UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA ECUADOR

POSGRADOS

Maestría en
PSICOLOGÍA

RPC-SE-04-No.022-2018

Opción de titulación:

PROYECTO DE DESARROLLO

TEMA:

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE DESARROLLO EMOCIONAL DIRIGIDO A PERSONAS ADULTAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS COMO MEDIDA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

AUTOR:

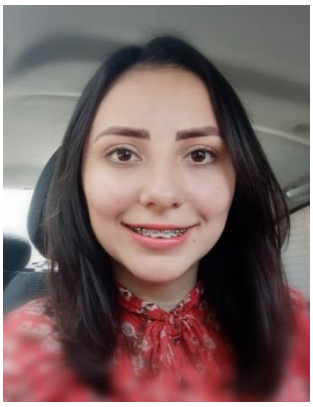
LADY ROSEMARY FIERRO MONTERO

DIRECTOR:

ANDREA VÁZQUEZ MARTÍNEZ

Guayaquil - Ecuador
2021

COHORTE
2018 - 2020

	***Lady Rosemary Fierro Montero*** Psicóloga Clínica Candidata a Magister en Psicología, con mención en intervención psicosocial y comunitaria por la Universidad Politécnica Salesiana – Sede Guayaquil. rosemary.fierrom@gmail.com lfierrom1@est.ups.edu.ec
Dirigido por: 	***Andrea Vázquez Martínez*** Doctora en Psicología Licenciada Psicología Máster Universitario Psicogerontología Docente e investigadora Máster Universitario en Gerontología y Atención Centrada en la Persona. Universidad Internacional de Valencia, España. andrea.vazquez.m@campusviu.es

Todos los derechos reservados.

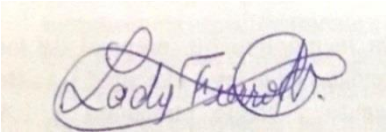
Queda prohibida, salvo excepción prevista en la Ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra para fines comerciales, sin contar con autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual. Se permite la libre difusión de este texto con fines académicos investigativos por cualquier medio, con la debida notificación a los autores.

DERECHOS RESERVADOS
©2021 Universidad Politécnica Salesiana.
GUAYAQUIL – ECUADOR – SUDAMÉRICA
FIERRO MONTERO LADY ROSEMARY

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE DESARROLLO EMOCIONAL DIRIGIDO A PERSONAS ADULTAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS COMO MEDIDA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

II. Certificado de responsabilidad y autoría del trabajo de titulación

Yo, Lady Rosemary Fierro Montero, declaro que soy la única autora de este trabajo de titulación titulado "*Diseño de un programa de desarrollo emocional dirigido a personas adultas mayores institucionalizadas como medida de promoción de la salud*". Los conceptos aquí desarrollados, análisis realizados y las conclusiones del presente trabajo, son de exclusiva responsabilidad de la autora.



Psi. Cl. Lady Rosemary Fierro Montero

CI: 0930905765

III. Certificado de Dirección del Trabajo de Titulación suscrito por el tutor

Quien suscribe, en calidad de directora del trabajo de titulación titulado "*Diseño de un programa de desarrollo emocional dirigido a personas adultas mayores institucionalizadas como medida de promoción de la salud*", desarrollado por la estudiante Lady Rosemary Fierro Montero previo a la obtención del Título de Magister en Psicología mención en Intervención Psicosocial y Comunitaria, por medio de la presente certifico que el documento cumple con los requisitos establecidos en la normativa vigente de la Universidad Politécnica Salesiana para el desarrollo de trabajos de titulación de posgrado. En virtud de lo anterior, autorizo su presentación y aceptación como una obra auténtica y de alto valor académico.

Dado en la Ciudad de Guayaquil, a los 21 días del mes de mayo de 2021.

PhD. Andrea Vázquez Martínez
Directora del Trabajo de Titulación

IV. Dedicatoria y agradecimiento

El esfuerzo de este trabajo lo dedico a Dios, a mis padres Juana y Oscar, a mi compañero de vida Luigi. Gracias a ellos por bendecirme, guiarme, acompañarme y alentarme siempre a contribuir lo mejor de mí para el mundo.

Gracias a mi tutora Andrea, que con sus enseñanzas, su ejemplo y motivación ha inspirado en mi vida para la realización de esta meta importante en mi camino.

V. Resumen

El envejecimiento de la población está experimentado un aumento exponencial, derivando en un aumento progresivo del adulto mayor en centros gerontológicos y conllevando a grandes retos en la sociedad actual. Al producirse la institucionalización de las personas mayores, la mayor parte de los objetivos y recursos están dirigidos hacia su salud física en detrimento de la importancia de su salud psicológica y calidad de vida. Por ello, se propone la presente propuesta de intervención "Sintiendo una vida plena" como un programa de desarrollo emocional dirigido a personas adultas mayores institucionalizadas como medida de promoción de la salud, tomando como referencia variables tan relevantes como la satisfacción vital, las estrategias de afrontamiento, la resiliencia, el bienestar psicológico y la autoestima como claves de la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado. El programa está dirigido a personas mayores a partir de 60 años y que carecen de un diagnóstico de enfermedad neurológica. Está basado en el modelo de Atención Centrada en la Persona y consta de tres fases: fase previa a la implementación del Programa: Contacto, Presentación y Compromiso; fase de Implementación del Programa: Desarrollo y, finalmente, la fase Final del Programa, informes y Análisis de Datos. Asimismo, está configurado por 8 sesiones con dos horas aproximadamente de duración cada una de ellas. Tras la implementación del programa, los resultados esperados giran en torno a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores mediante el incremento de la autoestima, la resiliencia, el bienestar psicológico y las estrategias de afrontamiento. Finalmente, se evidencia la necesidad de seguir desarrollando programas de intervención con adultos mayores institucionalizados, especialmente los enfocados a su desarrollo emocional como medida de promoción de la salud.

Palabras clave: Adulto mayor, desarrollo emocional, calidad de vida, bienestar psicológico, Modelo Atención Centrada en la Persona.

Abstract

The aging of the population is experiencing an exponential increase, resulting in a progressive increase of the elderly in gerontological centers and leading to great challenges in today's society. With the institutionalization of the elderly, most of the objectives and resources are directed towards their physical health to the detriment of the importance of their psychological health and quality of life. Therefore, the present intervention proposal "Feeling a full life" is proposed as an emotional development program aimed at institutionalized elderly people as a health promotion measure, taking as a reference such relevant variables as life satisfaction, coping strategies, resilience, psychological well-being and self-esteem as keys to the quality of life of institutionalized elderly people. The program is aimed at elderly people from 60 years of age and older who do not have a diagnosis of neurological disease. It is based on the Person-Centered Care model and consists of three phases: phase prior to the implementation of the Program: Contact, Presentation and Commitment; Program Implementation phase: Development and, finally, the Final phase of the Program, reports and Data Analysis. It is made up of 8 sessions, each lasting approximately two hours. After the implementation of the program, the expected results revolve around the improvement of the quality of life of the elderly by increasing self-esteem, resilience, psychological well-being and coping strategies. Finally, there is evidence of the need to continue developing intervention programs with institutionalized older adults, especially those focused on their emotional development as a health promotion measure.

Key words: Older adult, emotional development, quality of life, psychological well-being, Person-Centered Care Model.

VI. Índice General

V. Resumen 1
VII. Identificación del problema 5
b) Justificación, Importancia e Impacto 6
c) Delimitación 7
VIII. Objetivos general y específico 7
IX. Marco Teórico 7
a) Antecedentes 7
b) Fundamentos teóricos 12
1. El proceso del envejecimiento 12
1.1. Conceptualización teórica del envejecimiento 12
1.2. Demografía y prevalencia del envejecimiento 14
1.2.1. Envejecimiento poblacional 14
1.2.2. Envejecimiento en Ecuador 15
1.3. Psicología del envejecimiento 16
1.4. Teorías del envejecimiento 20
2. Atención Integral en Centros Institucionalizados y Gerontológicos en Ecuador 21
2.1. Calidad de vida del adulto mayor en Latinoamérica 21
2.2. Calidad de vida y satisfacción vital en el adulto mayor 23
2.3. Centros gerontológicos en Guayaquil 24
3. Envejecimiento y variables mediadoras en la salud 25
3.1. Estrategias de afrontamiento en estrés y ansiedad 25
3.2. Resiliencia y bienestar psicológico 26
3.3. Autoestima 27
4. El desarrollo emocional en el adulto mayor 29
4.1. Emociones y Salud 29
4.2. Emociones en la vejez 31
4.3. Teorías de las Emociones 32
4.3.1. Biología de las emociones 32
4.3.2. Teorías gerontológicas de la emoción 32
4.3.3. Modelo de Inteligencia Emocional de Daniel Goleman 33

4.3.4. Modelo PERMA de Martin Seligman 35
4.3.5. Modelo de Atención Centrada en la Persona. Perspectiva gerontológica 37
5. Programas de desarrollo emocional y psicología positiva en adultos mayores 38
6. Promoción del desarrollo emocional y su impacto en la salud 41
c) Definición de términos básicos 42
X. Metodología 43
XI. Análisis de resultados 45
 Diseño del Programa “Sintiendo una Vida Plena” 45
XII. Discusión de resultados 57
XIII. Conclusiones 61
XIV. Bibliografía 63
XV. Apéndice/Anexos 68

VII. Identificación del problema

a) Problema

Actualmente el envejecimiento de la población mundial se presenta de manera acelerada y según Albala (2020) la tendencia de crecimiento de esta población en 2050 apunta a la presencia de un 79% de personas adultas mayores en países de desarrollo y un 25% de este grupo en Latinoamérica, A partir de esta realidad, se comprende la importancia de mejorar en propuestas de atención a la población adulta mayor.

En este sentido, se resalta que el envejecimiento es un proceso que forma parte del ciclo de la vida, en el cual se presentan cambios en diversas áreas, asociando dichos cambios a experiencias negativas o de pérdidas en la mayoría de los casos, sin embargo en los últimos años este término ha sido cada vez más estudiado, encontrando perspectivas más positivas sobre el envejecimiento. La OMS (2002) plantea el término envejecimiento activo, manifestando que es un proceso en el que se visualizan y fortalecen las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de toda persona que envejece.

Desde esta perspectiva, se conoce que la población adulta mayor en los centros gerontológicos de Ecuador recibe servicios y atenciones desde un enfoque mayormente asistencialista, en el cual existe poco o nulo involucramiento de las decisiones de los adultos mayores como sujetos activos, partícipes de su desarrollo como seres humanos. Frente a esta realidad, se ha encontrado la falta de propuestas o espacios destinados al desarrollo emocional dirigido a los adultos mayores, comprendiendo la necesidad en esta etapa, de afrontar adecuadamente nuevas situaciones, formas de vida, cambios físicos y sociales, con la posibilidad de generar mejores recursos emocionales y cognitivos que renueven la experiencia del envejecimiento y de la salud del individuo dentro de los centros gerontológicos.

Por tal motivo, es importante destacar que desde la evidencia científica se ha encontrado los múltiples beneficios que conlleva el desarrollo de la inteligencia emocional en las diferentes etapas de vida del ser humano, y más aún las contribuciones positivas que se generan en la salud física y mental de los adultos mayores.

De acuerdo a investigaciones de Dockray & Steptoe (2010) las emociones positivas en adultos mayores, desde el punto de vista biológico, aportan a la regulación del sistema cardiovascular posterior a estados de estrés o emociones negativas y contribuyen también al funcionamiento del sistema inmunológico. Así mismo, el

sistema emocional representa un punto clave para preservar la salud en todas las áreas durante el proceso del envejecimiento (Delhom, 2019).

El campo del desarrollo emocional sigue siendo poco explorado y profundizado en el país, a pesar de contar actualmente con mayor evidencia científica acerca de la influencia positiva en términos de salud que trae el conocimiento y reconocimiento de emociones, junto con la adecuada regulación y gestión de los mismos, permitiendo adquirir herramientas que benefician todas las áreas de vida de la persona y sobretodo del adulto mayor.

b) Justificación, Importancia e Impacto

En Ecuador el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) cuenta con 14 centros gerontológicos de atención directa y 489 convenios con organizaciones públicas y privadas. Existen diferentes modalidades de atención a adultos mayores a nivel nacional a través del MIES:

- Centros gerontológicos residenciales
- Centros gerontológicos de atención diurna
- Espacios alternativos de revitalización, recreación, socialización y encuentro
- Atención domiciliaria

En el sector público y privado en su mayoría, los centros gerontológicos continúan ofreciendo servicios con un enfoque asistencialista a los adultos mayores. Sin embargo, se han incorporado actividades cada vez más lúdicas y de interacción social, beneficiando el desarrollo social y mejorías en sus estados anímicos.

A pesar de existir una mayor preocupación por esta población, las iniciativas de abordar y profundizar áreas importantes como el desarrollo emocional en el envejecimiento siguen escasas, por ello esta propuesta de diseño de programa de desarrollo emocional para adultos mayores institucionalizados responde a la necesidad de crear medios para encaminar a la sociedad, sobre todo a los adultos mayores presentes en la actualidad, a la concientización de que un envejecimiento activo y saludable es posible, a través del trabajo personal y comunitario de la inteligencia emocional, acompañado por profesionales de la salud enfocados en el desarrollo humano.

Es importante abordar esta temática en Ecuador, empezando en centros gerontológicos de la ciudad de Guayaquil, para ir evidenciando los beneficios del

desarrollo emocional en población adulta mayor y el impacto positivo en su salud física y mental. En una investigación liderada por Pérez-Fuentes, Gázquez, Molero, Martínez, Barragán & Simón (2016) se demostró que el entrenamiento cognitivo y de habilidades relacionadas con la inteligencia emocional genera en los adultos mayores una percepción más positiva sobre su salud, la ejecución de sus capacidades funcionales mejora, disminuyen las sensaciones de dolor corporal y logran conectar más cómodamente en las relaciones interpersonales, entre otras ventajas que se van presentando en la medida en que se desarrolla la inteligencia emocional.

c) Delimitación

La propuesta del diseño del programa está dirigida a los adultos mayores de 2 centros gerontológicos de la ciudad de Guayaquil: Asilo de Ancianos "Sofía Ratinoff de Solimano" y el Centro Asistencial Gerontológico "Dr. Publio Vargas Pazzos"

VIII. Objetivos general y específico

Objetivo General:

- Diseñar un programa de desarrollo emocional dirigido a personas adultas mayores institucionalizadas.

Objetivos Específicos:

- Promocionar el desarrollo emocional como estrategia de la reducción de síntomas físicos y psicológicos relacionados con enfermedades.
- Promover la Satisfacción Vital de los adultos mayores para mejorar su calidad de vida.
- Generar estrategias de afrontamiento saludables frente al estrés y ansiedad.
- Proponer conductas resilientes como factor clave para el bienestar psicológico.
- Desarrollar una óptima autoestima en el adulto mayor.

IX. Marco Teórico

a) Antecedentes

La realidad sanitaria del adulto mayor a nivel mundial presenta áreas importantes de trabajo y cuidado para un desarrollo integral de la salud de la población que envejece. Los adultos mayores españoles presentan una morbilidad crónica reducida pero una mala autopercepción de su estado de salud (Puga, Rosero-Bixby, Glaser & Castro,

2007). En la población adulta mayor española se muestran mayores dificultades instrumentales como usar medios de transporte, administrar la medicación, etc. Sin embargo, se resalta la alta longevidad, baja prevalencia de discapacidad básica y de depresión (Puga et al., 2007). En la población adulta mayor británica la salud auto percibida es mayormente positiva, existe un menor índice de problemas cognitivos y limitaciones funcionales, pero se muestra una alta prevalencia de depresión y altos niveles de morbilidad crónica en los varones (Puga et al., 2007). Se valoraron indicadores de salud relativos a limitaciones emocionales en la población británica y se encontró que desde esa variable la salud en los adultos mayores es negativa, lo cual se asocia a un débil vínculo de redes familiares.

Mientras que las condiciones de salud del adulto mayor en países de América Latina como Chile, Argentina, Brasil, México y Uruguay muestran que la población mayor de 60 años presenta varios grupos con riesgo de salud: los sedentarios, los que han tenido escasa educación, los mal nutridos, las mujeres y los que cuentan con un seguro público de salud asociados a un nivel socioeconómico bajo (Jewell, Rossi & Triunfo, 2007). También se evidencia que las condiciones de salud durante los primeros años de vida llegan a ser determinantes en el estado de salud en edades avanzadas. Los países con mayores índices de pobreza en la infancia se asocian a mayores demandas de cuidados médicos en los adultos mayores de la actualidad (Jewell et al., 2007).

En cuanto a Ecuador, las personas adultas mayores viven en condiciones socioeconómicas variadas, pero un grupo numeroso vive en condiciones desfavorables, sobre todo en áreas rurales del país y en sectores periféricos de barrios urbanos (Freire & Waters, 2012). Los niveles de pobreza y desigualdad se suman a la existencia de un sistema de salud segmentado que dificulta el acceso oportuno y adecuado que requieren los adultos mayores. Se evidencia un crecimiento de casos de hipertensión y diabetes en los adultos mayores, considerando que son enfermedades crónicas que deben ser tratadas y controladas de forma continua (Freire & Waters, 2012). En Ecuador la esperanza de vida no está relacionada con un mejoramiento de las condiciones de vida de la población adulta mayor, se requiere una transformación del sistema de salud y de protección social donde permitan un abordaje con enfoque en el ciclo de la vida, brindando cambios que contribuyan a un envejecimiento saludable (Freire & Waters, 2012).

