimiento exitoso, deterioro cognitivo leve (DCL) y las demencias.

En el DCL y demencias se observa un descenso moderado-acelerado en las funciones cognitivas; es decir, existe un envejecimiento cognitivo anormal, mientras que en el DCL las actividades de la vida diaria permanecen preservadas (Petersen, et al. 1999). En la demencia ya están afectadas.

En el envejecimiento exitoso se mantiene una ejecución alta, sin mostrar deterioro en pruebas cognitivas de percepción, atención, memoria, lenguaje, praxis y función ejecutiva (Ardila y Roselli, 2007).

Por envejecimiento normal se entiende el envejecimiento que experimenta la mayoría de la población, en el que no existen patologías neurodegenerativas, pero al que se asocian ciertos declives en las habilidades cognitivas (Vázquez et al., 2010; Binotti, Spina, De la Barrera y Donolo, 2009; Hull, Martin, Beier, Lane y Hamilton, 2008; Sorel y Pennequin, 2008).

En el presente capítulo definiremos brevemente las alteraciones más descritas en los estudios referidos al envejecimiento normal, para luego describir la complementariedad teórica propuesta entre el entrenamiento neurocognitivo, el modelo psicoterapéutico cognitivo-conductual y las prácticas derivadas del mindfulness como estrategia de intervención en adultos mayores cognitivamente sanos.

Se revisaron las bases de datos en Ebsco Host, Proquest, Psycodoc, ScienceDirect, Oxford University Press y Scielo, utilizando las variaciones de las siguientes palabras clave: intervención cognitivo-conductual en adultos mayores sanos, mindfulness en adultos mayores sanos, funciones cognitivas en adultos mayores sanos e intervención neurocognitiva en adultos mayores sanos, además de literatura asociada a investigadores destacados en las áreas mencionadas.

DESARROLLO

Fluidez cognitiva

La fluidez cognitiva incluye habilidades para procesar y aprender nueva información, para resolver problemas y para atender y manipular información en la relación con el entorno (Harada, Natelson y Triebel, 2013). Funciones ejecutivas como la velocidad de procesamiento, memoria y habilidades psicomotrices tienen un

deterioro estimado de 0,02 desviaciones estándar por año, a partir de la tercera década de vida (Salthouse, 2012).

Velocidad de procesamiento

Se refiere a la velocidad con la que se realizan las actividades cognitivas y las respuestas motrices. Al igual que la fluidez cognitiva, esta capacidad comienza a disminuir alrededor de los 30 años y continúa disminuyendo a lo largo de la vida (Salthouse, 2010; Salthouse, Fristoe, Lineweaver et al., 1995; Carlson, Hasher, Zacks et al., 1995). Esta pérdida de velocidad en el procesamiento puede afectar negativamente el rendimiento y tener implicaciones en una variedad de dominios cognitivos.

Atención

Un muy escueto resumen de las teorías de la atención organiza lo que sabemos de este proceso de la siguiente manera: la atención operaría como un filtro, que podría ser rígido, de selección tardía, post-categorización y/o de atenuación. Una siguiente propuesta entiende la atención desde un modelo de recurso o capacidad, recursos que pueden ser unitarios o múltiples (Broadbent, 1958; Deutsch y Deutsch, 1963; Kahneman, 1973; Treisman, 1969; Wickens, 1984).

Esta comprensión teórica fundamenta una descripción clínica que ve como expresión de la atención al arousal, la focalización, el sostenimiento, la selectividad, la alternancia y la división (Sohlberg y Mateer, 1987, 1989). La atención es esencial en el proceso de manipulación de la información, influyendo sobre la selección y el establecimiento de la priorización en el procesamiento (Eriksen, 1990; Van de Heijden, 1992; Laberge, 1995). Como función, la atención está profundamente co-implicada con otras funciones cognitivas, particularmente con la memoria de trabajo. El desempeño cognitivo en personas mayores –comparado con sujetos jóvenes– muestra una velocidad de procesamiento más lenta (Luszcz y Bryan, 1999) y una capacidad reducida para ignorar la información irrelevante (Darowski, Helder, Zacks y Hasher, 2008). También, la retención momentánea de la información en la memoria, mientras manipula

simultáneamente dicha información, tiende a mostrar un desempeño disminuido en comparación con edades anteriores (Salthouse, Mitchell y Skovronek, 1989).

Memoria

Es quizás la queja más habitual y aguda en esta población y uno de los procesos más vinculados a los deterioros demenciales.

Tanto la memoria semántica como la episódica declinan durante el envejecimiento normal, pero lo hacen siguiendo cursos temporales diferentes. La memoria episódica muestra declinaciones permanentes durante la vida, mientras que la memoria semántica muestra una disminución mayormente acentuada en la vida tardía (Harada, Natelson y Triebel, 2013).

A diferencia de la memoria declarativa, la memoria no declarativa permanece inalterada a lo largo de toda la vida (Lezak, Howieson, Bigler y Tranel, 2012). A su vez, la tasa de adquisición disminuye a lo largo de la vida (Davis et al., 2013; Schnitzspahn et al., 2012). Sin embargo, la retención de información que se aprende con éxito se preserva en los adultos mayores cognitivamente sanos (Haaland, Price y Larue, 2003). También se producen descensos en la recuperación de la memoria (Whiting y Smith, 1997) y una disminución en el uso de estrategias para mejorar el aprendizaje (Isingrini y Taconnat, 2008; Davis et al., 2013).

Emoción

En Chile, un 3.7% de población de sujetos sobre 65 años presenta síntomas depresivos en el último mes, siendo el porcentaje más elevado en el segmento con escolaridad básica (5.6%) (Encuesta Nacional de Salud, 2003). En el caso de los síntomas depresivos en el último año, la prevalencia asciende a 13.4%, encontrándose nuevamente mayor porcentaje en el grupo de sujetos con escolaridad básica (Dechent, 2008). Otro estudio muestra que el 47% de los pacientes que acuden a la Unidad del Adulto Mayor por cualquier causa presentan resultados positivos para depresión (Hoyl, Valenzuela y Marin, 2000).

Además de la relevancia de la depresión como enfermedad en sí misma, los cuadros depresivos pueden desarrollarse hacia deterioro cognitivo (Yaffe et al., 1999) y demencia (Devanand et al., 1996) a pocos años del inicio de los trastornos (Alexopoulos, Meyers, Young, Mattis y Kakuma, 1993).

Se puede desprender de esta escueta caracterización de los deterioros cognitivos y emocionales que el envejecimiento cognitivo normal puede resultar en disminuciones en habilidades funcionales complejas (O'Sullivan et al., 2001) que se traducen en dificultades en el desempeño de las actividades cotidianas, lo que repercute en un deterioro de la calidad de vida de esta población.

Existe un fecundo campo de investigación en el deterioro asociado al envejecimiento cognitivo normal que resulta tan amplio como controvertido en sus resultados y que ha estado centrado principalmente en el diagnóstico y la indagación clínica de estas dificultades. Sin embargo, el campo de la prevención de estos deterioros y del entrenamiento en funciones cognitivas y emocionales en adultos mayores cognitivamente sanos no cuenta con el mismo nivel de desarrollo investigativo.

Sabemos que los sujetos pueden ser entrenados para hacer mejor las pruebas cognitivas y que estas mejoras pueden mantenerse durante años (Fratiglioni, Paillard-Borg y Winblad, 2004). El entrenamiento cognitivo resulta en menos deterioro en la capacidad auto-reportada de realizar actividades instrumentales después de cinco años (Cabeza, Anderson, Locantore y McIntosh, 2002). Un meta-análisis de los estudios de entrenamiento en velocidad de procesamiento apoya la idea de que el entrenamiento cognitivo puede tener efectos reales en la capacidad de los sujetos cognitivamente normales para realizar actividades de la vida diaria (Harada, Natelson y Triebel, 2013).

En esta línea, la hipótesis cognitiva del estilo de vida (Brand, 2008) sostiene que mantener un estilo de vida activo y participar, por ejemplo, en actividades intelectuales, carreras que involucran alta complejidad, alto nivel educativo, actividades físicas, baile, compromiso social, viajes, eventos culturales y socializar con amigos y familiares puede ayudar a prevenir el deterioro cognitivo asociado a la edad y la demencia (Gow, Bastin y Munoz, 2012; Fotuhi, Do y Jack, 2012; Crowe et al., 2003).

Entrenamiento neurocognitivo

El entrenamiento neuropsicológico muestra evidencia de mejoras significativas en el desempeño de tareas cognitivas (Davis et al., 2000; Reb, Narnayan y Ho, 2015).

El término estimulación cognitiva hace referencia a todas aquellas actividades dirigidas a mejorar el rendimiento cognitivo general o alguno de sus procesos y componentes, ya sea en sujetos sanos o en pacientes con algún tipo de lesión en el sistema nervioso (Muñoz et al., 2009). Esto supone una brecha de desarrollo teórico importante, ya que la distinción entre una intervención neuropsicológica en sujetos con daño cerebral y la intervención en sujetos sanos supone una necesaria distinción y especificidad de las actividades a las que se abocará el trabajo neuropsicológico.

Nos referiremos a la estimulación neurocognitiva en sujetos sin lesión o daño cerebral como entrenamiento neurocognitivo. Si bien ambas prácticas neuropsicológicas (entrenamiento y rehabilitación) tienen como objetivo común la mejoría de las funciones mentales a través de la estimulación (Abad, et al. 2011), en el caso del entrenamiento estará orientado a sujetos sin lesión, por lo que su objetivo será la optimización de la función entrenada, no su restauración, sustitución o compensación, que son objetivos propios de la rehabilitación neuropsicológica (Muñoz y Tirapu, 2001).

Más allá de esta necesaria distinción, la –hasta hoy contradictoria– evidencia sobre la intervención cognitiva basada en protocolos neurocognitivos es que, más que la habilidad –más que el proceso–, lo que mejora es la ejecución de la tarea. Existen variados estudios que demuestran y proponen la dificultad de medir de manera rigurosa cómo estas habilidades en la ejecución de tareas cognitivas específicas se instala luego en actividades de la vida cotidiana (Lorenzo y Fontan, 2001).

Hasta que el campo del entrenamiento neuropsicológico esté mejor desarrollado y diferenciado de la rehabilitación y que, además, pueda demostrar que por sí solo es capaz de mejorar las habilidades cognitivas y, por consecuencia, las actividades cotidianas, requerirá de un complemento técnico. Que un adulto mayor mejore el rendimiento en pruebas neuropsicológicas no servirá de nada si esta

mejora no se traduce a una ejecución y desempeño más eficaces en actividades cotidianas.

Mindfulness y terapia cognitivo-conductual

Mindfulness es la traducción inglesa de la palabra *sati* (en lengua pali), que posee varias posibles traducciones al castellano: atención desnuda, toma de consciencia, presencia alerta, consciencia pura, visión cabal, entre otras (Franco, Mañas y Justo, 2009). De forma resumida, podríamos decir que «mindfulness» es el nombre que le han dado a la meditación en Occidente, de cuya traducción más utilizada en castellano es «atención plena».

El mindfulness apareció en la psicoterapia occidental a finales de los años 70. Desde entonces, en Norteamérica y Europa se han implementado más de 240 programas basados en el mindfulness (Cayoun, 2013). En los últimos años, diversos investigadores han propuesto la integración formal de estrategias basadas en el mindfulness con las intervenciones cognitivo-conductuales existentes (Baer, 2003). De esas integraciones basadas en evidencia nos interesan principalmente dos propuestas psicoterapéuticas: la terapia conductual dialéctica (DBT, sigla en inglés) (Linehan, 2003) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT, sigla en inglés) (Hayes, Strosahl y Wilson, 2012; Wilson y Luciano, 2002).

La DBT proporciona un esquema de trabajo en habilidades de consciencia y de regulación emocional que integra técnicas cognitivas, conductuales y de atención plena a través de talleres grupales.

Uno de los objetivos centrales de los talleres de habilidades en DBT es el entrenamiento sobre la relación de los pacientes con su mundo interno y los otros. A la base de estos talleres se encuentran estrategias de observación, análisis y comprobación de las emociones, sentimientos, pensamientos y sensaciones. Estas intervenciones están fundamentadas en la práctica de la consciencia plena. De diversas maneras los talleres DBT utilizan mindfulness para entrenar la atención y las funciones ejecutivas –más vinculadas con la relación cognición-emoción– utilizando como objeto atencional al sí mismo, con especial énfasis en la *presencia* necesaria para ejecutar de manera adecuada las actividades de la vida diaria. Este entrenamiento vivencial y la integración de prácticas atencionales en actividades

de la vida cotidiana cobra especial importancia a la luz de uno de los déficits señalados sobre el entrenamiento basado solo en trabajo neurocognitivo. Mindfulness se basa en la experiencia, no solo en el conocimiento.

A su vez, con respecto a la terapia de aceptación y compromiso, el acrónimo ACT resume sus objetivos específicos: A - Accept (aceptar), C - Choose (elegir), T - Take Action (actuar) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Esta terapia se orienta a promover la flexibilidad para aceptar (dar cabida o admitir) los eventos privados incómodos, para elegir una dirección valorada y para pasar a la acción, integrando las dudas y las dificultades a través de técnicas cognitivas y mindfulness.

A nivel neurofisiológico, la inclusión de mindfulness a través de las prácticas específicas y las derivadas de DBT y ACT muestra un aumento paulatino del tiempo de activación cortical requerido para el desarrollo de tareas de actividad intelectual cada vez más complejas (Bushnik, Englander y Katznelson, 2007; Davidson et al., 2003) y mejoras en la modulación de las sensaciones provenientes del exterior, su interpretación y por tanto su respuesta, influyendo en la disposición atencional. Esto sería resultado del cambio que la práctica de mindfulness supone en las redes neuronales encargadas del proceso de autorreferencia, implicado no solo en la elaboración de pensamientos, sino también en la percepción del estado corporal y contextual (Farb et al., 2007; Teasdale, 1999; Vanhaudenhuyse et al., 2010; Westbrook et al., 2011). Además, la práctica de mindfulness estaría asociada a mejores niveles de afrontamiento (Lengacher et al., 2010), lo que generaría una mejoría de la esfera afectivo-emocional y, por supuesto, en el establecimiento y consecución de planes, motivos y objetivos (Sarmiento-Bolaño y Gómez-Acosta, 2013).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Si bien existen trabajos que muestran mejorías en los procesos cognitivos con base en cada uno de los modelos interventivos mencionados, no encontramos en la literatura ninguna experiencia que integre las actividades de los modelos propuestos y tampoco que se presente como intervención específica para adultos mayores cognitivamente sanos.

Creemos que, a través de lo descrito, resulta no solo pertinente, sino también necesaria, una complementariedad entre la práctica neurocognitiva y psicoterapéutica. El entrenamiento puramente cognitivo sin la integración de los aspectos emocionales no tiene sentido, más aún si su objetivo último es la integración de la mejora en estas habilidades en la vida cotidiana.

Es posible pensar en talleres que trabajen de manera específica los distintos procesos cognitivos (y sus propios sub-procesos) e integren a través de sus sesiones actividades puramente neurocognitivas (por ejemplo, tareas de cancelación, evocación, secuencias, semejanzas, tareas go/no go) con habilidades de autoobservación y defusión cognitiva (valorar un pensamiento como pensamiento, no como una determinación de realidad), haciendo un constante énfasis en ejercicios de monitoreo emocional, con el objetivo de generar una experiencia realista del quehacer de la atención, la memoria y las funciones ejecutivas en las actividades diarias. Ayudar al adulto mayor, por ejemplo, a enganchar/desenganchar con mayor control sus focos atencionales; a que genere estrategias que le ayuden al darse cuenta de la distractibilidad y que le otorguen una mayor y mejor presencia en el aquí y ahora; que integre su vivencia emocional con actividades interpersonales efectivas que generen conductas motivadas con mayor probabilidad de éxito; que acepte y valide la ansiedad frente a dispositivos electrónicos o actividades modernas que lo desarticulan; y que pueda volverse menos reactivo y más responsivo, logrando mayor efectividad. Esto no solo ayudaría a mejorar su calidad de vida, sino que también ayudaría a prevenir o retardar posibles deterioros como el DCL y las demencias.

Solo tomando en cuenta los beneficios descritos de las estrategias cognitivo-conductuales, el mindfulness y el entrenamiento neurocognitivo tenemos evidencia de que es posible una intervención cognición-emoción. Al integrarlos podríamos estar ante una importante estrategia de trabajo grupal.

Esperamos que esta revisión sirva a futuros trabajos que presenten estrategias específicas y –con esperanza– manualizadas, que puedan llegar a servicios públicos y operadores comunitarios para que la mayor cantidad de adultos mayores sanos puedan acceder a ellas.

REFERENCIAS

- Abad, L., Ruiz, R., Moreno, F., Sirera, M., Cornesse, M., Delgado, I. y Etchepareborda, M. (2011). Entrenamiento de funciones ejecutivas en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurológica*, 52, 77-83.
- Alexopoulos, G., Meyers, B., Young, R., Mattis, S. y Kakuma, T. (1993). The Course of Geriatric Depression with «Reversible Dementia»: a Controlled Study. *A Journal of Psychiatry*, 150, 16939.
- Ardila, A. y Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. Manual Moderno.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: a Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Binotti, P., Spina, D., de la Barrera, M. L. y Donolo, D. (2009). Funciones ejecutivas y aprendizaje en el envejecimiento normal. Estimulación cognitiva desde una mirada psicopedagógica. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4(2), 119-126.
- Brand, M. (2008). Does the Feedback from Previous Trials Influence Current Decisions? A Study on the Role of Feedback Processing in Making Decisions under Explicit Risk Conditions. *Journal of Neuropsychology*, 2, 431-443.
- Broadbent, D. (1958). *Perception and Communication*. Londres: Pergamon Press.
- Bushnik, T., Englander, J. y Katznelson, L. (2007). Fatigue after TBI: Association with Neuroendocrine Abnormalities. *Brain Injury*, 21(6), 559-566.
- Cabeza, R., Anderson, N., Locantore, J. y McIntosh, A. (2002). Aging Gracefully: Compensatory Brain Activity in High-performing Older Adults. *NeuroImage*, 17, 1394-402.
- Carlson, M., Hasher, L. y Zacks, R. (1995). Aging, Distraction, and the Benefits of Predictable Location. *Psychology and Aging*, 10, 427-36.
- Cayoun, B. (2013). *TCC con mindfulness integrado. Principios y práctica*. Biblioteca de psicología. Ed. Desclee de Brouwer.
- Crowe, M., Andel, R., Pedersen, N., Johansson, B. y Gatz, M. (2003). Does Participation in Leisure Activities Lead to Reduced Risk of Alzheimer's Disease? A Prospective Study of Swedish Twins. *The Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 5, 249-55.
- Darowski, E., Helder, E., Zacks, R., Hasher, L. y Hambrick, D. (2008). Differences Related to Age in Cognition: the Role of Distraction Control. *Neuropsicología*, 22(5), 638-44.

- Davis, H., Klebe, K., Guinther, P., Schroder, K., Cornwell, R. y James, L. (2013). Subjective Organization, Verbal Learning, and Forgetting across the Life Span: from 5 to 89. *Experimental Aging Research*, 39, 1-26.
- Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Ro-senkranz, M., Santorelli, S., Ferris, D. y Sheridan, J. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Dechent, C. (2008). Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 19, 339-46.
- Deutsch, J. y Deutsch, D. (1963). Attention: Some Theoretical Considerations. *Psychological Review*, 70, 80-90.
- Devanand, D., Sano, M., Tang, M., Taylor, S., Gurland, B. y Wilder, D. (1996). Depressed Mood and the Incidence of Alzheimer's Disease in the Elderly Living in the Community. *Archive of General Psychiatry*, 53, 17582.
- Eriksen, C. (1990). Attentional Search of the Visual Field. En D. Brogan (ed.). *Visual Search*. Londres: Taylor & Fancis.
- Farb, N., Zindel, V., Segal, H., Bean, J., McKeon, D., Zainab, F. y Anderson, A. (2007). Attending to the Present: Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-reference. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2(4), 313-22.
- Fotuhi, M., Do, D. y Jack, C. (2012). Modifiable Factors that Alter the Size of the Hippocampus with Ageing. *Nature Reviews Neurology*, 8, 189-202.
- Franco, C., Mañas, I. y Justo, E. (2009). Reducción de los niveles de estrés, ansiedad y depresión en docentes de educación especial a través de un programa de mindfulness. *Revista Educación Inclusiva*, 2(3), 11-22.
- Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S. y Winblad, B. (2004). An Active and Socially Integrated Lifestyle in Late Life might Protect Against Dementia. *Lancet Neurology*, 3, 343-53.
- Gow, A, Bastin, M. y Munoz, S. (2012). Neuroprotective Lifestyles and the Aging Brain: Activity, Atrophy, and White Matter Integrity. *Neurology*, 79, 1802-8.
- Haaland, K., Price, L. y Larue, A. (2003). What Does the WMS-III Tell Us About Memory Changes with Normal Aging? *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 9, 89-96.
- Harada, C., Natelson, M. y Triebel, K. (2013). Normal Cognitive Aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, 29(4), 737-752.
- Hayes, S., Strosahl, K. y Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: an Experimental Approach to Behavior Change*. Nueva York: Guilford Press.

- Hayes, S., Strosahl, K. y Wilson, K. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: the Process and Practice of Mindful Change*. Nueva York: The Guilford Press.
- Hoyl, T., Valenzuela, E. y Marin, P. (2000). Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista Médica de Chile*, 128, 1199-1204.
- Hull, R., Martin, R., Beier, M., Lane, D. y Hamilton, A. (2008). Executive Function in Older Adults: a Structural Equation Modeling Approach. *Neuropsychology*, 22(4), 508.
- Isingrini, M. y Taconnat, L. (2008). Episodic Memory, Frontal Functioning, and Aging. *Revue Neurologique*, 164(3), 91-95.
- Kahneman, D. (1973). *Attention and Effort*. Nueva Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Kirkwood, T. (2000). *El fin del envejecimiento: ciencia y longevidad*. Barcelona: Tusquets Editores, S.A.
- LaBerge, D. (1995). *Attentional Processing: the Brain's Art of Mindfulness*. Harvard University Press.
- Lengacher, C., Reich, R., Kip, K., Barta, M., Ramesar, S., Paterson, C. y Park, J. (2014). Influence of Mindfulness-based Stress Reduction on Telomerase Activity in Women with Breast Cancer. *Biological Research for Nursing*, 16(4), 438-447.
- Lezak, M., Howieson, D., Bigler, E. y Tranel, D. (2012). *Neuropsychological Assessment*. Nueva York: Oxford University Press.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. España: Paidós Ibérica.
- Lorenzo, J. y Fontan, N. (2001). La rehabilitación de los trastornos cognitivos. *Revista Médica de Uruguay*, 17, 133-139.
- Luszcz, M. y Bryan, J. (1999). Toward Understanding Age-related Memory Loss in Late Adulthood. *Gerontology*, 45, 2-9.
- Muñoz, E., Blázquez, J., Galparsoro, N., Gonzalez, B., Lubrini, G., Periañez, J. y Zulaica, A. (2009). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Barcelona: Edictorial UOC.
- Muñoz, J. y Tirapu, J. (2001). *Rehabilitación neuropsicológica*. Madrid: Editorial Síntesis.
- O'Sullivan, M., Summers, P., Jones, D., Jarosz, J., Williams, S. y Markus, H. (2001). Normal-appearing White Matter in Ischemic Leukoaraiosis: a Diffusion Tensor MRI Study. *Neurology*, 57, 2307-10.
- Petersen, R., Smith, G., Waring, S., Ivnik, R., Tangalos, E. y Kokmen, E. (1999). Mild Cognitive Impairment: Clinical Characterization and Result. *Archivos de Neurología*, 56(3), 303-8.
- Reb, J., Narayanan, J. y Ho, Z. (2015). Mindfulness at Work: Antecedents and Consequences of Employee Awareness and Absent-mindedness. *Mindfulness*, 6(1), 111-122.

- Salthouse, T. (2010). Selective Review of Cognitive Aging. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16, 754-60.
- Salthouse, T. (2012). Consequences of Age-related Cognitive Declines. *Annual Review Psychology*, 63, 201-26.
- Salthouse, T., Fristoe, N. y Lineweaver, T. (1995). Aging of Attention: Does the Ability to Divide Decline? *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 23, 59-71.
- Salthouse, T. Mitchell, D. y Skovronek, E. (1989). Effects of Adult Age and Working Memory on Reasoning and Spatial Abilities. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 15, 507-16.
- Sarmiento-Bolaños, M. y Gómez-Acosta, A. (2013). Mindfulness: una propuesta de aplicación en rehabilitación neuropsicológica. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(1), 140-155.
- Schnitzspahn, K., Stahl, C., Zeintl, M., Kaller, C. y Kliegel, M. (2012). The Role of Shifting, Updating, and Inhibition in Prospective Memory Performance in Young and Older Adults. *Developmental Psychology*, 49(8), 1544-53.
- Sohlberg, M. y Mateer, C. (1987). Effectiveness of an Attention-training Program. *Journal of Clinic Exploration Neuropsychology*, 9, 17-30.
- Sohlberg, M. y Mateer, C. (1989). Theory and Remediation of Attention Disorders. In M. M. Solberg and C. A. Matter (eds.). *Introduction to Cognitive Rehabilitation* (pp. 110-135). Nueva York: Guilford Press.
- Sorel, O. y Pennequin, V. (2008). Aging of the Planning Process: the Role of Executive Functioning. *Brain and Cognition*, 66(2), 196-201.
- Teasdale, J. (1999). Metacognition, Mindfulness and the Modification of Mood Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155.
- Treisman, A. (1969). Strategies and Models of Selective Attention. *Psychological Review*, 76(3), 282-299.
- Van de Heijden, A. (1992). *Selective Attention in Vision*. Nueva York: Routledge.
- Vanhaudenhuyse, A., Noirhomme, Q., Tshibanda, L., Bruno, M., Boveroux, P., Schnakers, C. y Boly, B. (2010). Default Network Connectivity Reflects the Level of Consciousness in Non-communicative Brain-damaged Patients. *Brain*, 133, 161-171.
- Vázquez, M., Benítez, M. L., Rodríguez, G., Galvao, A., Fernández, A. y Vaquero, E. (2011). Afectación de las redes neurales atencionales durante el envejecimiento saludable. *Revista de Neurología*, 52(1), 20-26.
- Westbrook, C., Creswell, J., Tabibnia, G., Julson, E., Kober, H. y Tindle, H. (2011). Mindful Attention Reduces Neural and Self-reported Cue Induced Craving in Smokers. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(1), 73-84.

- Whiting, W. y Smith, A. (1997). Differential Age-related Processing Limitations in Recall and Recognition Tasks. *Psychology and aging*, 12, 216-24.
- Wickens, C. (1984). Processing Resources in Attention. En R. Parasuraman y D. R. Davies (eds.). *Varieties of Attention* (pp. 63-102). Nueva York: Academic Press.
- Wilson, K. y Luciano, C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Yaffe, K., Blackwell, T., Gore, R., Sands, L., Reus, V. y Browner, W. (1999). Depressive Symptoms and Cognitive Decline in Nondemented Elderly Women: a Prospective Study. *Archives of General Psychiatry*, 56, 42530.

CAPÍTULO 5

ENTRENAMIENTO COGNITIVO Y FÍSICO COMO INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA PARA ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

MIGUEL RAMOS

ANDRÉS LEDEZMA

Universidad Santo Tomás, Centro de Investigación
en Gerontología Aplicada CIGAP, Antofagasta

BRAULIO BRUNA

Universidad Santo Tomás, Escuela de Psicología, Talca

INTRODUCCIÓN

Un reciente meta-análisis (Fitzpatrick-Lewis, Warren, Ali, Sherifali y Raina, 2015) realizó una selección y posterior revisión de 17 ensayos clínicos aleatorizados (ECAs), en donde se comparó el efecto del tratamiento farmacológico de distintas drogas anti demenciantes en personas con deterioro colectivo leve (DCL), no encontrándose un efecto significativo sobre el estado cognitivo respecto de los grupos de control. Estos resultados son consistentes con otro meta-análisis que arrojó resultados similares, reportándose solo efectos modestos en personas con demencia leve y no en DCL (Ströhle et al., 2015). En efecto, ni la suplementación con vitamina E (Farina, Isaac, Clark, Rusted y Tabet, 2012; Farina, Llewellyn, Isaac

y Tabet, 2017), ni el uso de Donepezilo (Birks y Flicker, 2006), ni de Huperzina A (Yue et al., 2010), ni de Galantamina (Loy y Schneider, 2006) han demostrado beneficios significativos en personas mayores con deterioro cognitivo. Por contra parte, un conjunto de intervenciones denominadas «no farmacológicas» han ido ganando terreno en guías clínicas de recomendación internacional por sus prometedores resultados en sujetos mayores con demencia (Woods, Aguirre, Spector y Orrell, 2012), en deterioro cognitivo leve (Teixeira et al., 2012; Rodakowski, Saghafi, Butters y Skidmore, 2015) y en personas mayores cognitivamente sanas (Fabre, Chamari y Mucci, 2002 ; Kelly et al., 2014). Además, en general estas intervenciones resultan de bajo costo, de escaso riesgo para el paciente y no presentarían efectos secundarios indeseables, como en el caso de los medicamentos (Rodakowski et al., 2015).

El objetivo del presente capítulo es brindar una mirada actualizada desde la literatura internacional y nacional en relación al entrenamiento físico y al entrenamiento cognitivo como formas de intervención no farmacológica en personas mayores que presentan tanto deterioro cognitivo leve como demencia, sintetizando, a partir de la evidencia, modalidades y características de estas intervenciones.

DESARROLLO

Ejercicio físico como intervención no farmacológica en deterioro cognitivo

En 2004 se publica uno de los primeros meta-análisis en torno al ejercicio físico como intervención no farmacológica para deterioro cognitivo (Heyn, Abreu y Ottenbacher, 2004). En esta revisión se incluyeron 30 ECAs en personas que presentaban deterioro cognitivo leve y demencia en diferentes grados, obteniéndose una magnitud de efecto medio del ejercicio físico para las funciones cognitivas, estado funcional y aspectos conductuales. Un segundo meta-análisis que incorporó 14 ECAs (Gates, Fiatarone Singh, Sachdev y Valenzuela, 2013) informó que solo el 42% de los resultados mostraban beneficios sobre el estado cognitivo y que, además, el tamaño del efecto era bajo. Respecto de las áreas cognitivas beneficiadas, se reportaron

mejoras significativas en los grupos de intervención respecto de los controles en fluidez verbal y en medidas de eficiencia cognitiva global utilizando el test de cribado Mini-Mental (MMSE). Recientemente, un tercer meta-análisis realizado solo con personas mayores que presentaban deterioro cognitivo leve (Zheng, Xia, Zhou, Tao y Chen, 2016) encontró que el ejercicio aeróbico provoca una mejora en la capacidad cognitiva global medida con el MMSE y el Montreal Cognitive Assessment (MoCa) respecto de los grupos de control; además, tendría un efecto positivo, pero con una pequeña magnitud de efecto, sobre la memoria inmediata, no encontrando cambios significativos para la atención, fluidez verbal, funciones ejecutivas ni velocidad de procesamiento en pruebas visuoespaciales. Un cuarto meta-análisis, que incluyó 18 ECAs llevados a cabo solo en personas con demencia, reportaron un efecto significativo de los programas de actividad física sobre el estado cognitivo, independiente del tipo de demencia que presentaban. En relación al tipo de ejercicio físico, tanto los programas combinados de actividad aeróbica con anaeróbica como los exclusivamente aeróbicos, mostraron un efecto beneficioso y significativo sobre la cognición al compararse con los grupos de control. Sin embargo, los programas de intervención anaeróbicos, que implican ejercicios de fuerza, elongación y relajación, no tuvieron el mismo impacto en el rendimiento cognitivo de los adultos mayores intervenidos.

Al revisar las características de la intervención por medio de ejercicio físico es posible observar una amplia heterogeneidad en su aplicación, lo cual, en parte, podría explicar también la disparidad de resultados en las distintas revisiones aquí citadas (Heyn et al., 2004; Groot et al., 2016). En el caso de personas con deterioro cognitivo leve, dichas revisiones meta-analíticas (Gates et al., 2013; Zheng et al., 2016) mantienen una heterogeneidad en sus intervenciones, incluso aún mayor que la observada en los estudios realizados en personas con demencia (Heyn et al., 2004; Groot et al., 2016). Estas intervenciones han incluido caminata de baja intensidad, ciclo ergómetro, trotadora, bicicleta estacionaria, elíptica, ciclismo, trote, boxeo de sombra, ejercicios de balance, coordinación y resistencia, danza aeróbica, hándbol, taichí y ejercicios con pesas, todos los cuales se han realizado a distintas intensidades. La frecuencia de

las sesiones oscila entre los 30 y los 240 minutos por semana y la duración total entre 12 y 52 semanas.

Entrenamiento cognitivo en personas mayores.

El entrenamiento cognitivo (EC) consiste en la práctica repetida y estructurada de tareas que implican resolución de problemas, con objetivos específicos dirigidos a entrenar estrategias y habilidades con la finalidad de optimizar las funciones cognitivas y la funcionalidad (Clare y Woods, 2004). Estos autores diferencian el EC de la estimulación cognitiva en el hecho de que esta última corresponde a la participación en actividades grupales que buscan mejorar a nivel general el aspecto cognitivo y social, siendo entonces menos estructurada que el EC.

En relación al potencial efecto protector del EC, diversos ECAs analizados en un meta-análisis (Kelly et al., 2014) muestran mejoras en el rendimiento de las funciones ejecutivas y la eficiencia cognitiva global de personas mayores cognitivamente sanas respecto de los grupos de control, lográndose una mantención del efecto hasta seis meses post intervención. En esta misma línea, un meta-análisis más reciente (Chiu et al., 2017) analizó 31 ECAs, reportando resultados similares e indicando que un plan de EC igual o superior a tres veces por semana, con un total de ocho semanas de entrenamiento y 24 o más sesiones, tendría un mayor tamaño del efecto. Por otra parte, una revisión sistemática (Valenzuela y Sachdev, 2009) analizó siete estudios longitudinales en donde sometía a personas mayores cognitivamente sanas a EC por periodos continuos. El seguimiento de estos periodos osciló entre tres y 72 meses, encontrándose un fuerte y persistente efecto protector sobre el rendimiento cognitivo de los participantes sometidos a EC por tiempo continuado.

Al igual que en el caso del entrenamiento físico, la diversidad de modalidades y tipos de intervenciones por medio de EC es muy amplia y diversa; sin embargo, es posible agruparlas en estrategias compensatorias y estrategias restaurativas (Sitzer, Twamley y Jeste, 2006). Las primeras se orientan a enseñar nuevas formas de realizar una determinada tarea cognitiva, utilizando maneras alternativas a la forma original previa a la alteración. Las segundas, en cambio, buscan mejorar dominios cognitivos específicos con el objetivo de

retornar lo más posible dichos dominios a un nivel previo, anterior a la alteración. La Tabla 1 sintetiza algunas de las estrategias más utilizadas.

TABLA 1.
ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS Y RESTAURATIVAS

Tipo de estrategia	Denominación	Descripción	Autor
Estrategias compensatorias	Imaginería visual	Crear una imagen mental para realizar asociación verbal y visual de la información, facilitando el aprendizaje.	Breuil et al., 1994
	Método LOCI	Unir o asociar mentalmente un lugar determinado con un determinado ítem a recordar.	Londos et al., 2008
	Mapa mental	Realizar una asociación alrededor de una palabra central y realizar un diagrama.	Londos et al., 2008
	Categorización y organización	Categorizar la información a aprender por medio de categorizarla semánticamente y por orden de importancia.	Belleville et al., 2006
	Agrupamiento (Chinking)	Formar grupos con la información para ser recordada.	Belleville et al., 2006
Estrategias restaurativas	Aprendizaje sin error	Eliminar la interferencia de los errores o respuestas inapropiadas.	Wilson et al., 1994
	Orientación a la realidad	Presentación continua de información relativa a la orientación.	Taulbee et al., 1966
	Terapia de reminiscencia	Evocación, conversación y discusión de eventos remotos en orden de acuerdo a la historia de vida del o los sujetos.	Boylin et al., 1976

Entrenamiento cognitivo como intervención no farmacológica en deterioro cognitivo leve y en demencias

En el caso del EC en personas que presentan deterioro cognitivo leve, un meta-análisis que revisó 17 ECAs (Li et al., 2011) reportó beneficios moderados en el rendimiento del lenguaje, disminución de la ansiedad personal y mejoras en la habilidad funcional. A su vez,

reportó beneficios significativos –pero leves– en la memoria episódica y semántica, funciones ejecutivas y memoria de trabajo, habilidad viso espacial, atención, velocidad de procesamiento, calidad de vida y disminución de sintomatología depresiva. Por su parte, una revisión sistemática de 27 ECAs (Reijnders, van Heugten y van Boxtel, 2013) determinó que el entrenamiento cognitivo tendría efectos beneficiosos en el rendimiento de la memoria, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas en personas con deterioro cognitivo leve en comparación a los grupos de control.

En personas con demencia, un meta-análisis (Woods et al., 2012) realizó una revisión de 15 ECAs en donde se analizó la intervención con estimulación cognitiva en personas con demencia leve y moderada, encontrándose beneficios consistentes sobre la cognición de los participantes por encima del efecto de la medicación. Igualmente, algunos de los estudios revisados reportaron beneficios en los niveles de calidad de vida significativamente superiores respecto de los grupos de control. Cabe señalar que estos efectos favorables logran su mejor expresión al finalizar la intervención, perdiéndose su efecto al cabo de 10 meses de haber finalizado el tratamiento. En este sentido, estudios longitudinales de cinco años de seguimiento (Tsantali y Economidis, 2014), en donde se ha realizado EC de forma continua en personas con enfermedad de Alzheimer, han demostrado que se ha logrado mantener los beneficios de la intervención durante todo el periodo, disminuyendo incluso las posibilidades de institucionalización. Esto sugiere que el EC en personas con demencia debe ser realizada de forma permanente si se quiere obtener beneficios.

En el caso de la enfermedad de Alzheimer, un meta-análisis (Sitzer et al., 2006) realizó una comparación de 17 ECAs en donde se utilizaban distintas modalidades de entrenamiento cognitivo, encontrando que el beneficio más significativo fue el efecto de las estrategias compensatorias en las actividades de la vida diaria y en el rendimiento de la memoria verbal y visual, respectivamente.

Por otra parte, existen estudios meta-analíticos (Hill et al., 2017) en donde se ha revisado el efecto del EC por medio de softwares computacionales, tanto en personas con deterioro cognitivo leve como con demencia, reportándose beneficios significativos en la eficiencia cognitiva global y en dominios cognitivos específicos en personas con DCL; no así en personas con demencia, en quienes el

efecto fue poco significativo. Otra de las técnicas más utilizadas en personas que padecen demencia ha sido la reminiscencia (Cotelli, Manenti y Zanetti, 2012), la cual consiste en la evocación y discusión con otra persona de eventos relativos al pasado. En esta técnica se utilizan diversos materiales –como fotos, música, videos, etc.– con el fin de facilitar la evocación y conversación sobre los recuerdos recuperados. En relación a esta técnica restaurativa, un reciente meta-análisis (Huang et al., 2015) revisó 13 ECAs con el fin de evaluar el efecto de la reminiscencia sobre el rendimiento cognitivo y los síntomas depresivos en sujetos con demencia. Los resultados de esta revisión confirmaron que este tratamiento es efectivo mejorando las funciones cognitivas y disminuyendo la sintomatología depresiva en estos pacientes. Los autores concluyen que la reminiscencia debe ser considerada como intervención rutinaria en sujetos con demencia, particularmente en aquellos que se encuentran institucionalizados.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tras realizar la presente revisión es posible afirmar que tanto el entrenamiento físico aeróbico de intensidad moderada a vigorosa como el entrenamiento cognitivo poseen un efecto beneficioso para el funcionamiento cognitivo de personas mayores que presentan deterioro cognitivo leve o demencia. Estos beneficios tendrían relación con la capacidad de promover cambios neurotróficos de estructuras cerebrales (Jonasson et al., 2016), facilitando la neuroplasticidad (Vaynman, Ying y Gomez-Pinilla, 2004) y la neurogénesis (Deslandes et al., 2009; Jonasson et al., 2016), que constituyen el sostén neurológico de los beneficios en cuanto al mantenimiento del estado cognitivo. La literatura, además, ha sugerido que la combinación simultánea de ambos tipos de intervención resultaría igualmente beneficiosa (Law, Barnett, Yau y Gray, 2014). En esta línea, estudios realizados en Chile en sujetos con demencia leve han arrojado prometedores resultados (López et al., 2015).

Es importante recordar cómo las personas tienen la capacidad de incidir en su estado de salud física y mental. Tal como se informó en la publicación sobre los riesgos relativos a la población para desarrollar demencia (Norton, Matthews, Barnes, Yaffe y Brayne,

2014), la vida sedentaria podría ser responsable hasta de un 20% del riesgo poblacional atribuible a demencia.

En este sentido, son necesarios más estudios en este campo de investigación que cuenten con mayor nivel de estandarización y homogeneidad en sus procedimientos tanto de intervención como de evaluación de resultados, así como mejorar la rigurosidad metodológica y los procedimientos de control de variables potencialmente intervinientes. Es necesario, además, realizar estudios longitudinales para evaluar el mantenimiento de los efectos que permitan a futuro tomar decisiones clínicas según criterios de costo-beneficio.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo ha sido posible gracias a la participación de los profesionales del Centro de Investigación en Gerontología Aplicada (CIGAP) e investigadores adjuntos de la Escuela de Psicología de Universidad Santo Tomás, así como estudiantes de pasantía de ambas instancias.

