

neurama
revista electrónica de
psicogerontología

IN THIS ISSUE:

- 5 Alicia Márquez Carreño, Myriam Delgado Ríos
Efecto de las intervenciones basadas en Mindfulness en el funcionamiento cognitivo de adultos mayores: Revisión sistemática
- 22 Maria del Carmen Campos-Manteagudo, Iraida Delhom Peris, Encarnación Satorres
Ejercicio físico en adultos mayores: Diferencias en sintomatología depresiva, desesperanza y satisfacción
- 30 Cesar Bugallo Carrera, Cristina Gómez Cantorna
Teoría Triangular del amor y la satisfacción vital: comparación de dos grupos de edad
- 39 Valeria Portaluppi
Construcción de proyectos de vida a partir del retiro laboral
- 47 I Congreso nacional sobre Enfermedades Neurodegenerativas: Alzheimer y otras demencias

ISSN 2341-4936

Nº — Vol

1 9

www.neurama.es
WEBSITE

E-MAIL
info@neurama.es

20
JUNIO
22



“Construimos demasiados muros y no suficientes puentes”

(Isaac Newton 1643 – 1727)

Director / Editor

Angel Moreno Toledo (Málaga)

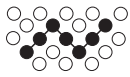
Comité Asesor Nacional

José Luis Caamaño Ponte (A Coruña)
Antonio Andrés Burgueño Torijano (Madrid)
Ramona Rubio Herrera (Granada)
David Facal Mayo (A Coruña)
Romina Mouriz Corbelle (Lugo)
Laura Espantaleón Rueda (Madrid)
Belén Bueno Martínez (Salamanca)
Ana María Gonzalez Jimenez (Madrid)
Estefanía Martín Zarza (Salamanca)
Laura Rubio Rubio (Granada)

Comité Asesor Internacional

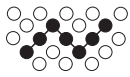
Alejandro Burlando Páez (Argentina)
Clara Ling Long Rangel (Cuba)
Anastasia Paschaleri (Reino Unido)
Brenda Avadian (Estados Unidos)
Carrie Peterson (Dinamarca)
Diana Orrego Orrego (Colombia)
Frederique Lucet (Francia)
Gary Glazner (Estados Unidos)
Graham Hart (Reino Unido)
Guillermo Ramírez Hoyos (Colombia)
Hugo Roberto Valderrama (Argentina)
Hugo Sousa (Portugal)
Javiera Sanhueza (Chile)
Joana de Melo E Castro (Portugal)
Joao Marques Texeira (Portugal)
Kerry Mills (Estados Unidos)
Maria Alejandra Ortolani (Argentina)
Ricardo F. Allegri (Argentina)
Marios Kyriazis (Reino Unido)
Mladen Davidovic (Serbia)
Narjes Yacoub (Francia)
Peter Gooley (Australia)
Raúl Andino (Argentina)
Rolando Santana (República Dominicana)
Karina Daniela Ferrari (Argentina)
Salvador Ramos (Estados Unidos)
Stephanie Zeman (Estados Unidos)
Wendy Johnstone (Canadá)





En este número:

- 5 Alicia Márquez Carreño, Myriam Delgado Ríos
- Efecto de las intervenciones basadas en Mindfulness en el funcionamiento cognitivo de adultos mayores: Revisión sistemática
- 22 Maria del Carmen Campos-Manteagudo, Iraidá Delhom Peris, Encarnación Satorres
- Ejercicio físico en adultos mayores: Diferencias en sintomatología depresiva, desesperanza y satisfacción
- 30 César Bugallo Carrera, Cristina Gómez Cantorna
- Teoría Triangular del amor y la satisfacción vital: comparación de dos grupos de edad
- 39 Valeria Portaluppi
- Construcción de proyectos de vida a partir del retiro laboral
- 47 I Congreso Nacional sobre Enfermedades Neurodegenerativas: Alzheimer y otras demencias



Director / Editor

Angel Moreno Toledo

Psicógerontólogo.
Formador y escritor.

Eventos en búsqueda de la divulgación científica

*La ciencia es la progresiva aproximación
del hombre al mundo real.
(Max Planck)*

Debido al dilatado parón de actividad por la pandemia, fue postergada la celebración del primer Congreso Nacional sobre Enfermedades Neurodegenerativas, provisionalmente, con proyección a ser ubicado en noviembre de 2020 una vez desarrollada la idea a lo largo del año 2019.

Fue organizado por Neurama junto al apoyo de Obra Social la Caixa y El ayuntamiento de Archidona (Málaga), unido a la colaboración de instituciones del sector asistencial (Asociaciones, Federaciones, empresas y portales especializados).

Constantes inconvenientes y retrasos de nuevo en la agenda, junto al ascenso de los contagios cada mes, unido a la concatenación de las olas, finalmente pudo ser celebrado a comienzos de este pasado mes de marzo.

Este evento tuvo una naturaleza interdisciplinar, reuniendo a expertos de todos los puntos del país, Psicólogos, Neuropsicólogos, Logopedas, Terapeutas ocupacionales y Fundadores, todos ellos expertos en el área de las demencias y la intervención clínica especializada.

La acogida del mismo fue muy significativa, registrándose una ocupación completa de las plazas en el auditorio y la satisfacción y sostenido seguimiento manifestado por los/as asistentes al evento. Dedicamos un artículo especial a reunir toda la información del congreso al final del número.



Efecto de las intervenciones basadas en Mindfulness en el funcionamiento cognitivo de adultos mayores: Revisión sistemática

Alicia Márquez Carreño ¹, Myriam Delgado Ríos ²,

Resumen

Objetivo: Realizar una revisión sistemática sobre las publicaciones científicas que estudien el efecto del mindfulness o atención plena en el funcionamiento cognitivo de adultos mayores sanos o con envejecimiento patológico, para conocer la eficacia de este tipo de intervención en esta población. Método: Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos de ProQuest (APA PsycArticles, APA PsycInfo, Health & Medical Collection, MEDLINE, Nursing & Allied Health Database information y Psychology Database) y PubMed entre Octubre y Noviembre de 2020 y, tras realizar una revisión por pares, la muestra quedó constituida por un total de 25 publicaciones. Resultados: La mayoría de los estudios revelan que, una intervención en mindfulness produce mejoras en las funciones cognitivas a corto plazo, tanto en adultos mayores sanos como en adultos mayores con envejecimiento patológico (DCL o EA). Sin embargo, los resultados a largo plazo no se mantienen. Conclusiones: Aunque los resultados son alentadores, es necesaria más investigación en este campo con estudios metodológicamente mejor diseñados para obtener conclusiones más firmes.

Palabras clave: Atención plena, Envejecimiento Sano, Envejecimiento Patológico, Funcionamiento Cognitivo, Revisión Sistemática.

Abstract

Objective: To carry out a systematic review on the scientific publications that study the effect of mindfulness in the cognitive functioning of healthy older adults or with pathological aging, to know the efficacy of this type of intervention in this population. Method: A search was carried out in the databases of ProQuest (APA PsycArticles, APA PsycInfo, Health & Medical Collection, MEDLINE, Nursing & Allied Health Database information and Psychology Database) and PubMed between October and November 2020 and, after conducting

a peer review, the sample consisted of a total of 25 publications. Results: Most studies reveal that a mindfulness intervention produces improvements in cognitive functions in the short term, both in healthy older adults and in older adults with pathological aging (MCI or AD). However, the long-term results are not sustained. Conclusions: Although the results are encouraging, more research is needed in this field with methodologically better designed studies to obtain stronger conclusions.

ISSUE N°1
JUNIO
2022

Recibido:
16/12/2021

Aceptado:
16/02/2022

(1) Graduada en Psicología con Máster en Psicología General Sanitaria por la Universidad de Málaga y Especialización en Neuropsicología Clínica por la Universidad de Valencia. Trabaja como psicóloga en el ámbito de la tercera edad, realizando evaluación e intervención en enfermedades neurodegenerativas.

(2) Doctora en Psicología y Máster en Mindfulness y Gestión Emocional. Profesora en el Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Málaga Coordinadora del grupo de Investigación SEJ-662: Mindfulness, Educación y Bienestar (MEB).



Keywords: Mindfulness, Healthy Aging, Pathological Aging, Cognitive Functioning, Systematic Review.

Introducción

Durante el último siglo, se ha producido un aumento significativo de la esperanza de vida a nivel mundial. De esta manera, la media de tiempo que vivimos se ha incrementado más de 3 años por década desde 1950, llegando a aumentar de forma acelerada hasta 5 años entre 2000 y 2015 (World Health Organization, 2016), lo que tiene, como consecuencia inmediata, el número cada vez más elevado de personas mayores en la población general (Martínez et al., 2018; Trevisan et al., 2019).

En la actualidad, la vejez se define como la última etapa de la vida del ser humano, a la cual se llega después de haber dejado atrás la infancia, la adolescencia y la edad adulta (Martínez et al., 2018) y, según la Organización Mundial de la Salud se inicia en torno a la edad de 60 años (Varela, 2016).

En este contexto, cabe resaltar que, aunque el envejecimiento saludable se acompaña de mejores relaciones sociales y de un mayor bienestar emocional (Charles & Carstensen, 2010), el desempeño medio en la función cognitiva sufre una disminución progresiva en diferentes áreas como el razonamiento, la memoria episódica o la velocidad de procesamiento (Tucker-Drob, 2011). Muchos autores coinciden en que la edad de aparición del deterioro es a partir de los 60 años, siendo antes poco frecuentes los cambios que se producen en la función cognitiva (Salthouse, 2009).

Este deterioro normal asociado a la edad puede acabar generando un envejecimiento patológico, produciéndose un declive cognitivo mayor en el que se pueden distinguir diferentes niveles de gravedad. Estos niveles pueden ir desde el Deterioro Cognitivo Leve (DCL), considerado como un deterioro mayor al esperado para una edad y un nivel educativo determinado, pero que no interfiere demasiado en las actividades de la vida diaria (Peterson, 2011), hasta una demencia, en la que el declive cognitivo es mucho más grave, afectando a la realización de actividades de la vida diaria (De la Peña et al., 2017) y haciendo que los adultos mayores que la sufren pierdan su independencia y su identidad (Paller et al., 2014).

En general, este envejecimiento patológico tiene grandes costos a nivel personal, familiar y social. De esta manera, a nivel personal, vivir con deterioro cognitivo patológico afecta de forma significativa a la calidad de vida de los pacientes (Bárrios et al., 2013), ya que estos no pueden satisfacer sus necesidades básicas, tienen un umbral de estrés reducido, presentan síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia y un mayor nivel de sufrimiento general. Teniendo en cuenta que la mayoría de los cuidados a estas personas se realizan desde el ambiente familiar, también existe un gran costo en las familias, tanto a nivel económico como a nivel personal, mostrando los cuidadores niveles superiores de malestar psicológico y físico que las personas que no tienen a su cargo un familiar con demencia (Losada et al., 2017).

Por último, a nivel social, incluyendo los gastos relacionados con estancias hospitalarias, visitas médicas, rehabilitación, medicamentos y residencias de ancianos (Joo et al., 2014), el costo total relacionado con la demencia en 2015 fue de aproximadamente 818 millones de dólares, lo que se corresponde a casi un 1% del Producto Interior Bruto Mundial (World Health Organization, 2017). Se prevé que, si la cifra de personas con demencia en 2015 era de 47 millones, en 2050 se eleve hasta 130 millones (Garre-Olmo, 2018), lo que producirá aún mayores costos.

Se ha investigado mucho sobre la intervención farmacológica para disminuir el envejecimiento patológico, pero, a pesar de ello, hoy día ningún fármaco ha demostrado su eficacia para detener o ralentizar el progreso de estas enfermedades (Langa & Levine, 2014).

En los últimos años, debido al aumento de concienciación sobre este problema, se está investigando el uso de intervenciones no farmacológicas que consigan remediar el declive cognitivo que se asocia a la edad. Algunas de estas intervenciones están relacionadas con el ejercicio, el entrenamiento cognitivo o la práctica de mindfulness/atención plena, las cuales, de forma económica, pueden ayudar a estas personas a desarrollar una mayor plasticidad en regiones del cerebro relacionadas con las funciones cognitivas (Wetherell et al., 2020).

De forma específica, centrándonos en la atención plena (mindfulness) como alternativa de intervención, en palabras de Kabat-Zinn (2003a), esta podría definirse como la conciencia que surge al prestar atención a propósito, en el momento presente y sin

Márquez Carreño, Delgado Ríos

juzgar al desarrollo de la experiencia que se produce momento a momento. Así mismo, puede incluir prácticas de atención plena formales, como, la exploración corporal o la observación de la respiración y prácticas informales, como prestar atención y poner conciencia durante el desarrollo de actividades y experiencias diarias (Kabat-Zinn, 2003a). Algunas de las intervenciones en mindfulness más conocidas y difundidas son el programa ‘mindfulness-based stress reduction’ (MBSR) (Kabat-Zinn, 2003b) o el programa ‘mindfulness-based cognitive therapy’ (MBCT) (Segal et al., 2004).

En este sentido, son muchos los estudios de investigación que han demostrado la eficacia del mindfulness para mejorar el estrés y el estado de ánimo en adultos jóvenes (Goyal et al., 2014), y la depresión en adultos mayores (Li & Bressington, 2019) y los que han demostrado que la atención plena en adultos jóvenes mejora las funciones cognitivas (Chiesa et al., 2011; Zeidan et al., 2010). Sin embargo, en los últimos años se está empezando a investigar en adultos mayores, el entrenamiento basado en mindfulness como una nueva alternativa de intervención para mejorar determinados aspectos cognitivos relacionados con la vejez por su potencial en la prevención del desarrollo de determinadas enfermedades neurodegenerativas que ocurren en el envejecimiento patológico (Marciniak et al., 2014). Pero, aún es escasa la literatura que existe acerca de los efectos del mindfulness sobre el deterioro de las funciones cognitivas que se produce a medida que envejecemos (Moynihan et al., 2013) y, tal y como afirman Berk et al. (2017), aún no está claro que la atención plena pueda mejorar el funcionamiento cognitivo en las personas mayores debido al escaso número de estudios metodológicamente adecuados.

Es por esta falta de resultados sólidos y por la importancia de encontrar intervenciones adecuadas para tratar el deterioro cognitivo que, el objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática sobre el efecto del mindfulness o atención plena en el funcionamiento cognitivo de adultos mayores sanos o con envejecimiento patológico con el fin de arrojar mayor claridad al asunto.

Método

Esta revisión sistemática siguió las directrices de la Declaración de elementos de informe preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA) (González de Dios et al., 2011).

Búsqueda y selección de artículos

Los estudios se encontraron mediante búsquedas en seis bases de datos de ProQuest, en concreto, en APA PsycArticles, APA PsycInfo, Health & Medical Collection, MEDLINE, Nursing & Allied Health Database information y Psychology Database y en la base de datos de PUBMED en los últimos 10 años. Hubo dos estrategias de búsqueda tanto en las seis bases de datos de ProQuest como en PUBMED, que fueron ‘Mindfulness (AB) AND cognitive decline (AB)’ y ‘Mindfulness (AB) and Alzheimer (AB)’. Las búsquedas se realizaron por primera vez el 20 de octubre de 2020 y se actualizaron por última vez el 12 de noviembre de 2020. Además de estas búsquedas se identificaron otros artículos adicionales incluidos en la revisión sistemática a partir de referencias de los artículos examinados y a través de la técnica de bola de nieve.

En primer lugar, se realizó una lectura de todos los artículos identificados en las búsquedas por título y resumen, y, posteriormente, se procedió a la lectura completa de aquellos que habían sido incluidos según los criterios de selección.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión tenidos en cuenta para la selección de la muestra fueron: (A) Estudios pertenecientes a revistas científicas, (B) Estudios publicados hace 10 años o menos, (C) Intervención basada en mindfulness, (D) Intervención realizada en personas mayores de 60 años no practicantes, (E) Estudios en los que se midiera alguna función cognitiva a través de cuestionarios neuropsicológicos o pruebas neurológicas tras la intervención. Los criterios de exclusión que se siguieron fueron: (A) Revisiones sistemáticas y/o meta-análisis, (B) Estudios en los que se realice otro tipo de meditación (Kirtan Kriya, Yoga, Taichí), (C) Publicaciones en las que no se hace una in-

Efecto de las intervenciones basadas en Mindfulness en el funcionamiento cognitivo de adultos mayores: Revisión sistemática

intervención en mindfulness, (D) Estudios en los que la edad media de la muestra sea menor de 60 años, (E) Estudios en los que la muestra tuviera experiencia en mindfulness, (F) Estudios en los que tras la intervención se midan variables relacionadas con estrés, ansiedad, salud... pero ninguna variable cognitiva.

Proceso de selección

La selección de los artículos se llevó a cabo a través de una evaluación por pares. En la Figura 1 se muestra el diagrama de flujo del proceso seguido en la búsqueda de artículos.

Resultados

Las características principales de los 25 artículos se presentan en la tabla 1 (Anexo 1). Se encuentran ordenados en orden descendente según el año de publicación.

La prueba más utilizada para medir funciones ejecutivas es el Trail Making Test A y B (Lezak et al., 2004) y el Test de Stroop (Perret, 1974) y para medir atención la tarea de Eriksen (Eriksen & Eriksen, 1974). Mientras, para el resto de las variables cognitivas se destaca la heterogeneidad en las pruebas utilizadas en cada estudio.

Intervenciones basadas en MBSR

En la mayoría de estudios, la intervención en MBSR siguió el programa propuesto por Kabat-Zinn (1990), excepto en el estudio de Marciniak et al. (2020), basado en un plan de estudios autorizado (Santorelli et al., 2017) y en los estudios de Wells, Yeh et al. (2013) y de Wells, Kerr et al. (2013) en los que no se especifica en que se basó el MBSR.

Wetherell et al. (2020), señalaron que la combinación de MBSR y ejercicio físico es efectiva para mejorar la memoria y función ejecutiva de adultos mayores sanos, aunque se observa que a medida que disminuye el número de sesiones mensuales se reducen los cambios significativos encontrados. Además, al ser una intervención combinada, no se podría concluir que MBSR de forma autónoma produjera estos resultados.

En este sentido, Moynihan et al. (2013), si concluyeron que MBSR de forma autónoma es eficaz para mejorar la función ejecutiva de adultos mayores sanos. Sin embargo, también sugirieron que sus efectos a largo plazo no serían eficaces, debido a que el efecto significativo no se mantuvo en las medidas de 3 y 21 semanas tras la intervención.

Basándose en una prueba de potenciales evocados, Smart & Segalowitz (2017), indicaron que MBSR sería eficaz en adultos mayores sanos y adultos mayores con DCL para mejorar la capacidad atencional a través de la mejora del sistema de control de rendimiento, ya que observaron que produce un aumento de la plenitud de la Negatividad relacionada con el error (ERN) en la zona frontocentral y disminuye la positividad del error (PE) en la zona parietocentral.

De igual modo, Smart et al. (2016), concluyen que el MBSR es eficaz para mejorar la atención y función ejecutiva en adultos mayores sanos y adultos mayores con DCL, ya que, tras el entrenamiento, se produce una reducción en la variabilidad intraindividual del tiempo de reacción en ambos grupos y un aumento en la onda P3 del electroencefalograma, que está relacionada con la mejor asignación de recursos del cerebro en una tarea cognitiva, en el grupo con DCL. Además, también sugieren que MBSR puede producir mayor neuroplasticidad ya que en ambos grupos se produjo aumento en el porcentaje de volumen cerebral. En contraposición a estos datos favorecedores, los resultados del estudio de Mallya & Fiocco (2015), mostraron que no hubo un beneficio significativo del entrenamiento en la función ejecutiva o la función cognitiva global en adultos mayores sanos después de las 8 semanas de intervención.

Por otro lado, existen diversos estudios que investigan la eficacia del MBSR en adultos mayores con DCL y obtienen resultados contrapuestos.

Lenze et al. (2014), estudiaron el efecto de dos programas MBSR de 8 y 12 semanas sobre la memoria y las funciones ejecutivas de adultos mayores con disfunción cognitiva. Los resultados mostraron que en todas las medidas cognitivas hubo una tendencia a la mejora y que más sesiones no producen mejores resultados cognitivos.

Márquez Carreño, Delgado Ríos

En esta misma línea, Paller et al. (2014), sugieren que el MBSR es capaz de producir mejora en las funciones cognitivas tanto de adultos mayores con síntomas cognitivos leves como en sus cuidadores sanos, aunque parece que las personas con síntomas cognitivos leves son las que más se beneficiarían del programa.