Es relevante destacar que en mayo del 2019 entró en vigencia, en Ecuador, la Ley Orgánica de las personas adultas mayores, en la que se destacan aspectos importantes acerca de la atención a la salud integral en esta población.

Los siguientes criterios demuestran las razones por las que acrecienta la importancia de generar planes o programas que aporten al bienestar integral de los adultos mayores, tanto en el área pública como privada:

En el Art. 3 se menciona la importancia de impulsar el cumplimiento de mecanismos de promoción, asistencia, exigibilidad, protección y restitución de los derechos de las personas adultas mayores, garantizando el derecho a la igualdad y no discriminación. También, se resalta la corresponsabilidad y participación del Estado, sociedad y familia, para lograr la inclusión de las personas adultas mayores y su autonomía, teniendo en cuenta sus experiencias de vida y garantizar el pleno ejercicio de sus derechos.

En el Art. 4 se refiere a que las instituciones públicas y privadas están obligadas a implementar medidas de atención prioritaria y especializada; y generar espacios preferenciales y adaptados que respondan a las diferentes etapas y necesidades de las personas adultas mayores, en la dimensión individual o colectiva.

Además, se destaca que será obligación solidaria del Estado, sociedad y la familia respetar los derechos de las personas adultas mayores, así como generar condiciones adecuadas y eficaces para el desarrollo de sus proyectos de vida, y de manera preferente cuando se encuentren en condición de vulnerabilidad.

En el capítulo III donde se mencionan los deberes del Estado, sociedad y la familia frente a las personas adultas mayores se resalta que, en el Art. 9 se busca garantizar el acceso inmediato, permanente y especializado a los servicios del Sistema Nacional de Salud, incluyendo a programas de promoción de un envejecimiento saludable.

Mientras que en el Art. 11 se resalta la corresponsabilidad de la familia, donde se promueve que las familias aporten en la atención a las necesidades psicoafectivas de los adultos mayores, se encuentren o no viviendo en el ámbito familiar. Además, la familia es corresponsable en apoyar el proceso para fortalecer las habilidades, competencias, destrezas y conocimientos del adulto mayor. Así mismo de cubrir sus necesidades básicas: una adecuada nutrición, salud, desarrollo físico, psíquico, psicomotor, emocional y afectivo.

Por otra parte, es necesario resaltar que el envejecimiento se va desarrollando de manera normal o patológica, por lo que se requiere diferenciarlos para tomar acciones de prevención o de tratamiento, según sea el caso.

Autores como Wilson, Bennett y Swartzendruber (1997) reconocen que el envejecimiento biológico es inevitable, como proceso natural forma parte de todo ser vivo y se manifiesta progresivamente a través de una serie de cambios relacionados a la herencia biológica, al impacto del ambiente y a la historia personal (Barrera & Donolo, 2009).

Mientras que Nadler, Damis y Richardson (1997) indican que todos los cambios relacionados al envejecimiento normal se visibilizan por las variaciones que presenta el cuerpo, los cambios notorios de piel, peso, estatura, etc. De manera interna también se presentan cambios en los diferentes sistemas orgánicos asociados al proceso mismo del envejecimiento, cambios relacionados a la estructura metabólica y celular (Barrera & Donolo, 2009). Davicino & Muñoz (2008) señalan que la lentificación del cerebro es característico en el envejecimiento, lo cual se traduce en reducción o cambios de las capacidades motrices, sensoriales, memorísticas y cognitivas, estos cambios se muestran de manera progresiva. Este escenario se asocia a un envejecimiento cerebral normal con ausencia de patologías o riesgos de enfermedad futuras. Sin embargo, se puede asociar a un envejecimiento patológico a un notable y persistente deterioro cognitivo o a la aparición de un cuadro demencial, los cuales están vinculados a enfermedades neurodegenerativas (Barrera & Donolo, 2009).

Estudios realizados por Bondi & Troster (1997) y Sáenz de Pipaón & Larumbre (2001) demuestran que la demencia fronto-temporal y la demencia tipo Alzheimer forman parte de las enfermedades neurodegenerativas que se presentan en el envejecimiento, son enfermedades de causas desconocidas, el deterioro progresivo de una o varias partes del sistema nervioso se presenta como característica común, estos tipos de enfermedades son progresivas, sin remisiones. Por lo tanto, como indican Weiner & Lipton (2005) en el envejecimiento patológico el deterioro o afectación cerebral produce una caída progresiva de funciones cognitivas que obstruyen el funcionamiento social normal u ocupacional de una persona (Barrera & Donolo, 2009).

Por otro lado, hay evidencia acerca del procesamiento emocional de las expresiones faciales en el envejecimiento normal y patológico. De acuerdo al enfoque neuropsicológico se ha demostrado que identificar las emociones de los rostros es una

habilidad cognitiva que podría decaer con la edad. El cerebro va variando en su forma, peso y volumen a medida que se envejece, al parecer la pérdida de volumen es mayor en los lóbulos frontales, por lo cual las funciones cognitivas de esa zona decaen más con el envejecimiento. Las conclusiones de las investigaciones neuropsicológicas señalan que en el envejecimiento normal y patológico hay emociones que no son claramente identificadas, éstas son las emociones negativas como el miedo. Sin embargo, en los adultos mayores con enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer la identificación de las emociones no se logra de manera óptima como en los adultos mayores sanos. Las investigaciones sobre el procesamiento de las emociones faciales han continuado y en últimos hallazgos se mencionan que el nivel del procesamiento está ligado al tipo de recurso mental que se use, se ha encontrado que hay memoria implícita para las expresiones faciales emocionales, la cual se mantiene intacta en los adultos mayores sanos y en aquellos que padecen Alzheimer. Pero, si se utiliza el recurso de la memoria de trabajo para la identificación emocional, el grupo con Alzheimer muestra un rendimiento inferior al de los adultos mayores sanos (García-Rodríguez, Fusari & Ellgring, 2008).

Frente a esta realidad, la OMS (2002) adoptó el término envejecimiento activo con la finalidad de transmitir un mensaje más amplio sobre la salud en el envejecimiento, por ello mencionó, en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, que el envejecimiento activo es un proceso que busca optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Este proceso está enfocado en desarrollar el bienestar físico, social y mental del ser humano que envejece, permitiéndole participar en la sociedad de acuerdo a sus necesidades, deseos y capacidades, brindándoles protección, seguridad y cuidados adecuados en los momentos que requieran asistencia (Limón & Ortega, 2011).

Existen varios modelos sobre el envejecimiento activo, sin embargo, se resalta el modelo desarrollado por Rowe y Khan (1997), en el cual clasifican 4 grupos de factores: baja probabilidad de enfermar y de discapacidad asociada, alto funcionamiento cognitivo, alto funcionamiento físico y compromiso con la vida. Adicionalmente, los factores psicológicos individuales se han destacado como base del envejecimiento activo, por lo que la OMS (2002) ha establecido aspectos determinantes de un envejecimiento saludable: la economía, el ambiente social, entorno físico, características personales, aspectos conductuales y servicios sociales. Todos estos determinantes se evalúan alrededor de la cultura y sexo de la persona que envejece. Así mismo se

plantean 4 bloques de intervención para el envejecimiento activo desde un enfoque de desarrollo y promoción individual:

1) Promover la salud física y la prevención de la discapacidad
2) Optimizar y compensar las funciones cognitivas
3) Desarrollo afectivo y de la personalidad
4) Maximizar la implicación social

Lassen y Moreira (2014) señalan que el envejecimiento activo transforma radicalmente la vejez, cambiando el concepto de pasividad y dependencia a un estado prolongado de actividad e independencia, marcando así una nueva percepción del envejecimiento (Lassen, 2015).

b) Fundamentos teóricos

1. El proceso del envejecimiento

1.1. Conceptualización teórica del envejecimiento

El término envejecimiento se ha construido de diversos conceptos a lo largo de la historia, lo cual ha permitido enriquecer la definición actual. Existe un amplio recorrido teórico, sin embargo, se resaltan aquellos conceptos que dirigen una mirada mayormente positiva sobre la vejez. Platón (427-347 a. de C.) fue considerado defensor de la vejez en aquella época, indicando que la vejez es la cúspide de la vida donde se deleita los placeres del espíritu (Román, Robles, Montoya & Lozano, 2017). Posteriormente, Cicerón (106-43 a. de C.) desarrolla un escrito llamado De senectute, en el cual afirma que la edad de una persona aumenta conforme van creciendo sus virtudes humanas (Parra, 2017).

En 1965, Williams & Wirths afirmaron, desde una visión psicológica, que el envejecimiento exitoso responde a la experiencia de sentirse satisfecho con la vida, a actuar con compromiso social y en coherencia con un conjunto de valores y creencias. Por otra parte, Butler en 1969 afirma, desde un enfoque social, que el envejecimiento cuenta con tres criterios: productividad, participación y compromiso con la vida (Parra, 2017).

La Organización Mundial de la Salud señala que el envejecimiento del individuo es un proceso fisiológico que comienza con la concepción y ocasiona cambios sustanciales durante todo el ciclo de vida (OMS, 1974). Según Rodríguez (1979) en una definición más general, la vejez se entiende como una etapa en la que prevalecen particularidades biológicas, sociales y culturales. Además, se visibilizan cambios físicos

correspondientes al envejecimiento, como el deterioro de la piel, la ralentización de las capacidades funcionales y la aparición de enfermedades relacionadas a la vejez (Román et al., 2017).

A inicios del siglo XXI, Fernández-Ballesteros y Muñoz (2004) coinciden en señalar que el envejecimiento es un proceso que se desarrolla en el transcurso de la vida y que, al llegar a la vejez, se experimenta plenitud de sabiduría, resultado de las experiencias obtenidas en el crecimiento y desarrollo durante la existencia humana (Parra, 2017).

De acuerdo a Papalia & Wendkos (2001) la etapa de la vejez da inicio a partir de los 65 años, mientras que Kaplan & Sadock (1998) mencionan que desde la gerontología los adultos mayores se dividen en dos bloques: los viejos – jóvenes (entre 65 a 74 años) y los viejos – viejos (a partir de los 75 años). A su vez, éstos pueden clasificarse en adultos mayores sanos y aquellos con enfermedades médicas y/o psiquiátricas (Canto & Castro, 2004).

Por otro lado, surgen autores como Limón & Ortega (2011) que proponen un modelo de desarrollo que modifica la perspectiva de la vejez, enfatizando que es una etapa diferente y llena de posibilidades. El modelo de desarrollo de la vejez hace especial hincapié en que el envejecimiento es un encuentro con una segunda etapa de libertad, pero también cuenta con riqueza en el desarrollo biográfico e histórico, siendo la actividad parte vital de dicha etapa (Parra, 2017).

En el último siglo se han desarrollado varios modelos de envejecimiento enfocados en dar una connotación más positiva al término. Se destacan los siguientes:

Envejecimiento exitoso: Bajo riesgo de enfermar, alto nivel de actividad física y mental. Mantenimiento de relaciones interpersonales y de participación en actividades significativas (Rowe, 1987).

Envejecimiento saludable: Etapa que inicia antes de los 60 años, adoptando tempranamente hábitos y estilos de vida saludables, realizando prevención en la aparición de enfermedades (Bowling, 2005).

Envejecimiento activo: La OMS (2002) indica que es un proceso que potencia las oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los individuos que van envejeciendo.

1.2. Demografía y prevalencia del envejecimiento

1.2.1. Envejecimiento poblacional

El aumento de la proporción de personas mayores de 60 años es una realidad que impacta de forma global a la humanidad. Entre 1960 y 2015 la expectativa de vida al nacer aumentó 18 años, aunque existen diferencias entre países y continentes (ONU, 2017). Entre los años 2000 y 2015, la proporción de la población global mayor de 60 años creció de 9,9% a 12,3% y las proyecciones indican que en 2030 este grupo representará el 16,4% de la población global. Se estima que en 2050 el 79% de las personas mayores a 60 años vivirán en países en desarrollo, este mismo rango de edad representará el 25% de la población de Latino América y El Caribe (Albala, 2020).

En la Tabla 1 se describe el porcentaje de población adulta mayor en diferentes partes del mundo, a lo largo de las últimas décadas y una proyección del crecimiento de esta población hacia el 2050:

Tabla 1

Población global y regional de ≥60 y ≥80 años 1980, 2017, 2030, 2050

Territorios	Proporción de personas ≥ 60 años				Proporción de personas ≥ 80 años			
	1980	2017	2030	2050	1980	2017	2030	2050
Mundo	8,6	12,7	16,4	21,3	0,8	1,8	2,4	4,3
África	5,1	5,5	6,3	8,9	0,3	0,3	0,5	0,9
Asia	6,8	12,2	17,1	24,2	0,5	1,5	2,1	4,7
Europa	16	24,7	29,6	34,5	2	5	6,3	10,1
América Latina y El Caribe	6,5	11,8	16,6	25,4	0,6	1,8	2,6	5,6
Norteamérica	15,8	21,7	26,2	28,3	2,2	3,9	5,5	8,7
Oceanía	11,6	17	20,2	23,3	1,4	3,3	4,2	6,2

Nota. Fuente: Albala, 2020

El Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002) indica que entre el 2000 y 2050 las personas mayores de 60 años en el mundo pasarán de ser del 10% al 21% de la población, estos datos indican que la población adulta mayor crece a un ritmo acelerado. En América Latina y el Caribe existe una prevalencia del grupo femenino en la población adulta mayor y de acuerdo a la Comisión Económica

para América Latina y el Caribe (2009) por cada 100 hombres hay 121 mujeres mayores de 60 años (Santos, 2009).

En la Tabla 2 se distingue los países en donde hay una mayor presencia de adultos mayores:

Tabla 2

Países con poblaciones más envejecidas

Países	% Edad 65+
Japón	24
Mónaco	24
Alemania	21
Italia	21
Suecia	19
Bulgaria	19
Finlandia	18
Austria	18
Dinamarca, Reino Unido, España, Hungría, Francia, Bélgica y otros	17

Nota. Fuente: Estado de la Población Mundial, 2011

En un informe actual denominado Perspectivas de la Población Mundial 2019: Aspectos destacados, del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU se enfatizan proyecciones acerca de la población mundial, resaltando el crecimiento de la población adulta mayor. En el 2019 el 9% de la población era representada por los adultos mayores de 65 años, la proyección para el 2050 sobre este grupo indica que constituirían el 16%. Lo interesante de considerar es que en el 2018 se observó por primera vez que los adultos mayores de 65 años superaron en número a los niños/as menores de cinco años (United Nations Department of Public Information, 2019).

1.2.2. Envejecimiento en Ecuador

El crecimiento de la población adulta mayor es una realidad latente en Ecuador y con ello, de acuerdo al Ministerio de Inclusión Económica y Social, en el 2020 la

población adulta mayor es del 7,4% y para el 2054 esta población representará el 18% (MIES, 2015).

En la Tabla 3 se destacan características de la población adulta mayor del Ecuador en diversos períodos, considerando que para el 2050 la presencia de esta población en el país será de un 16%, lo cual revela un crecimiento importante y un llamado de atención a reconocer sus necesidades como población vulnerable (Freire & Waters, 2012).

Tabla 3

Indicadores demográficos relacionados al envejecimiento: Ecuador 1970-2050

Indicadores de envejecimiento	Año			
	1970	2000	2025	2050
Población mayor de 65 años (en miles)	253	621	1.591	3.294
Porcentaje de población mayores de 65 años	4,20%	5%	9,30%	16,30%
Crecimiento media anual de la población ≥65 años	2,92%	1,44%	0,95%	0,41%
Edad mediana de la población	17,7%	22,7%	30,5	38,6

Nota. Fuente: INEC/CEPAL/CELADE (2003)

De acuerdo a las proyecciones poblacionales del INEC en 2019, en Ecuador hay un total de 1.264.423 adultos mayores, el 54% están representados por las mujeres y el 46% por los hombres. Las provincias con mayor presencia de adultos mayores son: Guayas con 302.263 adultos mayores, Pichincha con 240.876 personas mayores a 65 años y Manabí con 115.955 (Enríquez et al., 2019).

Por otro lado, en cuanto a la presencia de adultos mayores institucionalizados se conoce que de acuerdo al Ministerio de Inclusión Económica y Social hasta Octubre 2020 se ha brindado atención a 8325 personas adultas mayores en 121 centros gerontológicos diurnos y 61 centros gerontológicos residenciales a nivel nacional, mientras en Guayaquil se ha atendido a 171 personas adultas mayores, principalmente en centros gerontológicos diurnos (MIES, 2020).

1.3. Psicología del envejecimiento

Históricamente, las contribuciones de la psicología al estudio del envejecimiento tienen sus inicios en la segunda mitad del siglo XX, época en la que se evidenciaba un

descenso de la natalidad y mortalidad, mientras que se presentaba un incremento gradual de la esperanza de vida. Ante esta realidad, los profesionales de la psicología empezaron a involucrarse en la atención al proceso del envejecimiento.

A partir de entonces, la psicología del envejecimiento se ha definido como la disciplina encargada de estudiar el comportamiento y los procesos mentales de las personas mayores, ejerciendo análisis y propuestas de intervención dirigidas a mejorar la adaptación y calidad de vida de los individuos que envejecen. De modo que la psicología del envejecimiento orienta su estudio en el desarrollo del envejecimiento normal y patológico (Millán, 2006).