REFERENCIAS

- Belleville, S., Gilbert, B., Fontaine, F., Gagnon, L., Ménard, É. y Gauthier, S. (2006). Improvement of Episodic Memory in Persons with Mild Cognitive Impairment and Healthy Older Adults: Evidence from a Cognitive Intervention Program. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22(5-6), 486-499.
- Birks, J. y Flicker, L. (2006). Donepezil for Mild Cognitive Impairment. En J. Birks (ed.). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD006104). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Boylin, W., Gordon, S. y Nehrke, M. (1976). Reminiscing and Ego Integrity in Institutionalized Elderly Males. *The Gerontologist*, 16(2), 118-24.
- Breuil, V., De Rotrou, J., Forette, F., Tortrat, D., Ganansia-Ganem, A., Frambourt, A. y Boller, F. (1994). Cognitive Stimulation of Patients with Dementia: Preliminary Results. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(3), 211-217.
- Chiu, H., Chu, H., Tsai, J., Liu, D., Chen, Y., Yang, H. y Chou, K. (2017). The Effect of Cognitive-based Training for the Healthy Older People: a Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Plos One*, 12(5), e0176742.

- Clare, L. y Woods, R. (2004). Cognitive Training and Cognitive Rehabilitation for People with Early-stage Alzheimer's Disease: a Review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14(4), 385-401.
- Cotelli, M., Manenti, R. y Zanetti, O. (2012). Reminiscence Therapy in Dementia: a Review. *Maturitas*, 72(3), 203-205.
- Deslandes, A., Moraes, H., Ferreira, C., Veiga, H., Silveira, H., Mouta, R. y Laks, J. (2009). Exercise and Mental Health: Many Reasons to Move. *Neuropsychobiology*, 59(4), 191-198.
- Fabre, C., Chamari, K. y Mucci, P. (2002). Improvement of Cognitive Function by Mental and/or Individualized Aerobic Training in Healthy Elderly Subjects. *International Journal of Sports Medicine*, 33(320), 415-421.
- Farina, N., Isaac, M., Clark, A. R., Rusted, J. y Tabet, N. (2012). Vitamin E for Alzheimer's Dementia and Mild Cognitive Impairment. In N. Farina (ed.). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (vol. 11, p. CD002854). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Fitzpatrick-Lewis, D., Warren, R., Ali, M., Sherifali, D. y Raina, P. (2015). Treatment for Mild Cognitive Impairment: a Systematic Review and Meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 3(4), E419-E427.
- Gates, N., Fiatarone Singh, M., Sachdev, P. y Valenzuela, M. (2013). The Effect of Exercise Training on Cognitive Function in Older Adults with Mild Cognitive Impairment: a Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(11), 1086-1097.
- Groot, C., Hooghiemstra, A., Raijmakers, P., van Berckel, B., Scheltens, P., Scherder, E. y Ossenkoppele, R. (2016). The Effect of Physical Activity on Cognitive Function in Patients with Dementia: a Meta-analysis of Randomized Control Trials. *Ageing Research Reviews*, 25, 13-23.
- Heyn, P., Abreu, B. y Ottenbacher, K. J. (2004). The Effects of Exercise Training on Elderly Persons with Cognitive Impairment and Dementia: a Meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(10), 1694-704.
- Hill, N., Mowszowski, L., Naismith, S., Chadwick, V., Valenzuela, M. y Lampit, A. (2017). Computerized Cognitive Training in Older Adults with Mild Cognitive Impairment or Dementia: a Systematic Review and Meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 174(4), 329-340.
- Huang, H., Chen, Y., Chen, P., Huey-Lan Hu, S., Liu, F., Kuo, Y. y Chiu, H. (2015). Reminiscence Therapy Improves Cognitive Functions and Reduces Depressive Symptoms in Elderly People with Dementia: a Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(12), 1087-1094.

- Jonasson, L., Nyberg, L., Kramer, A., Lundquist, A., Riklund, K. y Boraxbekk, C. (2016). Aerobic Exercise Intervention, Cognitive Performance, and Brain Structure: Results from the Physical Influences on Brain in Aging (PHIBRA) Study. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 8, 336.
- Kelly, M., Loughrey, D., Lawlor, B., Robertson, I., Walsh, C. y Brennan, S. (2014). The Impact of Cognitive Training and Mental Stimulation on Cognitive and Everyday Functioning of Healthy Older Adults: a Systematic Review and Meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 15(1), 28-43.
- Law, L., Barnett, F., Yau, M. y Gray, M. (2014). Effects of Combined Cognitive and Exercise Interventions on Cognition in Older Adults with and without Cognitive Impairment: a Systematic Review. *Ageing Research Reviews*, 15, 61-75.
- Li, H., Li, J., Li, N., Li, B., Wang, P. y Zhou, T. (2011). Cognitive Intervention for Persons with Mild Cognitive Impairment: a Meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 10(2), 285-296.
- Londos, E., Boschian, K., Linden, A., Persson, C., Minthon, L. y Lexell, J. (2008). Effects of a Goal-oriented Rehabilitation Program in Mild Cognitive Impairment: a Pilot Study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 23(2), 177-183.
- López, N., Véliz, A., Soto-Añari, M., Ollari, J., Chesta, S. y Allegri, R. (2015). Efectos de un programa combinado de actividad física y entrenamiento cognitivo en pacientes chilenos con Alzheimer leve. *Neurología Argentina*, 7(3), 131-139.
- Loy, C. y Schneider, L. (2006). Galantamine for Alzheimer's Disease and Mild Cognitive Impairment. En C. Loy (ed.). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Norton, S., Matthews, F., Barnes, D., Yaffe, K. y Brayne, C. (2014). Potential for Primary Prevention of Alzheimer's Disease: an Analysis of Population-based Data. *The Lancet Neurology*, 13(8), 788-794.
- Reijnders, J., van Heugten, C. y van Boxtel, M. (2013). Cognitive Interventions in Healthy Older Adults and People with Mild Cognitive Impairment: a Systematic Review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 263-275.
- Rodakowski, J., Saghabi, E., Butters, M. y Skidmore, E. (2015). Non-pharmacological Interventions for Adults with Mild Cognitive Impairment and Early Stage Dementia: an Updated Scoping Review. *Molecular Aspects of Medicine*, 43-44, 38-53.
- Sitzer, D., Twamley, E. y Jeste, D. (2006). Cognitive Training in Alzheimer's Disease: a Meta-analysis of the Literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(2), 75-90.

- Ströhle, A., Schmidt, D., Schultz, F., Fricke, N., Staden, T., Hellweg, R. y Rieckmann, N. (2015). Drug and Exercise Treatment of Alzheimer Disease and Mild Cognitive Impairment: a Systematic Review and Meta-analysis of Effects on Cognition in Randomized Controlled Trials. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1234-1249.
- Taulbee, L. y Folsom, J. C. (1966). Reality Orientation for Geriatric Patients. *Hospital & Community Psychiatry*, 17(5), 133-5.
- Teixeira, C., Gobbi, L., Corazza, D., Stella, F., Costa, J. y Gobbi, S. (2012). Non-pharmacological Interventions on Cognitive Functions in Older People with Mild Cognitive Impairment (MCI). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 175-180.
- Tsantali, E. y Economidis, D. (2014). Implications of a Longitudinal Cognitive Intervention Program in Mild Alzheimer's Disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(2), 128-134.
- Valenzuela, M. y Sachdev, P. (2009). Can Cognitive Exercise Prevent the Onset of Dementia? Systematic Review of Randomized Clinical Trials with Longitudinal Follow-up. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 17(3), 179-187.
- Vaynman, S., Ying, Z. y Gómez-Pinilla, F. (2004). Hippocampal BDNF Mediates the Efficacy of Exercise on Synaptic Plasticity and Cognition. *European Journal of Neuroscience*, 20(10), 2580-2590.
- Wilson, B., Baddeley, A., Evans, J. y Shiel, A. (1994). Errorless Learning in the Rehabilitation of Memory Impaired People. *Neuropsychological Rehabilitation*, 4(3), 307-326.
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E. y Orrell, M. (2012). Cognitive Stimulation to Improve Cognitive Functioning in People with Dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 2(2), CD005562.
- Yue, J., Dong, B., Lin, X., Yang, M., Wu, H. y Wu, T. (2010). Huperzine A for Mild Cognitive Impairment. En B. R. Dong (ed.). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Zheng, G., Xia, R., Zhou, W., Tao, J. y Chen, L. (2016). Aerobic Exercise Ameliorates Cognitive Function in Older Adults with Mild Cognitive Impairment: a Systematic Review and Meta-analysis of Randomised Controlled Trials. *British Journal of Sports Medicine*, 50(23), 1443-1450.

CAPÍTULO 6

PROCEDIMIENTO DE CONSECUENCIAS DIFERENCIALES: UNA FORMA SENCILLA DE ESTIMULAR EL APRENDIZAJE Y LA MEMORIA EN ADULTOS CON ENVEJECIMIENTO NORMAL, EXITOSO Y PATOLÓGICO

MICHAEL MOLINA

Universidad Mayor. Instituto de Desarrollo Cognitivo (IDCO)

JUAN CARLOS MELÉNDEZ

Universitat de València

JOAQUÍN ESCUDERO

Universitat de València. Departamento de Neurología.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

ÁNGELES F. ESTÉVEZ

Universidad de Almería

LUIS J. FUENTES

Universidad de Murcia

VICTORIA PLAZA

Universidad Autónoma de Chile

INTRODUCCIÓN

Envejecimiento normal, exitoso y patológico

El envejecimiento es una realidad del ser humano que actualmente supone un ámbito de investigación y estudio en pleno auge. En Chile, la búsqueda del aumento de la calidad y esperanza de vida en este rango etario adquiere cada vez más relevancia (Quiroga, Albala y Klaasen, 2004). En este capítulo abordaremos primero, bajo una mirada global, el concepto de envejecimiento normal, exitoso y patológico para, a continuación, finalizar sugiriendo el uso de una técnica neurocientífica no invasiva que estimula las habilidades de aprendizaje y memoria.

DESARROLLO

En nuestro país se estima que, para el año 2020, los adultos mayores serán alrededor de 3,2 millones de habitantes (Urzúa y Navarrete, 2013). Esto hace necesario que entendamos el envejecimiento no solo como un fenómeno orgánico, sino como un proceso más complejo en el que también interactúan variables sociales y psíquicas, y que está caracterizado por la diversidad y variabilidad interpersonal. El intento por caracterizar esta población ha llevado a diversos autores a diferenciar tres formas distintas de envejecer denominadas envejecimiento normal, envejecimiento óptimo o exitoso y envejecimiento patológico (Baltes y Baltes, 1990).

El *envejecimiento normal* es intrínseco al organismo y consiste en un deterioro en los procesos físicos y cognitivos como consecuencia de la edad. Así, este es entendido como un patrón en el que no hay necesariamente enfermedades, pero sí un aumento del riesgo de padecerlas, lo que minimiza la capacidad de disfrute y satisfacción del mayor. Por ejemplo, en el ámbito cognitivo, un envejecimiento normal conlleva pérdidas leves asociadas a la edad, observándose un enlentecimiento y una menor eficiencia del funcionamiento cognitivo producido por cambios estructurales en el cerebro que determinan alteraciones en diversas funciones como, por ejemplo, en la memoria declarativa (Mancilla, Valenzuela y Escobar, 2015; Park, 2002; Park, Polk, Mikels, Taylor y Marshuetz, 2001; Pitarque

et al., 2016; Reuter-Lorenz, 2002; Sorel y Pennquin, 2008). De este modo, un número importante de personas mayores afronta una serie de cambios de carácter normal en dichas funciones cognitivas; sin embargo, estos son heterogéneos en función de los diferentes factores normativos y no normativos que afectan al sujeto a lo largo de su ciclo de vida. El envejecimiento, por tanto, es un proceso natural, múltiple y gradual, caracterizado por una enorme variabilidad individual que sugiere que el paso del tiempo no tiene las mismas consecuencias para todos.

El término *envejecimiento con éxito* (o *successful aging*), por su parte, surge a partir de los trabajos de Havighurst (1961) y, tanto para Triadó (2003) como para Gutiérrez, Serra y Zacarés (2006), nace como una diferenciación necesaria de los dos patrones típicos de envejecimiento: normal y patológico. Tal y como indica Fernández-Ballesteros (1998) o Fernández-Ballesteros et al. (2010), una clasificación en apariencia dicotómica es demasiado amplia y requiere de una matización en la categoría normal. De este modo, se hace necesario establecer un patrón diferencial del envejecimiento normal, donde los niveles funcionales se mantienen elevados e incluso, en algunos sentidos, pueden de hecho mejorar. Este es el denominado envejecimiento con éxito que Rowe y Kahn (1997, 2015) definieron, incluyendo la baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada, así como el alto funcionamiento cognitivo, funcionalidad física y compromiso activo con la vida. Según Castillo (2009), existe una jerarquía entre estos tres elementos; sin embargo, es la combinación o integración con el activo compromiso con la vida lo que da la totalidad del concepto de envejecimiento exitoso. El estudio del envejecimiento con éxito evidencia la presencia de modos sanos de envejecer, permitiendo detectar cuáles son los factores protectores frente al envejecimiento patológico y cuáles determinan el éxito y, por tanto, promueven una adecuada calidad de vida (Carr y Weir, 2017; Kim y Park, 2017).

Según Neri y Cachioni (1999), la definición de envejecimiento con éxito tiene tres connotaciones. La primera se refiere a la consecución del potencial individual capaz de generar satisfacción física, psicológica, social y cognitiva según el individuo y su grupo de edad y que debe ser evaluada de acuerdo a condiciones objetivas disponibles (Mayordomo, García, Sales, Meléndez y Serra, 2015). La segunda

significación toma como parámetros de envejecimiento con éxito el funcionamiento que más se acerque al de la media de la población más joven, siendo adoptada por las prácticas de salud, educativas y estéticas destinadas a preservar la juventud y retardar los efectos del envejecimiento. La tercera idea vinculada a este tipo de envejecimiento se relaciona con la identificación de comportamientos para los cuales los individuos poseen un buen desempeño y con la optimización de su ejecución por medio de mecanismos de entrenamiento y motivación. Mediante tales estrategias se compensarían las pérdidas identificadas en el proceso de envejecimiento (Mayordomo, Sales y Meléndez, 2014) y se mantendría la estimulación para fomentar comportamientos eficaces en todos los dominios de la vida cotidiana.

Dicho lo anterior, y con el fin de estimular los factores que propician el envejecimiento exitoso, cabe señalar que, en Chile, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), a través de su política integral de envejecimiento positivo para Chile 2012-2025, se ha propuesto promover la protección de la salud funcional de las personas mayores y su integración y participación en distintos ámbitos de la sociedad, e incrementar de forma transversal el bienestar subjetivo de las mismas. No obstante, recientes investigaciones plantean que deben tenerse en cuenta otros aspectos no considerados en este plan, como es la compensación cognitiva (Mayordomo, Sales y Meléndez, 2014) y la plasticidad cerebral (Sales, Meléndez y Mayordomo, 2013), que pueden ser la base para el desarrollo del potencial de aprendizaje de los adultos mayores y, por tanto, de su exitoso desarrollo en las últimas etapas del ciclo vital.

Por último, el *envejecimiento patológico* hace referencia a un patrón de envejecimiento con deterioro en alguna de las funciones cognitivas que se observan en el contexto de una enfermedad cerebral grave (Meléndez, Navarro, Oliver y Tomás, 2009), habitualmente neuro-degenerativa, siendo la más frecuente de ellas la enfermedad de Alzheimer (EA) (Sheltens et al., 2016).

Desde hace mucho tiempo se estableció el concepto de demencia como aquella disfunción de varias áreas cognitivas que acaban afectando las actividades de la vida diaria (básicas o extendidas) del sujeto. Dicho concepto se mantuvo inalterable hasta que se empezó a ser consciente de que las enfermedades neuro-degenerativas tenían un periodo de desarrollo lento que podía llegar a extenderse a lo

largo de 30 años, desde el inicio de los primeros acontecimientos biológicos cerebrales hasta presentar evidentes manifestaciones clínicas de demencia (Villemagne et al., 2013). Parece lógico pensar, por tanto, que entre dicho inicio y la demencia se desarrollarían de forma gradual disfunciones cognitivas que serían leves al principio e irían empeorando progresivamente, siendo obvio que las disfunciones iniciales podrían ser confundidas con alteraciones propias del envejecimiento normal. Así, por ejemplo, en un estudio de familiares de pacientes con EA genética que eran portadores de la mutación se observó una disfunción cognitiva (sobre todo, grados menores de pérdida de memoria) hasta 10 años antes del inicio evidente de la demencia (Bateman et al., 2012). Esta larga fase, denominada por algunos pre-sintomática o levemente sintomática (Dubois et al., 2014; Jack et al., 2010), ha condicionado que tengamos que definir, de alguna manera, a este grupo de individuos que no tienen una clara demencia, pero sí tienen disfunción cognitiva patológica.

El primer concepto teórico que se desarrolló fue el de deterioro cognitivo leve (DCL) por el grupo de Petersen et al. (2001), quienes introdujeron un elemento normativo a dicha disfunción cognitiva (alteración de memoria > 1.5 SD –desviaciones estándar– de la correspondiente a su edad y formación). El objetivo era intentar seleccionar a aquellos individuos que presentaban fallos cognitivos que no eran lo suficientemente intensos como para alterar su funcionamiento y ser etiquetados de demencia, pero sí mayores que los que corresponderían a un envejecimiento normal (Petersen et al., 2001). Esto supuso un paso muy importante al cambiar el foco de interés hacia esas fases previas a la demencia. El problema que nos encontramos es que el DCL era un concepto muy inespecífico, es decir, que diversas enfermedades, incluso no degenerativas (ansiedad, depresión, patología vascular-cerebral, etc.), podían producir las mismas disfunciones sin condicionar una progresión hacia la demencia.

El siguiente paso adelante surgió con la incorporación de pruebas biológicas (biomarcadores) que nos informaban de las alteraciones subyacentes en el tejido cerebral generadas por estas enfermedades degenerativas (sobre todo la EA) y aportaban especificidad a las disfunciones cognitivas detectadas en los pacientes. Dichos biomarcadores se dividieron en dos grandes grupos. El primero (denominados fisiopatológicos) nos informaba de la presencia de

amiloide (mediante el estudio del líquido céfalo-raquídeo o medicina nuclear con tomografía por emisión de positrones –en inglés, PET– amiloide), que es un elemento clave en la fisiopatología de la EA. Los segundos (denominados de degeneración) nos hablaban de alteraciones importantes en el tejido cerebral de carácter destructivo o degenerativo (presencia de proteína tau y fosfo-tau en el líquido céfalo-raquídeo, alteraciones en medicina nuclear con técnicas de fluorodesoxiglucosa o en la atrofia cerebral detectada por resonancia magnética), pero que no eran propias solo de la EA, sino también de otras causas de demencia (por eso son menos específicos de dicha enfermedad) (Jack et al., 2016). De esta manera, se pudo seleccionar dentro de los pacientes con DCL a un grupo con biomarcadores positivos de amiloide, que en la actualidad son ya considerados como pacientes con EA (para algunos prodrómica y para otros ya solo Alzheimer), lo cual ha permitido el desarrollo de unos nuevos criterios diagnósticos de la misma (Dubois et al., 2016; McKahn et al., 2011). Nos encontramos, de nuevo, frente a un avance muy importante al permitir diagnosticar dicha enfermedad antes de que se haya desarrollado una demencia evidente, por lo que estaríamos ante un envejecimiento patológico que podemos diagnosticar en fases relativamente precoces y diferenciarlo del envejecimiento natural. Cabe señalar que este desarrollo conceptual ha sido preciso porque la comunidad científica es consciente de que solo podíamos abordar de manera eficaz el problema del deterioro cognitivo degenerativo (patológico) si actuábamos en las fases más precoces de estas enfermedades, incluso antes de que se manifieste clínicamente la disfunción cognitiva (fases pre-sintomáticas). De hecho, hasta hace poco todos los resultados negativos de los fármacos probados en los ensayos clínicos en EA se justifican porque se ha tratado a los pacientes en fases muy avanzadas cuando las lesiones cerebrales son ya tan intensas (hay mucha degeneración) que no hay marcha atrás en la capacidad de recuperación. Considerando sus beneficios creemos que, con toda seguridad, este modelo de la EA se extenderá en un futuro cercano a otros trastornos degenerativos, como la demencia fronto-temporal o la enfermedad por cuerpos de Lewy.

El conocimiento de la existencia de esta fase pre-sintomática muy prolongada de las enfermedades neurodegenerativas, junto al descubrimiento del concepto de reserva cognitiva como factor protector del

deterioro cognitivo, ha condicionado el inicio de una preocupación por promover un envejecimiento cognitivo sano de la población. Se estima que en la actualidad un tercio de los casos de EA podrían atribuirse a siete factores de riesgo modificables (baja educación, hipertensión arterial en edad media de la vida, obesidad en edad media de la vida, diabetes, inactividad física, tabaco y depresión). Si actuáramos sobre estos factores y consiguiéramos en una década reducirlos en un 10-20%, de forma paralela disminuiría entre 9-16 millones el número de casos de EA en el mundo para el año 2050, y la prevalencia en un 8-15% (Winblad et al., 2016). Aunque no podemos, todavía, seleccionar con total seguridad a los individuos con mayor riesgo de desarrollar una enfermedad cognitiva degenerativa, salvo las formas genéticas, sí se dispone, a nuestro juicio, de suficiente información para recomendar actuaciones preventivas (físicas y cognitivas) a partir de los 50 años a aquellos individuos con mayores factores de riesgo. En este sentido, están en marcha en la actualidad en Europa diversos proyectos de intervención, sobre control de factores de riesgo, dieta y ejercicio, que quizás puedan demostrar la efectividad de dicha práctica y extender su uso de forma común al resto del mundo (Ngandu et al., 2015).

Para concluir este apartado, solo desde una perspectiva global y con intervenciones múltiples, con la ayuda de las instituciones públicas y privadas, concienciando a la población de la importancia del autocuidado, del desarrollo cerebral y de un envejecimiento cognitivo sano, puede iniciarse un combate real y efectivo contra estas enfermedades neurodegenerativas. Al menos esto será así hasta que se encuentren fármacos más efectivos y modificadores reales de la enfermedad que permitan limitar los efectos devastadores que generan –y generarán– estas enfermedades en nuestra sociedad actual y futura.

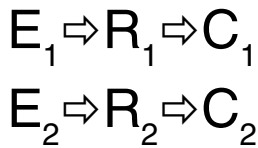
Entrenamiento cognitivo para adultos mayores a través de consecuencias diferenciales

Comenzaremos señalando que aunque no existe un método o procedimiento milagroso que permita asegurar el funcionamiento idóneo de las habilidades cognitivas a lo largo de todo el ciclo vital, esto no quiere decir que estemos destinados inexorablemente a una

disminución o pérdida de nuestras capacidades. Por el contrario, actualmente disponemos de diferentes alternativas de estimulación cognitiva eficaces y complementarias a los tratamientos farmacológicos. A continuación, nos centraremos en un procedimiento, el de consecuencias diferenciales (en adelante PCD), que ha demostrado ser una herramienta útil para mejorar u optimizar el aprendizaje discriminativo y la memoria (tanto de trabajo como a largo plazo) en diferentes poblaciones, entre las que se encuentran aquellas que presentan envejecimiento normal o patológico (v.g., López-Crespo, Plaza, Fuentes y Estévez, 2009; Plaza, López-Crespo, Antúñez, Fuentes y Estévez, 2012).

Pero ¿en qué consiste el PCD? Básicamente, a la estructura del condicionamiento operante (*estímulo – respuesta – consecuencia*) se le incorpora un criterio de exclusividad para la entrega de los reforzadores; en otras palabras, en una situación de aprendizaje discriminativo, cada estímulo específico se asocia a una respuesta determinada, la cual es reforzada con una consecuencia exclusiva para dicha relación (ver Figura 1).

FIGURA 1.
REPRESENTACIÓN ESQUEMATIZADA DE LA ENTREGA DE REFUERZOS
SEGÚN EL CRITERIO DE EXCLUSIVIDAD EMPLEADO EN EL PCD
(E = ESTÍMULO, R = RESPUESTA, C = CONSECUENCIA)



En 1970, Trapold fue el primero en demostrar los beneficios que sobre el aprendizaje tiene la utilización de este procedimiento. Concretamente, entrenó a un grupo de ratas en una tarea de aprendizaje discriminativo reforzando con un pellet (C_1) cada vez que presionaban la palanca derecha tras haber escuchado un tono y con sacarosa (C_2) cuando presionaban la palanca izquierda después de haber oído el sonido /clic/. Esta exclusividad en la entrega de los reforzadores permitió que los animales aprendieran más rápido, cometieran menos errores y alcanzaran un porcentaje mayor de aciertos

al finalizar la tarea. Investigaciones posteriores confirmaron estos hallazgos tanto en animales como en humanos, señalando además que el uso del PCD incrementa la ejecución en tareas que incluyen demoras entre el momento de presentación del estímulo y la emisión de la respuesta (para una revisión más detallada, véase López-Crespo y Estévez, 2013; Mok, Estévez y Overmier, 2010; Urcuioli, 2005).

Frente a estos hallazgos, cabe preguntarnos cómo es posible que la utilización de un procedimiento tan sencillo genere resultados tan significativos. En un primer momento, Trapold y Overmier (1972, ver también Trapold y Peterson, 1980, 1982) dieron respuesta a esta interrogante formulando la teoría de la expectativa. En ella sugieren que gracias al uso del PCD se genera una *representación mental*, o lo que es lo mismo, una *expectativa* del reforzador que se encuentra vinculada al estímulo discriminativo (E). Esta expectativa, una vez activada, se comportaría como un segundo estímulo discriminativo, proporcionando información adicional que guiaría el proceso de elección de la respuesta correcta (Overmier y Lawry, 1979; Peterson y Trapold, 1980; Trapold, 1970; Trapold y Overmier, 1972). Años más tarde, y complementando esta teoría, Savage y colaboradores proponen el modelo de memoria dual (en adelante MMD). Según este modelo, el uso del PCD y la administración de reforzadores de modo aleatorio –o no diferencial– activarían diferentes sistemas neuroquímicos y neuroanatómicos. Savage y Parsons (1997), en una investigación pionera, demostraron esta hipótesis inyectando a la mitad de un grupo de ratas escopolamina, mientras que a otro grupo se les suministró MK-801. Ambas sustancias son antagonistas de los receptores colinérgicos y glutamatérgicos, respectivamente. Los resultados demostraron que cuando los animales tenían inhibido el sistema colinérgico como consecuencia de la acción de la escopolamina, su ejecución en una tarea de memoria espacial no se veía afectada cuando recibían consecuencias diferenciales, indicando, en este caso, la activación de mecanismos de memoria dependientes del sistema glutamatérgico (memoria prospectiva). En cambio, cuando se encontraban bajo los efectos del MK-801, su desempeño no variaba en la condición no diferencial, situación que activaría otro tipo diferente de memoria dependiente del sistema colinérgico (memoria retrospectiva).

Posteriormente, Savage, Buzzetti y Ramírez (2004) estudiaron las respuestas de un grupo de ratas con lesiones en diferentes zonas corticales (lesión bilateral por aspiración del hipocampo y lesión bilateral del neocórtex dorsal), concluyendo que solo los animales con lesión en el hipocampo mostraron un deterioro en la tarea de igualación a la posición con demoras largas cuando recibían consecuencias no diferenciales; sin embargo, cuando eran reforzadas con consecuencias específicas, dicho deterioro desaparecía. Además, Ramírez y Savage (2007) encontraron que bajo consecuencias diferenciales los animales con lesiones de la amígdala basolateral (ABL) presentaban una disminución de su rendimiento durante toda la fase de entrenamiento, mientras que el grupo con lesión en la corteza órbita frontal (COF) mostró una mayor dificultad para realizar la tarea después de la fase de mantenimiento. Es decir, bajo condiciones diferenciales, la ABL se encargaría del establecimiento de la asociación E-R y la COF sería la responsable de mantener dicha relación. Por lo tanto, en animales, el uso del PCD está relacionado con la activación de la memoria prospectiva en la cual estaría implicado el sistema glutamatérgico, la ABL y la COF, mientras que la utilización de consecuencias comunes está asociada al funcionamiento de la memoria retrospectiva, relacionada con el sistema colinérgico y el hipocampo.

Sobre la base de los estudios que acabamos de revisar –realizados por Savage y colaboradores–, Mok, Thomas, Lungu y Overmier (2009) se plantearon explorar las estructuras cerebrales que se activan al administrar consecuencias diferenciales en humanos. Concretamente, se registró la actividad cerebral mediante resonancia magnética funcional (fMRI) mientras los participantes realizaban una tarea de aprendizaje discriminativo, la cual era reforzada con estímulos sensorio-perceptivos (auditivos o visuales). Los resultados señalaron una mayor activación del hipocampo durante el intervalo de demora cuando a los participantes se les administraban consecuencias comunes tras sus respuestas correctas, lo que demuestra que esta estructura participa activamente en el procesamiento retrospectivo de la información. Sin embargo, a diferencia de los resultados obtenidos en animales, tras recibir consecuencias diferenciales se registró una mayor activación de diferentes áreas cerebrales en función de la naturaleza sensorial de los reforzadores utilizados.

Así, cuando el estímulo discriminativo se asoció con un reforzador de tipo visual, se activaron, durante el periodo de demora, áreas relacionadas con el procesamiento de información visual (v.g., áreas 18 y 19 de Brodmann). Por el contrario, cuando el refuerzo asociado con el estímulo discriminativo fue un trozo de canción, se activaron áreas implicadas en el procesamiento auditivo (v.g., áreas 41 y 22 de Brodmann). Además, en ambos casos se observó la activación del giro angular de la corteza parietal posterior, sugiriendo su implicación en el funcionamiento de la memoria prospectiva.

Cabe señalar que estos resultados se han visto complementados por diferentes hallazgos obtenidos en investigaciones con pacientes con afectación en alguna de las estructuras antes mencionadas. Así, por ejemplo, Hochhalter, Sweeney, Bakke, Holub y Overmier (2000) encontraron que tres de cuatro pacientes con demencia de tipo alcohólico mejoraban su ejecución en una tarea de reconocimiento demorado de caras cuando recibían consecuencias diferenciales tras cada respuesta correcta. Plaza et al. (2012) obtuvieron, también, resultados similares en un grupo de adultos mayores diagnosticados con la enfermedad de Alzheimer. De hecho, la exactitud en la ejecución de la tarea de estos pacientes en la condición diferencial en demoras cortas fue comparable a la del grupo control sin deterioro cognitivo. Por último, Molina, Estévez, Meza y Plaza (2015) encontraron que un grupo de adultos mayores exconsumidores de alcohol mejoraban el recuerdo a largo plazo de las asociaciones de una tarea simulada de adherencia al tratamiento cuando recibieron consecuencias diferenciales tras sus respuestas correctas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En resumen, gracias a su sencillez, al aumento del nivel de aciertos, la disminución del número de errores, el incremento en la velocidad de respuesta y la mejora en la memoria de trabajo y a largo plazo que su aplicación conlleva, el PCD es, sin duda, una herramienta que podría ser utilizada para estimular, potenciar y conservar el aprendizaje y la memoria en adultos mayores con envejecimiento normal o patológico.

Para finalizar, nos gustaría presentar dos ejemplos de casos prácticos (ver Tabla 1) en el que la utilización de consecuencias diferenciales puede ser de especial utilidad:

TABLA I.
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN I

Objetivo: Reconocer por el nombre a los nietos			
Situación de aprendizaje: Sentado en una silla junto a una mesa, se disponen delante del señor Luis Venegas las fotografías de sus tres nietos. El terapeuta nombrará a uno de ellos y esperará que el señor Luis señale la fotografía de ese nieto. En caso de que la respuesta sea correcta se le entregará el refuerzo asignado para esa asociación; de lo contrario, se le indicará cuál es la respuesta correcta y se le preguntará por otro nieto.			
Estímulo inicial	Alternativas de respuesta	Respuesta esperada	Consecuencia
Observa la fotografía de Martín	Nicolás, Martín y Juan	Martín	Ficha/Botón rojo pequeño
Observa la fotografía de Nicolás	Nicolás, Martín y Juan	Nicolás	Ficha/Botón azul grande
Observa la fotografía de Juan	Nicolás, Martín y Juan	Juan	Ficha/Botón verde mediano

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN II

Objetivo: Facilitar la adherencia al tratamiento farmacológico.			
Situación de Aprendizaje: Producto del diagnóstico de una patología determinada, la señora Ana Molina debe aprender y recordar tres horarios diferentes para tomar un medicamento.			
Estímulo inicial	Alternativas de respuesta	Respuesta esperada	Consecuencia
Alarma 08:00 hrs.	Píldora roja, azul o blanca	Píldora roja	Trozo de manzana
Alarma 14:00 hrs.	Píldora roja, azul o blanca	Píldora azul	Trozo de plátano
Alarma 21:00 hrs.	Píldora roja, azul o blanca	Píldora blanca	Trozo de naranja

Aunque en el ejemplo nos referimos al terapeuta, el procedimiento lo puede aplicar fácilmente un familiar, cuidador o persona cercana al adulto mayor. Como consecuencias, hemos visto que se pueden utilizar fichas que después pueden cambiarse por distintos refuerzos, realizando la misma función cualquier otro objeto como botones y bolitas de diferentes colores y tamaños, tapas de botella, clips, fichas de juegos de mesa, diferentes tipos de pasta sin cocinar,

etc. Otra opción es utilizar como consecuencia directamente un reforzador (v.g., trozos de frutas, frutos secos o monedas). Creemos que tanto en el ejemplo propuesto como en otros diversos casos el PCD puede ser de gran utilidad para la instauración de aprendizajes significativos o la mejora de procesos de memoria, como el reconocimiento de información visuoespacial, que repercutirán en el bienestar y autonomía de nuestros mayores. Dado el incremento del envejecimiento de la población tanto en Europa como en Latinoamérica, se hace imprescindible el desarrollo de programas de entrenamiento multidisciplinarios en el que se incluyan técnicas y procedimientos cognitivos como el descrito en este apartado que permitan prevenir posibles deterioros físicos y cognitivos, fomentando el envejecimiento activo y saludable.

AGRADECIMIENTOS

Parte de los estudios presentados en este capítulo han sido financiados por los proyectos CONICYT-FONDECYT Iniciación 11140365 del Ministerio de Educación de Chile; PSI2017-84556-P del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad de España (fondos FEDER), 19267/PI/14 de la Fundación Séneca y PSI2015-65248-P del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad de España (fondos FEDER).

REFERENCIAS

- Baltes, P. y Baltes, M. (1990). Psychological Perspectives on Successful Aging: the Model of Selective Optimization with Compensation. En P. B. Baltes y M. M. Baltes (eds.). *Successful Aging. Perspectives from the Behavioral Sciences* (pp. 1-34). Nueva York: Cambridge University Press.
- Bateman, R., Xiong, Ch., Benzinger, T., Fagan, A., Goate, A., Fox, N. y Morris, J. (2012). Clinical and Biomarker Changes in Dominantly Inherited Alzheimer's Disease. *New England Journal of Medicine*, 367, 795-804.
- Carr, K. y Weir, P. (2017). A Qualitative Description of Successful Aging through Different Decades of Older Adulthood. *Aging & Mental Health*, 21, 1317-1325.

- Castillo, M. (2009). Envejecimiento exitoso. *Revista Clínica Las Condes*, 20(2), 167-174.
- Dubois, B., Feldman, H., Jacova, C., Hampel, H., Molinuevo, J., Blennow, K. y Cummings, J. (2014). Advancing Research Diagnostic Criteria for Alzheimer's Disease: the IWG-2 Criteria. *Lancet Neurology*, 13, 614-629.
- Dubois, B., Hampel, H., Feldman, H., Scheltens, P., Aisen, P., Andrieu, S. y Jack, C. (2016). Preclinical Alzheimer's Disease: Definition, Natural History, and Diagnostic Criteria. *Alzheimer's & Dementia*, 12, 292-323.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). *Vejez con éxito o vejez competente. Un reto para todos*. Ponencias de las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención. Barcelona: AMG.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M., López, M., Molina, M., Díez, J., Montero, P. y Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22, 641-647.
- Gutiérrez, M., Serra, E. y Zacarés, J. (2006). *Envejecimiento óptimo. Perspectivas desde la psicología del desarrollo*. Valencia: Promolibro.
- Havighurst, R. (1961). Successful Aging. *Gerontologist*, 1, 8-13.
- Hochhalter, A., Sweeney, W., Bakke, B., Holub, R. y Overmier, J. B. (2000). Improving Face Recognition in Alcohol Dementia. *Clinical Gerontologist*, 22(2), 3-18.
- Jack, C., Knopman, D., Jagust, W., Shaw, L., Aisen, P., Weiner, M. y Trojanowski, J. (2010). Hypothetical Model of Dynamic Biomarkers of the Alzheimer's Pathological Cascade. *Lancet Neurology*, 9, 119-28.
- Jack, C., Thorneau, T., Wiste, H., Weigand, S., Knopman, D., Lowe, V. y Petersen, R. (2016). Transition Rates Between Amyloid and Neurodegeneration Biomarker States and to Dementia: a Population-based, Longitudinal Cohort Study. *Lancet Neurology*, 15, 56-64.
- Kim, S. y Park, S. (2017). A Meta-analysis of the Correlates of Successful Aging in Older Adults. *Research on Aging*, 39, 657-677.
- López-Crespo, G. y Estévez, A. F. (2013). Working Memory Improvement by the Differential Outcomes Procedure. En S. H. Clair-Thompson (ed.). *Working Memory: Developmental Differences, Component Processes, and Improvement Mechanisms* (pp. 145-157). Nueva York: Nova Publishers.
- Mancilla, E., Valenzuela, J. y Escobar, M. (2015). Rendimiento en las pruebas «Timed Up and Go» y «Estación Unipodal» en adultos mayores chilenos entre 60 y 89 años. *Revista Médica Chilena*, 143, 39-46.
- Mayordomo, T., Sales, A. y Meléndez, J. C. (2014). Compensation Strategies in Older Adults: Sociodemographic and Cognitive Reserve Differences. *Annals of Psychology*, 31, 310-316.

- Mayordomo, T., Sales, A. y Meléndez, J. C. (2014). Compensation Strategies in Older Adults: Sociodemographic and Cognitive Reserve Differences. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 31(1), 310-316.
- Mayordomo, T., García, X., Sales, A., Meléndez, J. y Serra, P. (2015). Resilience Patterns: Improving Stress Adaptation Based on an Individual's Personal Features. *The International Journal of Aging and Human Development*, 80, 316-331.
- McKhann, G., Knopmanc, D., Chertkowd, H., Hymanf, B., Jack, C., Kawash, C. y Phelps, C. (2011). The Diagnosis of Dementia due to Alzheimer's Disease: Recommendations from the National Institute of Aging-Alzheimer's Association Workgroups on Diagnostic Guidelines for Alzheimer's Disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7, 263-69.
- Mok, L., Estévez, A. F. y Overmier, J. B. (2010). Unique Outcome Expectations as a Training and Pedagogical Tool. *Psychological Record*, 60(2), 227-248.
- Mok, L., Thomas, K., Lungu, O. y Overmier, J. B. (2009). Neural Correlates of Cueunique Outcome Expectations under Differential Outcomes Training: an fMRI Study. *Brain Research*, 1265, 111-127.
- Molina, M., Estévez, A. F., Meza, E. y Plaza, V. (2015, noviembre). *Mejorando el aprendizaje y el recuerdo en adultos mayores ex consumidores de alcohol*. Póster presentado en el VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica. Granada, España.
- Neri, A. y Cachioni, M. (1999). Velhice bem-sucedida e educação. En A. Neri y G. Debert (eds.). *Velhice e Sociedade* (pp. 113-140). Campinas: Papirus.
- Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälähti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R. y Kivipelto, M. (2015). A 2 Year Multidomain Intervention of Diet, Exercise, Cognitive Training, and Vascular Risk Monitoring Versus Control to Prevent Cognitive Decline in At-risk Elderly People (FINGER): a Randomised Controlled Trial. *The Lancet Neurology*, 385, 2255-63.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (2012). *Política integral de envejecimiento positivo para Chile 2012-2015*. Recuperado de <http://www.senama.cl>
- Overmier, J. B. y Lawry, J. A. (1979). Pavlovian Conditioning and the Mediation of Behaviour. En G. H. Bower (ed.). *The Psychology of Learning and Motivation* (vol. 13, pp. 135- 148). Hillsdale: Erlbaum.
- Park, D. (2002). Mecanismos básicos que explican el declive cognitivo con el envejecimiento. En D. Park y N. Schwarz (eds.). *Envejecimiento cognitivo* (pp. 3-22). Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Park, D.C., Polk, T., Mikels, J. A., Taylor, S. y Marshuetz, C. (2001). Cerebral Aging: the Integration of Behavioral and Neurobiological Models of Cognitive Function. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 3, 151-165.

- Peterson, G. B. y Trapold, M. A. (1980). Effects of Altering Outcome Expectancies on Pigeons Delayed Conditional Discrimination Performance. *Learning and Motivation*, 11, 267-288.
- Peterson, G. B. y Trapold, M. A. (1982). Expectancy Mediation of Concurrent Conditional Discriminations. *American Journal of Psychology*, 95, 571-580.
- Petersen, R., Dooby, R., Kurz, A., Mohs, R., Morris, J., Rabins, P. y Winblad, B. (2001). Currents Concepts in Mild Cognitive Impairment. *Archives of Neurology*, 58, 1985-1992.
- Pitarque, A., Meléndez, J. C., Sales, A., Mayordomo, T., Satorres, E., Escudero, J. y Algarabel, S. (2016). The Effects of Healthy Aging, Amnesic Mild Cognitive Impairment, and Alzheimer's Disease on Recollection, Familiarity and False Recognition, Estimated by an Associative Process-dissociation Recognition Procedure. *Neuropsychologia*, 91, 29-35.
- Plaza, V., López-Crespo, G., Antúnez, C., Fuentes, L. J. y Estévez, A. F. (2012). Improving Delayed Face Recognition in Alzheimer's Disease by Differential Outcomes. *Neuropsychology*, 26(4), 483-489.
- Quiroga, P., Albala, C. y Klaasen, G. (2004). Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad en Chile. *Revista médica chilena*, 132, 467-478.
- Ramírez, D. R. y Savage, L. M. (2007). Differential Involvement of the Basolateral Amygdala, Orbitofrontal Cortex, and Nucleus Accumbens Core in the Acquisition and Use of Reward Expectancies. *Behavioral Neuroscience*, 121(5), 896-906.
- Reuter-Lorenz, P. A. (2002). Neuropsicología Cognitiva del Cerebro Envejecido. En J. M. Ruiz-Vargas y M. Belinchón (eds.). *Envejecimiento cognitivo* (pp. 95-116). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *Gerontologist*, 37, 433-440.
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (2015). Successful Aging 2.0: Conceptual Expansions for the 21st Century. *The Journals of Gerontology: Series B*, 70, 593-596.
- Sales, A., Meléndez, J. C. y Mayordomo, T. (2013). Using a Cognitive Plasticity Measure to Detect Mild Cognitive Impairment. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28, 763-770.
- Savage, L. M., Buzzetti, R. A. y Ramírez, L. R. (2004). The Effects of Hippocampal Lesions on Learning, Memory, and Reward Expectancies. *Neurobiology of Learning and Memory*, 82, 109-119.
- Savage, L. M. y Parsons, J. (1997). The Effects of Delay-interval, Inter-trial Interval, Amnesic Drugs, and Differential Outcomes on Matching-to-position in Rats. *Psychobiology*, 25, 303-312.