También obteniendo resultados positivos, Wells, Yeh et al. (2013), estudiaron el impacto de un programa MBSR sobre la Red Neuronal por Defecto (RND) y el hipocampo de adultos mayores con DCL. Los resultados de las pruebas de neuroimagen mostraron que el MBSR podría ser una intervención eficaz para aumentar las conexiones entre la RND y atenuar la atrofia del hipocampo, lo que podría ayudar a las personas que sufren DCL. Sin embargo, en una publicación posterior, Wells, Kerr et al. (2013), investigaron el efecto de un entrenamiento basado en MBSR en diferentes variables cognitivas encontrando que la intervención no supuso cambios significativos en ninguna de las medidas.

También en contraposición a los resultados prometedores anteriores, Marciniak et al. (2020), sugieren que MBSR no es un programa que pueda mejorar funciones cognitivas en esta población, ya que en las diferentes variables medidas en su estudio no se produjeron diferencias significativas entre la línea base y la intervención o el seguimiento.

Intervenciones basadas en MBAS

En todos los estudios que utilizaron un programa de Estimulación para el Alzheimer basado en mindfulness (MBAS) se midieron las variables cognitivas incluidas la prueba CAMDEX-R (CAMCOG y MMSE) (López-Posua, 2003). En este sentido, Quintana-Hernández et al. (2014), estudiaron la eficacia de MBAS en adultos mayores con EA probable en fase leve o moderada en comparación con otras condiciones activas. Se encontró una eficacia equivalente de MBAS y Entrenamiento Cognitivo (EC) para mejorar las funciones cognitivas de adultos mayores con EA leve o moderada, aunque el grupo MBAS presentó una mayor tendencia al mantenimiento de las capacidades cognitivas. Por otro lado, respecto a la eficacia de MBAS en fase avanzada de la EA, Quintana-Hernández et al. (2015), concluyen que MBAS tam-

bién sería eficaz para mantener las capacidades cognitivas en esta fase, al menos de forma equivalente a EC. Siguiendo la misma línea, Quintana-Hernández & Quintana-Montesdeoca (2014), concluyen que en la EA leve – moderada y en EA grave MBAS sería una opción de tratamiento eficaz. Además, destacan que en la fase leve – moderada incluso puede que mejor que EC, ya que encuentran que en el final del seguimiento MBAS produce un menor deterioro en las escalas de expresión y abstracción que EC. Por último, en una publicación posterior, Quintana-Hernández et al. (2016), encontraron que MBAS y EC son intervenciones no farmacológicas igual de efectivas para tratar la EA leve-moderada, pero, sin embargo, en la etapa moderada-grave concluyeron que MBAS no sería efectivo.

Intervenciones basadas en MBCT

O'Connor et al. (2013), sugieren que MBCT podría ser una intervención eficaz para mejorar la memoria de trabajo en adultos mayores sanos, ya que tras la intervención se observó un aumento significativo. Sin embargo, se destaca que en el seguimiento este efecto no se mantuvo.

Al contrario que este último estudio, Oken et al. (2010), indicaron que el MBCT sería efectivo para mejorar la atención y las funciones ejecutivas en adultos mayores sanos, pero no la memoria, ya que para esta variable no se encontraron efectos significativos durante la intervención.

Intervenciones basadas en otro tipo de mindfulness

Fotuhi et al. (2016), investigaron los efectos de un programa de intervenciones combinadas, entre las que se incluía mindfulness, en adultos mayores con DCL. Concluyeron que este conjunto de tratamientos puede mejorar el funcionamiento cognitivo de esta población, destacando que los pacientes más jóvenes y con mayor puntuación en el MMSE parecen obtener mayores beneficios. Sin embargo, dado que no se sabe qué cantidad de mejora corresponde a la meditación, no se podría concluir que únicamente mindfulness produzca estas mejoras.

En este sentido, Wong et al. (2017), sugieren la eficacia del mindfulness para mejorar las funciones cognitivas en adultos mayores con DCL. Además, indican que cuanto más se conserve la práctica menor

Efecto de las intervenciones basadas en Mindfulness en el funcionamiento cognitivo de adultos mayores: Revisión sistemática

es el declive ya que, los participantes que habían practicado durante más tiempo desde el fin de la intervención hasta el seguimiento tenían una mejor función cognitiva que los que practicaron menos. En cuanto al seguimiento, Banducci et al. (2017) ,encontraron resultados diferentes respecto a otros estudios que también hacen una medida tiempo después de finalizar la intervención. En este sentido, al investigar el efecto de un programa de experiencia activa (EA) sobre diferentes tipos de memoria, función ejecutiva y velocidad de procesamiento en adultos mayores sanos, encontraron que se produjeron ganancias en la memoria episódica y que estas mejoras se mantuvieron en el seguimiento.

Por otro lado, Isbel et al. (2019), investigaron el efecto de un programa de entrenamiento basado en mindfulness (MT) sobre la atención en adultos mayores sanos, midiendo los componentes N2 y P3 relacionados con los procesos de vigilancia, control inhibitorio y evaluación de estímulos (Donkers & van Boxtel, 2004; Gaetaet al., 2003), a través de un electroencefalograma. Los resultados indican que MT es efectivo para mejorar la velocidad de los procesos atencionales ya que se necesitarían menos recursos neuronales activos para lograr un rendimiento similar o superior, al producirse una reducción de latencia frontal de N2 y P3 y de la amplitud en P3 y N2. Un año después, Isbel et al. (2020), concluyeron también que MT es efectivo para mejorar la atención y el control inhibitorio en adultos mayores sanos, ya que encontraron que se produjo una reducción de la asignación de recursos neuronales para satisfacer las demandas de la tarea y un despliegue más rápido de los recursos de atención durante la misma, al producirse también una reducción en la amplitud de N2 y de latencia de P3.

En la misma línea, Malinowski et al. (2015), investigaron el efecto de MT en un grupo de adultos mayores encontrando resultados similares a los estudios anteriores. De esta manera, hallaron que, tras la intervención, se produjo un pliegue en la amplitud de N2 frontocentral en las estructuras que forman parte de la red de atención dorsal, concluyendo que MT es eficaz para producir mejoras en la atención.

Al contrario de estos resultados prometedores, se han realizado otros estudios que indican que el mindfulness no sería eficaz para mejorar la función cognitiva en

adultos mayores. En este sentido, Polsinelli et al. (2020), concluyeron que un programa de Mindfulness atencional enfocado (FAM) no sería eficaz para mejorar la memoria, función ejecutiva y atención en adultos mayores sanos debido a que las medidas no mejoraron con el tiempo.

Lo mismo concluyeron Wahbeh et al. (2016), al no encontrar efectos significativos en la función ejecutiva, la atención, la memoria de trabajo verbal y el tiempo de reacción de adultos mayores sanos tras un programa de intervención en meditación mindfulness a través de internet (IMMI).

También con resultados similares, Larouche et al. (2019), estudiaron el efecto de una intervención basada en mindfulness (MBI) sobre la memoria episódica verbal en un grupo de adultos mayores con DCL, concluyendo que el MBI no sería eficaz para mejorar la memoria episódica verbal en esta población al no encontrar efecto significativo tras la intervención.

DISCUSIÓN

Cada vez existe un mayor interés en las intervenciones basadas en mindfulness y en cómo estas pueden mejorar y/o mantener estables las funciones cognitivas de adultos mayores. Sin embargo, existen resultados contradictorios y pocas revisiones que aborden este tema. Por este motivo, el objetivo de este trabajo era realizar una revisión sistemática sobre el efecto del mindfulness o atención plena en el funcionamiento cognitivo de adultos mayores sanos o con envejecimiento patológico, con el fin de arrojar mayor claridad al asunto.

A pesar de la variabilidad existente en las distintas investigaciones estudiadas, los resultados son alentadores, ya que un 74% de estudios que analizan la eficacia del mindfulness de forma autónoma muestran que sería una intervención eficaz para mejorar alguna función cognitiva en los adultos mayores.

En concreto, parece existir una similitud en la eficacia del mindfulness independientemente del envejecimiento sano o patológico (Isbel et al., 2020; Isbel et al., 2019; Malinowski et al., 2015; Moynihan et al., 2013; O'Connor et al., 2013; Oken et al.,

Márquez Carreño, Delgado Ríos

2010; Paller et al., 2014; Smart et al., 2016; Smart & Segalowitz, 2017; Wells, Yeh et al., 2013; Wong et al., 2017). Esto es debido a que, en adultos mayores sanos, un 77% de los estudios analizados muestran la eficacia de mindfulness, mientras que, en los adultos mayores con DCL el porcentaje de mejora es del 70%. Igualmente, respecto a la EA, parece que cuanto más leve es la enfermedad mayores mejoras se producen, debido a que el 100% de los estudios que analizan el efecto del mindfulness en la EA leve-moderada encuentran un efecto significativo, frente al 66% encontrado en la etapa grave de la EA. Estos últimos resultados habría que tomarlos con cautela debido a que solo se han encontrado 4 estudios que analizan la eficacia del mindfulness en esta población. En relación a los estudios en los que no se encuentran mejoras en las funciones cognitivas tras la intervención en mindfulness (Larouche et al., 2019; Mallya & Fiocco, 2015; Marciniak et al., 2020; Polssinelli et al., 2020; Wahbeh et al., 2016; Wells, Kerr et al., 2013), varios autores ofrecen una explicación al respecto. En concreto, aclaran que, no encontrar resultados positivos en adultos mayores sanos puede ser debido a que son los adultos mayores con disfunción cognitiva los que más se beneficiarían de este tipo de programas (Mallya & Fiocco, 2015; Polssinelli et al., 2020). Sin embargo, esto parece contradecir a los resultados encontrados en esta revisión en relación a la eficacia del mindfulness independientemente del tipo de población.

El mindfulness produce beneficios cognitivos a corto plazo, aunque, a largo plazo los efectos no se mantienen. De esta manera, los resultados positivos encontrados justo después de la realización del programa no se conservan tras realizar un seguimiento meses después (Moynihan et al., 2013; O'Connor et al., 2014; Wetherell et al., 2020; Wong et al., 2017). En este sentido, se encuentra que cuando termina el programa, la mayoría de los participantes dejan de practicar diariamente los ejercicios de mindfulness y solo unos pocos continúan con la práctica formal en casa, lo que puede influir en que los resultados no se mantengan en el seguimiento (Moynihan et al., 2013; O'Connor et al., 2013; Wetherell et al., 2020). A favor de esta idea, Wong et al. (2017), encuentran correlaciones positivas entre la función cognitiva y la duración de las prácticas de mindfulness tras un año de

seguimiento. De este modo, los participantes que habían mantenido el hábito de la realización de mindfulness tenían una mejor función cognitiva que aquellos que dejaron de realizarlas o habían disminuido su frecuencia y duración. Igualmente, en los estudios que realizan intervenciones en MBAS (Quintana-Hernández et al., 2014; Quintana-Hernández et al., 2015; Quintana-Hernández et al., 2016; Quintana-Hernández & Quintana-Montesdeoca, 2014), se encuentra que, realizando sesiones todas las semanas durante dos años, se mantienen los resultados positivos iniciales al final de la intervención y, sería interesante averiguar si estos resultados son debidos a la continuidad en la realización de los ejercicios tras la intervención. Por todo esto, en futuras investigaciones, sería conveniente tener en cuenta la importancia de realizar un seguimiento sobre la práctica continuada de mindfulness tras finalizar la intervención, con el fin de asegurar que se mantengan los resultados favorables en la función cognitiva tanto en adultos mayores sanos como en adultos mayores con envejecimiento patológico.

La estimulación cognitiva es el tratamiento más frecuente y que más interés ha despertado en el envejecimiento patológico (Cordero & Yubero, 2016). Sin embargo, recientemente ciertos estudios han encontrado que la práctica de mindfulness en la EA leve-moderada es equivalente a la intervención basada en la estimulación cognitiva (Quintana-Hernández et al., 2014; Quintana-Hernández et al., 2016; Quintana-Hernández & Quintana-Montesdeoca, 2014). Teniendo en cuenta estos datos, es importante que se realicen más investigaciones para dilucidar qué tipo de intervención es más eficaz o si, con una combinación de ambas, se podrían obtener mayores beneficios para ralentizar el deterioro cognitivo.

Por otro lado, las investigaciones que se centran en estudiar la eficacia del mindfulness a través de pruebas neurológicas, concluyen que, un posible mecanismo por el que este produce mejoras cognitivas en la tercera edad, está relacionado con la reducción de la amplitud y la latencia en las ondas N2 y P3, hecho que no ocurre con el entrenamiento cognitivo (Isbel et al., 2020; Isbel et al., 2019; Malinowski et al., 2015; Smart et al., 2016). Estos efectos se relacionan con una mayor eficacia en la

Efecto de las intervenciones basadas en Mindfulness en el funcionamiento cognitivo de adultos mayores: Revisión sistemática

asignación de recursos de atención y con una mayor velocidad de los procesos neurales, necesitando menos medios para satisfacer las mismas tareas y desplegando más rápido los recursos necesarios para la realización de las mismas. Estas mismas conclusiones se han encontrado en estudios anteriores (Slagter et al., 2007). Sería interesante seguir realizando más investigaciones en esta línea, con el objetivo de aportar mayor calidad sobre si la práctica de mindfulness mejora las funciones cognitivas y a través de qué mecanismos lo hace.

Otra posible vía por la que el mindfulness puede mejorar la capacidad atencional en personas mayores se relaciona con el aumento de la conectividad en la RND en reposo tras la intervención en atención plena (Wells, Yeh et al., 2013), la cual se encuentra disminuida en la EA (Vergara & Behrens, 2013). El hecho de que el mindfulness mejore la conectividad en la RND podría explicar la mejora de la atención en personas mayores con deterioro. Aunque se necesitaría más investigación en esta población para demostrar este posible mecanismo, ya que los resultados encontrados son ambiguos (Wells, Yeh et al., 2013).

Las variables cognitivas donde se encuentran mayores mejoras tras la intervención en mindfulness son la capacidad atencional, la cual mejora en el 71% de los estudios en los que se mide atención, y la función ejecutiva, la cual mejora en el 65% de los estudios en los que se miden funciones ejecutivas (Isbel et al., 2020; Malinowski et al., 2015; Oken et al., 2010; Smart et al., 2016). Cabe destacar que estos resultados coinciden con los de Gard et al. (2014), que, tras revisar los efectos de la meditación sobre el deterioro cognitivo, concluye que la mejora más significativa se manifiesta en la atención. Igualmente, se encuentran resultados positivos en la función ejecutiva en estudios anteriores (Newberg et al., 2010). Al contrario ocurre en la memoria, siendo esta una de las variables cognitivas donde encuentran resultados más controvertidos, ya que solo en un 58% de las investigaciones en las que se incluye esta variable se obtienen mejoras, frente a un 42% donde no se obtienen diferencias significativas (Larouche et al., 2019; Polsinelli et al., 2020; Wahbeh et al., 2016), aunque esto podría deberse a que cada trabajo se centra en investigar un tipo de memoria diferente.

Por tanto, se hace necesaria más investigación que incluya esta variable para determinar la eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness en el manteni-

mantenimiento de esta función cognitiva, sobre todo teniendo en cuenta que la pérdida de memoria es uno de los primeros síntomas que se dan en la EA (Atri, 2019).

Este trabajo de revisión cuenta con una serie de limitaciones, por lo que los resultados obtenidos deben ser interpretados con cautela. En relación al riesgo de sesgo en los estudios individuales, existen determinados factores que pueden afectar a la validez y a la fiabilidad de los resultados. En primer lugar, hay que tener en cuenta el reducido tamaño muestral que tienen algunos estudios. En segundo lugar, en el 16% de los artículos de la muestra de estudio no existe grupo control, lo que hace difícil garantizar que los cambios sean atribuidos a la intervención. Por último, destacar que la muestra de varios estudios estaba formada por personas que presentaban estrés, ansiedad o depresión (Lenze et al., 2014; O'Connor et al., 2013 & Oken et al., 2010) y que, en esta revisión no se han tenido en cuenta estas variables. Esto implica que, en el caso de esos estudios, no se sabe si realmente la intervención en mindfulness produce mejoras cognitivas de forma directa o de forma indirecta tras mejorar estas variables psicológicas.

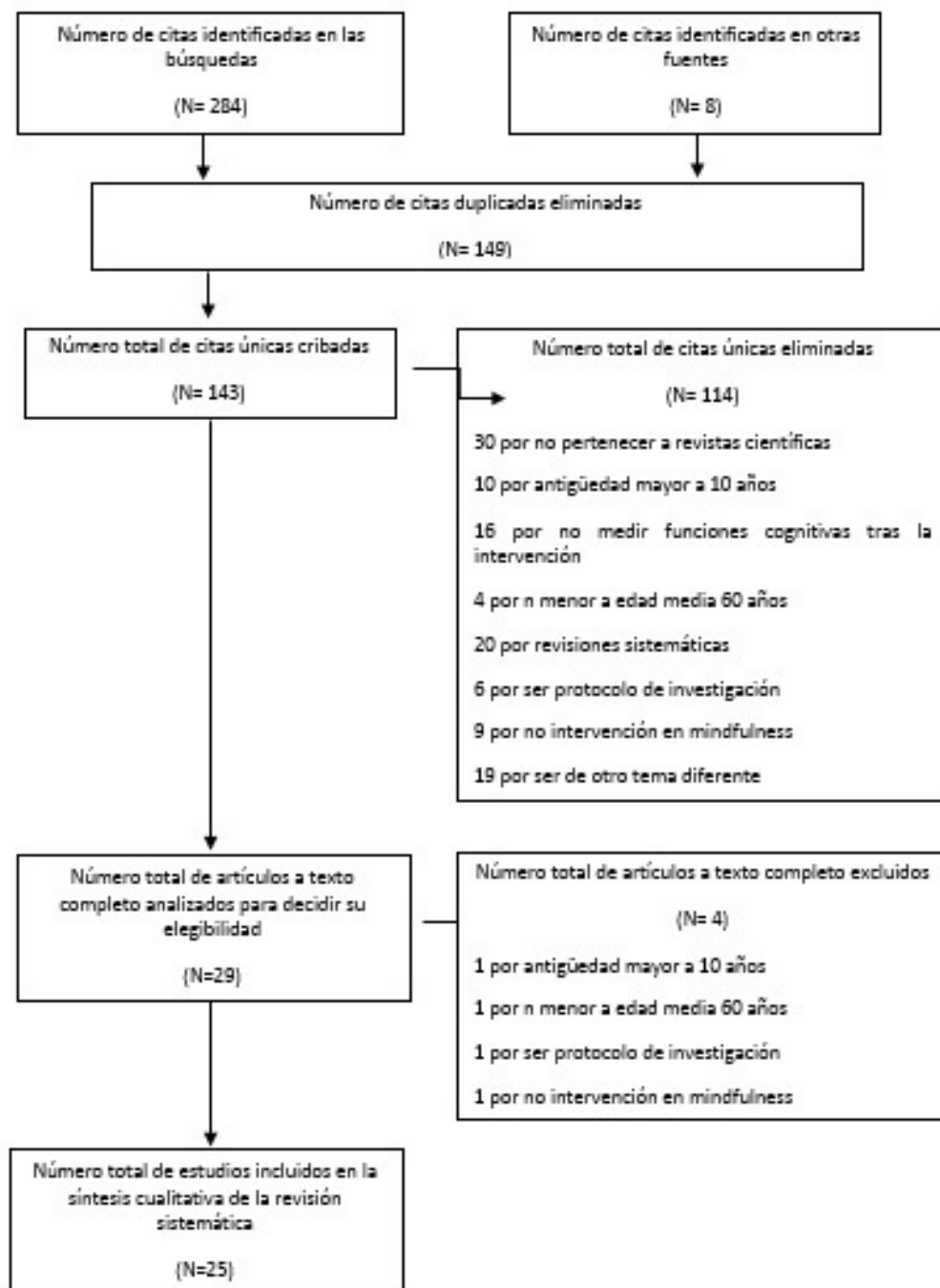
Es necesaria más investigación en este campo tan reciente de la psicología, con estudios que contemplen una mayor muestra, que incorporen grupos de control, que tengan en cuenta otras variables psicológicas que pueden afectar al deterioro cognitivo y que incorporen seguimientos para comprobar los efectos a largo plazo. Todo ello, con el objetivo de obtener conclusiones más firmes acerca de la eficacia de la atención plena como intervención no farmacológica para mejorar las funciones cognitivas en adultos mayores sanos y con envejecimiento patológico y, en última instancia, mejorar su calidad de vida. Por último, debido a la gran diversidad de metodologías y programas basados en mindfulness, sería conveniente investigar qué metodología de intervención en mindfulness puede ser más eficaz y reportar mayores beneficios a esta población.

Márquez Carreño, Delgado Ríos

Anexo

Figura 1.

