



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

Anales en
Gerontología

Revista del

Programa de Posgrado en
Gerontología

Anales en Gerontología

Revista del Programa de Posgrado en Gerontología
Universidad de Costa Rica

Número 15 ♦ 2023

ISSN 2215-4647

Anales en Gerontología es el medio de difusión por excelencia del Programa de Posgrado en Gerontología para dar a conocer resultados de investigaciones y de trabajos de instituciones y de profesionales de todas las disciplinas del conocimiento que, por su carácter nacional e internacional, abordan aspectos relacionados con la vejez y envejecimiento, así como también, para dar a conocer reflexiones o experiencias de vida.

DIRECTOR

M.Sc. Jaime José Fernández Chaves
Maestría Académica en Gerontología
Universidad de Costa Rica, Costa Rica
revista.gerontologia@ucr.ac.cr

EDITORA ACADÉMICA

M.Sc. Karen Masis Fernández
Maestría Académica en Gerontología, UCR
Universidad de Costa Rica, Costa Rica

EDITORA TÉCNICA

Bach. Ana Giselle Sánchez Matarrita
Posgrado en Gerontología, UCR, Costa Rica
Tel. (506) 2511-4773

CONSEJO EDITORIAL

M.Sc. Irma Arguedas Negrini
Maestría en Orientación Escolar, EEUU
Investigadora Independiente, Costa Rica

M.Sc. Mabell Granados Hernández
Maestría Académica en Gerontología, UCR
Investigadora Independiente, Costa Rica

Dra. Flor Jiménez Segura
Doctora en Psicología Educativa, España
Universidad de Costa Rica, Costa Rica

M.Sc. Sofía Segura Cano
Maestría Profesional en Farmacología, UCR
Universidad de Costa Rica, Costa Rica

Dra. Olga Marta Murillo Bolaños
Maestría Académica en Gerontología, UCR
Investigadora Independiente, Costa Rica

REVISIÓN FILOLÓGICA

M.Sc. Karen Padilla Fallas



TABLA DE CONTENIDOS

Percepción hacia la actividad física, calidad de vida, apoyo social y medio ambiente por parte de personas adultas mayores que participan en un grupo programa de actividad física	1-24
<i>Diego Francisco Moya Castro, Carlos Álvarez Bogantes</i>	
Sociopercepción retrospectiva de la vejez y envejecimiento de las personas adultas mayores de Santiago Tianguistenco, México	25-47
<i>Melissa Alejandra Brokke M., Juan José Mora Román, Nien-Tzu Wen Huang, José Karla Itzel Ramírez Lagunas, Thelma Michelle Urbina Valencia, Areli Fuentes Soriano</i>	
Efecto agudo del yoga en la memoria a corto plazo de personas de 60 años y más, físicamente activas.....	48-67
<i>Maribel Rocío Matamoros Sánchez, Bryan Montero Herrera, Elizabeth Carpio Rivera</i>	
Depresión según la asistencia social en personas adultas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas de Ciudad Juárez, México.....	68-84
<i>Jessica Abigail Trejo Villalobos</i>	
<i>Vivir solo durante la vejez: estrategias de afrontamiento ante la soledad</i>	85-111
<i>Leticia Robles-Silva, Sheila Martínez García</i>	
Currículo de autores.....	112-113
Revisores	114

Anales en Gerontología

Número 15, Año 2023/ 1-24

ISSN: 2215-4647

Artículo

PERCEPCIÓN HACIA LA ACTIVIDAD FÍSICA, CALIDAD DE VIDA, APOYO SOCIAL Y MEDIO AMBIENTE, POR PARTE DE PERSONAS ADULTAS MAYORES QUE PARTICIPAN EN UN GRUPO PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA

PERCEPTION TOWARDS PHYSICAL ACTIVITY, QUALITY OF LIFE, SOCIAL SUPPORT AND ENVIRONMENT BY ELDERLY PEOPLE WHO PARTICIPATE IN A PHYSICAL ACTIVITY PROGRAM

Diego Francisco Moya Castro¹, Carlos Álvarez Bogantes²
Recibido: 14-06-2022 Corregido: 16-10-2023 Aceptado: 24-11-2023

¹ Máster en Salud Integral y Movimiento Humano.

Afiliación institucional: Docente- Investigador, Sede de Occidente, Universidad de Costa Rica, San Ramón, Costa Rica. E-mail: diegofrancisco.moya@ucr.ac.cr ORCID <https://orcid.org/0000-0002-0371-862X>

² Doctor en Movimiento Humano.

Afiliación Institucional: Docente-Investigador, Universidad Nacional de Costa Rica, Heredia Costa Rica. E-mail: carlos.alvarez.bogantes@una.cr ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3797-7993>

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la percepción hacia la actividad física, calidad de vida, apoyo social y medio ambiente, de personas adultas mayores que participan en un programa de actividad física de la Universidad de Costa Rica. El estudio fue cualitativo y se desarrolló mediante la observación, frases incompletas y entrevistas semi- estructuradas. Se contó con una muestra típica de 10 personas, con edades entre los 65 y los 85 años, que asisten a clases de ejercicio físico en el Recinto de Grecia. Para el análisis se realizó una triangulación por teorías, contrastando la información obtenida con el modelo ecológico de Bronfenbrenner a nivel intrapersonal, interpersonal y organizacional. Los resultados mostraron que, a través de la actividad física, participantes perciben mejoras en las destrezas físicas, salud mental y espiritualidad; son más conscientes de los beneficios, la independencia y la seguridad que genera esta práctica en su vida cotidiana. Además, se encontró que el apoyo entre pares y el apoyo familiar beneficia la adherencia a la actividad física. Por último, se percibió satisfacción por el ambiente grupal, ayudando a mejorar la calidad de vida de esta población. Se concluye que la actividad física genera una mejora a nivel integral, también el acompañamiento es fundamental para la adherencia y disfrute de la actividad física y las condiciones ambientales deben ser adecuadas a las necesidades de esta población para mejorar su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Persona mayor, actividad física, calidad de vida, apoyo social, medio ambiente.

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the perception towards physical activity, the quality of life, social support and environment of the elderly who participate in a physical education program of the University of Costa Rica. A qualitative study was developed through observation, incomplete phrases and semi-structured interviews. There was a specific sample, 10 senior citizens ages 65 to 85, who attend physical education classes at the University of Costa Rica's Campus in Grecia. Data analysis was carried out by a triangulation of theories, contrasting the obtained information with the ecological model of Bronfenbrenner at intrapersonal, interpersonal and organizational level. Results shown that through physical activity, participants have seen improvements on their physical skills, mental health and spirituality. They are also aware of the benefits, independence and security receiving through these activities in daily life. Furthermore, it was found that peer and family support is essential for adherence to physical activity. It was concluded that physical activity generates the elderly's overall improvement, and the support they receive is essential for adherence and enjoyment. Besides, environmental conditions must be adequate to the needs of this population in order to improve their quality of life.

KEY WORDS: Elderly people, physical activity, quality of life, social support, environment.

Introducción

La población mundial está envejeciendo aceleradamente; por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o mayor a los 60 años, por lo que se estima que para el año 2050 esta población llegará a los 2100 millones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Lo preocupante es el nivel de sedentarismo que presenta esta población, pues Wilson-Escalante et al. (2009) y Zafra-Tanaka et al. (2013) descubrieron que la población mayor presenta altos niveles de sedentarismo, aumentando el riesgo de sufrir enfermedades no transmisibles.

Como contraparte, se ha encontrado que la actividad física provoca una disminución del riesgo de mortalidad, infarto del miocardio, disminuye el riesgo de desarrollar diabetes tipo II, previene el cáncer, aumenta la densidad ósea, entre otros beneficios en personas adultas mayores (Aparicio García-Molina et al., 2010); esto hace necesario entender el por qué las personas mayores activas, son capaces de involucrarse en la práctica de actividad física. En otras palabras, es necesario descubrir los elementos que inciden, con el fin de propiciar estrategias que impulsen la actividad física en este segmento de la población.

Martínez del Castillo et al. (2006) demostraron una relación importante entre factores sociales y ambientales, como la familia, amigos, cónyuges, entre otros; con respecto a la práctica de la actividad física. Propusieron aplicar diseños y técnicas cualitativas, como el método biográfico y las historias de vida, para una mayor validez en este tipo de investigaciones.

Barrera-Algarín (2017) encontró que las personas mayores que practican actividad física tienen una mejor situación social y una vejez más sana. Por su parte, Porras-Juárez et al. (2010) y Barrera-Algarín (2017) encontraron que la población mayor percibe la actividad física como un método que genera beneficios en su salud, y que los factores emocionales y de socialización

influyen en la práctica de la actividad física. En Costa Rica, Mora et al. (2004) descubrieron una relación importante entre la actividad física y la percepción de la calidad de vida, y de estos con el estado de salud de esta población.

Es importante considerar el papel del modelo ecológico como un medio para contrastar la información de esta investigación. Este modelo establece que la realidad es influenciada desde múltiples niveles que operan a nivel interno del individuo y desde factores externos como el apoyo social, la parte organizativa del entorno y el entorno comunal (Ward, Saunders y Pate, 2007, como se citaron en Monreal y Guitart, 2012), según Bronfenbrenner el desarrollo humano es el proceso mediante el cual el individuo adquiere una concepción del ambiente ecológico más amplia, diferenciada y válida, motivándolo y volviéndolo capaz de realizar actividades propias de ese ambiente.

El propósito de esta investigación partió de la pregunta generadora: ¿Cuál es la percepción hacia la actividad física, la calidad de vida, el apoyo social y el medio ambiente de personas mayores que participan en un programa de actividad física?; por tanto, este estudio busca generar la percepción de la calidad de vida, la actividad física, el apoyo social y el medio ambiente desde un punto de vista cualitativo, en personas adultas mayores costarricenses, triangulándolo con el modelo ecológico de Bronfenbrenner. Además, se pretende determinar cuáles son los elementos que motivan e impiden la participación de las personas adultas mayores en un programa de actividad física, con el fin de desarrollar intervenciones o programas que respondan a las expectativas, creencias y actitudes de esta población. Este estudio brindará aportes a los programas de actividad física sobre los elementos que inciden a nivel intrapersonal, interpersonal y ambiental hacia la práctica de la actividad física.

Metodología

Participantes

Se contó con una muestra típica de 10 personas adultas mayores (5 hombres y 5 mujeres) con edades entre los 65 a 85 años. Las personas participantes pertenecen a un proyecto de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, quienes asisten dos veces por semana al Recinto de Grecia. Se utilizó, como criterio de exclusión, aquellas personas adultas mayores con problemas cognitivos o padecimientos que limiten la práctica de la actividad física de manera regular.

Instrumentos

Se realizó una entrevista semi estructurada, con preguntas relacionadas a la percepción de la calidad de vida, actividad física, apoyo social y medio ambiente en personas adultas mayores. Se desarrolló a partir de una guía de preguntas con elementos claves que se querían investigar, y a partir de una exploración previa de la literatura. También se utilizó la observación participante de manera directa y mediante un control por medio de la escritura de bitácoras diarias, anotando opiniones o comentarios de las personas adultas mayores seleccionadas en cada una de las sesiones de actividad física. Por último, se aplicaron los cuestionarios de frases incompletas que consistían en colocar en una hoja una serie de frases sin terminar, relacionadas con las categorías de análisis del estudio. Parte del análisis de interpretación teórica reforzaría la validez de cada técnica de recolección de información mediante la triangulación de los datos extraídos durante el estudio, con el fin de evaluar la cantidad, orden lógico, pertinencia, claridad y profundidad de los instrumentos.

Procedimiento

Para iniciar el estudio, se formuló un consentimiento informado facilitado a cada participante; este explicaba los alcances y limitaciones del estudio. Una vez elaborado el registro de observación preliminar, se realizaron las observaciones de participantes y el investigador

recopiló, mediante una bitácora, los aspectos relevantes, tanto internos como externos durante las clases. Al cumplirse el primer mes de observación se realizaron las entrevistas, brindando el mayor tiempo posible para que las personas mencionaran abierta, extensa y muy subjetivamente, todos los detalles que se les preguntaba. Posteriormente, se les facilitó el instrumento con las frases incompletas.

Análisis

En aras de garantizar la calidad y veracidad en la obtención de los datos, la información recopilada fue transcrita por el investigador, después de aplicar los instrumentos. Una vez obtenida la información, se procedió a realizar la integración y codificación de dicha información siguiendo el análisis abierto, el axial y la codificación selectiva (Pitney & Parker, 2009), con el fin de establecer las subcategorías de análisis de la información y en cada fase de análisis, las subcategorías se discutieron entre los colaboradores. Adicionalmente se utilizó la triangulación por teorías, utilizando el modelo ecológico de Bronfenbrenner, con las cuales se desarrollaron las categorías de intrapersonal, interpersonal y organizacional.

Resultados

Basándose en el modelo ecológico, se determinaron en el nivel intrapersonal del Modelo Ecológico, cinco subcategorías que emergieron a partir del estudio: destrezas físicas, salud mental, salud/bienestar, independencia y espiritualidad. En este nivel, se determinó como una subcategoría emergente las destrezas físicas, mostradas a través de las mejorías que perciben los participantes con la actividad física, fortaleciendo sus capacidades e independencia funcional, además de ser personas más auto eficaces y mayores expectativas y adherencia hacia los programas de actividad física.

Al respecto, el participante 2 que menciona:

Mejorar la postura del pie al caminar. Antes como que yo tendía arrastrar y ahora ya sé que es punta-talón, talón-punta, ahora ya sé manejar ese movimiento y me ha hecho muy bien. He tenido momentos como de tambalearme en una escalera y ya no.

A partir del estudio surge también la subcategoría de salud mental, demostrada a través de la motivación, menores niveles de estrés, un mayor estado de ánimo, entre otros factores mencionados por los participantes, que a su vez, han fortalecido sus destrezas conductuales con mayores expectativas e implementación de metas a corto y largo plazo a través de los programas de actividad física en los que participan. El participante 8 expresó: “Yo hago ejercicio y me siento bien con el ejercicio y eso me hace sentir bien porque tengo buena calidad de vida y me agrada el ejercicio y me hace sentir bien”.

En la subcategoría Salud/Bienestar mucho se menciona de la implementación de hábitos saludables que han adaptado y el bienestar al practicar actividad física, lo que les brinda una mejor calidad de vida y promoviendo un envejecimiento activo, por ejemplo, el participante 2 menciona: “El ejercicio ayuda en la salud en el sentido que hay interacción, mejorando todo. Ahí cualquier ejercicio, lo mínimo que sea, le provoca salud, le trae bienestar”. Con respecto a la subcategoría Independencia, participantes sienten más seguridad con la capacidad de actuar en actividades que antes ni siquiera pensaban que podían realizar; esto ha influido directamente en la independencia en sus actividades de la vida diaria por medio de una mayor autoeficacia, por lo que el participante 2 expresa:

Y eso me motivó a mí montones a saber que puedo hacer un montón de cosas que no sabía hacer, la enseñanza de poder usar las máquinas en un gimnasio, fuera de este lugar, que en

cualquier lugar que uno vaya y hay un gimnasio usted puede entrar, y ya no se siente como tonta.

Por último, en la subcategoría de Espiritualidad, participantes resaltan la importancia de coincidir en espacios donde comparten algunos aspectos más allá de la actividad física, como lo es el componente espiritual, el cual les motiva, les une y anima a participar del programa, e incluso muchos durante las clases buscan estos espacios de reflexión independientemente de sus creencias religiosas, como por ejemplo el participante 8 que menciona:

El ejercicio incide prácticamente en todo e incide en cosas muy positivas porque eso lo hace sentir bien físicamente, anímicamente, hasta espiritualmente, porque uno comparte con muchos compañeros hasta en cosas espirituales y eso lo hace sentir a uno muy bien también.

A nivel Interpersonal se obtienen dos subcategorías emergentes: el apoyo familiar y la socialización o apoyo entre pares. Del apoyo familiar se encontró la importancia que le dan al apoyo principalmente de los hijos (as), a través de palabras de aliento, valorando el esfuerzo que hacen, llevándolos a las clases e involucrándose más en actividades físicas extra a las que realizan en el programa. Con respecto al apoyo de sus esposos (as) se mostraron aún más motivados, principalmente si estos participan del mismo programa de actividad física, situación que comparten algunos participantes. Al respecto, el participante 1 expresa:

Yo pienso que el impacto más importante es el apoyo de la familia, el impulso que le dan el ánimo para que no falle en las asistencias a los ejercicios y cada día uno se sienta más tranquilo, con más ganas de seguir avanzando.

Lo que demuestra la importancia que tiene el apoyo de la familia y de cómo puede influir en el éxito o el fracaso al realizar actividad física. Por otra parte, en la subcategoría de apoyo entre

pares, los participantes resaltan la importancia de los espacios de socialización en estos programas, fortaleciendo sus redes de apoyo con los demás participantes y con el instructor quien les sirve de guía y apoyo durante las clases; a través de esto se promueve un mayor disfrute, promoviendo una mayor adherencia a la actividad física. Con respecto a esto el participante 8 afirma:

Las relaciones han sido excelentes, con todos los compañeros y compañeras. Sí por los comentarios y experiencias. Los que no han estado por los comentarios que oyen afuera y los que estamos por lo que hemos vivido, eso nos mantiene aquí y nos gusta.