- Scheltens, P., Blennow K., Breteler, M., de Strooper, B., Frisoni, G., Salloway, S. y van der Flier, W. (2016). Alzheimer's Disease. *Lancet*, 388, 505-517.
- Sorel, O. y Pennquin, V. (2008). Aging of the Planning Process: the Role of Executive Functioning. *Brain and Cognition*, 66, 196-204.
- Trapold, M. A. (1970). Are Expectancies Based upon Different Positive Reinforcing Events Discriminably Different? *Learning and Motivation*, 1, 129-140.
- Trapold, M. A. y Overmier, J. B. (1972). The Second Learning Process in Instrumental Learning. En A. A. Black y W. F. Prokasy (eds.). *Classical Conditioning: Current Research and Theory* (pp. 427-452). Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Triadó, C. (2003). *Envejecer en Entornos Rurales*. Madrid: IMSERSO, Estudios I+D+I, N°19.
- Urcuioli, P. J. (2005). Behavioral and Associative Effects of Differential Outcomes in Discrimination Learning. *Learning & Behavior*, 33, 1-21.
- Urzúa, A. y Navarrete, M. (2013). Calidad de vida en adultos mayores: análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQoL-Old en población chilena. *Revista Médica Chilena*, 141, 28-33.
- Villemagne, V. L., Burnham, S., Bourgeat, P., Brown, B., Ellis, K., Salvado, O. y Masters, C. (2013). Amyloid Deposition, Neurodegeneration, and Cognitive Decline in Sporadic Alzheimer's Disease: a Prospective Cohort Study. *Lancet Neurology*, 12, 357-367.
- Winblad, B., Amouyel, P., Andrieu, S., Ballard, C., Brodaty, H., Cedazo-Minguez, A. y Zetterberg, H. (2016). Defeating Alzheimer's Disease and Other Dementias: a Priority for European Science and Society. *Lancet Neurology*, 15, 455-532.

CAPÍTULO 7

PERCEPCIÓN DE LA CAPACIDAD DE MEMORIA Y RENDIMIENTO EN TAREAS DE MEMORIA EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A CENTROS DE SALUD FAMILIAR

NIEVES SCHADE YANKOVIC
RAÚL G. RAMÍREZ-VIELMA
GABRIELA NAZAR
VASILY BUHRING SILVA
Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN

Existe un amplio acuerdo entre los investigadores sobre la declinación de algunas funciones de la memoria en los adultos mayores. La explicación de por qué ocurre esto se divide en aquellos que señalan que esto podría deberse a factores de tipo fisiológicos tanto a nivel neural como sensorial (Beaudoin y Derichard, 2011), mientras que otros proponen que sería producto de la cultura, expresada por las creencias que las personas tienen sobre su funcionamiento durante el proceso de envejecimiento (Chastee, Bhattacharyya, Horhota, Tan y Hasher, 2005; Hastings y West, 2011). En relación con este segundo factor es donde se enmarca este trabajo.

La mayoría de los adultos mayores creen que inevitablemente su memoria empeora con la edad. Los pequeños olvidos que son

considerados por los jóvenes como algo anecdótico, los adultos mayores lo ven como una posible pérdida o deterioro de su memoria. Esta evaluación o hipervigilancia sobre sus errores pueden impactar negativamente en el rendimiento en tareas de memoria y en las quejas subjetivas acerca de ella.

Las quejas subjetivas sobre la memoria están relacionadas con la pérdida de la información que es presentada recientemente o el problema de mantener dicha información sobre un corto periodo de tiempo (memoria a corto plazo) y en la dificultad en procesar información mientras se encuentra en la memoria (memoria operativa).

Memoria operativa y/o memoria a corto plazo

La memoria puede ser comprendida por distintos modelos; los más tradicionales y que han recibido mayor apoyo son el modelo de Atkinson y Shiffrin (1971) y el de Baddeley (1986). En este trabajo nos interesa profundizar sobre la memoria a corto plazo y/o memoria operativa (*working memory*).

La memoria a corto plazo (MCP) es definida por Atkinson y Shiffrin (1971) como una memoria que almacena información por un breve periodo de tiempo después que el estímulo deja de estar físicamente disponible. Para mantener dicha información por unos breves segundos se requiere que el sujeto despliegue una serie de estrategias; así evita rápidamente el decaimiento o desplazamiento de la información con la llegada de nueva información, lo cual conlleva el posible olvido. Esta memoria se caracteriza por ser única, a diferencia de la que veremos a continuación, la cual comprende varios componentes.

La «memoria de trabajo» (*working memory*) o memoria operativa (MO) (Baddeley, 1986) se entiende como la capacidad que nos permite manipular y retener simultáneamente la información relevante a la tarea que se está ejecutando (Gutiérrez-Martínez y Ramos, 2014). Esta memoria comprende los siguientes componentes: ejecutivo central, bucle fonológico y la agenda viso-espacial y el almacén episódico (Baddeley, 2003). El ejecutivo central se encarga de administrar los recursos atencionales del sistema cognitivo y decide a qué actividades dar curso. También planifica las estrategias de procesamiento y está a cargo de la coordinación del lazo

articulatorio y la agenda viso-espacial. Además, tiene la función de inhibir información no relevante. El bucle fonológico es un sistema periférico que captura información de tipo lingüístico exclusivamente bajo un código fonológico por un breve periodo de tiempo. Esto se expresa cuando se trata de recordar una lista presentada de forma visual o auditiva. La capacidad de almacenamiento del bucle fonológico no es constante, sino que disminuye a medida que las palabras que deben recordarse son más largas (Manzanero, 2008). La agenda viso-espacial tiene como función el mantenimiento activo de información, pero en este caso con un formato de naturaleza visual y espacial (de inputs externos o internos). Finalmente, el búfer episódico consiste en un sistema de almacenamiento temporal con capacidad limitada, capaz de integrar información de varias fuentes, incluyendo el bucle fonológico, la agenda viso-espacial y la memoria a largo plazo (Baddeley, 2000).

El envejecimiento está asociado con una disminución del desempeño en todas las tareas que comprometen gran parte de la MCP, pero especialmente a la MO y con el control inhibitorio. La declinación normal de esta se aprecia especialmente a partir de los 60 años (Gontier, 2004). Sin embargo, se ha encontrado que actividades mentales y el uso frecuente de estrategias cognitivas pueden aminorar este bajo rendimiento en tareas de memoria. Por lo tanto, cualquier actividad de tipo cognitiva puede ejercer algún control compensatorio sobre ella.

Otros factores que pueden aminorar o exacerbar la declinación natural de la memoria son los asociados a la cognición social, como los estereotipos negativos de la vejez. Los estereotipos son creencias compartidas por los miembros de un grupo (Bouazzaoui et al., 2015). Estos han sido conducidos por el marco de referencia de *stereotype threat* (amenaza del estereotipo), el cual se refiere al miedo que surge en situaciones en las cuales un miembro del grupo confirma el riesgo de presentar el estereotipo negativo asociado con la pobre ejecución en un dominio dado (Steele y Aronson, 1995). Al respecto, Desrichard y Kopetz (2005) muestran que la memoria de autoeficacia cumple un rol moderador en relación con los efectos de la «amenaza del estereotipo» en adultos mayores cuando se enfatizan los componentes de la memoria de una tarea.

Autoeficacia de la memoria

La autoeficacia se define como «los juicios que las personas hacen acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento» (Bandura, 1996). Estas creencias pueden estar influenciadas por factores culturales y/o el contexto social.

La memoria de autoeficacia fue primero definida por Hertzog, Hultsch y Dixon (1989) como la capacidad para usar efectivamente la memoria en varias situaciones. Bandura (1989) hace la distinción entre el conocimiento que se tiene sobre la memoria (metamemoria) y las creencias acerca de la eficacia de la memoria, un sistema de creencias ligada a un dominio específico. Berry West y Dennehey (1989) sostienen que los juicios personales sobre la capacidad de memoria percibida constituyen un sistema dinámico, un sistema de autoevaluación de las creencias y los juicios en relación con las propias competencias y confianza en ellas depositada. Estas creencias y los juicios de autoeficacia están basadas tanto en factores personales como situacionales. Aquellos sujetos que se sienten más capaces de lograr éxito en tareas de memoria lo consiguen principalmente en tareas de la vida cotidiana en contraste a las tareas de memoria de laboratorio.

Se ha encontrado que la autoeficacia de memoria está asociada a la edad, la educación y el estado de salud (Zelinski y Glewski, 2004). Además, varios investigadores consideran que la autoeficacia podría ser mejor comprendida como una variable mediadora o moderadora, afectando la ejecución en tareas de memoria (Lineweaver y Hertzog, 1998).

Varios estudios han demostrado que las creencias positivas de memoria de autoeficacia se relacionan con un mejor rendimiento en memoria, especialmente en aquellas tareas que se encuentran mediadas por factores motivacionales, persistencia y esfuerzo, pudiendo constituir un desafío cognitivo, resultando en alto rendimiento cognitivo. En cambio, una baja autoeficacia de la memoria puede dañar el rendimiento en tareas de memoria, lo que puede estar asociado con elevada ansiedad (Stephan, Caudroit y Chalabaev, 2011).

Con respecto a estos estudios, es importante señalar que la mayoría de los investigadores encuentran que existe una relación entre la autoeficacia de la memoria y el rendimiento en tareas de memoria.

Sin embargo, un grupo menor ha observado una baja correlación (Beaudoin y Desrichard, 2011) e incluso una falta de correlación entre autoeficacia de la memoria con algunas tareas de memoria (recuerdo libre y reconocimiento); en cambio, sí se encontró relación con la condición de las instrucciones (Chastee et al., 2005) o con su experiencia pasada como parte de su autoesquema (Hilgeman, Allen y Carden, 2017).

Esta baja relación entre la autoeficacia de la memoria y su rendimiento en tareas de memoria puede ser en parte explicado porque existen varios instrumentos y métodos que se han desarrollado para medir la memoria de autoeficacia y la memoria. En el primer caso, los instrumentos que miden la autoeficacia de la memoria nacen a partir de la hipótesis de que el conocimiento y las creencias que se tiene sobre la memoria influyen en la ejecución o tareas de memoria y que está cambia con la edad (Berry, West y Dennehey, 1989). Para evaluar la autoeficacia han dominado dos tipos principalmente de instrumentos: a) cuestionario de metamemoria (MIA; Dixon, Hultsch y Herzog, 1988) y b) el cuestionario de autoeficacia (Berry, West y Scogin, 1983). Algunos autores señalan que estas subescalas miden lo mismo y que son psicométricamente similares.

En el segundo caso existe una gran variedad de instrumentos y métodos, siendo estos muy distintos entre sí desde el punto de vista de los tipos de memoria que miden y si estos son o no de aplicación en la vida cotidiana o en laboratorio. Dentro de estos están: cuestionario del funcionamiento de la memoria (MFQ; Gilewski, Zelinski, Schaie y Thompson, 1983); test de dígitos; test de memoria lógica (Kaufman, 1983); inventario de actividades con funciones amnésicas para personas de edad; listas de recuerdo de palabras y frases (Zelinski y Glewski, 2004); presentación de palabras y/o textos en laboratorio; y reportes acerca del funcionamiento de la memoria (Feldberg y Stefani, 2007).

Esta diversidad de instrumentos para medir memoria pudiera dar cuenta, en parte, de algunos resultados contradictorios en la relación que existe entre la autoeficacia de la memoria y el rendimiento en pruebas de memoria. Por otra parte, esto puede deberse a otras variables intervinientes como depresión u orientación hacia la meta, entre otras (Hilgeman, Allen y Carden, 2017). Finalmente, algunos autores señalan que la memoria de autoeficacia puede más

bien actuar como moderador con la edad subjetiva, con las quejas subjetivas, la satisfacción con la vida y los síntomas depresivos (Hilgeman, Allen y Carden, 2017).

Instrumento de memoria y percepción de autoeficacia

Considerando las discrepancias que existen entre la medición de autoeficacia y las pruebas de memoria nos propusimos elaborar un instrumento de memoria basado en una versión adaptada del cuestionario de autoeficacia en tareas de memoria de Berry, West y Dennehey (1989), el cual estaba traducido al español por Taberner y De Elena (2001). Se seleccionaron ocho ítems del cuestionario autoeficacia y se elaboraron ocho tareas de memoria; el objetivo es que ambos instrumentos fueran lo más semejantes, es decir, que el sujeto expresara su creencia sobre su capacidad de memoria y luego hiciera la tarea correspondiente. Además, se transformaron las opciones de respuesta a escala Likert con el objetivo de operacionalizar mejor la variable. El instrumento de autoeficacia fue adaptado y aplicado a la población objetiva. Se hicieron varias pruebas pilotos.

El nuevo instrumento se desarrolló sobre la base del constructo de memoria operativa y memoria a corto plazo, considerando que la memoria operativa es dinámica y actúa en el presente, especialmente a través del ejecutivo central, quien asigna los recursos atencionales a las tareas que estamos realizando en un momento determinado. Además, el búfer episódico es quien permite el intercambio entre la memoria a largo plazo y la operativa, este último altamente relacionado con el funcionamiento del lóbulo frontal (Baddley, 2000). Además, es a corto plazo, ya que la presentación de las tareas de memoria es en un periodo breve de tiempo, de tal forma que las personas logren el desarrollo de alguna estrategia. También se cautuló que las tareas tuvieran relación con la vida cotidiana de los adultos mayores. De igual modo, se consideró el nivel de dificultad presentado en la tarea, de tal forma que se adecue lo más posible al grupo etario correspondiente, evitando así que el número de ítems afecte negativamente el rendimiento en cuanto a cansancio y motivación. Finalmente, los ítems fueron evaluados por jueces expertos y probados en adultos mayores, siendo modificados por problemas

de comprensión de las instrucciones y los contenidos que no se relacionaban con su vida habitual.

Construido el instrumento y estudiadas sus características psicométricas, este se aplicó junto con el de autoeficacia de la memoria a los adultos mayores con el fin de lograr el objetivo de la investigación, el cual fue describir la relación entre la percepción de autoeficacia de la memoria y el rendimiento en tareas de memoria en adultos mayores que asisten a los centros de salud familiar de la comuna de Concepción.

DESARROLLO

Método

Muestra

Participaron 200 adultos mayores, cuya edad fluctuó entre los 60-78 años. El 48% eran hombres y todos pertenecían a los centros de salud familiar de la comuna de Concepción. En relación con el nivel educativo, la mayoría presentaba enseñanza media completa e incompleta.

Instrumentos

A) Cuestionario de percepción de autoeficacia: consiste en ocho preguntas sobre sus creencias en relación a su memoria. Las respuestas son tipo Likert.

La validez de contenido fue a través de jueces expertos, presentando una concordancia de 100%. La fiabilidad, en tanto, presentó un índice de 0.86. Este resultado es coincidente con el instrumento original (ver anexo 1).

B) Pruebas de rendimiento en tareas memoria operativa y/o memoria de corto plazo: cuestionario de ocho tareas que debe realizar el sujeto usando su memoria operativa y /o corto plazo. Todas las tareas son presentadas en 20 segundos; luego se retira y el sujeto debe responder (ver anexo 2 y 3).

Los estudios de validez de contenido a través de jueces expertos presentaron una alta coincidencia en todas en las pruebas, a

excepción de los ítems de dibujo y de caras, este último por una representación transcultural. La fiabilidad fue de 0.75. La prueba con menor fiabilidad fue dibujos.

Procedimiento

Los adultos mayores fueron reclutados en los centros de atención, donde asisten periódicamente por sus controles. Para ser incorporados en la muestra debían firmar una carta de consentimiento y responder el test Mini-Mental para descartar patología mental.

Los instrumentos fueron aplicados en forma individual por una psicóloga estudiante de magíster en psicología. En la aplicación se consideró si los adultos mayores tenían la capacidad conservada de lecto-escritura; en el caso de que efectivamente leyeran el cuestionario de autoeficacia era auto administrado y en la situación contraria el encuestador se lo leía. Idéntica fue la aplicación de la prueba de rendimiento en tareas de memoria.

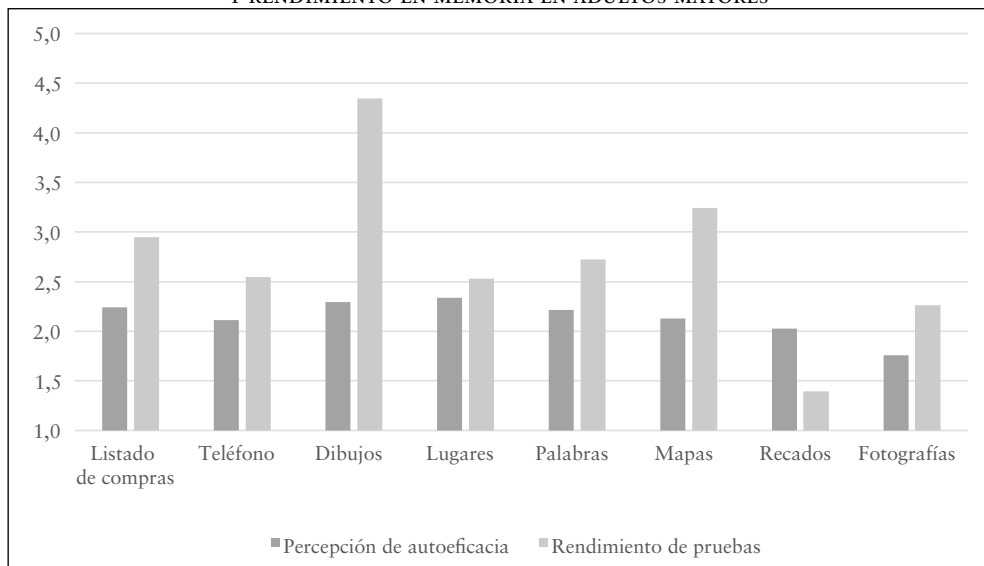
En cuanto al orden de aplicación de los instrumentos, primero se administró el de autoeficacia y luego el de rendimiento en memoria. La secuencia fue siempre la misma: se midió el tiempo de inicio y final. Los tiempos de exposición a los estímulos estandarizados fueron de 20 segundos. Esto se realizó en un lugar cómodo del centro de salud familiar. La persona fue citada para realizar la aplicación.

Resultados

a) Descripción del rendimiento en cada prueba

En el *cuestionario de percepción de autoeficacia*, las respuestas se ubican en promedio en la categoría algunos (1.7- 2, 4), mientras que en la prueba de memoria operativa lo hace en promedio desde casi todos a muy pocos (1.4- 4.3). No se encontraron diferencias significativas en relación al sexo (ver figura 1).

FIGURA 1.
COMPARACIÓN ENTRE PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA EN MEMORIA
Y RENDIMIENTO EN MEMORIA EN ADULTOS MAYORES



En la Figura 1 se aprecia que el rendimiento en tareas de memoria fue en total $M = 4.96$ mayor a la prueba de autoeficacia $M = .214$; es decir, sus creencias eran menor a lo que finalmente fueron capaces de hacer, a excepción de la prueba de recados. El mejor rendimiento en tareas de memoria fue en el recuerdo de dibujos $M = 9.22$ y el peor fue en el recuerdo de recados $M = 1.92$. Se encontró que la prueba el recuerdo de lugares donde se ubicaban los objetos es la que tiene un mayor puntaje y la peor fue el recuerdo de nombres de caras $M = 1.76$.

TABLA I.
CORRELACIONES ENTRE PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA DE LA MEMORIA
Y MEMORIA EN ADULTOS MAYORES

Pruebas	R	gl	Sig. bilateral
Autoeficacia para listado de compras - Memoria para ejecución en compras	.319	199	.000
Autoeficacia para el teléfono - Memoria para el número de teléfono	.236	196	.001

Autoeficacia de dibujos - Memoria para dibujos	.025	197	.723
Autoeficacia de lugares y memoria para lugares	.198	198	.005
Autoeficacia para mapas y memoria para mapas	.191	197	.007
Autoeficacia para recados y memoria para recados	.200	198	.005
Autoeficacia para palabras y memoria para palabras	.243	198	.001
Autoeficacia para caras - Memoria de caras	.330	199	.000

Como se aprecia en la Tabla 1, se encontró que existe relación entre la autoeficacia y la memoria para la tarea de recuerdo de un listado de compras, número telefónico, recuerdo nombre de caras de personas y de un listado de palabras $p < .005$, no así para las tareas que implicaba recuerdos de dibujo de objetos, mapa $p > .005$. Finalmente, se encontró que existe una relación igual entre la autoeficacia y la memoria para recuerdo de un listado de recados y ubicación de objetos en distintos lugares $p = .005$.

TABLA 2.
DIFERENCIAS ENTRE PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA DE LA MEMORIA
Y MEMORIA EN ADULTOS MAYORES

Pruebas	t	gl	Sig. bilateral
Autoeficacia para listado de compras - Memoria para ejecución en compras	26.815	199	.000
Autoeficacia para el teléfono - Memoria para el número de teléfono	10.341	196	.000
Autoeficacia de dibujos - Memoria para dibujos	31.511	197	.000
Autoeficacia de lugares y memoria para lugares	14.872	198	.000
Autoeficacia para mapas y memoria para mapas	21.351	197	.000
Autoeficacia para recados y memoria para recados	.812	198	.418
Autoeficacia para caras - Memoria de caras	15.625	199	.000

Como se aprecia en la Tabla 2, existen diferencias significativas entre la autoeficacia y el rendimiento en pruebas de memoria $p < .05$, a excepción del recuerdo de un listado de recados $t(198) = .812$; $p > .05$.

Se hizo un análisis de regresión donde se encontró que no existe relación entre las variables $p < .05$.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los hallazgos de esta investigación muestran que el nuevo instrumento de memoria es altamente confiable para ser aplicado a los adultos mayores. Este instrumento permite medir la memoria operativa y/o memoria a corto plazo en relación a la vida cotidiana de los adultos mayores en breve periodo de tiempo. En el caso del instrumento de autoeficacia, el cual está basado en el cuestionario de autoeficacia de Berry, West y Dennehey (1989), presentó un buen nivel de confiabilidad cercano al instrumento original. Ambas tareas fueron consideradas por los adultos mayores como motivantes y desafiantes, por lo que en general los sujetos valoraron positivamente la actividad.

Se encontró que a mayor edad menor rendimiento en pruebas de memoria y autoeficacia de la memoria, tal como lo señalan estudios anteriores. Esta pobre percepción de autoeficacia se apreció en casi todas las pruebas de memoria. Al revisar las distintas creencias se encontró que su percepción fue menor para el recuerdo de caras de personas y una leve superioridad en recados, lo cual concuerda con investigaciones donde los adultos mayores que han asumido probablemente lo estereotipos negativos o «amenaza de estereotipo» de la sociedad en que están inmersos tienen menor autoeficacia de la memoria (Steele y Aronson, 1995). Sin embargo, estos resultados no coinciden con aquellos que plantean que los adultos mayores supervaloran su autoeficacia en relación a su rendimiento posterior en tareas de memoria (Taberner y De Elena, 2001). Por lo tanto, se puede señalar que los adultos mayores establecen juicios negativos acerca de su memoria y esto se aprecia en el menor rendimiento en la mayoría de las tareas.

Este estudio presenta varias limitaciones que son importantes señalar, entre ellas, las relacionadas con la muestra, referente a que son adultos mayores funcionales que asisten regularmente a centros de salud. Otra limitación se relaciona con la prueba de rendimiento en tareas de memoria; aún falta mejorar el índice de fiabilidad de algunas tareas como la de recados y el recuerdo de nombre de caras.

Considerando las limitaciones anteriores, se espera hacer nuevas réplicas con grupos etarios más amplios, como adolescentes, jóvenes y adultos intermedios. También se pretende hacer más aplicaciones del instrumento para seguir mejorándolo, especialmente la prueba de recados, debido al alto nivel de dificultad que se presentó entre los adultos mayores, y el caso de dibujo, tarea que tiene un menor índice de fiabilidad y validez. A su vez, se pretende aplicar el instrumento de memoria a una muestra mayor, realizando las modificaciones respectivas con el fin de obtener parámetros y poder llegar a ser un instrumento de uso en los centros de salud, considerando que es de fácil aplicación, el tiempo de aplicación es muy breve y para los adultos mayores resulta una tarea desafiante y muy motivante.

Finalmente es importante señalar que el instrumento de evaluación de la memoria operativa y/o a corto plazo no solo sirve para medir en general la memoria, sino que permite detectar el tipo de tarea o memoria que presenta mejor desempeño y cuál requiere más estimulación o rehabilitación. Por lo tanto, se pretende que en el futuro pueda contribuir como guía para el trabajo individual o para realización de talleres de memoria del adulto mayor, especialmente en centros de salud familiar.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Universidad de Concepción por el financiamiento otorgado a través del proyecto DIUC 213172020-10 «Diseño de un modelo psicosocial de promoción de envejecimiento activo».

REFERENCIAS

- Atkinson, R. C. y Shiffrin, R. M. (1971). The Control of Short-term Memory. *Scientific American*, 225, 82-90.
- Baddeley, A. D. (1986). *Working Memory*. Oxford: Clarendon Press.
- Baddeley, A. D. (2000). The Episodic Buffer: a New Component of Working Memory? *Trends in Cognitive Sciences*, 4, 417-423.
- Baddeley, A. D. (2003). Working Memory and Language: an Overview. *Journal of Communication Disorders*, 36, 198-208.

- Berry, J. M., West, R. L. y Scogin, F. R. (1983). *Predicting Every Day and Laboratory Memory Skill*. Paper presentado en el encuentro de la Gerontological Society of America, San Francisco.
- Berry, J. M., West, R. L. y Dennehey, D. M. (1989). Reliability and Validity of the Memory Self-efficacy Questionnaire. *Developmental Psychology*, 25, 701-713.
- Bandura, A. (1989). Regulation of Cognitive Processes through Perceived Self-efficacy. *Developmental Psychology*, 25, 725-739.
- Bandura, A. (1996). Regulation of Cognitive Processes through Perceived Self-efficacy. En G. H. Jennings y D. Belanger (eds.). *Passages Beyond the Gate: a Jungian Approach Understanding the Nature of American Psychology at the Natur Down of New Millenium* (pp. 96-107). Needham Heights: Simon & Schuster. Reimpresión de Bandura (1989). Regulation of Cognitive Processes through Perceived Self-efficacy. *Developmental Psychology*, 25, 725-739.
- Beaudoin, M. y Desrichard, O. (2011). Are Memory Self-efficacy and Memory Performance Related? A Meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 137, 211-241.
- Bouazzaoui, B., Follernfant, A., Ric, F., Fay, S., Croizet, J. C., Alzeni, T. y Taconnat, L. (2015). Ageing-related Stereotypes in Memory: when the Beliefs Come True. *Journal Memory*, 4, 659-668.
- Chastee, A., Bhattacharyya, S., Horhota, M., Tan, R. y Hasher, L. (2005). How Feelings of Stereotype Threat Influence Older Adults' Memory Performance. *Experimental Aging Research*, 30, 231-260.
- Desrichard, O. y Kopetz, C. (2005). A Threat in the Elder: the Impact of Task Instructions, Self-efficacy and Performance Expectations on Memory Performance in the Elderly. *European Journal of Social Psychology*, 35, 537-552.
- Dixon, R. A., Hultsch, D. F. y Herzog, C. (1988). The Metamemory in Adulthood (MIA) Questionnaire. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 671-688.
- Feldberg, C. y Stefani, D. (2007). Autoeficacia y rendimiento en memoria episódica verbal, y su influencia en la participación social de las personas de edad. *Anales de Psicología*, 23, 282-288.
- Gilewski, M. J., Zelinski, E. M., Schaie, K. W. y Thompson, L. W. (1983, agosto). *Abbreviating the Metamemory Questionnaire: Factor Structure and Norms for Adults*. Paper presentado en la 91ª convención anual de la American Psychological Association, Anaheim, California.
- Gontier J. (2004). Memoria de trabajo y envejecimiento. *Memoria de Trabajo y Envejecimiento*, XIII(2), 111-124.

- Gutiérrez-Martínez, F. y Ramos, M. (2014). La memoria operativa como capacidad predictora del rendimiento escolar. Estudio de adaptación de una medida de memoria operativa para niños y adolescentes. *Psicología Educativa*, 20, 1-10.
- Hastings, E. C. y West, R. L. (2011). Goal Orientation and Self-efficacy in Relation to Memory in Adulthood. *Neuropsychol Dey Cognition B Aging Neuropsychol Cognition*, 18, 471-93.
- Hertzog, C., Dixon, R. A. y Hultsch, D. F. (1990). Relationships Between Metamemory, Memory Predictions, and Memory Task Performance in Adults. *Psychology and Aging*, 5, 215-227.
- Hilgeman, M., Allen, S. y Carden, K. (2017). Identity Processes as a Predictor of Memory Beliefs in Older Adults. *Aging and Mental Health*, 2, 712-716.
- Kaufman A. (1983). Test Review: Wechsler, D. Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale, Revised. Nueva York: Psychological Corporation. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 3, 309-313.
- Lineweaver, T. T. y Hertzog, C. (1998). Adults' Efficacy and Control Beliefs Regarding Memory and Aging: Separating General from Personal Beliefs. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 5, 264-296.
- Manzanero, A. L. (2008). *Psicología del testimonio*. Madrid: Pirámide.
- Steele, C. M. y Aronson, J. (1995). Stereotype Threat and the Intellectual Test Performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 797-811.
- Stephan, Y., Caudroit, J. y Chalabaev, A. (2011). Subjective Health and Memory Self-efficacy as Mediators in the Relation Between Subjective Age and Life Satisfaction among Older Adults. *Aging and Mental Health*, 15, 428-436.
- Taberner, C. y De Elena, J. (2001). Cognición Social: Autoeficacia y Memoria. En Sanchez-Cabaco A. y Beato M. S. *Psicología de la memoria. Ámbitos aplicados*. Madrid: Alianza Editorial.
- Zelinski, E. M. y Glewski, M. J. (2004). A 10-item Rasch Modeled Memory Self-efficacy Scale. *Aging Mental Health*, 8, 293-306.

ANEXO I
 CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE LA CAPACIDAD
 DE MEMORIA (PCM)

Control de tiempo:

Hora inicio: _____

Hora término: _____

Tiempo total utilizado: _____

El cuestionario que a continuación le presentamos tiene como propósito medir su creencia personal con respecto a su capacidad de memoria. Los resultados obtenidos serán utilizados solo para la investigación.

Dimensión o ítem	Ninguno (0-2)	Pocos (3-4)	Algunos (5-6)	Casi todos (7-8)	Todos (9-12)	R
I. Listado de compras	(0-2)	(3-4)	(5-6)	(7-8)	(9-12)	
1. Si le mostrara un listado de compra de 12 artículos durante un breve momento, ¿cuántos sería capaz de recordar?						
II. Teléfono	(0-2)	(3-4)	(5-6)	(7-8)	9	
2. Si le dijeran un número telefónico, ¿cuántos dígitos cree usted que es capaz de recordar de dicho número?						
III. Dibujos	(0-2)	(3-4)	(5-6)	(7-8)	(9-12)	
3. Si alguien le mostrara dibujos de 12 objetos muy comunes, ¿cuántos de ellos cree que sería capaz de recordar?						
IV. Lugares	(0-2)	(3-4)	(5-6)	(7-8)	(9-10)	
4. Si usted colocase 10 cosas en diferentes lugares de una habitación, ¿usted podría recordar dónde ha puesto esas cosas?						
V. Palabras	(0-2)	(3-4)	(5-6)	(7-8)	(9-12)	
5. Si alguien le leyera un listado de 12 palabras dos veces, ¿cuántas de ellas podría recordar?						

VI. Mapas	(0-2)	(3-4)	(5-6)	(7-8)	(9-10)	
6. Si un amigo le diese una dirección de su nueva casa, y dicha dirección implicase seguir 10 puntos de referencia, ¿cuántos de ellos cree que es capaz de recordar?						
VII. Recados	(0-2)	(3-4)	(5-6)	(7-8)	(9-10)	
7. Si un amigo le pide hacer 10 recados, ¿cuántos sería capaz de recordar?						
VIII. Fotografías	(0-2)	(3-4)	(5-6)	(7-8)	(9-10)	
8. Si alguien le mostrase 10 fotos de personas y le dijese sus nombres una sola vez, ¿cuántos nombres sería capaz de recordar después de retiradas las imágenes?						

ANEXO 2

GUÍA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA DE MEMORIA OPERATIVA

Al iniciar las tareas de memoria operativa, recuerde consignar la hora de inicio. Una vez que termine con las pruebas, consigne también la hora de término. Finalmente calcule el tiempo total de ejecución restando ambos tiempos.

Hora de inicio:
Hora de término:
Tiempo total:

ÍTEM 1: LISTA DE COMPRAS

Los participantes reciben una lámina que contiene una lista con dos columnas. En ellas aparecen 12 ítems sobre alimentos y utensilios comunes (servilletas, lechuga, leche, escoba, harina, galletas, detergente, lentejas, plátanos, huevos, aceite y carne).

Instrucción

Muestre al sujeto la lámina con la lista de compras por 20 segundos. Luego retire la lista y pídale al sujeto que recuerde en voz alta el contenido de la lista. Finalmente, anote los resultados en el protocolo de respuestas.

Consigna

Se les mostrará durante un tiempo breve el listado de una compra. Debe intentar recordar el máximo de artículos de dicho listado. Una vez que el tiempo acabe se le retirará la lista y quiero que usted repita la mayor cantidad de artículos que recuerde independiente del orden original.

ÍTEM 2: NÚMERO TELEFÓNICO

Se establece un número telefónico ficticio formado por 12 dígitos (ejemplo: 569271328443).

Instrucción:

Lea cada dígito del número telefónico, a una frecuencia de un dígito por segundo, bajando la inflexión de la voz en el último número. Luego anote el número de dígitos que la persona logró recordar en el espacio indicado en el protocolo de respuestas.

Consigna

Ahora le diré un número de teléfono. Cuando yo termine quiero que Ud. lo repita en el mismo orden, lo más fielmente posible.

ÍTEM 3: DIBUJOS

Se construyen dos láminas:

Lámina 1: formada por 12 dibujos a color de objetos comunes (sofá, martillo, reloj, paraguas, cuchara, lápiz, televisor, ampolleta, balón, tijeras, silla y cepillo - de - dientes).

Lámina 2: formada por 16 objetos comunes numerados (los 12 anteriores y cuatro distractores: sofá, reloj, teléfono, cuchara, martillo, cepillo - de - dientes, paraguas, televisor, reloj de pared, lámpara, balón, tijeras, ampolleta, lápiz, silla y paraguas).

Instrucción 1

Lea la consigna 1 y luego presente la lámina con los objetos sin numerar de una sola vez por 20 segundos.

Consigna 1

Se le mostrarán 12 objetos muy comunes. Luego estos se retirarán y le pediré que recuerde los objetos presentados.

Instrucción 2

Lea la consigna 2. Presente la segunda lámina con 16 objetos numerados. Pídale a la persona que indique cuáles de ellos estaban y cuáles no en la presentación anterior. Registre los resultados en el protocolo de respuestas utilizando para ello los números de referencia de cada objeto.

Consigna 2

Se le mostrarán otros 16 objetos muy comunes. Debe indicar en la lámina cuáles de ellos estaban entre los objetos mostrados anteriormente y cuáles no.

ÍTEM 4: LUGARES

Se construyen dos láminas:

Lámina 1: consiste en el dibujo de un dormitorio en perspectiva frontal en el que aparecen varios elementos (ejemplo: una cama con respaldo, edredón y almohada cuya base cuenta con tres cajones; una silla y una mesa-escritorio que cuenta con tres baldas y un cajón, sobre el cual hay una pantalla de computador y un teclado; una mesita pequeña sobre la que hay un televisor; una estantería pequeña con cuatro baldas sobre la cual hay una lámpara; un cuadro; un interruptor; una ventana con cortina; una papelería; una alfombra; y una lámpara de pie.

Lámina 2: consiste en el mismo dibujo de la lámina anterior, pero en el que faltan algunos elementos (ver listado de elementos faltantes).

Instrucción 1

Lea la consigna y muestre la lámina de la habitación por 20 segundos.

Consigna 1

Se le mostrará una imagen de una habitación. Observe atentamente los objetos de la habitación, luego se retirará la imagen y quiero que recuerde los lugares donde estaban estos objetos.

Instrucción 2

Muestre la lámina de la habitación con objetos faltantes. Lea la consigna. Pregunte dónde estaba cada uno de los objetos que faltan, uno por uno, siguiendo la lista de chequeo en el protocolo de respuestas. A medida que la persona responda, registre los resultados en el protocolo de respuestas.

Consigna 2

En ésta lámina, varios objetos de la habitación han desaparecido. Señale en qué lugar se encontraban en la lámina anterior a medida que yo se los pregunte.

ÍTEM 5: LISTA DE PALABRAS

Instrucción general

Lea la lista de palabras que se encuentra en el protocolo de respuestas, una a una, con una frecuencia de una palabra por segundo hasta completar la lista. Luego léala nuevamente. Pida a la persona que repita las palabras y anote los resultados en el protocolo de respuestas.

Consigna

Ahora le leeré un listado de 12 palabras dos veces. Cuando haya terminado, le pediré que las repita.

ÍTEM 6: MAPA

Construya una lámina con un dibujo sencillo de un mapa. Debe contener un dibujo por cada lugar mencionado en *Historia del mapa*.

Instrucción 1

Presente la lámina del mapa por 20 segundos y cuente la siguiente historia, mostrando con el dedo la ruta y los distintos hitos.

Consigna 1

A continuación se le presentará un mapa. Se le indicará verbalmente una ruta con 10 puntos de referencia. En base a la historia, memorice la mayor cantidad de ellos, su nombre y ubicación.

Historia del mapa

Juan fue invitado a la casa de un amigo. Para poder llegar debe seguir un mapa con puntos de referencia:

- Sale de su casa
- Camina junto a la plaza
- Pasa por el lado del supermercado
- Camina frente al estadio
- Cruza el puente
- Dobla frente a la junta de vecinos
- Pasa frente al consultorio
- Bordea la panadería
- Dobla al llegar a la iglesia
- Llega a la casa de su amigo

Instrucción 2

Una vez terminada la historia, retire la lámina del mapa. Presente una hoja en blanco y pida a la persona que dibuje e indique claramente los hitos o lugares de referencia. Registre los resultados en el protocolo de respuesta.

Consigna 2

Ahora le voy a pesar una hoja blanca. Quiero que dibuje el mapa presentado, lo más parecido que pueda, señalando claramente cada punto de referencia que recuerde. No es importante la calidad del dibujo.

ÍTEM 7: RECADOS

Se construye una lámina con 10 recados (1- La comida está en el horno; 2- Jueves reunión de los amigos; 3- Corta el gas al salir; 4- Retira los medicamentos en el consultorio; 5- El pago del agua vence el 20; 6- Comprar pan; 7- En un mes más tienes control con la enfermera; 8- Cuelga la ropa; 9- Déjale comida al perro; y 10- En septiembre tienes hora con el oculista).

Instrucción

Lea la consigna. Luego muestre la lámina con los 10 recados por 20 segundos. Retire la lámina y pida a la persona que le repita la mayor cantidad de recados que recuerde. Registre los resultados en el protocolo de respuesta. Para la puntuación, considere que la reproducción del recado puede no ser exacta, pero debe conservar el contenido del recado original.

Consigna

Ahora le mostraré 10 recados. Memorice la mayor cantidad de ellos. Luego, quiero que repita los recados que recuerde.

ÍTEM 8: FOTOGRAFÍAS

Se construyen dos láminas:

Lámina 1: formada por 10 fotografías de personas de ambos sexos y de diferentes edades acompañadas de sus nombres respectivos, que se colocan en la parte inferior de cada imagen.

Lámina 2: formada únicamente por las 10 fotografías anteriores, pero sin los nombres.

Instrucción 1

Lea la consigna 1. Presente la lámina con las 10 fotografías de personas con sus nombres respectivos por 20 segundos. Luego retire la lámina.

Consigna 1

A continuación se le mostrarán 10 fotografías de personas con sus nombres. Memorice la mayor cantidad de ellos con sus respectivos nombres.

Instrucción 2

Presente la lámina con las 10 fotografías de personas sin sus nombres respectivos. Pida a la persona que le diga los nombres que recuerde de las personas, señalándolos con el dedo. Registre los resultados en el protocolo de respuestas utilizando los números impresos al reverso de la lámina y de cada fotografía como criterio de referencia para compararlos con los nombres en el protocolo.

Consigna 2

Ahora, en esta lámina, indique el nombre de cada persona lo más fielmente posible.

ANEXO 3 PRUEBAS DE MEMORIA OPERATIVA

PROTOCOLO DE RESPUESTAS

En la siguiente hoja de respuestas complete con la información recabada a medida que aplique cada prueba.