Diagrama de flujo

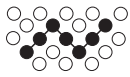


Efecto de las intervenciones basadas en Mindfulness en el funcionamiento cognitivo de adultos mayores: Revisión sistemática

Tabla 1.

Características de los estudios revisados

Publicación	País	Tipo de estudio y Diseño.	Muestra	Tipo de intervención	Variables e instrumentos de medida
Marciak et al. (2020).	República Checa	Longitudinal. Estudio piloto: ECA	N= 20 Adultos mayores con DCL M= 73.83 años (Gi) M= 74.25 años (Gc)	MBSR: Gi 8 sesiones: 2.5 horas semanales + 30-50 min/díarios en casa y día de retiro en silencio (6 horas). EC: Gc Sesiones: Igual que MBSR sin día de retiro.	Memoria: Prueba de Aprendizaje Verbal de Philadelphia Funciones ejecutivas: Stroop Task y COWAT-FAS 4 pruebas computarizadas de Cogstate: The Cogstate Identification Test (Atención), The Cogstate Detection Test (Velocidad psicomotora), The Cogstate One Card Learning Test (Aprendizaje visual) y The Cogstate One Back Test (Memoria de trabajo).
Wetherell et al. (2020).	EEUU	Longitudinal. Estudio piloto: diseño cuasi-experimental.	N= 29 Adultos mayores sanos M= 71.81 años (Gi)	MBSR y ejercicio: Gi 8 sesiones: 2.5 horas semanales. Clases mensuales hasta 18 meses.	Memoria: Lista de palabras; Recuerdo de párrafos inmediatos y diferidos; Secuencia de imágenes Funciones ejecutivas: Dimensional Change Card Sort, List Sorting Working Memory Test, The Eriksen Flanker Task, Consonant-Vowel Odd-Even, SART y Stroop Task
Isbel et al. (2020).	-----	Longitudinal. ECA a simple ciego	N= 75 Adultos mayores sanos M= 71 años (Gi) M= 70 años (Gc)	MT: Gi 8 semanas + 20 min/día en semana 1 y 45 min/día en semana 8 en casa. CT: Gc Sesiones: igual a MT.	Atención y control inhibitorio: SART EEG mientras realizan SART
Polsinelli et al. (2020).	EEUU	Longitudinal. ECA a simple ciego	N= 50 Adultos mayores sanos M= 74.8 años (Gi) M= 76.8 años (Gc)	FAM: Gi. 6 semanas: 22 minutos díarios. Entrenamiento Mental: Gc Sesiones: igual a FAM.	Memoria: The Keep Track Task y The Multifactorial Memory Questionnaire Función ejecutiva: The Simon Task Atención: The Attentional Blink Paradigm y The Attention-Related Cognitive Errors Scale



Márquez Carreño, Delgado Ríos

Isbel et al. (2019).	-----	Longitudinal. ECA	N=79 Adultos mayores sanos M= 71.6 años (Gi) M= 69.5 años (Gc)	MT: Gi 8 semanas + 20 min/día en semana 1 y 45 min/día en semana 8 en casa. CT: Gc Sesiones: igual a MT.	Auditory oddball task EEG mientras realizan Auditory oddball task.
Larouche et al. (2019).	----	Longitudinal. ECA a simple ciego	N=41 Adultos mayores con DCL M= 71.4 años (Gi) M= 70.5 años (Gc)	MT: Gi 8 sesiones: 2.5 horas semanales + 6 días en semana en casa. Entrenamiento en Psicoeducación: Gc Sesiones: Igual que MT sin práctica casa.	Memoria episódica verbal: Lista de palabras Memoria de trabajo verbal: The computerized spatial working memory Memoria de trabajo verbal. N-back test Memoria semántica Category fluency of animals and fruits/vegetables Función ejecutiva Task Switching Test Velocidad de procesamiento TMT-A y Digit Symbol Substitution Task
Wong et al. (2017).	Australia	Longitudinal. Ensayo clínico de métodos mixtos.	N=13 Adultos mayores con DCL. M= 76.5 años (Gi)	MT: Gi 8 sesiones: 1.5 horas semanales + práctica casa.	Evaluación Cognitiva de Montreal: Dominio visoespacial, denominación, memoria, atención, lenguaje, abstracción, memoria, orientación en el tiempo.
Smart & Segalowitz (2017).	Canadá	Longitudinal. ECA a simple ciego.	N=32 Adultos mayores sanos y con DCL. M= 70 años (grupo adultos mayores sanos) M= 69.70 años (grupo DCL)	MBSR: Gi 8 semanas de entrenamiento + práctica diaria casa. Psicoeducación envejecimiento cognitivo: Gc Sesiones: 5 semanas.	Potenciales evocados para obtener dos índices: ERN y PE mientras se realizaba la tarea de Eriksen
Banducci et al. (2017).	EEUU	Longitudinal. ECA.	N=179 Adultos mayores sanos M= 69.46 años	Experiencia Activa: Gi 2 sesiones de 75 minutos a la semana durante 4 semanas. Programa de Control Activo: Gc Sesiones: Igual a EA.	Memoria episódica The Logical Memory task Memoria de trabajo espacial The computerized spatial working memory Memoria de trabajo verbal. N-back test Memoria semántica Category fluency of animals and fruits/vegetables Función ejecutiva Task Switching Test Velocidad de procesamiento TMT-A y Digit Symbol Substitution Task
Wahbeh et al. (2016).	EEUU	Longitudinal.	N=16 Adultos mayores sanos	IMMT: Gi 6 sesiones. 1 hora semanal + 30 min/día en casa.	Función ejecutiva The Eriksen Flanker Task y Verbal Fluency Letter Atención

Efecto de las intervenciones basadas en Minfulness en el funcionamiento cognitivo de adultos mayores: Revisión sistemática

Smart et al. (2016).	Canadá	Longitudinal. Estudio ECA a simple ciego.	Estudio piloto: M=76.9 años (Gi) M= 75.5 años (Gc) N= 34 Adultos mayores M= 70 años (Adultos mayores sanos) M=69.60 años (Adultos mayores con Deterioro Cognitivo Subjetivo)	Programa de educación sobre salud bienestar basado en internet: Gc Sesiones: igual que IMMI. MBSR: Gi 8 sesiones: 2 horas semanales + práctica en casa. Programa de Memoria y Envejecimiento: Gc 5 sesiones: 2 horas semanales	The Eriksen Flanker Task Memoria de trabajo verbal Letter-number sequencing, RAVLT Tiempo de reacción Simple Reaction Time Test Atención y función ejecutiva: Tarea Go/NoGo EEG RM
Fotuhi et al. (2016).	EEUU	Longitudinal. Diseño cuasi-experimental.	N= 127 Adultos mayores con deterioro cognitivo leve. M= 70.69 años (Gi)	Programa de Entrenamiento Cerebral: Gi 12 sesiones: 2 horas semanales entrenamiento en habilidades cognitivas, 2 horas terapia de neurofeedback y 1 hora entrenamiento en meditación, reducción del estrés, mejora del sueño...	Atención y Función Ejecutiva: TMT-A y B, D-KEFS, Stroop Task y Verbal Fluency Test Memoria verbal: Hopkins Verbal Learning Test Memoria visuoespacial: Brief Visuospatial Memory Test-Revised Velocidad de procesamiento cognitivo: TMT-A RM del tamaño del hipocampo.
Quintana-Hernández et al. (2016)	España	Longitudinal. ECA a doble ciego.	N= 141 Adultos mayores con EA en fase leve, moderada o severa M= No se especifica	MBAS: Gi1 EC: Gi2 RMP: Gi3 Gc 3 sesiones semanales (2 años): 90 minutos. MBAS 10 min/día en casa.	Áreas cognitivas incluidas en el CAMDEX-R (CAMCOG): Orientación, lenguaje, memoria, atención-concentración, praxis, cálculo, función ejecutiva, pensamiento abstracto, percepción visual y MMSE.
Malinowski et al. (2015).	Reino Unido	Longitudinal. ECA.	N=44 análisis de comportamiento y N=36 análisis de EEG. Adultos mayores M= 64.5 años	MT: Gi 4 sesiones: 1.5 horas cada dos semanas + 10 min/día en casa (8 semanas) Entrenamiento cerebral (EC): Gc Sesiones: Igual que MT. 3 sesiones semanales (2 años): 90 minutos. MBAS 10 min/día en casa.	Función ejecutiva y procesamiento emocional: ecStroop Task EEG mientras realizan ecStroop Task
Mallya & Fiocco (2015).	Canadá	Longitudinal. Diseño de dos grupos aleatorizados	N=97 Adultos mayores sanos M= 68.84 años (Gi) M= 69.68 años (Gc)	MBSR: Gi 8 sesiones: 2.5 horas semanales + 15 min/día en casa. Grupo de lectura y relajación: Gc	Función cognitiva global: MMSE Función ejecutiva: TMT-A y B y COWAT

Márquez Carreño, Delgado Ríos

Quintana-Hernández et al. (2015).	España	Longitudinal. Estudio piloto: ECA a doble ciego.	N= 21 Adultos mayores con EA avanzada. M= 84.11 años	8 sesiones: 2.5 horas semanales + 30 min/día en casa. MBAS: Gi1 EC: Gi2 RMP: Gi3 Gc	Áreas cognitivas incluidas en el CAMDEX-R (CAMCOG) y MMSE
Paller et al. (2014).	EEUU	Longitudinal. Diseño cuasi-experi-mental.	N= 37 Adultos mayores con síntomas cognitivos leves y sus cuidadores M= 72 años (adultos mayores) M= 62.5 años (cuidadores)	3 sesiones semanales (2 años): 90 minutos. MBAS 10 min/día en casa. MBSR: Gi 8 sesiones: 1.5 horas semanales + 30-60 min/día en casa.	Atención y función ejecutiva: TMT-A y B y RBANS.
Quintana-Hernández & Quintana-Montesdeoca (2014).	España	Longitudinal. ECA a doble ciego.	N= 141 Adultos mayores con EA M= 80.11 años (Grupo EA leve-moderada) M= 84.11 años (Grupo EA avanzada)	3 sesiones semanales (2 años): 90 minutos. MBAS 10 min/día en casa. MBAS: Gi1 EC: Gi2 RMP: Gi3 Gc	Áreas cognitivas incluidas en el CAMDEX-R (CAMCOG) y MMSE
Lenze et al. (2014).	EEUU	Longitudinal. Diseño cuasi-experi-mental.	N= 34. Adultos mayores con disfunción cognitiva y ansiedad significativa. M= 70.9 años (Gi1) M= 70.7 años (Gi2)	8 sesiones: 2.5 horas semanales + práctica diaria en casa y 'día de retiro de atención'. MBSR: Gi2 12 sesiones: igual que Gi1.	Memoria: Memoria verbal con Pruebas de lista inmediata y diferida y recuerdo de párrafos de RBANS. Función ejecutiva: Verbal Fluency Test de D-KEFS, Interferencia de palabras de color de RBANS y prueba de amplitud de dígitos de D-KEFS
Quintana-Hernández et al. (2014).	España	Longitudinal. ECA a doble ciego.	N= 120 Adultos mayores con EA en fase leve o moderada M= 80.11 años	3 sesiones semanales (2 años): 90 minutos. MBAS 10 min/día en casa. MBAS: Gi1 EC: Gi2 RMP: Gi3 Gc	Áreas cognitivas incluidas en el CAMDEX-R (CAMCOG) y MMSE

Efecto de las intervenciones basadas en Mindfulness en el funcionamiento cognitivo de adultos mayores: Revisión sistemática

Wells, Yeh et al. (2013).	EEUU	Longitudinal. Estudio piloto: ECA.	N=13 Adultos mayores con DCL M= 73 años (Gi) M= 75 años (Gc)	MBSR: Gi 8 sesiones: 2 horas semanales + 30 min/día en casa y 1 día de retiro de atención. Atención habitual: Gc	RMF al inicio de la intervención y tras ocho semanas. Análisis volumétrico de RM
Moynihan et al. (2013).	EEUU	Longitudinal. ECA.	N=208 Adultos mayores sanos. M= 73.3 años (Gi) M= 73.6 años (Gc)	MBSR: Gi 8 sesiones: 2 horas semanales y 7 horas de sesión 'intensiva de todo el día'. Grupo en lista de espera: Gc	Función ejecutiva: TMT-A y B (Proporción de tiempo de terminación de la parte B sobre la parte A)
Wells, Kerr et al. (2013).	EEUU	Longitudinal. Estudio piloto: ECA.	N=13 Adultos mayores con DCL M= 73 años (Gi) M= 75 años (Gc)	MBSR: Gi 8 sesiones: 2 horas semanales + 30 min/día en casa y 1 día de retiro de atención Atención habitual: Gc	ADAS-Cog, RAVLT, TMT-A y B, COWAT, Animal Naming y Boston Naming
O'Connor et al. (2013).	Dinamarca.	Longitudinal. Estudio piloto.	N= 36 Adultos cognitivamente sanos y angustiados M= 77.7 años (Gi) M= 77.4 años (Gc)	MBCT: Gi 8 sesiones: 2 horas semanales + 40 min/día en casa. 2 sesiones de seguimiento (3 y 6 meses). Grupo en lista de espera: Gc	Memoria de trabajo: Letter-number sequencing de la Escala de Inteligencia WAIS-III.
Oken et al. (2010).	EEUU	Longitudinal. Estudio piloto: ECA.	N= 31 Adultos cognitivamente sanos y con alto nivel de estrés. M= 62.5 años (Gi) M= 67.09 años (Gc) M= 63.80 años (Gc)	MBCT: Gi 7 semanas: 1.5 horas semanales + práctica diaria en casa. Programa de educación basado en Powerful Tools for Caregivers: Gc Igual que Gi sin práctica en casa. Grupo de descanso: No intervención. 7 semanas: 3 horas de descanso semanales.	Memoria: Lista de aprendizaje de 10 palabras de la ADAS-Cog. Función ejecutiva: Stroop Task Atención: ANT

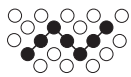
Notas: ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado. M= Media; Gi: Grupo de intervención, Gc: Grupo control, EC= Entrenamiento cognitivo; COWAT-FAS: Prueba de Asociación Oral de Palabra Controlada, SART: Sustained Attention to Response Test; MT: Entrenamiento en Mindfulness; CT: Entrenamiento de la atención basado en ordenador; EEG: Electroencefalograma; FAM: Focused Attention Mindfulness; ERN: Negatividad relacionada con el error; PE: Positividad del error; TMT: Trail Making Test; IMMI: Intervención en meditación mindfulness a través de Internet; RAVLT: Rey Auditory-Verbal Learning Test; RM: Resonancia Magnética; D-KEFS: Delis-Kaplan Executive Function System; ecStroop: emotional-counting Stroop task; MMSE: Mini Mental State Examination, MBAS: Mindfulness Based Alzheimer' Estimulation; EC= Entrenamiento Cognitivo; RMP: Relajación Muscular Progresiva; RBANS: Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status; RMF: Resonancia Magnética Funcional; ADAS-cog: Alzheimer disease assessment scale-cognitive; ANT: Attentional Network Test.



Márquez Carreño, Delgado Ríos

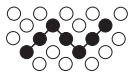
REFERENCIAS

1. Atri, A. (2019). The Alzheimer's Disease Clinical Spectrum: Diagnosis and Management. The Medical clinics of North America, 103(2), 263–293. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.10.009>.
2. Banducci, S. E., Daugherty, A. M., Biggan, J. R., Cooke, G. E., Voss, M., Noice, T., Noice, H. & Kramer, A. F. (2017). Active experiencing training improves episodic memory recall in older adults. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 9, 1–12. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2017.00133>
3. Bárrios, H., Narciso, S., Guerreiro, M., Maroco, J., Logsdon, R. & De Mendonça, A. (2013). Quality of life in patients with mild cognitive impairment. *Aging and Mental Health*, 17(3), 287–292. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.747083>
4. Berk, L., van Boxtel, M. & van Os, J. (2017). Can mindfulness-based interventions influence cognitive functioning in older adults? A review and considerations for future research. *Aging and Mental Health*, 21(11), 1113–1120. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1247423>
5. Charles, S. & Carstensen, L. (2010). Social and Emotion. *Annual Review of Psychology*, 61, 383–409. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100448>
6. Chiesa, A., Calati, R. & Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 449–464. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.003>
7. Cordero, P. R. & Yubero, R. (2016). Tratamiento no farmacológico del deterioro cognitivo. *Revista Española de Geriatriá y Gerontología*, 51, 12–21.
8. De la Peña, C., Parra, N., Fernández, J. & Bernabéu, E. (2017). Diferencias neuropsicológicas entre subtipos de deterioro cognitivo leve. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 18(4), 4–14
9. Donkers, F. C. & van Boxtel, G. J. M. (2004). The N2 in go/no-go tasks reflects conflict monitoring not response inhibition. *Brain and Cognition*, 56(2), 165–176. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2004.04.005>.
10. Eriksen, B.A. & Eriksen, C.W. (1974). Effects of noise letters in the identification of target letters in a nonsearch task. *Perception and Psychophysics*, 16, 143–149. <https://doi.org/10.3758/BF03203267>
11. Fotuhi, M., Lubinski, B., Trullinger, M., Hausterman, N., Riloff, T., Hadadi, M. & Raji, C. A. (2016). A Personalized 12-week “Brain Fitness Program” for Improving Cognitive Function and Increasing the Volume of Hippocampus in Elderly with Mild Cognitive Impairment. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 3(3), 133–137. <https://doi.org/10.14283/jpad.2016.92>
12. Gaeta, H., Friedman, D. & Hunt, G. (2003). Stimulus characteristics and task category dissociate the anterior and posterior aspects of the novelty P3. *Psychophysiology*, 40(2), 198–208. <https://doi.org/10.1111/1469-8986.00022>
13. Gard, T., Hölzel, B. K. & Lazar, S. W. (2014). The potential effects of meditation on age-related cognitive decline: a systematic review.
14. Garre-Olmo, J. (2018). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Rev Neurol*, 66(11), 77–386. <https://doi.org/10.33588/rn.6611.2017519>
15. González de Dios, J., Buñuel, J. & Aparicio, M. (2011). Listas guía de comprobación de revisiones sistemáticas y metaanálisis: declaración PRISMA. *Evidencias En Pediatría*, 7, 97.
16. Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., Berger, Z., Sleicher, D., Maron, D. D., Shihab, H. M., Ranasinghe, P. D., Linn, S., Saha, S., Bass, E. B. & Haythornthwaite, J. A. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 174(3), 357–368. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.13018>
17. Isbel, B., Lagopoulos, J., Hermens, D., Stefanidis, K. & Summers, M. J. (2020). Mindfulness Improves Attention Resource Allocation During Response Inhibition in Older Adults. *Mindfulness*, 1–11. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01364-z>
18. Joo, H., George, M. G., Fang, J. & Wang, G. (2014). A literature review of indirect costs associated with stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23(7), 1753–1763. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.02.017>
19. Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Nueva York, NY: Delta Trade Paperbacks
20. Kabat-Zinn, J. (2003a). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg016>
21. Kabat-Zinn, J. (2003b). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2), 73.
22. Langa, K. M. & Levine, D. A. (2014). The diagnosis and management of mild cognitive impairment: A clinical review. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 312(23), 2551–2561. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.13806>
23. Larouche, E., Hudon, C. & Goulet, S. (2019). Mindfulness mechanisms and psychological effects for aMCI patients: A comparison with psychoeducation. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 34, 93–104. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.11.008>
24. Lenze, E. J., Hickman, S., Hershey, T., Wendleton, L., Ly, K., Dixon, D., Doré, P. & Wetherell, J. L. (2014). Mindfulness-based stress reduction for older adults with worry symptoms and co-occurring cognitive dysfunction. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(10), 991–1000. <https://doi.org/10.1002/gps.4086>
25. Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W. & Fischer, J. S. (2004). Neuropsychological assessment. Oxford University Press



Efecto de las intervenciones basadas en Minfulness en el funcionamiento cognitivo de adultos mayores: Revisión sistemática