En el nivel organizacional, se puede determinar la subcategoría de medio ambiente, mencionada a través de las buenas relaciones sociales entre participantes, aunado al excelente espacio físico que posee todas las condiciones para realizar la actividad física; esto genera una buena percepción. El participante 5 menciona: “El medio ambiente ayuda mucho en todas esas actividades y en la vida diaria, porque si vivimos y estamos en un medio ambiente que nos gusta eso nos favorece”. Esto muestra que el desenvolvimiento en determinado ambiente ayuda a que la persona adulta mayor se sienta cómoda y mejore su calidad de vida. Por último, existe una gran subcategoría emergente que es la calidad de vida, la cual abarca los tres niveles descritos del modelo ecológico. Con respecto a esta, las personas participantes mencionan en todo momento que las condiciones físicas, sociales y ambientales promueven y facilitan las mejoras en la calidad de vida, siendo este un aspecto muy integral que abarca a todas las subcategorías de análisis. Al respecto, el participante 7 expresa:

Yo creo que la calidad de vida es muy buena, porque yo veo personas de edad avanzada, que uno los ve haciendo ejercicios que uno diría, Dios mío como puede ser que hagan con las máquinas o cuando se hacen las evaluaciones.

La calidad de vida es importante para las personas adultas mayores que realizan actividad física.

Discusión y Conclusiones

El propósito de esta investigación partió de la pregunta generadora: ¿Cuál es la percepción hacia la actividad física, la calidad de vida, el apoyo social y el medio ambiente, de personas mayores que participan en un programa de actividad física?, utilizando el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner, enfocado en el desarrollo humano a partir de la percepción intrapersonal, interpersonal y el ambiente como una forma de explicar un estilo de vida activo (Monreal y Guitart, 2012); el mismo se utilizó como referente teórico en el proceso de análisis y construcción de las subcategorías, a partir de los niveles intrapersonal, interpersonal y organizacional.

Como hallazgos sobre la percepción acerca de la actividad física, calidad de vida, apoyo social y medio ambiente, además, de seguir la pregunta y el modelo utilizado se encontraron a nivel intrapersonal los constructos del modelo ecológico: destrezas físicas, expectativas, autoeficacia y destrezas conductuales. Según lo expuesto por participantes, se percibieron mejoras en las destrezas físicas, salud mental, bienestar, independencia y la espiritualidad, por lo que evidentemente las expectativas de cada participante fueron amplias con el programa, las cuales se fueron cumpliendo a través de los beneficios que genera la actividad física en sus vidas, generando una mayor adherencia. De suma importancia en los hallazgos de este estudio, está la independencia que perciben los participantes y la seguridad que sienten en la vida cotidiana. Por otra parte, se encontraron aportes válidos en cuanto a las destrezas conductuales que las personas adultas mayores compartieron, especialmente a través de la capacidad de reforzarse y auto monitorearse. Adicionalmente en el ámbito del apoyo social (nivel interpersonal), aparece el constructo del modelaje, el cual evidenció la importancia asignada al instructor como elemento

determinante en sus estilos de vida activos; principalmente, el apoyo entre pares que se presentó como el factor que les ofrecía mayor complacencia, aunado al apoyo familiar. Finalmente, en el nivel organizacional, las personas entrevistadas mostraron la satisfacción de poder participar en grupos que les generan una mayor calidad de vida.

Las destrezas físicas pueden mejorar a través de un programa de actividad física, pues se encontró que las personas adultas mayores percibieron mejoras en su cuerpo, lo cual está relacionado con el estudio de Franco et al. (2015), quienes encontraron que las personas adultas mayores creen que la actividad física mejoraría su estado físico, nivel de fuerza muscular, equilibrio y flexibilidad; a su vez, la reconocen como una estrategia importante para reducir el riesgo de caídas, mejorar la movilidad y retrasar el proceso de envejecimiento. De la misma forma, Baert et al. (2011) hallaron mejoras mediante la aplicación de un programa de resistencia, donde las personas adultas mayores incrementaron la fuerza, el equilibrio, la salud, la función física y previnieron el deterioro. Por esto resulta importante mejorar las destrezas físicas a través de un programa de actividad física, promoviendo un envejecimiento activo. Herrera Monge et al. (2019) comprobaron que las destrezas físicas y motoras se van perdiendo conforme avanza el proceso de envejecimiento; sin embargo, existen diferentes niveles de deterioro, fundamentalmente definidos por aspectos sobre el estilo de vida, como la alimentación, el nivel de actividad física, ejercicio o deporte que se practique, y las distintas maneras de afrontar los problemas.

Estudios como los de Figueroa et al. (2013), Jiménez Oviedo et al. (2013), Saüch y Castañer (2014) y Lavedán Santamaría et al. (2015) refuerzan los resultados de este estudio, pues encontraron mejoras en la capacidad aeróbica, fuerza muscular, flexibilidad, disminución del riesgo de caídas, además, que a través de los programas de actividad física; las personas participantes aprendieron nuevas habilidades motrices que desconocían y esto generó estilos de

vida más activos, ya que una persona que se desenvuelva en un ambiente más activo generará un cambio de conducta que le permitirá motivarse, estructurarse y acoplarse al mismo, esto como parte del modelo ecológico de Bronfenbrenner (Monreal y Guitart, 2012).

La percepción que tengan las personas adultas mayores con respecto a la actividad física puede crear barreras para su práctica o, por el contrario, puede generar una mayor adherencia, creando mayores expectativas, independencia y motivación. Además, se encuentran barreras como las lesiones o pérdida de las capacidades físicas, ocasionando molestias durante esta práctica, principalmente cuando son sedentarios e inician un programa. Schutzer & Graves (2004) explican que todavía hay incertidumbre sobre las estrategias más efectivas para influir en la adherencia a largo plazo, esos dominios se pueden clasificar como motivadores o barreras al hacer actividad física como: salud, ambiente, conocimiento, el consejo médico y ejercicio realizado desde la infancia y motivadores como: autoeficacia, la supervisión o guías, las diferencias individuales y la música.

Baert et al. (2011) identificaron 92 factores motivadores de las personas adultas mayores al participar de un programa de actividad física, reforzando lo hallado en este estudio, dentro de los cuales mencionaron: mayor capacidad de completar actividades de la vida diaria, evitar el deterioro, disminución del riesgo o miedo de caerse, disminuir el aislamiento teniendo más relaciones y compromisos, tonificación, estado de alerta, mayor concentración, estimulación de la mente, entre otros. Morín (2014) mencionó los beneficios que genera la actividad física, pues las percepciones emocionales son positivas durante y después de esta práctica, contribuyendo a una autopercepción de salud física y mental positiva. Por otra parte, Borrelli (2011) encontró que la adhesión a la práctica de actividad física repercute sobre las actividades de la vida diaria, lo que da por resultado personas adultas mayores más independientes. Porras-Juárez et al. (2010), Mora

et al. (2004), Cohen-Mansfield et al. (2003) han demostrado que las personas adultas mayores perciben la actividad física como importante para su salud; sin embargo, involucran aspectos emocionales y de socialización debido a que algunos factores intrínsecos como la edad, ocupación, estado civil y el proceso fisiológico del envejecimiento repercuten en la participación social.

Diversos estudios muestran los factores que limitan la práctica de actividad física, como Baert et al. (2011), quienes hallaron 29 barreras como: el miedo a verse musculosos, percibir el riesgo de un ataque cardíaco o accidente cerebrovascular, mala salud, dolor, cansancio, falta de tiempo, poco apoyo familiar, obligaciones laborales, la falta de programas adecuados para la edad, entre otros. Franco et al. (2015) también encontraron que participantes vivieron sensaciones desagradables como dolores musculares, dolor en el pecho, falta de aliento, mareos, entre otros y estos influyeron físicamente en el comportamiento de la actividad. Se percibió la actividad física como emocionalmente exigente y la de alta intensidad se consideró angustiante e intolerable; en contraste con la inactividad, que se reconoció ocasionalmente como un agravante para el dolor existente, y algunos participantes permanecieron físicamente activos para enfrentar o aliviar el dolor. Estas barreras o percepciones negativas se encontraron en 37 estudios, según los cuales participantes temían caerse y mantener graves lesiones durante la actividad física, además de falta de confianza para hacer las actividades con independencia. Aunado a lo anterior, participantes expresaron desinterés por la actividad física, puesto que creían que no obtendrían beneficios en su salud, sin embargo, otros reconocían los beneficios de la actividad física, pero su baja motivación les impidió participar en tales actividades, pues creían que era innecesaria e incluso sintieron que la salud inevitablemente se deterioraba con el envejecimiento y que la actividad física no podría retrasar este proceso natural (Franco et al. 2015), contrastando con este estudio, pues ninguna de estas barreras fue determinada por participantes.

Las destrezas conductuales pueden desarrollarse en función del establecimiento de metas al practicar actividad física, pues participantes indicaron que, de acuerdo con las mejoras físicas (observadas a través de evaluaciones en las clases), podían establecer metas personales a corto y largo plazo, que les benefician a nivel físico, psicológico y social. Hofmann et al. (2013) mencionaron que el autocontrol hace referencia a la habilidad que tiene un individuo de manejar su propio comportamiento, al ajustar sus metas, monitorearlas y al recompensarse a sí mismo cuando las cumple. Zea Herrera (2012) descubrió que las personas mayores mencionan metas a largo plazo, menos ambiciosas y más vinculadas al presente, dentro de estas destacan dos tipos de metas: las focalizadas en la salud y las focalizadas en alcanzar o sostener una situación de bienestar emocional óptima.

Cuando se trabaja con personas adultas mayores es importante que sientan y vivencien los cambios que experimentan al obtener una vida activa; al respecto, Franco et al. (2015) concuerdan con los hallazgos de este estudio en el ámbito de la actividad física, pues las personas adultas mayores le asignan importancia a percibirse más capaces de moverse en el entorno cotidiano. Evidentemente, el saberse con mayores posibilidades para disfrutar una vida en movimiento, se integra a las expectativas positivas que han desarrollado en la construcción de un estilo de vida más saludable, este se fortalece constantemente por las vivencias, creencias y conocimiento que es percibido como una mejor salud general, un mejor estado de ánimo y con niveles bajos de estrés (Morín, 2014). Estos hallazgos son apoyados por Díaz et al. (2002), Aparicio García-Molina et al. (2010) y De Juanas Oliva et al. (2013), quienes hallaron una disminución de estrés, ansiedad y depresión, incremento del performance mental, habilidad para concentrarse, mejora de la autoimagen, autoconfianza, entre otros. Por su parte, Jiménez Oviedo et al. (2013) determinaron que la actividad física produce beneficios a nivel socio afectivo, los

cuales generalmente se relacionan con el hecho de sentirse bien y disminuir el consumo o adicción a medicamentos.

También, las mejoras a nivel físico, les provoca sentimientos de bienestar y disfrute, cambios apoyados por estudios como el De Juanas Oliva et al., (2013) y Cabanillas et al. (2011) quienes hallaron que las personas adultas mayores suelen mostrar niveles de bienestar subjetivos mayores que, inclusive, personas jóvenes; además, que el estado de salud percibido y los hábitos saludables como una dieta adecuada e higiene o la actividad física influyen en cómo se sienten las personas adultas mayores consigo mismas, muestran mayor vitalidad y autorrealización. Contrario a los hallazgos de este estudio, el constructo de autoeficacia ha resultado ser relevante en algunas revisiones sistemáticas, especialmente el que concierne al modelaje que las personas que instruyen, brindan a participantes, cuya buena relación motivó a participantes a continuar haciendo ejercicio en grupo, especialmente por la creencia en la guía de esos profesionales que propiciaba prácticas seguras (Franco et al., 2015). El que profesionales en salud física sean percibidos, no solo como modelos sino como guías en la construcción de autopercepción, en el establecimiento de vínculos interpersonales entre los miembros del grupo y a la automotivación colectiva, la autoconfianza de las personas, la autonomía y contribución con una mejor apreciación de los beneficios de la actividad física, es un elemento por considerar en la implementación de las intervenciones en estas edades (Morín, 2014).

La autoeficacia influye en el entendimiento de los estados emocionales y mentales, pues diversos estudios (Arias y Pavón, 2012; Enríquez et al. 2016, como se citaron en Herrera Monge et al., 2019; y Picorelli et al. 2014); propiamente en este estudio se ha demostrado que cuando las personas adultas mayores tienen una elevada autoeficacia, aumenta la confianza que tienen sobre sus capacidades, esto se asocia con una mayor participación en actividades físicas,

independientemente de su edad o de la pérdida de capacidades, facilitando la conciencia de las habilidades propias, su motivación al participar y constituye un requisito fundamental para el cumplimiento de objetivos. También es apoyado por Rice et al. 2002, como se citó en Pavón, 2015, quienes hallaron que las creencias sobre la eficacia son fundamentales para el desarrollo individual por el impacto que poseen en las propias creencias, emociones y comportamientos.

Por otra parte, en la subcategoría espiritual existen similitudes con el estudio de Ocampo et al. (2006), donde se determinó que la mayoría de participantes de su estudio, poseían alguna religión y que las personas menos deprimidas eran las que oraban al menos una vez al día en comparación con quienes tenían depresión, o no oraban, además determinaron que la espiritualidad puede influenciar de manera positiva en la salud, ya que las personas perciben un mejor apoyo social, tienen mayores actitudes para el cumplimiento, cuidado corporal, tienen menores niveles de depresión, ansiedad y estrés.

En la categoría interpersonal, se parte de las buenas relaciones sociales que se han desarrollado a través del programa y del apoyo familiar, en palabras de positivismo y motivación, de igual forma, el acompañamiento que los hijos y las hijas brindan. Diversos estudios se comparan como el de Borrelli (2011), quien determinó que la contención afectiva, el cuidado y la atención familiar tienen una estrecha relación con la parte motriz. Franco et al. (2015) mencionan que participantes consideraron el apoyo de otras personas como esencial, este apoyo incluyó aliento verbal, transporte o equipo de ejercicio proporcionado por personas amigas y familiares. Otros estudios han demostrado que el soporte social recibido de la familia, principalmente de hijos o hijas, está asociado con la utilidad del tipo de soporte ofrecido y uno de los efectos positivos que ejerce la familia sobre la salud de las personas adultas mayores se relaciona con el hecho de que este soporte tiende a reducir los efectos negativos del estrés en la salud mental, es decir que el

apoyo que le dan los hijos, hijas o la pareja a las personas adultas mayores contribuye con un aumento en el sentido de control personal, influenciando positivamente el bienestar psicológico (Vera Noriega et al., 2009).

Algunas personas adultas mayores en este estudio mencionaron la importancia de participar con sus parejas en el programa y que esto les genera una vida más activa, algo relacionado con los estudios de Arias y Polizzi (2012); Polizzi y Arias (2014), como se citaron en Herrera Monge et al., 2019, quienes hallaron que el vínculo con la pareja al realizar actividad física se ha identificado como un elemento que les brinda mayor satisfacción, además, se ha demostrado que aquellas personas adultas mayores que viven rodeadas de su familia, pareja e hijos (as) presentan mayor nivel de salud general, en comparación con quienes viven en soledad.

Botero de Mejía y Pico Merchán (2007) encontraron que el apoyo que se da entre las personas adultas mayores y sus familias están basados principalmente en orientaciones valorativas sobre la unidad familiar y la interdependencia y que, a pesar de la edad, las redes familiares suelen mantenerse estables si son recíprocas. Además, las personas adultas mayores que conviven con sus familias presentan altos niveles de adherencia, salud mental, física y emocional en comparación con aquellos que viven solos (Vivaldi y Barra, 2012). Esto está relacionado con este estudio, pues muestra la influencia de familiares sobre la percepción que poseen las personas adultas mayores en su motivación e interés y la adherencia que provoca hacia la práctica de la actividad física. Vera (2007) demostró que la representación social del significado de calidad de vida en personas adultas mayores es tener paz, tranquilidad en su vida cotidiana; es ser cuidado y protegido por la familia, con dignidad, afecto, respeto personal y por sus bienes materiales, ayudándole a lograr sus metas, permitiéndole ejercer su derecho de libre expresión, comunicación, de decisión.

Otro constructo importante a nivel interpersonal son las relaciones de apoyo entre pares pues, según quienes participaron, el proyecto debe generar espacios de socialización, que es un componente importante para la adherencia a la práctica de la actividad física. Esto es apoyado por Franco et al. (2015) quienes hallaron que participantes de 84 estudios valoraron el contacto social y disfrutaban ver a sus vecinos o familiares cuando realizaban actividad física grupal, a medida que ganaban sentido de pertenencia, disfrute y establecían amistades. Horne & Tierney (2012) hallaron que el apoyo entre pares les ayudó a emprender y posteriormente adherirse a un programa de actividad física; por lo tanto, generar normas grupales puede producir beneficios positivos al alentar a una persona a estar activa.