Hora de inicio:
Hora de término:
Tiempo total:

ÍTEM I: LISTA DE COMPRAS

Instrucción: A continuación marque con una X las palabras que la persona recordó durante el ejercicio.					
Objeto	Sí	No	Objeto	Sí	No
Servilleta			Detergente		
Lechuga			Lentejas		
Leche			Plátanos		
Escoba			Huevos		
Harina			Aceite		
Galletas			Carne		
Puntuación: Cuente el número de palabras que recordó y anótelos en la categoría correspondiente.					
Ninguno o muy pocos (0-2)	Pocos (3-4)	Algunos (5-6)	Muchos (7-8)	Todos o casi todos (9-12)	

ÍTEM 2: NÚMERO TELEFÓNICO

Instrucción: Anote el número que la persona repitió en el espacio siguiente.				
Puntuación: Cuente el número de dígitos correctos de izquierda a derecha hasta el primer error y anótelos en la categoría que corresponda a continuación.				
Ninguno o muy pocos (0-2)	Pocos (3-4)	Algunos (5-6)	Muchos (7-8)	Todos o casi todos (9-12)

ÍTEM 3: DIBUJOS

Instrucción 1: A continuación marque con SÍ o NO según la respuesta del participante para cada objeto de la lámina según su número.					
Objeto	Sí	No	Objeto	Sí	No
1			9		
2			10		
3			11		
4			12		
5			13		
6			14		
7			15		
8			16		
Puntuación: Cuente todas las respuestas «Sí» de aquellos dibujos que recordó presentes en la lámina original. Estos tienen un asterisco junto a su número identificador. Anote la suma en la categoría que corresponda a continuación.					
Ninguno o muy pocos (0-2)	Pocos (3-4)	Algunos (5-6)	Muchos (7-8)	Todos o casi todos (9-12)	

ÍTEM 4: LUGARES

Instrucción 1: A continuación, marque con SÍ o NO si la persona recordó o no el lugar en el que el objeto estaba en la habitación a medida que usted le preguntó. Utilice la lámina original de la habitación como criterio de referencia procurando que el participante no la observe de manera accidental.					
Objeto	Sí	No	Objeto	Sí	No
Lámpara			Almohada		
Basurero			Ventana		
Televisión			Cuadros		
Computador			Cajón de la cama		
Alfombra			Interruptor		
Puntuación: Sume el número de aciertos y anote el número en la categoría que corresponda a continuación.					
Ninguno o muy pocos (0-2)	Pocos (3-4)	Algunos (5-6)	Muchos (7-8)	Todos o casi todos (9-12)	

ÍTEM 5: LISTA DE PALABRAS

Instrucción: A continuación marque con una X las palabras que la persona recordó durante el ejercicio a medida que las diga, sin importar el orden.					
Palabra	Sí	No	Palabra	Sí	No
Silla			Martillo		
Vecino			Televisión		
Calle			Planta		
Perro			Fuego		
Niño			Trapo		
Llaves			Vaso		
Puntuación: Cuente el número de palabras que recordó y anótelos en la categoría correspondiente.					
Ninguno o muy pocos (0-2)	Pocos (3-4)	Algunos (5-6)	Muchos (7-8)	Todos o casi todos (9-12)	

ÍTEM 6: MAPA

Instrucción: Revise el dibujo del mapa sin considerar la calidad de este, solo la secuencia y los hitos recordados.				
Puntuación: Asigne un punto a cada hito presente en el dibujo en su ubicación original. NO evalúe calidad del dibujo ni si los hitos están en la misma secuencia original. Anote el total en las categorías siguientes.				
Ninguno o muy pocos (0-2)	Pocos (3-4)	Algunos (5-6)	Muchos (7-8)	Todos o casi todos (9-10)

ÍTEM 7: RECADOS

Instrucción: A continuación, marque con una X los recados que la persona recordó durante el ejercicio. Puede que la reproducción no sea exacta, pero debe conservar su sentido original independientemente de la expresión verbal.				
Recado	Sí	No		
La comida está en el horno.				
Jueves reunión de los amigos.				
Corta el gas al salir.				
Retira los medicamentos en el consultorio.				
El pago del agua vence el 20.				
Compra pan.				
En un mes más tienes control con la enfermera.				
Cuelga la ropa.				
Déjale comida al perro.				
En septiembre tienes hora con el oculista.				
Puntuación: Anote la cantidad de recados recordados que conservan el sentido original, independientemente de la expresión verbal.				
Ninguno o muy pocos (0-2)	Pocos (3-4)	Algunos (5-6)	Muchos (7-8)	Todos o casi todos (9-10)

ÍTEM 8: FOTOGRAFÍAS

Instrucción: A continuación, marque con una X si la persona pudo o no recordar el nombre de cada fotografía. Cada fotografía de la lámina tiene un número impreso en el reverso. Utilice ese número para comparar el nombre que recuerda la persona y el nombre original de las fotografías escrito a continuación:					
Fotografías	Sí	No	Fotografías	Sí	No
1. Valentina			6. David		
2. Luis			7. Lorena		
3. Alonso			8. Cecilia		
4. Roberto			9. Alfredo		
5. Érika			10. Manuela		
Puntuación: Cuente el número de aciertos y anótelos en la categoría que corresponda a continuación.					
Ninguno o muy pocos (0-2)	Pocos (3-4)	Algunos (5-6)	Muchos (7-8)	Todos o casi todos (9-10)	

CAPÍTULO 8

ENVEJECIMIENTO Y APRENDIZAJE: UN APORTE DESDE EL MODELO ANIMAL

ROCÍO ANGULO
ALFREDO ADRIASOLA-CARRASCO
VANIA ESTADES
VALESKA RAMIREZ
FABIÁN CABEZAS-OPAZO
Universidad Autónoma de Chile

INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de la población y el notable aumento de la incidencia de enfermedades neurodegenerativas asociadas a la edad están haciendo del proceso de envejecimiento normal y patológico uno de los tópicos de investigación prioritarios para muchas disciplinas (p.e., Aarli, Dua, Janca y Muscetta, 2007; Wyss-Coray, 2016). Lo anterior no resulta extraño si se tiene en cuenta el enorme impacto social y económico que el envejecimiento tiene para cualquier país, pero especialmente para los países desarrollados o en vías de desarrollo, en los que la población se encuentra más envejecida (para una revisión del estado de la cuestión en Chile véase, por ejemplo, la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional del Ministerio de Desarrollo Social, CASEN, 2011). Claramente, el proceso de envejecimiento se relaciona con el deterioro

físico y psicológico tanto en condiciones normales como patológicas y, por tanto, uno de los principales objetivos de la investigación en las distintas ramas de la salud es paliar y enlentecer, en lo posible, tal deterioro.

Las comúnmente conocidas como funciones cognitivas –a saber, la memoria, el aprendizaje, la atención, la percepción, la motivación, el pensamiento y el lenguaje– no escapan del decaimiento con la edad, siendo quizás la memoria el proceso psicológico básico que más atención ha recibido hasta la fecha. Debido a todos los efectos que los déficits de memoria tienen en la vida cotidiana, los psicólogos han centrado sus esfuerzos en desarrollar y aplicar programas de intervención para el entrenamiento de la memoria en el adulto mayor, siendo muchos y variados los programas que ofrece el mercado. En la actualidad, distintas empresas ofertan programas informáticos y aplicaciones para tablets y celulares dirigidas precisamente a mejorar las habilidades de memoria del adulto mayor; también, desde el ámbito social, diferentes organizaciones ofrecen programas donde los adultos mayores trabajan sus capacidades de memoria en grupo, mejorándose así otros aspectos importantes, como las relaciones interpersonales.

El interés por estudiar los efectos del envejecimiento en otros procesos básicos como la percepción o el aprendizaje no ha sido tan importante como el recibido por el proceso de memoria. Este punto resulta especialmente sorprendente si se tiene en cuenta que los distintos procesos básicos interactúan indisolublemente en la cognición, y algunos de los procedimientos que más frutos están dando en las intervenciones para la mejora de la memoria durante el envejecimiento normal y patológico provienen precisamente de la investigación en aprendizaje y, en concreto, en aprendizaje asociativo desde los modelos animales. Este es el caso, por ejemplo, de los efectos del entrenamiento de discriminación con resultados diferenciales (DOP, del inglés, Differential Outcomes Procedure. Véase, por ejemplo, Trapold, 1970; Goeters, Blakely y Poling, 1992). El entrenamiento de discriminación es una forma de aprendizaje asociativo bien descrita en la literatura, tanto desde el modelo animal como humano (p.e., Brown y Rebbin, 1970; Channell y Hall, 1981), que se ha mostrado útil en la mejora de algo tan importante como el reconocimiento de caras en adultos mayores en general (véase, por

ejemplo, Plaza, Estévez, López-Crespo y Fuentes, 2011) e incluso en adultos mayores con patologías severas, como la enfermedad de Alzheimer (p.e., Plaza, López-Crespo, Antúnez, Fuentes y Estévez, 2012). En base a estos resultados se ha sugerido que el aprendizaje asociativo podría encontrarse relativamente bien conservado durante el envejecimiento normal y patológico y que podría por tanto utilizarse para mejorar otros procesos como la memoria. Ahora bien, aunque ciertamente el número de estudios dirigidos directamente a comprobar el efecto del envejecimiento en el aprendizaje asociativo no es muy elevado, algunos realizados tanto en humanos como en otros animales parecen sugerir que también las distintas formas de aprendizaje asociativo podrían deteriorarse con la edad (p.e., Gakkel y Zinina, 1953; Braun y Geiselhart, 1959; Badham, Poirier, Gandhi, Hadjivassiliou y Maylor, 2016). Claramente, la falta de estudios específicos y la discrepancia en la interpretación de algunos de los hallazgos aconsejan aumentar la investigación al respecto (p.e. Angulo, Arriola y Alonso, 2017).

Uno de los procedimientos más ampliamente utilizados para el estudio del aprendizaje asociativo, y en concreto, del condicionamiento clásico tanto en humanos como en otros animales durante el envejecimiento, es el condicionamiento parpebral (p.e., Brown et al., 2010; Delgado-García y Gruart, 2002; Woodruff y Steinmetz, 2000; Woodruff-Pack et al., 2007). De forma muy interesante, con este procedimiento se ha encontrado, por ejemplo, que el detrimento asociado a la edad en el condicionamiento varía en función de si se utilizan procedimientos de retraso o de huella (p.e., Engle y Barmes, 2012), determinando además un papel más importante del hipocampo en los procedimientos de huella que en los de demora. En los procedimientos de demora, el estímulo incondicionado (EI) se presenta después de la aparición del estímulo condicionado (EC), pero antes de que este desaparezca. Sin embargo, en los procedimientos de huella, el EI aparece una vez se presenta y finaliza el EC. A la luz de estas investigaciones, el efecto del intervalo entre la presentación del EC y el EI podría ser especialmente relevante para los animales envejecidos, siendo el papel del hipocampo fundamental a este respecto.

Probablemente, el procedimiento de condicionamiento clásico que utiliza el mayor intervalo de huella entre el EC y el EI es la

aversión condicionada al sabor (García, Kimeldorf y Koelling, 1955; García y Koellin, 1966; Welzl, D'Adamo y Lipp, 2001; Nakajima, 2014). En las preparaciones de aversión condicionada al sabor (ACS) se presenta un sabor como EC seguido de una inyección intraperitoneal de cloruro de litio capaz de inducir un malestar gastrointestinal en el animal. A consecuencia de este malestar, la rata rehúsa tomar no solo el sabor relacionado con este, sino también otros que se le puedan parecer. La particularidad que ofrece este procedimiento respecto a otros de condicionamiento clásico es que con él se ha encontrado evidencia de aversión condicionada incluso con intervalos de horas entre el EC y el EI, por lo que se podría convertir en un procedimiento óptimo para estudiar los efectos de envejecimiento en condicionamiento clásico. A pesar de lo anterior, los trabajos sobre este tópico en la literatura son aún muy escasos o prácticamente inexistentes. Si bien algunos estudios se han interesado por la ontogenia de la ACS en investigaciones con crías (p.e., Alonso y Chotro, 2004; Aranda-Fernández, Gaztañaga, Arias y Chotro, 2016; Chotro y Alonso, 1999, 2001, 2003, 2010; Gaztañaga, Aranda-Fernández, Díaz-Cenzano y Chotro, 2015; Saalfield y Spear, 2016), este punto no se ha abordado aún con la extensión que merece en ratas envejecidas.

Atendiendo a esta necesidad, uno de los objetivos del Grupo de Aprendizaje y Neuropsicología de la Universidad Autónoma de Chile fue estudiar el efecto del envejecimiento y el sexo en el condicionamiento y generalización de la aversión al sabor. Se condujo por tanto un primer experimento en condiciones controladas de laboratorio con ratas machos y hembras, jóvenes y envejecidas. Tras la preexposición repetida a un compuesto de sabores (AX o BX), todas las ratas recibieron un ensayo de condicionamiento con el compuesto AX, y pruebas de consumo libre con el sabor condicionado, AX, y el otro similar, BX. Si el procedimiento de ACS fuera sensible al efecto de envejecimiento en el condicionamiento clásico, deberían observarse diferencias en el nivel de condicionamiento del compuesto AX entre las ratas jóvenes y envejecidas independientemente del sexo, y quizás también un efecto del sexo. Algunos estudios sugieren que tanto el condicionamiento como el efecto de inhibición latente podrían aparecer diferencialmente en machos y hembras (p.e., Angulo et al. [en preparación]; Weiner, Schnabel, Lubow y Feldon, 1985; van Hest, van Haaren y van de Poll, 1987; Pryce, Bettschen, Nanz-Bahr y Feldon,

2003), por lo que encontrar una interacción entre la edad y el sexo podría resultar especialmente importante para entender el proceso de envejecimiento. Por otro lado, si la generalización de una respuesta condicionada, en este caso, la aversión condicionada, pudiera verse afectada por el envejecimiento y el sexo, deberían observarse también diferencias en el consumo de BX, que nunca fue condicionado, aunque fue relativamente similar al EC AX. Encontrar un efecto de la edad, de sexo o de ambos factores en la generalización de una RC podría tener también importantes implicaciones para las terapias cognitivo-conductuales que utilizan frecuentemente protocolos de aprendizaje asociativo.

DESARROLLO

Método

Sujetos, estímulos y aparatos

Los sujetos fueron 64 ratas Sprague Dawley, 32 machos y 32 hembras, con un peso medio al comienzo del experimento de 299-493 gramos para los machos y hembras jóvenes, respectivamente (entre 45-50 días), y 331-416 para los machos y hembras envejecidas, respectivamente (edad \geq 18 meses). Los animales se alojaron de forma individual en jaulas con alimento y agua *ad libitum* hasta el comienzo del experimento en una habitación con temperatura (24°C) y humedad (50%) constantes, iluminada artificialmente con un ciclo de luz/oscuridad de 12 horas, con el periodo de luz comenzando a las 8:00 am. Todas las sesiones se condujeron con los animales en sus jaulas hogar.

Los estímulos utilizados fueron dos compuestos de sabores, AX y BX, diluidos en agua pura. El elemento X fue siempre una solución de jugo de limón puro (2%). Los elementos A y B fueron soluciones de sal (1%) y azúcar (5%). Para la mitad de los sujetos el elemento A fue el sabor dulce y B el salado, y lo contrario para la otra mitad. Se utilizó como estímulo incondicionado (EI) una inyección intraperitoneal de cloruro de litio (CLi) inyectado a razón 0,15 M por 10 ml/kg.

Procedimiento

El protocolo experimental fue aprobado por el comité de bioética de la Universidad Autónoma de Chile. El experimento se compuso de ocho grupos experimentales ($n=8$): MV-AX, MV-BX, HV-AX, HV-BX, MJ-AX, MJ-BX, HJ-AX y HJ-BX, y cuatro fases experimentales: privación, preexposición, condicionamiento y prueba. Los grupos difirieron en sexo (machos, -M; y hembras, -H), en edad (envejecidos, -E; y jóvenes, -J) y en el estímulo presentado durante la fase de preexposición (AX o BX). La fase de privación comenzó con la eliminación de las botellas de agua de las jaulas hogar por la noche. Durante los siguientes cuatro días, el acceso al agua estuvo restringido a dos sesiones diarias de 30 minutos, una por la mañana (a las 11:00 am) y otra por la tarde (a las 5:00 pm). Estos periodos de consumo se mantuvieron constantes durante las etapas posteriores del experimento. Durante la fase de preexposición todos los participantes recibieron ocho exposiciones a 10 ml de uno de los compuestos de sabores en las sesiones de bebida de la mañana y la tarde. El compuesto presentado fue AX para la mitad de sujetos (grupos AX) y BX para la otra mitad (grupos BX). Concluida la fase de preexposición, todos los sujetos recibieron un solo ensayo de condicionamiento con el compuesto AX en la sesión de la mañana y tuvieron libre acceso a agua en la sesión de la tarde y las dos sesiones del día siguiente. Tras este día de recuperación, todos los sujetos recibieron una prueba de consumo libre con el compuesto AX y otro con el compuesto BX en días consecutivos durante la sesión de la mañana y agua por la tarde. A la mitad de los sujetos de cada grupo se les presentó primero el compuesto AX y después BX, y lo contrario para la otra mitad.

La cantidad de líquido consumido se calculó pesando los tubos antes y después de cada sesión de bebida, sometiéndose después estos datos a un análisis de varianza (ANOVA), con un criterio de significación estadística de $p < .05$.

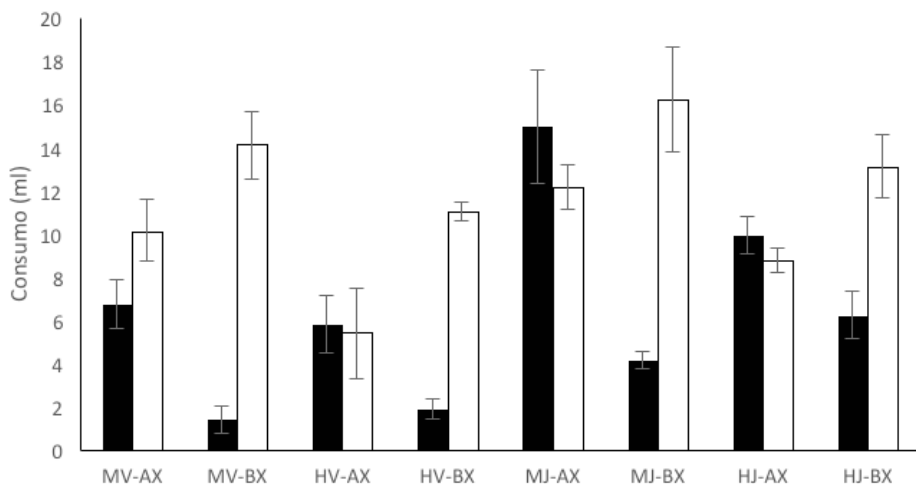
Resultados

Durante la fase de preexposición las ratas consumieron prácticamente la totalidad de los 10 ml de solución disponible en cada ensayo. El consumo medio de la solución AX durante el ensayo de

condicionamiento fue de 9.5, 8.9, 9.1, 8.4, 8.9, 8.6, 9.9 y 9.4 ml, para los grupos MV-AX, MV-BX, HV-AX, HV-BX, HJ-AX, HJ-BX, MJ-AX y MJ-BX, respectivamente. Un ANOVA 2 (sexo) x 2 (edad) x 2 (estímulo preexpuesto) conducido con los consumos de los sujetos encontró que ninguno de estos factores resultó estadísticamente significativo, confirmando consumos similares para todos los grupos, $F_s \leq 2.30$.

La Figura 1 muestra los consumos del estímulo condicionado AX, y del otro estímulo BX, durante la prueba de consumo libre. Salvo en los grupos que recibieron la preexposición a AX, en general el consumo de AX fue menor que el de BX. Además, después de la preexposición a AX, en general el consumo de este estímulo, pero no de BX, fue mayor en las ratas viejas que en las jóvenes, y mayor en las hembras que en los machos jóvenes, aunque esta diferencia no se encontró en los animales más viejos.

FIGURA 1. CONSUMO DE LAS SOLUCIONES AX Y BX DE LOS OCHO GRUPOS EN LA FASE DE PRUEBA



Como en estudios previos, un ANOVA 2 (estímulo: AX y BX) x 2 (tratamiento: preexposición a AX o BX) realizado con los consumos de los sujetos confirmó un efecto significativo del factor estímulo, $F(1, 62) = 54.43$, $p \leq .001$, y de su interacción con el factor tratamiento, $F(1, 62) = 60.35$, $p \leq .001$, pero no del factor

tratamiento, $F(1, 62) = 0.626$, $p = .432$. El análisis posterior de la interacción reveló un efecto de tratamiento tanto en el consumo de AX, $F(1, 63) = 28.67$, $p \leq .001$, como de BX, $F(1, 63) = 15.33$, $p \leq .001$, siendo que el consumo de BX fue mayor que el de AX cuando se había preexpuesto el estímulo BX, $F(1, 31) = 124.84$, $p \leq .001$, pero no cuando el estímulo preexpuesto había sido AX, es decir, el estímulo condicionado, $F(1, 31) = 0.071$, $p = .071$. En aras de una mayor simplicidad en la exposición de los resultados, el efecto de las variables edad y sexo se analizó para los consumos de AX y BX por separado, encontrándose así un efecto significativo de la edad tanto en el consumo de AX, $F(1, 64) = 16.23$, $p \leq .001$, como de BX, $F(1, 64) = 4.02$, $p = .049$. Con respecto a la variable sexo, esta tuvo un efecto significativo en el consumo de BX, $F(1, 64) = 9.13$, $p = .004$, pero no de AX, $F(1, 64) = 0.504$, $p = .480$. Los factores sexo y edad no interaccionaron en ningún caso, $F_s \leq 0.26$.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Dada la escasez de estudios dirigidos a comprobar si algunos efectos básicos de aprendizaje, como el condicionamiento clásico, podrían verse afectados por el proceso de envejecimiento, el objetivo principal de este estudio fue comprobar este punto mediante un procedimiento de aversión condicionada al sabor. En concreto, se valoró el efecto de la edad en el condicionamiento y la generalización de la aversión condicionada al sabor con interesantes resultados, aunque la investigación futura deberá replicarlos profundizando en algunas cuestiones e incrementado el número de sujetos.

El presente estudio encontró que, en general, el consumo del estímulo AX tras su condicionamiento fue menor en los animales viejos que en los jóvenes, independientemente del sexo. Este efecto, cuando el estímulo AX fue novedoso, estaría indicando una posible facilitación del condicionamiento en los animales viejos. Encontrar este mismo resultado cuando los animales habían ya tenido experiencia con el EC, además de ser consistente con la idea de una facilitación del condicionamiento que se acaba de describir, podría sugerir también una atenuación de la inhibición latente.

Claramente, ambos resultados resultan interesantes y hasta cierto punto desconcertantes. En base a la literatura, uno esperaría que

el condicionamiento se viera retrasado para los animales envejecidos si es que el envejecimiento resultará en un empobrecimiento del aprendizaje asociativo. Si bien los resultados reportados más arriba sugieren justamente lo contrario, para su correcta interpretación quizás habría que descartar primero la influencia de otros factores, como, por ejemplo, los perceptivos o emocionales. Por ejemplo, una mayor sensibilidad al dolor o al malestar en los animales envejecidos podría llevar a un mayor condicionamiento, aunque su capacidad de aprendizaje fuera similar al de las ratas más jóvenes. Por otro lado, una posible atenuación de la inhibición latente para las ratas envejecidas podría quizás relacionarse con un déficit en memoria. En la medida en que el efecto de inhibición latente deriva de la previa experiencia con el estímulo que se condiciona después, y por tanto, del recuerdo de este estímulo, un déficit de memoria llevaría a la atenuación del efecto. De nuevo, antes de aceptar esta interpretación debe considerarse que este resultado sería también esperable si, en general, las ratas envejecidas mostraran una mayor sensibilidad al condicionamiento. En cuanto al proceso de generalización se refiere, aunque el estudio encontró también diferencias significativas en el consumo BX, menor en las ratas envejecidas, antes de aceptar este resultado como evidencia de una mayor generalización en estas debe considerarse el hecho de que un mayor nivel de condicionamiento de AX en las ratas envejecidas llevaría, evidentemente, a que fuera mayor la aversión generalizada. Finalmente, con respecto a la variable sexo, el hecho de haber encontrado una diferencia en el consumo de BX, a favor de los machos tanto en los animales viejos como en los jóvenes, podría estar indicando una menor generalización en machos que en hembras, la que, en cualquier caso, no estaría ligada a la edad.

En conjunto, los hallazgos descritos sugieren un efecto del envejecimiento en la adquisición y generalización de la ACS. Claramente, la investigación futura deberá dilucidar a qué factores específicos deberían ser atribuidas las diferencias observadas entre los animales jóvenes y los envejecidos. Ahora bien, este primer trabajo preliminar tendría el mérito de abrir lo que podría ser una fructífera nueva línea de investigación.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido financiada Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico de Chile (proyecto FONDECYT 11140017), concedido a Rocío Angulo.

REFERENCIAS

- Aarli, J. A., Dua, T., Janca A. y Muscetta, A. (2007). Neurological Disorders Public Health Challenges. Report of the World Health Organization. *World Health Organization*. Chapter 3, pp. 41-55.
- Alonso, G. y Chotro, M. G. (2004). Desarrollo ontogenético y aprendizaje. En R. Pellón y A. Huidobro (eds.). *Inteligencia y aprendizaje* (pp. 231-258). Madrid: Ariel.
- Angulo, R., Arriola, N. y Alonso, G. (2017). Stimulus Similarity Decreases Spontaneous Object Recognition Regardless of the Retention Interval in Rats. *Psicológica*, 38(2).
- Aranda-Fernandez, P. E., Gaztañaga, M., Arias, C. y Chotro, M. G. (2016). Conditioned Inhibition in Preweanling Rats. *Developmental Psychobiology*, 58, 98-106.
- Badham, S. P., Poirier, M., Gandhi, N., Hadjivassiliou, A. y Maylor, E. A. (2016). Aging and Memory as Discrimination: Influences of Encoding Specificity, Cue Overload, and Prior Knowledge. *Psychology and Aging*, 31, 758-770.
- Braun, H. W. y Geiselman, R. (1959). Age Differences in the Acquisition and Extinction of the Conditioned Eyelid Response. *Journal of Experimental Psychology*, 57, 386-388.
- Brown, B. B. y Rebbin, T. J. (1970). Simultaneous vs. Sequential Discrimination of Makow-generated Stimuli. *Perception and Psychophysics*, 8, 353-357.
- Brown, K. L., Agelan, A. y Woodruff-Pak, D. S. (2010). Unimpaired Trace Classical Eyeblink Conditioning in Purkinje Cell Degeneration (PCD) Mutant Mice. *Neurobiol. Learn. Mem.*, 93, 303-311.
- Channell, S. y Hall, S. (1981). Facilitation and Retardation of Discrimination Learning After Exposure to the Stimuli. *Journal of Experimental Psychology*, 7, 437-446.
- Chotro, M. G. y Alonso, G. (1999). Effects of Stimulus Preexposure on the Generalization of Conditioned Taste Aversions in Infant Rats. *Developmental Psychobiology*, 35, 448-462.

- Chotro, M. G. y Alonso, G. (2001). Some Parameters of Stimulus Preexposure that Affect Conditioning and Generalization of Taste Aversions in Infant Rats. *International Journal of Comparative Psychology*, 14(2), 25-43.
- Chotro, M. G. y Alonso, G. (2003). Stimulus Preexposure Reduces Generalization of Conditioned Taste Aversion Between Alcohol and Non-alcohol Flavors in Infant Rats. *Behavioral Neuroscience*, 117(1), 113-122.
- Delgado-García, J. M. y Gruart, A. (2002). The Role of Interpositus Nucleus in Eyelid Conditioned Responses. *Cerebellum*, 1, 289-308.
- Engle, J. R. y Barnes, C. A. (2012). Characterizing Cognitive Aging of Associative Memory in Animal Models. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 4, 10.
- Gakkel, L. B. y Zinina, N. V. (1953). Modifications on the Higher Nervous Function in Men Over 60 Years of Age. *Fiziologicheskii Zhurnal SSSR Imeni I. M. Sechenova*, 39, 533-539.
- Garcia, J., Kimeldorf, D. J. y Koelling, R. A. (1955). Conditioned Aversion to Saccharin Resulting from Exposure to Gamma Radiation. *Science*, 122, 157-158.
- Garcia, J. y Koelling, R. A. (1966). Relation of Cue to Consequence in Avoidance Learning. *Psychonomic Science*, 4, 123-124.
- Gaztañaga, M., Aranda-Fernández, P. E., Díaz-Cenzano, E. y Chotro, M. G. (2015). Latent Inhibition and Facilitation of Conditioned Taste Aversion in Preweanling Rats. *Developmental Psychobiology*, 57, 96-104.
- Goeters, S., Blakely, E. y Poling, A. (1992). The Differential Outcomes Effect. *The Psychological Record*, 42, 389-411.
- Ministerio de Desarrollo Social (2011). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. CASEN 2011*. Santiago: Editorial.
- Nakajima, S. (2014). Running-based Taste Aversion Learning in Five Strains of Rats. *Physiology & Behavior*, 123, 200-13.
- Plaza, V., Estévez, A. F., López-Crespo, G., Fuentes, L. J. (2011). Enhancing Recognition Memory in Adults through Differential Outcomes. *Acta Psychologica*, 136, 129-136.
- Plaza, V., López-Crespo, G., Antúnez, C. y Fuentes, L. J., Estévez, A. F. (2012). Improving Delayed Face Recognition in Alzheimer's Disease by Differential Outcomes. *Neuropsychology*, 26, 483.
- Pryce, C. R., Bettschen, D., Nanz-Bahr, N. I. y Feldon, J. (2003). Comparison of the Effects of Early Handling and Early Deprivation on Conditioned Stimulus, Context, and Spatial Learning and Memory in Adult Rats. *Behavioral Neuroscience*, 117, 883-93.
- Saalfield, J. y Spear, L. (2016). The Ontogeny of Ethanol Aversion. *Physiology & Behavior*, 156, 164-170.

- Trapold, M. A. (1970). Are Expectancies Based upon Different Positive Reinforcing Events Discriminably Different? *Learning and Motivation*, 1, 129-140.
- van Hest, A., van Haaren, F. y van de Poll, N. E. (1987). Behavioral Differences Between Male and Female Wistar Rats in Food Rewarded Leverholding. *Physiology & Behavior*, 39, 263-267.
- Weiner, I., Schnabel, I., Lubow, R. E. y Feldon, J. (1985). The Effects of Early Handling on Latent Inhibition in Male and Female Rats. *Developmental Psychobiology*, 18, 291-7.
- Welzl, H., D'Adamo, P. y Lipp, H. P. (2001). Conditioned Taste Aversion as a Learning and Memory Paradigm. *Behavioral Brain Research*, 125, 205-213.
- Woodruff, D. S. y Steinmetz J. E. (2000). Past, Present, and Future of Human Eyeblink Classical Conditioning. En Woodruff D. S. y Steinmetz J. E. (eds.). *Eyeblink classical conditioning: Volume 1. Applications in Humans* (pp. 1-18). Boston: Kluwer Academi.
- Woodruff-Pak, D. S., Seta, S. E., Roker, L. A. y Lehr, M. A. (2007). Effects of Paradigm and Inter-Stimulus Interval on Age Differences in Eyeblink Classical Conditioning in Rabbits. *Learning and Memory*, 14.
- Wyss-Coray, T. (2016). Ageing, Neurodegeneration and Brain Rejuvenation. *Nature*, 539, 180-186.

Bloque III:
Avances en investigación y propuestas
de intervención clínica y psicosocial
en envejecimiento

CAPÍTULO 9

RELACIÓN ENTRE SUCESOS VITALES Y SALUD MENTAL EN PERSONAS MAYORES INDEPENDIENTES: EL PAPEL MEDIADOR DE LAS ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL

CLAUDIA MIRANDA-CASTILLO

Centro UC de Estudios de Vejez y Envejecimiento,
Pontificia Universidad Católica de Chile
Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad
Instituto de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile

MAGDALENA CÁRDENAS JIMÉNEZ

MAKARENA OLIVARES ESCOBAR

Universidad de Valparaíso

JAVIER MORÁN KNEER

Universidad de Valparaíso

Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad

MARÍA O. LEÓN-CAMPOS

Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad
Universidad de Chile

VIRGINIA FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ

Universidad Francisco de Vitoria

INTRODUCCIÓN

El incremento de la población de adultos mayores a nivel global nos plantea grandes desafíos, entre ellos la posibilidad de lograr un envejecimiento activo y funcional que se extienda el mayor tiempo posible. En este sentido, se espera que los adultos mayores puedan acceder a un bienestar físico, social y mental. Este último punto reviste un gran reto, considerando la prevalencia de enfermedades en el área de la salud mental en donde un 20% de las personas mayores de 60 años sufre algún trastorno mental o neurológico, tales como depresión y ansiedad. La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes en ese grupo de edad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). Más aún, la Organización Mundial de la Salud (2015) ya señaló la depresión como la mayor causa de sufrimiento y discapacidad de la población mundial.

En Chile, la prevalencia de sintomatología depresiva en personas mayores de 65 años se estimó en un 11.2%, mientras que los trastornos ansiosos afectarían a un 3.8% de la población mayor (OMS, 2015). Frecuentemente en personas mayores, la depresión se presenta de modo atípico, no cumpliendo con los criterios clínicos para depresión mayor, pero tiene la misma repercusión en cuanto a morbimortalidad (Ministerio de Salud [MINSAL], 2013). La sintomatología depresiva se caracteriza usualmente por un sentimiento de tristeza, confusión o pensamiento más lento, irritabilidad, falta de interés o desgano frente a realizar actividades (Robledo, Fernández, Lopera, Pérez y Dávila, 2013). Estos síntomas pueden ser ignorados en la tercera edad debido a que se pueden asemejar a conductas relacionadas a la vejez como el cansancio, estados de confusión o asociarse con otras patologías; por lo tanto, suele ser subdiagnosticada (Sánchez-García et al., 2012). Esta misma situación ocurre ante los trastornos ansiosos, entendidos como una inquietud, miedo o agitación excesiva en el estado de ánimo, en donde también se confunden con características asociadas a la edad y son difíciles de detectar, ya que se ha observado que los adultos mayores tienden a no quejarse ni comunicar problemas asociados al bienestar psicológico (Wild et al., 2014).

Los factores relacionados al bienestar del individuo están vinculados estrechamente con los sucesos o acontecimientos vitales,

entendidos como eventos a lo largo de la vida que producen cambios en las personas y pueden alterar, ya sea de manera positiva o negativa, el bienestar físico o psicológico (Goodyer, 2001). Los aspectos positivos en la tercera edad pueden relacionarse con participar en distintas actividades sociales o eventos familiares como el nacimiento de un nieto. Por el contrario, hay sucesos negativos que son estresantes, como pérdidas propias del ciclo vital, ya sea fallecimientos de cercanos o disminución de su independencia en las actividades cotidianas. Además, son sucesos acaecidos, sobre todo, en las últimas etapas de la vida (incluso sucesos ocurridos a lo largo de la vida) y que tienen un impacto actual en la salud mental de las personas mayores (Dulin y Passmore, 2010; Fernández-Fernández, Márquez-González, Losada-Baltar, García y Romero-Moreno, 2013). Ambos tipos de sucesos generan el desarrollo de estrategias de afrontamiento para la persona, lo que permite, en muchos casos, realizar un aprendizaje y por lo tanto crecer a partir de esa experiencia (Fernández-Fernández et al., 2013).

En particular, frente a la presentación de estresores o sucesos vitales estresantes las personas aplican procesos mentales como mecanismos de regulación emocional, que traen consecuencias negativas o positivas en su salud mental. Tomando este modelo como punto de partida, una de las variables de regulación emocional más estudiadas en relación al impacto que tienen los sucesos vitales ha sido la *rumiación*, definida como pensamientos repetitivos y persistentes, los cuales favorecerían la predisposición, mantenimiento y agudeza de los síntomas depresivos (Nolen-Hoeksema, 2000). Diversos estudios han demostrado que la *rumiación negativa*, entendida como pensamientos repetitivos negativos sobre sí mismo (por ejemplo, «¿qué he hecho para merecer esto?», «¿por qué tengo problemas que otras personas no tienen?»), está asociada fuertemente a consecuencias emocionales y físicas perjudiciales para el individuo (Bayo y D'Augerot, 2016; Burwell y Shirk, 2007; Cova, Rincón y Melipillán, 2009; Leon, Nouwen, Sheffield, Jaumdally y Lip, 2010; Verkuil, Brosschot, Gebhardt y Thayer, 2011; Whitmer y Gotlib, 2011). La rumiación negativa es un elemento no facilitador que hace que la persona no consiga dar solución a sus problemas, además de que delimita el afrontamiento de los mismos y se convierte en una respuesta desadaptativa, ya que obstaculiza el procesamiento completo

de las emociones y bloquea a la persona en su proceso de aceptación e integración de los sucesos vitales y en su «ajuste» de metas y valores a su nueva situación vital (Kashdan, Barrios, Forsyth y Steger, 2006; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Orsillo, Roemer y Barlow, 2003). Por tanto, las personas que rumian negativamente más ante sucesos vitales informan de un mayor malestar asociado ante tales sucesos (Moberly y Watkins, 2008; Robinson y Alloy, 2003). Además, tal rumiación sobre los sucesos vitales se ha mostrado como un predictor de episodios depresivos futuros (Alloy et al., 2000).

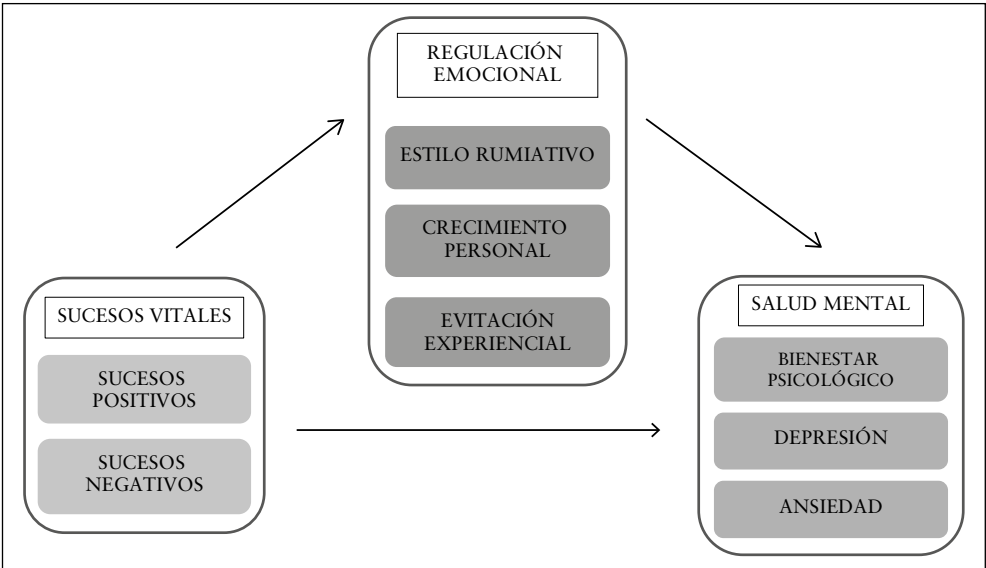
Más recientemente, la *evitación experiencial*, como estrategia desadaptativa de regulación de emociones, ha sido estudiada y relacionada con la adaptación a los sucesos vitales. Dicha evitación es entendida como un fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (como sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales), ni intenta alterar la forma o la frecuencia de los eventos y el contexto que los ocasiona, generando respuestas de escape o de evitación (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996). Andrew y Dulin (2007) han señalado cómo la evitación experiencial modera la relación entre problemas de salud física y malestar emocional en personas mayores, siendo ante niveles mayores de evitación experiencial cuando más fuerte se hace la relación entre problemas de salud y sintomatología depresiva (Andrew y Dulin, 2007).

Por otro lado, dentro de los mecanismos de regulación emocional también podría incluirse el *crecimiento personal*, concepto que hace referencia a la capacidad de reinterpretar y extraer un significado positivo, con el paso del tiempo, tras la ocurrencia del suceso vital (Fernández-Fernández et al., 2013). Existe evidencia consistente que señala que extraer un aprendizaje o beneficio de las experiencias traumáticas se ha relacionado con menores niveles de sintomatología depresiva, mayor bienestar psicológico y efectos positivos en las relaciones con los demás (Helgeson, Reynolds y Tomich, 2006; Páez, Bobowik, Carrera y Bosco, 2011; Tennen, Affleck y Armeli, 2005).

En este sentido, y considerando la ya constatada relación existente entre sucesos vitales y salud física y/o mental (Leist, Ferring y Philipp, 2010; Puvill, Lindenberg, de Craen, Slaets y Westendorp, 2016; Sierra, 2016), se observa la pertinencia de incorporar, en el

estudio del impacto que tienen los sucesos vitales sobre la salud mental de las personas, las estrategias de regulación emocional puestas en marcha en la persona mayor para su adaptación al proceso de envejecimiento. Considerando lo planteado, esta investigación tuvo como objetivo determinar el papel mediador que tienen las estrategias de regulación emocional (crecimiento personal, rumiación y evitación experiencial) sobre el impacto que tienen los sucesos vitales en la salud mental de personas mayores. Las hipótesis a comprobar fueron: (1) el estilo rumiativo tiene un efecto mediador entre la experimentación de sucesos vitales negativos y alta sintomatología depresiva; (2) el crecimiento personal tiene un efecto mediador entre los sucesos vitales positivos y baja sintomatología depresiva; (3) la evitación experiencial tiene un efecto mediador entre la vivencia de sucesos vitales negativos y alta sintomatología ansiosa; (4) el crecimiento personal tiene un efecto mediador entre los sucesos vitales positivos y alto bienestar psicológico; y (5) el crecimiento personal tiene un efecto mediador entre haber experimentado sucesos vitales negativos y baja sintomatología depresiva.

FIGURA 1. HIPÓTESIS SOBRE EL ROL MEDIADOR DE LAS ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL EN LA RELACIÓN ENTRE LOS SUCESOS VITALES Y LA SALUD MENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES INDEPENDIENTES



DESARROLLO

Bajo esta perspectiva se pretende contribuir a explicar de manera más completa cuáles son los determinantes de la salud mental de las personas mayores, incluyendo los estresores más habitualmente encontrados en dicho grupo etario (sucesos vitales) y cómo algunas estrategias de regulación emocional pueden mediar su impacto en la misma. Esto sería de utilidad para definir programas de intervención en los que se trabajen tales estrategias adaptativas de regulación de emociones para poder prevenir así la alta prevalencia de depresión, soledad y su consiguiente impacto en la salud física, que en numerosas ocasiones conlleva a la institucionalización y medicalización de la persona mayor.