Actualmente, en el siglo XXI se evidencian situaciones problemáticas a nivel político y social, circunstancias como la pobreza en las personas mayores o índices altos de enfermedades en la vejez hacen que nuestra sociedad experimente angustia o temor a vivir el envejecimiento.

Por otro lado, dado que el contexto social varía según los tiempos, se conoce que a principios del siglo XX se daba mayor atención a dos etapas del ser humano: la educación y el trabajo, debido a que los individuos tenían un promedio de vida de 46.3 años, por lo que pensar en una etapa de envejecimiento era poco probable. Con el paso de los años aquella realidad fue cambiando, la jubilación se convirtió en una etapa de vida que alcanzaban más personas y que, en los años 80, llegaba a durar un promedio de 13.8 años (Millán, 2006).

En ese sentido, la jubilación ha llegado a ser una etapa donde algunas veces se la experimenta como liberación y otras veces como un destierro u olvido por parte de los otros. De acuerdo a Rosow (1974) la experiencia de la jubilación puede percibirse como una crisis o un proceso. La connotación positiva o negativa de la jubilación asociada al envejecimiento va a variar de acuerdo a las comunidades donde nos encontremos. En las áreas rurales, quienes antes trabajaban la tierra no se jubilaban sino que se adaptaban sus capacidades a nuevas actividades, por lo que estos cambios lo vivenciaban de manera progresiva, a diferencia de las zonas urbanas donde el sistema laboral – social introduce, en ocasiones, de manera abrupta a los cambios de la jubilación o envejecimiento (Millán, 2006).

En la etapa del envejecimiento se hacen más notorios los cambios en la salud física, jubilación, viudedad, etc. Aquellas variables juegan un rol importante en el aspecto psicológico del individuo que va envejeciendo, llegando a presentarse de manera frecuente en esta etapa signos de depresión y ansiedad (Millán, 2006).

Considerando todos los cambios que experimenta un individuo en la etapa del envejecimiento, la psicología y el rol de psicólogo amplían su visión del desarrollo humano y dan paso a la labor vital que tiene el atender adecuadamente a los adultos mayores permitiendo que su etapa logre ser adaptada desde el bienestar psicológico, apoyado de otros factores externos esenciales para ellos (familiares, sociales, económicos y políticos). Es por esto que en el marco del II Plan Internacional de Naciones Unidas (2001) se exponen varias áreas de actuación del psicólogo dirigidas a procurar el bienestar de las personas mayores, las cuales se muestran en la Tabla 4:

Tabla 4

Ámbitos de actuación del psicólogo según las cuestiones prioritarias del II Plan Internacional sobre envejecimiento

I. DESARROLLO PARA UN MUNDO QUE ENVEJECE	II. HACER AVANZAR LA SALUD Y EL BIENESTAR	III. GARANTIZAR ENTORNOS QUE CAPACITEN Y APOYEN	APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN
Promover la participación activa	Promover la salud y el bienestar en el transcurso de la vida	Vivienda y entorno	Planificación de políticas, programas e intervenciones
Desarrollo rural, migración y urbanización	Formación profesional de los que proporcionan asistencia	Atención en la comunidad	Seguimiento
Acceso al conocimiento, la educación y la formación profesional	Necesidades de salud mental de las personas mayores	Asistencia y cuidados	Evaluación
Solidaridad intergeneracional	Personas mayores y discapacidad	Abuso y violencia	

Situaciones de emergencia	Modificar la imagen (negativa) de la vejez

Nota. Fuente: Fernández-Ballesteros, 2001.

En consecuencia, la psicología tiene un papel importante en el ejercicio del análisis, intervención y propuestas para aportar en el desarrollo de las personas mayores, facilitando un conocimiento transcendental que permita vivir y percibir el proceso del envejecimiento de manera positiva.

La psicología social también contribuye en el abordaje de la atención en el envejecimiento desde una mirada integral. En este sentido, Martín-Baró (1986) destacó la necesidad de involucrar aspectos sociales e individuales en la construcción de la identidad personal, abogando por una psicología de la liberación para América Latina, que posibilite escenarios de transformación social y reduzca las acciones de la psicología al centrarse en el sujeto individual (Dulcey-Ruiz, 2010).

Diversos autores como Kalus (1976) sitúan a la psicología del envejecimiento dentro de la psicología del desarrollo, indicando que existen varios estudios longitudinales donde se muestra que la vejez forma parte de un proceso de evolución del ser humano siendo clave la consideración de aspectos históricos, socioculturales, económicos y políticos que no son ajenos a la psicología. El psicólogo alemán Baltes (1998) planteó que uno de los retos del siglo XXI es dirigir la cultura y tecnología basada en la cultura del cuidado de los adultos mayores, con el fin de reducir la brecha entre el funcionamiento biológico y las metas socioculturales (Dulcey-Ruiz, 2010).

La teoría propuesta por el psicólogo ruso – estadounidense Bronfenbrenner (1987) sugiere un sentido integrador en el estudio del desarrollo psicológico, planteando una mirada ecológico-social para comprender al ser humano. Según este autor, los individuos viven, interactúan, realizan actividades y desempeñan roles en entornos interdependientes, multivariados y cambiantes, a estos contextos los describió como microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. Además, propuso el término cronosistema a la dimensión temporal, considerando importante que en la vida de una persona existen acontecimientos específicos que impactan sus vidas, denominando esta idea como transiciones ecológicas (Dulcey-Ruiz, 2010).

Una mirada integrativa es esencial para el estudio de la psicología del envejecimiento, donde un individuo transita diversos cambios en su vida los cuales

llegan a ser altamente representativos, por lo que la experiencia de aquellos cambios puede vivirse desde un proceso de envejecimiento saludable o uno que afecte de manera importante la psicología del sujeto. Lo interesante es proporcionar herramientas positivas que dirijan al adulto mayor hacia estándares de una buena calidad de vida y una adecuada salud mental.

En ese sentido, la investigadora Fernández-Ballesteros señala que el envejecimiento es la demostración del desarrollo de la humanidad por lo que considera natural que esta etapa sea catalogada como un fenómeno positivo, sin embargo comúnmente se asocia el envejecimiento a enfermedad y ésta a su vez en discapacidad, por lo cual es un reto para la ciencia y la sociedad transformar la visión y la experiencia de esta etapa (Fernández-Ballesteros, Caprara & García, 2004)

Frente a las connotaciones negativas que son atribuidas al envejecimiento Fernández-Ballesteros da un aporte a la psicología proponiendo el término envejecimiento con éxito, el cual abarca de manera multidimensional una nueva forma de envejecer que permite dar una visión mayormente positiva al envejecimiento, la cual trasciende la idea de buena salud e integra el alto funcionamiento cognitivo, afecto positivo y participación social (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, López, Molina, Díez, Montero & Schettini, 2010)

1.4. Teorías del envejecimiento

El envejecimiento cuenta con diversas teorías: biológicas, psicológicas y sociales que intentan comprender cómo se vive el envejecimiento. Las teorías biológicas explican el envejecimiento desde un desgaste natural de los órganos, consecuencia natural de los seres vivos. Mientras que las teorías psicológicas se centran en aspectos cognitivos y de personalidad y en esta línea la teoría de Erikson (1950) menciona que la crisis esencial en el envejecimiento es una lucha entre integridad frente a desesperación, donde las principales virtudes son la prudencia y la sabiduría. Otra teoría psicológica del envejecimiento es el de la continuidad, la cual indica que el comportamiento de la población adulta mayor está determinado por su estilo de vida previo, hábitos y gustos desarrollados en etapas anteriores (Moreno, 2004).

En el caso de las teorías sociales, se destaca aquellas que buscan entender y predecir la adaptación satisfactoria de los adultos mayores en la sociedad. La teoría de la desvinculación o de la disociación explica que, durante el envejecimiento, retirarse de la

interacción social se muestra como una forma de adaptación natural a la vejez (Moreno, 2004).

Por otro lado, Peck (1968) establece 3 acciones vitales para el proceso del envejecimiento:

1) Trascendencia corporal frente a preocupación por el cuerpo
2) Diferenciación del ego frente a preocupación por el trabajo
3) Trascendencia del ego frente a preocupación por el ego

Dichas acciones encaminan la percepción del envejecimiento hacia la idea de trascender las deficiencias físicas para dar paso a la importancia de la experiencia mental, espiritual y relaciones sociales que trae consigo la adultez mayor. También busca desarrollar la autoestima y potenciar las características positivas de la personalidad, además de ir adquiriendo todos los aportes de bienestar que le concedan las personas a su alrededor (Izquierdo, 2005).

Adicionalmente, se destaca la teoría de la actividad, la cual asevera que un nivel alto de participación es la clave para conseguir autorrealización y un buen envejecimiento, quienes experimentan este hecho adquieren mayor capacidad de adaptación y perciben mayor satisfacción con la vida (Alvarado & Salazar, 2014).

2. Atención Integral en Centros Institucionalizados y Gerontológicos en Ecuador

2.1. Calidad de vida del adulto mayor en Latinoamérica

De acuerdo a Sánchez, González, Alerm & Bacallao (2014) observaron en adultos mayores institucionalizados de Cuba que las dimensiones físicas y psico-afectivas en ellos no son completamente independientes, sino que se relacionan constantemente determinando así su calidad de vida. Mencionan la importancia de dar énfasis a la elaboración de estrategias dirigidas a la atención de las condiciones tanto físicas como emocionales en el envejecimiento debido a que, se asocia de manera errónea, el tener sólo un buen estado de salud físico a un nivel alto de calidad de vida. Por ello, sugieren los autores desarrollar acciones que contribuyan a reforzar los aspectos psico-afectivos de la vida de los adultos mayores.

Mientras que, en los adultos mayores chilenos se encontró que uno de los factores más influyentes para medir su calidad de vida es el entorno social, este factor puede generar limitaciones físicas – afectivas en sus vidas o recursos de apoyo como la contención emocional, el incentivo a la actividad y las interacciones en las relaciones

generacionales. Por todo ello definir en los adultos mayores la calidad de vida resulta ser complejo (Osorio, Torrejón & Anigstein, 2011).

La calidad de vida se presenta como un concepto que integra varias dimensiones por lo que Schalock y Verdugo proponen un modelo que aborda 8 áreas importantes de considerar al momento de evaluar la salud de los adultos mayores. Dichas áreas han sido estudiadas en investigaciones transculturales en el terreno de la salud mental, por ello este modelo es considerado un referente en cuanto a valoración de la calidad de vida. En la tabla 5 se detalla un reconocido modelo de calidad de vida que demuestra las áreas que deben ser evaluadas:

Tabla 5

Modelo de Calidad de Vida de Schalock & Verdugo

DIMENSIONES	INDICADORES
Bienestar Emocional	• Satisfacción • Auto concepto • Ausencia de estrés
Relaciones Interpersonales	• Interacciones • Relaciones • Apoyos
Bienestar Material	• Estatus Económico • Empleo • Vivienda
Desarrollo Personal	• Educación • Competencia Personal • Desempeño
Bienestar Físico	• Salud • Actividades cotidianas • Atención Sanitaria • Ocio
Autodeterminación	• Autonomía/Control Personal • Metas y valores personales • Elecciones

Inclusión Social	• Integración y participación en la comunidad • Roles comunitarios • Apoyos Sociales
Derechos	• Derechos humanos • Derechos legales

Nota. Fuente: Schalock & Verdugo, 2002

2.2. Calidad de vida y satisfacción vital en el adulto mayor

Se conoce que la calidad de vida es un concepto amplio que involucra un abanico de condiciones socio-ambientales y personales, vinculados al bienestar físico, mental, social que genere un adecuado nivel de satisfacción con la vida y capacidades para realizar las actividades diarias y se encuentra relacionado con la participación social (Herrera & Guzmán, 2012).

De acuerdo a O'Shea (2003) la calidad de vida del adulto mayor significa obtener vida satisfactoria, con bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y apreciando lo que el adulto mayor exprese sobre lo que da sentido a su propia vida alrededor del contexto cultural, de los valores que vive y en relación a sus propios objetivos de vida (Vera, 2013).

Mientras que, la satisfacción vital del adulto mayor, según Inga & Vara (2006) ha sido tema de interés de investigación gerontológico – social durante más de 40 años. Durán, Extremera, Montalban & Rey (2005) indican que la satisfacción vital es evaluada por la persona de forma global, valorando los logros obtenidos, el equilibrio entre lo positivo y negativo que ha vivido, elaborando un juicio cognitivo sobre su nivel de satisfacción. Por otra parte, según Castellón et al. (2004) la mayoría de investigaciones señalan variables psicosociales que definen mejor la satisfacción vital del adulto mayor, éstas son: salud, habilidades funcionales, contactos sociales y actividad de la persona (Ramírez & Lee, 2012).

De esta manera, se comprende que en el proceso del envejecimiento es importante hacer consciencia sobre sobre cómo los factores objetivos y subjetivos impactan de manera significativa la calidad de vida del adulto mayor.

2.3. Centros gerontológicos en Guayaquil

De acuerdo al Ministerio de Inclusión Económica y Social (2018) los centros gerontológicos se han diseñado para acoger y atender a aquellas personas adultas mayores que no pueden ser atendidas por sus familiares o que no cuentan con un lugar donde vivir de manera temporal o permanente, estos centros cuentan con profesionales en: Trabajo Social, Psicología, Terapia Física, Terapia Ocupacional, Enfermería, Medicina – Nutrición y Servicios Generales, además funcionan a través de la implementación de servicios multimodales que incluye las siguientes modalidades: residencia, atención diurna, atención en espacios alternativos y atención domiciliaria. A nivel nacional el MIES cuenta con 14 centros gerontológicos de atención directa y 489 convenios con organizaciones públicas y privadas (MIES, 2015). A continuación se detallan los servicios de las diferentes modalidades de atención a adultos mayores en Ecuador a través del MIES:

1) Centros gerontológicos residenciales: Ofrecen servicios de acogida para la atención y cuidado a personas adultas mayores de 65 años que no puedan ser atendidas por sus familiares o carezcan de un lugar para residir de forma permanente por su condición de pobreza y vulnerabilidad. También se da acogida a personas adultas mayores en situación de calle.
2) Centros gerontológicos de atención diurna: Prestan servicios de atención y cuidado integral sin internamiento a personas adultas mayores con dependencia leve, intermedia o moderada, enfocada a la promoción del envejecimiento y ciudadanía activa.
3) Espacios alternativos de revitalización, recreación, socialización y encuentro: Son espacios de atención donde se trabaja en la prevención y promoción del envejecimiento activo y saludable a través de diversas actividades y espacios donde se involucra a las familias y comunidad.
4) Atención domiciliaria: Se ofrece promoción del cuidado de las personas adultas mayores que no pueden movilizarse a un centro para recibir atención. Se busca generar mecanismos de apoyo y desarrollo de capacidades para familiares y personas a cargo de su cuidado.

De acuerdo a la Dirección de Gestión de Información y Datos del MIES hasta Octubre 2020 se conoce que de los 123 centros gerontológicos de atención diurna que existen a nivel nacional, en Guayaquil funcionan 3 centros de administración directa del MIES (MIES, 2020).

Se resalta que para conocer y acceder en Guayaquil a los centros gerontológicos o espacios para adultos mayores en cualquiera de sus modalidades se requiere tomar contacto con la Coordinación Zonal 8 en Ceibos o en la Dirección Distrital Centro Sur, de esta manera se puede conocer a detalle los centros para adultos mayores en la ciudad.

3. Envejecimiento y variables mediadoras en la salud

3.1. Estrategias de afrontamiento en estrés y ansiedad

Lazarus y Folkman (1984) mencionan que afrontamiento es la capacidad de manejar a través de esfuerzos cognitivos y conductuales situaciones externas y/o internas que exceden los recursos del individuo. Existen dos estilos de afrontamiento: uno centrado en el problema y otro centrado en la emoción (Mayordomo, Sales, Satorres & Blasco, 2015). Holahan & Moos (1987) resaltan que los adultos mayores con un nivel educativo alto tienden a utilizar más el afrontamiento dirigido al problema, el cual persigue el objetivo de manejar o alterar el problema que está causando el malestar. Mientras que, Martin, Rott, Poon, Courtenay & Lehr (2000) mencionan que las personas mayores con niveles educativos bajos emplean mayormente el afrontamiento centrado en la emoción, el mismo que aplica métodos enfocados en regular la respuesta emocional ante el problema (Mayordomo et al., 2015).

De acuerdo a Carver & Connor-Smith (2010) en la tercera edad aumenta el uso de estrategias pasivas como estrategias de afrontamiento, a medida que el individuo envejece aparece la tendencia a adoptar un estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Sin embargo, Carver, Scheier & Weintraub (1989) y en coherencia con Lazarus & Folkman (1984) resaltan que las formas de afrontamiento con mayor éxito son las que aplican estrategias activas centradas en el problema, éstas pueden ser cognitivas o conductuales, las cuales se han asociado con puntuaciones más altas en términos de bienestar y promoción de la salud mental (Rubio, 2015).

Autores como Cassel (1974) y Cobb (1976) coinciden en que los adultos mayores tienen un menor impacto en su salud cuando enfrentan situaciones estresantes en compañía de personas significativas para ellos, reduciendo así los efectos psíquicos y físicos, además se ha encontrado que la búsqueda de apoyo social es una estrategia factible en el afrontamiento de la viudedad, permitiendo la superación de emociones desagradables que surgen durante el duelo. De acuerdo a la investigación de Rubio (2015) se destaca que en las estrategias de afrontamiento en adultos mayores las pérdidas de familiares queridos o los problemas de salud representan sucesos

difícilmente controlables por lo que se estima que un afrontamiento centrado en el problema no sería adecuado. Esta realidad mencionada evidencia que algunas estrategias de afrontamiento son empleadas de acuerdo al ciclo vital.