Diversos estudios refuerzan el apoyo entre pares como los de Leyton Román et al. (2013) y Saüch y Castañer (2014), quienes encontraron que una buena relación social es positiva para la continuidad en la práctica y permite que haya un mayor disfrute de la actividad, además, Jiménez Oviedo et al. (2013) hallaron que la actividad física aumenta el contacto y la participación social. Cabanillas et al. (2011) determinaron que en personas adultas mayores la adherencia a la práctica a veces emerge de la guía y recomendaciones de otros; es decir, el apoyo social puede tener un impacto positivo sobre la conducta y sentimientos hacia la actividad física. Por otra parte, De Juanas Oliva et al. (2013) evidenciaron que las personas adultas mayores que no salen con otras tienen menos posibilidades de hablar sobre sus problemas y además estas relaciones interpersonales actúan sobre el bienestar psicológico positivamente. Las personas adultas mayores deben contar con un adecuado apoyo social, el cual debe ser una prioridad en los objetivos planteados por un programa dirigido a esta población. Es indispensable disponer de apoyos sociales variados por parte de la familia, amistades, las organizaciones, los programas comunitarios, entre otros; para crear un entorno favorable y propiciar ambientes más activos

(Herrera Monge et al., 2019), lo que demuestra que el mantener una conducta o adherirse a una conducta activa está determinado por el apoyo entre pares, según el modelo de análisis ecológico.

En cuanto al nivel organizacional, este estudio se compara con Baert et al. (2011), quienes encontraron que los programas comunales ofrecen una mayor motivación, especialmente aquellos que garantizan un fácil acceso y algún incentivo debido al intercambio social, como lo expresaron participantes de este estudio; adicionalmente, se halló una percepción positiva de participantes con respecto al espacio donde realiza la actividad física y con el entorno que perciben de sus compañeros. Sánchez González (2015) demostró que se considera necesario un abordaje interdisciplinario del análisis ambiental tanto físico, como social en un ambiente físico, social y de envejecimiento en personas adultas mayores. El autor también menciona una relación importante entre el ambiente y el envejecimiento, pues la forma de envejecer dependerá en gran medida del lugar donde se vive y la estimulación psicosocial que reciben; el estudio anterior muestra similitudes con la subcategoría de medio ambiente, pues los participantes de este estudio perciben que el ambiente les beneficia mucho en la práctica de actividad física.

La subcategoría de calidad de vida podría delimitarse en algunos de los niveles del modelo ecológico: intrapersonal, interpersonal y organizacional. Botero de Mejía y Pico Merchán (2007) consideran factores importantes para la calidad de vida: las relaciones familiares, el apoyo social, la salud en general, el estado funcional y la disponibilidad; y han sugerido que la calidad de vida puede variar de acuerdo con la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia, pero también hay factores socioeconómicos y la escolaridad que resultan importantes, pero no determinantes sobre las personas adultas mayores.

Se concluye que la percepción de las personas adultas mayores sobre la participación diaria en actividades físicas puede generar una mayor expectativa y adherencia hacia estos programas de

actividad física, por los beneficios que estos les brindan en sus vidas, ya que puede aumentar sus capacidades físicas (destrezas), así como la oportunidad de lograr un impacto positivo en la salud mental, el disfrute, el bienestar y la espiritualidad. La actividad física diaria promueve la independencia funcional, la seguridad y la motivación en las personas adultas mayores. Las evaluaciones en los programas de actividad física son importantes para el desarrollo de las destrezas conductuales, lo que permite la implementación de metas a corto y largo plazo, facilita la motivación y el desarrollo integral de las personas adultas mayores.

El apoyo familiar es importante en la adherencia a la actividad física, principalmente por parte de hijas e hijos, a través de palabras positivas y el acompañamiento en un programa organizado. El acompañamiento en parejas genera una motivación en ambas vías. Además, el apoyo entre pares resulta fundamental para las personas adultas mayores dentro de un programa de actividad física, pues aumenta la satisfacción y disfrute de las actividades físicas.

El medio ambiente en donde se desarrolla el programa de actividad física es un factor fundamental en la adherencia y se debe adecuar a las necesidades de la población; de lo contrario, podría ser más bien una barrera para la práctica de la actividad física en personas adultas mayores.

Referencias

- Aparicio García-Molina, V. A., Carbonell Baeza, A. y Delgado Fernández, M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. 10(40), 556-576. <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista40/artbeneficios181.htm>
- Baert, V., Gorus, E., Mets, T., Geerts, C. & Bautmans, I. (2011). Motivators and barriers for physical activity in the oldest old: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 10, 464-474. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.04.001>
- Barrera-Algarín, E. (2017). Actividad física, autoestima, y situación social en personas mayores. *Revista de Psicología del deporte*, 37(4), 10-16. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235152047003>
- Borelli, B. (2011). Condición motriz y calidad de vida en adultos mayores. *Revista calidad de vida*, 3(6), 69-81. http://cienciared.com.ar/ra/usr/41/1184/calidaddevidauflo_n6pp69_81.pdf
- Botero de Mejía, B. E. y Pico Merchán, M. E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la promoción de la salud*, 12, 11-24. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
- Cabanillas, E., Barcina, P., de la Llave, M. J., Laguna, M. y Aznar, S. (2011). El esquema de la actividad física con mapas mentales en personas mayores. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 6(1), 31-46. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311126240004>
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S. & Guralnik, J. M. (2003). Motivators and barriers to exercise in an older community-dwelling population. *Journal of Aging and Physical Activity*, 11(2), 242-253. <https://psycnet.apa.org/record/2003-00397-006>
- De Juanas Oliva, A., Limón Mendizábal, M. R. y Navarro Asencio, E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 22, 153-168. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=135031394011>
- Díaz, V., Díaz, I., Acuña, C., Donoso, A. y Nowogrodsky, D. (2002). Evaluación de un programa de actividad física en adultos mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(2), 87-92. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X02747835>
- Figuroa, Y., Ortega, A. M., Plaza, C. H. y Vergara, M. J. (2013). Efectos de un programa de intervención en la condición física en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Cali en 2013. *Ciencia & Salud*, 2(8), 23-28. <http://revistas.usc.edu.co/ojs/index.php/CienciaySalud/article/download/382/333/>

- Franco, M. R., Tong, A., Howard, K., Sherrington, C., Ferreira, P. H., Pinto, R. Z. & Ferreira, M. L. (2015). Older people's perspectives on participation in physical activity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *British Journal of Sports Medicine*, 49(19), 1-9. <https://www.researchgate.net/publication/270891366>
- Herrera Monge, M. F., Salas Cabrera, J., Fonseca Schmidth, H., Alonso Ubieta, S. y Álvarez Bogantes, C. (2019). Percepción de la persona adulta mayor acerca de los factores que determinan la participación al predeportivo voliocho del Cantón de Santo Domingo de Heredia, Costa Rica. *Revista MHSalud*, 16(1), 1-17. <https://doi.org/10.15359/mhs.16-1.2>
- Hofmann, W., Luhmann, M., Fisher, R. R., Vohs, K. D. & Baumeister, R. F. (2013). ¿Yes, but are they happy? Effects of trait self-control on affective well-being and life satisfaction. *Journal of Personality*, 82(4), 265-277. <https://Doi.org/10.1111/jopy.12050>
- Horne, M. & Tierney, S. (2012). What are the barriers and facilitators to exercise and physical activity uptake and adherence among South Asian older adults: A systematic review of qualitative studies. *Preventive Medicine*, 55, 276-284. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S009174351200326X>
- Jiménez Oviedo, Y., Núñez, M. y Coto Vega, E. (2013). La actividad física para el adulto mayor en el medio natural. *Intersedes*, 14(27), 168-181. <https://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/666/66627452009/1>
- Lavedán Santamaría, A., Jürschik Giménez, P., Botigué Satorra, T., Nuin Orrio, C. y Viladrosa Montoy, M. (2015). Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. *Atención Primaria*, 47(6), 367-375. <https://core.ac.uk/download/pdf/82453944.pdf>
- Leyton Román, M., Jiménez Castuera, R., Naranjo Orellana, J. N., Castillo Garzón, M. y Morenas Martín, J. (2013). Aplicación de un programa motivacional para promocionar la actividad física en adultos y mayores. *Archivos de medicina del deporte*, 30(1), 25-33. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4538523>
- Martínez del Castillo, J., Jiménez-Beatty, J. E., Graupera, J. L. y Rodríguez, M. L. (2006). Condiciones de vida socialización y actividad física en la vejez. *Revista Internacional de Sociología*, 64(44), 39-62. <http://www.acuedi.org/ddata/10402.pdf>
- Monreal, M. y Guitart, M. (2012) Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner. *Revista Contextos Educativos*, 15, 79-92. <https://publicaciones.unirioja.es/ojs/index.php/contextos/article/view/656/619>
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G. y Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *Revista MHSalud*, 1(1), 1-12. <http://www.redalyc.org/pdf/2370/237017928002.pdf>

- Morín, V. M. (2014). *Percepción de los factores que condicionan la realización de actividad física en personas entre 45 y 75 años: una interpretación a partir del modelo de promoción de la salud de Pender* [Tesis Doctoral, Universidad de Barcelona]. https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/284034/VMF_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ocampo, J. M., Romero, N., Saa, H. A., Herrera, J. A. y Reyes-Ortíz, C. A. (2006). Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. Cali, Colombia, 2001. *Colombia Médica* 37(2), 26-30. <http://www.redalyc.org/pdf/283/28337905.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Pavón, M. (2015). Autoeficacia percibida. *Revista Kairós Gerontología*, 18(20), 103-120. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/29194/20401>
- Picorelli, A. M. A., Pereira, L. S. M., Pereira, D. S., Felício, D. & Sherrington, C. (2014). Adherence to exercise programs for older people is influenced by program characteristics and personal factors: A systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 60(3), 151-156. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2014.06.012>
- Pitney, W. A. & Parker, J. (2009). *Qualitative research in physical activity and the health professions*. Human Kinetics.
- Porras-Juárez, C., Grajales-Alonso, I., Hernández-Cruz, M. C., Alonso-Castillo, M. M. y Tenahua-Quitl, I. (2010). Percepción del adulto mayor acerca de los beneficios, barreras y apoyo social para realizar actividad física. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(2), 127-132. <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=36954>
- Sánchez González, D. (2015). Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía. Implicaciones socioespaciales en América Latina. *Revista de Geografía Norte Grande*, 60, 97-114. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rgeong/n60/art06.pdf>
- Saüch, G. y Castañer, M. (2014). Observación de patrones motrices generados por los programas de actividad física de la tercera edad y la percepción de sus usuarios. *Revista de Psicología del Deporte*, 23(1), 181-190. <http://www.redalyc.org/pdf/2351/235129571023.pdf>
- Schutzer, K. A. & Graves, B. S. (2004). Barriers and motivations to exercise in older adults. *Preventive Medicine*, 39(5), 1056-1061. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15475041>

- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(3), 284-290. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832007000300012
- Vera Noriega, J. A., Laborín Álvarez, J. F., Domínguez Guedea, M. T., Parra Armenta, E. M. y Padilla, M. E. (2009). Locus de control, autoconcepto y orientación al éxito en adultos mayores del norte de México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(1), 119-135. <http://www.redalyc.org/pdf/292/29214109.pdf>
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n2/art02.pdf>
- Wilson-Escalante, L. K., Sánchez-Rodríguez, M. A. y Mendoza-Núñez, V. M. (2009). Sedentarismo como factor de riesgo de trastornos depresivos en adultos mayores. Un estudio exploratorio. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 52(6), 244-247. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2009/un096b.pdf>
- Zafra-Tanaka, J. H., Millones-Sánchez, E. y Retuerto-Montalvo, M. A. (2013). Factores sociodemográficos asociados a actividad física y sedentarismo en población peruana adulta. *Revista Peruana de Epidemiología*, 17(3), 1-6. <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203129459006.pdf>
- Zea Herrera, M. (2012). *Metas evolutivas y representaciones del futuro en personas mayores sanas y con enfermedades crónicas*. [Tesis Doctoral, Universidad de Valencia]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=73391>

Anales en Gerontología

Número 15, Año 2023/ 25-47

ISSN: 2215-4647
Artículo

SOCIOPERCEPCIÓN RETROSPECTIVA DE LA VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DE SANTIAGO TIANGUISTENCO, MÉXICO

RETROSPECTIVE SOCIOPERCEPTION OF OLD AGE AND AGING OF OLDER PEOPLE IN SANTIAGO TIANGUISTENCO, MÉXICO

Karla Itzel Ramírez Lagunas¹, Thelma Michelle Urbina Valencia², Areli Fuentes Soriano³

Recibido:28-03-2023 Corregido:15-09-2023 Aceptado:25-11-2023

¹ Licenciatura en Gerontología.

Afiliación institucional: Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México, Estado de México, México. E-mail karlalagun04@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0150-4764>

² Licenciatura en Gerontología.

Afiliación institucional: Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México, Estado de México, México. E-mail: michellevalencia856@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6474-7574>

³ Maestría en Administración de hospitales y Salud Pública.

Afiliación institucional: Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México, Estado de México, México. E-mail: areluska8012@outlook.es ORCID: <https://orcid.org/0000-001-9835-6168>

RESUMEN

La sociopercepción es el proceso por el cual la sociedad se forma la primera impresión de una persona, esto procedente de los fenómenos sociales que intervienen en la relación entre individuos y sociedad, derivado de lo anterior, el presente estudio tiene como objetivo analizar la percepción social retrospectiva de la vejez y el envejecimiento en las personas mayores del municipio de Santiago Tianguistenco. Tomando un enfoque cualitativo y haciendo uso del método de representaciones sociales, se tuvo una muestra de 14 personas entre 60 y 70 años, empleando entrevistas semiestructuradas a la población, sustentándose en la ley general de salud. Dentro de los resultados más predominantes se resaltó a la vejez como algo negativo, frecuentemente acompañada de enfermedades, además de la unificación del concepto de vejez y envejecimiento; por tanto, se concluyó que las experiencias, la forma de vida y las relaciones sociales son aspectos encargados de formar la sociopercepción retrospectiva de la vejez y el envejecimiento.

PALABRAS CLAVE: Vejez, envejecimiento, percepción, retrospectiva.

ABSTRACT

Socioperception is the process by which society forms the first impression of a person, this coming from the social phenomena involved in the relationship between individuals and society, derived from the above, the present study aims to analyze the retrospective social perception of old age and aging in the elderly of the municipality of Santiago Tianguistenco. Taking a qualitative approach and using the method of social representations, a sample of 14 people between 60 and 70 years old was taken, using semi-structured interviews to the population, based on the general health law. Among the most predominant results, old age was highlighted as something negative, frequently accompanied by diseases, in addition to the unification of the concept of old age and aging; therefore, it was concluded that experiences, way of life and social relations are aspects in charge of forming the retrospective socioperception of old age and aging.

KEY WORDS: Old age, aging, perception, retrospective.

Introducción

La palabra *vejez* viene de la voz latina *vetus*, que se deriva de la raíz griega *etos* que significa “años”, “añejo” (Ramos et al., 2009). En general, es considerada como una construcción social que cambia de acuerdo a las circunstancias de las sociedades, sus valores y aspiraciones como colectivo, por lo que la vivencia de la vejez es interpretada de formas distintas.

Cabe mencionar que existen diferentes teorías que explican a la vejez como una construcción social, tal es el caso de la teoría de la actividad, la cual plantea que el concepto está relacionado directamente con los roles y tareas que se desempeñan en esta etapa, por ejemplo, la jubilación, viudez, ser abuelo o no serlo, la dependencia o la independencia; por tanto, el bienestar en la edad avanzada depende de que se desarrolle una actividad considerable en los roles recientemente adquiridos.

Contraria a la teoría de la actividad, la teoría el desenganche argumenta que la desvinculación es inevitable durante la vejez, ya que va acompañado de una disminución gradual del interés por las actividades y los acontecimientos sociales del entorno de las personas adultas mayores (Merchán & Cifuentes, 2011).

Una teoría que también respalda al concepto de vejez es el interaccionismo simbólico, en donde se plantea que diferentes grupos de población están frecuentemente modelados por la interacción social, en la cual se aprenden los significados y los símbolos que les permiten ejercer su capacidad de pensamiento humano, a su vez, permiten a las personas actuar e interactuar de una manera distintivamente humana, además, las pautas entrelazadas de acción e interacción constituyen los grupos y las sociedades (Gadea, 2018).

Con tal sustento de las teorías anteriores se puede reconocer aún más a la vejez como un concepto social, ya que depende directamente de las interacciones, del comportamiento y roles adquiridos a partir de lo que se reconoce como la tercera edad.

Ahora bien, el envejecimiento es entendido como un proceso que ocurre a lo largo de la vida, siendo este gradual y adaptativo, con múltiples aristas, complejo y de importancia creciente en todo el mundo (Martínez et al., 2018); sin embargo, sería errado mencionar que es un proceso homogéneo, ya que difiere de sujeto en sujeto, desde el nacimiento hasta la vejez intervienen diferentes esferas tales como la biológica, psicológica y social; es precisamente la interacción individual entre estas esferas la que no permite una homogeneidad en el proceso de envejecimiento, dicho de otra forma, lo vuelven un proceso único e irrepetible, factores como el nivel socioeconómico, nivel educativo e intelectual son los que también juegan un papel importante en el tipo de envejecimiento, una persona que tiene una mayor solvencia económica tiene más acceso a servicios de salud más avanzados en comparación a otras que no la tienen.