Método

Muestreo y reclutamiento

En este estudio se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. El reclutamiento se realizó a través del contacto con la Unión Comunal de Adultos Mayores (UCAM) de las regiones de Valparaíso y Metropolitana. Esta se compone de diferentes clubes que poseen personalidad jurídica, los cuales decidieron cooperar con este estudio. Además, accedieron a colaborar de manera independiente y de forma voluntaria otros adultos mayores residentes de dichas ciudades.

Todos los participantes firmaron un consentimiento informado. Se aplicó la batería de instrumentos con un formato de autoinforme, en contextos individual (en las casas de las personas mayores) o grupal (en los clubes donde asistían las personas mayores), estando siempre presentes los evaluadores para resolver cualquier duda.

Participantes

Las características sociodemográficas de los participantes se pueden observar en la Tabla 1. La muestra estuvo constituida por 341 personas mayores funcionalmente independientes y sin deterioro cognitivo de las regiones de Valparaíso y Metropolitana, cuya media

de edad era de 72 años (rango: 60 a 95 años). La mayoría de los participantes fueron mujeres (72%) casadas (43%) o viudas (28%) con un mínimo de siete años de escolaridad (84.4%). Un 78% de las personas mayores vivían con al menos cinco personas. Finalmente, la gran mayoría (84%) pertenecía al sistema nacional público de salud (FONASA), asistiendo regularmente a sus controles (77%).

TABLA I.
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Características sociodemográficas y de salud	N total	%	Media
Edad (rango etario)	340		72
60-75 años		34	
76-90 años		57	
91-95 años		9	
Sexo	341		
Femenino		73	
Masculino		27	
Estado civil	336		
Casado		43	
Viudo		28	
Soltero		15	
Divorciado/separado		14	
Nivel educacional (años educación formal)	295		12
13-25 años		34.2	
7-12 años		50.2	
Hasta 6 años		14.6	
Sin educación formal		1	
Condiciones económicas (percepción)	335		
Suficientes		65	
Insuficientes		35	
Cantidad de personas en el hogar	287		3
1-4 personas		22	
5-9 personas		78	

Instrumentos

Sucesos vitales y crecimiento personal: se utilizó la *escala de ocurrencia de sucesos vitales* (EO) y una de las escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales pasados (EEIPV) (Fernández-Fernández et al., 2013), que mide 14 sucesos vitales significativos con formato de respuesta dicotómica. Para los casos en los que esta población reconoció haber experimentado algún suceso a lo largo de su vida, se utilizó una de las dos escalas derivadas de esta y que componen el instrumento total: la *escala de crecimiento personal sobre sucesos vitales pasados* (ECP), que mide el grado en que los adultos mayores perciben si existe algún tipo de crecimiento personal tras los sucesos vitales que reconocieron haber experimentado, mediante la pregunta: «¿Hasta qué punto ha extraído algo positivo (aprendizaje, crecimiento personal) de esta experiencia?», con opciones de respuesta tipo Likert. Cuanto mayor es la puntuación, mayor el crecimiento personal que se reconoce.

Estilo rumiativo: se evaluó mediante una versión reducida del *cuestionario de estilos de respuesta a la tristeza* (Fernández-Berrocal y Extremera, 2006), la cual se compone de 10 ítems que se responden bajo una escala de respuesta tipo Likert, que da cuatro posibles respuestas (0 = nunca y 3 = siempre). Estos ítems tienen la capacidad de evaluar la tendencia a tener pensamientos rumiativos (pensamientos negativos recurrentes) cuando el individuo experimenta sentimientos de tristeza, melancolía o abatimiento. El alfa de Cronbach es de 0.91, lo que significa que la consistencia interna correspondiente a la población mayor es excelente.

Evitación experiencial: se aplica la versión española del *cuestionario de aceptación y acción* (AAQ) (Barraca, 2004), compuesta por nueve ítems, donde se manifiestan diferentes situaciones y respuestas de la persona ante estas, con un formato de respuesta tipo Likert. Posee una consistencia interna de 0.7.

Bienestar psicológico: la adaptación española de la *escala de bienestar psicológico* (Ryff, 1989; Díaz et al., 2006) consta de 39 ítems que aluden a preguntas de la actualidad respecto al bienestar psicológico de la persona y sus sentimientos o cogniciones respecto a ciertas situaciones, con un formato de respuestas tipo Likert. El

alfa de Cronbach está comprendido entre 0.78 y 0.81, mostrando una buena consistencia interna.

Sintomatología depresiva: se utilizó la *escala de depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos* (CES-D) (Radloff, 1977), que fue desarrollada para evaluar sintomatología depresiva en población no clínica. Consta de 20 ítems, con respuestas tipo Likert. Esta escala ha sido validada en población mayor no clínica, mostrando un alfa de Cronbach de 0.82 (Lewinsohn, Seeley, Roberts y Allen, 1997).

Sintomatología ansiosa: se aplicó el *inventario de ansiedad geriátrica* (Pachana et al., 2007), traducida al castellano y validada por Márquez-González, Losada, Fernández-Fernández y Pachana (2012). Esta escala se compone de 20 ítems que se responden de manera dicotómica (de acuerdo/desacuerdo), donde a menor puntaje, mayor ansiedad. Posee una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de la versión original de 0.91.

Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó por medio del programa IBM SPSS Statistic 22, utilizando además la herramienta PROCESS (Hayes, 2012, citado en Field, 2013). En una primera etapa, se realizó un análisis descriptivo con las variables sociodemográficas. Posteriormente se realizaron análisis de correlación de Spearman para establecer las relaciones entre las variables evaluadas. Finalmente se realizaron los análisis de mediación utilizando la herramienta PROCESS, la cual permite evaluar el tamaño del efecto de una mediación (conocido como *efecto indirecto*), así como también los intervalos de confianza de la misma. De acuerdo a Field (2013), si el intervalo de confianza no contiene el valor cero, se puede concluir que existe un efecto genuino de mediación.

Resultados

La rumiación tuvo un efecto mediador significativo entre los sucesos vitales negativos y la presencia de sintomatología depresiva, $b = 1.02$; IC [0.51, 1.63], confirmándose la primera hipótesis. De este modo, se observa un efecto directo donde a mayor número de sucesos vitales negativos mayor es la presencia de sintomatología

depresiva, y a su vez se presenta un efecto indirecto sobre los síntomas depresivos en los adultos mayores a través de un alto nivel de rumiación.

En cuanto a la segunda hipótesis, la cual planteaba que el crecimiento personal tenía un efecto mediador en la relación entre los sucesos vitales positivos y la sintomatología depresiva, no se obtuvo una relación significativa entre estas últimas variables ($R_s = -0.108$, $p = .09$), por lo cual se rechazó cualquier efecto mediador entre las mismas.

La evitación experiencial tuvo un rol mediador entre la experimentación de sucesos vitales negativos y la presencia de sintomatología ansiosa, $b = -0.24$; IC $[-0.46, -0.04]$, confirmándose la tercera hipótesis. En consecuencia, a mayor frecuencia de sucesos vitales negativos, mayor es la sintomatología ansiosa, relación mediada por un alto nivel de evitación experiencial.

Respecto de la cuarta hipótesis, el crecimiento personal tuvo un efecto mediador en la relación entre sucesos vitales positivos y el bienestar psicológico $b = 0.45$; IC $[0.06, 1.6]$. De este modo, a mayor número de sucesos vitales positivos, mayor es el bienestar psicológico, relación que estaría mediada por un alto nivel de crecimiento personal, sugiriendo que el impacto que ejercen los sucesos vitales sobre el bienestar es producido a través del crecimiento personal asociado a tales sucesos.

Finalmente, dado que no hubo una relación significativa entre sucesos vitales negativos y crecimiento personal ($R_s = 0.26$, $p = .06$), se rechazó la hipótesis que planteaba que el crecimiento personal tenía un rol mediador entre los sucesos vitales negativos y la sintomatología depresiva.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo tuvo por objetivo determinar el rol mediador de las estrategias de regulación emocional (crecimiento personal, rumiación y evitación experiencial) entre los sucesos vitales y bienestar psicológico de adultos mayores autónomos. En primer lugar, se evidenció el rol mediador que tiene la rumiación entre los sucesos vitales negativos y la sintomatología depresiva, relación que ha sido reportada en estudios previos (Michl, McLaughlin, Shepherd

y Nolen-Hoeksema, 2014; Liu, Jiang, Wang, Lui y Hu, 2017; Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008; Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero, 2010; Fernández-Fernández et al., 2013). La existencia de determinados factores de vulnerabilidad cognitiva propios del individuo, en su interacción con los sucesos estresantes o negativos, aumentan la posibilidad de que aparezca o se mantenga un trastorno depresivo (Puvil et al., 2016; Vázquez, Hervás y Hernangómez, 2008). De esta manera, el uso de la rumiación frente a una situación vital negativa como una pérdida, por ejemplo, produce un estado de ánimo negativo en los adultos mayores (Pimentel y Cova, 2011; Moberly y Watkins, 2008; Nolen-Hoeksema et al., 2008).

La segunda hipótesis señalaba que el crecimiento personal tendría un efecto mediador en la relación entre los sucesos vitales positivos y la sintomatología depresiva. Este planteamiento se sustentó con base a la controversia planteada por algunos autores que señalan el efecto amortiguador que tienen los sucesos vitales positivos en la salud mental y física de las personas (Arpawong et al., 2016; Fernández-Fernández et al., 2013; Muratori, Delino y Zubieta, 2012). Por el contrario, y consistente a los resultados de este estudio en donde no se encontró una correlación entre sucesos vitales positivos y síntomas depresivos, otras investigaciones plantean que los sucesos vitales positivos no disminuyen el malestar psicológico (Bilbao, 2009). En concordancia, también existe evidencia de que los eventos negativos predicen un mayor tiempo de espera para la remisión de los síntomas depresivos, mientras que los sucesos vitales positivos no poseen un rol predictor en este fenómeno (Spinhoven et al., 2011). Se sabe que el apoyo social actúa como un gran mediador en el bienestar psicológico (Bilbao, Páez Silvia y Martínez, 2013; Fuentes, 2014); en consecuencia, en países desarrollados, donde existen mayores recursos económicos y sociales (mejores condiciones laborales y mayor posibilidad de viajar), se presentaría una mayor frecuencia de sucesos vitales positivos que pudieran impactar la salud mental de las personas mayores.

La tercera hipótesis planteaba que la evitación experiencial tendría un efecto mediador entre la experimentación de sucesos vitales negativos y la presencia de síntomas ansiosos, lo cual se confirmó. En los adultos mayores, la literatura señala que sucesos como las pérdidas o problemas de salud, entre otros, pueden ser fuente de ansiedad

(Ruscio et al., 2015; Cheng, Lau y Chan, 2014; Rivera-Ledsema y Montero-López, 2008; Yusté, Rubio y Aleixandre, 2004). En este estudio, los eventos vitales negativos de mayor frecuencia fueron el fallecimiento de algún familiar y problemas económicos. Por otra parte, en relación a la evitación experiencial, Moos (1993) elaboró un modelo explicativo que combina el método de afrontamiento ante una situación aversiva y la direccionalidad de la respuesta, ya sea por aproximación o por evitación, influyendo esta última negativamente en el bienestar psicológico. De este modo, pacientes con trastorno ansioso puntúan alto en estrategias de afrontamiento relacionadas con la evitación en comparación con aquellos que no presentan dicho tipo de alteración (González y Landero, 2007).

En la cuarta hipótesis se evaluó si el crecimiento personal tenía un efecto mediador en la relación entre sucesos vitales positivos y el bienestar psicológico en los adultos mayores. La manera en que un sujeto percibe un suceso vital influye considerablemente en su bienestar. Al comparar la percepción de las personas que han experimentado una mayor cantidad de eventos positivos frente a un escaso número de sucesos negativos, presentan puntuaciones de bienestar subjetivo más altas que aquellos que atraviesan mayores adversidades y un menor número de eventos positivos (Arpawong et al., 2016; García, 2002). Por otra parte, los hechos positivos apoyan más intensamente aspectos como el crecimiento personal, las relaciones positivas con otros y el sentido de la vida (Bilbao, 2009); en consecuencia, el bienestar psicológico y el crecimiento personal serían indicadores de un funcionamiento positivo del individuo. El crecimiento personal puede ser considerado como una variable que media entre el efecto perjudicial que generan los sucesos vitales de una persona y su bienestar psicológico (Fernández-Fernández et al., 2013). Esto podría explicarse debido a que la capacidad de crecimiento personal es un elemento importante para desarrollar una adecuada regulación de las emociones ante los sucesos de la vida.

Finalmente, la última hipótesis proponía que el crecimiento personal tiene un efecto mediador entre los sucesos vitales negativos y la sintomatología depresiva. Estudios previos plantean que el crecimiento personal aplica como estrategia de regulación emocional frente a sucesos vitales estresantes o negativos (Schaefer y Moos, 1998; Páez et al., 2011; Arpawong et al., 2016). Sin embargo, en este

estudio, los sucesos vitales negativos aparecen asociados significativamente al pensamiento rumiativo y no al crecimiento personal, el cual a su vez tampoco se relaciona con la sintomatología depresiva. Es importante destacar que no todas las personas que pasan por una experiencia traumática encuentran beneficio y crecimiento personal en ella; por lo tanto, el crecimiento postraumático no es un hecho universal (Calhoun, Cann, Tedeschi y McMillan, 2000). Algunas personas que han experimentado algún suceso vital traumático, si bien encuentran aspectos positivos en su respuesta a este, estos coexisten con los negativos y por tanto no eliminan el sufrimiento que el trauma produjo, lo cual, además, se asocia a síntomas de evitación y rumiación.

Dentro de las limitaciones de este estudio cabe señalar que, al ser una muestra por conveniencia, la mayoría fue reclutada desde centros que realizan actividades para personas mayores, lo que implica que se trataba de participantes con una vida social activa. Además, en línea con la literatura mundial y las expectativas de vida, la mayoría de la muestra estuvo compuesta por mujeres. Otro aspecto a considerar es que si bien los instrumentos de medición utilizados constan de adecuadas propiedades psicométricas, no han sido validados en Chile. Sin embargo, hay que tener en cuenta que existe una carencia importante a nivel nacional de instrumentos válidos y confiables enfocados a personas mayores y se requieren futuros estudios que procuren el logro de dicho objetivo.

En síntesis, en el presente estudio se logró comprobar que las estrategias de regulación emocional (rumiación, crecimiento personal y evitación experiencial) efectivamente juegan un rol mediador entre los sucesos vitales por los que atraviesan los adultos mayores y sus presentes o futuras condiciones de salud mental. Considerando la diversidad de pérdidas propias de la etapa de la vejez (de carácter biológico, psicológico y social), sumado a las tasas de depresión y ansiedad presentes en este grupo etario, los hallazgos de este estudio resultan relevantes y subrayan la importancia de que, en el contexto nacional, se realice de manera oportuna y regular la Evaluación Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), con el fin de investigar problemas de salud mental y, en caso de la presencia de sintomatología depresiva o ansiosa, se generen intervenciones que contemplen la promoción del crecimiento personal y la disminución de los niveles

de pensamiento rumiativo y del uso de evitación experiencial como una forma de enfrentar de manera más funcional los desafíos de esta etapa evolutiva, incrementando con ello el bienestar psicológico de las personas mayores.

AGRADECIMIENTOS

Claudia Miranda-Castillo agradece el financiamiento de la «Iniciativa Científica Milenio, Ministerio de Economía, Fomento y Turismo», Proyecto IS130005 y al Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, FONDECYT proyecto 1141279. Virginia Fernández-Fernández agradece al «Programa Becas Iberoamérica para Jóvenes Profesores e Investigadores y Alumnos de Doctorado, Santander Universidades». Javier Morán Kneer agradece el apoyo de «Becas Conicyt para Estudios de Doctorado Nacional».

Los autores agradecen a la Unión Comunal de Adultos Mayores (UCAM) de las regiones de Valparaíso y Metropolitana, y a todas las personas mayores que accedieron a participar en este estudio.

REFERENCIAS

- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Rose, D. T., Robinson, M. S. y Lapkin, J. B. (2000). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project: Lifetime History of Axis I Psychopathology in Individuals at High and Low Cognitive Risk for Depression. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(3), 403-418.
- Andrew, D. H. y Dulin, P. L. (2007). The Relationship between Self-reported Health and Mental Health Problems among Older Adults in New Zealand: Experiential Avoidance as a Moderator. *Aging & Mental Health, 11*(5), 596-603.
- Arpawong, T. E., Rohrbach, L. A., Milam, J. E., Unger, J. B., Land, H., Sun, P. y Sussman, S. (2016). Stressful Life Events and Predictors of Post-traumatic Growth among High-risk Early Emerging Adults. *The Journal of Positive Psychology, 11*(1), 1-14.
- Barraca, J. (2004). Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 4*(3), 505-515.
- Bayo, M. y D'Augerot, M. I. (2016). *Estrategias cognitivas de regulación emocional, bienestar psicológico y sintomatología en adolescentes.*

- Bilbao, M. (2009). *Creencias sociales y bienestar: valores, creencias básicas, impacto de los hechos vitales y crecimiento psicológico*. Tesis doctoral. Universidad Del País Vasco, España.
- Bilbao, M. Á., Páez, D. y Martínez-Zelaya, G. (2013). Cambio en creencias básicas y crecimiento post estrés: un estudio transversal sobre el fuerte impacto de los hechos positivos sobre el bienestar. *Terapia Psicológica*, 31(1), 127-139.
- Burwell, R. A. y Shirk, S. R. (2007). Subtypes of Rumination in Adolescence: Associations between Brooding, Reflection, Depressive Symptoms, and Coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(1), 56-65.
- Calhoun L. G., Cann, A., Tedeschi R. G. y McMillan J. (2000). A Correlational Test of the Relationship between Growth, Religion, and Cognitive Processing. *Journal of Traumatic Stress*, 2000, 13, 521-527.
- Cheng, C., Lau, H.-P. B. y Chan, M.-P. S. (2014). Coping Flexibility and Psychological Adjustment to Stressful Life Changes: a Meta-analytic Review. *Psychological Bulletin*, 140(6), 1582-1607.
- Cova, F., Rincón, P. y Melipillán, R. (2009). Reflexión, rumiación negativa y desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes de sexo femenino. *Terapia psicológica*, 27(2), 155-160.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A, Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Dulin, P. L. y Passmore, T. (2010). Avoidance of Potentially Traumatic Stimuli Mediates the Relationship between Accumulated Lifetime Trauma and Late life Depression and Anxiety. *Journal of Traumatic Stress*, 23(2), 296-299.
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2006). La investigación de la inteligencia emocional en España. *Ansiedad y Estrés*, 12(1-2), 139-153.
- Fernández-Fernández, V., Márquez-González, M., Losada-Baltar, A., García, P. E. y Romero Moreno, R. (2013). Diseño y validación de las escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales pasados: el papel del pensamiento rumiativo y el crecimiento personal. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(4), 161-170.
- Field, A. *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. Londres: SAGE.
- Fuentes, C. L. C. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos [The Influence of Social Support on the Emotional State and Attitudes Towards Old Age and Ageing in a Sample of Elderly]. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 14(3), 365-377.

- García, M. (2002). Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. *Revista Digital*, 8(48), 652-660.
- González, M. T. y Landero, R. (2007b). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 189-198.
- Goodyer, I. (2001). Life Events: their Nature and Effects. En I. M. Goodyer (ed.). *The Depressed Child and Adolescent* (segunda ed., pp. 204-232). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V. y Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: a Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: an Experiential Approach to Behavior Change*. Nueva York: Guilford Press.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A. y Tomich, P. L. (2006). A Meta-analytic Review of Benefit Finding and Growth: American Psychological Association.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P. y Steger, M. F. (2006). Experiential Avoidance as a Generalized Psychological Vulnerability: Comparisons with Coping and Emotion Regulation Strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1301-1320.
- Leist, A. K., Ferring, D. y Filipp, S. H. (2010). Remembering Positive and Negative Life Events: Associations with Future Time Perspective and Functions of Autobiographical Memory. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 23(3), 137.
- Leon, T. C., Nouwen, A., Sheffield, D., Jaumdally, R. y Lip, G. Y. (2010). Anger Rumination, Social Support, and Cardiac Symptoms in Patients Undergoing Angiography. *British Journal of Health Psychology*, 15(4), 841-857.
- Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Roberts, R. E. y Allen, N. B. (1997). Center for Epidemiological Studies-depression Scale (CES-D) as a Screening Instrument for Depression among Community-residing Older Adults. *Psychology and Aging*, 12, 277-287.
- Liu, M., Jiang, Y., Wang, X., Liu, Q. y Wu, H. (2017). The Role of Rumination and Stressful Life Events in the Relationship between the Qi Stagnation Constitution and Depression in Women: a Moderated Mediation Model. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, (2017), 1-8.

- Márquez-González, M., Losada, A., Fernández-Fernández, V. y Pachana, N. A. (2012). Psychometric Properties of the Spanish Version of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 24(01), 137-144.
- Michl, L. C., McLaughlin, K. A., Shepherd, K. y Nolen-Hoeksema, S. (2013). Rumination as a Mechanism Linking Stressful Life Events to Symptoms of Depression and Anxiety: Longitudinal Evidence in Early Adolescents and Adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 339.
- Ministerio de Salud (2013). Guía Clínica AUGE: *Depresión en Personas de 15 Años y más*. Recuperado de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
- Moberly, N. J. y Watkins, E. R. (2008). Ruminative Self-focus and Negative Affect: an Experience Sampling Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), 314.
- Moos, R. (1993). *Coping Responses Inventory-Youth Form*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Muratori, M., Delino, G. y Zubieta, E. M. (2012). Sucesos vitales y bienestar. *Anuario de Investigaciones*, 19(1), 49-57.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The Role of Rumination in Depressive Disorders and Mixed Anxiety/Depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1
- Orsillo, S. M., Roemer, L. y Barlow, D. H. (2003). Integrating Acceptance and Mindfulness into Existing Cognitive-behavioral Treatment for GAD: a Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 223-230.
- Pachana, N., Byrne, G., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E. y Arnold, E. (2007). Development and Validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(01), 103-114.
- Páez, D., Bobowik, M., Carrera, P. y Bosco, S. (2011). Evaluación de afectividad durante diferentes episodios emocionales. En D. Paez, C. Martín-Beristain, J. L. Gonzalez, N. Basabe y J. De Rivera (coords.). *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz*. Madrid: Fundamentos.
- Pimentel, M. y Cova, F. (2011). Efectos de la rumiación y la preocupación en el desarrollo de sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes universitarios de la ciudad de Concepción, Chile. *Terapia Psicológica*, 29(1), 43-52.

- Puvill, T., Lindenberg, J., de Craen, A. J., Slaets, J. P. y Westendorp, R. G. (2016). Impact of Physical and Mental Health on Life Satisfaction in Old Age: a Population Based Observational Study. *BMC Geriatrics*, 16(1), 194.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale, a Self-report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Rivera-Ledesma, A. y Montero-López, M. (2008). Estructura de pérdidas en la adultez mayor: una propuesta de medida. *Salud Mental*, 31(6), 461-468.
- Robinson, M. S. y Alloy, L. B. (2003). Negative Cognitive Styles and Stress-reactive Rumination Interact to Predict Depression: a Prospective Study. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 275-291.
- Robledo, L. M. G., Fernández, M. Á. L., Lopera, V. E. A., Pérez, S. L. y Dávila, H. E. L. (2013). Serie Cuadernillos de Salud Pública. Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. Primera edición. México: Instituto Nacional de Geriatria.
- Ruscio, A. M., Gentes, E. L., Jones, J. D., Hallion, L. S., Coleman, E. S. y Swendsen, J. (2015). Rumination Predicts Heightened Responding to Stressful Life Events in Major Depressive Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(1), 17-26.
- Ryff, C. (1989). Happiness is Everything, or Is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Sánchez-García, S., Juárez-Cedillo, T., Gallegos-Carrillo, K., Gallo, J. J., Wagner, F. A. y García-Peña, C. (2012). Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 35(1), 71-77.
- Schaefer, J. A. y Moos, R. H. (1998). The Context for Posttraumatic Growth: Life Crises, Individual and Social Resources, and Coping. En R. G. Tedeschi, C. L. Park y L. G. Calhoun (eds.). *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis* (pp. 99-125). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Sierra, M.T.C. (2016). *Aprendizaje a lo largo de la vida y envejecimiento activo: herramientas para un cambio de mirada*. Paper presentado en Psicología y educación: presente y futuro.
- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G. F. M., Roelofs, K., Van Oppen, P., Zitman, F. G. y Penninx, B. W. J. H. (2011). Positive and Negative Life Events and Personality Traits in Predicting Course of Depression and Anxiety. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(6), 462-473.
- Tennen, H., Affleck, G. y Armeli, S. (2005). Personality and Daily Experience Revisited. *Journal of Personality*, 73(6), 1465-1484.

- Vázquez, C., Hervás, G. y Hernangómez, L. (2008). Modelos cognitivos de la depresión: su aplicación al estudio de las fases tempranas. En J. L. Vázquez Barquero (ed.). *Las fases tempranas de las enfermedades mentales: los trastornos depresivos* (pp. 21-33). Madrid: Elsevier.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L. y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18(1), 139-165.
- Verkuil, B., Brosschot, J. F., Gebhardt, W. A. y Thayer, J. F. (2011). Perseverative Cognition, Psychopathology, and Somatic Health. En *Emotion regulation and well-being* (pp. 85-100). Springer.
- Whitmer, A. y Gotlib, I. H. (2011). Brooding and Reflection Reconsidered: a Factor Analytic Examination of Rumination in Currently Depressed, Formerly Depressed, and Never Depressed Individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 35(2), 99-107.
- Wild, B., Eckl, A., Herzog, W., Niehoff, D., Lechner, S., Maatouk, I. y Löwe, B. (2014). Assessing Generalized Anxiety Disorder in Elderly People Using the GAD-7 and GAD-2 Scales: Results of a Validation Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(10), 1029-1038.
- Yusté, N., Rubio, R. y Aleixandre, M. (2004). *Introducción a la psicogerontología*. Madrid: Pirámide.

CAPÍTULO 10

BIENESTAR ESPIRITUAL Y AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE EN PERSONAS MAYORES

JOSÉ MIGUEL MORALES
Universidad del Desarrollo

GONZALO PÁEZ-OTÉY
Universidad Alberto Hurtado

INTRODUCCIÓN

Según Erikson (1963), hacia el final del ciclo vital, las personas mayores comienzan a enjuiciar la satisfacción de su historia de vida y, producto de esta evaluación, a experimentar la tensión entre los dos polos de resolución de esta etapa: los sentimientos de integridad o los de desesperanza.

Cuando la evaluación es negativa y se comienzan a suceder las pérdidas esperables de la edad, los adultos mayores tienden a presentar mayor ansiedad y pueden desarrollar trastornos del ánimo que se acentúan con el temor ante la proximidad de la muerte.

Este temor a la muerte se desencadena por la iteración de pérdidas de seres queridos, las propias pérdidas de condiciones de salud y la pesimista evaluación de la historia vital, junto a la constatación del escaso tiempo restante para resolverla o repararla.

Escasos grupos de investigadores (Uribe, 2007; Bugen 1981; Pargament, 1998; Harding, Fannnelly, Weaver y Costa, 2005) han

estudiado si el bienestar espiritual puede actuar como un factor protector para esta etapa de pérdidas y proximidad de la muerte; más aún, sus resultados no han sido concluyentes respecto a si una espiritualidad positiva puede generar un bienestar que sostenga las crisis normativas propias de esta etapa, para paliar la desesperanza que ocasiona el temor a la muerte, con un sentido de vida logrado e integrado.

El temor a la muerte

Según la teoría del ciclo vital de Erikson (1963), todas las personas atraviesan por distintas crisis normativas a lo largo del ciclo vital, cuya función es elaborar y superar los cambios que acontecen más o menos universalmente en dichos períodos. En la adultez mayor la crisis suele ocurrir entre los polos de integridad y desesperanza, y se relaciona con la evaluación que hace la persona de su vida.

Por una parte, las personas mayores pueden aceptar la manera como han vivido y lograr un sentido de integridad y satisfacción frente al pasado, para aceptar el acercamiento inevitable de la muerte sin temor. Por otra parte, si las personas están descontentas con su historia vital y sienten que es demasiado tarde para comenzar en una nueva dirección, entonces pueden inclinarse hacia el polo de la desesperanza, en la que no aceptan la realidad inevitable de los cambios y la muerte. De esta manera, estos últimos sienten que el tiempo y las oportunidades en su vida se han agotado, generando sentimientos de amargura y desesperación por el tiempo perdido, que les dificulta sobrepasar los cambios propios de esta etapa de desarrollo.

En esta última etapa del ciclo vital se espera que las personas mayores enfrenten pérdidas –de condiciones de salud, redes de apoyo y pérdidas materiales–, donde la pérdida normativa es la de seres queridos y el consecuente sentimiento de proximidad de la propia muerte. Frente al desarrollo irregular de este proceso puede presentarse un cuadro de tanatofobia o temor a la muerte, que se experimenta en distintos grados por las personas mayores, según sea su historia de vida, sus redes de apoyo, su propia salud y sus factores protectores en general.

Temor a la muerte y espiritualidad

La *National Interfaith Coalition on Aging* (como se citó en Ellison, 1983) define el bienestar espiritual como: «La afirmación de la vida en una relación con Dios, consigo mismo, la comunidad y el medio ambiente que nutre y aspira a la ideación de una plenitud» (p. 330). Esta definición ciertamente es imprecisa, pero introduce en el bienestar espiritual un componente religioso y un componente socio-psicológico.

Del mismo modo, se ha conceptualizado el bienestar espiritual en base a dos componentes: uno vertical y uno horizontal (Moberg, 1979; Blaikie y Kelsen, 1979). La relación vertical se refiere al sentido de bienestar en la relación con Dios, mientras que la dimensión horizontal se refiere a la satisfacción con el sentido y propósito de vida, sin ningún tipo de referencia religiosa.

Esta es la definición que emplean Ellison y Paloutzian (1983) en la confección de la escala de bienestar espiritual, y que, por lo tanto, permite evaluar distintamente los tipos de bienestares espirituales que presentan los sujetos, independiente de su profesión de creencias, pero sí distinguiendo el bienestar de trascendencia del bienestar propiamente religioso.

En relación al temor a la muerte, los estudios muestran una ambivalencia en relación a la presencia de la espiritualidad como un factor protector (Uribe, 2007; Pargament, 1998; Harding et al., 2005) o de riesgo (Bugen 1981; Pargament, 1998) para estos distintos grupos de investigadores. Esto se explica porque la espiritualidad podría ofrecer un sustento para enfrentar mejor la muerte, o bien podría incrementar la ansiedad ante la misma.

Uribe (2007) explica que la creencia en la existencia de Dios y la creencia en la vida después de la muerte generan la aceptación de la misma como parte integral de la vida y produce una actitud de acercamiento, al igual que Harding et al. (2005), quienes obtuvieron una correlación positiva entre las creencias religiosas y la aceptación de la muerte.

En el mismo sentido, un estudio de religiosidad en pacientes geriátricos encontró que aquellos pacientes que no eran activos religiosamente tenían más altos niveles de uso de alcohol, tabaco, depresión, ansiedad y cáncer que aquellos que eran muy activos

religiosamente, los que, además, disfrutaban de buena salud física y mental.

En contraparte, resulta interesante el caso de Vaillant (como se citó en San Martín, 2008), quien encontró que las personas más profundamente comprometidas con creencias religiosas o espirituales no tienen envejecimientos más exitosos, sino que, por el contrario, tienen cuatro veces más posibilidades que los no religiosos de haber experimentado una depresión alguna vez, y el doble de veces de tener parientes con depresión. En el mismo sentido, encontró una positiva y significativa relación entre la fuerza de la afiliación religiosa y una historia de depresión en el pasado.

En relación a la religiosidad, Koenig (como se citó en San Martín, 2008) comprobó que los adultos mayores que tienen una profunda y personal fe tienen una mayor sensación de bienestar y satisfacción vital que sus pares menos religiosos. Asimismo, encontró que los mayores que tienden a confiarse más a su fe religiosa cuando se encuentran bajo estrés tienden a mostrar menor o ningún temor a la muerte, comparados con pares para quienes la fe es menos importante. Asimismo, señala que en los adultos mayores más involucrados en sus comunidades religiosas también se encuentra menor temor a la muerte. Aunque asegura que, más que la actividad religiosa en sí, es la fe personal la que parece ayudar a las personas mayores a enfrentar el estrés y el temor a la muerte.

En este sentido, es necesario hacer la distinción entre religiosidad y espiritualidad. La primera tiene una naturaleza social y actúa como un soporte sociocultural de la espiritualidad, en tanto posee un carácter gregario y directivo al dotar a los sujetos de los conocimientos mínimos para buscar aspectos trascendentes en conjunto con otros. La espiritualidad, por el contrario, tiene una naturaleza personal, que se desarrolla en la singularidad del sujeto y que posteriormente se expresa en lo social.

En contraste a los estudios anteriores, Ramos y García (como se citó en Uribe, 2007) explican que el tener creencias religiosas y pensar que hay vida después de la muerte genera mayor ansiedad ante la misma. A ello Bugen (1981) agrega que las personas que se identifican como no religiosas son conscientes de que la vida es finita y consideran que la muerte es un proceso más, por lo cual afrontarían mejor la muerte, ya que le tendrían menor temor.

Asimismo, Kliewer y Stultz (2006) explican que una vida espiritual puede no ser saludable y plantean que no es infrecuente que en personas profundamente espirituales surjan fuertes sentimientos de culpa, desesperanza, ira y falta de sentido.

En cuanto al desarrollo de la espiritualidad durante el ciclo vital, el mismo (Vaillant, como se citó en San Martín, 2008) ha encontrado que las personas tienden a mantener en la vejez las creencias y hábitos de toda su vida, y que la espiritualidad y la religiosidad no aumentan en la vejez.

Sin embargo, luego indica que el desarrollo espiritual sí se ve alterado por algunas de las condiciones de vida en la vejez, tales como la disminución de las actividades de la vida diaria, la simplificación de la rutina y el sentimiento de proximidad de la muerte.

Espiritualidad y calidad de vida

Del mismo modo, distintos estudios explican que la vida de las personas mayores se encuentra fuertemente imbricada con la vida religiosa (Reed, 1991; Peri, 1995; Peterson y Seligman, 2004), pues el capital simbólico, sustentado en la fe, llega a convertirse en el capital social de algunos individuos que se encuentran más aislados en la última fase de su vida.

En relación a las definiciones que consideran al bienestar espiritual como un factor protector de la salud mental, estas la entienden como un conjunto de creencias y prácticas acerca de un propósito y significado último de la vida, y del propio lugar en ella, por lo que las personas que presentan esta condición tienen una noción acerca del significado último de la vida que orienta su conducta y les entrega un soporte de seguridad personal.

Sin embargo, Kliewer y Saultz (2006) consideran la espiritualidad en términos más absolutos, es decir, como una condición inherente a las personas, donde lo que varía no es su presencia/ausencia, sino las experiencias o esquemas culturales espirituales a los que la persona ha sido expuesta.

En ambas concepciones, la religiosidad y la espiritualidad se pueden expresar con capacidad para promover o impedir el bienestar espiritual.

Considerado todo lo anterior, el objetivo general de esta investigación fue identificar si existe dicha asociación entre el afrontamiento de la muerte y el bienestar espiritual en personas mayores.

DESARROLLO

Procedimiento

El presente es un estudio de corte transversal cuyo trabajo de campo se terminó en el primer semestre del año 2015, con una muestra final de 90 personas mayores, alcanzando un poder de 80% y un nivel de confianza de 95%¹.

La muestra inicial fue constituida por 95 sujetos mayores de 70 años, autovalentes, que se seleccionaron en forma intencionada a partir de dos fuentes: 48 participantes activos de algún club de adulto mayor de la comuna de Puente Alto, de la ciudad de Santiago de Chile, y 47 no participantes en clubes.

Los criterios de inclusión fueron seleccionar a sujetos que viviesen en la comunidad, en la comuna de Puente Alto, y que tuvieran 70 años y más.

Los criterios de exclusión fueron el deterioro cognitivo, determinado mediante la aplicación de MMSE y PFAQ (MMSE abreviado < 13 puntos y test Pfeiffer > 5 puntos), la depresión severa, determinada según la aplicación del test GDS 15 (GDS 15 > 10 puntos) y la limitación funcional severa, determinada mediante cinco ítems del cuestionario SF36, y/o la imposibilidad de llegar por sus propios medios al lugar de encuestaje.

Luego de realizado el *screening* de los criterios de exclusión, se descartaron cinco sujetos: tres del primer grupo y dos del segundo: tres personas se excluyeron por obtener GDS 15 > 10 puntos, y dos por obtener MMSE abreviado < 13 puntos. De esta forma, la muestra final quedó constituida por 90 sujetos: 45 participantes en clubes y 45 no participantes.

¹ Basados en los hallazgos de Schmidt (2007), se asumió que para detectar una diferencia de al menos 12% en el puntaje de la escala de Bugen (afrontamiento de la muerte) entre las personas mayores en el cuartil superior de puntaje de la escala de bienestar espiritual y aquellas en el cuartil inferior de puntaje de dicha escala, se requería de una muestra de 90 personas.

El protocolo del estudio fue aprobado por el comité de ética del INTA². Todos los participantes fueron informados sobre el estudio hasta asegurar su total comprensión y firmaron un consentimiento aprobado por el mismo comité.

Instrumento de recolección de datos

Se confeccionó un cuestionario que fue sometido a discusión de expertos, compuesto por 131 preguntas, agrupadas en nueve módulos temáticos de información:

1. Datos generales
2. Nivel educacional y tiempo libre
3. Composición del hogar, estado civil y relaciones de ayuda
4. Auto-percepción de salud
5. Situación laboral, ingresos y bienes
6. Evaluación de la función cognitiva (MMSE)
7. Síntomas depresivos (GDS15)
8. Escala de bienestar espiritual de Ellison
9. Escala de afrontamiento de la muerte de Bugen

La escala de bienestar espiritual de Ellison (Ellison, 1983) tiene 20 ítems con graduación de tipo Likert, que van desde «total acuerdo» hasta «total desacuerdo». La escala se compone de dos sub-escalas: una para la dimensión existencial y otra para la religiosa, por lo cual se generan tres resultados: el nivel de bienestar espiritual general, nivel de bienestar espiritual religioso y nivel de bienestar espiritual existencial.

Según datos reportados por Ellison, el coeficiente de confiabilidad de la escala de bienestar espiritual para la versión española es de 0.93 (bienestar espiritual general), 0.96 (bienestar espiritual religioso) y 0.86 (bienestar espiritual existencial).

La escala de afrontamiento de la muerte de Bugen está constituida por 30 ítems, con la misma graduación Likert que Ellison, desde el «total acuerdo» al «total desacuerdo». Tiene un puntaje mínimo

² Departamento de Nutrición, Salud Pública y Envejecimiento Saludable del Instituto de Nutrición y Alimentos de la Universidad de Chile.

de 30 y máximo de 210 puntos. El mal afrontamiento a la muerte se considera para aquellos sujetos que puntúen bajo el percentil 25, el buen afrontamiento para quienes puntúen sobre el percentil 75, y un afrontamiento neutro para los sujetos que se ubiquen en la zona intermedia.

Su validación al español (España y Cuba) tiene una comprensión lingüística comprobada, con un alfa de 0.824 (Schmidt, 2007). Para este estudio se realizó un pre-test a 12 adultos mayores, con prueba efectiva de comprensión y una adaptación lingüística de tres preguntas. Aprobados los instrumentos definitivos, se obtuvo, para la escala de Ellison, un alfa de 0.8043 y para la escala de Bugen un alfa de 0.7892.

Análisis estadístico

La información recolectada fue analizada con técnicas estadísticas descriptivas y probabilísticas mediante el software estadístico STATA, versión 12.0.

Se categorizaron los puntajes de la escala de Bugen según distribución percentilar en mala < p25, buena > p75 y regular para los puntajes entre ambos valores.

Para la escala de bienestar espiritual se buscaron asociaciones entre ambos instrumentos y con las variables sociodemográficas del estudio a través del cálculo de OR e intervalos de confianza.

También se estudió la correlación entre las variables primarias mediante correlación simple de Pearson y se desarrollaron distintos modelos de regresión logística para estudiar el efecto del bienestar espiritual sobre temor a la muerte, considerando co-variables como escolaridad, participación en clubes, religión y depresión moderada, ajustados por edad y sexo.

*Resultados**A. Descripción de los instrumentos*

TABLA 1.
DISTRIBUCIÓN DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN LAS ESCALAS
DE ELLISON Y BUGEN DE LA MUESTRA TOTAL

Escala / Puntaje	Escala de bienestar espiritual de Ellison			Escala de afrontamiento de la muerte de Bugen
	BE existencial	BE religioso	BE general	
Puntaje mínimo	28	35	71	110
Puntaje máximo	59	60	118	203
Desviación estándar	5.9	6.1	10.3	21.6
Promedio	45	51.1	96.1	156.5
Percentil 25	42	46	89	143
Percentil 33	43	49	91	149
Percentil 66	47	55	100	164
Percentil 75	48	56	102	170

TABLA 2.
CATEGORÍAS DEL BIENESTAR ESPIRITUAL Y EL AFRONTAMIENTO
DE LA MUERTE EN LA MUESTRA TOTAL, SEGÚN EDAD

Edad / Categoría	<75 años	75 – 79	80 +	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	
Escala de Ellison				
Moderado/Alto (>p25)	34 (79)	18 (75)	14 (61)	66 (73)
Bajo (<p25)	9 (21)	6 (25)	9 (39)	24 (27)
Total	43 (100)	24 (100)	23(100)	90 (100)
Escala de Bugen				
Moderado/Alto (>p25)	34 (83)	17(74)	13 (59)	64 (74)
Bajo (<p25)	7 (17)	6 (26)	9 (41)	22 (26)
Total	41(100)	23(100)	22 (100)	86 (100)

Las Tablas 1 y 2 presentan los descriptores de las escalas utilizadas: para la escala de bienestar espiritual de Ellison se obtuvo un puntaje mínimo de 71 y un máximo de 118, con un promedio

de 96.06 y una desviación estándar de 10.31. El percentil 25 (bajo bienestar espiritual) para la escala general se ubicó en los 89 puntos, lo que considera a 24 sujetos con bajo bienestar espiritual.