26. Li, S. & Bressington, D. (2019). The effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, and stress in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International journal of mental health nursing*, 28(3), 635-656. <https://doi.org/10.1111/inm.12568>
27. López-Pousa, S. (2003). Adaptación Española de la Prueba de exploración Cambridge revisada para la valoración de los trastornos mentales en la vejez de Roth et al. TEA
28. Losada, A., Márquez, M., Vara-García, C., Gallego, L., Romero, R. & Olazarán, J. (2017). Impacto psicológico de las demencias en las familias: propuesta de un modelo integrador. *Clínica Contemporánea*, 8(1), E4, 1-27. <https://doi.org/10.5093/cc2017a4>
29. Mallya, S. & Fiocco, A. J. (2015). Effects of Mindfulness Training on Cognition and Well-Being in Healthy Older Adults. *Mindfulness*, 7(2), 453-465. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0468-6>
30. Malinowski, P., Moore, A. W., Mead, B. R. & Gruber, T. (2015). Mindful Aging: The Effects of Regular Brief Mindfulness Practice on Electrophysiological Markers of Cognitive and Affective Processing in Older Adults. *Mindfulness*, 8(1), 78-94. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0482-8>
31. Marciniak, R., Sheardova, K., Čermáková, P., Hudeček, D., Šumec, R. & Hort, J. (2014). Effect of meditation on cognitive functions in context of aging and neurodegenerative diseases. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 8, 17. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00017>
32. Marciniak, R., Šumec, R., Vyhánek, M., Bendíčková, K., Lázníčková, P., Forte, G., Jeleník, A., Římalová, V., Frič, J., Hort, J. & Sheardová, K. (2020). The effect of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on depression, cognition, and immunity in mild cognitive impairment: A pilot feasibility study. *Clinical Interventions in Aging*, 15, 1365-1381. <https://doi.org/10.2147/CIA.S249196>
33. Martínez, T., González, C., Castellón, G., & González, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?. *Revista Finlay*, 8(1), 59-65.
34. Moynihan, J. A., Chapman, B. P., Klorman, R., Krasner, M. S., Duberstein, P. R., Brown, K. W. & Talbot, N. L. (2013). Mindfulness-Based Stress Reduction for Older Adults: Effects on Executive Function, Frontal Alpha Asymmetry and Immune Function. *Neuropsychobiology*, 68(1), 34-43. <https://doi.org/10.1159/000350949>
35. Newberg, A. B., Wintering, N., Khalsa, D. S., Roggenkamp, H. & Waldman, M. R. (2010). Meditation effects on cognitive function and cerebral blood flow in subjects with memory loss: a preliminary study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 20(2), 517-526. <https://doi.org/10.3233/JAD-2010-1391>
36. O'Connor, M., Piet, J. & Hougaard, E. (2013). The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depressive Symptoms in Elderly Bereaved People with Loss-Related Distress: A Controlled Pilot Study. *Mindfulness*, 5(4), 400-409. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0194-x>
37. Oken, B. S., Fonareva, I., Haas, M., Wahbeh, H., Lane, J. B., Zajdel, D. & Amen, A. (2010). Pilot controlled trial of mindfulness meditation and education for dementia caregivers. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(10), 1031-1038. <https://doi.org/10.1089/acm.2009.0733>
38. Paller, K. A., Creery, J. D., Florczak, S. M., Weintraub, S., Mesulam, M. M., Reber, P. J., Kiragu, J., Rooks, J., Safran, A., Morhardt, D., O'Hara, M., Gigler, K. L., Molony, J. M. & Maslar, M. (2015). Benefits of mindfulness training for patients with progressive cognitive decline and their caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 30(3), 257-267. <https://doi.org/10.1177/1533317514545377>
39. Perret, E. (1974). The left frontal lobe of man and the suppression of habitual responses in verbal categorical behaviour. *Neuropsychologia*, 12(3), 323-330. [https://doi.org/10.1016/0028-3932\(74\)90047-5](https://doi.org/10.1016/0028-3932(74)90047-5)
40. Peterson, R.C. (2011). Mild cognitive impairment. *The New England Journal of Medicine*, 364, 2227-2234. <https://doi.org/10.1056/NEJMc0910237>
41. Polsinelli, A. J., Kaszniak, A. W., Glisky, E. L. & Ashish, D. (2020). Effects of a Brief, Online, Focused Attention Mindfulness Training on Cognition in Older Adults: a Randomized Controlled Trial. *Mindfulness*, 11(5), 1182-1193. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01329-2>
42. Quintana-Hernández, D. J., Miró, M. T., Ibáñez, I., del Pino, A. S., García, J. & Rojas, J. (2014). Efectos de un programa de intervención neuropsicológica basado en mindfulness sobre la enfermedad de Alzheimer: Ensayo clínico aleatorizado a doble ciego. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 49(4), 165-172. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.03.002>
43. Quintana-Hernández, D. J., Miró, Ibáñez, I., del Pino, A. S., Quintana-Montesdeoca, M. P., Rodríguez-de Vera, B., Morales-Casanova, D., Pérez-Vieitez, M. C., Rodríguez-García, J. & Bravo-Caraduje, N (2016). Mindfulness in the Maintenance of Cognitive Capacities in Alzheimer's Disease: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 50, 217-232. <https://doi.org/10.3233/JAD-143009>
44. Quintana-Hernández, D. J. & Quintana-Montesdeoca, M. P. (2014). La eficacia de la estimulación para el Alzheimer basada en Mindfulness (MBAS) en la progresión del deterioro cognitivo: un ensayo clínico aleatorizado a doble ciego. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 101. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v4i2.70>
45. Salthouse, T. A. (2009). When does age-related cognitive decline begin? *Neurobiology of Aging*, 30(4), 507-514. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2008.09.023>
46. Santorelli, S. F., Kabat-Zinn, J., Blacker, M., Meleo-Meyer, F. & Koerbel, L. (2017). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) authorized curriculum guide. Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society (CFM). University of Massachusetts Medical School.
47. Segal, Z. V., Teasdale, J. D. & Williams, J. M. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Rationale and Empirical Status. En S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (p. 45-65). Guilford Press.
48. Slagter, H. A., Lutz, A., Greischar, L. L., Francis, A. D., Nieuwenhuis, S., Davis, J. M. & Davidson, R. J. (2007). Mental training affects distribution of limited brain resources. *PLoS Biol*, 5(6), 1228-1235. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.0050138>
49. Smart, C. M., Segalowitz, S. J., Mulligan, B. P., Koudys, J. & Gawryluk, J. R. (2016). Mindfulness Training for Older Adults with Subjective Cognitive Decline: Results from a Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 52(2), 757-774. <https://doi.org/10.3233/JAD-150992>



Márquez Carreño, Delgado Ríos

45. Smart, C. M. & Segalowitz, S. J. (2017). Respond, don't react: The influence of mindfulness training on performance monitoring in older adults. *Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience*, 17(6), 1151–1163. <https://doi.org/10.3758/s13415-017-0539-3>
46. Trevisan, K., Cristina-Pereira, R., Silva-Amaral, D. & Aversi-Ferreira, T. A. (2019). Theories of Aging and the Prevalence of Alzheimer's Disease. *BioMed research international*, 2019, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2019/9171424>
47. Tucker-Drob, E. M. (2011). Global and domain-specific changes in cognition throughout adulthood. *Developmental psychology*, 47(2), 331. <https://doi.org/10.1037/a0021361>
48. Varela, L. F. (2016). Health and quality of life in the elderly. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(2), 199–201. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>
49. Vergara, F. & Behrens, M. I. (2013). Red neural por defecto y enfermedad de Alzheimer. *Revista médica de Chile*, 141(3), 375–380. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000300014>
50. Wabbeh, H., Goodrich, E. & Oken, B. S. (2016). Internet mindfulness meditation for cognition and mood in older adults: a pilot study. *Alternative therapies in health and medicine*, 22(2), 44.
51. Wells, R. E., Kerr, C. E., Wolkin, J., Dossett, M., Davis, R. B., Walsh, J., Wall, R., Kong, J., Kaptchuk, T., Press, D., Phillips, R. & Yeh, G. (2013). Meditation for adults with mild cognitive impairment: a pilot randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(4), 642. <http://doi.org/10.1111/jgs.12179>
52. Wells, R. E., Yeh, G. Y., Kerr, C. E., Wolkin, J., Davis, R. B., Tan, Y., Spaeth, R., Wall, R. B., Walsh, J., Kaptchuk, T. J., Press, D., Phillips, R. S. & Kong, J. (2013). Meditation's impact on default mode network and hippocampus in mild cognitive impairment: Pilot study. *Neuroscience Letters*, 556, 15–19. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2013.10.001>
53. Wetherell, J. L., Ripberger, H. S., Voegtler, M., Ances, B. M., Balota, D., Bower, E. S., Depp, C., Eyler, L., Foster, E. R., Head, D., Hershey, T., Hickman, S., Kamantigue, N., Klein, S., Miller, J. P., Yingling, M. D., Nichols, J., Nicol, G. E., Patterson, B. W. ... Lenze, E. J. (2020). Mindfulness, Education, and Exercise for age-related cognitive decline: Study protocol, pilot study results, and description of the baseline sample. *Clinical Trials*, 17(5), 581–594. <https://doi.org/10.1177/1740774520931864>
54. Nichols, J., Nicol, G. E., Patterson, B. W. ... Lenze, E. J. (2020). Mindfulness, Education, and Exercise for age-related cognitive decline: Study protocol, pilot study results, and description of the baseline sample. *Clinical Trials*, 17(5), 581–594. <https://doi.org/10.1177/1740774520931864>
55. World Health Organization. (2016). *WORLD HEALTH STATISTICS - MONITORING HEALTH FOR THE SDGs*. World Health Organization, 1.121.
56. World Health Organization (2017). Fact sheet Dementia, World Health Organization Media center. Recuperado el 15 de Diciembre de 2020, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
57. Wong, W. P., Coles, J., Chambers, R., Wu, D. B. & Hassed, C. (2017). The Effects of Mindfulness on Older Adults with Mild Cognitive Impairment. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*, 1(1), 181–193. <https://doi.org/10.3233/adr-170031>
58. Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z. & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition*, 19(2), 597–605. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2010.03.014>

DESCUENTO
DEL 5% A

SOCIOS DE:
AEPG, AEEN
AEC y SEEGG

19ª Convocatoria

Manejo de comportamientos difíciles en la enfermedad de Alzheimer

Modalidad A Distancia

Recomendado para:

* Estudiantes y Licenciados de:

- Psicología
- Terapia Ocupacional
- Enfermería
- Medicina
- Trabajo social
- Logopedia
- Sociosanitaria
- Educación Social
- Fisioterapia

* Gerocultores / as

* Personal SAD

* Cuidadores / Familiares de
Enfermos de Alzheimer

INFORMACIÓN E INSCRIPCIÓN



654 59 95 19



info@neurama.es

Matriculación

65 € / 40 horas

Material: Manual de trabajo,
Prueba de conocimientos y
Tarjeta de tutorización

* Se entregará certificado de capacitación

Organiza



neurama
revista electrónica de
psicogerontología

Recomendado por



Asociación Española
de Psicogerontología



Asociación Española de
Enfermería en Neurociencias

Avalado por



Avalado por



ASOCIACIÓN DE
ENFERMERÍA COMUNITARIA

Recomendado por



geriatricarea



Ejercicio físico en adultos mayores: diferencias en sintomatología depresiva, desesperanza y satisfacción

María del Carmen Campos-Manteagudo ¹,
Iraida Delhom Peris* ², Encarnación Satorres ³

Resumen

Introducción: el proceso de envejecimiento conlleva cambios significativos y poder desarrollarse con la máxima independencia posible requiere mantener un envejecimiento activo. Uno de los aspectos que impactan significativamente sobre esto es el ejercicio físico, habiéndose relacionado con múltiples variables indicadoras de salud mental en adultos mayores. El objetivo del estudio es analizar y describir la relación entre la práctica de ejercicio físico y la sintomatología depresiva, la desesperanza y la satisfacción vital en este grupo poblacional.

Método: estudio de diseño transversal ex post facto de comparación de grupos independientes a partir de una muestra de 100 personas mayores sanas de más de 65 años.

Resultados: las variables correlacionan significativamente a un nivel de 0,01 y tras realizar pruebas t se encuentra que $p \leq 0,001$ en todas ellas.

Discusión: se encuentra evidencia de la relación existente entre dichas variables, cuyos datos confirman que las personas mayores que realizan ejercicio físico presentan niveles más bajos de sintomatología depresiva y desesperanza así como mayores puntuaciones en satisfacción vital en comparación con las personas mayores sedentarias.

Palabras clave: Adultos mayores, sintomatología depresiva, desesperanza, satisfacción vital, ejercicio físico.

Abstract

Introduction: the aging process entails significant changes and being able to develop with the maximum possible independence requires maintaining active aging. One of the aspects that significantly impact on this is physical exercise, having been related to multiple indicators of mental health in older adults. The objective of the study is to analyze and describe the relationship between the practice of physical exercise and depressive symptoms, hopelessness and life satisfaction in this group.

Method: ex post facto cross-sectional design study comparing independent groups from a sample of 100 healthy older people over 65 years of age. **Results:** the variables correlate significantly at a level of 0.01 and after performing t tests it is found that $p \leq 0.001$ in all of them.

Discussion: there is evidence of the relationship between these variables, whose data confirm that older people who perform physical exercise have lower levels of depressive symptoms and hopelessness as well as higher sco-

ISSUE N°1
JUNIO
2022

Recibido:
02/11/2021

Aceptado:
18/01/2022

(1) Dpto de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Valencia (Spain). Av. Blasco Ibañez 21, Valencia, 46010. E-mail: 90mccm@gmail.com

(2) Universidad Internacional de Valencia (Spain). Pintor Sorolla, 21, Valencia, 46002. E-mail: idelhom@universidadvivi.com ORCID: 0000-0003-4073-2719

(3) Dpto de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Valencia (Spain). Av. Blasco Ibañez 21, Valencia, 46010. E-mail: Encarna.Satorres@uv.es ORCID: 0000-0001-8589-8697

*Correspondencia: Iraida Delhom, Calle del Pintor Sorolla, 21, 46002, Valencia (España). Email: idelhom@universidadvivi.com.

Ejercicio físico en adultos mayores: diferencias en sintomatología depresiva, desesperanza y satisfacción

res in life satisfaction compared to sedentary older people.

Keywords: old people, depressive symptoms, hopelessness, life satisfaction, physical exercise

Introducción

El ser humano es un agente activo en su propio proceso de envejecimiento, por lo que existen distintas formas de envejecer según las interacciones que la persona desarrolla con su entorno a lo largo de la vida (Fernández-Ballesteros et al., 2013). Con el incremento de esperanza de vida producido gracias a los avances en salud (Abellán et al., 2019), se incrementan las probabilidades de que sucesos externos desencadenen alguna enfermedad, ya que el hecho de vivir más años implica una mayor exposición a los factores de riesgo para la salud (Casas y Izquierdo, 2012). Por ello, la investigación y la innovación deben diseñar y establecer pautas que promuevan líneas concretas en los retos que supone la promoción del envejecimiento activo, salvaguardando la diversidad y teniendo en cuenta las capacidades de las personas para poner en marcha programas donde el ser humano sea protagonista (Jones, 2009). El fin último del envejecimiento activo es conseguir que cada individuo desarrolle su potencial de bienestar físico, social e intelectual a lo largo de toda su vida y que pueda participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades (Mendizábal, 2018).

Por otro lado, desde un punto de vista cognitivo las personas que se mantienen activas, poseen un amplio abanico de intereses, mantienen buenas habilidades sociales y se relacionan con las personas de su entorno activamente, llegan a la vejez con una mayor sensación de bienestar psicofísico, mientras que la reducción de la vida activa, puede acelerar el proceso de envejecimiento (Biegas et al., 2016). En relación con la actividad física, los estudios muestran que cuando se lleva a cabo un estilo de vida saludable y se mantienen buenos hábitos, tales como la realización de ejercicio físico de manera regular, se favorece la longevidad de las personas (Biegas et al., 2016). El mantenimiento de una vida activa debe tenerse como prioridad en salud pública, ya que aporta beneficios cualitativos y cuantitativos a nivel de prevención, rehabilitación y tratamiento de múltiples enfermedades crónicas y degenerativas además de mejorar el proceso fisiológico

y psicológico del envejecimiento (Ramos, 2016). En este sentido, Isorna y Felpeto (2014) observaron como la actividad física adaptada a cada etapa del ciclo vital (caminatas, actividades lúdicas, de ocio, recreativas, etc.) produce efectos positivos en el bienestar físico y mental (McAuley et al., 2003).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007), la calidad de vida puede definirse como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes”. Para ello, uno de los principales factores que parece influir significativamente en el envejecimiento exitoso es el ejercicio físico (Biegas et al., 2016). En este sentido, el ejercicio físico parece figurar como un factor protector ante enfermedades físicas (Andrieieva et al., 2019; De Labra et al., 2015) y trastornos psicológicos, mostrando efectos tales como reducciones en la sintomatología depresiva y la desesperanza (Guillén et al., 2018), considerándose por tanto una variable estrechamente vinculada con la satisfacción y la salud mental (Hernández y Pascual, 2013).

En general, los beneficios del ejercicio físico parecen estar relacionados con mínimos síntomas de ansiedad y depresión, con una disminución en las recaídas en aquellas personas diagnosticadas de estas patologías y una disminución en el nivel de desesperanza que perciben (Gremeaux et al., 2012). Pero, además, ejerce su influencia sobre variables psicológicas positivas, tales como el bienestar subjetivo (Hernández y Pascual, 2013).

En este sentido, Kaya (2020) aplicó un programa de ejercicio físico en mujeres mayores de 55 años, observado que tras la realización del programa las participantes mostraron una disminución en los niveles de depresión y desesperanza (Kaya, 2020). En esta misma línea, Callow et al. (2020) aportan un estudio transversal realizado con más de mil participantes mayores estadounidenses, mostrando que, aquellos participantes que realizaron ejercicio físico, aunque fuera de intensidad leve, tenían menores puntuaciones en sintomatología depresiva que aquellos que no lo realizaban (Callow et al., 2020).

Por su parte, en una revisión de la bibliografía realizada por Smith et al. (2017), se observó que los sentimientos de satisfacción vital parecen incrementar

Campos-Manteagudo, Delhom Peris, Satorres

entre aquellos mayores que practican de manera regular ejercicio físico, coincidiendo estos resultados por los aportados por Bowen et al. (2019).

En este sentido, se considera que la práctica de ejercicio físico regular en mayores puede relacionarse con indicadores de salud mental positiva. Por ello, el propósito de este estudio, consiste en comprobar si existe relación entre la práctica de ejercicio físico y variables relevantes en adultos mayores tales como la sintomatología depresiva, la desesperanza y la satisfacción vital.

Método

Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico accidental de conveniencia con una muestra de 100 personas, de edades comprendidas entre 65 y 85 años ($M = 72,72$; $DT = 5,38$) cuya distribución por sexo fue del 67% mujeres y el 33% hombres, divididos en función de si realizaban ejercicio físico (EF) o no (SED), a partes iguales.

Se definieron los siguientes criterios de inclusión: tener 65 años cumplidos o más, no estar institucionalizado y acceder a colaborar voluntariamente en el presente estudio. Los criterios de exclusión instaurados fueron: que los adultos mayores no cumplimentasen los cuestionarios completamente o que no firmasen el consentimiento informado.

Respecto al estado civil, el 48% de la muestra era viuda, el 40% era casada, el 10% era soltera y el 2% pertenecía a la categoría otros. En cuanto al nivel de escolaridad, encontramos que el 46% poseían estudios primarios, el 39% estudios secundarios, el 8% estudios universitarios y el 7% restantes no poseían estudios.

Instrumentos

Se diseñó un protocolo de evaluación compuesto por el consentimiento informado, los datos sociodemográficos y los instrumentos que permitieron medir las variables objeto de estudio, a saber:

Centre for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D; Radloff, 1977) es una escala de autoinforme diseñada

para evaluar la sintomatología depresiva en la población general. Esta escala se encuentra validada en población mayor española por Satorres et al. (2018). Está conformada por 20 ítems, las puntuaciones van desde 0 (ninguna vez) a 3 (muchas veces) y la puntuación total puede ir desde 0 a los 60 puntos. Presenta una alta consistencia interna con puntuaciones alfa de Cronbach de .85 en población sana y de .90 para la población psiquiátrica. Correlaciona significativamente con otras escalas de medidas de depresión y estado de ánimo, pudiendo discriminar entre pacientes psiquiátricos y la población general.

Beck Hopelessness Scale (BHS; Beck et al., 1974) es una escala de autoinforme diseñada para determinar el grado de pesimismo personal y las expectativas negativas hacia el futuro inmediato y a largo plazo. La BHS está compuesta por 20 ítems de “verdadero” o “falso”. Cada ítem se puntúa 0 ó 1, el rango de puntuación total puede ir de 0 a 20. A mayor puntuación, mayor grado de pesimismo. Esta escala ha mostrado buenos indicadores de fiabilidad (Nekanda-Trepka et al., 1983). Se ha realizado un análisis factorial confirmatorio en muestra de población mayor española no clínica, obteniendo índices de ajuste para modelos de uno y dos factores según Satorres et al. (2018).