Es importante señalar que este proceso es un descenso gradual de las capacidades físicas, mentales y sociales debido a la acumulación de daños moleculares y celulares que se dan a lo largo de la vida, esto trae como consecuencia un aumento en el riesgo de padecer enfermedades que pueden traer como resultado la muerte (Saramago, 2019). En este sentido, este grupo de población es vulnerable a percepciones sociales que se hacen debido a las características que tienen, pues frecuentemente se relaciona a la vejez como sinónimo de enfermedad, aunque existen otras opiniones donde la experiencia es prevalente en esta etapa.

La percepción en torno a la vejez y el envejecimiento es y ha sido diversa a través de los años, de manera que está relacionado con el contexto social en el que se desarrolla, a lo que influyen directamente los servicios de salud, las relaciones sociofamiliares, redes de apoyo, estatus

social, cultura, alimentación, actividad física, herencia genética, vida laboral, la economía, la región, ubicación geográfica, bienes y servicios, religión y las creencias o ideologías individuales. Frecuentemente, la percepción social de la vejez está determinada por los juicios que hacemos sobre las características de las personas, en este sentido se han mantenido dos ideas ambiguas, una asegura que es una etapa de la vida en la que prevalece el beneficio de la experiencia, la otra que se trata de una etapa de pérdidas e incluso considerada como sinónimo de enfermedad (Instituto Nacional de las Personas Mayores [INAPAM], 2019).

Es fundamental investigar la retrospectiva social de la vejez y envejecimiento en las personas adultas mayores, pues su situación es más compleja que la de aquellos que aún no llegan a esta etapa, ya que la interacción con las personas jóvenes y ancianas a lo largo de su vida influyen en su forma de ver, entender, vivir y experimentar el proceso de envejecimiento, aislándolo del concepto de vejez como una etapa socialmente impuesta para, de esta forma, poder comprender y analizar aquellos factores que influyen en la percepción de estos aspectos, así mismo se trasmite aquella heterogeneidad de la percepción retrospectiva social de la vejez y el envejecimiento en las personas adultas mayores, dado que la constante transición social y demográfica repercute en todos los entornos.

Inicialmente, se debe dejar claro el concepto de retrospectiva, en sí misma significa mirar hacia atrás, contemplar, dirigirse al pasado (Norman, 2001, como se citó en Estayno et al., 2015), ahora bien, desde el punto de vista de esta investigación, hablar de retrospectiva en las personas adultas mayores es darles la oportunidad para reflexionar y obtener una retroalimentación de un proceso, tomando en cuenta los aspectos positivos y negativos del mismo, contemplando como ejemplo la vida misma cuando, en la juventud, es prescindible pensar en la vejez, y en la vejez se le resta importancia al análisis de proceso de envejecimiento por lo que, para las personas adultas

mayores, la retrospectiva brinda la oportunidad de analizar su propio proceso de envejecimiento y su transición a la etapa de vejez, logrando así un diagnóstico hacia su propia conciencia, posicionándolos en una situación poco recurrente en etapas anteriores, es decir que se hace una reminiscencia de su trayectoria vital de forma poco ocasional.

Teniendo claro el concepto de retrospectiva y su importancia en el grupo de población estudiado, se puede dar pauta al análisis de la población envejecida en Santiago Tianguistenco

En 1990, la población de 60 años y más representaba el 6.4 % de la población total, proporción que aumentó a 9.9% en 2010 y alcanzará 21.5% en el año 2050 (González, 2015). Tan solo en el 2020, Santiago Tianguistenco contaba con aproximadamente 23,471 habitantes de los cuales poco más del 11% eran personas mayores de 60 años y más (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020). Las personas adultas mayores (en México consideradas aquellas personas de 60 años en adelante) han aumentado en términos absolutos y relativos en el municipio. Actualmente, este municipio tiene abundante población de personas con 60 años o más, y a futuro se espera que sea aún más predominante debido a la transición demográfica, histórica y cultural que se ha presentado derivado de la percepción en torno de la vejez y envejecimiento.

El presente estudio aborda la sociopercepción retrospectiva que engloba a la vejez y el envejecimiento, el cambio de percepción que tienen las personas adultas mayores con respecto a su envejecimiento desde el punto de vista que tenían en su juventud, las similitudes de las ideologías o creencias acerca de la perspectiva de la vejez y envejecimiento, y la influencia de la interacción con jóvenes en el cambio de dicha perspectiva. El objetivo de este estudio es analizar la percepción social retrospectiva de la vejez y el envejecimiento en las personas adultas mayores del municipio de Santiago Tianguistenco de Galeana en el 2021.

Metodología

La presente investigación tiene un enfoque cualitativo y se usó el método de representaciones sociales, las cuales forman parte del conocimiento de sentido común y son una vía para que el sujeto comprenda su realidad (Cuevas y Mireles, 2016). La selección de informantes se efectuó por medio del muestreo de bola de nieve, dado que no se conocía a la población con la que se estaría trabajando, de esta forma se localizaron a algunos individuos y estos condujeron a otros y a su vez estos a otros hasta lograr la saturación de datos.

La recolección de datos se llevó a cabo en los domicilios de las personas adultas mayores, marcando como referencia de edad 60 años y más, habitantes de la cabecera municipal de Santiago Tianguistenco de Galeana, Estado de México. Para esto se realizó una guía de entrevista, la cual se encuentra estructurada por 17 preguntas detonadoras que permitieron la realización de siete categorías y 12 subcategorías construidas a partir de los datos obtenidos, previo a eso se dio a conocer el propósito del trabajo de investigación, se mencionó el uso de la grabadora o dispositivo móvil para la recolección de datos y se dio lectura al consentimiento informado que debió ser aceptado y firmado por cada participante.

Al finalizar la recolección de entrevistas, fueron transcritas con las propias palabras del entrevistado, dando pauta a un análisis, categorización y codificación de resultados que se diseñó considerando las necesidades percibidas de la información obtenida abarcando temas como: concepto de vejez, concepto de envejecimiento, perspectiva desde la vejez, perspectiva desde la juventud, trato a las personas adultas mayores, influencia social y el cómo es ser viejo.

Para fundamentar en consentimiento informado y el trabajo de investigación, se fundamentó en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM, 2022), el

Artículo 100 de la Ley General de Salud y reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud.

Resultados

La selección de categorías estuvo basada en la “Teoría de las representaciones sociales” de Serge Moscovici, pues no son sólo productos mentales, sino que son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales; no tienen un carácter estático ni determinan inexorablemente las representaciones individuales.

Las personas entrevistadas estuvieron en un rango de edad de 60 a 76 años, en donde hubo mayor participación del género femenino, mientras que el género masculino se mostró renuente en la participación; por otro lado, la mayoría contaba con pareja, mientras que una minoría eran viudos o separados, la totalidad de la muestra se dedica al comercio informal en el municipio, cuentan con estudios de nivel básico, son personas completamente funcionales, sin presencia de deterioro cognitivo aparente y con la capacidad de generar sus propios ingresos; sin embargo, la situación económica es variada y depende de diferentes factores, como el apoyo familiar, con el cual no se encuentra muy presente en la mayoría de personas entrevistadas.

A continuación, se describen las categorías establecidas de la información obtenida mediante las entrevistas aplicadas, iniciando con el concepto de vejez, en donde se abarcan los pensamientos e ideales que se tiene acerca de la última etapa de la vida, es decir, aquel fenómeno complejo que puede ser analizado desde diferentes perspectivas, diferenciándolo del envejecimiento; seguida del concepto de envejecimiento, el cual se refiere al entendimiento sobre el proceso de crecimiento diferenciándolo de la vejez como una etapa de construcción social; otra de las categorías es la perspectiva desde la vejez, seguida de la perspectiva desde la juventud, la primera abordando aquellas expresiones verbales e ideología de la edad como el comienzo de la

vejez y cambios de la forma de envejecimiento, relación con el estado de salud, mientras que la segunda habla de la ideología de la clasificación de ser viejo, envejecimiento como algo negativo; posteriormente, se estableció la categoría del trato a las personas adultas mayores, que contiene la perspectiva actual de la persona adulta mayor y la comparación de su trato hacia las personas mayores en su juventud; siguiendo el orden, se encuentran las últimas dos categorías, la influencia social, la cual engloba el comportamiento de la sociedad hacia la persona adulta mayor y el comportamiento del mismo hacia la sociedad; finalmente, la categoría ¿cómo es ser viejo?, la cual comprende las vivencias actuales de la persona adulta mayor.

Categorías Y Subcategorías

1. Concepto De La Vejez

Los pensamientos e ideales que se tiene acerca de la última etapa de la vida, es decir, aquel fenómeno complejo que puede ser analizado desde diferentes perspectivas, diferenciándolo del envejecimiento.

En la primera categoría temática que se identificaron respuestas que logran visualizar a la vejez como la etapa final del ciclo vital, algunas de las expresiones de las personas adultas mayores hacia esta fueron; “Ya es la, una etapa ya de avanzada edad” (E.1). “Pues la vejez es que ya nuestra vida se acabó, ya bueno ya se está terminando ¿Sí? Nuestra vida ya se está terminando y pues debemos de aceptarla” (E.9). “...ya pasé por... sí por todas las etapas de la niñez, la adolescencia, este... la juventud y ahorita la vejez, quiere decir que ya voy más para allá de la edad, y pues el tiempo el trabajo me ha hecho así un envejecimiento”. (E.10).

2. Concepto De Envejecimiento

Es el entendimiento sobre el proceso de crecimiento diferenciándolo de la vejez como una etapa de construcción social.

La siguiente categoría temática que se abordó fue el concepto de envejecimiento, donde solo pocas respuestas obtenidas lo abordan como un constructo diferente a la vejez, mientras que algunas otras lo abordaban como el mismo concepto, además, es considerado como algo negativo y triste, otro punto a destacar es que todos consideraron que estamos en un constante envejecimiento. “El envejecimiento pues, pues es algo normal yo para mí digo que, pues que para eso, para lo que nacimos, para envejecer” (E.3). “Pues, pues algo muy, pues triste digamos” (E.5). “Está relacionado con lo mismo ¿no?” (E.1).

3. Perspectiva Desde La Vejez

Son las expresiones verbales e ideología de la edad como el comienzo de la vejez y cambios de la forma de envejecimiento, relación con el estado de salud.

3.1 Inicio De La Vejez. En esta categoría hay una ideología que predomina más, la cual es que la vejez inicia a partir de los 60 años; sin embargo, también hay otra en donde se clasifican con una mayor edad, asimismo, se destaca que la vejez llega dependiendo de la forma de vida, donde se hace una comparación con abuelos y la calidad de vida que llevaron. “Pues ya muy grande, ya sería como de a los 90 ¿No? 90 años porque todavía de 80, 70 así, todavía puede uno trabajar” (E.7). “Pues yo digo que ya es uno grande, pues yo digo que de los 60 ¿No? De los 60 pa’riba ya está uno ya más acabado”. (E.11). “Pues... como unos 65 y más ¿no?, aunque a veces ya se siente uno más viejito de 50 años pero pues ahí van”. (E.14). “No, porque ellos tuvieron una vejez de más respeto y este pues más digamos, en cierta manera más tranquila” (E.5).

...es el mismo envejecimiento nada más que unos se enferman, otros no se enferman, bueno más que nada antes el envejecimiento iba como era antes más saludable envejecían pero de enfermedades menos peligrosas, ahora envejecemos por enfermedades porque ya la alimentación ya es otra, entonces yo pienso que mis abuelitos envejecieron con

alimentación buena, y ahora yo estoy envejeciendo con alimentaciones mala, de todo eso de la grasa, de lo que le ponen a los alimentos estoy envejeciendo más rápido y con enfermedad”(E.10).

3.2 Vejez Como Enfermedad. Dentro de esta misma categoría, la mayoría de los entrevistados no consideran a la vejez como una enfermedad, pues depende del cuidado de cada uno, y otros pocos sí consideraron a la vejez como una enfermedad. “No, pero depende del cuidado de cada uno ¿No? Se tenga” (E.5). “Sí, porque creo que nos vamos envejeciendo y nos duele algo y algo cada rato, cada rato más y más”. (E.13).

4. Perspectiva Desde La Juventud

Es aquella Ideología de la clasificación de ser viejo, envejecimiento como algo negativo.

4.1 Inicio De La Vejez Desde La Mirada De La Juventud. En esta categoría se puede resaltar que la mayoría de las personas entrevistadas no pensaban en la vejez durante su juventud, y otras consideraban que sus inicios eran entre los 50 y 60 años. “Híjole, pues yo como a esa edad yo diría que como a los 54 años ya, ya uno va”(E.8).

Pues qué crees que no lo piensa uno, no lo piensa uno aún, uno piensa que toda la vida va a ser lo mismo y vivimos el momento nada más y la edad que tienes, no pensamos en que nos vamos a acabar o veremos a nuestros papás acabar, pero nunca lo pensamos, que así la vida, a los 15 años ni piensas en nada. (E.11)

4.2 Envejecimiento Negativo. Dentro de esta categoría se abordó si la idea de envejecer parecía mala desde la juventud de las personas adultas mayores, siendo estas algunas de las respuestas más significativas: “Pues no porque es la ley de la vida, tenemos que llegar a esa edad, si Dios nos lo permite” (E.7). “Pues nunca lo piensa uno, quien sabe hasta donde llegamos” (E.14).

No, no, no a veces cómo dices, como no lo estás viviendo, se te hace natural y luego a veces hasta dices “ay cuando yo sea mayor qué bonito no, las canas de la persona, su pelo blanco y todo” pero nunca te imaginas con las enfermedades que se te vienen (E.11).

5. Trato A Las Personas Mayores

Perspectiva actual del adulto mayor y comparación de su trato hacia las personas mayores en su juventud.

5.1 La Juventud Envejecida. La categoría número 5 aborda el trato que las actuales personas adultas mayores daban cuando eran jóvenes hacia las personas adultas mayores con las que convivían socialmente, donde se destaca que había un respeto significativo hacia las personas de mayor edad, dado a la edad y a las experiencias adquiridas. “No pues le pedía yo su consejo, como iba yo a convivir, como iba yo a estar y a respetar y eso” (E.6). “Pues uno de, por ejemplo, con una persona mayor pus teníamos que ora sí la verdad estar ora sí a disposición de las personas, tenerles calma y paciencia eso es lo único” (E.7).

...pues yo más que nada yo tenía que respetar a las señoras de más edad, las tenía yo que respetar, porque ya tenían una edad y yo a mi edad respetaba a las viejitas, bueno no a las viejitas, sino a las mayores de edad porque ya eran personas con derecho así personas mayores, entonces cuando yo crecí este... más que nada, mis papás, mis abuelitos nos enseñaban a respetar a las personas mayores, entonces yo también las tenía que respetar, antes yo las respetaba, les decía “tía” o les besaba la mano, ahora, ahora francamente con el saludo, y como yo estoy en mi comercio, debo respetarlas mejor. (E.10).

5.2 La Juventud Actual. Dentro de esta categoría se aborda también el trato que las personas adultas mayores reciben actualmente por parte de la actual población juvenil, aquí se muestra un contraste de opiniones que tienen su origen en las experiencias intergeneracionales.

“...me tengo que dar a respetar, porque, aunque sean jovencitos, si yo no me doy a respetar ellos no me van a respetar”. E.10

Pues hasta ahorita gracias a Dios yo tengo pues, digo he tenido la suerte de que pues he andado así vagando a la mejor con mi trabajo, lo que sea y me he encontrado así con jóvenes que a veces siento una (Su voz se empieza a quebrar y salen algunas lágrimas) pues hasta una alegría porque no me conocen pero, para mí han sido buenas. (E.9).

Ah no, hora los jóvenes son bien canijos hija, bien canijos ya, yo no te digo, bueno si me estiman, tengo como 20 nietos, sí me estiman algunos sí, otros no y luego. Luego a veces te pones a pensar que unos te ven por interés y otros te dan su amistad y su amor porque te quieren y te aprecian... pero otros sí les llevas un regalo o les prestas, me dicen mamá, no me dicen abuela, pero cuando no les das nada o tienen ellos los cambia mucho, entonces yo digo bueno está.... (E. 11).

5.3 Trato Óptimo. Para finalizar esta categoría, se muestran las respuestas más completas de cómo deben ser tratadas las personas adultas mayores y por qué se debe mostrar ese comportamiento. “Pus tiene que tener un trato bien, porque ellos ya están grandes y nosotros tenemos que tener calma y paciencia con ellos porque pues ya no es lo misma” (E.7). “... hay que ayudar a las personas que ahorita nos necesitan, ahorita por ustedes, mañana por mí”(E.12).

6. Influencia Social

Comportamiento de la sociedad hacia la persona adulta mayor y el comportamiento del mismo hacia la sociedad.

6.1 Respeto Intergeneracional. La categoría número 6 aborda la influencia social que se tiene en el comportamiento de las personas mayores y la búsqueda de estos por el respeto de otras generaciones de edad, señalando la falta de empatía por otras generaciones y el respeto mutuo que

debe haber entre todos. “Pues yo digo que sí, porque pus ya uno... como le diré... pues ya uno ya le van haciendo menos ¿no? Porque pues ya no es lo mismo de estar joven como estar ya grande” (E.8). “Pues yo creo que sí ¿No? Si yo digo que sí porque hay veces que este, que cuando una persona te valora y te estima hasta por un saludo que te da riéndose y todo eres feliz...” (E.11).