Moos, Brennan, Schutte & Moos (2006) coinciden con Park (2005) al señalar que la reevaluación positiva y la resolución de problemas son las estrategias más idóneas al momento de afrontar las circunstancias estresantes relacionadas con la salud de los adultos mayores. Además, Greenglas & Fiksenbaum (2009) al igual que Almássy, Pék, Papp & Greenglass (2014) afirman que utilizar estrategias orientadas a la solución del problema pueden dar mayores resultados positivos para la promoción de la salud y el bienestar (Meléndez, Delhom & Satorres, 2020).

Mientras que, Augusto-Landa, López-Zafra & Pulido-Martos (2011) afirman que las estrategias de afrontamiento logran ser adaptativas o desadaptativas, es decir, las primeras permiten una reducción del estrés y promueven la salud a largo plazo y las segundas pueden ayudar a disminuir el estrés a corto plazo, pero el malestar que produce el estrés se mantiene o incluso aumenta a largo plazo (Delhom, 2019).

Por otra parte, Herrera, Fernández & Barros (2017) distinguen 3 tipos de afrontamiento ante el estrés y ansiedad en los adultos mayores: activo, evasivo y búsqueda de ayuda, sin embargo destacan la necesidad de distinguir que las estrategias de afrontamiento van a variar de acuerdo a 4 tipos de situaciones estresantes: problema, pérdida, conflicto y problema de otro. El afrontamiento activo y la búsqueda de ayuda tienden a surgir en eventos interpretados como problemas, mientras que el afrontamiento evasivo es expresado con frecuencia en las circunstancias interpretadas como conflictos con otros (Herrera et al., 2017).

3.2. Resiliencia y bienestar psicológico

De acuerdo con Masten & Powell (2003) y Luthar (2006) la resiliencia es definida como un proceso que dirige hacia una adaptación positiva a pesar de las situaciones de riesgo, adversidad significativa o trauma. Garmezy (1991), por su parte, conceptualiza a la resiliencia como la capacidad de recuperarse y mantener una conducta adaptativa a pesar de ambientes amenazantes o posterior a un acontecimiento estresante (Jiménez, 2008). Por lo tanto, la resiliencia en el envejecimiento se refiere al proceso de realizar una integración positiva, a pesar de las limitaciones que puedan presentarse en la vejez, logrando una mayor conciencia de sí mismo que resulte en la satisfacción con la vida y bienestar emocional (Uriarte, 2014).

La resiliencia influye en el mejoramiento de la calidad de vida, una actitud resiliente permite percibir al estado de salud de una forma optimista, reduciendo la carga mental negativa asociada a la enfermedad, se logra un mayor control conductual y emocional, lo cual favorece la salud mental e impulsa a una mejor comprensión de la enfermedad. Dobbie & Mellor (2008) indican que uno de los factores asociados a la resiliencia es precisamente la comprensión de la enfermedad ya que esto facilita la disminución de los niveles de incertidumbre en los pacientes con enfermedades crónicas (Vinaccia & Quiceno, 2011). La resiliencia conlleva a la posibilidad de experimentar actitudes positivas hacia la persona misma logrando una mayor aceptación de su realidad permitiendo también funcionar psicológicamente de manera adecuada, siendo conscientes de sus limitaciones pero destacando mejores y nuevas posibilidades de afrontar positivamente su situación de salud (Guil, Zayas, Gil-Olarte, Guerrero, González & Mestre, 2016).

Los adultos mayores con características resilientes desarrollan la capacidad de adaptación positiva frente a circunstancias difíciles, lo cual permite que recupere adecuados niveles de bienestar subjetivo (Fontes & Neri, 2015). Además, sus actitudes resilientes sumado a factores externos alentadores los hace percibir y experimentar una buena calidad de vida (MacLeod, Musich, Hawkins, Alsgaard & Wicker, 2016).

Uno de los factores importantes que involucra el desarrollo de un envejecimiento activo es la resiliencia, mientras que aquellos adultos mayores menos resilientes tienden a presentar síntomas depresivos y/o una mala autopercepción de su calidad de vida (Santos, Oliveira, Baldin, Silva, Kusumota & Marques, 2019).

Así mismo Santos et al. (2019) enfatizan que los niveles de escolaridad, ingresos económicos, síntomas depresivos y calidad de vida influyen en la capacidad de resiliencia en los adultos mayores, también el estado emocional de esta población contribuye o disminuye al desarrollo de actitudes resilientes.

3.3. Autoestima

Según Abud & Bojórquez (1997) la autoestima se percibe como un concepto, actitud, sentimiento o imagen que tiene o demuestra un individuo. Sin embargo, también la definen como la capacidad para auto valorarse desde un enfoque de dignidad, amor y realidad (Canto & Castro, 2004). Matad (2004) y Miranda (2005) señalan que la autoestima es un elemento clave en el desarrollo de un adecuado nivel emocional,

cognitivo y práctico que impacta de manera significativa todas las áreas de la vida (Ortiz & Castro, 2009).

Por otra parte, Sánchez (1999) afirma que la autoestima se divide entre autoestima personal y autoestima colectiva. Esta división se expone desde la Teoría de la identidad social planteada por Tajfel & Tunner (1986) indicando que ambas forman parte de un constructo más amplio que es el autoconcepto. En la autoestima personal se evalúa de manera positiva o negativa los atributos personales e interpersonales, mientras que en la autoestima colectiva la persona evalúa y es consciente de su pertenencia a grupos o categorías sociales (García, Marín & Bohórquez, 2012).

En este contexto, la autoestima, según Rodríguez, Valderrama & Uribe (2010) se ha considerado como un área de intervención para mejorar la calidad de vida en los adultos mayores y ésta, según mencionan Fernández & Manrique-Abril (2010) se ve fortalecida por el apoyo social, resaltando que mientras mayor red social tenga el adulto mayor, su autoestima será mejor. También se asocia la práctica de la actividad física frecuente con una mejor autoestima personal en los adultos mayores (García et al., 2012).

Se considera a la autoestima un aspecto que requiere ser atendido y fortalecido en el trabajo diario con el adulto mayor, además que representa uno de los elementos psicológicos más relevantes en el proceso del envejecimiento.

De acuerdo a la realidad de los adultos mayores institucionalizados, según López (1998), este grupo que experimenta ausencia o mala calidad de vínculos afectivos influye en su autoestima, teniendo probabilidades de deterioro en amor propio debido a que perciben una pérdida de roles sociales y funcionalidad cuando son llevados a los centros gerontológicos o residencias para adultos mayores (Canto & Castro, 2004).

En cuanto a la relación entre actividad física y autoestima Jodra, Maté-Muñoz & Domínguez (2019) señalan que los adultos mayores que practican mayor actividad física a través de tareas o ejercicios asocian su autoestima a aspectos más emocionales y psicológicos, mientras que los adultos mayores inactivos asocian la autoestima con variables más físicas, lo cual indica que el incorporar la actividad física en la vida de los adultos mayores favorece su autoestima y por ende la percepción que tienen acerca de su salud y calidad de vida desde una visión bio-psico-social (Jodra et al., 2019).

Por otra parte, Orosco (2015) realizó una investigación con adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la que evidenció que aquellos con depresión existía un descenso de la autoestima, estos resultados se mostraban en ambos grupos indicando que la institucionalización no representa un factor en sí mismo para el

aumento o disminución de la autoestima de los adultos mayores sino que hay otros factores intrínsecos del individuo que aportan al desarrollo de un buen autoestima (Orosco, 2015).

4. El desarrollo emocional en el adulto mayor

4.1. Emociones y Salud

Emociones como el miedo-ansiedad, ira y tristeza-depresión conllevan a una alta activación fisiológica, cumpliendo una función preparatoria para lograr respuestas adecuadas y adaptativas en el proceso salud-enfermedad. Pero, cuando éstas emociones se mantienen en el tiempo pueden desencadenar un trastorno en la salud, ya sea mental o físico (Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009).

De acuerdo a Plutchik (1980) las emociones cumplen funciones específicas que en la Tabla 6 se detallan:

Tabla 6

Funciones de las emociones según Robert Plutchik

Emoción	Función
Miedo	Protección
Ira	Destrucción
Alegría	Reproducción
Tristeza	Reintegración
Confianza	Afiliación
Asco	Rechazo
Anticipación	Exploración
Sorpresa	Exploración

Nota. Fuente: Plutchik, 1980

El desarrollo fisiológico de cada una de estas emociones pueden traer consecuencias que impactan la salud, influyendo de manera importante en el bienestar o malestar psicológico y definiendo el nivel de adaptabilidad del individuo ante las enfermedades (Piqueras et al., 2009).

En los últimos años se han generado investigaciones que afirman la relación e interacción de las emociones con nuestro organismo, las cuales influyen e impactan de tal manera que pueden alterar la respuesta del sistema inmunológico, el funcionamiento de diversos órganos, el estado físico y salud mental de un individuo (Ortega, 2010). Así mismo, se ha evidenciado cómo las emociones tienen una función protectora de enfermedades (Ortega, 2010). La alegría es una de las emociones positivas que benefician a la salud, ayudando a sobrellevar las dificultades de las enfermedades, facilitando su recuperación. Mientras que las emociones negativas como el miedo o la ira bloquean las defensas naturales y propician la aparición de enfermedades como el Alzheimer, hipertensión arterial, cardiopatías o incluso el cáncer (Ortega, 2010).

Así mismo, Rosch (1993) menciona que en el 90% de los casos de personas que padecen hipertiroidismo tienen una estrecha relación con el estrés emocional. Fernández, Doval, Edo & Santiago (1993) resaltan que los estados emocionales crónicos precipitan a la ejecución de hábitos poco saludables como la ingesta de alcohol, fumar, sedentarismo, etc. Además Isenberg, Leherer & Hochrom (1992) afirman que los episodios emocionales agudos tienden a empeorar ciertas enfermedades, haciendo que lleguen a su cronificación (Martínez & Fernández, 1994).

De acuerdo a investigaciones de Pagotto, Fallo & Fava (1992) los individuos con hipertensión desarrollan significativamente mayores niveles de ansiedad comparados con el grupo de normotensos, indicando que entre estos dos grupos los hipertensos muestran menor expresión de la ira.

Mientras tanto, Dockray & Steptoe (2010) señalan que en varios estudios se observaron respuestas biológicas ante emociones positivas que contribuyeron a una recuperación cardiovascular acelerada luego de circunstancias de estrés o estados de emociones negativas, además de mejoría en el funcionamiento del sistema inmunológico (Blanco, Rojas & De La Corte, 2000).

De tal manera que, según Chipperfield, Perry & Weiner (2003); Leal & Yassa (2014); Mammarella (2014) el sistema emocional representa una clave potencial para preservar la salud en todas las áreas durante el envejecimiento, teniendo como el más valioso recurso la unión entre emoción-cognición. También se destaca que un adecuado nivel de inteligencia emocional en los adultos mayores figura como un indicador positivo de salud mental (Delhom, 2019).

4.2. Emociones en la vejez

Luque-Reca, Augusto-Landa & Pulido-Martos (2016) afirman que durante el envejecimiento se presentan cambios importantes en el aspecto emocional, donde se evidencia toda la variedad de emociones, las cuales pueden ser experimentadas en las últimas décadas del adulto mayor, sin embargo las emociones negativas se perciben con menor frecuencia y tienden a controlarse mejor (Delhom, 2019).

Esta realidad es previamente sustentada por Fernández-Ballesteros, Caprara, Cobo, Fernández & Corrales (2007) quienes a través de una investigación realizada por la Universidad Autónoma de Madrid encontraron que la edad sí influye en las emociones, evidenciando que los adultos mayores reflejan menos emociones negativas que los jóvenes pero sí demuestran mayor complejidad emocional (León, 2014).

Carstensen, Pasupathi, Mayr & Nesselroade (2000), por su parte, mencionan que la experiencia emocional de los adultos mayores llega tener mayor complejidad que la de los jóvenes, debido a que vivencian una mezcla de emociones (Delhom, 2019).

Diversos investigadores como Ersner-Hersfield, Mikels, Sullivan & Carstensen (2008) también afirman que la complejidad emocional tiende a presentarse mayormente en los adultos mayores al experimentar emociones mixtas de manera simultánea como felicidad y tristeza, esta afirmación se apoya de la teoría socio-emocional la cual enfatiza que en el envejecimiento se experimenta mayor consciencia de poseer un tiempo limitado por lo que las diversas emociones son sentidas con menor represión (León, 2014).

En este sentido Arroyo & Soto (2013) señalan que en los adultos mayores hay una predilección por emociones como esperanza, gratitud, compasión, las cuales están muy presentes en el contexto latino. A pesar que también se da la presencia de emociones negativas como culpa, tristeza, ansiedad, miedo y desesperanza o la combinación de emociones positivas y negativas. Sin embargo, esta población muestra índices mayores de emociones positivas para compensar las negativas (Arroyo et al., 2013).

Cabe resaltar la importancia de una investigación realizada a adultos mayores españoles donde se encontró que este grupo experimenta más emociones positivas que negativas, pero a mayor edad menor frecuencia de emociones positivas. Además se considera que las emociones son importantes en la promoción de la satisfacción vital en la vejez avanzada (Navarro, Bueno & Buz, 2017).

4.3. Teorías de las Emociones

4.3.1. Biología de las emociones

Las emociones son explicadas desde el modelo biológico a partir de los postulados de Darwin (1873) en los que afirma que las emociones están determinadas por la biología, apareciendo como respuesta ante momentos emergentes, dando posibilidad de supervivencia para la especie humana (León, 2014). Además, aseguraba que los movimientos corporales y las expresiones faciales comunican sobre el estado emocional del organismo (Palmero, 1996).

James & Lange (1885) proponen la teoría de las emociones comprendidas desde una base fisiológica, señalando que previo al desarrollo de emociones se dan cambios viscerales, construyendo así patrones específicos correspondientes a cada emoción (León, 2014). Afirmando que los cambios corporales preceden a la emoción (Palmero, 1996).

Por otro lado, la teoría de Cannon-Bard (1927) defiende que los procesos fisiológicos y las emociones actúan en el mismo momento, lo cual indica que el cerebro capta la información sobre la emoción, a la vez que en los sistemas nerviosos autónomos y somáticos se expresan las emociones a través del cuerpo. Estos autores mencionan que las emociones llegan a ser el resultado de un proceso cognitivo (León, 2014).

Basados en los teóricos mencionados y las posteriores investigaciones de la biología de las emociones el campo de la psicología ha reconocido la importancia de medir los índices de activación fisiológica como cambios en el ritmo cardiaco, sudoración de la piel, la respuesta electrodérmica, etc., para descubrir la presencia de las emociones (Aguado, 2002).

4.3.2. Teorías gerontológicas de la emoción

En la investigación gerontológica se destaca el aporte que brindan las teorías que explican las emociones desde una perspectiva psicológica, las cuales permiten una comprensión más profunda e integral del proceso de envejecimiento. Se detallan las siguientes teorías:

La Teoría de la selectividad socioemocional desarrollada por Carstensen (1992) la cual indica que los adultos mayores destinan su tiempo estratégicamente en aquellas personas que más les importan. Esta teoría afirma que cuando se dirige la atención hacia metas emocionales se logra una mayor concentración en lo positivo de la vida,

valorando el tiempo de la etapa que los adultos mayores viven. Además, se resalta que con la edad se eleva la regulación emocional (León, 2014).

En la Teoría de Fredrickson sobre la función de la emoción positiva y el balance emocional (1998) sostiene que las emociones positivas permiten la mejoría de pensamientos y comportamientos que ayudan a desarrollar recursos mentales perdurables. Por lo que, si el adulto mayor experimenta con frecuencia emociones positivas, se vuelve más receptivo, creativo, flexible, dispuesto a proponer soluciones, a escuchar y colaborar (León, 2014).

Y, la teoría de Labouvie-Vief (1989,1996) propone que los adultos mayores y los sujetos psicológicamente más maduros cuentan con la capacidad de una mayor conexión hacia sus sentimientos o emociones. De acuerdo a esta teoría los adultos mayores logran interpretar los eventos negativos con un enfoque positivo en mayor medida que los jóvenes. Demuestran reacciones emocionales en formas más complejas y presentan una mayor capacidad de regular sus emociones (León, 2014).

4.3.3. Modelo de Inteligencia Emocional de Daniel Goleman

Daniel Goleman es el autor del bestseller Inteligencia Emocional, publicado en 1995, el cual propone un modelo mixto del desarrollo emocional, combinando dimensiones de la personalidad y la capacidad de automotivación con habilidades de regulación de emociones (Trujillo & Rivas, 2005). Goleman (1998) define la inteligencia emocional como aquella capacidad para darle reconocimiento a nuestras emociones y las de los demás, gestionando la emocionalidad en nosotros mismos, logrando automotivarnos (García-Fernández & Giménez-Mas, 2010). En la Tabla 7 Goleman (1995) establece los componentes que conforman la inteligencia emocional:

Tabla 7

Componentes de la Inteligencia Emocional según Daniel Goleman

Componente	Concepto
Conciencia de uno mismo	Conciencia que se tiene de los propios estados internos, los recursos e intuiciones.
Autorregulación	Manejo de nuestros estados, impulsos y recursos internos.