La Escala de Satisfacción con la vida (SWLS; Diener et al., 1985) es una escala diseñada para evaluar la satisfacción global con la vida, está compuesta por cinco ítems con respuesta tipo Likert de 1 (*nada de acuerdo*) a 7 puntos (*totalmente de acuerdo*). Se obtuvieron buenos resultados en cuanto a la consistencia interna con valores superiores a .80 en el alfa de Cronbach (Diener et al., 1985). Respecto a la estabilidad temporal, en la versión original, Diener et al. (1985) obtuvieron una correlación test-retest de .82 durante un periodo de dos meses.

Procedimiento

En la presente investigación los participantes fueron seleccionados cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión expuestos y la medición se realizó en un único momento temporal. Los protocolos de evaluación fueron cumplimentados en formato de lápiz y papel

Ejercicio físico en adultos mayores: diferencias en sintomatología depresiva, desesperanza y satisfacción

individualmente con el acompañamiento de los investigadores. Previo a la cumplimentación de los cuestionarios, los participantes fueron informados del objetivo de la evaluación y firmaron el consentimiento informado. La investigación se llevó a cabo cumpliendo con las normas éticas pertinentes. Las variables objeto de estudio fueron: ejercicio físico (en función de si se realizaba o no ejercicio se realizó la división de los grupos), sintomatología depresiva, desesperanza y satisfacción vital.

Se trató de determinar si la práctica de ejercicio físico (EF vs SED), tenía relación con el resto de variables mencionadas.

Análisis estadístico

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS en su versión 25 para Windows 7. Se aplicaron análisis descriptivos para estudiar las variables sociodemográficas de la muestra. Por otro lado, se realizaron correlaciones de Pearson entre aquellas variables que formaban parte del estudio (sintomatología depresiva, desesperanza y satisfacción vital) para comprobar que efectivamente tenía sentido ponerlas en relación. Finalmente, se aplicaron pruebas t de Student para grupos independientes con la intención de estudiar las posibles diferencias encontradas entre el grupo de personas que sí realizaba ejercicio físico (EF) y el grupo de personas que no realizaba ejercicio físico (SED) en las variables objeto de estudio.

Resultados

Los resultados extraídos tras el análisis correlacional con el coeficiente de Pearson quedan recogidos en la **tabla 1** (ver Anexo).

Como se puede observar en la tabla 1, todas las variables correlacionan significativamente a un nivel de 0,01. Es por ello, que tiene sentido trabajarlas conjuntamente.

Asociación entre la realización de ejercicio físico y las variables objeto de estudio.

Por lo que respecta a las diferencias entre los grupos en función de si realizan o no ejercicio físico, encontramos que en la variable sintomatología depresiva existen diferencias significativas ($T(98) = -9,75$; $p \leq 0,001$), siendo el grupo activo el que presenta valores más ba-

jos ($EF = 9,24$; $SED = 20,04$).

En cuanto a la desesperanza, existen diferencias significativas entre los grupos ($T(98) = -9,77$; $p \leq 0,001$) con puntuaciones medias más altas en esta variable para el grupo sedentarios ($EF = 3,70$; $SED = 10,90$).

En relación a la satisfacción vital, encontramos diferencias significativas entre los grupos ($T(76,19) = 7,18$; $p \leq 0,001$) a favor del grupo activo ($EF = 26,36$; $SED = 21,02$).

Para mayor claridad observar la **tabla 2** (ver Anexo) donde se recogen todos los datos expuestos anteriormente.

Discusión

Para lograr un envejecimiento exitoso es necesario ver el envejecimiento como algo positivo y para esto, se requiere disponer de más investigación dedicada a promocionar el envejecimiento activo desde distintas ópticas, especialmente en lo que se refiere a la práctica de ejercicio físico regular (Escarbajal et al., 2015; Liu et al., 2020; Reigal y Videra, 2013).

El ejercicio físico llevado a cabo regularmente y de forma adaptada a cada etapa del ciclo vital, parece ser un factor de protección no solo de enfermedades físicas, tales como la reducción de la hipertensión arterial, la prevención de la diabetes mellitus tipo 2 o la sarcopenia (De Labra et al., 2015), sino también de enfermedades mentales (Andrieieva et al., 2019; Guillén et al., 2018). En este sentido, el presente estudio tuvo como objetivo comprobar si la práctica de ejercicio físico en una muestra de adultos mayores tenía relación con variables relevantes durante el envejecimiento, tales como la sintomatología depresiva, la desesperanza y la satisfacción vital.

Los resultados obtenidos muestran como los adultos mayores que mantienen hábitos de actividad física regular presentan un menor número de síntomas relacionados con estados de ánimo depresivos, pero, además, también manifiestan una menor presencia de desesperanza.

En esta misma línea, Biegas et. al. (2016) encontraron que la longevidad se favorecía al seguir un estilo de vida saludable y realizar buenos hábitos, entre los que

Campos-Manteagudo, Delhom Peris, Satorres

se encuentra la práctica de ejercicio físico. Tal y como ha mostrado la literatura científica, estos fenómenos relacionados con el estado de ánimo negativo tienen un gran impacto en la población de adultos mayores, con importantes implicaciones a nivel de salud mental (Guerrera et al., 2020; Guillén et al., 2018; Pérez-Sousa et al., 2020), repercutiendo de manera significativa en variables relevantes en adultos mayores, tales como el riesgo de suicidio (Lloyd et al., 2012). En esta misma línea, Gremeaux et al. (2012) y Kang et al. (2020), encontraron niveles significativamente más bajos en sintomatología depresiva entre aquellas personas que realizaban ejercicio físico en comparación con aquellas personas que no practicaban ejercicio regularmente.

Por otro lado, en lo que respecta a la satisfacción vital, el grupo de personas que realizaban ejercicio físico con regularidad obtuvieron puntuaciones significativamente superiores a las del grupo que no realizaba ejercicio físico. Estos resultados se encuentran en línea con lo encontrado por estudios anteriores que muestran como una intervención en ejercicio físico mejora los niveles de satisfacción vital (Guillén et al., 2018; Nam, 2020). Otros estudios, como el desarrollado por Gutiérrez et al. (2018), González (2020) y Gellert et al. (2019), también observaron como el ejercicio físico no solo incrementa los niveles de satisfacción vital, sino que además está relacionado directamente con un envejecimiento exitoso e indirectamente con la mejora de salud. En el estudio llevado a cabo por Bae et al. (2017) también se obtuvieron resultados similares, mostrando como la práctica de ejercicio físico ligero mostraba una asociación positiva con la salud física y la satisfacción con la vida.

Observamos como los estudios previos muestran resultados similares a los obtenidos en este estudio, reforzando la idea sobre impacto que el ejercicio físico puede ejercer sobre indicadores de salud mental en adultos mayores, reforzando la idea de su necesaria promoción en esta población.

En este sentido, consideramos que los resultados obtenidos sugieren un impacto positivo del ejercicio físico en la salud psicológica de los adultos mayores, asociándose con niveles más bajos de estado de ánimo y mejores puntuaciones en satisfacción. Es por ello que futuras líneas de investigación deberían explorar

en mayor profundidad estos aspectos, por ejemplo, diseñando y aplicando programas de ejercicio físico con el fin de indagar sobre su repercusión en aspectos psicológicos relacionados con la salud mental durante el envejecimiento.

Limitaciones del estudio

El presente estudio presenta una serie de limitaciones que deben ser tenidas en cuenta. Por un lado, se trata de un estudio transversal y asociativo que no nos permite realizar inferencias predictivas de causa-efecto. En el futuro esto podría mejorarse si se realizase un estudio longitudinal con metodología experimental. Por otro lado, la muestra es únicamente de la provincia de León, lo que nos impide realizar generalizaciones, para mejorar este aspecto en futuros estudios sería preciso tomar muestra de toda España incluyendo todas las provincias y con un muestreo probabilístico.

Aún con las limitaciones indicadas, este estudio pretende poner de manifiesto que la realización de ejercicio físico regular, tiene relación y una considerable importancia en el adulto mayor por lo que respecta a la disminución de la sintomatología depresiva, la desesperanza y el incremento de la satisfacción vital, por lo que deberían considerarse tanto en el ámbito del estudio del envejecimiento con éxito, como en la práctica, aportando una mejor calidad de vida a las personas.

Conclusión

Los adultos mayores que realizan ejercicio físico moderado de manera regular muestran niveles inferiores de sintomatología depresiva y de desesperanza y mayores niveles de satisfacción vital. Esto nos lleva a concluir que la práctica regular de ejercicio físico puede ser un factor protector ante la aparición de síntomas relacionados con el estado de ánimo negativo y, por tanto, puede contribuir al bienestar.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Ejercicio físico en adultos mayores: diferencias en sintomatología depresiva, desesperanza y satisfacción

Anexo

Tabla 1. Resultados de correlaciones

	CES-D	BHS	SWLS
CES-D	-		
BHS	.621	-	
SWLS	-.483	-.484	-

Tabla 2. Resultados de pruebas *t*

Variable	Valor de <i>T</i>	gl	<i>p</i>	Grupo ejercicio físico (EF)		Grupo sedentario (SED)	
				Media	DT	Media	DT
Sintomatología depresiva	-9,75	98	$\leq 0,001$	9,24	6,14	20,04	4,86
Desesperanza	-9,77	98	$\leq 0,001$	3,70	3,63	10,90	3,72
Satisfacción vital	7,18	76,19	$\leq 0,001$	26,36	4,60	21,02	2,53



Campos-Manteagudo, Delhom Peris, Satorres

REFERENCIAS

1. Abellán, A., Aceituno, P., Pérez, J., Ramiro, D., Ayala, A. y Pujol, R. (2019). Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red, 22, 1-32. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enredindicadoresbasicos2019.pdf>
2. Andrieieva, O., Hakman, A., Kashuba, V., Vasylenko, M., Patsaliuk, K., Koshura, A. y Istyniuk, I. (2019). Effects of Physical Activity on Aging Processes in Elderly People. *Journal of Physical Education and Sport*, 19(4), 1308-1314. <https://doi.org/10.7752/jpes.2019.s4190>
3. Bae, W., Ik Suh, Y., Ryu, J. y Heo, J. (2017). Physical Activity Levels and Well-Being in Older Adults. *Psychological Reports*, 120(2), 192-205. <https://doi.org/10.1177/0033294116688892>
4. Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
5. Biegas, J., Caldera, M., Castro, F. y Ballester, S. (2016). Adulto mayor y envejecimiento activo. Caso de éxito de una iniciativa emprendedora. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 57-62. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.662>
6. Bowen, P., Mankowski, R., Harper, S. y Buford, T. (2019). Exercise is medicine as a vital sign: challenges and opportunities. *Translational Journal of the American College of Sports Medicine*, 4(1), 1-7. <https://doi.org/10.1249/TJX.0000000000000076>
7. Callow, D., Arnold-Nedimala, N., Jordan, L., Pena, G., Won, J., Woodard, J. y Smith, J. (2020). The mental health benefits of physical activity in older adults survive the COVID-19 pandemic. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1046-1057. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.024>
8. Casas, A. y Izquierdo, M. (2012). Ejercicio físico como intervención eficaz en el anciano frágil. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(1), 69-85. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000100007>
9. De Labra, C., Guimaraes-Pinheiro, C., Maseda, A., Lorenzo, T. y Millán-Calenti, J.C. (2015). Effects of physical exercise interventions in frail older adults: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC geriatrics*, 15(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0155-4>
10. Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
11. Escarbajal, A., Martínez, S. M. y Salmerón, J. A. (2015). La percepción de la calidad de vida en las mujeres mayores y su envejecimiento activo a través de actividades socioeducativas en los centros sociales. *Revista de Investigación Educativa*, 33(2), 257-262. <https://doi.org/10.6018/rie.33.2.213211>
12. Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A. y Kalache, A. (2013). Active aging: a global goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 13(1), 298012. <https://doi.org/10.1155/2013/298012>
13. Gellert, P., Wienert, J., Ziegelmann, J. P. y Kuhlmeier, A. (2019). Profiles of physical activity biographies in relation to life and aging satisfaction in older adults: longitudinal findings. *European Review of Aging and Physical Activity*, 16(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s11556-019-0221-6>
14. González, J. (2020) Psychological well-being and perceived life satisfaction, physical activity and sport and people mature adult and the elderly. *Sociología del Deporte*, 1(2), 49-59. <http://doi.org/10.46661/sociodeporte.4698>
15. Gremeaux, V., Gayda, M., Lepers, R., Sosner, P., Juneau, M. y Nigam, A. (2012). Ejercicio y longevidad. *Maturitas*, 73(4), 312-317. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.09.012>
16. Guerrero, C., Furneri, G., Grasso, M., Caruso, G., Castellano, S., Drago, F., Di Nuovo, S. y Caraci, F. (2020). Antidepressant Drugs and Physical Activity: A Possible Synergism in the Treatment of Major Depression? *Frontiers in Psychology*, 11, 857. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00857>
17. Guillén, L., Bueno, E., Gutiérrez, M. y Guerra, J. (2018). Programa de actividad física y su incidencia en la depresión y bienestar subjetivo de adultos mayores. *Retos: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 33, 14-19.
18. Gutiérrez, M., Tomás, J. y Calatayud, P. (2018). Contributions of psychosocial factors and physical activity to successful aging. *The Spanish Journal of Psychology*, 21, 1-9. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.27>
19. Hernández, M. y Pascual, A. (2013). Beneficios del ejercicio físico en población sana e impacto sobre la aparición de enfermedad. *Endocrinología y nutrición: Órgano de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición*, 60(6), 283-286. <http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2013.03.003>
20. Isorna, M. y Felpeto, M. (2014). Relación entre la práctica de la actividad física-deportiva y la mejora del bienestar físico-psicológico en personas mayores. *Lúdica Pedagógica*, 1(19), 11-26. <https://doi.org/10.17227/01214128.19ludica11.26>
21. Jones, G. (2009). Aging with cerebral palsy and other disabilities: personal reflections and recommendations. *Developmental Medicine y Child Neurology*, 51(4), 12-15. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2009.03427.x>
22. Kang, Q., Lyu, Y., Wei, Y., Shi, W., Duan, J., Zhou, J., Wang, J., Zhao, F., Qu, Y., Liu, L., Liu, Y., Cao, Z., Yu, Q. y Shi, X. (2020). Influencing factors for depressive symptoms in the elderly aged 65 years and older in 8 longevity areas in China. *Chinese Journal of Epidemiology*, 41(1), 20-24. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.01.005>



Ejercicio físico en adultos mayores: diferencias en sintomatología depresiva, desesperanza y satisfacción

23. Kaya, H. (2020). Effect of Swimming Exercise in Old Age on Hopelessness and Depression Levels. *African Educational Research Journal*, 8(2), 353-359. <https://doi.org/10.30918/AERJ.8S2.20.065>
24. Liu, I., Lee, W., Lin, S., Chang, S., Kao, C. y Cheng, Y. (2020). Therapeutic Effects of Exercise Training on Elderly Patients With Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(5), 62-769. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.01.012>
25. Lloyd, S. J., Malek-Ahmadi, M., Barclay, K., Fernandez, M. R. y Chartrand, M. S. (2012). Emotional intelligence (EI) as a predictor of depression status in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 570-573. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.06.004>
26. McAuley, E., Jerome, G. J., Elavsky, S., Marquez, D. X. y Ramsey, S. N. (2003). Predicting long-term maintenance of physical activity in older adults. *Preventive Medicine*, 37(2), 110-118. [https://doi.org/10.1016/S0091-7435\(03\)00089-6](https://doi.org/10.1016/S0091-7435(03)00089-6)
27. Mendizábal, M. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula Abierta*, 47(1), 45-54. <https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.45-54>
28. Nam, Y. H. (2020). The effect of physical activity Program of elderly in rural areas on life satisfaction. *International Journal of Current Research and Review*, 12(16), 155-163. <http://dx.doi.org/10.31782/IJCRR.2020.121622>
29. Nekanda-Trepka, C. J. S., Bishop, S. y Blackburn, I. M. (1983). Hopelessness and depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 22(1), 49-60. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1983.tb00578.x>
30. Nishiguchi, S., Yamada, M., Tanigawa, T., Sekiyama, K., Kawagoe, T., Suzuki, M., Yoshikawa, S., Abe, N., Otsuka, Y., Nakai, R., Aoyama, T. y Tsuboyama, T. (2015). A 12-week physical and cognitive exercise program can improve cognitive function and neutral efficiency in community-dwelling older adults: A randomized controlled trial. *Journal of American Geriatric Society*, 63(7), 1355-1363. <https://doi.org/10.1111/jgs.13481>
31. Organización Mundial De La Salud (9 de enero de 2007). Repercusión mundial del envejecimiento en la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>
32. Pérez-Sousa, M., Olivares, P., Gonzalez-Guerrero, J. y Gusi, N. (2020). Effects of an exercise program linked to primary care on depression in elderly: fitness as mediator of the improvement. *Quality of Life Research*, 29(5), 1239-1246. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02406-3>
33. Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
34. Ramos, S. (2016). Envejecimiento y actividad físico-deportiva (AFD). *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 1(2), 135-142. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.579>
35. Reigal, R. y Videra, A. (2013). Frequency of physical activity and self-efficacy in the elderly. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 13(49), 107-120. <https://doi.org/10.15366/rimcafd>
36. Satorres, E., Ros, L., Meléndez, J., Serrano, J., Latorre, J. y Sales, A. (2018). Measuring elderly people's quality of life through the Beck Hopelessness Scale: a study with a Spanish sample. *Aging & Mental Health*, 22(2), 239-244. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1247427>
37. Smith, G., Banting, L., Eime, R., O'Sullivan, G. y Van Uffelen, J. (2017). The association between social support and physical activity in older adults: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14, 56. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0509-8>



Comprobación de la teoría triangular del amor y la satisfacción vital: comparación de dos grupos de edad

César Bugallo Carrera ¹⁻³, Cristina Gómez Cantorna ²

Resumen

Objetivos: Comprobar la intensidad de cada uno de los componentes de la Teoría Triangular del Amor de Sternberg en adultos mayores (AM) de 55 años, analizar su relación con la satisfacción con la vida y realizar una comparación entre los resultados obtenidos en este grupo de edad con los obtenidos en un grupo de adultos jóvenes (AJ).

Metodología: se ha utilizado un diseño transversal de medida intersujeto. Se realizó un análisis descriptivo comparando los dos grupos y un análisis de correlación de Pearson para analizar la relación existente entre las variables: edad; pasión; intimidad; compromiso; y satisfacción con la vida. Se han administrado dos pruebas: la Escala Triangular del Amor de Sternberg y la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener.

Resultados: El grupo de AM ha manifestado un menor nivel de intimidad con sus parejas, un menor nivel de pasión y de compromiso, y manifestaron una menor satisfacción con sus vidas. Se ha encontrado una correlación negativa de la variable edad con la intimidad y la pasión. *Conclusiones:* los AM perciben en sus relaciones amorosas menor intimidad, pasión, compromiso, y satisfacción con la vida que los AJ.

Palabras clave: Sternberg, Amor, Edad, Satisfacción, Diener

Abstract

Objectives: To verify the intensity of each of the components of Sternberg's Triangular Theory of Love in 55-year-old older adults, to analyze their relationship with life satisfaction and to make a comparison between the results obtained in this age group with those obtained in a group of young adults.

Methodology: a cross-sectional intersubject measurement design was used. A descriptive analysis was carried out comparing the two groups

and a Pearson correlation analysis was carried out to analyze the relationship between the variables: age; passion; privacy; commitment; and satisfaction with life. Two tests have been administered: the Sternberg Triangular Love Scale and the Diener Satisfaction with Life Scale.

Results: The older adults group has shown a lower level of intimacy with their partners, a lower level of passion and commitment, and they showed less satisfaction with their lives. A negative

ISSUE N°1
JUNIO
2022

Recibido:
11/01/2022

Aceptado:
14/03/2022

(1) Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Santiago de Compostela. Contacto: César Bugallo Carrera. Facultade de Psicoloxía, Departamento de Psicoloxía Evolutiva e da Educación. Rúa Xosé María Suárez Núñez, s/n. Campus vida. 15782 Santiago de Compostela. Correo electrónico: cesar.bugallo.carrera@usc.es

(2) Departamento de Enfermería de la Universidad de Vigo.

(3) Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras demencias de Fisterra e Soneira -AFAFeS-

Comprobación de la teoría triangular del amor y la satisfacción vital: comparación de dos grupos de edad

correlation of the age variable with intimacy and passion has been found.

Conclusions: the older adults perceive less intimacy, passion, commitment, and satisfaction with life in their love relationships than the young adults.

Keywords: Sternberg, Love, Age, Satisfaction, Diener

Introducción

El interés por investigar las denominadas relaciones amorosas a lo largo de la historia ha sido escaso, a pesar de la gran relevancia que tienen en todos los aspectos de la vida, afectando a ámbitos como el psicológico, el emocional o el sociológico.