Mmm, pues sí porque hay diferentes caracteres que a veces dice uno es cierto que ya está uno en cierta edad, pero también hay que ser pacientes porque no todos nos van a soportar, principalmente los jóvenes o nuestros hijos que también a la mejor se lleguen a desesperar con uno mismo por nuestro carácter mal. (E.9).

... más que nada me respetan, pero por la vejez, por ejemplo, yo aquí pasan mis clientes y me dicen “jefecita”, que quiere decir, que ya estoy viejita, si más o menos, así es como ellos me respetan, y también para que me respeten los de mi pueblo, los de la sociedad, necesito darme a respetar, aunque yo tenga mi edad, me tengo que dar a respetar. (E.10)

6.2 Comportamiento Del Viejo En Sociedad. Otro de los puntos abordados en esta categoría es el descubrir como consideran que debe ser su comportamiento ante la sociedad, entre algunas respuestas se denotó que hay una opinión generalizada sobre un comportamiento basado en el respeto y empatía, aspectos importantes que se habían señalado con anterioridad dentro de la influencia social en el comportamiento de las personas adultas mayores. “Pues yo digo que debería seguir siendo el mismo” (E.3). “Pues tratar bien a las personas, por ejemplo, me saludan, yo las tengo que saludar de buena manera, si no, ellos también me van a tratar como yo me comporte” (E.10).

Bueno de mi parte siempre he tenido ese, pues, ese pensamiento en que ya llegando uno a esta edad debe uno de ser pues comprensible ¿Sí? comprensible porque y aceptar lo que en verdad pueden hacer por nosotros y lo no se puede hacer (E.9).

6.3 Comportamiento Arcaico. Para terminar la categoría, se abordó el comportamiento que debía tener un adulto mayor, esto bajo la perspectiva que las que ahora son personas adultas mayores tenían en su juventud, nuevamente se retoma la vasta experiencia de ellos. “Pues bien, porque ya eran mayores, ya habían vivido, ya sabían la vida (risas) ya habían pasado” (E.2). “Pues cómo te diré, pues dando los buenos ejemplos ¿No? Dando unos buenos consejos, buenos ejemplos...”(E.11).

7. Cómo Es Ser Viejo

Son las vivencias actuales de la persona adulta mayor.

7.1 Amistades Perpetuas. En la última categoría abordada, se indaga si las personas adultas mayores tienen una menor cantidad de amistades que las más jóvenes y cómo es su relación con ellos, teniendo en cuenta que hay una menor convivencia y dependerá de la actitud de cada uno. “No también los grandes, porque dependiendo según este los comportamientos que tenga uno hay veces que tiene, más uno, más uno de grande que la juventud” (E.7).

Amigos pus ya namás te queda una que otra que, por ahí, nada más “adiós, ¿cómo estás?” y ya se van y te sigues quedando sola, tu compañía a veces es ponerte a coser, ponerte un ratito a ver la televisión o si puedes todavía caminar como horita salirte un poquito a distraer, no puedes decir ay me voy a una fiesta, ya todo eso te aburre, te cansa, ya te cansas de todo eso. (E.11).

7.2 Envejecimiento Complicado. Finalmente, se muestran las perspectivas que tiene cada uno de ellos acerca de su envejecimiento, concluyendo que es una situación triste y complicada. “Ay pues hoy en día es... pues vivir pus... ora sí que muy difícil la situación, por... ora si la familia, si nos ve bien o no nos ven bien, y es muy difícil” (E.8). “Seguir viviendo, echarle ganas,

aunque pues ya los hijos ya no ni nos pelan, ya no dicen buenos días, madre, vives o no vives” (E.12).

Pus vivir un poquito más agitada a la vida porque pus yo digo como le vuelvo a repetir antes no había tanta la necesidad de salir trabajar como ahora y pus un poco más agitado, pero pues tranquila para mí. (E.3)

Discusión

Este estudio muestra que las personas adultasmayores generalizan la vejez y el envejecimiento como un solo concepto, además se destaca la percepción negativa en torno a estas, fruto de las vivencias sociales que han tenido y las experiencias que han vivido con la juventud, pues las personas entrevistadas perciben que existe una gran indiferencia por parte de este grupo de edad joven; causando, a la vez, un reforzamiento en los estereotipos e influyendo en la calidad de vida que ocasiona una disminución de esta en la población de estudio.

Los estudios muestran que, pese a que la población mexicana está envejeciendo, las percepciones y opiniones sobre la vejez apuntan al desconocimiento de las implicaciones de esta etapa y están cargadas hacia la observación del fenómeno como una etapa separada y última de la vida, cuando la realidad ha mostrado que las capacidades humanas van más allá de la tercera edad hacia una cuarta o quinta edad, lo que significa que no hay un término inmediato de la vida. La noción del envejecimiento como un proceso no aparece entre las ideas y percepciones de las personas jóvenes y adultas. Las imágenes y percepciones del envejecimiento se basan en la visión de una etapa de la vida y no de un proceso, además, respecto a las asociaciones de palabras de jóvenes adultos encuestados, se observan definiciones ligadas a las condiciones físicas y biológicas de las personas adultas mayores, tales como debilidad y cansancio, aunadas a la percepción de una imagen infantil y de vulnerabilidad (Gutiérrez, 2019).

Garay y Avalos (2009) realizaron un estudio titulado “Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez”, en donde se observó que las personas adultas mayores piensan que la juventud les percibe como personas no útiles y molestas, por lo que prefieren ignorarles y marginarles.

Otro punto que se abordó en el presente estudio es que en la etapa de juventud de las actuales personas adultas mayores existía un respeto por esta población, pues tenían un rol de mentoría, sin embargo, esto no exentaba la idea de que ellos mismos no pensarán en su vejez. En contraste a lo anterior, Almejo y Torres (2022) realizaron un estudio acerca de las representaciones sociales sobre visualización de la vejez y de los conceptos de anciano, viejo y adulto mayor en adolescentes de bachillerato, en donde sus resultados mostraron que más de la mitad de su población entrevistada visualizaba su vejez de forma positiva, cumpliendo sus metas, rodeado de su familia, saludables y con buenos hábitos. Con esto último se puede dar una idea del impacto de la salud física, social y mental que existe en las personas jóvenes.

En cuanto a la percepción positiva, se encontró que en países en desarrollo se considera a las personas adultas mayores como un grupo en crecimiento que colabora en la reproducción social y con un trabajo sustancial que no es remunerado, tal es el caso de fungir un rol de cuidadores para los nietos o familiares enfermos, por tal motivo, Gutiérrez menciona que es de esperarse que la población que aún no envejece esté construyendo percepciones más inclusivas y positivas sobre la vejez (Gutiérrez, 2019). Por otro lado, Almejo y Torres (2022) muestran que el porcentaje de emociones positivas en población adolescente es mayor al de emociones negativas, destacando palabras como “cariñosos”, “cultos”, “amables”.

Siguiendo con los hallazgos del presente estudio, las personas entrevistadas tuvieron creencias similares en cuanto a la vejez y el envejecimiento, entre las cuales se encuentra que el

envejecimiento dependerá de los hábitos que se tengan a lo largo de la vida; de igual forma, tienden a relacionar al envejecimiento y la vejez con las enfermedades y con una etapa de necesidades y tristeza, ya que existe poca tolerancia de los demás grupos de edad hacia ellos.

La evidencia muestra que la autopercepción positiva de la población adulta mayor en el Estado de México se asocia con un buen estado de salud y con no sentir dolor físico a menudo; por consiguiente, esta percepción dependerá de las circunstancias vividas en el pasado, pero sobre todo de las actuales (Garay y Avalos, 2009).

En el estudio se encontró que, entre los factores sociales que modifican la percepción sobre la vejez y el envejecimiento, se encuentran los estereotipos que se forman en la sociedad a causa de la falta de interacción intergeneracional y las actitudes que toman los jóvenes ante los viejos, las relaciones de amistad que tienen se ven influidas por la edad, ya que cuanto más ancianos se vuelven, más individualizada se vuelve la persona.

Esto ha sido demostrado por Monsalve et al. en el 2021, puesto que encontraron la existencia de estereotipos sociales sobre la belleza y la juventud que van a ocasionar una imagen negativa de la persona adulta mayor, donde el cuerpo envejecido está relacionado con arrugas, lentitud de movimiento y falta de energía; la influencia que esto ejerce en la autoimagen que tiene de sí misma la persona adulta mayor es trascendental. A pesar de que el envejecimiento es un proceso individual y depende de factores como la edad cronológica, biológica y psicológica, si se ve afectada al punto de asociar su proceso natural con la enfermedad, incapacidad e improductividad, lo que da paso a la tristeza, melancolía y depresión (Monsalve et al., 2021).

“La Percepción del proceso de envejecimiento en adultos mayores en México” es otro ejemplo de un estudio relacionado con el tema principal del presente trabajo, el cual tiene como objeto profundizar en el análisis de la calidad de vida de la persona adulta mayor, dicho estudio se

llevó a cabo en la Ciudad de Torreón Coahuila, México, teniendo un enfoque cuantitativo, se aplicó en una población de 233 adultos mayores, en donde se puede rescatar que uno de los prejuicios más comunes extendidos es el de que los viejos son considerados enfermos o discapacitados porque pasan mucho tiempo ensimismados o aletargados en las actividades a realizar en el hogar.

Los estereotipos anticuados limitan la conceptualización y visualización de la problemática y su acordamiento idóneo, su trato en función y desde un “envejecimiento activo”, proponiendo capacidad para aprovechar las oportunidades innovadoras, desde nuevas propuestas metodológicas (Flores et al., 2018).

Se encontraron estudios acerca de la perspectiva de la vejez y el envejecimiento en donde se encuentran notables diferencias en los resultados de la presente investigación, uno de estos fue el realizado por Rodríguez en 2008, el cual hace hincapié en el desempeño de las personas adultas mayores en la sociedad, mencionando que esta requiere aprender a envejecer, significa que las personas deben cambiar la percepción cultural que tienen, y fortalecer sus capacidades y aceptar sus limitaciones, se debe comprender que las personas adultas mayores no son desechables, sino que deben ser integradas a la sociedad. La experiencia es la mayor capacidad que poseen las personas adultas mayores y debe ser bien aprovechada por la sociedad, se tendría una gran capacidad para enfrentar los retos que se presentan en la actualidad. Esto lo complementan las personas jóvenes en la entrevista enfocada indicando que las personas adultas mayores tienen una gran experiencia pero que no se les da el espacio necesario para que sea puesta al servicio de la sociedad (Rodríguez, 2008).

Además, un estudio realizado por la Universidad Nacional Autónoma de México, donde se evalúa la percepción de jóvenes universitarios hacia la vejez y el proceso de envejecimiento, se observó que en general persiste una concepción rígida acerca de la vejez representándola y

asociándola con el deterioro, es decir, como una etapa de declive físico, mental y en cuanto a las habilidades y capacidades con las que la persona “funcionaba” socialmente (Hernández et al., 2017). Esta es una perspectiva evidentemente diferente en contraste con lo que personas adultas mayores pensaban en su juventud acerca de la vejez y envejecimiento. Asimismo, los estereotipos han sido en general negativos; sin embargo, estos resultados no son generalizados en los estudios realizados, se observa que existen ciertas tendencias en donde se puede percibir de manera positiva a la vejez, y se pueden sustentar por el contacto constante y continuo con personas de la tercera edad, como es el caso de jóvenes estudiantes de áreas de medicina o de jóvenes que interactúan en su ámbito familiar o escolar con personas de este sector poblacional (Hernández et al., 2017).

Otro punto que no destacó tanto en el presente estudio es que se evidencia el cambio en la calidad de vida de las personas adultas mayores, teniendo en cuenta que esta se relaciona con las dimensiones, físicas, psicológicas y ambientales que posibilitan el desempeño de la persona en los ámbitos individual y comunitario que, en consecuencia, es dependiente de la funcionalidad y capacidad física (Monsalve et al., 2021).

Complementando los hallazgos con respecto a otros estudios, se encuentra la sexualidad, un aspecto que no se retomó en la presente investigación; no obstante, Urquiza et al. en el 2008, muestran que más de la mitad de los jóvenes universitarios chilenos considera a las personas mayores “sexualmente no activas”, en este sentido sería conveniente realizar un estudio en México acerca de la percepción de Jóvenes universitarios en torno a la sexualidad de las personas adultas mayores.

Con lo anterior, se puede observar y analizar la escasa información que se tiene acerca de la percepción de la vejez y el envejecimiento, además, se aprecia que en otros estudios se toman en cuenta aspectos que en otros no, debido a que es un tema bastante amplio.

Cabe señalar que fue complejo realizar algunas entrevistas debido a la diferencia de disponibilidad entre las personas adultas mayores y la institución a la cual se le solicitó el permiso para realizar el estudio, asimismo, se vio mayor participación por parte de las mujeres que de los hombres, pues estos últimos se mostraban renuentes al participar debido a que su envejecimiento es más complejo, dando pauta a un nuevo tema de investigación enfocado al género masculino.

Conclusiones

Se sabe, de ante mano, que la investigación dentro del área de gerontología es escasa, existen diferentes áreas de oportunidad en las cuales se puede aportar nueva y fidedigna información que pueda llegar a ser de utilidad para profesionales sanitarios interesados en el área de la vejez y del envejecimiento.

Es pertinente continuar con estudios sobre la vejez y envejecimiento desde la perspectiva de personas adultas mayores, dado que estudios recientes están enfocados en conocer esta visión personal de la población, de la misma forma que es importante buscar una mayor participación de adultos mayores del género masculino, los cuales pueden llegar a ser menos participativos debido a sentimientos de pena y desconfianza.

Finalmente, es importante tener en cuenta que los estudios acerca de la percepción de la vejez y envejecimiento tienen un significativo aporte, ya que a través de estos se pueden realizar mejoras en la calidad de vida de las personas para tener un envejecimiento de calidad, en donde se desestimen aquellos pensamientos negativos, además de incluir a la población joven para mantener la intergeneracionalidad entre diferentes grupos de edad, sin conflicto de intereses.

Referencias

- Almejo Vargas, J. R., y Torres López, T. M. (2022). Representaciones sociales sobre visualización de la vejez y de los conceptos de anciano, viejo, adulto mayor en estudiantes de bachillerato de Guadalajara, Jalisco. *Anales en Gerontología*, 14(14), 138–156. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/51529>
- Asociación Médica Mundial. (2022). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *Asociación médica mundial*. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Cuevas Cajiga, Y. y Mireles Vargas, O. (2016). Representaciones sociales en la investigación educativa. Estado de la cuestión: producción, referentes y metodología. *Perfiles Educativos*, 38(153), 65-83. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982016000300065
- Diario Oficial de la Federación. (2014). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Estayno, M., Meles, J. y Battistelli, D. (2015) Retrospectiva: una herramienta de evaluación académica, *SEDICI*, Congreso de Tecnología en Educación & Educación en Tecnología, 528-529
- Gadea, C.A. (2018). *El interaccionismo simbólico y sus vínculos con los estudios sobre cultura y el poder de la contemporaneidad*. *Sociológica*, 33(95)
- Flores Ramírez, M., Arriaga Bueno, R. A., Silos Vaquera, A. R. y Pérez Requejo, K. M. (2018). Percepción del proceso de envejecimiento en adultos mayores en México. *escenarios*.
- Garay Villegas, S. y Avalos Pérez, R. (2009) Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez, *Kairos*, 12(1)
- González, K. (2015). *Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas*. CONAPO: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2702/06_envejecimiento.pdf
- Gutiérrez Cuéllar, P. (2019). Percepciones, imágenes y opiniones sobre la vejez desde la mirada de los adultos y jóvenes en México, *Espiral Estudios sobre Estado y Sociedad*, 26(75)

Hernández, D., Aldana, G., García, L. y Contreras, T. (2017). Evaluaciones sobre la percepción de jóvenes universitarios hacia la vejez y el proceso de envejecimiento. *Revista Electrónica de Psicología Iztlacala*, 20(4).

INAPAM. (2019). *Envejecimiento y vejez*. Instituto Nacional de las Personas Mayores. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *México en Cifras*. Santiago Tianguistenco de Galeana, Tianguistenco, México: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=15>

Martínez, T., González, C., Castellón, G. y González, B. (2018) *El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?. Finaly*, 8(1)

Merchán Maroto, E. y Cifuentes Cáceres, R. (2014) *Teorías psicosociales del envejecimiento*. En C. Nuin Orrio (Ed.) *Enfermería de la persona mayor*. Universitaria Ramón Areces.

Monsalve, E., Bohórquez, C. y Cobo, E. (2021). Una mirada desde la percepción del cuerpo de la persona mayor. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, 8(1), 33-47.

Ramos, J., Meza, M., Maldonado, I., Ortega, M. y Hernández, M. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Educación y Desarrollo*, 11, 48. https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf

Rodríguez, M. (2008). La percepción de la persona adulta mayor en la sociedad ramonense actual. *Revista pensamiento actual, Universidad de Costa Rica*, 31-39.