Motivación	Tendencias emocionales que guían o facilitan el logro de objetivos
Empatía	Conciencia de sentimientos, necesidades y preocupaciones ajenas
Habilidades sociales	Capacidad para relacionarse con los demás, generando respuestas deseables en los otros

Nota. Fuente: Goleman, 1995.

Goleman (1996) distingue dos tipos de cerebros: el cerebro emocional y el cerebro pensante con el objetivo de integrar la racionalidad y la emocionalidad, haciendo que ambos interactúen de manera positiva para lograr un equilibrio inteligente que mejore la calidad de vida de las personas (Casas, 1990).

De acuerdo a los componentes de la inteligencia emocional que anteriormente fueron mencionados, en la Tabla 8 a continuación se clasifican dichos componentes y se detallan qué aptitudes se miden en cada componente:

Tabla 8

Marco de aptitudes emocionales desarrolladas por Daniel Goleman

Aptitudes emocionales		Aptitudes medidas
Aptitudes personales	Autoconocimiento	Conciencia Emocional
		Autoevaluación precisa
		Confianza en uno mismo
	Autorregulación	Autocontrol
		Confiabilidad
		Escrupulosidad
		Adaptabilidad
		Innovación
	Motivación	Afán de triunfo
		Compromiso
		Iniciativa
		Optimismo

	Empatía	Comprensión de los demás Ayuda para desarrollarse Orientación hacia el servicio Aprovechar la diversidad Conciencia política
Aptitudes sociales	Habilidades sociales	Influencia Comunicación Manejo de conflictos Liderazgo Catalizador de cambio Establecer vínculo Habilidades de equipo

Nota. Fuente: Goleman, 2002.

4.3.4. Modelo PERMA de Martin Seligman

Seligman (2005) es considerado el principal fundador de la Psicología Positiva, la cual es definida como el estudio científico enfocado en experiencias positivas, rasgos individuales positivos, instituciones que facilitan el desarrollo humano y programas que aportan en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mientras permite reducir la incidencia de psicopatologías (Contreras & Esguerra, 2006).

En este sentido, a partir de la publicación del libro "Florecer" Seligman (2011) reformula una propuesta Teórica sobre el Bienestar que había planteado años anteriores, la cual nace de la necesidad de trabajar en dos objetivos que la psicología no había trabajado ampliamente: identificación y desarrollo de las capacidades humanas, además de lograr el aumento de bienestar percibida en las personas permitiendo que sus vidas sean más productivas y satisfactorias (Barahona, Sánchez & Urchaga, 2013).

El modelo multidimensional sobre el bienestar que propone Seligman se denomina PERMA y se compone de 5 elementos:

- **Positive Emotions (Emociones Positivas)** – Percibir mayor número de sensaciones, pensamientos y emociones positivas diariamente permite el aumento del bienestar experimentado.

- **Engagement (Compromiso) –** Involucrarse positivamente en los actos diarios, aunque sean poco placenteros, si emergen las fortalezas que el individuo posee se incrementará el nivel de bienestar.
- **Relationships (Relaciones) –** El manejo de relaciones interpersonales desde una postura constructiva favorece el desarrollo del bienestar.
- **Meaning (Significado) –** Encontrar el significado con la vida, tener sentido de pertenencia, realizar actos de entrega de sí mismo aporta de manera significativa al bienestar del sujeto.
- **Accomplishment (Logros) –** Se refiere a la capacidad de determinación para alcanzar objetivos. La perseverancia en la ejecución de tareas que lleven a la autorrealización suma a los niveles de bienestar.

De acuerdo a este modelo teórico el bienestar es alcanzado por la dinámica de los 5 elementos en conjunto, si éstos son desarrollados de forma aislada e incompleta el modelo no funciona (Hernández, Hernández & Prada, 2018).

Peterson & Seligman (2004) desarrollaron una clasificación que detalla fortalezas distribuidas en 6 virtudes denominada VIA (Values in Action), con el propósito de definir con claridad las potencialidades humanas (Cabrera-Gómez, Rengifo-Rengifo, Suárez-Hernández, Rivera-Porras & Carrillo-Sierra, 2020).

En la Tabla 9 se describe la clasificación de Seligman (2012) acerca de las Vías del Bienestar o Valores en Acción que componen las virtudes, fortalezas y características que desarrollan las personas con altos niveles de bienestar:

Tabla 9

Fortalezas - Vías del Bienestar del Modelo PERMA

Virtud	Fortalezas	Características de la Persona
Sabiduría	Curiosidad, creatividad, juicio, amor por aprender, perspectiva	Dinamismo, inquietud, visión amplia y flexible
Valor	Valentía, perseverancia, honestidad, ánimo	Perseverancia, diligencia, autenticidad
Humanidad	Amor, amabilidad, inteligencia social	Cordialidad, servicial

Justicia	Justicia, liderazgo, trabajo en equipo	Cooperador, acogedor y respetuoso
Trascendencia	Apreciación por la belleza y la excelencia, gratitud, esperanza, sentido del humor, espiritualidad	Entusiastas, carismáticos
Templanza	Prudencia, humildad, autorregulación, perdón y justicia	Discreción, sensatez, mesura

Nota: Fuente: Seligman, 2012.

4.3.5. Modelo de Atención Centrada en la Persona. Perspectiva gerontológica

La atención gerontológica centrada en la persona es una metodología de intervención, el cual tiene como principio el trato digno a los adultos mayores, esto se refiere a trabajar por el mayor beneficio terapéutico y la obtención o recuperación de la independencia de los adultos mayores, permitiendo que asuman el control de sus vidas desde la cotidianidad de acuerdo a sus realidades. Por lo tanto, según Martínez (2011) los aspectos que se atienden y se procura desarrollar en los adultos mayores desde este modelo son:

a) Bienestar físico y emocional
b) Respeto y apoyo a las propias decisiones y preferencias en relación con la vida cotidiana
c) Promoción de la independencia desde la creación de ambientes físicos y sociales adecuados a su contexto
d) Protección y garantía de la intimidad y privacidad
e) Protección de la propia identidad y cuidado de la imagen personal
f) Promoción la inclusión social
g) Respeto a la edad adulta

Rodríguez (2010) amplía un esquema de principios que regula el modelo de atención gerontológica centrada en la persona. Estos principios son: dignidad, competencia, autonomía, participación, integralidad, independencia, individualidad, inclusión social, bienestar y continuidad de la atención (Martínez, 2011).

Por su parte Martínez (2013) propone un decálogo sobre la atención gerontológica centrada en la persona para enfocar este modelo hacia una intervención más amplia a

diferencia de los modelos de atención tradicionalistas, donde el usuario tiene un rol más pasivo (Martínez, 2015). El decálogo enumera lo siguiente:

1. Todas las personas tenemos dignidad
2. Cada persona es única
3. La biografía es la razón esencial de nuestra singularidad
4. Las personas tenemos derecho a controlar nuestra propia vida
5. Las personas con grave afectación cognitiva tienen derecho a ejercer su autonomía
6. Todas las personas tenemos fortalezas y capacidades
7. El ambiente físico influye en nuestro comportamiento y bienestar
8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas
9. Las personas somos interdependientes
10. Las personas somos seres multidimensionales sujetos a cambios.

5. Programas de desarrollo emocional y psicología positiva en adultos mayores

Es importante considerar que la educación tiene un papel importante en cuanto al desarrollo de cada individuo y de la sociedad en general, por ello la investigación y ejecución de programas, que desde la psicología, aportan al desarrollo emocional en los adultos mayores, permite transformar la experiencia del envejecimiento y contribuye a un mejor desarrollo humano.

En este contexto, Bisquerra (2000) afirma que la educación emocional es un proceso educativo, continuo y permanente, el cual busca fortalecer el desarrollo emocional como pieza fundamental del desarrollo cognitivo, formando así la esencia del desarrollo de la personalidad integral (Soldevila, Ribes, Filella & Agulló, 2005).

Los programas enfocados en las emociones se han centrado en la infancia y adolescencia mientras que en la adultez mayor ha escaseado propuestas y/o ejecución de programas similares. Sin embargo, en los últimos años se ha dado paso a más investigaciones que aporten al desarrollo emocional de los adultos mayores a través de modelos de intervención por programas (Soldevila et al., 2005).

Es importante considerar que estos programas dirigen su intervención a la obtención de estrategias de afrontamiento y competencias emocionales ejerciendo como medios preventivos o de tratamiento (Soldevila et al., 2005). En este sentido se detalla un importante programa de educación emocional para personas mayores denominado Emociona´t, el cual ha sido desarrollado por profesionales de psicología y pedagogía de

la Universidad de Lleida – España y aplicado en la ciudad de Lérida desde el 2003 a varios centros gerontológicos municipales, las características básicas del programa son:

- 30 horas de formación en formato taller durante un trimestre
- Grupos entre 8 a 20 personas
- Metodología variada: exposiciones orales, dinámicas grupales, videofórum, etc.
- Dos niveles: inicial y avanzado. Para quienes prefieran profundizar en el área emocional

Adicionalmente, el programa Emociona´t cuenta con 5 bloques basados en los aportes teóricos de Bisquerra (2000) sobre la educación emocional:

1. **Conciencia Emocional:** Capacidad para tomar conciencia de las emociones.
2. **Regulación Emocional:** Control de las propias emociones y manejo de respuestas apropiadas a cada estado emocional
3. **Autoestima:** Desarrollo del autoestima como dimensión emocional del autoconcepto
4. **Habilidades socioemocionales:** Capacidad para interactuar y resolver situaciones sociales de manera efectiva
5. **Habilidades de vida:** Recursos personales que permiten experimentar un bienestar subjetivo en las tareas cotidianas en casa, en familia, tiempo libre o actividades sociales

Se destaca la propuesta de otro programa de educación emocional en adultos y personas mayores, desarrollado en 2008 por profesionales de psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, en la cual se menciona que las bases teóricas del programa provienen del modelo de inteligencia emocional de Salovey & Mayer (1990) y aportes del programa Emociona´t (López-Pérez, Fernández-Pinto & Márquez-González, 2008). Las características esenciales del programa son:

- Basados en 2 principios psicológicos: constructivistas y cognitivos conductuales
- 6 módulos distribuidos en 18-20 sesiones
- Formato taller impartido en grupos

El programa está estructurado en 6 módulos, conformados cada uno por una sección educativa y una sección de desarrollo de la competencia (López-Pérez et al., 2008):

- ✓ **Atención Emocional:** Conciencia del rol de las emociones en la vida, los tipos de emociones y su funcionamiento
- ✓ **Facilitación Emocional:** Habilidad para asimilar la emoción en el pensamiento y generar procesos cognitivos coherente desde la emoción – pensamiento

- ✓ **Comprensión Emocional:** Capacidad para reconocer y entender las emociones propias y las de los demás
- ✓ **Regulación Emocional:** Capacidad para influir sobre las propias emociones, aplicar estrategias adaptativas y desarrollar recursos para modificarlas
- ✓ **Autoestima:** Desarrollo sobre un autoconcepto sano
- ✓ **Habilidades Sociales:** Habilidades para adquirir, mantener y fomentar las relaciones interpersonales

En cuanto a programas de psicología positiva se ha encontrado que adultos mayores participantes de talleres basados en esta teoría han aumentado significativamente el nivel de satisfacción vital y han disminuido los síntomas asociados a la depresión (Cuadra-Peralta, Veloso-Besio, Puddu-Gallardo, Salgado-García & Peralta-Montecinos 2012).

Estos resultados evidenciados en adultos mayores chilenos de dos centros gerontológicos "San Ignacio de Loyola" y "Escuela 18", se muestran a partir de la aplicación del modelo teórico propuesto por Seligman (2006) desarrollado en formato de talleres por estudiantes de la Universidad de Tarapacá – Chile y de la Universidad Autónoma de Madrid – España (Cuadra-Peralta et al., 2012). Las características del programa se detallan a continuación:

- 11 sesiones de psicología positiva durante 2 meses y 2 semanas
- Mediciones previas y posteriores a la intervención del nivel de satisfacción vital y sintomatología depresiva.

Las temáticas desarrolladas en los módulos son las siguientes:

- Satisfacción con el Presente
- Fortalezas y Virtudes
- Relaciones Interpersonales
- Expresión de afecto y cumplidos
- Satisfacción con el Pasado
- Optimismo sobre el Futuro
- Gratitud

En este contexto, se encontró que la aplicación de la psicología positiva se presenta también en un programa piloto de la Universidad Autónoma de Madrid dirigido a personas adultas mayores con el objetivo de mejorar sus niveles de bienestar emocional

(Jiménez, Izal & Montorio, 2016). El programa fue aplicado a adultos mayores de dos centros gerontológicos de la Comunidad de Madrid bajo las siguientes características:

- Intervención de tipo psicoeducativo
- 9 sesiones de frecuencia semanal en formato grupal de 8 a 10 participantes por grupo
- Las sesiones son dirigidas por psicólogos
- El programa está orientado al desarrollo de emociones positivas, fortaleza de carácter y en factores asociados al envejecimiento saludable

En las sesiones del programa se desarrollan los siguientes aspectos (M. G. Jiménez et al., 2016):

- **1era Sesión:** Bienestar emocional, envejecimiento con éxito y satisfacción durante el envejecimiento
- **2da y 3era Sesión:** Conocimiento de fortalezas de carácter y práctica para su desarrollo, conductas prosociales como: gratitud, perseverancia, sentido del humor, perdón, coraje y altruismo
- **4ta Sesión:** Comprensión e identificación de emociones y relación entre pensamiento y emoción
- **5ta Sesión:** Potenciación de emociones positivas, relación entre ellas, bienestar y salud.
- **6ta Sesión:** Regulación emocional, afrontamiento de adversidades y aceptación
- **7ma Sesión:** Aspectos cognitivos del bienestar emocional, visión positiva e interpretación de la ambigüedad
- **8va Sesión:** Importancia de proyectos personales y sentido de propósito de la vida en el bienestar emocional
- **9na Sesión:** Revisión de contenido de sesiones previas, consolidar compromiso con el bienestar y preparación un plan personal vinculado al bienestar emocional

6. Promoción del desarrollo emocional y su impacto en la salud

De acuerdo a la aplicación del Programa de Estimulación Cognitiva e Inteligencia Emocional para personas mayores (PECI-PM) (Pérez-Fuentes, Molero, Osorio & Mercader, 2014) se confirma que al entrenar las capacidades cognitivas y las habilidades vinculadas con la inteligencia emocional se logra un impacto positivo en la percepción de los adultos mayores sobre su salud. Así mismo, valoran de manera optimista su capacidad funcional para la ejecución de las actividades cotidianas. También se evidenció que las emociones positivas permiten una disminución de las

sensaciones de dolor corporal y el funcionamiento social mejora en la medida en que se desarrolla la inteligencia emocional (Pérez-Fuentes, Gázquez, Molero, Martínez, Barragán & Simón, 2016). En definitiva, el estudio reveló una mejoría en la percepción de la salud de los adultos mayores a través del adecuado desarrollo cognitivo-emocional, además que impactó de forma positiva sus estados de salud físico y mental (Pérez-Fuentes, Gázquez, Molero, Martínez, Barragán & Simón, 2016).

El desarrollo de emociones positivas que aporten al bienestar de los adultos mayores también puede generarse a través de la actividad física, lo cual es confirmado a través de la aplicación de un programa de activación física sistematizado aplicado en mujeres adultas mayores de México. En el estudio se destaca que después del programa focalizado en tareas físicas, se vio disminuido en un 61% la prevalencia de ansiedad y en un 30% los síntomas depresivos, además que aporta a un mejor experiencia de la percepción de salud en la población adulta mayor (Chávez, Bautista, García, Fuentes, Ogarrio, Montaño & Hoyos, 2018).

c) Definición de términos básicos

-Emociones: Las emociones son reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos del individuo cuando percibe un objeto, una persona, un lugar, un suceso o un recuerdo importante.

-Desarrollo emocional: Es un proceso integrativo y gradual en el que se adquieren capacidades de entendimiento, experimentación, expresión y gestión de emociones, mejorando así las relaciones con uno mismo y con los demás.

-Satisfacción vital: Es una medida del bienestar evaluado en términos de estado de ánimo, satisfacción con las relaciones, logros alcanzados, autoconcepto y capacidad auto percibida para afrontar las situaciones cotidianas.

-Calidad de vida: Es un concepto que comprende factores subjetivos y objetivos en el que se valoran un conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social.

-Adultos mayores: La Organización Mundial de la Salud considera cono adulta mayor a toda persona mayor de 60 años.

-Autoestima: Es la percepción o juicio positivo o negativo que una persona hace de sí misma en función de la evaluación de sus pensamientos, sentimiento y experiencias.

-Resiliencia: Es la capacidad para adaptarse a circunstancias adversas desarrollando conductas positivas frente al estrés, amenazas o conflictos.

-Estrategias de afrontamiento: Acciones específicas, basadas en esfuerzos cognitivos y conductuales, que están dirigidas a afrontar los problemas cotidianos de manera adaptativa o desadaptativa.

-Bienestar psicológico: Concepto amplio que incluye dimensiones sociales, subjetivas y psicológicas, así como comportamientos relacionados con la salud en general que permite a los individuos a funcionar de un modo positivo.

-Atención Centrado en la persona (ACP): Es un modelo de atención enfocado en priorizar la calidad de vida de las personas adultas mayores. Partiendo de la valoración de sus necesidades, pero sobretodo, garantizando sus derechos, respetando sus preferencias en la atención y contando con su participación efectiva.