Para la sub-escala religiosa, el percentil 25 se ubicó en los 46 puntos, considerando también a 24 sujetos con bajo bienestar espiritual religioso; para la sub-escala existencial, el percentil 25 fue en los 42 puntos, lo que considera a 29 sujetos con bajo bienestar espiritual existencial.

En tanto, la escala de afrontamiento a la muerte de Bugen obtuvo un puntaje mínimo de 110 y un máximo de 203, con un promedio de 156.47 y una desviación estándar de 21.57. El percentil 25 se ubicó en los 143 puntos, lo que considera a 22 sujetos con mal afrontamiento de la muerte.

En relación a las categorías del bienestar espiritual y del afrontamiento de la muerte, según la edad, se puede señalar que para ambas escalas el porcentaje de sujetos que se ubican por encima del percentil 75 alcanza al 73% en el caso de Ellison y a un 74% en la escala de Bugen. En cuanto a los tramos de edad, las escalas encuentran su mayor diferencia en el grupo de menores de 75, pero sus percentiles se acercan al llegar al grupo de los 80 años y más.

A. Asociaciones

TABLA 3.
ASOCIACIÓN ENTRE MAL AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE
Y LAS CATEGORÍAS DEL BIENESTAR ESPIRITUAL

Mal afrontamiento de la muerte (<p25)		OR	95% IC	p
Bienestar espiritual	General	Moderado/Alto (>p25)	1	
		Bajo (<p25)	5.2	1.8 14.8
	Religioso	Moderado/Alto (>p25)	1	
		Bajo (<p25)	2.9	1.1 8.3
	Existencial	Moderado/Alto (>p25)	1	
		Bajo (<p25)	6.8	2.3 19.8

La Tabla 3 describe los resultados para la asociación entre el un mal afrontamiento de la muerte y las categorías de bienestar espiritual moderado/alto y bajo. Destaca que todas las categorías

del bienestar espiritual bajo se asocian significativamente con el mal afrontamiento de la muerte; es decir, se comprueba que a un bajo bienestar espiritual, las personas mayores presentarían un mal afrontamiento de la muerte, lo cual, para el caso del bienestar espiritual existencial, alcanza un OR cercano a 7.

TABLA 4.
ASOCIACIÓN ENTRE MAL AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE
Y LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Mal afrontamiento de la muerte (<p25)	OR	95% CI	p
Tener pareja	0.9	0.3 3	.946
Participar en clubes	0.4	0.1 1.2	.112
Vivir solo	0.7	0.2 2.1	.561
Practicar una religión	0.9	0.6 1.5	.848
Tener < 12 años de educación	1.1	0.5 2.5	.796
Edad > 80 años	0.3	1 10.9	.043
Tener depresión moderada	0.8	0.2 2.5	.722

La Tabla 4 señala que, tras efectuar los distintos cruces posibles entre las variables independientes del estudio, se comprobó que ninguna de ellas se relaciona significativamente con el bienestar espiritual de los sujetos. De esta forma, no se encontraron diferencias significativas entre el bienestar espiritual de los sujetos y su sexo, su edad, su composición del hogar u otras variables. Solo se obtuvo una diferencia del bienestar espiritual entre los sujetos participantes en clubes y los no participantes en clubes, pero esta no alcanza a ser significativa.

Asimismo, se estudiaron todas las distintas asociaciones posibles para ambas escalas, obteniendo únicamente como resultado que existe asociación entre ser mayor de 80 años y tener un mal afrontamiento de la muerte; es decir, aquellos sujetos con edad de 80 o más tienen 3.4 veces más probabilidades de tener un mal afrontamiento de la muerte ($p = .043$).

Por el contrario, la única relación de «protección» significativa fue entre las dos escalas utilizadas (Tabla 3), especialmente entre el buen afrontamiento a la muerte y un moderado y alto bienestar espiritual existencial. Ahora bien, también se demostró una tendencia

de asociación positiva entre participar en clubes y un buen afrontamiento a la muerte, pero esta no fue significativa.

Por otra parte, no se han encontrado relaciones entre una mala autoevaluación de salud, ni entre enfermedades crónicas, cardiovasculares o limitación funcional y el afrontamiento a la muerte de las personas mayores.

Solo existe una asociación entre una buena autoevaluación de salud y un moderado/alto bienestar espiritual existencial ($p = .042$), pero esta relación no se repite con ninguna categoría de salud, y el bienestar religioso.

TABLA 5.
ASOCIACIÓN ENTRE BIENESTAR ESPIRITUAL BAJO
Y LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

Bienestar espiritual bajo (<p25)	OR	95%CI	p
Tener pareja	0.4	0.1 1.4	.154
Participar en clubes	1	0.4 2.5	1.000
Vivir solo	0.9	0.3 2.4	.784
Practicar una religión	0.8	0.5 1.3	.371
Tener < 12 años de educación	0.7	0.3 1.6	.390
Edad > 80 años	1.5	0.9 2.5	.122
Tener depresión moderada	3.1	1.2 8.5	.024

De todas las asociaciones posibles, entre el bienestar espiritual y las otras variables estudiadas, la única que resultó ser significativa fue la presencia de sintomatología depresiva ($p = .024$), en este caso entre bienestar espiritual bajo y depresión moderada o leve, ya que la depresión severa, como hemos mencionado, fue criterio de exclusión. De esta forma, la Tabla 5 indica que los sujetos con depresión moderada tienen 3.14 veces más probabilidades de tener un bajo bienestar espiritual.

Ahora bien, si esta asociación se estudia entre la depresión moderada y los componentes del bienestar espiritual por separado, se obtiene que la sub-escala religiosa no se asocia significativamente, mientras que la sub-escala existencial alcanza una $p = .004$.

De las otras variables de las que se esperaba obtener una asociación, ni la religión, ni sexo, ni edad han demostrado relacionarse efectivamente con este constructo.

Por último, la única variable que presentó una relación de correlación con el bienestar espiritual de los sujetos fue precisamente su afrontamiento de la muerte, tal como se señaló en la hipótesis inicial: ambas variables presentan una asociación de correlación de .35.

B. Regresiones y modelos

Modelos de regresión logística para ajustar la relación entre el mal afrontamiento de la muerte y el bajo bienestar espiritual.

TABLA 6.
MODELO PARA EL MAL AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE

Mal afrontamiento de la muerte (<p25)	MODELO 1			MODELO 2			MODELO 3			MODELO 4		
	OR	95%IC	P	OR	95%IC	P	OR	95%IC	P	OR	95%IC	P
Bienestar espiritual bajo	5.2	1.8 14.8	.002	5.6	1.9 16.9	.002	6.2	1.9-20.4	.003	6.8	1.9 23.9	.003
Sexo				0.9	0.2 3.1	.817	0.9	0.2 3.7	.872	0.1	0.2 4.5	.996
Participar en clubes				0.4	0.1 1.2	.106	0.3	0.1 0.9	.027	0.2	0.1 0.7	.017
Edad 75-79							1.9	0.5 7.8	.340	1.9	0.4 8.1	.367
Edad 80 y más							4.4	1.1 18.3	.040	5.3	1.2 23.7	.029
Escolaridad de 8 a 12 años							2.3	0.7 7.6	.179	2.8	0.8 10.2	.108
Escolaridad de 13 y + años							1.1	0.1 14.7	.921	1.4	0.1 21.1	.809
Ser cristiano no católico/a										1.3	0.1 12.7	.783
Ser católico/a										1.6	0.2 9.9	.597

Al efectuar regresiones entre los resultados de los sujetos para las dos escalas estudiadas se demostró una asociación cruda, que indica que los sujetos con un bajo bienestar espiritual tienen 5.2

veces más probabilidades de desarrollar un mal enfrentamiento de la muerte (ver Tabla 6).

Esta relación entre ambas fue significativa. Sin embargo, para exponer esta dependencia frente a distintos escenarios se efectuaron distintos modelos que controlaran la posible interacción de otras variables.

De esta forma, y bajo la hipótesis de que la participación y el sexo son variables intervinientes, se comenzó por ajustar el modelo según la participación de las personas mayores en clubes, y el sexo, obteniendo que las probabilidades aumentaron a 5.6.

Luego se controló por participación en clubes, sexo, edad y años de escolaridad, donde se aumentó el riesgo de desarrollar un mal enfrentamiento a la muerte a 6.16.

Por último, se ajustó por cinco variables: sexo, participación en clubes, edad, años de escolaridad y religión; y las probabilidades aumentaron a 6.81.

Por lo tanto, se concluye que, con un 95% de confianza, el modelo ajustado es significativo para estimar que los sujetos con un bajo bienestar espiritual tendrán 6.81 veces más riesgo de desarrollar un mal enfrentamiento a la muerte que aquellos sujetos que presenten un bienestar espiritual moderado y alto.

Cabe señalar que se exploraron todas las interacciones posibles y no existe interacción entre el bienestar espiritual y las otras variables que ajustaron; es decir, las variables que controlaron en estos modelos no están relacionadas entre sí.

Coincidentemente, en los cuatro modelos efectuados para el mal afrontamiento a la muerte, las variables con mayor asociación fueron: el bajo bienestar espiritual, especialmente su sub-escala existencial, y las condiciones de participar en clubes y ser mayor de 80 años.

Con todo, el bienestar espiritual ha sido la variable más importante en la explicación del afrontamiento de la muerte, posicionándose en el primer lugar de significancia de los cuatro modelos.

Sin embargo, no se encontraron asociaciones significativas que favorezcan al bienestar espiritual: ni los factores sociodemográficos, ni la religión, ni las características de salud han demostrado relacionarse con este constructo.

La edad mayor a 80 años demostró asociarse con un mal afrontamiento de la muerte. Sin embargo, no está condicionada por el bienestar espiritual, ya que es independiente.

En el mismo sentido, se puede señalar que mientras mayor es una persona, peor afrontamiento de la muerte demuestra. Mientras que, por el contrario, la participación en clubes demuestra asociarse a un peor afrontamiento de la muerte, en tanto su relación demuestra ser significativa en tres de los cuatro modelos expuestos.

Por otra parte, un bajo bienestar espiritual existencial y tener más de 80 años son riesgo de tener un mal afrontamiento a la muerte, mientras que participar en clubes y tener un moderado y alto bienestar espiritual general son factores protectores del miedo a la muerte.

TABLA 7.
MODELOS PARA EL BIENESTAR ESPIRITUAL BAJO

Bienestar espiritual bajo (<p25)	MODELO 1			MODELO 2			MODELO 3			MODELO 4		
	OR	95%IC	P	OR	95%IC	P	OR	95%IC	P	OR	95%IC	P
Depresión moderada	3	1.2 8.5	.024	3.1	1.1 8.5	.028	3.9	1.3 12.0	.016	4.1	1.3 12.9	.016
Sexo				2.6	0.7 10.0	.170	2.9	0.7 1.3	.162	2.9	0.6 14.4	.180
Edad 75-79							1.9	0.5 7.2	.331	1.6	0.4 6.2	.480
Edad 80 y +							3.3	0.9 11.8	.061	3.2	0.9 11.9	.076
Escolaridad de 8 a 12 años							0.9	0.3 2.7	.852	1.0	0.3 3.2	.991
Escolaridad de 13 y + años							0.8	0.1 9.5	.889	0.7	0.1 7.9	.759
Participar en clubes										1.1	0.4 3.4	.785
Ser cristiano no católico/a										0.2	0.0 2.2	.200
Ser católico/a										0.8	0.1 3.9	.737

La Tabla 7 expone las potenciales variables explicativas de un bienestar espiritual bajo. Sin embargo, para los cuatro modelos efectuados para probarlo, la única asociación significativa fue la depresión. Es más, esta asociación se mantuvo –y fue en aumento– al ajustar el modelo por sexo, edad, escolaridad, participación en clubes y religión de los sujetos.

Por último, se efectuaron regresiones entre el bienestar espiritual bajo y el mal afrontamiento a la muerte ajustado por religión para saber si esta última incide en el bienestar espiritual; sin embargo, no se obtuvieron resultados significativos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente estudio se comprueba que el bienestar espiritual se asocia con un bajo temor a la muerte, lo cual es concordante con otros estudios que demostraron resultados similares (Vázquez, 2001; Harding et al., 2005; San Martín, 2008).

Ahora bien, desde la literatura ello es esperable, en tanto el bienestar espiritual se comprende como un conjunto de creencias y prácticas acerca de un significado último de la vida que orienta la conducta y entrega un soporte de seguridad personal.

Sin embargo, no ha sido posible identificar variables que incidan sobre el bienestar espiritual para fomentarlo: ni la religión, ni el género, ni aun la edad han demostrado relacionarse efectivamente con este constructo.

Por lo mismo, se plantea desde ya una nueva pregunta a estudiar: si un alto bienestar espiritual puede reducir efectivamente el temor a la muerte en personas mayores, entonces ¿qué factores son capaces de estimular este alto bienestar espiritual?

Esto porque se demuestra que la posibilidad de tener un bajo temor a la muerte en personas mayores estaría favorecido por participar en clubes, por tener menor edad y, en mayor medida, por tener un alto bienestar espiritual. No obstante, no se han encontrado variables que se asocien, ni menos que expliquen los distintos grados de bienestar espiritual de una persona mayor.

En este sentido, autores como Kliewer y Saultz (2006) consideran a la espiritualidad en términos absolutos, es decir, como una condición inherente a las personas, donde lo que varía no es su presencia/ausencia, sino las experiencias o esquemas culturales espirituales a los que la persona ha sido expuesta, lo cual justificaría en parte la dificultad de encontrar variables que intervengan en su incidencia.

Por lo tanto, y a partir de estos hallazgos, debemos preguntarnos especialmente: ¿cómo fomentar el bienestar espiritual existencial?, que ha demostrado ser el que más disminuye el temor a la muerte.

Este estudio no ha encontrado variables que cumplan dicho efecto, salvo el descenso del nivel de depresión de las personas mayores.

Del mismo modo, sería muy interesante estudiar cómo la religión modula al bienestar espiritual de las personas mayores, pues en este estudio ha resultado que las personas que adhieren a una creencia cristiana no católica estarían más protegidos frente al temor a la muerte que sus pares que adhieren a la religión católica, o a ninguna, pero presumiblemente por el tamaño de la muestra, esta diferencia no ha sido significativa.

Todo lo anterior indica que se requieren más estudios vinculados al bienestar espiritual y a su incidencia en la calidad de vida de las personas mayores; estudios longitudinales que aporten mayor evidencia para identificar las posibles asociaciones que disminuyan el temor a la muerte y que nos permitan diseñar intervenciones más efectivas hacia su necesaria reducción.

REFERENCIAS

- Blaikie, N. y Kelsen, G. (1979). Locating Self and Giving Meaning to Existence: a Typology of Paths to Spiritual Well-being Based on New Religious Movements in Australia. En Moberg, D. O. (ed.). *Spiritual Well-being: Sociological Perspectives* (pp. 133-151). Washington: University Press of America.
- Bugen, L. A. (1981). Coping: Effects of Death Education. *Journal of Death and Dying*, 11, 175-183.
- Ellison, C. y Paloutzian, R. (1983). Loneliness, Spiritual Well-Being and Quality of Life. En L. A. Peplau y D. Perlman. *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research, and Therapy*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual Well-being. Conceptualization and Measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11(4), 340.
- Erikson, E. (1963). *Identidad, juventud y crisis*. Madrid: Taurus Humanidades.
- Harding, Fannnelly, Weaver y Costa (2005). The Influence of Religion on Death Anxiety and Death Acceptance. *Mental Health, Religion & Culture*, 8, 253-261.
- Kliewer, S. y Saultz, J. (2006). *Health care and spirituality*. Reino Unido: Radcliffe.
- Moberg, D. (1979). *Spiritual Well-being: Sociological Perspectives*. Washington, D.C.: University Press of America.

- Pargament, K. I. (1998). Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 74, 710-724.
- Peri, T. A. (1995). Promoting Spirituality in Persons with Acquired Immunodeficiency Syndrome: a Nursing Intervention. *Holistic Nursing Practice*, 10(1), 68-76.
- Peterson, Ch. y Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues. A Handbook and Classification*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Reed, P. G. (1991). Self-transcendence and Mental Health in Older Adults. *Nursing Research*, 4(3), 5-11.
- San Martín, C. (2008). La espiritualidad en el proceso de envejecimiento del adulto mayor. *Hologramática*, 8, 103-120.
- Schmidt, J. (2007). *Validación de la versión española de la escala de Bugen de afrontamiento de la muerte y del perfil revisado de actitudes hacia la muerte: estudio comparativo y transcultural*. Granada: Universidad de Granada.
- Uribe, A. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pen-samiento Psicológico*, 08, 109-120.
- Uribe, A. (2007b). El proceso de morir y los duelos en la enfermedad crónica. *Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica*, 201-223.
- Vázquez, F. (2001). La espiritualidad como estilo de vida y bienestar en el último tramo de la vida. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 48, 615-634.

CAPÍTULO I I

CONDUCTAS SUICIDAS EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

PABLO MÉNDEZ-BUSTOS
Universidad Católica del Maule

CARLOS MELLADO
Universidad Santo Tomás

CARLA MÉNDEZ
Universidad Autónoma de Chile

INTRODUCCIÓN

En Chile los adultos mayores representan al 15% de la población y se estima que para el 2025 por primera vez las personas con más de 65 años superarán a los menores de 15 años. Así, los problemas relacionados con la tercera edad se han vuelto una temática de salud pública, siendo el suicido una de los principales focos de interés (Ministerio de Salud [MINSAL], 2014).

El fenómeno del suicidio es un proceso multidimensional complejo que va desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado y está determinado por la interacción dinámica de factores biológicos, genéticos, psiquiátricos, psicológicos, económicos, sociodemográficos, familiares y culturales (Wasserman et al., 2012; World Health Organization [WHO], 2014). A nivel mundial, se estima que un

millón de personas muere por suicidio cada año (WHO, 2014). Para el año 2020, aproximadamente 1,5 millones de personas morirán por esta causa y se producirán entre 10 a 20 veces más intentos suicidas (Bertolote y Fleishmann, 2002). Chile no se encuentra ajeno a este fenómeno: la tasa de mortalidad por suicidio (TMS) se ha triplicado en las últimas décadas. En el período 2000-2011 la tasa general de muerte por esta causa fue de 12.1 por cien mil habitantes, encontrándose en las regiones de la zona sur de Chile las mayores tasas (Bustamante et al., 2016; Otzen, Sanhueza, Manterola y Escamilla, 2014).

La investigación reporta una distribución diferencial de la conducta suicida por sexo y edad. Las mujeres realizan dos a tres veces más intentos suicidas que los hombres (Aghanwa, 2004; Nock et al., 2008); sin embargo, los hombres presentan una tasa entre dos y cuatro veces mayor de suicidio consumado (Värnik et al., 2009). El año 2011 se produjeron 3.779 muertes por suicidio en Chile. De estas, 2.740 correspondieron a hombres y 1.039 a mujeres (Departamento de Estadísticas e Información de Salud de Chile [DEIS], 2016). Esta diferencia por sexo se acrecienta durante la tercera edad (Canetto, 2008), siendo el suicidio 6 a 12 veces más alto en hombres que en mujeres (Karch, 2011). Según el MINSAL (2013), en Chile, el 70% de las muertes por suicidio se produce en personas mayores de 40 años y la tasa de mortalidad en mayores de 65 años alcanza el 20.6 por cada 100.000 habitantes en hombres y el 5.0 por cada 100.000 habitantes en mujeres. Esta diferencia por sexo ha sido atribuida a una mayor planificación, menores precauciones al momento de realizar el intento suicida y al uso de métodos más letales por parte de los hombres (Karch, 2011; Wanta, Schlotthauer, Guse y Hargarten, 2009).

Las personas con una vulnerabilidad específica pueden presentar mayor propensión a una conducta suicida cuando están expuestos a eventos estresantes, sobre todo durante un largo período de tiempo (Mann, Wateraux y Malone, 1999). Los adultos mayores son un grupo de gran vulnerabilidad, ya que enfrentan una serie de dificultades propias del envejecimiento; por ejemplo, mayores problemas de salud, institucionalización, jubilación, dificultades económicas, viudez, maltrato físico y psicológico, trastornos psiquiátricos y falta de apoyo social (MINSAL, 2013). De este modo, la evidencia indica que las personas de la tercera edad constituyen un grupo de riesgo

suicida, siendo necesario identificar los factores que influyen en esta vulnerabilidad y así definir estrategias específicas de prevención del suicidio, enfatizando la importancia de una evaluación temprana y oportuna que facilite el acceso a un tratamiento efectivo. Por esta razón, el objetivo del presente capítulo es analizar los datos epidemiológicos del suicidio en adultos mayores, definiendo factores asociados y esbozando guías para la intervención.

DESARROLLO

Epidemiología

Durante las últimas décadas ha existido un importante aumento de las muertes por suicidio en la población general (Bertolote y Fleischmann, 2002). La WHO estimó al año 2012 una tasa de mortalidad por suicidio de 11.4 por cada 100.000 habitantes. Según un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014), en las Américas, el 36.8% de los suicidios se producen entre los 25 y 44 años, y el 19.9% en personas mayores de 60 años; sin embargo, la tasa más elevada se encontró en personas mayores de 70 años, con 12.4 muertes por cada 100 mil habitantes. En Chile, en las últimas décadas ha existido un aumento del 90% en las muertes por suicidio (Otzen et al., 2014; Silva, Vicente, Saldivia y Kohn, 2013). Esta cifra es aún más alarmante considerando que los datos de suicidio se encuentran subestimados debido a barreras socioculturales, estigmas religiosos o normativas legales que dificultan categorizar una muerte como suicidio (Malakouti et al., 2015). Se estima que existe un porcentaje mayor al 40% de suicidios en adultos mayores que son «suicidios silentes», es decir, suicidios que no son notificados y quedan sin registro (Alphs et al., 2016) o que son clasificados como «muertes de intención no determinada» (OPS, 2014).

Los intentos de suicidio en los adultos mayores son menos frecuentes que en las personas jóvenes; sin embargo, su eficacia es mayor (Rahimi et al., 2015). La tasa de muerte en mayores de 75 años a nivel mundial es de 55.7 por cada 100 mil habitantes en hombres y varía entre 5.6 y 18.8 por cada 100 mil habitantes en mujeres (WHO, 2012). En Chile, en los años 2012, 2014 y 2015 el

rango etario de 65 a 75 años presentó las tasas de suicidio más altas (17.7, 14.5 y 15.0 por cada 100.000 habitantes, respectivamente). Los hombres presentan el más alto porcentaje de mortalidad por esta causa, alcanzando un 32.15% (DEIS, 2016; MINSAL, 2014; Morales et al., 2016).

Factores predisponentes

Factores psiquiátricos y neurobiológicos

La prevalencia de patologías médicas es mayor en los adultos mayores, encontrándose mucho más expuestos al padecimiento de enfermedades crónicas y a la aparición de nuevas enfermedades que progresivamente deterioran su calidad de vida (MINSAL, 2014).

La asociación entre patologías físicas y enfermedades mentales aumentan el riesgo de suicidio en este grupo. Los accidentes cerebrovasculares incrementan este riesgo dada su asociación con el desarrollo de cuadros depresivos secundarios y un deterioro del funcionamiento social (O'Connell, Chin, Cunningham y Lawlor, 2004). Además, este tipo de enfermedades afectan el área frontal o subcortical del cerebro, las que se encuentran vinculadas a trastornos del ánimo y mayor impulsividad. Los hombres se muestran más vulnerables emocionalmente a los efectos de los problemas de salud físicos (O'Connell et al., 2004). Asimismo, patologías sistémicas y del sistema nervioso central se han correlacionado con un mayor riesgo de suicidio, tales como la epilepsia, la esclerosis múltiple, corea de Huntington, traumatismo encefalocraneano y artritis reumatoidea (Cattell, 2000).

En los adultos mayores las enfermedades de salud mental pasan muchas veces desapercibidas. En algunos casos se consideran síntomas propios del envejecimiento. Estudios que realizaron autopsias psicológicas encontraron que entre el 71% y 95% de los adultos mayores que consumaron el suicidio presentaron patologías psiquiátricas, principalmente depresión (O'Connell et al., 2004). Según antecedentes recogidos en los servicios de atención primaria de salud, en Chile el 90% de los casos de suicidio presentaban un diagnóstico psiquiátrico previo, y el 80% presentaba sintomatología asociada a cuadros depresivos (Morales et al., 2016). En general, la evidencia muestra que cualquier patología del eje I del DSM-IV es

un factor de riesgo para el suicidio, principalmente los trastornos del ánimo. Se estima que aproximadamente un 15% de los adultos mayores que consumaron el suicidio padecían de depresión mayor (Ribot et al., 2012).

Por otra parte, la demencia ha sido considerada un factor de riesgo, presentando prevalencias de ideación suicida que varían entre el 1% y 42%. Se postula que esta variabilidad está dada por el momento de evaluación del paciente, ya que los comportamientos suicidas (ideación, planificación e intentos) ocurren generalmente en pacientes con un diagnóstico reciente o no diagnosticados (Alphs et al., 2016).

La evidencia neurobiológica existente ha encontrado alteraciones post mortem relacionadas con el sistema serotoninérgico en individuos que consumaron el suicidio (Cattell, 2000). La alteración consiste en una desregulación del sistema serotoninérgico caracterizada por bajos niveles de ácido 5-hidroxiindoacético (5-HIAA; metabolito generado de la degradación de la serotonina) en el líquido cefalorraquídeo. Asimismo, niveles bajos de 5-HIAA y ácido homovanílico (HVA, metabolito de la degradación de la dopamina) se han correlacionado con la repetición de intentos (Jones et al., 1990).

Inhibición cognitiva

El envejecimiento afecta las funciones inhibitorias, la toma de decisiones y el control cognitivo (Richard-Devantoy, Szanto, Butters, Kalkus y Dombrovski, 2015). La inhibición cognitiva, componente del control cognitivo, consiste en la supresión activa del procesamiento de hechos irrelevantes. Esta es muy sensible al envejecimiento y se ha asociado a intentos de suicidio. El déficit del control cognitivo genera una reducción de las habilidades para responder en forma adaptativa a estresores, siendo asociada al desarrollo de conductas autolíticas (Gibbs et al., 2009; Ribot et al., 2012; Richard-Devantoy et al., 2015).

Se ha observado que los patrones de déficit de inhibición cognitiva en los adultos mayores que realizan intentos de suicidio difieren entre los intentos de alta y de baja letalidad. En los intentos de alta letalidad se observa que existe una demora en completar las tareas inhibitorias. En cambio, en los intentos de baja letalidad existe una

mayor cantidad de errores no corregidos, es decir, un descuido de la tarea o una disminución de su monitoreo (Richard-Devantoy et al., 2015). De esta manera, es fundamental la identificación precoz de las alteraciones del control cognitivo, de manera de facilitar el reconocimiento de los individuos en riesgo y definir esquemas terapéuticos dirigidos a las características propias de este tipo de pacientes.

Factores psicológicos y socioculturales

Muchas de las condiciones inherentes al envejecimiento pueden clasificarse como factores de riesgo asociados a la conducta suicida. De este modo, el riesgo aumenta con la edad, especialmente en mayores de 65 años, siendo los hombres divorciados o viudos quienes presentan los mayores riesgos de suicidio (MINSAL, 2013).

Muchos de los adultos mayores no tienen red de apoyo y tienen dificultades para realizar sus actividades diarias; se encuentran institucionalizados y expuestos a sufrir negligencia, lo que genera en ellos sentimientos de abandono y desesperanza, siendo esta la principal característica cognitiva de las personas suicidas (MINSAL, 2013). Los sentimientos de desesperanza y la ideación suicida en adultos mayores varían, alcanzando rangos entre el 1.2% al 17%, (O'Connell et al., 2004). En Chile se ha detectado que uno de los principales desencadenantes de la conducta suicida en la tercera edad se encuentra asociada a la sensación de exclusión y soledad, especialmente cuando se encuentran dentro de ambientes familiares hostiles o negligentes (MINSAL, 2014; Morales et al., 2016).

El 80% de los suicidios ocurren en países de bajos y medianos ingresos (WHO, 2014), lo que podría estar asociado a un deterioro de la calidad de vida de las personas, a un deficiente sistema de protección social y a estrategias de atención de salud incapaces de reducir el riesgo de aparición de conductas autolíticas. En los adultos mayores la jubilación provoca un desmedro en sus ingresos, afectando su calidad de vida y dificultando el acceso a bienes y la satisfacción de necesidades básicas. Esta precariedad económica se constituye en un factor social de riesgo suicida en adultos mayores chilenos (MINSAL, 2013).

Métodos utilizados

La mayoría de los adultos mayores usan métodos de alta letalidad en sus intentos de suicidio. Destacan ahorcamiento, armas de fuego, salto desde las alturas, exposición a químicos y daño con elementos cortopunzantes (Conwell, Duberstein y Caine, 2002). El tipo de método utilizado varía dependiendo del género; los hombres utilizan métodos más violentos que las mujeres (Rahimi et al., 2015). En Estados Unidos las armas de fuego es el medio más utilizado en hombres blancos de la tercera edad (Ribot et al., 2012; Cattell, 2000). En Chile el ahorcamiento ha sido el medio más utilizado al momento del suicidio (78.4%), seguido por el uso de armas de fuego (9%) (Otzen et al., 2014). En el caso de este grupo etario, el uso de medicamentos antagonistas de los canales de calcio favorecen la aparición de ideación suicida, incrementando el riesgo de muerte por intoxicación, ya que las intoxicaciones farmacológicas en adultos mayores son más severas que en población joven (Cobaugh, Miller, Pham y Krenzelok, 2015; Alphas et al., 2016). Es necesario considerar que existe un porcentaje indeterminado de adultos mayores que utiliza una forma de suicidio pasivo-silencioso (dejarse morir), desarrollando conductas opositoras como negarse a ingerir alimentos o medicamentos (MINSAL, 2013).

Evaluación

Más del 90% de las personas que cometieron suicidio presentaban uno o más trastornos psiquiátricos, representando al 47-74% de la población en riesgo de suicidio (Cavanagh et al., 2003). Además, se ha encontrado que más del 2% de quienes intentan suicidarse mueren durante el siguiente año y sobre el 7% lo hacen durante los siguientes 10 años (Owens, Horrocks y House, 2002). Muchos adultos mayores que se suicidan son evaluados en un período cercano al suicidio en centros de salud, principalmente por patologías médicas. Se estima que más de un 70% han sido evaluados el mes previo al suicidio (Pfaff y Almeida, 2004). Esto demuestra la importancia de la evaluación de la salud mental de los adultos mayores en sus controles periódicos.

La ideación suicida es referida directamente por un menor porcentaje de adultos mayores que de jóvenes (Conwell et al., 2002; Heisel, Duberstein, Lyness y Feldman, 2010; Jones et al., 1990); es fundamental evaluarla, ya que existe un proceso continuo entre ideas de muerte y suicidio consumado. La evaluación oportuna y la entrega de un tratamiento adecuado pueden detener el progreso de este continuo y así prevenir los intentos y el suicidio consumado. Si bien existe una definición clara por parte de los profesionales de salud mental respecto al riesgo de suicidio, es necesario considerar que en las clínicas psicológicas se observa que la forma en que la sintomatología asociada se presenta es muy diversa y requiere en ocasiones de una evaluación diferenciada según el caso, lo que se vuelve aún más relevante al considerar que los adultos mayores no presentan muchos síntomas o indicios antes del intento suicida (Echeburúa, 2015).

La evaluación debe realizarse con especial énfasis en los pacientes que presenten patologías psiquiátricas. En general, las ideas de muerte en los adultos mayores son subvaloradas debido a la creencia que este tipo de pensamientos son inherentes a esta etapa evolutiva. Por lo tanto, el diagnóstico precoz e inicio temprano de tratamiento de cualquier patología psiquiátrica, principalmente asociada al Eje I del DSM- IV, reducirán el riesgo de suicidio en adultos mayores. Para esto se deben considerar los aspectos emocionales, cognitivos y conductuales de los pacientes, de forma de detectar de forma temprana cualquier indicador de riesgo y de esta forma desarrollar una intervención oportuna (Echeburúa, 2015; Pfaff y Almeida, 2004).

Al considerar la evaluación que se realiza a pacientes que se presentan con riesgo suicida al servicio de urgencia, se observa que no existe un protocolo único en Chile para responder a la emergencia en los distintos establecimientos de salud. Sin embargo, se observa que el procedimiento más habitual consiste en la evaluación de dos áreas: en primer lugar, evaluar las condiciones físicas del paciente, si presenta daño físico o requiere tratamiento médico. Si la evaluación en esta dimensión es positiva y no se observa un riesgo suicida inminente, son enviados a su hogar a cargo de un familiar responsable. De manera paralela se genera una interconsulta para atención ambulatoria en el centro de la red de salud mental que le corresponda. En segundo lugar, se evalúa si se está frente a un paciente psicótico

con riesgo suicida; si no presenta necesidad de cuidados médicos, son hospitalizados en el servicio de psiquiatría. Cabe mencionar que en ocasiones por solicitud expresa del paciente o de la familia se hace una derivación a centros privados (Cárdenas, Santalices, Fredes y Florenzano, 2012; Echeburúa, 2015).

Tratamiento e intervención

Una vez que los pacientes pasan por el proceso de evaluación se suele comenzar con la elaboración de un plan de tratamiento acorde a las necesidades particulares de los pacientes. Como se ha mencionado con anterioridad, no existe un modelo único de intervención; sin embargo, los tratamientos cognitivo-conductuales junto con la terapia conductual-dialéctica son los que han demostrado mayor efectividad. En relación a la población de adultos mayores la evidencia es menor, debido al escaso abordaje de este fenómeno en esta población, ya que la sintomatología suele confundirse con un deterioro cognitivo propio de la edad. Pese a esto, la terapia interpersonal ha demostrado ser efectiva en mayores de 60 años con depresión e ideación suicida (Cárdenas et al., 2012; Echeburúa, 2015).

Independiente del modelo de intervención con el que se decida trabajar, se recomienda considerar tres aspectos; asegurar la integridad física de la persona, establecer una relación con el sistema de salud y con el entrevistador y establecer un tratamiento adecuado no solo para el riesgo suicida, sino también para los cuadros psiquiátricos de base que el paciente presente. Además, el reforzar las redes de apoyo –especialmente en los casos de adultos mayores– se vuelve una de las principales tareas de los sistemas de salud tratantes (Cárdenas et al., 2012; Echeburúa, 2015).

Además de realizar un diagnóstico precoz y oportuno, identificando factores de riesgo asociados a riesgo suicida, el foco de las estrategias debería estar en la prevención tanto primaria como secundaria de comportamientos autolíticos.

Dentro de la prevención primaria es importante la evaluación constante de la salud mental de los adultos mayores, de manera de realizar una pesquisa precoz de las patologías psiquiátricas, lograr una intervención temprana y así prevenir el aumento de riesgo de suicidio asociado a estas enfermedades (Pfaff y Almeida, 2004).

Cuando un adulto mayor se encuentra en tratamiento por alguna patología de salud mental es fundamental la evaluación periódica y el seguimiento constante, ya que estas patologías son un importante factor de riesgo. Es necesario analizar el historial de enfermedades psiquiátricas y de conductas suicidas de los pacientes, ya que cerca del 50% de los suicidios consumados presentaron intentos previos (Isometsa y Lonngqvist, 1998). Una posible recomendación es la utilización de instrumentos de screening y educación continua sobre la salud mental en los controles periódicos de los adultos mayores (Pfaff y Almeida, 2004). Otro aspecto es otorgar a los adultos mayores espacios para realizar actividades y para potenciar su contacto social, permitiendo la activación y creación de redes de apoyo. Asimismo, educar y acompañar al adulto mayor en el proceso de envejecimiento, de manera que se anticipe a eventuales cambios, optimizando sus estrategias de afrontamiento ante eventos estresantes (Pfaff y Almeida, 2004).

En relación a la prevención secundaria, el contexto en que ocurren los intentos y los suicidios en los adultos mayores se asocia a la presencia de patologías médicas y psiquiátricas y a eventos estresantes sociales. Dentro de estas existen factores no modificables como la presencia de patologías crónicas sistémicas, ante las cuales se sugiere mejorar el control y estabilidad de la patología, reduciendo efectos colaterales. Otros factores son modificables; por ejemplo, la red social de apoyo. De este modo, después de detectar intento de suicidio es importante fortalecer los aspectos sociales del individuo, así como activar los vínculos familiares y/o de otros significativos en su vida. Finalmente, se ha planteado que controlar y limitar el acceso a medios letales podría disminuir el riesgo de suicidios en adultos mayores (Cobaugh et al., 2015; Cattell, 2000).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El suicidio se ha transformado en un problema de salud pública mundial. Por lo mismo, es de suma importancia diferenciar grupos más vulnerables. Es el caso de los adultos mayores, cuyas tasas de muerte por suicidio han presentado un incremento en los últimos años. Es fundamental estudiar el fenómeno y desarrollar estrategias preventivas considerando las características evolutivas y los factores

de riesgo asociados a este grupo etario. Evaluar las ideas y comportamientos suicidas en un adulto mayor requiere de dispositivos de salud preparados para realizar un diagnóstico precoz de patologías psiquiátricas asociadas a conductas autolíticas y capacitados para promover factores protectores, principalmente asociados con el apoyo social formal e informal, enfatizando la participación en la comunidad

Finalmente, es necesario revisar y consensuar los diseños metodológicos de los estudios que indagan sobre el suicidio, favoreciendo de este modo la obtención de resultados comparables y optimizando su utilidad práctica. Además, es importante realizar estudios que permitan identificar características específicas, individuales y culturales a partir de las cuales elaborar estrategias de intervención y seguimiento que protejan y mejoren la calidad de vida de los adultos mayores.

AGRADECIMIENTOS

A la Escuela de Psicología de Santo Tomás, Talca y a la Escuela de Psicología de la Universidad Católica del Maule por entregarnos el tiempo y la infraestructura para investigar.

A todos aquellos profesores e investigadores que nos ayudaron en nuestra formación académica.

En general, a todas las personas de la tercera edad que han pensado alguna vez en quitarse la vida, pero que una palabra de esperanza, una sonrisa u otro gesto de apoyo los han hecho desistir.

REFERENCIAS

- Aghanwa, H. (2004). The Determinants of Attempted Suicide in a General Hospital Setting in Fiji Islands: a Gender-specific Study. *General Hospital Psychiatry*, 26(1), 63-69.
- Alphs, L., Brashear, H. R., Chappell, P., Conwell, Y., Dubrava, S., Khin, N. A. y Yaffe, K. (2016). Considerations for the Assessment of Suicidal Ideation and Behavior in Older Adults with Cognitive Decline and Dementia. *Alzheimer & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 2(1), 48-59.
- Bertolote, J. y Fleischmann, A. (2002). A Global Perspective in the Epidemiology of Suicide. *Suicidologi*, 7(2), 6-8.

- Bustamante, F., Ramirez, V., Urquidi, C., Bustos, V., Yaseen, Z. y Galynker, I. (2016). Trends and Most Frequent Methods of Suicide in Chile between 2001 and 2010. *Crisis*, 37(1), 21-30.
- Canetto, S. (2008). Women and Suicidal Behavior: a Cultural Analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 259-266.
- Cárdenas, J., Santalices, D., Fredes, A. y Florenzan, R. (2012). Protocolo de manejo del intento suicida en el Hospital del Salvador en Santiago de Chile. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 50(4), 149-254.
- Cattell, H. (2000). Suicide in the Elderly. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 102-108.
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M. y Lawrie, S. M. (2003). Psychological Autopsy Studies of Suicide: a Systematic Review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405.
- Cobaugh, D., Miller, M., Pham, T. y Krenzelo, E. (2015). Risk of Major Morbidity and Death in Older Adults with Suicidal Intent: a Cross-sectional Analysis from the National Poison Data System, 2000-2009. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(3), 501-507.
- Conwell, Y., Duberstein, P. y Caine, E. (2002). Risk Factors for Suicide in Later Life. *Biological Psychiatry*, 52, 193-204.
- Departamento de Estadísticas e información de Salud, DEIS (2016). Mortalidad por causas. *Ministerio de Salud, Gobierno de Chile*. Recuperado de <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2014/040-Chile.xlsx>
- Departamento de Estadísticas e información de Salud, DEIS (2016). Mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente, según sexo y grupo etario, por región y residencia. Chile 2000-2014. *Ministerio de Salud, Gobierno de Chile*. Recuperado de <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2016/09/suicidios-region-grupos-edad-2000-2014-2.xlsx>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117-126.
- Gibbs, L., Dombrowski, A., Morse, J., Siegle, G., Houck, P. y Szanto, K. (2009). When the Solution is Part of the Problem: Problem Solving in Elderly Suicide Attempters. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(12), 1396-1404.
- Heisel, M., Duberstein, P., Lyness, J. y Feldman, M. (2010). Screening for Suicide Ideation among Older Primary Care Patients. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 23(2), 260-269.
- Isometsa, E. T. y Lonnqvist, J. K. (1998). Suicide Attempts Preceding Completed Suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 173, 531-535.
- Jones, J. S., Stanley, B., Mann, J. J., Frances, A. J., Guido, J. R. Traskman-Bendz, L. y Stanley, M. (1990). CSF 5-HIAA and HVA Concentrations in Elderly Depressed Patients who Attempted Suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 147(9), 1225-1227.