Saramago, J. (2019). El envejecimiento. *Marbella*. <https://www.idns-marbella.com/el-envejecimiento/#:~:text=La%20OMS%20define%20el%20envejecimiento,enfermedad%20y%20finalmente%2C%20la%20muerte.>

Urquiza Gómez, A., Arnold-Cathalifaud, M., Thumala Dockendorff, D. y Ojeda Mayorga, A. (2008) ¿Hay diferencias en la manera en que observan hombres y mujeres a los adultos mayores, ancianas y ancianos?, *Revista Mad. Revista del Magíster en Análisis Sistemico Aplicado a la Sociedad*, (18), pp. 1-19

Anales en Gerontología

Número 15, Año 2023/ 48-67

ISSN: 2215-4647

Artículo

EFFECTO AGUDO DEL YOGA EN LA MEMORIA A CORTO PLAZO DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS, FÍSICAMENTE ACTIVAS

ACUTE EFFECTS OF YOGA ON SHORT-TERM MEMORY OF PHYSICALLY ACTIVE OLDER ADULTS

Maribel Matamoros Sánchez¹, Bryan Montero Herrera², Elizabeth Carpio Rivera³

Recibido:28-05-2023 Corregido:11-10-2023 Aceptado:30-11-2023

¹ Maestría Académica en Ciencias de Movimiento Humano.

Afiliación institucional: Escuela de Educación Física y Deportes, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
E-mail: maribel.matamoros@ucr.ac.cr ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0211-2992>

² Maestría Académica en Ciencias Cognoscitivas.

Afiliación institucional: Escuela de Educación Física y Deportes, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
E-mail: bryangm2@illinois.edu ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2204-4760>

³ Doctorado Académico en Ciencias de Movimiento Humano.

Afiliación institucional: Escuela de Educación Física y Deportes, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
E-mail: elizabeth.carpiorivera@ucr.ac.cr ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4490-4517>

RESUMEN

Introducción: Se ha demostrado que la actividad física produce mejoras a nivel cognitivo en personas adultas mayores. **Propósito:** Evaluar el efecto agudo de una clase de Hatha Yoga sobre la memoria a corto plazo de personas de 60 años y más físicamente activas. **Metodología:** 19 participantes con edad promedio de 69.16 ± 6.82 años, realizaron dos condiciones experimentales con una duración de 30 minutos, siguiendo un diseño de investigación de medidas repetidas: una sesión control y una sesión de Hatha Yoga. En ambas sesiones se midió la memoria a corto plazo pretest y postest (5 minutos finalizada la intervención). En el análisis estadístico se aplicó ANOVA de 2 vías para medidas repetidas y análisis de efectos simples. **Resultados:** Se detectó una interacción significativa entre condición experimental y medición ($F=9.00$; $p=0.008$). El análisis de efectos simples demostró que la memoria a corto plazo disminuyó significativamente del pretest al post-test, cuando se ejecutó la condición control ($F=6.02$; $p<0.05$). **Conclusión:** Realizar una clase de Hatha Yoga de 30 minutos no genera efecto agudo en la memoria a corto plazo de personas de 60 años y más físicamente activas. Se concluye también que la memoria a corto plazo puede verse afectada después de 30 minutos de permanecer en reposo, específicamente acostados.

PALABRAS CLAVE: Hatha Yoga, memoria a corto plazo, personas adultas mayores, mediciones.

ABSTRACT

Introduction: It has been demonstrated that physical activity improves cognitive processes in older adults. **Purpose:** Evaluate acute effects of a Hatha Yoga class on short-term memory for physically active adults 60 years and older. **Methodology:** Nineteen elderly individuals (69.16 ± 6.82 years old) completed two 30-min sessions following a repeated measures design: one control session and one Hatha Yoga session. Short-term memory was assessed in both sessions pre and posttest (5-minutes after intervention). A Two-Way Repeated Measures ANOVA and simple effect analysis were computed. **Results:** A significant interaction between experimental condition and assessment was obtained ($F=9.00$; $p=0.008$). The simple effect analysis yielded a significant reduction in short-term memory in control condition between pre-test and post-test ($F=6.02$; $p<0.05$). **Conclusion:** A Hatha Yoga class lasting 30 min did not cause an acute effect on short-term memory in physically active adults 60 years and older. In addition, short-term memory seems affected after 30 min of rest, specifically, lying down.

KEY WORDS: Hatha Yoga, short-term memory, older adults, measures

Introducción

Se estima que entre el 2015 y 2050 las personas con una edad de 60 años o más podrían pasar de un 12% a un 22% (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). Gran parte de la población adulta mayor presenta una disminución considerable de movimiento en sus actividades diarias debido a factores externos, además de cambios en las estructuras cerebrales y en sus respectivas funciones, que pueden provocar afectaciones de la memoria a corto y a largo plazo, entre otros. (Afonso et al., 2017; Gothe et al., 2019; Quigley et al., 2020; Sanders et al., 2019). Las estrategias implementadas para aminorar sus avances han incluido desde psicoterapia (Simon et al., 2015), ejercicios cognitivos (Barnes et al., 2009) y actividad física (Sanders et al., 2019), esta última es la que más apoyo ha recibido recientemente (Gothé et al., 2019; Hoy et al., 2021; Quigley et al., 2020).

Dentro de las distintas actividades físicas que las personas adultas mayores pueden efectuar, el yoga resalta como opción viable debido a la reducida probabilidad de una lesión (Cramer et al., 2013; 2018), lo cual fomenta y mantiene estilos de vida activos y saludables (Aboagye et al., 2015). Además, diversos estudios han corroborado múltiples beneficios en distintas áreas incluyendo mejora de movilidad y balance (Youkhana et al., 2016), salud cardiovascular (Barrows & Fleury, 2016), calidad de vida (Hariprasad et al., 2013) y cognición (Sanders et al., 2019; Santaella et al., 2019). También, Gothe & McAuley (2015), Sanders et al. (2019) y Santaella et al. (2019) han reportado que sesiones de yoga provocaron mejoras en variables como memoria de trabajo, memoria a largo plazo, atención y velocidad de procesamiento de la información.

La realización de sesiones de yoga ha demostrado influir en la activación de distintas regiones ubicadas en el lóbulo frontal (e.g., corteza prefrontal y parte dorsomedial derecha del

lóbulo frontal), lóbulo parietal y sistema límbico (Cohen et al., 2009; Gothe et al., 2019; Santhakumari et al., 2016). Estas regiones se han visto asociadas de igual manera con procesos cognitivos como las funciones ejecutivas (FE) y la memoria a corto plazo (Lemire-Rodger et al., 2019; Nie et al., 2019; Zhang et al., 2021). En el caso de las FE, han recibido especial atención por su relación con el correcto autocontrol y selección de conductas y respuestas dependiendo de las circunstancias (Lima-Silva et al., 2012; Miyake et al., 2000). Por su parte, la memoria a corto plazo se asocia con un mantenimiento y procesamiento de la información en períodos muy breves de tiempo (usualmente no mayores a 30 segundos), y es la antesala a la formación de memorias a largo plazo (Camina & Güell, 2017; Jois et al., 2018). La realización de actividad física constante permite preservar procesos de memoria a corto plazo en edades avanzadas ya sea en adultos sanos o con alguna enfermedad neurodegenerativa (Brenes et al., 2019; Eyre et al. 2017; Gajewski & Falkenstein, 2016; Gothe et al., 2019), y reduce hasta en un 11% el porcentaje de pacientes con demencia (Grøntved & Hu, 2011), esto por el fortalecimiento y proliferación de conexiones neuronales en regiones específicas asociadas a la memoria (Gothé et al., 2019).

La investigación de yoga en materia de actividad física y memoria se ha sustentado más con hallazgos provenientes de intervenciones crónicas (Eyre et al., 2016; Gothe et al., 2013; Gothe & McAuley, 2015; Hoy et al., 2021). Lo anterior se debe a cambios reportados en ondas electroencefalográficas (Kora et al., 2021), flujo sanguíneo cerebral (Cohen et al., 2009) y aumentos en varias regiones del cerebro (e.g., hipocampo, amígdala, corteza prefrontal y corteza cingulada anterior) tanto en personas jóvenes como en personas adultas mayores, posterior a meses o años de práctica (Afonso et al., 2017; Gothe et al., 2018, 2019; Quigley et al., 2020). Sin embargo, no hay una evidencia clara de los posibles efectos agudos que la actividad física,

específicamente, el yoga, pueda tener en memoria a corto plazo en personas adultas mayores (Loprinzi, 2018; O'Brien et al., 2017).

Considerando el rol fundamental de la memoria a corto plazo para el posterior almacenamiento de la información, y los posibles deterioros en personas adultas mayores con 60 años o más (Gothe et al., 2019; Gothe & McAuley, 2015; Hazari & Sarkar, 2014; Sanders et al., 2019; Vaezi et al., 2020), el objetivo del presente trabajo es comparar el rendimiento en una prueba de memoria a corto plazo después de una sesión de Hatha Yoga, y una condición control en personas de 60 años y más. Se planteó la siguiente hipótesis: el grupo de Hatha Yoga presentará un mejor desempeño en la prueba de memoria a corto plazo (Prueba de Amplitud de Dígitos) comparado con la condición control.

Metodología

Diseño

Se contó con un grupo de estudiantes del Programa Institucional para la Persona Adulta y Adulta Mayor (PIAM). Se realizó un estudio cuasiexperimental, siguiendo un modelo de investigación de medidas repetidas, donde la selección del orden de las intervenciones se hizo de manera aleatoria.

Participantes

El reclutamiento de cada participante se hizo visitando los distintos cursos que conforman el PIAM, de la Vicerrectoría de Acción Social de la Universidad de Costa Rica, y se explicó en qué consistía la investigación. El estudio inició con una muestra total de 23 personas; sin embargo, 3 no se presentaron a realizar la condición experimental en la que debían ejecutar Hatha Yoga y otra persona, aunque participó en la clase, decidió no realizar las mediciones post-test. De esta manera, la muestra final estuvo conformada por 19 participantes (14 mujeres y 5 hombres) de 60

años y más (OMS, 2017), con edad promedio de 69.16 ± 6.82 años. La participación en el estudio fue voluntaria y los individuos firmaron una fórmula de Consentimiento Informado. Se cumplió con lo establecido en la Declaración de Helsinki, respecto a los principios éticos para investigaciones en seres humanos. Las características de participantes se muestran en la tabla 1 del apartado de resultados.

Instrumentos De Medición

Prueba De Amplitud De Dígitos (Digit Span Test en inglés; Wechsler, 1987)

Es una prueba cognitiva que evalúa la memoria a corto plazo. Se compone de dos subtarefas, una se resuelve repitiendo una secuencia de números hacia adelante; la segunda, otros números, pero hacia atrás. Según la literatura, la versión hacia adelante hace especial énfasis a la evaluación de la memoria a corto plazo mientras que la versión hacia atrás se enfoca en memoria de trabajo (Pérez, 2020; Soares et al., 2021; Zach & Shalom, 2016). La cantidad de números que forma cada secuencia aumenta conforme se avanza en la prueba, llegando hasta un máximo de siete dígitos. Cada número que compone una determinada secuencia se lee a un tiempo de uno por segundo e inmediatamente después de finalizada su lectura serán repetidos en voz alta por cada participante. Este test se detiene cuando, en una misma secuencia, la persona se equivoca dos veces seguidas. Cada respuesta correcta equivale a un punto.

Composición Corporal

Para medir peso, masa muscular, porcentaje de grasa total y porcentaje de grasa visceral, se utilizó una báscula marca Omron, modelo HBF-514C.

Estatura

Se utilizó un tallímetro portátil marca SECA.

Procedimientos

Los 19 participantes se presentaron en el aula 25 de las instalaciones Deportivas de la Universidad de Costa Rica, a tres sesiones diferentes, todas por la mañana y separadas cada una de ellas por 7 días. En una primera sesión, se invitó a participantes a firmar el Consentimiento Informado; posteriormente, se les realizaron las mediciones antropométricas: peso, talla, masa muscular, porcentaje de grasa y porcentaje de grasa visceral. En las siguientes dos sesiones, se aplicaron los tratamientos siguiendo siempre el mismo orden:

1) Sesión Control: En esta sesión se solicitó a las personas que debían reposar acostadas sobre colchonetas, por un período de 30 minutos.

2) Sesión Experimental: Se desarrolló una clase de Hatha Yoga para principiantes, con una duración de 30 minutos. La clase estuvo constituida por: tres saludos al sol, para entrar en calor, posteriormente posturas relacionadas con el equilibrio (árbol, gato en equilibrio), flexibilidad (el árbol, pinza hacia el frente y lateral), fuerza (trikonasana, guerrero, silla), respiración (gato-perro hacia arriba, hacia abajo, uttanasana); finalmente, una fase de relajación (savasana). Para cada una de las posturas mencionadas, existía una serie de modificaciones en caso de que alguna persona no lograra realizar la postura completa por cuestiones físicas. Las instrucciones eran cortas y repetitivas, y se recordaba constantemente la importancia de la respiración en cada postura.

Mediciones

Se contó con el apoyo de 2 evaluadoras, con experiencia en la aplicación de la prueba utilizada. Para controlar posibles errores de medición, cada evaluadora obtuvo los datos del mismo sujeto, tanto en la medición pretest como en la medición post-test. En cada sesión experimental, la medición pretest se realizó en el transcurso de los 5 minutos previos a iniciar la intervención,

mientras que la medición post-test, se efectuó en el transcurso de los 5 minutos posteriores a haber finalizado la condición correspondiente.

Análisis Estadístico

En primera instancia, se calculó la prueba de esfericidad (homocedasticidad) de Mauchly y la prueba de homogeneidad de la varianza de Levene. Posteriormente, se calculó el cambio que se daba del pretest al post-test en cada condición experimental. Seguidamente, entre los cambios obtenidos y el sexo de cada participante, se realizó t para grupos independientes, con el objetivo de evaluar si el sexo jugaba un papel de covariable. Después, se calcularon promedios y desviaciones estándar en la estadística descriptiva. En la estadística inferencial se aplicó ANOVA de dos vías para medidas repetidas (2 condiciones x 2 mediciones). Cuando fue necesario se aplicaron los cálculos de efectos simples. Se aceptó significancia estadística con $p < 0.05$. Los análisis se realizaron utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS (Chicago, Illinois, USA) versión 20.0 para Windows.

Resultados

Los datos del presente estudio cumplieron con los supuestos de esfericidad (Prueba de Mauchly; $p > 0.05$) y homogeneidad (Prueba de Levene; $p > 0.05$). Con respecto a los análisis desarrollados para evaluar la posible influencia del sexo en los resultados, se demostró que los cambios obtenidos en la memoria a corto plazo no fueron diferentes entre sexos, ni en la condición control ($t=1.10$, $p=0.20$), ni en la condición experimental ($t=0.47$, $p=0.65$). De esta forma, se concluye que el sexo no cumple un papel como covariable significativa para los resultados del estudio; por tanto, no se justifica el control estadístico de la misma.

En las tablas 1 y 2 se muestra el resumen de la estadística descriptiva, presentando los datos como promedios \pm desviación estándar. Mientras que en la tabla 3, se muestra el resumen de la estadística inferencial.

Tabla 1

Características de los participantes

Variable	Mujeres	Hombres	Total
Edad (años)	68.79 \pm 6.65	70.20 \pm 7.98	69.16 \pm 6.82
Peso (kg)	66.26 \pm 9.88	75.45 \pm 12.71	68.56 \pm 10.99
Talla (m)	1.51 \pm 0.05	1.69 \pm 0.10	1.56 \pm 0.09
IMC (kg/m ²)	28.90 \pm 4.79	26.53 \pm 2.79	28.23 \pm 4.16
% Grasa	42.53 \pm 6.30	25.23 \pm 5.92	38.20 \pm 9.80
% Grasa Visceral	11.33 \pm 2.57	13.00 \pm 3.46	11.78 \pm 2.65
% Masa Muscular	22.74 \pm 3.11	31.43 \pm 3.49	24.21 \pm 5.44

Nota. Los datos son presentados como promedios \pm desviación estándar.

Tabla 2

Estadística descriptiva: cantidad de secuencias logradas en la Prueba de Amplitud de Dígitos durante cada condición experimental

Condición	Pretest	Posttest	Cambio	TE
Control	3.21 \pm	2.63 \pm	0.58 \pm	-0.68
	0.85	0.83	0.90	
Experimental	3.79 \pm	4.21 \pm	2.31 \pm	0.49
	0.85	1.13	3.33	

Nota. Los datos son presentados como promedios \pm desviación estándar. Cambio= diferencia entre mediciones; TE= tamaño del efecto.