X. Metodología

En este capítulo se especifican los aspectos metodológicos del presente proyecto de desarrollo a través de la tipología, el diseño y procedimiento de la intervención, así como el detalle del grupo objetivo y los instrumentos requeridos para la intervención del programa "Sintiendo una Vida Plena".

- **Tipo de Intervención propuesta**

La investigación está desarrollada en el marco del área de las ciencias sociales, basado en una revisión bibliográfica, el cual permite analizar las evidencias científicas disponibles que sustentan a los objetivos detallados en el presente trabajo. La información es almacenada de acuerdo a fichas bibliográficas y literatura científica que trata sobre temáticas relacionadas a la importancia y beneficios del desarrollo emocional en la etapa del envejecimiento, específicamente en adultos mayores de 60 años, considerando aspectos relevantes como la autoestima, resiliencia, satisfacción vital y las estrategias de afrontamiento saludables que pueden desarrollar los adultos mayores. Estos aspectos son claves para el análisis de este grupo poblacional y hacia quienes va dirigida la presente propuesta de programa de desarrollo emocional en centros gerontológicos, para de esta manera aportar positivamente en la experiencia del envejecimiento y lograr un impacto que beneficie a los adultos mayores en su salud física y mental.

- **Diseño de la intervención**

Se empezó con el proceso de identificación a través de la búsqueda de referencias bibliográficas sobre el desarrollo emocional aplicado en adultos mayores de centros

gerontológicos tanto a nivel mundial como local y las implicaciones que conlleva en la salud cuando se trabaja sobre las emociones a través de programas, enfocando este trabajo en adoptar estrategias que favorezcan la experiencia del envejecimiento en los centros gerontológicos. Los buscadores de datos científicos utilizados para la recolección de información fueron: Scielo, Scopus, Redalyc, Web of Science, el programa gestor bibliográfico y el buscador científico de la Universidad Politécnica Salesiana.

Con respecto a los criterios selectivos del presente trabajo se determinó lo siguiente:

1. Que los programas existentes y los modelos teóricos de desarrollo de emociones estén enfocados en el aporte a la salud de adultos y adultos mayores.
2. Que la información bibliográfica científica sea desarrollada en el contexto de la población adulta mayor.
3. Que los artículos de revista, libros, capítulos de libros u otro tipo de referencia contengan diseño cuantitativo, cualitativo o mixto.

En cuanto a los criterios de exclusión se aplicó el siguiente punto:

1. Referencias bibliográficas basadas en un una población distinta a los adultos mayores (niños/as, adolescentes)

- **Población y Muestra a Intervenir**

De acuerdo al Ministerio de Inclusión Económica y Social existen 14 centros gerontológicos de atención directa a nivel nacional, de los cuales se escogieron dos centros de la ciudad de Guayaquil: Asilo de Ancianos “Sofía Ratinoff de Solimano” y el Centro Asistencial Gerontológico “Dr. Publio Vargas Pazzos” para en una posterior investigación aplicar el programa de desarrollo emocional dirigido a los adultos mayores de 60 años sin diagnóstico de enfermedades neurológicas severas como Alzheimer, Parkinson, etc.

- **Instrumentos a utilizar en la intervención**

Al tratarse de un diseño pre y post test, antes y después de la ejecución del programa se requiere la aplicación de las siguientes pruebas:

- **MEC** Mini-Examen Cognoscitivo (Folstein & McHung, 1975) el cual analiza brevemente el estado mental en pacientes psiquiátricos para evaluar la presencia de trastornos funcionales orgánicos. De esta manera confirmar que los adultos mayores participantes del programa no presentan estas características.

Posteriormente se aplica antes y después de la implementación del programa las siguientes pruebas:

- **TMMS 24** Treat Meta-Mood Scale (Salovey & Mayer, 1995) es una escala que evalúa el meta conocimiento de los estados emocionales del individuo.
- **SWLS** (Pons, Atienza, Balaguer & García-Merita, 2002) es una escala en formato tipo Likert que evalúa el nivel de satisfacción con la vida.
- **CSI** (Cano, Rodríguez & García, 2007) es un inventario que marca una tendencia de las estrategias de afrontamiento de un individuo ante situaciones estresantes.
- **ER** (Wagnild & Young, 1993) es una escala psicométrica que permite establecer el nivel de resiliencia.
- **Escala de Autoestima** (Rosenberg, 1965) evalúa o mide el nivel de autoestima de un sujeto de forma rápida y confiable.

- **Procedimiento de la intervención**

Para la elaboración de la propuesta del Programa "Sintiendo una Vida Plena" se procedió al análisis de la información investigada acerca del desarrollo emocional en adultos mayores, haciendo énfasis en programas previamente aplicados en otros contextos culturales, debido a que en Ecuador no se registra antecedentes de información científica o aplicación de programas de esta índole. De acuerdo a las variables propuestas: desarrollo emocional, satisfacción vital, estrategias de afrontamiento, resiliencia y autoestima se clasificaron los estudios científicos y programas dirigidos a adultos mayores que trataran dichos temas, este proceso fue desarrollado con el soporte del programa Mendeley. Adicionalmente, se utilizaron tablas gráficas que permitieron desarrollar un esquema general y específico del tema propuesto.

XI. Análisis de resultados

- **Diseño del Programa "Sintiendo una Vida Plena"**

El programa propuesto en el presente proyecto de desarrollo busca dar inicio a una línea investigativa en la población de los adultos mayores en Ecuador a través de la aplicación de criterios ya probados científicamente sobre desarrollo emocional y demás variables que conforman el bienestar psicológico y aportan al mejoramiento en salud integral de esta población y a un envejecimiento activo.

La propuesta del Programa consta de 8 sesiones con una planificación de 23 semanas y está conformada por 3 fases:

1) Fase previa a la implementación del Programa: Contacto, Presentación y Compromiso.
2) Fase de Implementación del Programa: Desarrollo
3) Fase Final del Programa: Informes y Análisis de Datos

- **Descripción del Programa**

Estructura principal del Programa "Sintiendo una Vida Plena"

- Contexto: Los adultos mayores que asisten regularmente o habitan en centros gerontológicos de la ciudad de Guayaquil disponen de varias actividades ocupacionales o recreativas, sin embargo en estos centros se carece de iniciativas o programas que aporten al bienestar y salud en el envejecimiento a través del desarrollo emocional, el cual ha dado mucho sustento científico en cuanto al mejoramiento de la calidad de vida de esta población. Este programa busca trabajar esta necesidad además de intervenir con el desarrollo de estrategias y habilidades emocionales que acrecienten la autoestima, resiliencia y satisfacción vital de los adultos mayores.

- Población: Grupos de 8 a 10 participantes

- Criterios de inclusión:
    - Adultos mayores de 60 años institucionalizados o que asisten con regularidad a centros gerontológicos.
    - Adultos mayores sanos física y mentalmente o con enfermedades propias del proceso del envejecimiento.
    - Adultos mayores con enfermedades crónicas (Diabetes, Hipertensión, EPOC, Cáncer, Enfermedades Cardiovasculares) que lleven sus respectivos tratamientos y control médico.

- Criterios de exclusión:
    - Adultos mayores con enfermedades neurodegenerativas como Alzheimer, Parkinson, etc.

- Recursos materiales:
  1) Fase Previa a la implementación del Programa:
     a. Tríptico de Difusión del Programa "Sintiendo una Vida Plena" (ANEXO 1)
     b. Formulario de inscripción al Programa (ANEXO 2)
     c. Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)
  2) Fase de Implementación del Programa: Desarrollo
     a. Aplicación de Pruebas Iniciales
        i. Consentimiento informado
        ii. Instrumentos de evaluación: TMMS 24 (Salovey & Mayer, 1995), SWLS (Pons, Atienza, Balaguer & García-Merita, 2002), CSI (Cano, Rodríguez & García, 2007), ER (Wagnild & Young, 1993) y Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965)
        iii. Material de apoyo y contenidos para el desarrollo de las sesiones
  3) Fase Final del programa: Informes y análisis de datos
     a. Focus Group
     b. Aplicación de pruebas y Cuestionario final de calidad y evaluación del programa
     c. Análisis de datos: SPSS
     d. Actas de reuniones de equipo

- Recursos profesionales:

  Profesionales en el área de psicología y/o psicopedagogía, medicina y nutrición.

- Procedimiento
  1) Fase Previa a la Implementación del Programa

     Desde la Semana 1 a la Semana 4:
     - Contacto con los dos centros gerontológicos de la ciudad de Guayaquil: Asilo de Ancianos "Sofía Ratinoff de Solimano" y el Centro Asistencial Gerontológico "Dr. Publio Vargas Pazzos"
     - Coordinación y ejecución de reuniones con los responsables de los centros para la presentación del programa
     - Coordinación y compromiso para la ejecución del programa

2) Fase de Implementación del Programa
   - **Desde la Semana 5 a la Semana 6:** Entrevistas iniciales a los grupos participantes. Explicación de beneficios del programa. Aplicación de pruebas.
   - **Desde la Semana 7 a la Semana 14:** Desarrollo del programa de intervención "Sintiendo una Vida Plena"
3) Fase Final del Programa
   - **Desde la Semana 15 a la Semana 16:** Ejecución de Focus Group y aplicación de pruebas
   - **Desde la Semana 17 a la Semana 19:** Análisis de datos
   - **Desde la Semana 20 a la Semana 22:** Reuniones de equipo de profesionales. Intercambio de experiencias del programa. Análisis de resultados.
   - **Semana 23:** Comunicación de resultados del programa. Informe Final e informes finales individuales.

A continuación en la tabla 10 se detalla cada una de las 8 sesiones del Programa **"Sintiendo una Vida Plena"**

Tabla 10

Sesiones del Programa "Sintiendo una Vida Plena"

N° de Sesión	Descripción de la Sesión	Tiempo
1era Sesión	**Título:** ¡Hola! Yo soy…y así me siento… **Objetivo:** Permitir que el/la adulto/a mayor reconozca su ser como individuo parte de una sociedad y despierte su conciencia emocional en el ejercicio de expresar sus emociones presentes. **Variable de estudio:** Conciencia emocional **Estrategias / Dinámicas:** Presentación. Arteterapia. **Desarrollo:** La sesión se divide en dos partes, la primera es presentación donde cada uno de los participantes, incluyendo los dos facilitadores	2 hrs

	psicólogos se les entregará una cartulina redonda colgante donde colocarán su nombre y al reverso la emoción o cómo se sienten en ese momento en forma de dibujo y/o escrita. La segunda parte, se exponen las emociones básicas del ser humano y su importancia: alegría, enojo, tristeza, miedo, sorpresa, asco, anticipación y confianza a través de recursos audiovisuales y mostrando rostros con las diferentes emociones, desarrollando el concepto de que las emociones son naturalmente humanas (ni buenas ni malas sino necesarias). Finalmente, se abre la pregunta a los participantes ¿Para qué nos sirven las emociones? Y se exponen sus beneficios e implicaciones. **Recursos:** Cartulina, hilo, lápices de colores, marcadores, pegamento. Computadora y proyector.	
2da Sesión	**Título:** Conociendo más allá de lo que veo **Objetivo:** Reconocer e identificar las emociones secundarias que surgen a partir de las emociones primarias. **Variable de estudio:** Regulación emocional **Estrategias / Dinámicas:** Rueda de emociones de Plutchik. Lenguaje del rostro. **Desarrollo:** La sesión se trabaja en grupos de 2 en dos partes, la primera parte en base a la rueda de emociones de Plutchik, se distinguen 3 momentos de aprendizaje: tipología (distinguir emociones primarias y secundarias a través de colores), antagonismo (reconocer el grado de similitud y discrepancia entre emociones a través de escenas de películas) intensidad (nivel de fuerza de la emoción que se experimenta a través	2hrs

	de historias) y elaborar situaciones de ejemplos donde ubicar las emociones según su tipología e intensidad. En la segunda parte, se entrega un espejo a cada participante (tamaño del rostro) y se observan cada uno en la expresión de emociones y una sin expresión para reconocer las líneas de expresión de todas las emociones que ha experimentado en la vida: Las líneas "patas de gallo" (felicidad), las arrugas verticales del entrecejo (enfado), las líneas horizontales de la frente (miedo o asombro), las arrugas o líneas descendentes de la nariz (desprecio), los paréntesis alrededor de la boca (alegría), las arrugas de la barbilla (tristeza) o pequeñas arrugas alrededor de la boca (rabia). Finalmente, se cierra la sesión con la pregunta: ¿Qué comportamientos/actitudes me gustaría aplicar para marcar mis líneas de expresión de emociones? **Recursos:** Cartulinas de colores, tijeras, stickers de emociones, sobres de colores. Computadora y proyector. Espejos.	
3era Sesión	**Título:** Siento, Pienso y Actúo **Objetivo:** Registrar los pensamientos automáticos que generan emociones desagradables y elaborar pensamientos positivos. **Variable de estudio:** Autonomía emocional **Estrategias / Dinámicas:** Lluvia de ideas. Herramienta TREC (Terapia Racional, Emotiva, Conductual) **Desarrollo:** Agrupar en 2 y escribir los pensamientos de cada participante en el cartel o pizarra con la consigna: "Cuando ocurre esto	1h30

	(situación desagradable) yo me siento (emoción) y yo pienso que…" Posteriormente, se validan las emociones y en grupos de 2 se cuestionan los pensamientos a través de 4 preguntas básicas: ¿Es 100% verdadero lo que pienso? ¿Qué pensaría otra persona sobre esta situación? ¿Qué utilidad tiene mantener este pensamiento? ¿Estoy dispuesto/a a pensar diferente? Se comparten las experiencias con el grupo general y se expone el poder que tienen los pensamientos para ayudarnos a sentirnos bien o mal. **Recursos:** Cartel o pizarra, hojas, marcadores	
4ta Sesión	**Título:** ¡Quiero sentirme bien! **Objetivo:** Beneficios de cultivar la práctica de sentir emociones positivas. Impacto en la salud. **Variable de estudio:** Emociones positivas y salud **Estrategias / Dinámicas:** Libro de emociones positivas. **Desarrollo:** En esta sesión se hace una práctica de 10 emociones positivas a través de 10 tareas sencillas, cada tarea esconde una emoción en un folleto diseñado para que en cada hoja el participante realice una tarea. Al final se reflexiona y explica que la práctica de acciones que generan emociones positivas brinda beneficios en el cuerpo y la mente. <u>Gratitud:</u> Escribe de lo que estás agradecido hoy. <u>Amor:</u> Escoge una imagen o dibuja aquello que te genera amor. <u>Alegría:</u> Escribe dos ejemplos de momentos alegres. <u>Esperanza:</u> 3 ejemplos que te generan esperanza	2hrs

	en la humanidad. Interés: ¿Cuáles son tus gustos o intereses actuales? Serenidad: ¿En qué lugar o lugares sientes que encuentras tranquilidad? Diversión: ¿Qué actividad te divierte más? Inspiración: ¿Qué personas o personajes te inspiran o te motivan? Asombro: ¿Qué situaciones importantes te han sorprendido positivamente actualmente? Orgullo: Describe los logros que has experimentado y sigues experimentando en tu vida. Luego, se da un espacio de compartir y se invita a utilizar el folleto que han llenado de forma personal como un recordatorio diario de acciones que aportan a su felicidad. Se sugiere continuar llenando cada tarea si es preciso. Finalmente, se invita a un profesional en ciencias médicas o enfermería a que exponga los beneficios orgánicos de generar emociones positivas, ejm.: (control de la presión arterial, reducción de dolores musculares, mejora el sueño, etc.) **Recursos:** Folletos en blanco con 10 hojas (1 para cada (tarea/emoción), imágenes (paisajes, personas, familias, actividades recreativas, grupos contemporáneos), marcadores, lápices de colores.	
5ta Sesión	**Título:** En búsqueda de mi bienestar **Objetivo:** Compartir estrategias que mejoren su percepción de satisfacción con la vida. **Variable de estudio:** Satisfacción vital **Estrategias / Dinámicas:** Exposición del área médica/nutricional. Descubriendo perlas.	1h30