Sin embargo, la situación está cambiando, probablemente por razones muy variadas: el reconocimiento de la posibilidad de su abordaje científico, la demanda de conocimientos por parte de los profesionales de la psicología o la necesidad de su estudio para la explicación de otros fenómenos relacionados (Serrano y Carreño, 1993).

En efecto, a pesar del escaso interés por investigar las relaciones amorosas podemos decir que, actualmente, contamos con diversas teorías desarrolladas por prestigiosos investigadores sobre el origen y el desarrollo de dichas relaciones así como de sus componentes (Shaver, Hazan y Bradshaw, 1988; Lee, 1973). La más comúnmente aceptada hoy en día, por ser la más completa y la que mejor y más claramente explica las relaciones amorosas es la Teoría Triangular del Amor desarrollada por Sternberg (1986, 1987, 1998).

Sternberg plantea que en la relación amorosa existen tres componentes que en realidad expresan la estructura habitual de la mente humana (Diessner, Frost, Smith, 2004) la pasión, la decisión/compromiso, y la intimidad. Este autor explica su teoría mediante una metáfora geométrica, en la cual cada uno de estos componentes ocupa un vértice de un triángulo. El tamaño del área es proporcional a la cantidad de amor sentido por la persona, y la forma geométrica determinada por la interrelación de los diferentes elementos explicaría el peso de cada elemento en la relación, de tal modo que ambos aspectos determinarán cuánto y cómo siente una persona hacia otras (Serrano y Carreño, 1993). En una relación de pareja, pueden

surgir discrepancias entre lo que experimenta un miembro y lo que experimenta el otro, puesto que estos tres componentes van evolucionando de manera diferente a lo largo del tiempo modificando las relaciones amorosas (Sternberg, 2000).

Sternberg entiende por intimidad aquellos sentimientos dentro de una relación que promueven el acercamiento, el vínculo y la conexión como: el afecto; revelaciones mutuas; o secretos compartidos únicamente por la pareja (Mazadiego y Norberto, 2011) En cuanto a la pasión, la define como el estado de intenso deseo de unión con el otro y de expresión de deseos y necesidades, tales como: la autoestima; la entrega; la pertenencia; la sumisión y la satisfacción sexual (Pinto, 2008). Finalmente, Sternberg considera a la decisión y al compromiso como el componente que mantiene la relación amorosa a través de los períodos difíciles, dando confianza para volver a otros mejores. Este último componente consiste en dos aspectos, uno a corto plazo (la decisión de amar a una persona) y otro a largo plazo (el compromiso para mantener ese amor). Estos dos aspectos no necesariamente tienen lugar simultáneamente, aunque, tanto temporal como lógicamente, la decisión suele preceder al compromiso (Calayatud, 2011).

De esta manera para Sternberg (Sternberg, 1989) existirían 8 tipos de amor posibles de acuerdo a las combinaciones de estos factores, siendo más probable que se mantenga en el tiempo una relación basada en dos o tres elementos frente a una basada en un único elemento (tabla 1, ver en Anexo).

Según Sternberg (1989) estos son los tipos de amor existentes (tabla 1):

1. No amor: es la ausencia de intimidad, de la pasión, y de la decisión/compromiso.
2. Cariño (solo intimidad): se caracteriza por existir únicamente la intimidad como componente, la pasión y el compromiso a largo plazo no existen en este caso.
3. Encaprichamiento (solo pasión): es lo que se describe como “amor a primera vista”. Tan solo existe la parte emocional, la atracción física es lo primordial, su duración suele ser relativamente corta.
4. Amor vacío (solo compromiso): existe una unión por compromiso, pero la pasión y la intimidad han

Bugallo Carrera, Gómez Cantorna

muerto. No sienten nada uno por el otro, pero hay una sensación de respeto y reciprocidad. En los matrimonios arreglados, las relaciones suelen comenzar con un amor vacío.

5. Amor romántico (intimidad + pasión): este tipo de parejas están unidas emocionalmente y físicamente, mediante la pasión, pero no en el compromiso de estar juntos, un ejemplo sería un amor de verano o relaciones de muy corta duración.

6. Amor sociable o de compañía (intimidad + compromiso): este tipo de amor se suele dar en parejas de larga duración. La pasión ha desaparecido pero se mantiene un gran cariño y compromiso con el otro. Suele suceder con las personas con las que se comparte la vida, aunque no exista deseo sexual ni físico. Es más fuerte que el cariño pues existe el compromiso entre ambos. Se suele dar en la familia y en los amigos profundos.

7. Amor fatuo o loco (pasión + compromiso): se da en relaciones en las que el compromiso es motivado en su mayor parte por la pasión, sin la estabilidad que proporciona la intimidad. Suelen ser relaciones rápidas en las que todavía una o ambas partes no han decidido confiar el uno en el otro.

8. Amor completo (pasión + compromiso + intimidad): es la forma más completa de amor, ya que existe pasión sexual, confianza y afecto emocional y compromiso para permanecer unidos. Sin embargo, Sternberg señala que mantener un amor consumado puede ser aún más difícil que llegar a él. Destaca la importancia de traducir los componentes del amor en acciones. Como él mismo dijo: “Sin expresión, hasta el amor más grande puede morir” (Sternberg, 1987) Así, el amor consumado puede no ser permanente, por ejemplo, si la pasión se pierde con el tiempo, puede convertirse en un amor sociable.

Objetivos

Lo que se propone en esta investigación es comprobar la intensidad de cada uno de los elementos de la Teoría Triangular del Amor en sujetos mayores de 55 años y realizar una comparación con un grupo de menores de

55 años, así como analizar su relación con la edad y la satisfacción con la vida, entendida ésta como la valoración positiva que la persona hace de su vida en general, o de aspectos particulares de ésta (Diener, 1994; Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999; García, 2002).

Método

Participantes:

La muestra está formada por 67 participantes de los cuales 29 corresponden al grupo de mayores de 55 años reclutados en el cuarto ciclo universitario de la Universidad de Santiago de Compostela (USC) con edades comprendidas entre los 55 a 77 años ($M= 63,03$; $SD= 6,55$), siendo el 44,83% hombres y el 55,17% mujeres, con una relación amorosa de 12 meses como mínimo ($M= 468,44$; $SD= 65,60$). 38 corresponden al grupo de menores de 55 años reclutados en el grado de Enfermería de la USC con edades comprendidas entre 18 y 31 años ($M= 23,28$; $SD= 4,59$), siendo el 33,16% hombres y el 66,84% mujeres y, que al igual que en el otro grupo, deben mantener una relación amorosa de 12 meses como mínimo ($M= 54,13$; $SD= 37,19$).

Instrumentos:

Se aplicaron dos instrumentos:

- Escala Triangular de Sternberg (1986) (TTE). Dicha escala consta de 45 ítems, y está construida en formato tipo Likert, con un rango de 1 a 9, donde 1 corresponde a “en absoluto” y 9 a “extremadamente”. Las puntuaciones altas indican un peso elevado de los componentes intimidad, pasión, o decisión-compromiso en la relación y las puntuaciones bajas un peso bajo de dichos componentes. Cada factor se conforma por 15 ítems, para obtener la calificación se suman las puntuaciones en cada uno de ellos.
- Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985). Este instrumento es el más utilizado para medir la satisfacción con la vida (Clemente, Gandoy-Crego, Bugallo-Carrera, Reig-Botella y Gómez-Cantorna, 2020) La escala muestra una estructura unidimensional y unas adecuadas propiedades psicométricas. Este ins-

Comprobación de la teoría triangular del amor y la satisfacción vital: comparación de dos grupos de edad

trumento ha sido traducido a numerosos idiomas (Martín-Albo y Domínguez, 2010). En nuestro país ha sido traducida y validada al español en una muestra de estudiantes adolescentes (Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000) y posteriormente validada en una muestra de sujetos mayores (Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2002). En el presente trabajo se utiliza la versión adaptada al español que consta de 5 preguntas con 5 posibilidades de respuesta, desde muy en desacuerdo hasta muy de acuerdo.

Procedimiento:

Se administró una batería de pruebas que comprende: un consentimiento informado con unas instrucciones sobre el estudio; un cuestionario sociodemográfico; la Escala Triangular de Sternberg (1986); y la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985).

El diseño de investigación utilizado es un diseño transversal ya que nos permite comparar en un único momento temporal distintos grupos de edad. En un primer momento se hace un análisis descriptivo comparando los componentes del amor y la satisfacción con la vida de los dos grupos que componen este estudio en función de las puntuaciones obtenidas en los dos instrumentos administrados.

Para efectuar el análisis de los datos se realiza una correlación de Pearson, considerando como variables independientes la edad y la satisfacción, y como variables dependientes la intimidad, la pasión, y el compromiso. Para ello se utilizó el programa IBM SPSS 20.

Resultados

Para interpretar los resultados se debe tener en cuenta que la puntuación máxima en cada uno de los componentes del amor, es decir, la pasión; el compromiso; y la intimidad, es de 135 y la puntuación mínima es de 15, de modo que una puntuación de un componente cuanto más se acerque a 135 significa un mayor peso de dicho elemento en la relación amorosa, y cuanto más se acerque a 15 significa un peso menor. En cuanto a la satisfacción con la vida se debe tener en cuenta que la puntuación máxima es de 25 frente a la mínima que es de 5, de modo que una puntuación cerca-

na a 25 significa una mayor satisfacción con la vida y una puntuación más cercana a 5 una menor satisfacción. Teniendo en cuanto lo dicho, pasamos a comentar los resultados:

- El grupo de los menores de 55 años obtiene una puntuación en la intimidad ($M=123,32$; $SD=9,33$) más elevada que el grupo de mayores de 55 años ($M=105,34$; $SD=25,23$).
- El grupo de los menores de 55 años obtiene una puntuación en la pasión ($M=106,55$; $SD=16,17$) más elevada que el grupo de mayores de 55 años ($M=88,38$; $SD=29,54$).
- El grupo de los menores de 55 años obtiene una puntuación en el compromiso ($M=118,58$; $SD=13,32$) más elevada que el grupo de mayores de 55 años ($M=105,57$; $SD=26,20$).

Esta teoría permite realizar una representación de los triángulos de ambos grupos que permiten observar la cantidad de amor sentido por cada grupo así como el peso de cada uno de los componentes en la relación amorosa (figura 1, ver Anexo).

Se puede comprobar que:

- El amor sentido es superior en el grupo de los menores de 55 años puesto que el área de su triángulo es superior que el de los mayores.
- En el caso de los menores de 55 años, en su relación amorosa, tiene un mayor peso la intimidad, seguido del compromiso, y por último, la pasión, aunque la cantidad de los tres componentes es elevada.
- En el grupo de los mayores de 55 años la intimidad y el compromiso pesan prácticamente por igual, sin embargo la pasión tiene un peso inferior en la relación.
- El grupo de los menores de 55 años obtiene una puntuación en la satisfacción con la vida ($M=20,00$; $SD=2,71$) más elevada que el grupo de los mayores de 55 años ($M=18,57$; $SD=3,25$).
- Existe una relación negativa de la variable Edad con las variables Intimidad y Pasión, es decir, a mayor edad menor es la intimidad y la pasión percibida.

Bugallo Carrera, Gómez Cantorna

- Existe una relación positiva de la variable Satisfacción con la vida con las variables Intimidad, Pasión, y Compromiso, es decir, cuanto mayor es la intimidad, la pasión, y el compromiso sentido por la persona, mayor es su satisfacción con la vida.

Discusión

Los tres componentes del amor establecidos por la TTE se incrementan con la satisfacción, esto va en la misma línea que lo hallado por Serrano y Carreño (1993) y por Clemente et al. (2020).

Al igual que Serrano y Carreño (1993) se comprueba que tanto la intimidad como la pasión disminuye con la edad o al menos se modifica en sus expresiones. En cuanto al compromiso no se ha encontrado una correlación negativa con la edad. Estos resultados son parcialmente concordantes con los de Reeder (1996) que halló que los tres componentes de Sternberg se reducen significativamente con la edad. En nuestro caso esta reducción no se encuentra en el compromiso, de tal modo que el tipo de amor más predominante con los años es el amor vacío.

En cuanto a la intimidad con la edad tiende a disminuir, esto puede ser debido, como defiende Calatayud (2009), al resultado del aumento de la vinculación interpersonal entre la pareja. Es decir, como resultado de su acercamiento, los miembros de la pareja se conocen cada vez más entre sí, están más interconectados, de manera que pueden dejar de reconocer que el otro está presente. Así la relación pasa a poseer una gran cantidad de intimidad oculta, con el peligro de que las personas implicadas en ella dejen de reconocerla, es decir, que no sean conscientes de que existe esa gran intimidad, y se decepcionen con la relación.

Este estudio tiene una limitación en cuanto al diseño utilizado. Se emplea un diseño transversal en lugar de un diseño longitudinal que sería más apropiado para nuestro tipo de estudio ya que nos permitiría observar la evolución de los diferentes elementos a lo largo del tiempo (Yela, 1997). Desgraciadamente esta limitación también es muy común en las investigaciones psicosociales debido a la escasez de recursos (tanto económicos como temporales) (Diener, 1994). Asimismo, se debe tener en cuenta el posible “efecto cohorte” es decir, cabe la posibilidad de que la

causa de un cambio esté no tanto en las diferencias de edad sino en el momento del nacimiento (Veiga de Cabo y Zimmermann Verdejo, 2008).

Conclusiones

- Los tres componentes del amor establecidos por la TTA se incrementan con la satisfacción.
- En la relación amorosa de los menores de 55 años el componente con mayor peso es la intimidad, seguido del compromiso, y por último la pasión. Asimismo, manifiestan sentir una mayor intimidad, pasión, y compromiso que los mayores de 55 años de modo que el amor sentido también es superior. Sin embargo, en los mayores de 55 años los componentes con mayor peso son la intimidad y el compromiso que pesan casi lo mismo, seguidos de la pasión que es el componente con un menor peso en la relación.
- Con los años la intimidad y la pasión sentidas disminuyen, sin embargo el compromiso se mantiene estable a lo largo del tiempo.
- Cuanto mayor es la intimidad, la pasión, y el compromiso sentidos mayor es la satisfacción con la vida.



Comprobación de la teoría triangular del amor y la satisfacción vital: comparación de dos grupos de edad

Anexo

Tipos de amor según Sternberg

Tipo de amor	Intimidad	Pasión	Compromiso
No amor			
Cariño	X		
Encaprichamiento		X	
Amor vacío			X
Amor romántico	X	X	
Amor sociable	X		X
Amor fatuo		X	X
Amor consumado	X	X	X

Fuente: elaboración propia

Bugallo Carrera, Gómez Cantorna

Tabla 2

Resultados

		Intimidad	Pasión	Compromiso
Edad	Coefficiente correlación de Pearson	-,435**	-,333**	-,250*
	Significación (bilateral)	,000	,007	,045
	N	65	65	65
Satisfacción	Coefficiente correlación de Pearson	,424**	,443**	,391**
	Significación (bilateral)	,000	,000	,001
	N	66	66	66

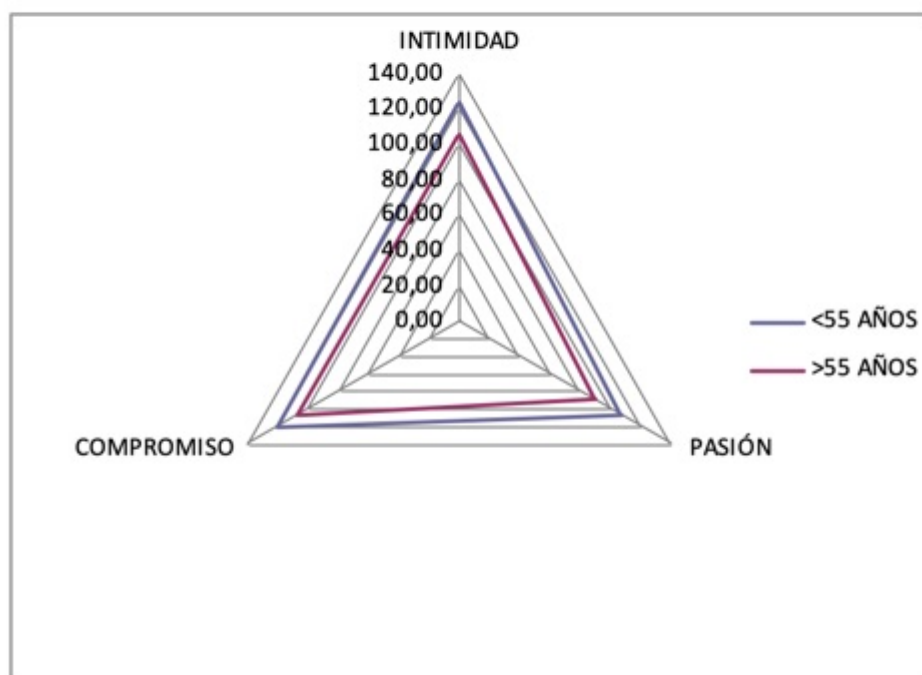
** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

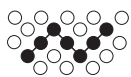
Comprobación de la teoría triangular del amor y la satisfacción vital: comparación de dos grupos de edad

Figura 1.

Estructura tridimensional relacional según Sternberg



Fuente: elaboración propia



Bugallo Carrera, Gómez Cantorna

REFERENCIAS

1. Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 314-319.
2. Calatayud Arenes, M. P. (2009). Las relaciones de amor a lo largo del ciclo vital: cambios generacionales.
3. Clemente, M., Gandoy -Crego, M., Bugallo-Carrera, C., Reig-Botella, A., & Gomez-Cantorna, C. (2020). Types of love as a function of satisfaction and age. *PsyCh journal*, 9(3), 402-413.
4. Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención psicosocial*, 3(8), 67.
5. Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
6. Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276.
7. Diessner, R., Frost, N., & Smith, T. (2004). Describing the neoclassical psyche embedded in Sternberg's triangular theory of love. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 32(7), 683-690.
8. García, C. Y. (1997). Curso temporal de los componentes básicos del amor a lo largo de la relación de pareja. *Psicothema*, 9(1), 1-15.
9. Lee, J. A. (1973). *The Colors of Love: An Exploration of the Ways of Loving*, Don Mills.
10. Martín, M. Á. G. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de psicología*, (6), 18-39.
11. Martín-Albo, J., & Domínguez, E. (2010). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en sujetos practicantes de actividad física. *Revista de psicología del deporte*, 19(2), 291-304.
12. Mazadiego, T., & Norberto, J. (2011). El amor medido por la escala triangular de Sternberg. *Psicolatina*, 22, 1-10.
13. Pinto, B. (2008). Amor y personalidad en universitarios Aymaras del departamento de La Paz. Universidad de Granada.
10. Pons, D., Atienza, F. L., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2002). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en personas de tercera edad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*.
11. Reeder, H. M. (1996). The subjective experience of love through adult life. *The International Journal of Aging and Human Development*, 43(4), 325-340.
12. Serrano, G. & Carreño, M. (1993). La teoría de Sternberg sobre el amor. Análisis empírico. *Psicothema*, 5(1), 151-167.
13. Shaver, P. R., Hazan, C., & Bradshaw, D. (2021). The integration of three behavioral systems. *Attachment Theory and Research: A Reader*, 74.
14. Sternberg, R. (1989). *El triángulo del amor*. Argentina: Paidós.
15. Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological review*, 93(2), 119.
16. Sternberg, R. J. (1987). Liking versus loving: A comparative evaluation of theories. *Psychological Bulletin*, 102(3), 331.
17. Sternberg, R. J. (1998). *Cupid's arrow: The course of love through time*. Cambridge University Press.
18. Sternberg, R. J. (2000). *La experiencia del amor: la evolución de la relación amorosa a lo largo del tiempo*. Barcelona: Paidós.
19. Veiga de Cabo, J., & Zimmermann Verdejo, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y seguridad del trabajo*, 54(210), 81-88.



Construcción de proyectos de vida a partir del retiro laboral

Valeria Portaluppi ¹

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo trabajar acerca de la construcción de proyectos de vida a partir del retiro laboral. El aumento en la expectativa de vida ha generado un escenario social sin antecedentes históricos: personas mayores que alcanzan la edad del retiro cuando todavía tienen por delante un promedio de vida de aproximadamente 20 años. Se considera, entonces, al retiro laboral como otro de los momentos clave en la vida para elegir qué hacer, para construir un proyecto. Para trabajar respecto de esta situación será necesario realizar un recorrido acerca de la vejez, el envejecimiento, las personas mayores, y los nuevos paradigmas desde los cuales se las concibe. A su vez, realizar un análisis respecto del lugar que la jubilación y el retiro laboral podrían adquirir en la vida de las personas. Cabe destacar que en las sociedades occidentales el trabajo es uno de los grandes organizadores de la vida, tanto como un lugar de anclaje simbólico y material. Por este motivo, dicha transición podría generar un impacto en distintas dimensiones: identitarios, sociales, económicas, de salud, de disposición del tiempo, entre otras. Asimismo, se incluirán relatos de pacientes que han realizado consultas a partir del impacto subjetivo que generó en sus vidas la jubilación.