- Karch, D. (2011). Sex Differences in Suicide Incident Characteristics and Circumstances among Older Adults: Surveillance Data from the National Violent Death Reporting System-17 U.S. States, 2007-2009. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(8), 3479-3495.
- Malakouti, S. K., Davoudi, F., Khalid, S., Ahmadzad Asl, M., Moosa Khan, M., Alirezai N. y DeLeo, D. (2015). The Epidemiology of Suicide Behaviors among the Countries of the Eastern Mediterranean Region of WHO: a Systematic Review. *Acta Medica Iranica*, 53(5), 257-265.
- Mann, J. J., Waternaux, Ch., Haas, G. L. y Malone, K. (1999). Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189.
- Ministerio de Salud (2013). Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Orientaciones para su Implementación. *Departamento de Salud Mental, Gobierno de Chile*.
- Ministerio de Salud (2014). Programa nacional de salud de personas mayores. Gobierno de Chile.
- Morales, S., Fischman, R., Echavarri, O., Barros, J., Armijo, I., Moya, C. y Nuñez, C. (2016). Vivencia-expresión de rabia y razones para vivir en un grupo de pacientes chilenos con riesgo suicida. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 7, 60-68.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, Ch. B., Kessler, R. C. y Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-154.
- O'Connell, H., Chin, A. V., Cunningham, C. y Lawlor, B. (2004). Recent Developments: Suicide in Older People. *BMJ*, 329, 895-899.
- Organización Panamericana para la Salud (OPS). Oficina Regional para Las Américas (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10114%3Anew-paho-report-more-than-7-suicides-per-hour-in-the-america&Itemid=1926&lang=es
- Otzen, T., Sanhueza, A., Manterola, C. y Escamilla, J. (2014). Mortalidad por suicidio en Chile: tendencia en los años 1998-2011. *Revista Médica de Chile*, 142, 305-313.
- Owens, D., Horrocks, J. y House, A. (2002). Fatal and Non-fatal Repetition of Self-harm. Systematic Review. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 181, 193-199.
- Pfaff, J. J. y Almeida, O. (2004). Identifying Suicidal Ideation among Older Adults in a General Practice Setting. *Journal of Affective Disorders*, 83, 73-77.
- Rahimi, R., Ali, N., Noor, S., Mahmood, M. y Zainun, K. (2015). Suicide in the Elderly in Malaysia. *The Malaysian Journal of Pathology*, 37(3), 259-263.

- Ribot, R. V., Alfonso, R. M., Ramos, A. M. y González, C. A. (2012). Suicidio en el Adulto Mayor. *Revista Habanera de Ciencia Médicas*, 11(5), 699-708.
- Richard-Devantoy, S., Szanto, K., Butters, M. A., Kalkus, J. y Dombrowski, A. Y. (2015). Cognitive Inhibition in Elderly High-letality Suicide Attempters. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(3), 274-283.
- Silva, D., Vicente, B., Saldivia, S. y Kohn, R. (2013). Conducta suicida, trastorno psiquiátrico en Chile, un estudio poblacional. *Revista Médica de Chile*, 141, 1275-1282.
- Värnik, A., Kõlves, K., Allik, J., Arensman, E., Aromaa, E., van Audenhove, C. y Hegerl, U. (2009). Gender Issues in Suicide Rates, Trends and Methods among Youths Aged 15-24 in 15 European Countries. *Journal of Affective Disorders*, 113(3), 216-226.
- Wanta, A. T., Schlotthauer, A. E., Guse, C. E. y Hargarten, S. W. (2009). The Burden of Suicide in Wisconsin's Older Adult Population. *WMJ*, 108(2), 87-93.
- Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D. y Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) Guidance on Suicide Treatment and Prevention. *European Psychiatry*, 27, 129-141.
- World Health Organization (2012). *Mental Health*. Recuperado de <http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG34REGv?lang=en>.
- World Health Organization (2014). *Suicide Prevention. A Global Imperative*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1

CAPÍTULO 12

BIENESTAR SUBJETIVO E INCLUSIÓN FINANCIERA EN ADULTOS MAYORES

MARIANELA DENEGRI-CORIA

JOCELYNE SEPÚLVEDA-ARAVENA

Universidad de La Frontera, Núcleo en Ciencias Sociales y Humanidades,
Centro de Excelencia en Psicología Económica y del Consumo (CEPEC)

REGINA NAVARRO-BLANCO

Centro de Excelencia en Psicología Económica
y del Consumo (CEPEC), Universidad de La Frontera

JUAN CÁNCCHIG LOYA

Universidad Internacional SEK-Ecuador

INTRODUCCIÓN

Desde el año 2015, el Centro de Excelencia en Psicología Económica y del Consumo (CEPEC) de la Universidad de La Frontera desarrolla una línea de investigación orientada al estudio del bienestar subjetivo e inclusión financiera en adultos mayores social e intelectualmente activos. Ello constituye una respuesta frente al aumento a nivel mundial de la tasa de personas de 60 años o más (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002; 2015), donde Chile es uno de los países con mayor tasa de envejecimiento en Latinoamérica. En este escenario, la región de La Araucanía muestra cifras

de mayor porcentaje de adultos mayores en situación de pobreza en comparación con otras regiones del país (Ministerio de Desarrollo Social, 2012, 2016).

De esta forma, a la situación de pobreza, exclusión social y vulnerabilidad se suman los costos sociales y económicos a los cuales están expuestos los adultos mayores, y que impactan en las cifras de desarrollo del país (Cardona Arango y Peláez, 2012). En el ámbito económico, el envejecimiento progresivo de la población impacta en el crecimiento económico, ahorro, inversión, consumo, mercados de trabajo, pensiones, impuestos y transferencias intergeneracionales (Llanes Betancourt, 2015). A pesar de ello, se observa un escaso desarrollo del conocimiento científico respecto al comportamiento económico y financiero, el bienestar subjetivo y otras variables asociadas a la adultez mayor desde la perspectiva de la psicología económica.

El escenario de incertidumbre económica permanente, propio de los países en desarrollo, tiene efecto sobre el bienestar financiero individual y la planificación de los recursos necesarios para el retiro laboral en la vejez; por ejemplo, hay quienes se ven obligados a trabajar más tiempo del planeado, aceptar un plan de retiro temprano o intentar sobrevivir con pensiones que no satisfacen sus necesidades básicas. Todo ello hace que la situación económica del adulto mayor se vea afectada (Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009) y que además se vea comprometido su bienestar subjetivo, el cual es una variable clave para la garantía de la salud mental.

El bienestar subjetivo es la dimensión subjetiva de la calidad de vida y sus componentes son el afectivo, denominado felicidad, y el cognitivo, que es la satisfacción con la vida (Cuadra y Florenzano, 2011; Moyano, Martínez Tais y Muñoz, 2013; Pavot y Diener, 2008; Schnettler et al., 2012). La satisfacción con la vida (Cuadra y Florenzano, 2011; Csikszentmihalyi, 2014), se refiere a la evaluación positiva que una persona hace que su vida en general o de dominios específicos, como familia, estudio, trabajo, salud amigos y tiempo libre (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985; Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999).

Aunque se ha estudiado la satisfacción con la vida en la adultez mayor y en diferentes contextos culturales (Arraga y Villarroel, 2010; Borg y Blomqvist, 2006; Borg et al., 2008; Hernández, Fernández, Boto y Alonso, 2009), en Chile la investigación al respecto es más

limitada y reciente (Ramírez y Lee, 2012; Schnettler et al., 2017), y no se han reportado a la fecha estudios que hayan tratado de explorar en relación con variables asociadas a la inclusión económica y financiera en adultos mayores.

El segmento de la adultez mayor es de interés para la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE] (García, Grifoni, López y Mejía, 2013), junto con otros sectores socialmente vulnerables como los de mujeres jefas de hogar, estudiantes y población con menores ingresos y bajos niveles de educación, especialmente en el ámbito rural, dado que son los grupos con mayores niveles de exclusión financiera en Latinoamérica. La Red de Educación Financiera define la inclusión financiera como el proceso de promoción de un acceso asequible, oportuno y adecuado a una amplia gama de productos y servicios financieros regulados, así como la ampliación de su uso por todos los segmentos de la sociedad (García et al., 2013). De esta forma, la necesidad de inclusión financiera se ha convertido en un tema de agenda país asociado a políticas públicas, calidad de vida y desarrollo social y sostenible.

DESARROLLO

A continuación se presentan tres estudios desarrollados entre los años 2015 y 2016, que refieren a distintas etapas de esta línea de investigación y conducen a conclusiones acerca de características y necesidades de los adultos mayores de La Araucanía. Además, incentivan el desarrollo de nuevas etapas de investigación y proyectos en otras comunas con características sociodemográficas distintas a la capital de la región y al resto del país.

Estudio 1

Este estudio buscó indagar los significados asociados al bienestar subjetivo e inclusión financiera en adultos mayores de nivel socioeconómico bajo pertenecientes a clubes de adultos mayores de Temuco. Se desarrolló en colaboración con la Asociación de Usuarios y Consumidores del Sur.

Método

Diseño

Investigación cualitativa de carácter exploratorio. Se utilizó un diseño exploratorio bajo un modelo de investigación cualitativa para explorar y analizar los significados que las personas construyen desde su experiencia (Hsieh y Shannon, 2005).

Participantes

Se trabajó con una muestra intencionada, teniendo como criterio de inclusión no tener deterioro cognitivo visible, es decir, demostrar coherencia en la conversación, comprensión de instrucciones y ser capaces de responder preguntas simples. La muestra quedó constituida por 52 participantes, con edades entre 60 y 92 años ($M = 79$; $DS = 8.5$), en su mayoría mujeres (85%). Respecto a su situación de pareja, el 44% eran viudos/as, el 40% casados/as, 3% separados/divorciados y 3% vivían en unión libre.

Técnica de recolección

Se trabajó con la técnica de grupos focales, la que a través de una entrevista grupal estructurada y guiada (Morgan, 1971) permitió acceder a los significados elaborados por las personas desde la experiencia personal en relación al bienestar subjetivo e inclusión financiera.

Procedimiento

Los cuatro grupos focales se desarrollaron en las dependencias de cada club, y previo a su realización cada participante consintió su participación voluntaria a través de la firma del consentimiento informado.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados mediante el software de análisis cualitativo N-VIVO 10. Los procedimientos de análisis de contenido

empleados fueron de tipo convencional y sumativo (Hsieh y Shannon, 2005).

Resultados

Como primer hallazgo destacan las principales fuentes de felicidad de los participantes, las cuales son su familia y compartir con sus pares. En general se sienten satisfechos con la vida y los logros hasta ahora obtenidos. En cuanto al aspecto financiero, las prioridades de sus gastos se asocian con necesidades básicas de subsistencia, como la alimentación, servicios públicos domiciliarios, compra de leña (calefacción) y locomoción. En relación al ahorro, por la escasez de recursos que reciben, no tienen ahorro formal y evitan comprometerse con deudas por miedo a no tener capacidad de pago futura. El escaso ahorro que logran realizar está orientado a la necesidad básica de abastecimiento de leña, que se requiere para la calefacción en invierno. En su administración del dinero no indican dificultades y se autodescriben con características asociadas a un estilo actitudinal austero hacia el endeudamiento. Los resultados además indican que por su nivel socioeconómico bajo no suelen prestar dinero con mucha frecuencia. En cuanto a instrumentos financieros, reportan utilizar tarjetas de casas comerciales y tarjeta de débito.

Estudio 2

Este estudio buscó describir la posible relación entre satisfacción con la vida, capacidades financieras y actitudes hacia el endeudamiento en adultos mayores de Temuco.

Método

Diseño

Se utilizó un diseño descriptivo-exploratorio bajo un modelo de investigación cuantitativa para obtener información a través de diversas escalas (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Participantes

Se trabajó con una muestra intencionada no probabilística, teniendo como criterio de inclusión no tener deterioro cognitivo visible, es decir, demostrar coherencia en la conversación, comprensión de instrucciones y ser capaces de responder preguntas simples. La muestra quedó constituida por 101 adultos mayores con un promedio de 73.3 años de edad (DE = 7.89); el 55.4% se encontraban en la etapa de adultez mayor temprana (60-75 años) y el 44.6% de adultez mayor tardía (75 años en adelante). La mayor proporción de participantes fue de mujeres, con un 52%.

Instrumentos

Escala de satisfacción con la vida (Diener et al., 1985), actitudes hacia el endeudamiento (Denegri, Gaete, Rojas, Gómez y Aravena, 2012) y seguridad, confianza en las finanzas e independencia financiera (Carpenter y Moore, 2008).

Procedimiento

Los instrumentos fueron aplicados en asociaciones de adultos mayores, en lugares de trabajo o domicilio, previa a la aceptación y firma del consentimiento informado para participar voluntariamente del estudio.

Análisis de datos

Se empleó el programa estadístico SPSS 18. Se calculó la media y desviación estándar para cada una de las variables. Se realizó análisis exploratorio de puntuación total y por dimensiones de las escalas aplicadas, así como un análisis de relación entre variables con la prueba *r* de Pearson.

Resultados

En relación a la escala de satisfacción con la vida (escala de 1 a 6 puntos), el promedio obtenido fue $M = 4.6$ (DE = 1.1), con una puntuación promedio total de 22.7 puntos, siendo lo esperado para una satisfacción alta con la vida 30 puntos. Esto indica que

los adultos mayores participantes manifiestan un adecuado nivel de satisfacción con la vida.

Los resultados de la escala de seguridad, confianza en las finanzas e independencia financiera (escala de 1 a 5 puntos) muestran que los participantes obtienen en promedio 3.6 ($DE = 1.29$), con una puntuación promedio total de 20 puntos, lo que indica que los participantes se sienten medianamente seguros en el manejo de sus finanzas. Además, estos adultos mayores tienden a confiar en que pueden manejar sus finanzas sin ayuda de otros (68%), reconocen que siempre han manejado sus finanzas por su cuenta (62%) y manifiestan sentirse preparados para manejar su futuro financiero (62%). De manera global, un 57% se percibe como independiente financieramente y un 56% se siente seguro para afrontar gastos e imprevistos de forma inmediata.

Respecto a las actitudes hacia el endeudamiento (escala de 1 a 4 puntos), los adultos mayores mostraron una tendencia hacia la dimensión de austeridad con una media de 3.6 puntos ($DE = 0.72$), y para la dimensión hedónica una $M = 1.8$ ($DE = 0.84$).

Finalmente, se encontró una relación positiva y significativa entre la satisfacción con la vida y la independencia y seguridad financiera en el manejo de las finanzas ($r = .367, p < .001$), así como con la actitud austera hacia el endeudamiento ($r = .365, p < .001$), y ninguna relación con la actitud hedónica.

Estudio 3

Este estudio buscó identificar perfiles descriptivos de consumidores adultos mayores de 60-75 años del gran Temuco en torno a comportamiento económico y financiero y la satisfacción con la vida. La investigación se realizó en colaboración con la Asociación de Usuarios y Consumidores del Sur y fue financiada por el Servicio Nacional del Consumidor (SERNAC).

Método

Diseño

Se utilizó un diseño descriptivo-correlacional bajo un modelo de investigación cuantitativa para obtener información a través de diversas escalas e identificar perfiles (clúster) (Hair, Anderson, Tatham y Black, 1999).

Participantes

Se trabajó con una muestra probabilística. La muestra estuvo compuesta por 203 adultos mayores entre 60 a 75 años, con un promedio de 68.62 años de edad (DE = 5,6) y mayormente mujeres (64.5%). Respecto a su situación de pareja, la mayoría se encuentran casados/as (54%), seguidos de la categoría viudos/as (21.3%) y en promedio poseen 2.69 hijos (DE = 1.7). Respecto a la situación laboral, el 71.9% se encuentra jubilado (138), el 24.5% trabaja (47) y el 3.6% no trabaja (7). El 75.1% declara recibir pensión (151) y el 73% la recibe en efectivo. Respecto al nivel de escolaridad, los mayores porcentajes se encuentran en las categorías básica incompleta (25.9%) y media completa o técnica incompleta (21.4%).

Instrumentos

Encuesta de comportamiento financiero, escala de satisfacción con la vida (Diener et al., 1985), escala de actitudes hacia el endeudamiento (Denegri et al., 2012), escalera de felicidad de Gallup (Gallup-Healthways, 2014) y escala de actitudes hacia el ahorro (Denegri, Salvo, Sepúlveda y Villada, 2015).

Procedimiento

El trabajo en terreno fue realizado por un equipo de encuestadores y consideró los resguardos éticos para la investigación con seres humanos. Los participantes firmaron un consentimiento informado en el que aceptaban participar y reconocían haber sido informados de los objetivos y su derecho a negarse a responder o abandonar.

Análisis de datos

Los datos se procesaron en el SPSS 18. Se realizaron análisis exploratorios y descriptivos de las variables, análisis factoriales exploratorios (AFE) y análisis de clúster.

Resultados

Los resultados de la encuesta de comportamiento financiero revelan que el 94.6% es responsable de sus finanzas personales y el 77.7% se considera financieramente independiente. El 84.6% declara no haber pedido préstamos. El 52.5% no ahorra, y su principal razón es porque sus ingresos no lo permiten (91.8%). En tanto, el 47.5% ahorra, y las formas de ahorro más frecuentes son el banco (55.2%) y la alcancía (33.6%).

En cuanto a la satisfacción con la vida, la media fue 3.9 (DE = 0.74) y para felicidad fue de 7.17 (DE = 1.89; media significativamente diferente del punto medio de la escala, que es 5). Estos datos indican que los participantes manifiestan una satisfacción y felicidad de media a alta.

En relación a las actitudes hacia el endeudamiento existe una predominancia del estilo austero ($M = 3.58$; $DE = 0.52$) por sobre el estilo hedonista ($M = 2.3$; $DE = 0.71$). En tanto, para el ahorro el estilo actitudinal de mayor predominancia es previsión futura ($M = 3.34$; $DE = 0.47$), en oposición a una actitud más inmediatista ($M = 2.39$; $DE = 0.66$).

El análisis de clúster reveló la presencia de dos clústers. El clúster 1, denominado *previsores*, agrupa el 49.2% de la muestra, está compuesto por personas que alcanzaron un nivel educacional de educación media o técnica, predominantemente activos laboralmente (51.1%), con alta confianza en el sistema (72.7%) y esencialmente no gastadores o preocupados por el futuro (69.3%). El clúster 2, denominado *inmediatista*, agrupa el restante 50.8% de la muestra, está compuesto por personas de bajo nivel educacional con educación básica o menor (86.8%), los que en un 100% no trabajan, con baja confianza en el sistema financiero (65.9%) y con mayor tendencia a gastar en el presente. Este clúster está principalmente compuesto por mujeres.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La síntesis de los estudios que se han presentado en este capítulo permite obtener un panorama general respecto a las actitudes y comportamiento económico y financiero de los adultos mayores, así como respecto a la satisfacción con la vida. Los resultados de los tres estudios relevan hallazgos recurrentes respecto a las variables investigadas, lo que permite caracterizar a los adultos mayores de la ciudad de Temuco.

Respecto al componente cognitivo del bienestar subjetivo, los resultados revelan que los adultos mayores se sienten satisfechos con su vida, lo que resulta congruente con evidencias en la literatura que señalan que la satisfacción con la vida no declina con la edad (Diener et al., 1999).

La satisfacción con la vida se relacionó directa y significativamente con la actitud austera hacia el endeudamiento, lo cual es consistente con hallazgos identificados en población adulta chilena (Herrera, Estrada y Denegri, 2011; Godoy, Araneda, Díaz, Villagrán y Valenzuela, 2015). En general los adultos mayores participantes manifestaron una actitud austera ante el endeudamiento en detrimento de la actitud hedonista, lo que no se corresponde con datos estadísticos que dan cuenta de que el 33% de los adultos mayores tiene deudas con casas comerciales y/o entidades financieras (SENA-MA, 2006). Esta aparente discrepancia entre las tendencias actitudinales y el comportamiento efectivo probablemente no responde a una valoración positiva del endeudamiento, sino a una respuesta adaptativa para poder responder al drástico cambio financiero que sufren al dejar la vida laboral activa y tener que sobrevivir con pensiones que no alcanzan a satisfacer sus necesidades más básicas (Perinat y Corral, 2001; OECD, BID y World Bank, 2015).

Tanto en los niveles socioeconómicos bajos como en los medios se observa que los adultos mayores no manifestaron capacidad de ahorro; quienes lo logran, lo hacen para cubrir necesidades inmediatas como la compra de leña y medicamentos y principalmente ahorro no bancario. Esto da cuenta de dos elementos: por una parte, una tendencia actitudinal hacia la austeridad propia de sus patrones culturales; y, por otra, su situación de exclusión financiera, marcada principalmente por la escasez de recursos económicos. A

esto se suma la presión permanente que experimentan para tomar decisiones complejas sobre la gestión de su dinero de modo que les permita preservar el frágil equilibrio entre los activos y los gastos en un momento de aumento de la longevidad y disminución de los ingresos (Smith y Ekerdt, 2011).

Independientemente de si se encontraban en la etapa de la adultez mayor temprana o tardía, los participantes manifestaron que, al sentirse autovalentes, también se autoperciben financieramente independientes y responsables de sus recursos económicos. Como un avance significativo en la investigación, en el estudio más reciente se identificaron dos clústers, representados por quienes son más previsores y otros inmediatistas, lo cual se asocia directamente con las variables nivel educativo, nivel socioeconómico y género.

Otro elemento destacable sería la aplicación de los resultados en el desarrollo de programas de educación financiera ad-hoc a las necesidades del grupo de interés, brindando insumos necesarios para extenderlos a programas para adultos mayores en la región.

Como consecuencia de los adelantos realizados en el proceso de investigación desarrollado, actualmente el CEPEC, en alianza con la convocatoria regional UNETE¹ (Universidad en Territorio), se encuentra desarrollando una nueva investigación en las comunas de Angol y Carahue, con el objetivo de conocer el significado de inclusión económica y bienestar subjetivo en adultos mayores entre 60-75 años.

Los resultados preliminares de esta línea de investigación emergente incentivan la profundización en estudios que, desde la psicología del desarrollo, psicología económica y psicología positiva, den cuenta de la comprensión de los adultos mayores, así como el interés por la construcción de instrumentos y programas de intervención que promuevan el bienestar y la inclusión financiera.

AGRADECIMIENTOS

Los estudios realizados contaron con el apoyo de alianzas interinstitucionales con instituciones de la sociedad civil, como la

¹ UNT15-0042: Significado de inclusión económica y bienestar subjetivo en adultos mayores entre 60-75 años en las comunas de Angol y Carahue.

Asociación de Consumidores y Usuarios del Sur, el Servicio Nacional del Consumidor y el Servicio Nacional del Adulto Mayor.

REFERENCIAS

- Arraga, M. y Villarroel, M. (2010). Bienestar subjetivo en adultos mayores venezolanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 44(1), 12-18.
- Borg, C., Balducci, C., Burholt, V., Ferring, D., Weber, G., Wenger, C. y Hallberg, I. (2008). Life Satisfaction in 6 European Countries: the Relationship to Health, Self-esteem, and Social and Financial Resources among People (Aged 65-89) with Reduced Functional Capacity. *Geriatric Nursing*, 29(1), 48-57.
- Borg, C. y Blomqvist, K. (2006). Life Satisfaction among Older People (65+) with Reduced Self-care Capacity: the Relationship to Social, Health and Financial Aspects. *Clinical Nursing*, 15(5), 607-618.
- Cardona Arango, D. y Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*, 28(2), 335-348.
- Carpenter, J. y Moore, M. (2008). Gender and Credit Behaviors among College Students: Implications for Consumer Educators. *Journal of Family and Consumer Sciences Education*, 26(1), 42-47.
- Csikszentmihalyi, M. (2014). Flow and the Foundations of Positive Psychology. *Journal of Humanistic Psychology* (vol. 15).
- Cuadra L. H. y Florenzano, U. R. (2011). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología*, 12(1), 83-96.
- Denegri, M., Gaete, D., Rojas, C., Gómez, Y. y Aravena, J. S. (2012). Escala de actitudes hacia el endeudamiento: validez factorial y perfiles actitudinales en estudiantes universitarios chilenos. *Universitas Psychologica*, 11(2), 497-509.
- Denegri, M., Salvo, S., Sepúlveda, J. y Villada, I. (2015). *Informe ejecutivo estudio de inclusión financiera en mujeres de la sexta región*. Centro de Excelencia en Psicología Económica y del Consumo, Universidad de La Frontera.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. y Smith, H. L. (1999). Subjective Well-being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Gallup-Healthways (2014). *State of Global Well-being: Results of the Gallup-Healthways Global Well-Being Index*. Washington, D.C.: Gallup-Healthways WellBeing Index.

- García, N., Grifoni, A., López, J. y Mejía, D. M. (2013). *La educación financiera en América Latina y el Caribe. Situación actual y perspectivas*. Recuperado de http://www.oecd.org/daf/fin/financial-education/OECD_CAF_Financial_Education_Latin_AmericaES.pdf
- Godoy, M., Araneda, L., Díaz, M., Villagrán, P. y Valenzuela, S. (2015). Satisfacción con la vida, actitudes hacia la compra y actitudes hacia el endeudamiento. *Revista IIPSI*, 18(1), 29-46.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. y Black, W. C. (1999). *Análisis Multivariante* (5ª ed.). Madrid: Prentice Hall.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ª ed.). México: Mc Graw-Hill.
- Hernández, C. R., Fernández, V. L., Boto, R. G. y Alonso, T. O. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en mujeres mayores activas. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(3), 146-148.
- Herrera, M., Estrada, C. y Denegri, M. (2011). La alfabetización económica, hábitos de consumo, actitud hacia el endeudamiento y su relación con el bienestar psicológico en funcionarios públicos de la ciudad de Punta Arenas. *Magallania*, 39(1), 83-92.
- Hsieh, H. y Shannon, S. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- Llanes Betancourt, C. (2015). Envejecimiento demográfico y necesidad de desarrollar las competencias profesionales en enfermería geriátrica. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 89-96.
- Ministerio de Desarrollo Social (2012). Región de La Araucanía: caracterización de adultos mayores por género, encuesta Casen 2011. Serie informes regionales N°24. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/Araucan%C3%ADa_final_50e1b569a1954.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de Evaluación Social (2016). Ampliando la mirada sobre la pobreza y la desigualdad. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Ampliando_la_mirada_sobre_la_pobreza_desigualdad.pdf
- Morgan, L. (1971). *La sociedad primitiva*. Madrid: Ayuso.
- Moyano, N. C., Martínez Tais, M. y Muñoz, M. P. (2013). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida de Diener. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(1), 161-168.
- OECD, BID y World Bank (2015). *Panorama de las pensiones: América Latina y El Caribe*. Recuperado de https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6892/Panorama_de_las_Pensiones_America_Latina_y_el_Caribe.pdf

- OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37(52), 74-105.
- OMS (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* (pp. 1-196).
- Papalia, D. E., Sterns, H. L., Feldman, R. D. y Camp, C. J. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. México: McGraw-Hill.
- Pavot, W. y Diener, E. (2008). The Satisfaction with Life Scale and the Emerging Construct of Life Satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137-152.
- Perinat, A. y Corral, A. (2001). Los adultos mayores chilenos en el siglo XXI: un enfoque politológico. *Acta Bioethica*, 7(1), 71-95.
- Ramírez, M. y Lee, S.-L. (2012). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años. *Polis*, 11(33), 407-427.
- SENAMA (2006). *Estudio para determinar canasta mínima de consumo de adultos mayores que reciben pensiones asistenciales de vejez (PASIS) o pensión mínima del INP en la Región Metropolitana*. Servicio Nacional del Adulto Mayor, Chile.
- Schnettler, B., Miranda, H., Sepúlveda, J., Orellana, L., Denegri, M., Mora, M. y Lobos, G. (2014). Variables que influyen en la satisfacción con la vida de personas de distinto nivel socioeconómico en el sur de Chile. *Suma Psicológica*, 21(1), 54-62.
- Schnettler, B., Miranda-Zapata, E., Lobos, G., Lapo, M., Adasme-Berrios, C. y Hueche, C. (2017). Measurement Invariance in the Satisfaction with Life Scale in Chilean and Ecuadorian Older Adults. *Personality and Individual Differences*, 110, 96-101.
- Smith, G. V. y Ekerdt, D. J. (2011). Confronting the Material Convoy in Later Life. *Sociological Inquiry*, 81(3), 377-391.

CAPÍTULO 13

EL APOYO SOCIAL DE PERSONAS MAYORES EN CHILE: LA IMPORTANCIA DE LOS CLUBES DE ADULTO MAYOR

GONZALO PÁEZ-OTÉY
Universidad Alberto Hurtado

JOSÉ MIGUEL MORALES
Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN

La vejez, como etapa del ciclo vital, implica un proceso de debilitamiento de las redes sociales tras la posibilidad de pérdida de personas significativas como la pareja, amigos y compañeros (Acrich, 2012; Guzmán, Huenchuán y Montes, 2003), del status laboral, económico y sentido de pertenencia con el entorno (Acuña y Hernández, 2009). Esta situación impacta evidentemente en las motivaciones de participación de las personas mayores (PM) en actividades de la comunidad (Acrich, 2012).

La Ley 19.418 del año 1995 sobre Juntas de Vecinos y demás Organizaciones Comunitarias describe la figura de organizaciones funcionales como aquel grupo de personas que se reúnen con un objetivo común y específico. Se reconocen aquí los clubes de adulto mayor (CAM) como aquellos que agrupan a personas mayores de sesenta años con funciones relacionadas al desarrollo local y social.

El Catastro Nacional de Organizaciones Sociales de Adultos Mayores del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA, 2008) indica que entre los años 1998 y 2008 se triplicó la cantidad de CAM, así como la cantidad de personas asociadas a estas organizaciones comunitarias.

Dentro de los 3.075.603 PM que existen en nuestro país, solo un 34.4% de la población participa en alguna organización comunitaria (MIDESO, 2017), cifra que iría en descenso para el caso de los CAM desde el año 2010, con un 18.5% de PM que participaban en CAM y un 13.7% que lo hizo en el año 2016 (PUC-Caja Los Andes, 2016).

Es por este motivo que el Servicio Nacional de Adulto Mayor (SENAMA), la repartición pública a cargo de esta población en nuestro país, ha ampliado espacios de promoción en esta materia, pero siguen existiendo desafíos importantes en términos de sustentabilidad, autonomía e independencia organizacional de los grupos conformados como tales.

Dentro de este contexto, la psicología comunitaria ofrece metodologías de intervención psicosocial fundadas en los llamados grupos de apoyo que sirven de base para preguntarnos por el apoyo social de PM socias de CAM y estrategias de intervención acordes a las necesidades de un colectivo en auge.

Existen diversos estudios en donde se afirma que el concepto de apoyo social todavía es investigado, pues no se ha llegado a una definición que abarque todos los elementos que compone el apoyo social y las medidas que se establecen para ello (Acuña y Hernández, 2009). Se afirma en consecuencia que las escalas de medición deberían ser más específicas en cuanto a las fuentes de apoyo porque ello permitiría además profundizar en los orígenes de la misma (Rivera, Montero y Astudillo, 2013) y, por supuesto, en las estrategias de intervención tendientes a fortalecer aquellos apoyos que se encuentran más debilitados.

De cualquier forma, se define el apoyo social como «la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad» (Sluzki, 1996, p. 42) y que incluyen «contactos personales, comunitarios e institucionales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo» (Mendoza y Martínez, 2009, p. 98).

El apoyo social, en tal sentido, tendría un efecto protector en las PM frente a influencias negativas relacionadas con sucesos vitales estresantes (Leturia, Uriarte y Yanguas, 2003) como las pérdidas antes mencionadas, pues en dichos contactos se movilizarían una serie de apoyos que además de paliar los efectos negativos actuarían como medios que generan un sentido de pertenencia e integración social con los mismos.

La participación de personas mayores en organizaciones comunitarias entonces refuerza de este modo la identidad individual y social; previene el aislamiento; permite la socialización del grupo entre sus pares y con otras generaciones; mantiene la cognición y la independencia; aumenta el bienestar de los mismos; y permite establecer confianzas, entregar apoyo en caso de problemas y fortalecer así su seguridad (Gracia, 1997; Cachi-Llanos, Cosar-Echavarría y Torres-Deza, 2012; Rivera et al., 2013). Por el contrario, las personas mayores que no participan, además de ver disminuidos y debilitados estos aspectos, disminuirían también las posibilidades de fortalecer los apoyos sociales existentes.

En este sentido, estudios relacionados a la participación de PM en CAM afirman que en general están satisfechas con su participación dentro del mismo (Hombrados, García y Martimportugués, 2004). En orden de relevancia, sería el apoyo de tipo emocional el más importante, seguido del apoyo instrumental y el económico en tercer lugar (Sánchez, 1990).

La familia constituiría la principal fuente de apoyo para la PM, siendo el cónyuge o la pareja la fuente de apoyo social más relevante, seguido del apoyo social de los hijos (Guzmán et al, 2003; OPS, 2000; Castellano, 2014).

Estudios indicarían además que son los hombres quienes perciben más apoyo social que las mujeres, así como aquellas PM de menor edad, mayor nivel educativo y que se encuentran casadas o conviviendo con alguna pareja (Cuéllar-Flores y Dresh, 2012; IM-SERSE, 2012; Vivaldi y Barra, 2012).

En términos de apoyo social global, entendiendo ello como el total de apoyos sociales percibidos por las PM en sus distintas fuentes de apoyo, existe un estudio que afirma que el apoyo social global percibido por PM alcanza un nivel medio-bajo (Acuña y González, 2010).

Hacia el año 1998 existían en nuestro país 9.520 organizaciones de adulto mayor, que se concentraban principalmente en las comunas de Santiago y Puente Alto (SENAMA, 2008). Según información actualizada por ambos municipios, es Puente Alto la comuna que actualmente alberga la mayor cantidad de CAM, con un total de 289 organizaciones de este tipo.

Considerando que disminuye la cantidad de PM que participan de CAM en nuestro país, que la comuna de Puente Alto es la comuna con la mayor cantidad de organizaciones de este tipo y que existen pocas investigaciones en torno a los CAM desde una perspectiva de envejecimiento actual –léase envejecimiento activo y no únicamente desde una perspectiva de envejecimiento saludable–, es que el objetivo de esta investigación es caracterizar el apoyo social de PM socias de clubes de adulto mayor de la comuna de Puente Alto, en la Región Metropolitana de Chile, describiendo el apoyo social parcial en función de distintas fuentes de apoyo social, el apoyo social global y estableciendo relaciones entre el apoyo social global y variables psico-sociodemográficas.

DESARROLLO

Diseño

El diseño de la investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo-correlacional, no experimental y transversal. Corresponde a un muestreo de tipo estratificado probabilístico uniforme con personas mayores de sesenta años sin sospecha de deterioro cognitivo y socios/as activos de un CAM de la comuna. La muestra estuvo constituida por 406 PM socias activas de 28 CAM de la comuna, seleccionados de manera aleatoria según división administrativa de la comuna en seis micro-zonas territoriales (MPA, 2010).

La información fue vaciada y analizada con el programa estadístico SPSS 22.0 para realizar análisis descriptivos con la prueba *t-Student* y correlacionales con la prueba de ANOVA con $p < .05$ e intervalo de confianza de 95% y prueba *post-hoc* de Tukey. Todo ello con previa verificación de criterios de normalidad y homocedasticidad de la muestra.

Instrumentos

En cuanto a los instrumentos de recolección de datos, se utilizan tres. En primer lugar, el *Mini-Mental State Examination* (MMSE) en su versión abreviada, con un puntaje de corte de 13 puntos, que mide seis funciones cognitivas para descartar sospecha de deterioro cognitivo (Albala et al., 2001). Esta escala es validada y utilizada por el Ministerio de Salud en nuestro país.

En segundo lugar, se utiliza una encuesta con variables psico-sociodemográficas que se dividen en aquellas relacionadas con aspectos sociodemográficos como el sexo, edad, estado civil, ingreso aproximado, escolaridad y religión; aspectos relacionados con el bienestar psicosocial tales como auto-percepción de su salud, sentimientos de soledad, angustia o depresión y satisfacción con la vida; y aspectos relacionados con su participación como tiempo en que participa del CAM, frecuencia con la que asiste, quién le sugiere participar del CAM, cuánto se siente parte del grupo, qué tan contento se encuentra de participar dentro del mismo y si participa de otros grupos.

En tercer lugar, se utiliza la escala de redes de apoyo social para adultos mayores (ERASAM), que tiene como finalidad detectar la percepción de redes de apoyo formal e informal, el tipo de apoyo percibido y el grado de satisfacción respecto al mismo (Mendoza y Martínez, 2009). La escala está dividida en los apoyos de la red informal familiar –cónyuge, hijos/as y familiares próximos–, en los apoyos de la red informal extra-familiar –amigos y grupos comunitarios, en este caso CAM– y el apoyo de la red formal institucional. Cada uno de estos evalúa la frecuencia del contacto, el tipo de apoyo percibido y el grado de satisfacción con respecto al mismo. Con un puntaje total global de 114 puntos, la escala pondera del 0% al 100% del apoyo total percibido por la PM.

El instrumento se validó para esta investigación a través del análisis factorial correspondiente, reportando un alfa de Cronbach de 0.766 puntos, que se consideran como los adecuados según los criterios de confiabilidad utilizados (Kline, 1999), y un 77.4% de la varianza total explicada por el modelo, donde los reactivos se ajuntan a cada categoría representada por las seis fuentes de apoyo social. Además, se realizan pruebas pilotos correspondientes y se valida la escala a través del juicio de expertos metodológico y temático.

Procedimiento

La encuesta se realizó en las sedes comunitarias de los CAM durante sus reuniones, previa coordinación sobre la fecha y horario de la visita. La participación de cada una de las personas fue voluntaria y consentida por expreso. Para ello se lee y firma un consentimiento informado que asegura anonimato y confidencialidad de la información, según lo dispuesto en la Ley 19.628 de Protección de Datos de Carácter Personal. Dicho consentimiento fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad Alberto Hurtado. Se promedió un tiempo aproximado de 20-25 minutos para la aplicación de la encuesta.

Resultados

Tal y como se muestra en la Tabla 1, la muestra estuvo constituida por un 91.1% de mujeres cuya edad promedio fue de 71.9 años (DE = 7.35), casados o en pareja en un 39.2%, encontrándose el resto viudo, separado o soltero. Un 79.3% de estas vivía acompañada por algún familiar y percibía un ingreso per cápita de \$125.363 (DE = 68587.55). Un 52.2% poseía entre 1 y 8 años de escolaridad básica y un 11.1% más de 13 años (DE = 4.31) y correspondía a una población principalmente católica (93.6%).

Un 43.1% percibía que su salud es regular, mientras que el 32% afirmaba que era buena. Un 56.4% no había experimentado sentimientos de soledad en el último tiempo ni había percibido sentimientos de angustia o depresión (57.9%). Es más, con un promedio de 5.95 puntos, el 40.6% de la muestra evaluó con nota siete la satisfacción con respecto a su vida.

Son PM que habían participado en su club de adulto mayor hasta 24 años, asistiendo todas las semanas al mismo (94.1%). Un 67.7% afirma que llegó a participar del CAM gracias a la sugerencia de una persona perteneciente a la red de apoyo informal extra-familiar. El 66.7% se sintió parte del grupo y un 71.2% estaba contento de pertenecer al mismo. Un 75.4% afirmaba no participar de otros grupos ni vincularse con otras instituciones (63.8%).

EL APOYO SOCIAL DE PERSONAS MAYORES EN CHILE

TABLA I.
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

Variable	Valor	f	%	Media	DE	Mín.	Máx.
Edad	60-92 años	406	100	71.87	7.35	60	92
Sexo	Hombre	36	8.90	-	-	-	-
	Mujer	370	91.10				
Estado civil	Casado/a o en pareja	159	39.20	-	-	-	-
	Soltero/a	55	13.50				
	Separado/a o anulado/a	49	12.10				
	Viudo/a	143	35.20				
Personas que viven junto a PM	Solo	84	20.70	-	-	-	-
	Acompañado	322	79.30				
Relación personas que viven junto PM	Cónyuge o pareja	175	54.35	-	-	-	-
	Hijo/a	129	40.06				
	Otros	18	5.59				
Ingreso per cápita	Inferior a \$103.139	177	43.60	125363	68587,55	26666	800000
	Entre \$103.140 y \$154.709	109	26.85				
	Superior a \$154.710	80	19.70				
	NS/NR	40	9.85				
Zona de residencia	Rural	51	12.60	-	-	-	-
	Urbana	354	87.20				
	Extranjero	1	0.20				
Escolaridad	Sin escolaridad	13	3.20	8.09	4.31	0	20
	Entre 1 y 8 años	212	52.22				
	Entre 9 y 12 años	136	33.50				
	Más de 13 años	45	11.08				
Religión	Sí	380	93.60	-	-	-	-
	No	26	6.40				

En cuanto a los apoyos sociales parciales percibidos por las PM en función de las fuentes de apoyo, si se presta atención a los dos tipos de apoyo social mayormente percibidos, es posible ver en la Tabla 2 que, a nivel de fuente de apoyo informal familiar, los apoyos de tipo emocional e instrumental son los que predominan. Sin embargo, existen diferencias a partir del nivel de satisfacción de los apoyos percibidos.

Para el caso del apoyo social percibido por el cónyuge, la PM está regularmente satisfecha con el apoyo social identificado. Para el caso del apoyo social percibido por los hijos está poco satisfecho y para el caso del apoyo social percibido por los familiares próximos está nada satisfecho.

TABLA 2.
TIPOS DE APOYO SOCIAL IDENTIFICADOS (%) POR LA RED DE APOYO INFORMAL FAMILIAR Y SATISFACCIÓN CON RESPECTO AL TIPO DE APOYO PROPORCIONADO (PROMEDIO)

		Tipo apoyo	Identificado (%)	Satisfacción por tipo	Satisfacción fuente
				Promedio	Promedio
Informal familiar	Cónyuge	Emocional	83.00	2.11	2.05
		Material	76.10	2.14	
		Instrumental	79.90	2.21	
		Informativo	62.90	1.73	
	Hijos	Emocional	88.80	2.32	1.93
		Material	59.20	1.52	
		Instrumental	81.60	2.18	
		Informativo	62.60	1.68	
	Familiares próximos	Emocional	63.70	1.53	0.98
		Material	19.80	0.44	
		Instrumental	46.60	1.15	
		Informativo	35.80	0.81	

N(cónyuge)=159; N(hijos/as)=385; N(familiares próximos)=358.

Promedio según valores de satisfacción 0=nada, 1=poco, 2=regular y 3=mucho.

Para el caso del apoyo social informal extra-familiar en la Tabla 3, las PM perciben mayormente apoyo social de tipo emocional e instrumental en los amigos/as. La situación cambia a nivel de CAM cuando perciben más apoyo de tipo emocional en primer lugar, seguido del apoyo de tipo informativo.