	Desarrollo: La sesión tiene dos partes, la primera está enfocada en proporcionar información práctica de aplicación diaria desde la parte médica: alimentación, cuidado del cuerpo – ejercicio físico, sueño y control médico o tratamientos necesarios. La segunda parte está enfocada proporcionar información psicoeducativa consideradas como "perlas" que iluminan y que a través de herramientas objetivas mejoren la sensación de bienestar en el día a día, éstas herramientas están basadas en: 1) la práctica diaria de la gratitud, 2) espacios o momentos de contacto social, 3) tiempos de relajación y 4) elección de actitudes transformadoras: actitud(es) positiva(s), actitud empática, actitud flexible y actitud colaboradora, reduciendo las actitudes dañinas: actitud(es) negativa(s) y actitud reactiva. Finalmente, un espacio de reflexión: Con todo lo compartido, ¿creo posible sentirme bien conmigo mismo? **Recursos:** Computadora, proyector	
6ta Sesión	**Título:** Mi árbol, mi esencia **Objetivo:** Reconocer a través de la técnica el "árbol de la autoestima" las cualidades positivas y los logros o éxitos. **Variable de estudio:** Autoestima **Estrategias / Dinámicas:** Espejo en Caja. Lluvia de ideas. Árbol de la Autoestima. **Desarrollo:** Al iniciar la sesión se indica a los participantes que hay una caja en la que al destaparlo encontrarán lo primero más valioso en esta vida (la caja contiene un espejo, en el que cada uno al destaparlo se verán ellos mismos	1h30

	reflejados. De esta manera se inicia la elaboración (entre todos) del concepto de la autoestima. Luego se realiza la técnica del "árbol de la autoestima" la cual consiste en que cada participante dibujará en una hoja un árbol con las siguientes características: raíces, tronco y flores o frutos. En las raíces escribirán sus cualidades positivas y en las flores o frutos los logros o éxitos alcanzados. Al finalizar la técnica el dibujo es colgado en el cuello, se forman parejas y cada uno lee lo realizado por el compañero mencionando como ejemplo: "Carlos eres paciente, organizado, entusiasta… y has logrado formar una familia, trabajar arduamente…Felicidades por ser quien eres y por lo que has logrado". Para terminar se da un espacio de compartir sobre la actividad, resaltando el valor que cada uno tiene en esta sociedad. **Recursos:** Cartulinas, lápices, marcadores, hilo, pegamento, espejo, caja.	
7ma Sesión	**Título:** Viento fuerte, Pasos firmes **Objetivo:** Desarrollar pensamientos y conductas resilientes. **Variable de estudio:** Resiliencia **Estrategias / Dinámicas:** Video. Fuentes de la resiliencia "Yo soy, yo estoy, yo tengo, yo puedo" **Desarrollo:** Al inicio de la sesión se comparte el video "Resiliencia es resistir y rehacerse". Luego se abre espacio a comentar sobre el video junto a la pregunta ¿Han identificado los momentos resilientes en su vida? Después del tiempo de	1h30

	compartir, se realiza la actividad “Fuentes de la resiliencia”, se dibuja un cuadrante en una hoja para cada participante: en los dos primeros cuadrantes superiores se escribe “Yo Soy y Yo Estoy” donde se enlistan fortalezas y actitudes internas, en el tercer cuadrante se escribe “Yo Tengo” donde se detallan el apoyo social que perciben, y en el cuarto cuadrante se escribe “Yo Puedo” en el que se describen las habilidades que posee el participante. Finalmente, se comparte en el grupo los resultados de los cuadrantes y se sugiere que los tengan en un lugar visible para recordar cuán resilientes pueden ser en las adversidades. **Recursos:** Cartulinas, lápices de colores, marcadores, computadora, proyector.	
8va Sesión	**Título:** Cambiando mis lentes **Objetivo:** Reconocer estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas ante situaciones estresantes. **Variable de estudio:** Estrategias de afrontamiento al estrés y ansiedad **Estrategias / Dinámicas:** Video. Exposición “Los dos caminos de estrategias de afrontamiento”. **Desarrollo:** Al iniciar la sesión se comparte el video ¿Con qué lentes miras la vida? Se da un espacio de compartir sobre el video y la forma en la que están sus “lentes”. Luego, se realiza la actividad “Los dos caminos” en el que se exponen los 4 estrategias de afrontamiento adaptativas: Resolución de problemas, Expresión emocional, Apoyo social, Reestructuración	2 hrs

Cognitiva; y las 4 estrategias de afrontamiento no adaptativas: Autocrítica, Pensamiento desiderativo, Evitación de problemas, Retirada social. En cada camino se explican cada grupo de estrategias, empezando por las no saludables para luego dar énfasis en las saludables. Todo esto con el concepto de los lentes (sucios o limpios) que aclaran o distorsionan la forma de ver el problema, y el concepto de camino corto (fácil) y camino largo (difícil) para elegir aquello que brinda mayor bienestar y duradero al momento de afrontar las crisis.

Recursos: Computadora, proyector.

Nota: Fuente: Elaboración propia, 2021

A continuación en la siguiente figura 1, se plantea la planificación propuesta para el Programa "Sintiendo una Vida Plena"

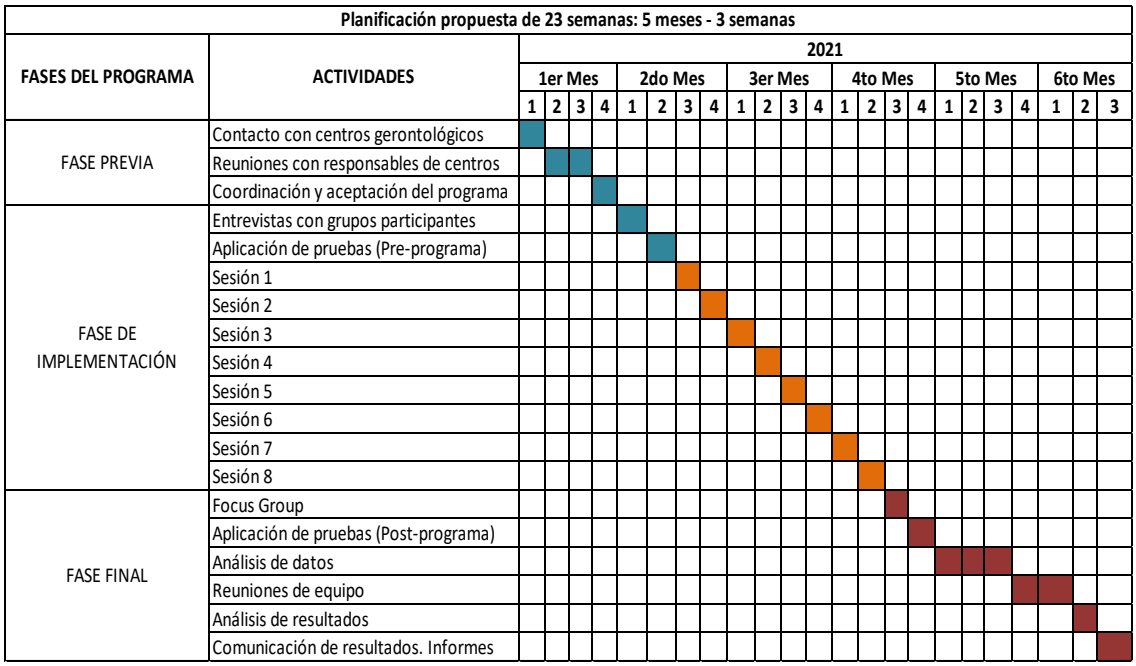


Figura 1: Propuesta de planificación. Fuente: Elaboración propia

XII. Discusión de resultados

La propuesta del programa “Sintiendo una Vida Plena” surgió con el objetivo de diseñar un programa de desarrollo emocional dirigido a personas adultas mayores institucionalizadas debido a que en la sociedad ecuatoriana la población adulta mayor carece de opciones que permitan vivir el envejecimiento desde un enfoque de desarrollo, mientras que el enfoque asistencialista se encuentra arraigado en nuestra cultura actual, donde la vejez es relacionada a los conceptos de enfermedad, carencias y limitaciones tanto físicas como mentales. Por lo tanto es importante desmitificar el concepto de envejecimiento en el que se considera que el adulto mayor va perdiendo autonomía y control de su vida, esta percepción requiere un cambio como lo propone la OMS (2002) al plantear la necesidad de trabajar por un envejecimiento activo, en el cual se valoren y potencialicen las oportunidades de salud, participación y seguridad, mejorando así la calidad de vida de todo individuo que envejece.

En el programa propuesto se detallan aspectos claves que, como afirma Delhom (2019) ubican al área emocional como un factor determinante en el proceso de mantenimiento de la salud en todas las áreas que integra el ser humano. Es por ello que en la fase de implementación del programa se exponen 3 aspectos que representan el punto de partida para ingresar al autoconocimiento del rol y las funciones que cumplen las emociones en un individuo, estas 3 aptitudes emocionales son: conciencia emocional, regulación emocional y autonomía emocional. Posteriormente, se integran otras áreas determinantes en el desarrollo emocional.

De acuerdo a Goleman (1995) la conciencia emocional busca propiamente ser conscientes de los propios estados y recursos internos, así como el nivel de intuición para reconocer las emociones que surgen en determinadas circunstancias y actitudes que experimenta el individuo. Por su parte, Salovey & Mayer (1990) refieren a la conciencia emocional como un proceso mediante el cual se etiqueta y se comprende a las emociones a través de la atención y decodificación de señales emocionales en la expresión facial, el tono de voz y los movimientos corporales (Mikulic, Crespi & Radusky, 2015). En este sentido, la primera sesión del programa está enfocada en la expresión de las emociones a través del lenguaje verbal, el arte-terapia como forma de expresión no verbal y el debate sobre la utilidad de las emociones, de esta manera tomar conciencia de la presencia de las emociones en la cotidianidad.

La segunda sesión del programa enfatiza la importancia de la regulación emocional la cual, según Goleman (1995) se refiere al adecuado manejo de nuestros estados,

impulsos y recursos internos. Mientras que, Skinner, Edge, Altman & Sherwood (2003) consideran que la regulación emocional lleva implícito comportamientos de autocontrol como el control emocional de sí mismo y la relajación (Mikulic et al., 2015). Adicionalmente, Bisquerra (2000) afirma que además de controlar las emociones propias es importante manejar adecuada y oportunamente las respuestas para cada estado emocional (Soldevila et al., 2005). Así mismo, López-Pérez et al. (2008) indica que la regulación emocional es la capacidad desarrollar estrategias adaptativas y recursos para modificar y manejar las propias emociones. Por ello en la segunda sesión se trabaja la herramienta de la rueda de emociones de Plutchik, la cual permite reconocimiento y enfoque del tipo e intensidad de las emociones para conocer de manera práctica un apropiado manejo de las emociones que se experimentan en diversas situaciones. El cuestionamiento del lenguaje del rostro también aporta como herramienta que permite analizar y elegir las opciones que los adultos mayores consideren oportuno para lograr el manejo saludable de sus emociones.

En la tercera sesión se ubica a la autonomía emocional como una característica importante dentro del desarrollo de la inteligencia emocional, la cual impulsa a desarrollar independencia emocional sumado a la habilidad de generar procesos cognitivos coherentes entre la emoción y el pensamiento (López-Pérez et al., 2008). De acuerdo a Goleman (1995) esta habilidad se logra cuando existe la capacidad de reconocer las emociones propias y las de los demás, sabiendo distinguir la influencia de factores externos sobre los pensamientos y emociones, además que una persona con autonomía emocional logra auto-motivarse y manejar adecuadamente los vínculos sociales y afectivos. Por tal motivo, en la tercera sesión se trabaja la herramienta de la TREC (terapia racional, emotiva y conductual) que permite desarrollar de manera coherente pensamientos adaptativos y alineados a la emoción experimentada, con el fin de alcanzar asertivamente el manejo de las propias emociones y pensamientos, reconociendo oportunamente las emociones ajenas, respondiendo adecuadamente y en coherencia con lo que piensa y siente el adulto mayor en determinadas situaciones.

En la cuarta sesión se plantea la necesidad de desarrollar emociones positivas que generen un impacto beneficioso a la salud de los adultos mayores. En este sentido, el Modelo PERMA ubica a las emociones positivas como un pilar fundamental para aumentar de manera significativa el nivel de bienestar percibido por los adultos mayores. Por ello Seligman (2005) enfatiza que en la medida que se experimenten emociones positivas, se generan pensamientos positivos y a su vez se desarrolla un

mayor número de sensaciones que facilitan la elevación del nivel de bienestar. De acuerdo a Cuadra-Peralta et al. (2012) el aumento de experiencias emocionales positivas se relaciona también con la disminución de signos y síntomas asociados a estados depresivos, mientras que Docray & Steptoe (2010) confirman que las emociones positivas contribuyen al mejoramiento del sistema inmunológico y a la recuperación cardiovascular posterior a eventos estresantes o experiencias de emociones negativas. Por lo tanto, en la cuarta sesión se trabaja en la herramienta del libro de emociones positivas con un total de 10 emociones escogidas para dar énfasis en el desarrollo positivo de las emociones con el objetivo de generar hábitos que faciliten la búsqueda y elección de emociones positivas en los adultos mayores.

En la quinta sesión se facilitan opciones que los adultos mayores pueden aplicar para desarrollar su bienestar desde el enfoque médico y psicológico, de tal manera que sus niveles de satisfacción con la vida puedan aumentar y así también aportar en el mejoramiento de su calidad de vida. Sin embargo, menciona Herrera & Guzmán (2012) se requieren de diversos factores y condiciones para abarcar el concepto de calidad de vida, pero los aspectos más importantes para mejorar la satisfacción vital de los adultos mayores son: las condiciones socio-ambientales y personales ligadas al bienestar físico, mental y social sumado a la práctica de actividades diarias que involucren participación social. En base a lo mencionado la quinta sesión del programa “Sintiendo una Vida Plena” se enfoca en la transmisión de conocimientos relevantes por parte de profesionales de la salud física y mental a través de exposiciones, compartir experiencias, elaboración de estrategias y recursos para el adecuado cuidado y manejo de la salud integral de los adultos mayores.

La sexta sesión del programa propone trabajar de manera constante un aspecto clave en el desarrollo emocional: la autoestima. Este aspecto es valorado, según Bisquerra (2000) como uno de los elementos psicológicos más importantes en el proceso del envejecimiento y un aspecto fundamental en la dimensión emocional del autoconcepto. Por su parte, Rodríguez, Valderrama & Uribe (2010) consideran la autoestima como un área de intervención que genera una influencia importante en todos los aspectos de vida de un individuo debido a que el concepto de uno mismo lo motiva o lo limita en las actividades diarias. Por ello en la sexta sesión el objetivo es fortalecer la autoestima de los adultos mayores a través de la técnica “árbol de la autoestima” el cual básicamente orienta a los participantes a reconocer sus cualidades positivas junto a los logros

obtenidos a lo largo de su vida, este trabajo individual es compartido colectivamente para validar los auto-conceptos positivos que surgen en la experiencia del compartir.

En la séptima sesión se plantea el concepto de resiliencia, elemento fundamental en el sistema emocional de todo individuo, en el envejecimiento representa un punto clave, según Uriarte (2014) la resiliencia en el adulto mayor permite procesar de manera positiva las experiencias vividas aunque se evidencien limitaciones que puedan presentarse en la vejez, de esta manera el individuo adquiere una mayor confianza, actitudes positivas y conciencia de sí mismo lo cual aporta a su bienestar emocional. Así mismo, Santos et al. (2019) afirman que la resiliencia permite el desarrollo de un envejecimiento activo mientras que la falta de actitudes resilientes en los adultos mayores está asociada a una mayor presencia de síntomas depresivos y/o una deficiente autopercepción de su calidad de vida. En este sentido, la séptima sesión está enfocada en trabajar a través de la técnica "Fuentes de la Resiliencia" las fortalezas, actitudes internas, los recursos de apoyo social y las habilidades con las que cuentan los adultos mayores. Este proceso de desarrollar pensamientos y actitudes resilientes apertura la posibilidad de desarrollar una mayor inteligencia emocional en los adultos mayores en momentos donde perciban y experimenten retos en sus vidas.

En la octava sesión, la última del programa "Sintiendo una Vida Plena" se propone el desarrollo de estrategias de afrontamiento frente al estrés y ansiedad, ya que las situaciones estresantes están presentes en todas las etapas de la vida y es relevante que en el envejecimiento se disponga de estrategias adaptativas ante estas situaciones puesto que mejoran el nivel de inteligencia emocional y marcan la diferencia en términos de salud y enfermedad. Almássy et al. (2014) señala que la aplicación de estrategias orientadas a la solución del problema genera mayores resultados positivos en cuanto a la promoción de salud y bienestar y Moos et al. (2006) asegura que la reevaluación positiva y la resolución de problemas son las estrategias más eficientes cuando se requiere afrontar situaciones estresantes (Meléndez et al., 2020). Mientras que Augusto-Landa et al. (2011) indican que las estrategias de afrontamiento adaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, lo que no sucede al utilizar estrategias desadaptativas (Delhom, 2019). Por lo tanto, en la octava sesión se considera imprescindible trabajar en el desarrollo de estrategias de afrontamiento a través de la psicoeducación y técnicas participativas como la herramienta "Los dos Caminos" en el que se exponen dos vías que dirigen la tipología de estrategias por las cuales los adultos mayores pueden escoger para sobrellevar los estados o situaciones estresantes.

XIII. Conclusiones

En el presente proyecto la propuesta de diseño de un programa de desarrollo emocional dirigido a adultos mayores institucionalizados contiene los criterios claves que, de acuerdo al Modelo de Inteligencia Emocional de Daniel Goleman (1995), el Modelo PERMA de Martin Seligman (2005) y el Modelo de Atención Centrada en la Persona de Kitwood & Bredin (1992) se requiere para abordar de manera integral el enfoque del envejecimiento activo propuesto por la OMS, quien a finales del siglo XX reconoce que envejecer de manera saludable es posible, sin embargo para lograr dicho objetivo se requiere intervenir en factores psicológicos y sociales, a parte del médico. Así mismo, la propuesta del programa "Sintiendo una Vida Plena" se nutre de las bases científicas y aportes de investigadores en el campo de la gerontología, quienes comparten una idea en común: generar conciencia y compartir herramientas que transformen la experiencia del envejecimiento, dando énfasis en los criterios enfocados a lograr una salud integral en los adultos mayores.

En este sentido, se resalta que los criterios considerados para la elaboración del programa son áreas que impactan física, psicológica y socialmente en la vida de todo ser humano, por ello la propuesta del programa busca precisamente generar un impacto positivo en la calidad de vida y la percepción de bienestar de los adultos mayores institucionalizados.

Por otra parte, es relevante reconocer que en el contexto latinoamericano las investigaciones en el campo de la gerontología son limitadas, mientras que en el contexto europeo podemos encontrar un campo más amplio de investigación y aplicación de propuestas. Por ello, en el presente trabajo los programas de desarrollo emocional en adultos mayores realizados en Europa representan una guía importante para la elaboración del programa "Sintiendo una Vida Plena".