Palabras clave: Retiro laboral, Proyectos de Vida, Personas Mayores.

Abstract

This article aims to consider life-building projects after retirement. Life-span increase has generated an unprecedented social scenery: when elderly people retire from work they still have at least 20 years forward. Regarding this, the work retirement is considered another key moment to choose what to do and to build a life-project. In order to consider this matter it will be necessary to make a review about aging, elderly people and new social paradigms to approach aging. Also, to analyse the impact of

retirement on elderly people.

Occidental societies value work as one of the biggest life-organisers, and also a symbolical and material support. Regarding this, this transition could generate impact at the following areas: identity, free time, economical issues, among others.

Also this article will include some patient's experiences about how the work retirement affected their lives.

ISSUE N°1
JUNIO
2022

Recibido:
28/11/2021

Aceptado:
21/01/2022

(1) Psicoanalista. Psicóloga UBA. Esp. en Orientación Vocacional y Educativa (UNTREF). Carrera de Especialización en Psicología Clínica de Orientación Psicoanalítica (UBA). Ex Residente de Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología CeSAC N°36 Hospital Vélez Sarsfield CABA. Ex Residente y Jefa de Residentes de la RISAM de la Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca. Ex concurrente del Hospital Dr. J.T. Borda. Se desempeña como Psicóloga Clínica en la Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca, en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para de Jubilados y Pensionados (PAMI), y en su consultorio particular realizando práctica clínica. Es docente en espacios destinados a la transmisión de conocimientos acerca de las personas mayores. Contacto: valeriaportaluppi@hotmail.com

Construcción de proyectos de vida a partir del retiro laboral

Key words: Work retirement, Life-project, Elderly people.

Introducción

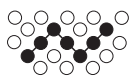
El presente artículo tiene como objetivo trabajar acerca de la construcción de proyectos de vida a partir del retiro laboral. El aumento en la expectativa de vida ha generado un escenario social sin antecedentes históricos: personas mayores que alcanzan la edad del retiro cuando todavía tienen por delante un promedio de vida de aproximadamente 20 años. Se considera, entonces, al retiro laboral como otro de los momentos clave en la vida para elegir qué hacer, para construir un proyecto. Para trabajar respecto de esta situación será necesario realizar un recorrido acerca de la vejez, el envejecimiento, las personas mayores, y los nuevos paradigmas desde los cuales se las concibe. A su vez, realizar un análisis respecto del lugar que la jubilación y el retiro laboral podrían adquirir en la vida de las personas. Cabe destacar que en las sociedades occidentales el trabajo es uno de los grandes organizadores de la vida, tanto como un lugar de anclaje simbólico y material. Por este motivo, dicha transición podría generar un impacto en distintas dimensiones: identitarios, sociales, económicas, de salud, de disposición del tiempo, entre otras. Asimismo, se incluirán relatos de pacientes que han realizado consultas a partir del impacto subjetivo que generó en sus vidas la jubilación.

Personas Mayores.

En la actualidad existe un creciente interés por las personas mayores en virtud de los cambios sociodemográficos acaecidos desde el siglo XX. Dado que, si bien siempre hubo personas mayores en las sociedades, la proporción nunca antes fue tan grande como hoy, o bien tampoco las sociedades se dividían por grupos de edad resultando que las personas mayores no constituyeran una categoría social. En este sentido, la vejez es una construcción social referida al último período de la vida, la cual ha ido mutando de acuerdo a la sociedad en la cual se inscribiera. Asimismo, al referirse al envejecimiento es importante diferenciar dos dimensiones del mismo: como proceso individual y como proceso poblacional. Desde el punto de vista individual se considera al envejecimiento como un proceso que se produce a lo largo de la vida y que

tiene impacto en diferentes dimensiones. La convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015) propone la siguiente definición: “Envejecimiento: proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio” (p. 4). A su vez, es un momento en la vida en el cual las personas mayores experimentan diferentes tipos de pérdidas. El Lic. Iacub menciona algunas de las posibles pérdidas que acarrearían dolor psíquico: la viudez, cambios en la modalidad vincular de pareja, cambios a nivel sexual, jubilación, cambios económicos, pérdidas a nivel de sentido y capacidades, enfermedades y discapacidades, preocupación y ansiedad frente al cambio de imagen o de la capacidad física, el miedo a la muerte (Iacub, 2007: 204). Es importante destacar que no se puede pensar en el envejecimiento si no se pone de relieve el carácter heterogéneo del mismo, es decir, no hablar de vejez sino de vejeces, dado que el modo en que cada persona transite este proceso será singular y estará influenciado por diversos factores generando una enorme diversidad en los estados de salud y funcionales que presentan las personas mayores. En cuanto a fenómeno poblacional, el envejecimiento se refiere a los cambios producidos en la estructura por edades de la población: una sociedad se encuentra envejecida cuando aumenta la proporción de personas de 60 años y más.

Para que los avances en el aumento de la expectativa de vida puedan ser vivenciados efectivamente como logros, deberán ser acompañados de cambios culturales que permitan generar un espacio en el cual los adultos mayores puedan alojar sus intereses, deseos y proyectos. En este contexto surge el paradigma del Envejecimiento Activo al cual se lo define como “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores a medida que envejecen” (OMS, 2002). El mismo apunta a que el aumento de la expectativa de vida vaya acompañado de un aumento de la calidad de la misma. En él se enmarcan gran parte de las políticas públicas y propuestas de intervención que tienen como destinatarias a las personas mayores.



PortaIuppi

Representaciones Sociales acerca de las Personas Mayores.

Las representaciones sociales (Jodelet, 1984) son entendidas como una forma de pensamiento social, compartido y de carácter práctico; que permite interpretar los acontecimientos de la vida diaria, la información y características del medio ambiente, tanto como a los otros actores sociales. Condensan historias, prácticas políticas y prejuicios. El Dr. Daniel Maglioco y Silvia Ponce (2016) al realizar un análisis de la Discriminación por Edad, la Vejez, los Estereotipos y los Prejuicios para el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo, postula que los actos, prácticas y conductas discriminatorias vulneran los derechos de las personas, tanto como frustran las posibilidades de acceder, en condiciones de igualdad, a beneficios sociales, culturales, educativos, laborales, recreativos y de salud. Existen prejuicios, estereotipos y mitos respecto de la vejez. Son el resultado de una construcción social y tienen como efecto condicionar a las personas a las cuales se refieren. En muchos casos se produce lo que se conoce como profecía auto-cumplida: las personas mayores asumen conductas acordes a las creencias discriminatorias. Butler (1969) acuña el término *viejismo* (ageism) para trabajar en torno a las miradas negativas que tiene la sociedad respecto de las personas mayores. En nuestro país el Dr. Leopoldo Salvarezza (1998) continuó trabajando respecto de lo postulado por Butler y ubica en el *viejismo* el rechazo, temor, desagrado, negación, marginalización, y agresión, operando de manera discriminatoria hacia las personas que envejecen. Entre dichos prejuicios podemos encontrar los siguientes: los adultos mayores no son independientes y no pueden manejarse por sí mismos; ven limitadas sus capacidades, son ineficientes, son pasivos e improductivos; no tienen actividad sexual; siempre tienen alguna enfermedad; tienen trastornos cognitivos; se comportan como niños, están solos o aislados; tienden a desvincularse socialmente; son rígidos y estructurados; resistentes a los cambios; no tienen capacidad de aprender; son menos felices y tienden a deprimirse; se llevan mal con los más jóvenes, tienen características uniformes; no realizan actividad física. Luego de realizar este listado no deberían sor-

prender los análisis que indican que una de las consecuencias más graves de dichos estereotipos sean la exclusión de la sociedad, el retiro de las relaciones sociales, y la aceptación del estigma del aislamiento y la pasividad. Por su parte, la Lic. Puzzi refiere que tradicionalmente la vejez ha sido concebida como una etapa marcada por distintos tipos de carencias: económicas, físicas y sociales, expresadas en problemas de ingresos, de falta de autonomía y de ausencia de roles sociales que desempeñar.

A la luz de estas representaciones sociales desde las cuales se concibe a las personas mayores es pertinente preguntarse desde qué lugar y cómo una persona mayor podrá autorizarse en la construcción de su propio proyecto de vida, cuando pareciera que la sociedad no reservó ningún espacio de circulación del deseo para los mayores.

Retiro laboral

Actualmente en nuestro país la expectativa de vida después de los 60 años es de 19,9 años en promedio, siendo de 22,33 para las mujeres y de 17,4 para los hombres (OPS, 2012), mientras que las edades establecidas para acceder a la jubilación se sitúan a partir de los 60 años. Luego de la jubilación se dispone de un mayor caudal de tiempo, que deberá ser investido con un nuevo sentido, destinado a reestructurar la identidad personal y ocupacional. Las personas se encontrarán una vez más ante la posibilidad de elegir y no en todos los casos contarán espontáneamente con las herramientas que faciliten dicho proceso, sino que será necesario realizar un trabajo de elaboración del duelo por la pérdida de la posición que otorgaba el empleo, tanto como un trabajo de construcción de nuevos sentidos y proyectos. El Lic. Iacub plantea que la jubilación implica una difícil transición hacia actividades económicamente no productivas, tanto como la determinación de un cierto estilo de vida y de relación con la sociedad y el Estado. Para comprender el alcance de este fenómeno se refiere a la valoración social del trabajo formal el cual no sólo funciona como medio de subsistencia, sino como ideal y referente vital. Entonces, el advenimiento del retiro laboral se asocia con una pérdida de la pertenencia organizacional, la identidad laboral, y las formas de

Construcción de proyectos de vida a partir del retiro laboral

socialización; cambio en la autoimagen, autoeficacia y autoestima; modificación de metas y objetivos, y de rutinas que estructuran el uso del tiempo. A su vez, el discurso dominante asocia a la vejez como un momento improductivo, tanto en lo reproductivo como en lo económico, lo cual se encuentra en las bases del prejuicio de las personas mayores como sujetos que son despreocupados, egoístas y menos adaptables (Iacub, 2007). El autor afirma, asimismo, que una vez que la referencia al trabajo ya no se encuentra disponible “el proceso jubilatorio puede suponer momentos críticos y hasta traumáticos, que incluso pueden desencadenar patologías físicas y mentales” (Iacub, 2015, p.16). Tal como se ha mencionado, en la actualidad en las sociedades occidentales el trabajo y el empleo adquieren un lugar destacado en lo relativo a la organización de la vida tanto como en constituirse como espacios desde los cuales se produce la subjetividad (Rascovan, 2016) por lo cual es esperable que al momento de la jubilación, es decir, al ya no ocupar ese lugar simbólico y material de la trama social a partir del cual una persona se anclaba en la inextricable articulación entre lo subjetivo y lo social, deban producir movimientos tendientes a reorganizarse en estas dos dimensiones.

Impacto del retiro laboral en la vida de las personas mayores: momento de reacomodamiento subjetivo

“Así como salud y enfermedad no se diferencia por principio, sino que sólo están separadas por umbrales de sumación determinables en la práctica, no puede postularse para el tratamiento ninguna otra meta que una curación práctica del enfermo, el restablecimiento de su capacidad de rendimiento y de goce”

(Freud, 1904: 240).

Freud en su texto *El Malestar en la Cultura* (Freud, 1930) afirma respecto del trabajo que “Ninguna otra técnica de conducción de la vida liga al individuo tan firmemente a la realidad como la insistencia en el trabajo, que al menos lo inserta en forma segura en un fragmento de la realidad, a saber, la comunidad humana. La posibilidad de desplazar sobre el trabajo profesional, y sobre los vínculos humanos que con él se enlazan, una considerable medida de los componentes libidinosos, narcisistas, agresivos y hasta eróticos le confiere un valor que no le va en zaga a su carácter indispensable

para afianzar y justificar la vida en sociedad” (Freud, 1930: 80). A su vez, realiza una mención especial para aquellos casos en los cuales la actividad profesional ha sido elegida libremente. Postula que dichos casos permiten que se vuelvan utilizables mediante el mecanismo de sublimación inclinaciones existentes, mociones pulsionales proseguidas o reforzadas constitucionalmente. En este sentido, y a la luz de la centralidad que adquiere el trabajo en la vida de las personas: referente en la construcción de la identidad, determinante de posición social, gran organizador de tiempos y espacios y, fundamentalmente, espacio simbólico al cual enlazar la libido, surge la pregunta ¿cómo continuar cuando esta referencia ya no se encuentra disponible? Desde dónde responder a las preguntas: ¿Quiénes somos? ¿Qué hacemos? ¿Desde qué lugar se afianzará y justificará la vida en sociedad? Se podría conceptualizar a la jubilación como un punto que genera un corte y una reestructuración en la escena desde la cual el sujeto habita el mundo, aquella en la cual se reconoce y que le ofrece coordenadas para situarse. Allí donde respondía desde el “sé quién soy”, apelando a sus referencias laborales, académicas y ocupacionales para dar una respuesta podría irrumpir el “no sé quién soy”, quedando así “...desalojado de esa escena con la que habitaba el mundo: no sabe quién es, no sabe qué quiere. El sujeto queda arrojado a un mundo sin escena” (Laznik, 2007: 5). En este sentido, una paciente relataba en consultorio que antes de su jubilación cuando debía presentarse decía “Soy Ana, soy Contadora Pública y trabajo como Coordinadora de un Equipo en una compañía multinacional”, ante la llegada de su jubilación Ana prefería evitar conocer gente dado que no se sentía representada en la frase “Soy Ana, jubilada”. Esta nueva imagen le generaba sentimientos de improductividad, baja autoestima y vergüenza.

Para poder investir nuevos destinos será necesario subjetivar la pérdida del lugar que la pertenencia al mercado de trabajo ofrecía. Sigmund Freud en su texto “Duelo y Melancolía” (Freud, 1917) define al duelo de la siguiente manera “El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada, o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, etc...” (Freud, 1917: 241). Al describir cuál es el trabajo que el duelo opera refiere que el examen de la realidad demuestra que el objeto amado (o aquel que ha-



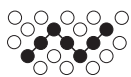
Portaluppi

ga sus veces) ya no existe más, de él emana ahora la exhortación de quitar toda la libido de sus enlaces con ese objeto. Sin embargo, este trabajo no se realiza sin una comprensible renuencia, dado que no se abandona de buen grado una posición libidinal. Por lo tanto, el trabajo de duelo será ejecutado pieza por pieza con gran gasto de tiempo y de energía, mientras que la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico. Una vez que el trabajo sea cumplido el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido, y la libido disponible para dirigirla a nuevos objetos. Es decir que, a partir de la inscripción de la pérdida, la renuncia a un reencuentro con el objeto, estarían dadas las condiciones para poder empezar a pensarse desde nuevas coordenadas simbólicas y materiales en relación al proyecto de vida a partir del retiro laboral. A su vez, según relata otra paciente, el supuesto de gozar del privilegio de “no hacer nada”, en su caso tomó el lugar de cierta culpa dado que socialmente era convocada a acallar su malestar ante la falta de actividad dado que según ellos era difícil de comprender cómo no estaba logrando disfrutar de su nueva situación. Entre los comentarios recibidos recuerda el de una de sus hijas, quien le decía “es difícil comprenderte... toda la vida trabajando y ahora que finalmente no tenés nada que hacer, te quejas”. Es pertinente preguntarse hasta qué medida este prejuicio no produciría cierta obturación en la elaboración de la pérdida.

Rascovan (2016) refiere que el término proyecto proviene del latín *projectare*: arrojar hacia adelante. Es decir que se establece sobre la base de un futuro que se desea alcanzar, aunque todavía no se lo disponga. A su vez, señala que los procesos de elección y construcción de proyectos futuros se encuentran atravesados por valores culturales dominantes, los cuales se asocian con los sistemas de reconocimiento social. En este sentido, cobra relevancia nuevamente la pregunta respecto del lugar que toman los prejuicios sociales en relación al que-hacer en esta etapa de la vida. Entre los más habituales se encuentran el derecho al descanso, el hacer nada, y, para el caso particular de las mujeres, el deber de cuidado “...la feminización del cuidado tanto en la crianza de hijos como en el cuidado de nietos, parejas, padres, abuelos o personas mayores cercanas demuestra que aún los estereotipos y roles de género condicionan a las mujeres a cuidar a otras personas como si ello fuese un mandato social que deben cumplir. Aun cuando impli-

que dejar de lado proyectos personales” (Torrez; Portaluppi, 2018: 24). En el otro extremo respecto del prejuicio de “derecho a no hacer nada”, se ubican aquellos que plantean la necesidad de que las personas mayores se encuentren activas, y preferentemente con cuestiones “para personas mayores”. En este sentido, Silvia, una paciente recientemente jubilada refería la angustia que le generaba su entorno social al proponerle de manera permanente que participara de “talleres para la memoria”. Dicha paciente, quien no padecía ninguna problemática que afectara el desempeño de su memoria, se abrumaba ante aquella demanda social en la cual no se reconocía. Asimismo, manifestaba que el sentir que ese tipo de lugares eran los cuales la sociedad le tenía reservados la hacían sentir “más vieja”. Otro paciente, Mario, quien se había jubilado hacía cinco años luego de una exitosa carrera en el ámbito de la industria, contaba cuánto lo contrariaba que su familia le sugiriera participar de las actividades del Centro de Jubilados de su barrio. Mario decía reconocer en sus familiares una buena intención, intentar ayudarlo a encontrar nuevos lugares de pertenencia, pero sin embargo relataba sentir cómo la imagen de sí mismo se derrumbaba cada vez que se imaginaba “*con los viejos que van a los centros de jubilados*”.

Al referirse a los jóvenes que finalizan la escuela secundaria Rascovan ubica que las preguntas ¿Qué vas a hacer? ¿Qué vas a estudiar? se imponen como un imperativo social bajo la modalidad de una pregunta. Ante este hecho, un proceso de orientación debe tender a promover su transformación en una pregunta singular. En el caso de las personas mayores pareciera que el imperativo social que se instala no va del lado de la pregunta, sino de las respuestas antes mencionadas: o hacer nada o hacer cosas para personas mayores. El desafío sería comenzar a incluir el qué-hacer a partir de la jubilación dentro de los itinerarios vitales, es decir que el retiro sea socialmente reconocido como otro de los momentos “clave” en los que se pone en juego una elección del orden del qué hacer. Promoviendo que no haya respuestas sociales que obturen las preguntas singulares, generando las condiciones para lidiar con la falta y por ende con el deseo. Asumiendo también para esta etapa de la vida la inexistencia de un objeto que satisfaga de manera absoluta a un sujeto, generando así una búsqueda incesante. Esta nueva instancia de elección que se produce a partir del retiro laboral se realizará teniendo como antecedente la his-



Construcción de proyectos de vida a partir del retiro laboral

toria previa del sujeto en relación a su posicionamiento subjetivo respecto de las elecciones en general, y en relación al qué-hacer en particular. Será una oportunidad de “barajar y dar de nuevo”, en la cual promover que las elecciones que se realicen constituyan experiencias subjetivantes, es decir, que promueva una transformación de sí, “No cualquier transformación sino aquella que deviene resultante del permiso que un sujeto se pueda otorgar para imaginar, para soñar más allá de los imperativos sociales, de los valores dominantes. Un pasaje de ser objeto del deseo del Otro a constituirse en sujeto deseante” (Rascovan, 2016: 132).

Conclusión

A lo largo de este escrito se ha trabajado en relación a las personas mayores y el impacto que podría tener el retiro laboral. Se ha puesto énfasis en que el pasaje de un momento a otro implicará la elaboración de un reacomodamiento subjetivo, la constitución de una nueva escena a través de la cual habitar el mundo. En este sentido, será el espacio terapéutico un lugar privilegiado para generar las condiciones para que quien consulta: “...pueda encontrarse consigo mismo y con su historia personal y colectiva, su particular ubicación familiar, sus deseos, sus limitaciones, sus recursos personales y materiales” (Rascovan, 2016: 56). En este contexto, en el marco de una relación transferencial, se promoverá la tarea de descifrar el enigma del deseo de cada sujeto, tanto como la realización de elecciones en torno al proyecto de vida. Estas cuestiones serán posibles a partir de reconocerse como un sujeto al que algo le falta y por ende debe salir a buscar.