Tabla 3

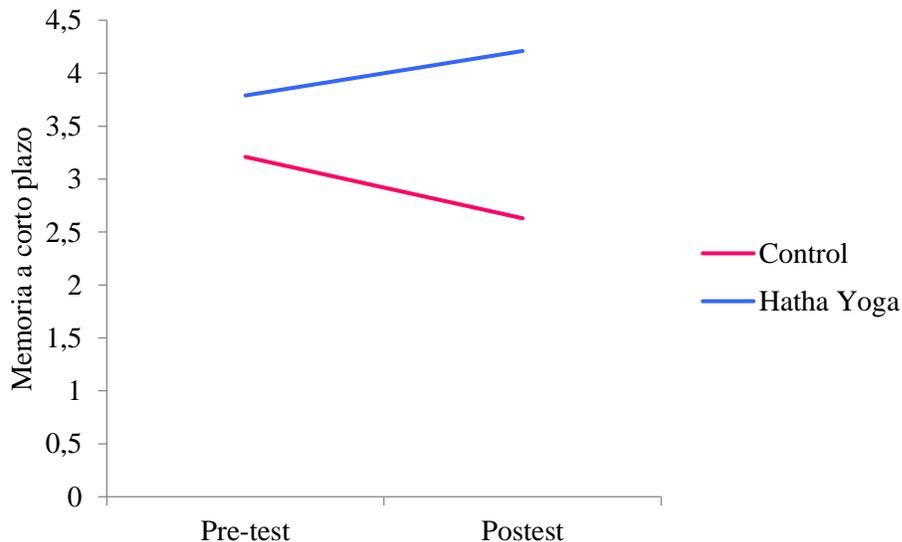
Estadística inferencial: resultados del ANOVA de 2 vías de medidas repetidas

Fuente	F	p
Condición Experimental (Control Vs Hatha Yoga)	35,77	<0.0001
Medición (pre-test Vs post-test)	0.30	0.59
Interacción Condición Experimental x Medición	9.00	0.008

En relación con la estadística inferencial, según se muestra en la tabla 3, se detectó interacción doble significativa entre la medición y la condición experimental ($F=9.00$; $p=0.008$). Al dar seguimiento a la interacción, los análisis de efectos simples evidenciaron cambios significativos en la memoria a corto plazo de cada participante cuando realizaron la condición control ($F=6.02$; $p<0.05$), demostrándose una disminución significativa entre el pretest y el posttest ($p<0.05$) (figura 1).

Figura 1

Comportamiento de la Memoria a Corto Plazo según condición experimental ejecutada



* Disminución significativa de pretest a posttest para el grupo control ($p < 0.05$).

Discusión y Conclusiones

El objetivo de este estudio fue determinar el efecto agudo del yoga en una prueba de memoria a corto plazo en adultos de 60 años o más físicamente activos. Los resultados demostraron que 30 minutos en reposo previo a resolver una prueba de memoria a corto plazo estuvo asociado con reducciones significativas en la cantidad de elementos a recordar. Por otra parte, a pesar de que en la condición de yoga no se halló un efecto significativo, hubo una tendencia a mejora después de haber realizado esta actividad por 30 minutos.

A nuestro parecer esta es la primera investigación que evalúa de manera aguda el efecto de una sesión de yoga en memoria a corto plazo en población adulta mayor (Chobe et al., 2020; Gothe & McAuley, 2015; Hoy et al., 2021). En población adulta joven, se ha comprobado que una sesión de yoga mejora significativamente la memoria de trabajo (i.e., es un tipo de memoria de corta duración, en la cual la información se manipula para poder dar la respuesta; Gothe et al., 2013) y la memoria a corto plazo (Mir et al., 2019). En el caso de personas adultas mayores, un estudio transversal llevado a cabo por Baklouti et al. (2022) reclutó participantes que nunca hicieron yoga, y otro grupo que lo practicó al menos por 2 años, y evaluaron distintos componentes cognitivos. Los resultados demostraron mejores niveles de inhibición (i.e., habilidad para omitir una respuesta dominante para responder de otra manera) en el grupo de yoga comparado con el control; de igual forma, los tiempos de reacción fueron mayores en el control. Estudios con un enfoque crónico muestran resultados más consistentes al evaluar memoria a corto plazo, pero de igual forma otros tipos de memoria (Eyre et al., 2016; Irandoust et al., 2015; Vaezi et al., 2020). Comparando los hallazgos antes mencionados con los obtenidos en este trabajo, se pudo notar que, aunque no fue significativa, hubo una tendencia a la mejora de la memoria a corto plazo posterior a una sesión

de yoga, lo que resalta los beneficios del efecto agudo que pueden ser trasladados y estudiados a fondo en memoria a largo plazo.

A pesar de la gran cantidad de estudios que se han publicado a la fecha sobre los efectos del ejercicio en cognición, no ha sido posible llegar a un consenso claro sobre sus beneficios considerando la variedad de protocolos que difieren en duración, intensidad, tipo de ejercicio y el momento posterior a la evaluación (Brush et al., 2016; Hsieh et al., 2016; Loprinzi, 2019; Quigley et al., 2020; Sanders et al., 2019). Acerca de la duración e intensidad, un metaanálisis reportó que 45 minutos a 60 minutos, a una intensidad moderada, es un buen parámetro para mejorar capacidades cognitivas en personas mayores (Northey et al., 2018). Sin embargo, un año después, otro metaanálisis no logró llegar a esas mismas conclusiones (Sanders et al., 2019), los autores mencionan que esto pudo deberse a las diferencias al reportar intensidades del ejercicio, a los niveles basales cognitivos de los participantes, los criterios de inclusión implementados, entre otros.

Con lo que respecta a las mediciones post-ejercicio, la literatura es consistente al señalar un tiempo de 10 minutos posterior al cese de la práctica como favorable para observar diferencias en pruebas cognitivas. Antes de ese tiempo, niveles altos de ciertas sustancias bioquímicas de catecolaminas, factores neurotróficos, mioquinas y otros sistemas siguen estando muy activados, lo que conduce a una señal de "ruido" en el cerebro (Brutvan et al., 2016; Crush & Loprinzi, 2017, McSween et al., 2019). Considerando lo anterior, una posible razón por la que no se hallaron resultados significativos en el presente estudio, pudo deberse a la corta duración de la sesión y el tiempo previo al post-test. Northey et al. (2018) señalaban que una intervención de 45 a 60 minutos es adecuada para una población adulta mayor; sin embargo, nuestro protocolo duró 30 minutos, lo que ha sido respaldado para población adulta mayor (McMorris, 2016). Con lo que respecta al

tiempo post medición, una duración mayor a 5 minutos sería recomendable con el objetivo de notar posibles diferencias entre los tratamientos.

Los mecanismos agudos que permiten mejoras cognitivas posteriores a una sesión de ejercicio incluyen desde aumentos en el Sistema de Activación Reticular, el flujo sanguíneo y liberación de catecolaminas o factores neurotróficos (Quigley et al., 2020). Se ha demostrado que una de las características principales del yoga es el énfasis en su respiración o el trabajo de músculos específicos (Gothe et al., 2013), lo que recluta la participación del Sistema de Activación Reticular, que libera norepinefrina y dicho neurotransmisor ha sido asociado con mejora atencional (Arguinchona & Tadi, 2020; McMorris, 2016). Aunado a lo anterior, aumentos en las concentraciones de neurotransmisores como serotonina generan cambios positivos en el estado anímico que pueden a su vez estar asociados con mejores puntuaciones en pruebas cognitivas (Fitzgerald, 2011; Newberg & Iversen, 2003). Por último, incrementos que superan el 80% de la frecuencia cardiaca máxima ($FC_{m\acute{a}x}$) o caso contrario reducciones por debajo del 40% $FC_{m\acute{a}x}$ se asocian con un rendimiento menor en pruebas cognitivas (McMorris, 2016; McMorris & Hale, 2012), mientras que las mejoras se presentan en $FC_{m\acute{a}x}$ del ≥ 40 - $< 80\%$. Basado en los puntos anteriores, cabe la posibilidad de que el incremento en las puntuaciones de la prueba de memoria a corto plazo se deba a la intervención de los mecanismos previamente explicados; no obstante, los presentamos con cautela debido a que ninguno de ellos fue medido en este estudio.

Parte de las limitaciones fue la no aleatorización en las condiciones, pero esto se debió a la disponibilidad limitada de participantes. Además, el no medir la frecuencia cardiaca o el esfuerzo percibido para determinar en qué intensidad se estaba reportando o percibiendo el ejercicio pudo ocasionar que las personas se ubicaran por debajo o por encima del umbral deseado. Los cambios en cognición también pueden deberse a modificaciones en los estados anímicos después de una

sesión de yoga, tal y como se mencionó anteriormente, por lo que futuras investigaciones pueden incluirlo como una variable a controlar.

Entre las recomendaciones que se pueden dar para futuros estudios, está el de realizar más investigación de efecto agudo con personas adultas mayores, ya que revisiones de literatura y metaanálisis sugieren que para esta población los tratamientos crónicos son los más implementados (Quigley et al., 2020.; Sanders et al., 2019); empero, la cantidad de estudios son mínimos comparados con poblaciones jóvenes (Gothe et al., 2019; Gothe & McAuley, 2015). En esta investigación solo se aplicó una prueba de memoria a corto plazo, pero sería necesario implementar distintas pruebas cognitivas (i.e., que midan control inhibitorio, memoria de trabajo, actualización, cambio de tarea, tiempo de reacción simple o complejo) para corroborar el efecto del yoga de forma más global (McMorris, 2016). Se podría hacer una sesión aguda de ejercicio y analizar sus efectos en distintos momentos post tratamiento para estudiar por cuánto tiempo perduran los beneficios provenientes de una práctica como el yoga, como ya ha sucedido con otros tipos de ejercicios (aeróbico y contra resistencia) en poblaciones jóvenes (Brutvan et al., 2016; Weng et al., 2015).

En conclusión, el reposo por 30 minutos previo a realizar una prueba de memoria a corto plazo en personas adultas mayores ocasiona que recuerden menos elementos comparado a cuando realizan una sesión de yoga. Es importante resaltar que, si bien no se obtuvo diferencias con la práctica del yoga, la tendencia a recordar más elementos después de una única sesión, la convierte en una actividad a considerar a futuro.

Referencias

- Aboagye, E., Karlsson, M. L., Hagberg, J. & Jensen, I. (2015). Cost-effectiveness of early interventions for non-specific low back pain: A randomized controlled study investigating medical yoga, exercise therapy and self-care advice. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47(2), 167–173. <https://doi.org/10.2340/16501977-1910>
- Afonso, R. F., Balardin, J. B., Lazar, S., Sato, J. R., Igarashi, N., Santaella, D. F., Lacerda, S. S., Amaro Jr., E. & Kozasa, E. H. (2017). Greater cortical thickness in elderly female yoga practitioners, A cross-sectional study. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 9, 201. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2017.00201>
- Arguinchona, J. H. & Tadi, P. (2020). Neuroanatomy, reticular activating system. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549835/>
- Barnes, D. E., Yaffe, K., Belfor, N., Jagust, W. J., DeCarli, C., Reed, B. R. & Kramer, J. H. (2009). Computer-based cognitive training for mild cognitive impairment: Results from a pilot randomized, controlled trial. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 23(3), 205–210. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e31819c6137>
- Barrows, J. L. & Fleury, J. (2016). Systematic review of yoga interventions to promote cardiovascular health in older adults. *Western journal of nursing research*, 38(6), 753-781. <https://doi.org/10.1177/0193945915618610>
- Baklouti, S., Aloui, A., Baklouti, H., Souissi, N. & Jarraya, M. (2022). Effects of Hatha yoga on cognitive functions in the elderly: a cross-sectional study. *Libyan Journal of Medicine*, 17(1), 2080799. <https://doi.org/10.1080/19932820.2022.2080799>
- Brenes, G. A., Sohl, S., Wells, R. E., Befus, D., Campos, C. L. & Danhauer, S. C. (2019). The effects of yoga on patients with mild cognitive impairment and dementia: A scoping review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(2), 188-197. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.10.013>
- Brush, C. J., Olson, R. L., Ehmann, P. J., Osovsky, S. & Alderman, B. L. (2016). Dose–response and time course effects of acute resistance exercise on executive function. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 38(4), 396–408. <https://doi.org/10.1123/jsep.2016-0027>
- Brutvan, J., Peer, K., Barkley, J. & Jonas, J. (2016). The effect of exercise on cognitive function as measured by impact protocol: aerobic VS anaerobic. *Journal of Sports Medicine and Allied Health Sciences: Official Journal of the Ohio Athletic Trainers Association*, 2(2). <https://doi.org/10.25035/jsmahs.02.02.01>
- Camina, E. & Güell, F. (2017). The neuroanatomical, neurophysiological and psychological basis of memory: Current models and their origins. *Frontiers in pharmacology*, 8, 438.

- Chobe, S., Chobe, M., Metri, K., Patra, S. K. & Nagaratna, R. (2020). Impact of Yoga on cognition and mental health among elderly: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*, 52, 102421. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102421>
- Cohen, D. L., Wintering, N., Tolles, V., Townsend, R. R., Farrar, J. T., Galantino, M. L. & Newberg, A. B. (2009). Cerebral blood flow effects of yoga training: preliminary evaluation of 4 cases. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(1), 9-14. <http://doi.org/10.1089/acm.2008.0008>
- Cramer, H., Ostermann, T. & Dobos, G. (2018). Injuries and other adverse events associated with yoga practice: A systematic review of epidemiological studies. *Journal of science and medicine in sport*, 21(2), 147-154. <http://doi.org/10.1016/j.jsams.2017.08.026>
- Cramer, H., Krucoff, C. & Dobos, G. (2013). Adverse events associated with yoga: a systematic review of published case reports and case series. *PloS one*, 8(10), e75515. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0075515>
- Crush, E. A. & Loprinzi, P. D. (2017). Dose-response effects of exercise duration and recovery on cognitive functioning. *Perceptual and Motor Skills*, 124(6), 1164–1193. <https://doi.org/10.1177/0031512517726920>
- Eyre, H. A., Acevedo, B., Yang, H., Siddarth, P., Van Dyk, K., Ercoli, L., Leaver, A. M., Cyr, N. St., Narr, K., Baune, B. T., Khalsa, D. S. & Lavretsky, H. (2016). Changes in neural connectivity and memory following a yoga intervention for older adults: A pilot study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 52(2), 673-684. <https://doi.org/10.3233/JAD-150653>
- Eyre, H. A., Siddarth, P., Acevedo, B., Van Dyk, K., Paholpak, P., Ercoli, L. ... & Lavretsky, H. (2017). A randomized controlled trial of Kundalini yoga in mild cognitive impairment. *International psychogeriatrics*, 29(4), 557-567. <http://doi.org/10.1017/S1041610216002155>
- Fitzgerald, P. J. (2011). A neurochemical yin and yang: Does serotonin activate and norepinephrine deactivate the prefrontal cortex? *Psychopharmacology*, 213(2-3), 171-182. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-1856-1>
- Gajewski, P. D. & Falkenstein, M. (2016). Physical activity and neurocognitive functioning in aging-a condensed updated review. *European Review of Aging and Physical Activity*, 13(1), 1-7. <http://doi.org/10.1186/s11556-016-0161-3>
- Gothe, N. P., Hayes, J. M., Temali, C. & Damoiseaux, J. S. (2018). Differences in brain structure and function among yoga practitioners and controls. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 12, 26. <https://doi.org/10.3389/fnint.2018.00026>

- Gothe, N. P., Khan, I., Hayes, J., Erlenbach, E. & Damoiseaux, J. S. (2019). Yoga effects on brain health: A systematic review of the current literature. *Brain Plasticity*, 5(1), 105–122. <https://doi.org/10.3233/BPL-190084>
- Gothe, N. P. & McAuley, E. (2015). Yoga and cognition: a meta-analysis of chronic and acute effects. *Psychosomatic Medicine*, 77(7), 784–797. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000218>
- Gothe, N., Pontifex, M. B., Hillman, C. & McAuley, E. (2013). The acute effects of yoga on executive function. *Journal of Physical Activity and Health*, 10(4), 488-495. <https://doi.org/10.1123/jpah.10.4.488>
- Grøntved, A., & Hu, F. B. (2011). Television viewing and risk of type 2 diabetes, cardiovascular disease, and all-cause mortality: a meta-analysis. *Jama*, 305(23), 2448-2455. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.812>
- Hariprasad, V. R., Sivakumar, P. T., Koparde, V., Varambally, S., Thirthalli, J., Varghese, M. ... & Gangadhar, B. N. (2013). Effects of yoga intervention on sleep and quality-of-life in elderly: A randomized controlled trial. *Indian journal of psychiatry*, 55(Suppl 3), S364-8. doi: <https://doi.org/10.4103/0019-5545.116310>
- Hazari, N. & Sarkar, S. (2014). A review of yoga and meditation neuroimaging studies in healthy subjects. *Alternative and Complementary Therapies*, 20(1), 16-26. <https://doi.org/10.1089/act.2014.20109>
- Hoy, S., Östh, J., Pascoe, M., Kandola, A. & Hallgren, M. (2021). Effects of yoga-based interventions on cognitive function in healthy older adults: A systematic review of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine*, 58, 102690. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102690>
- Hsieh, S.-S., Chang, Y.-K., Fang, C.-L. & Hung, T.-M. (2016). Acute resistance exercise facilitates attention control in adult males without an age-moderating effect. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 38(3), 247-254. <https://doi.org/10.1123/jsep.2015-0282>
- Irandoost, K., Taheri, M. & Seghatoleslami, A. (2015). Comparing the effectiveness of water-based exercises and Yoga on memory and dynamic balance of elder people. *Journal of Motor Learning and Movement*, 6(4), 463-473. <https://doi.org/10.22059/jmlm.2015.52770>
- Jois, S. N., D'Souza, L. & Moulya, R. (2018). Effectiveness of superbrain yoga on short-term memory, visuo-spatial ability and academic performance of students. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 9(3), 183-187.