En consecuencia, comprendiendo la realidad de la sociedad latinoamericana y reconociendo que en el Ecuador la población adulta mayor continúa con un modelo asistencialista que no abarca realmente las necesidades de los adultos mayores de forma integral, se busca a través de la presente propuesta de programa dar apertura a un enfoque de modelo de desarrollo, donde se considere también al adulto mayor desde su realidad como sujeto de desarrollo dentro de la sociedad, donde sea partícipe de su crecimiento como ser humano, fortaleciendo su autonomía a través la inteligencia emocional. Considerando que este tipo de inteligencia se desarrolla de manera individual y colectiva.

Por tal motivo, para iniciar en el desarrollo de la inteligencia emocional el programa “Sintiendo una Vida Plena” aborda en 8 sesiones aspectos claves, en el ámbito de las emociones: conciencia emocional, regulación emocional y autonomía emocional. Estos criterios son abordados en las 3 primeras sesiones del programa con el objetivo de reconocer las emociones propias y ajenas, logrando autocontrol y un manejo oportuno de las emociones complejas. Posteriormente, en las próximas 5 sesiones se abordan aspectos que generan un impacto a nivel cognitivo y actitudinal, las temáticas son: emociones positivas, satisfacción vital, autoestima, resiliencia y estrategias de afrontamiento en estrés y ansiedad. De esta manera, el programa propuesto integra elementos que a través de la ciencia han sido analizados en los programas de educación o desarrollo emocional en diferentes poblaciones incluyendo a los adultos mayores.

Finalmente, con la propuesta del programa “Sintiendo una Vida Plena” se proyecta a que en futuras investigaciones se aplique el programa en centros gerontológicos, se sugiere iniciar en centros privados en la ciudad de Guayaquil o considerar si los centros gerontológicos en sus distintas modalidades del Ministerio de Inclusión Económica y Social o de los Municipios puedan dar la oportunidad de aplicar el programa de desarrollo emocional para adultos mayores institucionalizados. De esta manera, continuar con un amplio camino de investigación y propuestas en beneficio de la población adulta mayor del Ecuador.

XIV. Bibliografía

Aguado, L. (2002). Procesos cognitivos y sistemas cerebrales de la emoción. *Revista de Neurologia*, *34*(12), 1161–1170. https://doi.org/10.33588/rn.3412.2002079

Albala, C. (2020). El Envejecimiento de la población chilena y los desafíos para la salud y el bienestar de las personas mayores. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *31*(1), 7–12. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.12.001

Alvarado, A., & Salazar, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, *25*(2), 57–62. https://doi.org/10.4321/s1134-928x2014000200002

Arroyo, M., & Soto, L. (2013). La dimensión emocional del cuidado en la vejez: la mirada de los adultos mayores. *Cuadernos de Trabajo Social*, *26*(2), 337–347. https://doi.org/10.5209/rev_cuts.2013.v26.n2.41333

Barahona, M., Sánchez, A., & Urchaga, J. (2013). La Psicología Positiva aplicada a la educación : el programa CIP para la mejora de las competencias vitales en la Educación Superior. *Revista de Formación e Innovación Educativa Universitaria*, *6*(4), 244–256.

Barrera, M. L., & Donolo, D. (2009). Diagnóstico diferencial de envejecimiento patológico. Desempeños en el Addenbrookes Cognitive Examination (ACE). *Pensamiento Psicológico*, *5*(12), 45–58. https://doi.org/10.11144/104

Blanco, A., Rojas, D., & De La Corte, L. (2000). La psicología y su compromiso con el bienestar humano. In *Psicología y Sociedad* (pp. 85–122).

Cabrera-Gómez, C., Rengifo-Rengifo, L., Suárez-Hernández, J., Rivera-Porras, D., & Carrillo-Sierra, S. (2020). Fortalezas de carácter según género en personas de Salinas de Guaranda: Perspectiva de intervención desde el Modelo PERMA a la economía solidaria. *Revista AVFT*, *39*(2), 226–236.

Canto, H., & Castro, E. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: Un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, *9*(2), 257–270.

Casas, G. (1990). La Inteligencia Emocional. *Revista Costarricense de Trabajo Social*, 30–34.

Chávez, M., Bautista, A., García, D., Fuentes, M., Ogarrio, C., Montaño, E., & Hoyos, G. (2018). La aplicación de un programa de intervención para el beneficio de la salud física y emocional en mujeres adultas mayores en Hermosillo, Sonora. *MHSalud - Revista En Ciencias Del Movimiento Humano y Salud*, *15*(1), 1–15.

Contreras, F., & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Revista Diversitas - Perspectivas En Psicología*, *2*(2), 311–319. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982006000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Puddu-Gallardo, G., Salgado-García, P., & Peralta-Montecinos, J. (2012). Impacto de un programa de psicología positiva en sintomatologia depresiva y satisfaccion vital en adultos mayores. *Psicologia: Reflexao e Critica*, *25*(4), 644–652. https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000400003

Delhom, I. (2019). Inteligencia Emocional durante el envejecimiento. In *Universidad de Valencia*.

Dulcey-Ruiz, E. (2010). Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de la vida consideraciones críticas. *Revista Colombiana de Psicología*, *19*(2), 207–224.

Enríquez, O., Pancho, A., & Sánchez, B. (2019). *Informe mensual de gestión de la misión Mis Mejores Años y del estado situacional de su población objetivo*.

Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M., & García, L. (2004). Vivir con vitalidad-M ® : Un programa europeo multimedia. *Psychosocial Intervention*, *13*(1), 63–84.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., López, M. D., Molina, M. A., Díez, J., Montero, P., & Schettini, R. (2010). Envejecimiento Con Éxito. *Psicothema*, *22*(4), 641–647.

Fontes, A. P., & Neri, A. L. (2015). Resilience in aging: Literature review. *Ciencia e Saude Coletiva*, *20*(5), 1475–1495. https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.00502014

Freire, W., & Waters, W. (2012). Condiciones de Salud en los Adultos Mayores en el Ecuador: Desafíos Presentes y Futuros. *V Congreso de La Asociación Latinoamericana de Población*, 1–30. http://www.alapop.org/Congreso2012/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2012_FINAL212.pdf

García-Fernández, M., & Giménez-Mas, S. I. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. *Espiral. Cuadernos Del Profesorado*, *3*(6), 43. https://doi.org/10.25115/ecp.v3i6.909

García-Rodríguez, B., Fusari, A., & Ellgring, H. (2008). Procesamiento emocional de las expresiones faciales en el envejecimiento normal y patológico. *Revista de Neurologia*, *46*(10), 609–617. https://doi.org/10.33588/rn.4610.2007615

García, A. J., Marín, M., & Bohórquez, M. R. (2012). Autoestima como variable psicosocial predictora de la actividad física en personas mayores. *Revista de Psicologia Del Deporte*, *21*(1), 195–200.

Guil, R., Zayas, A., Gil-Olarte, P., Guerrero, C., González, S., & Mestre, J. (2016). Bienestar Psicológico, Optimismo y Resiliencia en Mujeres con Cáncer de Mama. *REVESCO Revista de Estudios Cooperativos*, *13*(1), 127–138. https://doi.org/10.5209/rev

Hernández, C., Hernández, V., & Prada, R. (2018). *Adaptación del perfi l PERMA de bienestar subjetivo para adultos institucionalizados*.

Herrera., M. S., Fernández, M. B., & Barros, L. C. (2017). Estrategias de afrontamiento en relación con los eventos estresantes que ocurren al evejecer. *Ansiedad y Estrés*, *24*(1), 47–52. https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.008

Herrera, A., & Guzmán, A. (2012). Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *23*(1), 65–76. https://doi.org/10.1016/s0716-8640(12)70275-4

Izquierdo, A. (2007). Psicología del desarrollo de la edad adulta: teorías y contextos. *Revista Complutense de Educación*, *1*(2), 67–86. https://doi.org/10.5209/RCED.16845

Jewell, R. T., Rossi, M., & Triunfo, P. (2007). El estado de salud del adulto mayor en América Latina. *Cuadernos de Economia*, *26*(46), 147–167.

Jiménez, M. (2008). *Resiliencia psicólogica en la edad adulta y la vejez. Un estudio transcultural*. Universidad Autónoma de Madrid.

Jiménez, M. G., Izal, M., & Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Suma Psicologica*, *23*(1), 51–59. https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.03.001

Jodra, P., Maté-Nuñoz, J., & Domínguez, R. (2019). Percepción de salud , autoestima y autoconcepto físico en personas mayores en función de su actividad física. *Revista de Psicologia Del Deporte*, *28*, 127–134.

Lassen, A. J. (2015). Biopolíticas de la vejez. Cómo el conocimiento sobre el envejecimiento forma políticas de envejecimiento activo. *Sociología Histórica*, *5*, 331–362.

León, D. (2014). *Emociones en la Vejez: Diferencias asociadas a la edad*. Universidad Autónoma de Madrid.

López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I., & Márquez-González, M. (2008). Educación emocional en adultos y personas mayores. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, *6*(15), 501–522. https://doi.org/10.25115/ejrep.v6i15.1286

MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, *37*(4), 266–272. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014

Martínez, F., & Fernández, J. (1994). Emoción y salud. Desarrollos en Psicología Básica y Aplicada. *Anales de Psicología*, *10*(2), 101–109.

Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona - Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*.

Martínez, T. (2015). La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención e instrumentos de evaluación. *Universidad de Oviedo*, 344.

Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E., & Blasco, C. (2015). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de Psicología / Psychological Writings*, *8*(3), 26–32. https://doi.org/10.5231/psy.writ.2015.2904

Meléndez, J. C., Delhom, I., & Satorres, E. (2020). Las estrategias de afrontamiento: relación con la integridad y la desesperación en adultos mayores. *Ansiedad y Estres*, *26*(1), 14–19. https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.12.003

MIES. (2015). *Dirección Población Adulta Mayor – Ministerio de Inclusión Económica y Social*. https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/

MIES. (2020). *Población Adulta Mayor*. https://info.inclusion.gob.ec/index.php/servicios-de-inclusion-social-usrext/adulto-mayor-usrext

Mikulic, I., Crespi, M., & Radusky, P. (2015). Construcción y validación del Inventario de Competencias Socioemocionales para adultos (ICSE). *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, *32*(2), 307–329.

Millán, J. (2006). *Principios de Geriatría y Gerontología* (McGRAW-HIL).

Moreno, J. (2004). Mayores y calidad de vida. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, *4*, 187–198.

Navarro, A., Bueno, B., & Buz, J. (2013). Bienestar emocional en la vejez avanzada: estudio comparativo por edad y género. *Psychology, Society, & Education*, *5*(1), 41–57. https://doi.org/10.25115/psye.v5i1.495

OMS. (1974). *Planificación y Organización de los Servicios Geriátricos: Informe de un Comité de Expertos* (p. 52). http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_548_spa.pdf

Orosco, C. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona*, *0*(018), 91. https://doi.org/10.26439/persona2015.n018.500

Ortega, M. del C. (2010). La educación emocional y sus implicaciones en la salud. *Revista Española de Orientación y Psicopedaqgogía*, *21*(2), 462–470.

Ortiz, J., & Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería. *Ciencia y Enfermeria*, *15*(1), 25–31.

Osorio, P., Torrejón, M., & Anigstein, M. (2011). Calidad de vida en personas mayores en Chile. *Revista MAD*, *0*(24), 61–75. https://doi.org/10.5354/0718-0527.2011.13531

Palmero, F. (1996). Aproximación biológica al estudio de la emoción. *Anales de Psicología*, *12*(1), 61–86.

Parra, M. (2017). *Envejecimiento activo y calidad de vida: Análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años*. Universidad Miguel Hernández de Elche.

Pérez-Fuentes, M., Gázquez, J., Molero, M., Martínez, Á., Barragán, A., & Simón, M. (2016). Inteligencia emocional y salud en el envejecimiento: beneficios del programa PECI-PM. *Actualidades En Psicología*, *30*(121), 11–23. https://doi.org/10.15517/ap.v30i121.24048

Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A., & Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, *16*(2), 85–112. http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/136

Puga, D., Rosero-Bixby, L., Glaser, K., & Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Población y Salud En Mesoamérica*, *5*(1). https://doi.org/10.15517/psm.v5i1.4545

Ramírez, M., & Lee, S.-L. (2013). Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. *Polis Revista Latinoamericana*, *11*(33), 407–428. https://doi.org/10.4067/s0718-65682012000300020

Román, Y., Robles, S., Montoya, B., & Lozano, D. (2017). Perfiles sociales de la población adulta mayor en el Estado de México, 2015. *Revista Ciencias Sociales*, *3*, 149–166.

Rosario, M., & Ortega, M. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, *6*, 225–238. http://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/68.pdf

Rubio, L. (2015). *Estrategias de afrontamiento: Factores determinantes e impacto sobre el bienestar en la tercera edad* [Universidad de Granada]. http://digibug.ugr.es/handle/10481/41089%5Cnhttp://hdl.handle.net/10481/41089

Santos, G., Oliveira, I., Baldin, L., Silva, M., Kusumota, L., & Marques, S. (2019). Resiliencia, calidad de vida y síntomas depresivos entre ancianos en tratamiento ambulatorio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *27*. https://doi.org/10.1590/1518-8345.3133.3212

Santos, Z. (2009). Adulto mayor, redes sociales e integración. *Trabajo Social*, *11*, 159–174.

Soldevila, A., Ribes, R., Filella, G., & Agulló, M. (2005). Objetivos y contenidos de un programa de educación emocional para personas mayores. Emociona't. *Revista Iberoamericana de Educación*, *37*(5), 6.

Trujillo, M., & Rivas, L. (2005). Orígenes, evolución y modelos de inteligencia emocional. *Innovar: Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*, *15*(25), 9–24.

United Nations Department of Public Information. (2019). Comunidado de Prensa. *Perspectivas de La Población Mundial 2019*, *2050*, 2. https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_PressRelease_ES.pdf

Uriarte, J. (2014). Resiliencia y Envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, *4*(2), 67–77. https://doi.org/10.1989/EJIHPE.V4I2.54

Vera, M. (2013). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de La Facultad de Medicina*, *68*(3), 284. https://doi.org/10.15381/anales.v68i3.1218

Vinaccia, S., & Quiceno, J. (2011). Resiliencia y Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica - IRC. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *20*(3), 201–211.

XV. Apéndice/Anexos

ANEXO 1: Tríptico de Difusión del Programa “Sintiendo una Vida Plena”

ANEXO 2: Formulario de inscripción al Programa

ANEXO 1. TRIPTICO DE DIFUSIÓN DEL PROGRAMA "SINTIENDO UNA VIDA PLENA"

PROGRAMA: "SINTIENDO UNA VIDA PLENA"

Dirigido a adultos mayores institucionalizados

DESARROLLO EMOCIONAL

Fecha Inicio: ___/___/___

Fecha fin: ___/___/___

Contacta para más información e inscripciones

Nombre Psicólogo/a

0000000000

Planificación Programa

"Sintiendo una Vida Plena"

8 Sesiones / 1 Sesión Semanal

1era Sesión

Título: ¡Hola! Yo soy…y así me siento…
Objetivo: Permitir que el/la adulto/a mayor reconozca su ser como individuo parte de una sociedad y despierte su conciencia emocional en el ejercicio de expresar sus emociones presentes.
Estrategias / Dinámicas: Presentación. Arte-terapia.

2da Sesión

Título: Conociendo más allá de lo que veo
Objetivo: Reconocer e identificar las emociones secundarias que surgen a partir de las emociones primarias.
Estrategias / Dinámicas: Rueda de emociones de Plutchik. Lenguaje del rostro.

3era Sesión

Título: Siento, Pienso y Actúo
Objetivo: Registrar los pensamientos automáticos que generan emociones desagradables y elaborar pensamientos positivos.
Estrategias / Dinámicas: Lluvia de ideas. Herramienta TREC

4ta Sesión

Título: ¡Quiero sentirme bien!
Objetivo: Beneficios de cultivar la práctica de sentir emociones positivas. Impacto en la salud.
Estrategias / Dinámicas: Libro de emociones positivas.

5ta Sesión

Título: En búsqueda de mi bienestar
Objetivo: Compartir estrategias que mejoren su percepción de satisfacción con la vida.
Estrategias / Dinámicas: Exposición del área médica/nutricional. Descubriendo perlas.

6ta Sesión

Título: Mi árbol, mi esencia
Objetivo: Reconocer a través de la técnica el "árbol de la autoestima" las cualidades positivas y los logros o éxitos.
Estrategias / Dinámicas: Lluvia de ideas. Árbol de la Autoestima.

7ma Sesión

Título: Viento fuerte, Pasos firmes
Objetivo: Desarrollar pensamientos y conductas resilientes.
Estrategias / Dinámicas: Video. Fuentes de la resiliencia "Yo soy, yo estoy, yo tengo, yo puedo"

8va Sesión

Título: Cambiando mis lentes
Objetivo: Reconocer estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas ante situaciones estresantes.
Estrategias / Dinámicas: Video. Exposición "Los dos caminos".

ANEXO 2. FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA "SINTIENDO UNA VIDA PLENA"

NOMBRES	
APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO	
CÉDULA DE IDENTIDAD	
TELÉFONO/CELULAR	
CIUDAD	
CENTRO GERONTOLÓGICO	
ENFERMEDAD O ALERGIA QUE PADEZCA	