Para el caso de ambas fuentes de apoyo social identificadas a nivel informal extra-familiar, el nivel de satisfacción del apoyo social percibido es poco.

TABLA 3.
TIPOS DE APOYO SOCIAL IDENTIFICADOS (%) POR LA RED DE APOYO INFORMAL
EXTRA-FAMILIAR Y SATISFACCIÓN CON RESPECTO
AL TIPO DE APOYO PROPORCIONADO (PROMEDIO)

		Tipo apoyo	Identificado (%)	Satisfacción por tipo	Satisfacción fuente
				Promedio	Promedio
Informal extra-familiar	Amigos/as	Emocional	92.80	2.57	1.64
		Material	27.40	0.59	
		Instrumental	74.00	1.99	
		Informativo	53.40	1.39	
	CAM	Emocional	86.00	2.25	1.36
		Material	12.80	0.24	
		Instrumental	52.00	1.30	
		Informativo	85.70	1.64	

N(amigos/as)=223; N(CAM)=406. Promedio según valores de satisfacción 0=nada, 1=poco, 2=regular y 3=mucho.

Finalmente, en cuanto a la fuente de apoyo formal institucional posible de ver en la Tabla 4, el tipo de apoyo social mayormente percibido corresponde al apoyo de tipo informativo en primer lugar, seguido del apoyo de tipo material. En cuanto al grado de satisfacción del apoyo social percibido por esta fuente de apoyo, es poco.

TABLA 4.
 TIPOS DE APOYO SOCIAL IDENTIFICADOS (%) POR LA RED DE APOYO FORMAL Y
 SATISFACCIÓN CON RESPECTO AL TIPO DE APOYO
 PROPORCIONADO (PROMEDIO)

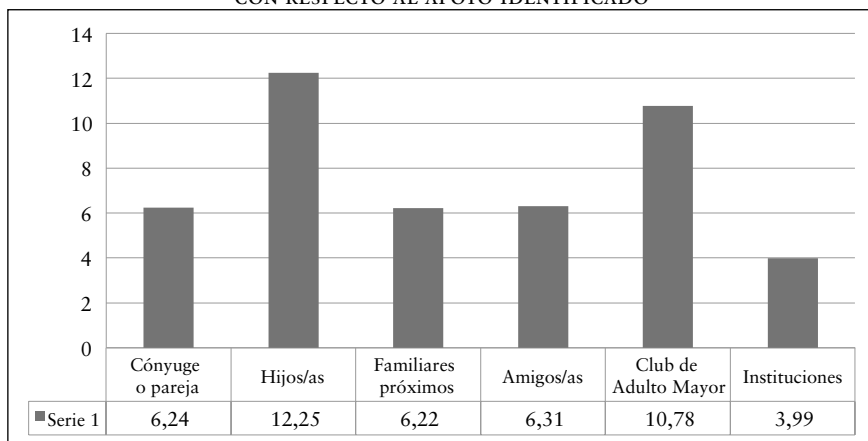
		Tipo apoyo	Identificado (%)	Satisfacción por tipo	Satisfacción fuente
				Promedio	Promedio
Formal	Instituciones	Emocional	65.30	1.39	1.57
		Material	76.90	2.01	
		Instrumental	32.70	0.72	
		Informativo	88.40	2.16	

N(instituciones)=147. Promedio según valores de satisfacción 0=nada, 1=poco, 2=regular y 3=mucho.

Si se realiza un análisis global del apoyo social percibido por personas mayores según la ERASAM, es posible ver en la Figura 1 que, en cuanto a apoyo social percibido por las personas mayores socias de CAM, quienes más brindan apoyos son los hijos/as en primer lugar, los CAM en segundo lugar, los amigos/as en tercer lugar, el cónyuge o pareja en cuarto, los familiares próximos en quinto y las instituciones en sexto lugar.

FIGURA 1.

PUNTAJE DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO POR PERSONAS MAYORES
 CON RESPECTO A DISTINTAS FUENTES DE APOYO. PUNTAJES DE CADA FUENTE
 DE APOYO SOCIAL OSCILAN ENTRE LOS 0 Y 19 PUNTOS SEGÚN PUNTAJE
 CORRESPONDIENTE A FRECUENCIA, TIPO DE APOYO Y SATISFACCIÓN
 CON RESPECTO AL APOYO IDENTIFICADO



El puntaje de apoyo social según fuente de apoyo social informal familiar es del 44% (24.7 puntos) según escala de ponderación correspondiente. Para el caso del apoyo social informal extra-familiar es del 45% (17.1 puntos) y para el caso del apoyo social formal institucional corresponde al 21% (3.9 puntos). El análisis del apoyo social global según la ERASAM corresponde finalmente al 40% del apoyo social percibido por PM socias de CAM.

Finalmente, en cuanto a las variables psico-sociodemográficas, es posible indicar que perciben más apoyo social las PM de menor edad ($F = 0.22$; $p = .01$), que se encuentran casadas o en pareja ($F = 0.50$; $p = .00$), que tienen amigos ($t = 0.45$; $p = .00$), cuyo nivel educativo es más alto ($F = 0.26$; $p = .04$), que perciben una situación de salud buena ($F = 0.99$; $p = .02$), que no han experimentado sentimientos de soledad ($F = 0.46$; $p = .00$), pero sí de angustia y/o depresión ($F = 0.83$; $p = .01$), que se sienten parte del CAM ($F = 0.92$; $p = .05$), están contentos de participar del mismo ($F = 0.43$; $p = .01$) y que se relacionan con otros grupos ($t = 0.54$; $p = .01$) e instituciones ($t = 0.76$; $p = .00$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación informan que las PM perciben más apoyo social de la red informal extra-familiar. Esto se contradice con los resultados de otros estudios que posicionan a la red informal familiar como la principal proveedora de apoyo social para el grupo (OPS, 2000; Castellano, 2014). Ello puede estar relacionado con el debilitamiento de las funciones a nivel familiar que estarían afectando a las personas mayores, lo que provocaría un sentimiento de aislamiento de su rol a nivel familiar y, junto a ello, la búsqueda de apoyo hacia la red extra-familiar, como los amigos/as y/o CAM. Esto estaría relacionado el carácter dinámico del apoyo social que permitiría complementar o reemplazar el apoyo percibido como débil en otra fuente de apoyo (Cachi et al., 2012).

Las personas mayores efectivamente percibirían más apoyo emocional dentro del CAM y ello puede estar relacionado a los beneficios que en estos grupos perciben las PM en términos de confianza, integración y comodidad producto de la frecuente compañía y los afectos que se comparten desde ahí.

Sin embargo, las PM se encuentran poco satisfechas con el apoyo social percibido dentro de los CAM y ello se contradice con lo planteado por otras investigaciones (Hombrados et al., 2004). Esta situación plantea la necesidad de fortalecer los apoyos sociales que fueron percibidos por las personas mayores, pero de manera deficiente; en primer lugar, el apoyo de tipo material, seguido del instrumental, informativo y emocional.

El nivel de apoyo social de las PM socias de CAM efectivamente se encuentra en un nivel medio-bajo, tal y como se corrobora en otras investigaciones. Ello podría estar relacionado con el sentimiento de exclusión que viven las personas mayores no solo a nivel familiar, sino que en términos de apoyo social a nivel social e institucional que no se adaptarían a los cambios demográficos y situación actual del grupo étnico (Acuña y González, 2010; SENAMA, 2013).

En términos descriptivos podemos afirmar que son los hombres quienes perciben más apoyo social que las mujeres, al igual que lo afirman otros estudios (Vivaldi y Barra, 2012). Sin embargo, en términos estadísticos la significancia no permite hacer esta conclusión. El sesgo en cuanto al sexo de la muestra puede estar siendo

influenciado por estos análisis; sin embargo, ello se condice con el argumento de que son las PM de sexo femenino que más participan en CAM, a diferencia de los hombres, que lo harían en organizaciones territoriales como juntas de vecinos (PUC-Caja Los Andes, 2016).

Las PM de menor edad perciben más apoyo que aquellas de mayor edad y ello se relaciona en términos del ciclo vital con que a medida que la edad aumenta, aumentan las posibilidades de sufrir pérdidas a nivel familiar, extra-familiar e incluso personal en términos de capacidad física, cognitiva y económica que impidan el desplazamiento para mantener relaciones frecuentes con sus pares.

Finalmente, las PM con nivel educativo mayor perciben más apoyo social que aquellas con nivel educativo menor. Ello puede estar relacionado a que mayor educación implicaría mayor calidad de vida, mayor satisfacción, tolerancia y participación (Kingston, Hubbard, Lapp, Schroeder y Wilson, 2003).

En conclusión, los CAM tienen un potencial de trabajo al ubicarse en segundo lugar de relevancia en términos de percepción de apoyo social por parte de las PM. En él encuentran diversos tipos de apoyo que lo hacen participar frecuentemente y por muchos años.

Posiblemente las expectativas frente a un grupo que ellos también perciben con gran potencial hagan que la satisfacción de los apoyos no sea la esperada. Sin embargo, ello plantea desafíos para hacer de las intervenciones en psicogerontología adaptadas a la realidad de un grupo en ascenso.

El potencial de lo comunitario también resulta relevante en este escenario, pues es quien provee más apoyo social a la PM y además es quien promovería la participación de ellas en grupos comunitarios. En este sentido, la discusión en torno a quienes no participan no forma parte de esta investigación, pero considerando los resultados expuestos, la sola presencia de una fuente de apoyo aumentaría las posibilidades de que un apoyo social pueda ser percibido y recibido.

Los resultados de esta investigación constituyen un aporte significativo no solo a nivel municipal en cuanto a información local sobre los CAM, sino que también en el plano disciplinar en cuanto se abren nuevas formas de intervención en psicología social vinculada a la gerontología.

Finalmente es un insumo relevante a nivel nacional desde la política pública, pues permite hacer evidente la relevancia del apoyo

social en PM socias de CAM y en lo que se ofrece ahí al grupo, pues permitiría aumentar los apoyos de quienes se encuentran solos o incluso de quienes se encuentran solitariamente acompañados.

REFERENCIAS

- Acrich, L. (2012). La psicogerontología social y la evaluación de las redes sociales de apoyo. *Revista Ecos*, 2(1), 17-31.
- Acuña, M. y González, A. (2010). Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2, 71-81.
- Acuña, M. y Hernández, M. (2009). Reflexiones sobre la investigación actual de redes de apoyo social en adultos mayores. *Conducta, Salud y Temas Sociales*, 1(1), 69-79.
- Albala C., Icaza, G., Vio, F., García, C., Martín, P., Quiroga, P., Palloni, A., Peláez, M., Branch, L. y Fillenbraum, G. (2001). A Short Test to Evaluate Cognitive Impairment Based on Folstein's MMSE. *Gerontology*, 47, 1-183.
- Cachi-Llanos, H., Cosar-Echavarría, J. y Torres-Deza, C. (2012). Factores relacionados con la participación de personas de edad en un club del adulto mayor. *Revista de Enfermería Herediana*, 5, 37-42.
- Castellano, C. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14, 365-377.
- Cuéllar-Flores, I. y Dresch, V. (2012). Validación del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *Revista Iberoamericana de Investigación y Educación en Enfermería*, 34, 89-101.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Guzmán, J., Huenchuán, S. y Montes, V. (2003). *Redes de apoyo social de PM: marco teórico conceptual*. Ponencia presentada en el simposio Viejos y Viejas. Santiago: Congreso Internacional de Americanistas.
- Hombrados, M., García, M. y Martimportugués, C. (2004). Grupos de apoyo social con personas mayores: una propuesta metodológica de desarrollo y evaluación. *Anuario de Psicología*, 35(3), 347-370.
- IMSERSO (2012). *Personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Kingston, P., Hubbard, R., Lapp, B., Schroeder, P. y Wilson, J. (2003). Why Education Matters. *Sociology of Education*, 76, 53-70.

- Kline, P. (1999). *The handbook of psychological testing*. Londres: Routledge.
- Leturia, M., Uriarte, A. y Yanguas, J. (2003). *Intervención psicosocial en gerontología: manual práctico*. Madrid: Caritas Española.
- Mendoza, V. y Martínez, M. (2009). *Escala de redes de apoyo social para adultos mayores (ERASAM)*. En González, A. (2009). *Evaluación en psicogerontología*. México, D.F.: Manual Moderno.
- MIDESO (2017). *CASEN 2015. Síntesis de resultados: adultos mayores*. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social.
- MPA (2010). *PLADECO. Plan de Desarrollo Comunitario 2011-2020*. Puente Alto: Municipalidad de Puente Alto.
- OPS (2000). *Salud, bienestar y envejecimiento en Santiago, Chile. SABE 2000*. Santiago: Organización Panamericana de la Salud.
- PUC-Caja Los Andes. (2016). *Chile y sus mayores. 10 años de la Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Rivera, A., Montero, M. y Astudillo, C. (2013). Escala de soporte social de Tagaya, Okuno, Tamura y Davis: propiedades psicométricas en adultos mayores. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 9(2), 397-407.
- Sánchez, C. (1990). Sistema de apoyo informal de viudas mayores de 60 años en Puerto Rico. En *Mujeres de edad media y avanzada en América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- SENAMA (2008). *Catastro Nacional de Organizaciones Sociales de Adultos Mayores*. Santiago: Servicio Nacional del Adulto Mayor.
- SENAMA (2013). *Inclusión y exclusión social de las personas mayores en Chile. Opiniones, percepciones, expectativas y evaluaciones*. Santiago: Servicio Nacional del Adulto Mayor.
- Sluzki, E. (1996). La red social. Propositiones generales. En *La red social: frontera de la práctica sistemática*. Madrid: Gedisa.
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29.

CAPÍTULO 14

LA COMUNIDAD TERRITORIAL Y SOCIAL COMO BASE PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO DE LA POBLACIÓN

PAULA MIRANDA SÁNCHEZ
MARÍA LORETO MARTÍNEZ GUZMÁN
SARA CARO PUGA
Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento activo (en adelante, EA) describe los procesos dirigidos a optimizar la salud, la seguridad y la participación social para aumentar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen (Rossi, Boccacin, Bramanti y Meda, 2014). A través de un estudio de caso (Miranda, Caro, Martínez y Kornfeld, 2015) con perspectiva etnográfica, realizado en la comuna de El Bosque en el área metropolitana de Santiago de Chile, este capítulo identifica y analiza dificultades y oportunidades para concretar un enfoque de EA con mirada territorial, desde los servicios que ofrece su programa para adultos mayores, con más de 24 años de existencia.

En Chile, las particularidades territoriales de las comunidades no han sido incorporadas en el diseño de políticas de envejecimiento

de las personas mayores (en adelante, PM) en el ámbito local; por tanto, aún se constituye como información desarticulada, esporádica e insuficiente para una óptima planificación y coordinación de servicios (Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA], 2009, p. 20).

DESARROLLO

I. Servicios sociales y envejecimiento activo

Envejecimiento en Chile

En Latinoamérica, Chile es considerado un país de «envejecimiento acelerado». Además del incremento experimentado, una serie de indicadores muestran que promover la salud y el bienestar de este grupo requiere nuevos enfoques de políticas y programas. El ingreso promedio de las PM por concepto de pensiones de vejez o jubilaciones es de \$173.244 pesos chilenos, aproximadamente US\$263 (CENSO, 2012). La población de PM en los quintiles de menores ingresos se incrementó sostenidamente entre 1990 y 2006, mientras descendió la proporción de personas de esas edades en los quintiles de mayores ingresos. En la Segunda Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (UC-Caja Los Andes, 2010), un tercio de las PM declara malestares anímicos, siendo no tratados en más de un 50%. En lo que respecta al uso que las PM realizan de las redes de apoyo y las instituciones dispuestas para mejorar su bienestar, los resultados son poco esperanzadores; un 18% indica que va a clubes de PM, un 17% que va a organizaciones de barrio o juntas de vecinos y apenas un 6% a clubes deportivos. En salud, solo un 11% responde que ha utilizado los servicios de geriatría y un 15% indica no estar dispuesto a usarlos. Además, un 28% indica no haber cotizado nunca en algún sistema previsional. En su conjunto, estos datos indican que la situación de las PM es precaria en cuanto a ingreso y protección social, y su participación social es baja en contextos sociales fuera de la familia. El 24.1% de las PM tiene algún nivel de dependencia.

Reconociendo el cambio demográfico acelerado e incorporando paulatinamente una concepción del EA, durante las últimas décadas el país ha evolucionado en materia de protección social e

institucionalidad, en un marco de promoción de derechos que el Estado debe garantizar. Sin embargo, la aplicación de la propuesta del EA particularmente en lo que refiere a programas y servicios aún es baja, limitándose en varios de sus acápite a prestaciones según disponibilidad de recursos o focalizados en colectivos de mayor precariedad de ingresos.

Panorama de los servicios sociales para PM en Latinoamérica

Los servicios sociales en Latinoamérica evolucionan sobre dos conceptos, el enfoque de derechos –en abierta oposición al enfoque asistencialista– y la protección social de última generación, entendida como «garantías de bienestar básicas, aseguramiento frente a riesgos derivados del contexto o del ciclo de vida y moderación o reparación de daños sociales derivados de la materialización de problemas o riesgos sociales» (Cecchini, Filgueira, Martínez y Rossel, 2015, p. 28).

Desde el año 2005, Chile lentamente incorpora una oferta programática dirigida a la optimización de las oportunidades de bienestar físico, social, ambiental, económico y mental de las PM desde una perspectiva ecológica y sustentable. En este contexto y tal como se muestra en la Tabla 1, los servicios sociales en Chile y en otros países de Latinoamérica intentan desarrollar las funciones típicas de su quehacer, fundándose en la cohesión social, entendida como «la dialéctica entre mecanismos instituidos de inclusión y exclusión sociales y las respuestas, percepciones y disposiciones de la ciudadanía frente al modo en que ellos operan» (CEPAL, 2007, p. 19). Sin embargo, enfrentan serias dificultades para alcanzar niveles óptimos. Dada la necesidad urgente de dar prestaciones y la falta de recursos en las áreas de promoción, prevención y protección, la función de asistencia es la que suele tener mayor despliegue y gasto público.

TABLA I.
FUNCIONES TRADICIONALES DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Funciones	Nivel de autonomía	Red de protección	Integración social	Precariedad y emergencia social
PROMOCIÓN	Promover la autonomía.	Promover la protección de los vulnerables y afectados.	Promover la integración para la inclusión de personas y colectivos diversos.	Promover la seguridad.
PREVENCIÓN	Prevenir los efectos individuales, familiares y sociales de la dependencia.	Prevenir las situaciones de desprotección (gestión del riesgo).	Previene la exclusión de personas y colectivos diversos.	Prevenir las carencias originadas por situaciones de emergencia social.
ASISTENCIA	Atender necesidades derivadas de la evolución de la pérdida de autonomía.	Atender las situaciones originadas por la vulnerabilidad o afectación de la desprotección.	Atender las situaciones de exclusión de personas y colectivos diversos.	Atender las necesidades originadas por situaciones de emergencia social.
PROTECCIÓN	Proteger la sostenibilidad de la vida.	Protección del principio de equidad, solidaridad, fraternidad y justicia social.	Proteger el desarrollo humano sostenible (PNUD-IDH, 1990, p. 21).	Proteger a los «desconectados y marginados que no tienen otro valor que el de su vida» (Castells, 1999, p. 59).

Fuente: elaboración propia a partir de Leturia (2016).

Paradigmas de la protección social en Latinoamérica

La protección social consiste en una red de productos, servicios e ingresos para asegurar un nivel de calidad de vida digno a lo largo del ciclo vital que tiene como función principal la promoción y protección de los «derechos económicos y sociales de la población» (Cecchini et al., 2015, p. 28). Contempla tres componentes: el contributivo o la seguridad social; el no contributivo o asistencia/servicios sociales; y el mercado del trabajo, que actúa como el regulador de los dos anteriores (Cecchini y Martínez, 2011). En el

ámbito no contributivo, los servicios sociales se erigen como los vehículos que posibilitan el acceso a esta red para individuos, familias y comunidades.

En Latinoamérica se identifican al menos tres propuestas diferentes en materia de protección social, representadas por bloques de países con enfoques similares (Cecchini et al., 2015). Específicamente, países que entienden la protección social como asistencia que posibilita la promoción; aquellos que la definen en un desarrollo intermedio entre el estado recién mencionado y la garantía de derechos; y aquellos que entienden la protección social como garantía ciudadana. En este último bloque se ubicaría Chile, junto con Argentina, Brasil, Costa Rica y Uruguay.

II. EA y desarrollo territorial: ¿cómo está Chile?

El territorio como fuente de recursos para el EA

El estudio empírico del enfoque de EA (OMS, 2002) propone que las intervenciones tendientes a esto deben considerar no solo la promoción de la salud, sino también «incrementar la resiliencia psicológica, evitar la soledad o incrementar la felicidad y el bienestar subjetivo» (Constanza, Ribeiros y Teixeira, 2012, p. 10). Para ello, el enfoque territorial resulta clave en el diseño de políticas sociales que impacten positivamente en la vida cotidiana de las PM y en sus comunidades y cuya viabilidad no se ponga en tensión producto de las particularidades locales. Tanto las características objetivas del territorio (e.g., recursos económicos, calidad de los servicios, espacios de convivencia) como las percibidas (e.g., sentido de comunidad, identidad local, inseguridad) pueden convertirse en oportunidades o barreras para la mantención del bienestar de las PM y sus vínculos sociales. La comunidad representa una estructura de redes e interacciones sociales entre personas, grupos e instituciones donde se intercambian diferentes tipos de recursos, los cuales pueden ser canalizados en pro de la salud y la calidad de vida de las PM. Esta estrategia no solo debe ser institucional, sino también social (Zekeri, Wilkinson y Humphrey, 1994). En síntesis, el territorio constituye un mapa no solo geográfico, sino también social e histórico de

vínculos, configuraciones de identidad y posibilidades de desarrollo para personas y grupos sociales.

El caso de la comuna de El Bosque, Santiago de Chile

A partir del enfoque ya descrito, se analizan los resultados de un estudio de caso realizado como parte del proyecto de investigación Modelo Piloto de Servicios Sociales Especializados Territoriales (SSET) para Adultos Mayores Vulnerables (Miranda, Caro, Martínez y Kornfeld, 2015) en la comuna de El Bosque. El estudio comenzó con un mapeo y sistematización de las particularidades de la comuna objetivo que permitió identificar, rescatar y organizar las buenas prácticas que se llevaban a cabo con las PM. Recopiló la oferta de servicios y productos de carácter nacional y local para PM en la comuna e identificó las brechas existentes en los componentes de disponibilidad, pertinencia, oportunidad y calidad en dicha oferta. El levantamiento y producción de información¹ contempló la revisión y análisis de documentos internos de política pública local, entrevistas semi estructuradas a profesionales del equipo municipal (i.e., trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogos), indagación etnográfica en formas de observación participante (en espacios físicos donde se implementan los servicios que el municipio ofrece a las PM) y dos grupos focales con PM residentes en la comuna. Acceder a la diversidad de actores involucrados en el tema en estudio permitió conocer las diferentes experiencias y puntos de vista y ponerlos en diálogo. Para analizar la información se realizó un vaciamiento y codificación de los datos recolectados en matrices de categorías, para luego someter esta información a un análisis temático (Braun y Clarke, 2006) para llevar a cabo los objetivos propuestos.

El contexto territorial y barreras para el EA en Santiago de Chile

La comuna de El Bosque se ubica en el suroccidente de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Su población es de 175.594 habitantes, lo que corresponde al 2.3% de la población proyectada

¹ El trabajo de campo del proyecto fue realizado entre los meses de mayo y septiembre del año 2014 por un equipo compuesto por dos trabajadoras sociales y una antropóloga.

para la Región Metropolitana y a un 0.9% de la población proyectada en el país. El 10.77% de la población de la comuna corresponde a PM y cerca del 34% del total de hogares de la comuna incluyen una PM (PLADECO, 2011).

Administrativamente, la comuna se divide en 34 unidades vecinales, cuyos límites se han definido funcional y operativamente como una manera más eficiente para trabajar el territorio. El Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO)² para el período 2011-2016 distinguió seis sectores y 53 barrios con 176 conjuntos habitacionales.

El Bosque es una comuna de tamaño medio, con urbanización completa, cuyas actividades económicas más representativas son el comercio, patentes de planificadoras, talleres asociados al área automotriz, textil y calzado, las ferias libres y feria persa, siendo esta una parte esencial de la actividad económica comunal (PLADECO, 2011).

Los datos de la encuesta de caracterización socioeconómica nacional (CASEN) del año 2015 muestran que los niveles de pobreza en la comuna se ubican por encima del promedio nacional (14.5% por ingreso y 27% multidimensional). El 30% de los habitantes de la comuna es allegado en el hogar que habita, es decir, ha sido acogido en esta vivienda por otro grupo familiar, lo que suele explicarse por falta de recursos económicos (INE, 2006). La proporción de hogares que se encuentra en condiciones de hacinamiento³ medio o crítico es mayor al porcentaje regional y nacional. En el ámbito de la seguridad, los vecinos de la comuna perciben altos niveles de inseguridad, los cuales no están necesariamente relacionados a los índices de conductas delictuales reales. En lo que respecta al estado nutricional de las PM de la comuna –en comparación con cifras nacionales–, aquellas que se controlan en el sistema de salud

² El Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO) es «el principal instrumento de planificación y gestión de la organización municipal. Su propósito es contribuir a una administración eficiente de la comuna y promover iniciativas de estudios, programas y proyectos destinados a impulsar el progreso económico, social y cultural de sus habitantes (...) debe representar la visión de futuro de la comuna y sus estrategias para alcanzarla» (CEPAL-Gobierno de Chile, 2009, p. 9).

³ El índice de hacinamiento se construye con la razón entre el número de personas residentes en la vivienda y el número de dormitorios de la misma, considerando piezas de uso exclusivo o uso múltiple. Contempla las categorías: sin hacinamiento, medio y crítico. Para mayor información: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen_def_vivienda.php

presentan: (i) tasas bastante mayores de bajo peso, (ii) tasas similares de sobrepeso y (iii) tasas mayores de obesidad (PLADECO, 2011).

Además de las condiciones de vulnerabilidad de parte de su población, el estudio de caso identificó diferentes condiciones que convierten al entorno social y físico, y a los propios sistemas sanitarios y servicios sociales, en obstaculizadores del EA en esta localidad territorial, los que se señalan a continuación:

Procesos de migración interna y cambios en la estructura de la familia

En la sociedad moderna el desarrollo local lidia con el masivo traslado de las personas más jóvenes –ya sea desde comunidades rurales o barrios urbanos– hacia grandes ciudades que les ofrecen mejores oportunidades (Schiappacasse, Contreras y Fuensalida, 2002; CELADE, 2007). Consecuentemente, son las PM quienes tienden a permanecer en los barrios, pero sin la red de apoyo, compañía y afecto que representa la familia. Esta tendencia se refleja también en El Bosque, que en su composición social y ritmos de vida conserva características de un entorno más provinciano y menos metropolitano. Esta realidad convive con una visión generalizada respecto de las PM como personas pasivas, lo que se asocia a su permanencia en el territorio. Al mismo tiempo, la comunidad entrega un importante sentido de pertenencia e identidad a las PM y los vuelve representantes de la memoria y el patrimonio de estos espacios. Los factores como la estabilidad residencial, el apego al lugar, la identidad barrial, el sentido de comunidad y características sociales de las localidades son dimensiones que aportan recursos en forma de capital social y cultural para los residentes de una localidad, independientemente de su edad. Los recursos percibidos para enfrentar las tareas y desafíos del día a día (e.g., adaptación, mantención de la salud) pueden verse aumentados por un sentimiento de pertenencia, la creencia de que se cuenta con apoyo de otros, como también aminorados por amenazas o sentimientos de aislamiento (Miranda et al., 2015). Si bien el sentido de pertenencia e identidad local son recursos de esta localidad, se observa un desencuentro entre las orientaciones y concepciones de las PM y el valor que las autoridades o expertos y profesionales

asignan a la comunidad, puesto que los entrevistados perciben que los servicios sociales no los consideran desde esta mirada.

Redes de solidaridad y asociatividad

Las redes sociales formales (principalmente organizaciones de carácter comunitario) han sido fundamentales en el caso de El Bosque para combatir el aislamiento y las dificultades de acceso a los servicios por distancias y tiempos de desplazamiento que no abordan las políticas sociales ni las del transporte público (Astroza y Graells, 2014; Rodríguez, 2008).

La distribución territorial de las oportunidades en la comuna de El Bosque replica un patrón de segregación espacial caracterizada por una distribución inequitativa de oferta social y servicios comunitarios, lo que produce experiencias de desventaja que profundizan las desigualdades preexistentes (Rasse, 2016). Específicamente, el eje de circulación urbana que atraviesa la comuna (i. e., calle Gran Avenida) representa una división y diferencia el acceso a recursos. Las PM que residen más cercanas a esta calle no solo tienen mejor acceso a servicios, sino que presentan un nivel socioeconómico más alto. En otro sector de la comuna residen en su mayoría pensionados de la Fuerza Aérea de Chile que llegaron a la comuna por su trabajo; ellos tienen un sistema de protección social diferenciado con mayores beneficios y ostentan una mejor calidad de vida. No obstante, este sector de la comuna es el que cuenta con menos organizaciones de PM, lo que evidencia que unos valores importantes de los vínculos de asociatividad en la vejez se relacionan con la necesidad de apoyo y solidaridad en un sistema social mayor.

Los servicios sociales de cuidado a personas con algún nivel de dependencia continúan siendo altamente centralizados, con baja oferta comunitaria, lo que no compensa las pérdidas o dificultades generadas por la interacción entre los obstáculos de un barrio poco amigable con las PM y las transformaciones que esta etapa de la vida imprime en los individuos.

Sostenibilidad del desarrollo

Para que el desarrollo humano sea sostenible se requieren programas e intervenciones sociales que consideren a las PM como agentes creadores de oportunidades de EA, tanto para las actuales como futuras generaciones. Lamentablemente, en Chile han proliferado políticas que se han guiado por la capacidad funcional de las PM y no por su potencial patrimonial de desarrollo y conocimiento práctico (CELADE, 2007).

El paradigma médico ha predominado sobre el social y la discusión sobre el envejecimiento en Chile ha versado principalmente sobre un enfoque de envejecimiento saludable, el que luego se operacionaliza a partir de la hegemonía de una visión biológica y funcionalista de la salud de las PM. También llama la atención la escasez de estudios antropológicos sobre la adultez mayor, indispensable contribución a la gerontología social (Gutiérrez y Ríos, 2006; Herrera, Barros y Fernández, 2011). La comuna de El Bosque no ha estado exenta de esta visión, a pesar de los recurrentes esfuerzos que realizan instituciones locales por cambiar esa realidad.

Los seis centros de salud familiar (CESFAM) que operan en la comuna son actores clave en la red local de servicios. Sus instalaciones –además de proveer servicios médicos– también son utilizadas como espacios de encuentro en materia de educación en salud y promoción de hábitos de vida saludable.

También se destaca que el estudio piloto ya mencionado representó una variación en la forma de interpretar y analizar los servicios sociales en el plano local, partiendo de la premisa de que relacionar este análisis con las configuraciones del territorio vuelve el desarrollo en un proceso sustentable.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Diseño de servicios con enfoque local

El Bosque no presenta una oferta de servicios diseñada para reconocer o potenciar la particularidad de sus diferentes barrios. Si bien destaca en sus esfuerzos por acercar los servicios sociales a cada rincón de la comuna, al observar indicadores sociodemográficos y

socioeconómicos –como también elementos de las trayectorias de vida de sus habitantes– se aprecia alta heterogeneidad entre los barrios y al interior de ellos. De acuerdo al Future Programme Design⁴ de Inglaterra, un buen diseño local es aquel que está preparado para contextos diversos, requiriendo un acabado conocimiento de los barrios, flexibilidad metodológica y espacio para la mejora permanente y la innovación. Junto con ello, los ensayos iterativos de las posibles respuestas ante las necesidades pueden ser incorporados en la prestación de servicios públicos. Respecto de este último punto se destaca el pilotaje por parte del Programa de Adulto Mayor de la comuna de un servicio de tele-asistencia en determinados sectores, el que fue estructurado como apoyo remoto de monitoreo, acompañamiento y protección a las PM que pasan la mayor parte del día sin compañía o que viven solas. Sin embargo, los hallazgos de los grupos focales indican un desconocimiento generalizado de las PM acerca de la comuna respecto de la existencia y prueba de este servicio.

El diseño e implementación de programas sociales para PM en El Bosque, así como en el resto del país, responde principalmente a una lógica de arriba hacia abajo (top-down). De acuerdo a Molina (2002), esta es la forma tradicional en que se han llevado a cabo las políticas sociales en América Latina. Es decir, persiste una tensión entre enfoques que realizan interpretaciones de los procesos de envejecimiento y de la experiencia de la vejez desde una lectura macrosocial y servicios sociales que han sido diseñados para realizar transferencias condicionadas o bien para paliar carencias vitales.

En la Tabla 2 se describen las brechas en materia de programas/ servicios para PM de la comuna de El Bosque desde la perspectiva de su existencia, pertinencia, oportunidad y calidad, relacionándolo con los determinantes del EA que esta brecha impacta.

⁴ Para mayor información, puede visitar www.designcouncil.org.uk

TABLA 2.
BRECHAS EN MATERIA DE PROGRAMAS/SERVICIOS PARA PM
DE LA COMUNA DE EL BOSQUE

Identificación de brechas		Determinantes del EA que se potencian
Existencia	<p>Existen programas/servicios, pero la oferta es poco variada en relación a las necesidades particulares, vinculadas con el lugar donde se vive y las características particulares de este.</p> <p>Los programas que existen son valorados, pero no cubren todas las necesidades de los diferentes barrios.</p> <p>No se observa la perspectiva de las PM.</p> <p>No existe diálogo entre la oferta local y la del nivel central (Estado).</p>	<p>Determinantes transversales: la cultura y el género.</p>
Pertinencia	<p>No se visibiliza la identidad barrial en los programas/servicios.</p> <p>El territorio no es variable de diseño de servicios.</p> <p>Homogeneidad de tratamiento al grupo etario, género, etnia y situación social.</p> <p>Escasez de cupos y limitaciones en el tiempo de ejecución. Sin escalonamiento.</p>	<p>Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales.</p> <p>Determinantes relacionados con el entorno físico.</p>
Oportunidad	<p>Lejanía de las actividades adecuadas según características barriales.</p> <p>Falta de sectorización de la acción (el usuario/beneficiario se desplaza). Deslocalización de la oferta.</p> <p>Tiempo de ejecución y duración de los programas/servicios no acordes con las necesidades de las PM (ajustes con los servicios de salud, centros día, entre otros).</p> <p>Falta de seguimiento y continuidad (demora de la dependencia-mantenimiento de la autonomía).</p>	<p>Determinantes relacionados con el entorno social.</p> <p>Determinantes económicos.</p>
Calidad	<p>No existe evaluación sobre la calidad de la oferta</p>	

Fuente: elaboración propia en base a Miranda et al. (2015).

III. Comunidades para un envejecimiento activo: desafíos

Resulta relevante contar con evidencia para determinar y visibilizar los efectos distributivos diferenciados, según territorios, en materia de políticas públicas de inclusión social y promoción del EA, que sugieran alternativas a los tomadores de decisión para el diseño de políticas territorialmente más equilibradas y sensibles a estas diferencias.

En concreto, se plantea que la combinación entre la protección contra los riesgos que enfrenta el conjunto de la población de más de 60 años y el fortalecimiento de activos y capacidades con los que cuenta la población que vive en situación de exclusión o desventaja es donde se juega la inclusión social. Desafortunadamente, esta información no se considera al momento de diseñar e implementar programas o servicios. Una mejor oferta programática debe contemplar estrategias integrales que combinen cuatro tipos de políticas públicas: políticas sectoriales territorialmente focalizadas, cuyo objetivo es reducir o cerrar brechas de bienestar, de derechos o de oportunidades; políticas sectoriales generales, que sin embargo reconozcan y sean sensibles a las diferencias territoriales en su diseño e implementación; políticas de desarrollo territorial, orientadas a fortalecer las capacidades, activos y acción de los territorios y su población, organizaciones y empresas, para que puedan hacer una contribución decisiva a su progreso y bienestar; y políticas de descentralización administrativa, política y fiscal, orientadas en último término a desconcentrar el poder del Estado.

REFERENCIAS

- Astroza, A. y Graells, E. (2014). 2IS: *visualización de los dos Santiagos*. Santiago: AbreCL 2014. Recuperado de <https://users.dcc.uchile.cl/~egraells/abrecl/#sec-datos>
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Castells, M. (1999). *Globalización, identidad y Estado en América Latina*. Temas de Desarrollo Humano Sustentable. Santiago: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo.

- Cecchini, S. y Martínez, R. (2011). *Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos*. Santiago: Organización de las Naciones Unidas.
- Cecchini, S., Filgueira, F., Martínez, R. y Rossel, C. (2015). *Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización*. Libros de la CEPAL N°136. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (2007). *Protección y participación en la vejez: escenarios futuros y políticas públicas para enfrentar el envejecimiento en Chile*. Recuperado de http://www.senama.cl/filesapp/Proteccion_y_participacion_en_la_vejez.pdf.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2007). *Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Constanza, P., Ribeiro, O. y Teixeira, L. (2012). Active Ageing: an Empirical Approach to the WHO Model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, vol. 2012, 9.1-10.
- Expansiva y Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública (2008). *Construyendo políticas públicas para una sociedad que envejece*. Santiago: Corporación Expansiva y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.
- Gutiérrez, E. y Ríos, P. (2006). Envejecimiento y campo de la edad: elementos sobre la pertinencia del conocimiento gerontológico. *Última Década*, 25, 11-41.
- Herrera, M. S., Barros, C. y Fernández, M. B. (2011). Predictors of Quality of Life in Old Age: a Multivariate Study in Chile. *Journal of Population Ageing*, 4(3), 121-139.
- Ilustre Municipalidad de El Bosque - Sur Profesionales Consultores S.A (2011). *Plan de Desarrollo Comunal 2010-2016. Resultados de la consulta comunal, encuentros sectoriales y diagnóstico comunal*. Recuperado de <http://www.municipalidaddelbosque.cl/transparencia/seccion.php?id=17>
- Leturia, J. (2016). Seminario derechos humanos y bienestar de las personas mayores. 12-13 de octubre, 2016, organizado por CEVE-UC. Recuperado de <http://estudiosdevejez.uc.cl/images/documentos/conferencia%20leturia%20fj%20enfoque%20centrado%20en%20la%20persona.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social (2012). *Política de Envejecimiento Positivo 2012- 2015*. Santiago, Chile. Recuperado de <http://omayor.cl/wp-content/uploads/2016/05/Pol-tica-Integral-de-Envejecimiento-Activo.pdf>

- Ministerio de Desarrollo Social - Servicio Nacional del Adulto Mayor (2009). *Estudio Nacional de la Dependencia en Personas Mayores*. Santiago, Chile. Recuperado de http://www.microdatos.cl/Documentos/docto_publicaciones/Estudio_Dependencia_Personas_Mayores.pdf
- Miranda, P., Caro, S., Martínez, M. y Kornfeld, R. (2015). Gestionando tu barrio: modelo piloto de servicios sociales especializados territoriales para adultos 60+ vulnerables. En: *Propuestas para Chile*. Santiago: Centro de Políticas Públicas.
- Molina, C. (2002). Modelo de formación de políticas y programas sociales. *Diseño y Gerencia de Políticas y Programas Sociales*, 1-24.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriátría & Gerontología*, 37(S2), 74-105.
- Rasse, A. (2016). *Segregación residencial socioeconómica y desigualdad en las ciudades chilenas*. En: Serie Documentos de Trabajo Programa Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Rodríguez, J. (2008). Movilidad cotidiana, desigualdad social y segregación residencial en cuatro metrópolis de América Latina. *EURE*, 34(103), 49-71.
- Rossi, G., Boccacin, L., Bramanti, D. y Meda, S. (2014). Active Ageing: Intergenerational Relationships and Social Generativity. *Active Ageing and Healthy Living: a Human Centered Approach in Research and Innovation as Source of Quality of Life*, 203, 57-68.
- Schiappacasse, P., Contreras, M. y Fuensalida, C. (2002). Migraciones internas hacia la Región Metropolitana de Santiago de Chile: una comparación con planteamientos teóricos. *Investigaciones Geográficas*, 35, 1-25.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (2009). Dimensiones del envejecimiento y su expresión territorial. Documento de trabajo. Santiago: Ministerio de Planificación-Servicio Nacional del Adulto Mayor. Recuperado de http://www.senama.cl/filesapp/Dimensiones_del_Envejecimiento_y_su_expresion_territorial.pdf del 25 -09-2017
- Zekeri, A., Wilkinson, K. y Humphrey, C. (1994). Past Activeness, Solidarity, and Local Development Efforts. *Rural Sociology*, 59(2), 216-235.

¿Está asociado el envejecimiento a la enfermedad? ¿Se envejece de la misma manera en todos los países? ¿Qué programas destinados al envejecimiento se implantan actualmente en Chile? ¿Influyen los estereotipos en la salud mental de los adultos mayores? ¿Pueden los adultos mayores hacer algo para mejorar la realización de sus actividades cotidianas? ¿Es posible que optimicen su aprendizaje y su memoria? ¿Qué importancia tiene la regulación emocional en la vejez? ¿Cómo afecta el apoyo social y la inclusión financiera a los adultos mayores? ¿Cómo se afronta la muerte en el envejecimiento? ¿Es determinante la comunidad territorial y social en el desarrollo de políticas y programas de envejecimiento activo?

Este libro pretende dar respuesta a estos y otros interrogantes, a través de la contribución de 40 académicos que, desde diferentes áreas de la Psicología, desarrollan investigación sobre el envejecimiento en población chilena.

Además, aspira a contribuir a la creación y consolidación de redes de investigación que permitan seguir avanzando en el conocimiento de la realidad heterogénea del envejecimiento en Chile, rompiendo con los estereotipos que, a menudo, asocian esta etapa con la enfermedad, la inactividad y la dependencia.



RiL editores



ISBN 978-956-01-0538-7