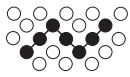
Concebir la transición al retiro laboral como otro momento más en la vida en el cual se ponga en juego la posibilidad de elegir, donde se pueda realizar una pregunta a nivel singular respecto de cómo encarar esta nueva etapa, sin que sea necesario acudir a las representaciones sociales hegemónicas respecto de este momento de la vida (las cuales en términos generales dan respuestas que dejan por fuera al sujeto y se moldean desde diferentes prejuicios) contribuirá a generar las condiciones para la construcción de proyectos de vida singulares. Lo cual en sí mismo constituye un acto emancipatorio.



Portaluppi

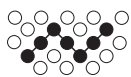
REFERENCIAS

1. Aguilera (2018). Ministerio de desarrollo de la Nación. Secretaría Nacional de niñez, adolescencia y familia. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores. Programa Nacional de Cuidadores Domiciliarios. Contenidos Gerontológicos para la formación de cuidadores domiciliarios. Buenos Aires.
2. Andrés, H (2003). Género, representaciones sociales de la vejez y Derechos Humanos. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile, 14 al 18 de julio de 2003.
3. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. (1982). Plan de Acción Internacional de Viena Sobre el Envejecimiento. Viena.
4. Becca, R.L. & Mahzarin, R. B. (2004) "Viejismo Implícito" en Viejismo, Estereotipos Prejuicios contra las Personas Mayores (Ageism. Stereotyping and Prejudice against Older Persons) (comp.) Todd D. Nelson. Massachusetts: The Mit Press. Recuperado de: <https://envejecimientoy sociedad.files.wordpress.com/2010/07/ageism.pdf>
5. Butler, R.N.; Lewis, M. Y Sutherland, T. (1998). Aging and Mental Health. Positive Psychosocial and Biomedical Approaches. Fifth Edition, EUA: Ailin and Bacon.
6. Castel, Roberto (1997). La metamorfosis de la cuestión social. Paidós.
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2007). Declaración de Brasilia. Brasilia.
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2012). Tercera Conferencia Regional Intergubernamental Sobre Envejecimiento En América Latina y El Caribe. San José, Costa Rica. Naciones Unidas.
9. Dabove, M. I. (2016). Derechos humanos de las personas mayores en la nueva Convención Americana y sus implicancias bioéticas. Revista Iationamericana de Bioética, 16 (1), 38-59. DOI: <http://dx.doi.org/10.18359/rli.1440>.
10. Elder, Ch. y R. Cobb (1993), "Formación de la agenda. El caso de la política de ancianos", Problemas públicos y agenda de Gobierno, México, D.F.d, Editorial Miguel Porrúa.
11. Freud, S. (1904). El método Psicoanalítico. Tomo VII. Buenos Aires. Amorrortu Editores.
12. Freud, S. (1917). El malestar en la Cultura. Tomo XIV. Buenos Aires. Amorrortu Editores.
13. Freud, S. (1930). El malestar en la Cultura. Tomo XXI. Buenos Aires. Amorrortu Editores.
14. Gavilán M. (2006). La Transformación de la Orientación vocacional: hacia un nuevo paradigma. Cap 2 y 4 Homo Sapiens. Rosario.
15. Gómez, J. y Curcio, C (2014). Salud del anciano: Valoración. Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátría. Editorial Blanecolor. Manizales, Colombia.
16. Iacub, Ricardo y otro (2007). Psicología de la mediana edad y vejez. (Módulo 3) Ministerio de Desarrollo Social (SENAF) y Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.
17. Iacub, R. (2015). Todo lo que usted quiso saber sobre la jubilación y nunca se animó a preguntar. Buenos Aires: Paidós.
18. Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En Moscovici, S. Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona-Buenos Aires-México: Paidós.
19. Kligman, C. (2016) Clase virtual escrita. En foro de Carrera de Especialización en Orientación vocacional y Educativa. Universidad Nacional de Tres de Febrero. Buenos Aires.
20. Laznik, D.: "Elizabeth. von R.: del padecimiento a la queja y de la queja a la producción del síntoma analítico". Ficha de la cátedra, 2007 (disponible en la página web de la cátedra).
21. Ley 27.360 (2017). Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Publicada en Boletín Oficial 31 de mayo de 2017. Buenos Aires.
22. Maglioco; Ponce (2016). Discriminación por edad, vejez, estereotipos y prejuicios. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia, y el Racismo (INADI). Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Buenos Aires.
23. Muller, M. (2007) Genealogía y ecología de la orientación. Revista Aprendizaje Hoy, n° 68, p. 13 a 25.
24. Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Recuperado en <http://www.fundacion-barcelo.com.ar/gerontologia/archivos/envejecimiento-activo%20OMS.pdf> el 15 de Febrero de 2016.
25. Organización Mundial de la Salud (2015) "Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud".
26. Portaluppi, V.; Torrez, S. (2018). Nuevos desafíos en una comunidad envejecida: Cuando las personas mayores cuidan a otras personas mayores. Neurama, Revista Electrónica de Psicogerontología, V6-N1; 20-26. ISSN: 2341-4936.
27. Puzzi, M. (2018). "Orientación vocacional con adultos mayores". "Orientación vocacional con sujetos vulnerabilizados". Rascovan, (2018) Buenos Aires. Noveduc.
28. Rascovan S. (2016). La orientación vocacional como experiencia subjetivante. Buenos Aires. Paidós.
29. Roqué, M. & Fassio, A. (2012). Gerontología comunitaria e institucional (Módulo 2). Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Mar del Plata.



Construcción de proyectos de vida a partir del retiro laboral

30. Salvarezza, L (1988). Psicogeriatría. Teoría y clínica. Paidós, Buenos Aires.
31. Savickas, M. Nota, L., Rossier, J., Dauwalder, J.P., Duarte, M. E. et. al., (2009), Life designing: A paradigm for career construction in the 21st century. *Journal of Vocational Behavior*, 75, 239-250.
32. Yuni, José (2000) El mito del eterno retorno. Capítulo 4 en Duschatzky, Silvia compiladora "Tutelados y asistidos" Paidós, Buenos Aires.



I Congreso nacional sobre enfermedades neurodegenerativas: Alzheimer y otras demencias*

Resumen

Se expone una breve crónica de la celebración del primer Congreso nacional sobre enfermedades Neurodegenerativas en Archidona (Málaga). Las enfermedades neurodegenerativas están asociadas al proceso de envejecimiento y suelen agravarse con el avance de la edad y son causadas por una amplia variedad de factores (algunos desconocidos). Conocer sus síntomas, tratamientos y posibilidades de intervención son cruciales así como instruir y formar acerca de su detección y confrontación. El tratamiento de estas condiciones no va orientado a una cura, sino a paliar sintomatología y controlar episodios de conducta así como, de la misma manera a frenar - en la medida de lo posible - el avance paulatino del deterioro cognitivo. Se analiza el programa plural que exploró muchas de las demencias, intervenciones propuestas por los expertos invitados así como presentaciones de casos a la audiencia.

Palabras clave: Congreso Nacional, Enfermedades neurodegenerativas, Alzheimer, Demencias, Neurociencia.

Abstract

A brief chronicle of the celebration of the first National Congress on Neurodegenerative diseases in Archidona (Málaga) is exposed. Neurodegenerative diseases are associated with the aging process and tend to worsen with advancing age and are caused by a wide variety of factors (some unknown). Knowing its symptoms, treatments and intervention possibilities are crucial, as well as instructing and training about its detection and confrontation.

The treatment of these conditions is not aimed at a cure, but rather at alleviating symptoms and controlling episodes of behavior as well as, in the same way, to stop - as far as possible - the gradual advance of cognitive deterioration. The plural program that explored many of the dementias, interventions proposed by the invited experts as well as case presentations to the audience are analyzed.

ISSUE N°1
JUNIO
2022

(*) Celebrado en Archidona (Málaga) los días 3 y 4 de Marzo de 2022. En total 11 ponencias dirigidas por 12 profesionales.

Key words: National Congress, Neurodegenerative Diseases, Alzheimer, Dementias, Neuroscience.

Introducción

La relevancia del tratamiento e investigación acerca de las enfermedades neurodegenerativas junto a las demencias y enfermedades asociadas, componen actualmente una importante causa de discapacidad y morbilidad en países desarrollados, siendo los afectados principalmente, personas mayores.

Los avances en farmacología y tratamientos clínicos han posibilitado la mejoría temporal de síntomas o retardar su progresión, junto al control de síntomas psicológicos y conductuales (SPCD), preocupantes habitualmente en la mayoría de los pacientes por su incidencia, y a sus cuidadores por sus reacciones deletéreas de estrés y sobrecarga.

La demencia es un síndrome (de naturaleza crónica o progresiva) que cursa con un deterioro paulatino de la función cognitiva, causando mayor deterioro e interferencia en las AVD de lo que provocarían las consecuencias normativas del envejecimiento biológico. La demencia es señalada hoy día como la séptima causa de muerte entre todas las enfermedades y una de las principales causas de dependencia y discapacidad. La enfermedad de Alzheimer se configura como la forma más común de demencia y equivale a una reveladora proporción de casos de 60-70%.

El impacto de las enfermedades neurodegenerativas es mayúsculo. Se estima que alrededor de cincuenta y cinco millones de personas en todo el mundo, tienen demencia y se pronostica que esta cifra irá en progresión ascendente en los periodos de 2030 a 2050. El impacto mundial constituye una relevante cuestión de salud pública siendo especialmente preocupantes la mortalidad, morbilidad, los costes de atención y el impacto generado en cuidadores, familias y la sociedad en general. Satisfacer las demandas de cuidados establece un desafío futuro a la incidencia y a la naturaleza específica de la intervención.

Neurodegeneración: Perspectiva e información

En torno a la neurodegeneración, contemplan un gran grupo de enfermedades las cuales, comparten la manifestación clínica del deterioro cognitivo o la pérdida de función intelectual o de trastornos del movimiento (Matej y cols, 2019). De igual modo, se establece además la pérdida progresiva de materia neuronal (procesos fisiológicos y defectos de degradación).

La demencia representa el término generalizado para designar la disminución o el quebranto de la función mental (afectando a la memoria, la comunicación, el lenguaje, la capacidad de concentrarse, la capacidad atencional, el razonamiento, la percepción visual y el juicio) así como la interferencia en el desarrollo de las actividades cotidianas (OMS, 2012). La enfermedad de Alzheimer es la más frecuente en torno a las demencias, seguida de la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy, la demencia por enfermedad de Parkinson y la demencia Frontotemporal.

El congreso 3-4 Marzo

El evento estuvo dividido en cinco áreas temáticas entre las que se abordaron diferentes perspectivas dentro de las enfermedades neurodegenerativas. Por una parte, en el área clínica, fueron presentados estudios de casos clínicos junto a novedades respectivas al estado de la investigación en Parkinson y Alzheimer. Entre las ponencias que componían esta área (*rojo*) “*Proceso de evaluación neuropsicológica de una posible demencia frontotemporal: estudio de un caso*” por Emilio Marín Illescas, Neuropsicólogo y Psicólogo general sanitario. “*Las alteraciones del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer*” y la ponencia “*Demencia por cuerpos de Lewy: Fundamentos y presentación de un caso clínico*”, fueron tratadas por Angel Moreno Toledo, Psicólogo especialista en Gerontología, Director y Editor de Neurama. Para el análisis de la enfermedad de Parkinson, Ana Rodríguez Fernández, Gerente y Psicóloga de la Asociación de Parkinson Granada presentó a la audiencia la ponencia “*Aspectos psicológicos de la enfermedad de Parkinson*”. En cuanto al área Social (*verde*), presente en ambas jornadas, estuvo representada por Sergio Alarcón González, Fundador y CEO de Neuron, que expuso la



I Congreso nacional sobre enfermedades neurodegenerativas: Alzheimer y otras demencias

Congreso nacional sobre enfermedades neurodegenerativas:

3 y 4 de Marzo

**Alzheimer y otras
demencias**



Inscripción: 635 76 36 42 // cmim@archidona.es

Lugar:

**Auditorio Municipal
"José Luis Miranda Roldán"**

Inicio: 16:30 h.

Entrada Gratuita

*** Se expedirá certificado
acreditativo**



neurama
revista electrónica de
psicogerontología



Asociación Española
de Psicogerontología



Alameda Díaz Torres
CENTRO DE EDUCACIÓN INTEGRAL
EDUCACIÓN, PSICOLOGÍA, PEDAGOGÍA, FISIOTERAPIA
Centro *enlínea*



faecap
Federación de Asociaciones
de Enfermería Familiar y
Comunitaria



I Congreso nacional sobre enfermedades neurodegenerativas: Alzheimer y otras demencias



Congreso nacional sobre enfermedades neurodegenerativas:

3 y 4 de Marzo

Alzheimer y otras demencias

Auditorio Municipal "José Luis Miranda Roldán"

PROGRAMA

DIA 3 MARZO

16:30 h. Presentación. Acto Inauguración

16:45 h. *Proceso de evaluación neuropsicológica en una posible demencia frontotemporal: estudio de un caso*
Emilio Marín Illescas. Neuropsicólogo. Psicólogo General Sanitario.

17:25 h. *Alteraciones del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer.*
Angel Moreno Toledo. Psicólogo especialista en Gerontología. Director / Editor de Neurama.

17:45 h. Pausa

18:00 h. *Alzheimer: Cuando integrar también sana.*
Sergio Alarcon González. Fundador y CEO de NeurOn

18:40 h. *Aspectos psicológicos de la enfermedad de Parkinson.*
Ana Rodríguez Fernández. Gerente y psicóloga de la Asociación de Parkinson Granada

19:20 h. Pausa

19:30 h. *Demencia por cuerpos de Lewy: Fundamentos y presentación de un caso clínico.*
Angel Moreno Toledo. Psicólogo especialista en Gerontología. Director / Editor de Neurama

DIA 4 MARZO

16:30 h. *Movimiento asociativo en Parkinson: Perspectivas y actualidad.*
Equipo Asociación de Parkinson Antequera y comarca norte de Málaga.

16:45 h. *Efectos de la Musicoterapia en personas mayores desde una atención centrada en la persona.*
Miguel Luque Ruiz. Psicólogo especialista en estimulación cognitiva basada en música en personas mayores

17:20 h. Pausa

17:30 h. *Programa de Terapia Asistida con animales en la atención al usuario institucionalizado con Demencia leve-moderada*
Isabel Gómez-Calcerrada Serrano. Terapeuta Ocupacional. Especialista en Atención domiciliaria y Rehabilitación cognitiva

18:00 h. *Dificultades Orofaringeas en la enfermedad de Parkinson.*
Almudena Díaz Torres. Logopeda. Asociación Parkinson Antequera. Fundadora de Tu meta Tu línea

18:30 h. Pausa

18:40 h. *La realidad virtual como herramienta de estimulación cognitiva.*
Camino Montañés Mudarra y Javier Llull Vergara. Co-Founder y CEO de Vivirtual.

19:30 h. *Modelos de atención y bienestar en entornos institucionales.*
Angel Moreno Toledo. Experto en DGCG. Director / Editor de Neurama







CLÍNICA







SOCIAL







TERAPIA







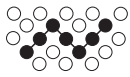
TECNOLOGÍA







DIRECCIÓN



I Congreso nacional sobre enfermedades neurodegenerativas: Alzheimer y otras demencias

ponencia: *“La enfermedad de Alzheimer: Cuando integrar también sana”*. En esta misma sección, en la segunda jornada, estuvo presidida por el equipo de la Asociación de Parkinson Antequera y comarca norte de Málaga, con la presentación de sus actividades, proyectos e investigaciones con *“Movimiento Asociativo en Parkinson: perspectivas y actualidad”*.

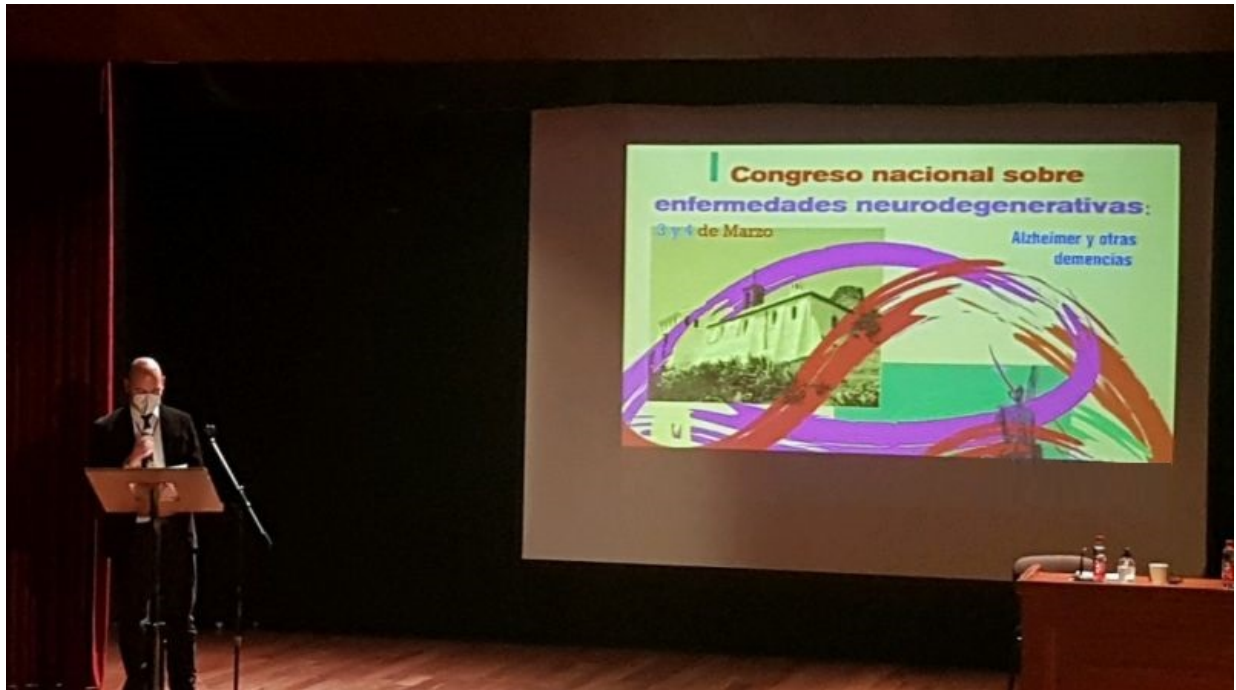
En cuanto a Terapia (Naranja) fueron presentadas dos interesantes propuestas, por una parte de la mano de Isabel Gómez-Calcerrada Serrano, Terapeuta ocupacional y especialista en atención domiciliaria y rehabilitación cognitiva, *“Programa de Terapia Asistida con animales en la atención al usuario institucionalizado con demencia leve-moderada”* y *“Los efectos de la Musicoterapia en personas mayores desde una atención centrada en la persona”* de Miguel Luque Ruiz, Psicólogo especialista en estimulación cognitiva basada en música en personas mayores. Abanderando el área de tecnología (Azul), fueron presentados por el equipo de Vivirtual, entre sus componentes, sus cofundadores y CEO Camino Montañés Mudarra y Javier Llull Vergara, en su ponencia *“La realidad virtual como herramienta de estimulación cognitiva”*.

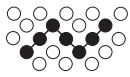
Finalmente en la temática de Dirección (Amarillo), contamos con dos ponencias ofrecidas por una parte por María Angustias Díaz Martínez, Presidenta de Parkinson Granada : *“Cómo vivir con Parkinson”* y cerrando el programa Angel Moreno Toledo, como experto en Dirección y gestión de Centros Geriátricos y Director/Editor de Neurama con: *“Modelos de Atención y bienestar en entornos institucionales”*.

I Congreso nacional sobre enfermedades neurodegenerativas: Alzheimer y otras demencias



I Congreso nacional sobre enfermedades neurodegenerativas: Alzheimer y otras demencias





I Congreso nacional sobre enfermedades neurodegenerativas: Alzheimer y otras demencias

REFERENCIAS

1. Matej, Radoslav & Tesar, Adam & Rusina, Robert. (2019). Alzheimer's disease and other neurodegenerative dementias in comorbidity: A clinical and neuropathological overview. *Clinical Biochemistry*. 73. 10.1016/j.clinbiochem.2019.08.005.
2. Moreno, L., Oste, R. y Calvo A,C. (2015). Nuevas perspectivas en la búsqueda de biomarcadores fiables en la enfermedad de Alzheimer. *El diario Europeo de Psiquiatría*, 29 (1), 51-65
3. Turner, R. S., Stubbs, T., Davies, D. A., & Albeni, B. C. (2020). Potential New Approaches for Diagnosis of Alzheimer's Disease and Related Dementias. *Frontiers in neurology*, 11, 496. <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.00496>