- Kora, P., Meenakshi, K., Swaraja, K., Rajani, A. & Raju, M. S. (2021). EEG based interpretation of human brain activity during yoga and meditation using machine learning: A systematic review. *Complementary therapies in clinical practice*, 43, 101329. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101329>
- Lemire-Rodger, S., Lam, J., Viviano, J. D., Stevens, W. D., Spreng, R. N. & Turner, G. R. (2019). Inhibit, switch, and update: A within-subject fMRI investigation of executive control. *Neuropsychologia*, 132, 107134. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2019.107134>
- Lima-Silva, T. B., Fabrício, A. T., Silva, L. D. S. V., Oliveira, G. M. D., Silva, W. T. D., Kissaki, P. T., Fernández Da Silva, A.P., Sasahara, T.F, Ordonez, T.N., De Oliveira, T.B., Aramaki, F.O., Buriti, A. & Yassuda, M. S. (2012). Training of executive functions in healthy elderly: Results of a pilot study. *Dementia & neuropsychologia*, 6, 35-41. <https://doi.org/10.1590/S1980-57642012DN06010006>
- Loprinzi, P. D. (2018). Intensity-specific effects of acute exercise on human memory function: Considerations for the timing of exercise and the type of memory. *Health promotion perspectives*, 8(4), 255. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6249493/>
- Loprinzi, P. D. (2019). An integrated model of acute exercise on memory function. *Medical Hypotheses*, 126, 51–59. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2019.03.010>
- McMorris, T. (2016). *Exercise-cognition interaction: a neuroscience perspective* (1st ed.). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/C2013-0-18937-4>
- McMorris, T. & Hale, B. J. (2012). Differential effects of differing intensities of acute exercise on speed and accuracy of cognition: A meta-analytical investigation. *Brain and Cognition*, 80(3), 338–351. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2012.09.001>
- McSween, M. P., Coombes, J. S., MacKay, C. P., Rodriguez, A. D., Erickson, K. I., Copland, D. A. & McMahan, K. L. (2019). The immediate effects of acute aerobic exercise on cognition in healthy older adults: a systematic review. *Sports Medicine*, 49(1), 67-82. <https://doi.org/10.1007/s40279-018-01039-9>
- Mir, I., Xin, C. & Jabbar, M. (2019). Effectiveness of aerobic exercise and meditation on short-term memory and attention in young university students with depression: a randomized control trial. *Journal of Yoga and Physical Therapy*, 9(1), 5. <https://doi.org/10.4172/2157-7595.1000295>
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A. & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “Frontal Lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49-100. <https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>

- Newberg, A. B., & Iversen, J. (2003). The neural basis of the complex mental task of meditation: Neurotransmitter and neurochemical considerations. *Medical Hypotheses*, 61(2), 282–291. [https://doi.org/10.1016/S0306-9877\(03\)00175-0](https://doi.org/10.1016/S0306-9877(03)00175-0)
- Nie, J., Zhang, Z., Wang, B., Li, H., Xu, J., Wu, S. ... & Ma, L. (2019). Different memory patterns of digits: a functional MRI study. *Journal of biomedical science*, 26(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12929-019-0516-y>
- Northey, J. M., Cherbuin, N., Pumpa, K. L., Smees, D. J. & Rattray, B. (2018). Exercise interventions for cognitive function in adults older than 50: A systematic review with meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 52(3), 154-160. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096587>
- O'Brien, J., Ottoboni, G., Tessari, A. & Setti, A. (2017). One bout of open skill exercise improves cross-modal perception and immediate memory in healthy older adults who habitually exercise. *PLoS One*, 12(6), e0178739. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178739>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Perez, M. M. (2020). Incidental vocabulary learning through viewing video: The role of vocabulary knowledge and working memory. *Studies in Second Language Acquisition*, 42(4), 749-773. <https://doi.org/10.1017/S0272263119000706>
- Quigley, A., MacKay-Lyons, M. & Eskes, G. (2020). Effects of exercise on cognitive performance in older adults: a narrative review of the evidence, possible biological mechanisms, and recommendations for exercise prescription. *Journal of Aging Research*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/1407896>
- Sanders, L. M. J., Hortobágyi, T., la Bastide-van Gemert, S., van der Zee, E. A. & van Heuvelen, M. J. G. (2019). Dose-response relationship between exercise and cognitive function in older adults with and without cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 14(1), e0210036. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210036>
- Santaella, D. F., Balardin, J. B., Afonso, R. F., Giorjani, G. M., Sato, J. R., Lacerda, S. S., Amaro Jr., E., Lazar, S. & Kozasa, E. H. (2019). Greater anteroposterior default mode network functional connectivity in long-term elderly yoga practitioners. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 11, 158. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2019.00158>
- Santhakumari, R., Reddy, I. Y., Archana, R. & Rajesh, P. (2016). Role of yoga in alienating the memory decline and frontal lobe metabolite changes in type 2 diabetes. *International journal of research in ayurveda and pharmacy*, 7(1), 78-81. <https://doi.org/10.7897/2277-4343.07116>

- Simon, S. S., Cordás, T. A. & Bottino, C. M. C. (2015). Cognitive Behavioral Therapies in older adults with depression and cognitive deficits: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(3), 223-233. <https://doi.org/10.1002/gps.4239>
- Soares, P. S. M., de Oliveira, P. D., Wehrmeister, F. C., Menezes, A. M. B. & Gonçalves, H. (2021). Screen time and working memory in adolescents: A longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 266-272. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.066>
- Vaezi, A., Dehghani Tafti, A., Behzadi Goodari, S. & Bidaki, R. (2020). Effect of Yoga on Memory in Elderly Women. *Elderly Health Journal*. <https://doi.org/10.18502/ehj.v6i1.3409>
- Wechsler, D. (1987). *Wechsler memory scale—revised manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation
- Weng, T. B., Pierce, G. L., Darling, W. G. & Voss, M. W. (2015). Differential Effects of Acute Exercise on Distinct Aspects of Executive Function: *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 47(7), 1460-1469. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000542>
- Youkhana, S., Dean, C. M., Wolff, M., Sherrington, C. & Tiedemann, A. (2016). Yoga-based exercise improves balance and mobility in people aged 60 and over: a systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*, 45(1), 21-29. <https://doi.org/10.1093/ageing/afv175>
- Zach, S. & Shalom, E. (2016). The influence of acute physical activity on working memory. *Perceptual and motor skills*, 122(2), 365-374. <https://doi.org/10.1177/0031512516631066>
- Zhang, Z., Peng, P., Eickhoff, S. B., Lin, X., Zhang, D. & Wang, Y. (2021). Neural substrates of the executive function construct, age-related changes, and task materials in adolescents and adults: ALE meta-analyses of 408 fMRI studies. *Developmental science*, 24(6), e13111. <https://doi.org/10.1111/desc.13111>



Anales en *Gerontología*

Número 15, Año 2023/ 68-84

ISSN: 2215-4647

Artículo

DEPRESIÓN SEGÚN LA ASISTENCIA SOCIAL EN PERSONAS ADULTAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS DE CIUDAD JUÁREZ

DEPRESSION ACCORDING TO SOCIAL ASSISTANCE IN INSTITUTIONALIZED AND NON-INSTITUTIONALIZED OLDER ADULTS IN CIUDAD JUÁREZ

Jessica Abigail Trejo Villalobos ¹

Recibido:26-11-2022 Corregido:11-11-2023 Aceptado:30-11-2023

¹ Maestría en Psicoterapia Clínica, Instituto de Estudios Superiores de Formación Humana.

Afiliación institucional: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciudad Juárez, México. E-mail lic.trejojessica@gmail.com



RESUMEN

Actualmente, el incremento de tasas de depresión en personas adultas mayores es el segundo trastorno mental más frecuente en la frontera ciudad Juárez. Los síntomas de este trastorno pasan desapercibidos, ya que concuerdan con otros problemas que experimentan las personas adultas mayores, por ello surge la necesidad de identificar el nivel de depresión en esta etapa de vida, tanto en estancias como en colonias de ciudad Juárez según la asistencia social que reciben. El presente estudio es de tipo cuantitativo, con alcance descriptivo comparativo. El instrumento que se utilizó para medir la variable fue el cuestionario Escala de Depresión Geriátrica-Test de Yesavage, versión corta. La muestra se conformó por 58 personas arriba de 60 años. La técnica de muestreo que se llevó a cabo es la no probabilística por conveniencia. Como resultado, la depresión en la muestra de personas adultas mayores de estancias y colonias de ciudad Juárez muestran una diferencia estadísticamente significativa según la asistencia social. Se reporta que quienes no tienen estudios obtuvieron un mayor grado de depresión. Se demuestra que las personas adultas mayores institucionalizadas y que no reciben asistencia social tienen un mayor grado de depresión. Se evidencia que más de la mitad de la muestra población adulta mayor de Ciudad Juárez manifiesta el estado depresivo en un rango normal. Por lo tanto, se concluye que el nivel normal de depresión fue mayor en quienes habitan en estancias que en colonias de Ciudad Juárez sin asistencia social. Además, la escolaridad influye en la depresión, ya que quienes no tienen estudios presentan mayor estado depresivo, contrario a los que tienen un nivel de escolaridad profesional.

PALABRAS CLAVE: depresión, asistencia social, personas adultas mayores, Ciudad Juárez

ABSTRACT

Currently, the increase in depression rates in older adults, in the second most frequent mental disorder at the border. The symptoms of this disorder go unnoticed and are consistent with other problems experienced by older adults. With the objective of identifying the level of depression in older adults in the stays as in the neighborhoods of ciudad Juárez according to the social assistance received. The present study is of quantitative type, with comparative descriptive scope. The instrument used was the Scale of Geriatric Depression-Yesavage Test questionnaire. The sample consisted of 58 older adults, being the non-probabilistic sampling technique for convenience. As a result, the depression in the sample of older adults from stays and colonies in Ciudad Juárez was a statistically significant difference according to social assistance. Reporting, that older adults without studies obtained a higher degree of depression. It is shown that institutionalized older adults who do not receive social assistance have a higher degree of depression. It is evident that more than half of the sample of older adults in ciudad Juárez, the depressive state was in a normal range. Therefore, it is concluded that the normal level of depression was higher in older adults than in the neighborhoods of ciudad Juárez without social assistance. In addition, schooling influences the depression of older adults, since those who do not have studies have a greater depressive state in the change to those with a level of professional schooling.

KEY WORDS: depression, social assistance, older adults, Ciudad Juárez

Introducción

La depresión en personas adultas mayores de asilos y colonias de Ciudad Juárez muestra una diferencia según la asistencia social que reciben.

El teórico cognitivo Beck (1976) definió depresión como un desorden del razonamiento. Que trae consigo síntomas y signos, como consecuencia de la activación de modelos cognitivos negativos. La Clasificación Internacional de las Enfermedades, Décima revisión [CIE-10], considera trastorno depresivo si cuenta con al menos dos síntomas considerados típicos de la depresión, y lleva una duración de al menos de dos semanas. Entre los síntomas están: un ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar, sentimientos de inferioridad, sentimientos de culpa excesiva, pensamientos recurrentes de muerte, disminución de la capacidad en concentrarse, cambios de actividad psicomotriz, alteraciones del sueño, cambios del apetito y aumento de la fatigabilidad (OMS, 1992).

Ciudad Juárez, Chihuahua, se encuentra en la frontera norte de México, conurbada con El Paso Texas de Estados Unidos. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], por su población 1, 391, 180, a través de la Encuesta Intercensal, 2015. Gran parte de esta población emigra a esta ciudad debido a las oportunidades industriales y de servicios. Sin embargo, existen distintas problemáticas, como es: violencia, inseguridad pública, como también, modificaciones socioculturales en la atención de personas vulnerables por instituciones públicas y privadas de personas adultas mayores. En los cuales, existen determinados programas de apoyo social y económico para esta población.

Nacionalmente hay 119, 530,753 personas adultas mayores; estatalmente 3, 556,574; en Ciudad Juárez, 102, 003, de los cuales 47,198 son hombres y 54,805 mujeres mayores (INEGI,

2015). De acuerdo con el cálculo de la Dirección General de Información en Salud [DGIS], con 826 sucesos de depresión manifestados entre hombres y 1,078 entre mujeres el año anterior, el índice de incidencia por cada 100 mil habitantes tuvo un valor de 1326.13 en la frontera norte de México, llegando a sobrepasar el valor nacional.

La demencia y la depresión son los desórdenes mentales más comunes que presenta arriba del 20% de habitantes de personas adultas mayores (OMS, 2016). En relación con los que reciben asistencia social por parte del programa Credenciales del Instituto Nacional de las Personas Mayores [INAPAM], son: 6,767 personas adultas mayores; del programa “65 y más” de la Secretaría de Desarrollo Social [SEDESOL], 33,000 personas; y el programa “Chihuahua amanece para todos en las personas adultas mayores”, 2,222. Con un total de 41,989 personas adultas mayores que reciben asistencia social.

Así pues, una revisión del universal destaca que “la depresión prevalece en adultos mayores de 65 años es de entre 15 y 17%; es un problema complejo y multifactorial que se debe a condiciones sociales, culturales y ambientales que son modificables” (Miranda, 2017). En cuanto al diario, Portafolio (2017) menciona que los adultos mayores no tienen “una pensión social universal no contributiva”, de tal forma se ven desfavorecidos, viviendo en miseria, algunos casos con maltratos, abusos y además con un acceso a la atención médica insuficiente, según una investigación que llevó a cabo la Universidad de La Sabana. El 70% de personas adultas mayores no tienen pensión y padecen depresión.

En 3 estudios, 2 en Colombia y 1 en México, resulta una mayor proporción de sexo femenino con depresión (Gómez-Restrepo et al., 2004; Estrada Restrepo et al., 2013; y Márquez Cardoso et al., 2005). Pero un estudio en México destaca que el sexo masculino recibe

una retribución económica mejor que las mujeres, y esto hace que las mujeres adultas mayores recurran frecuentemente por asistencia social a las clínicas de salud de las cuales son derechos habientes (Villegas y Montoya, 2014). Por otra parte, en un estudio en Colombia con personas adultas mayores institucionalizadas, la proporción de individuos con trastorno depresivo fue de 36.4%, y predominó el mínimo rango con 24.2% (Borda et al., 2013). En 2 estudios en México con personas adultas mayores no institucionalizadas, la prevalencia de depresión fue muy parecida de 36,2% de las personas participantes, 43,2% de las mujeres y 27,1% de los hombres (Pando Moreno et al., 2001). En cambio, con personas adultas mayores jubiladas y pensionadas presentaron depresión y ansiedad, sin embargo, no hubo relación en cuanto al estado civil y el sexo (Acosta Quiroz y García Flores, 2007).

Por el contrario, en un estudio de México, en personas adultas mayores institucionalizadas se encuentra una correlación negativa con la autoestima y depresión, correlación positiva con ansiedad y depresión, y correlación negativa con autoestima y ansiedad (Canto Pech y Castro Rena, 2004). Y al hacer una comparación en Lima, de personas adultas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas se encontró que existe una relación significativa e inversa entre la depresión y la autoestima; en ambos grupos es muy similar (Orosco, 2015).

En México, se estableció que las personas adultas mayores deben ser atendidas con programas de asistencia social, según la Ley de los Derechos de las Personas de la Tercera Edad, se señaló el artículo VI: A ser candidatos de asistencia social cuando existe una discapacidad, falta de empleo o daño de sus medios de subsistencia, como también de programas para tener un alojamiento apropiado a sus necesidades y programas para tener acceso a estancias, u otras

opciones de atención integral, si se encuentran en una posición de peligro o abandono. Asimismo, “ninguna persona adulta mayor será marginada o discriminada en ningún espacio público o privado por razón de su edad, género, estado físico, creencia religiosa o condición social”, menciona el artículo 8 (INAPAM, 2016). De acuerdo con la Sociedad Mexicana de Psicología [SMP] (2010), se asume la responsabilidad de actuar bajo un principio rector, el cual establece: respeto a los códigos, cuidado responsable, dignidad de los individuos, integridad en las relaciones, compromiso hacia la sociedad y la humanidad.

Depresión En Personas Adultas Mayores

La depresión es un trastorno, como un desorden del razonamiento, que lleva consigo síntomas y signos (Beck, 1976), tanto Bleichmar (1991) y la CIE-10 consideran lo siguiente: humor constantemente triste, ansioso o “vacío”, sentimientos de abatimiento, sentimientos de culpa, negatividad, incompetencia, desinterés en varios aspectos como en actividades fisiológicas y de entretenimiento, dificultades en el sueño, falta de energía, inhibición psicomotriz, fatiga, intranquilidad e irritabilidad, conflictos para llegar a tomar decisiones, de concentración, trastornos de memoria e ideación e intentos de suicidio, son algunos síntomas que muestra este trastorno (OMS, 1992). Hay que señalar, la depresión no es parte normal del envejecimiento.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo comparativo con diseño no experimental transversal con perspectiva cuantitativa.

Este estudio descriptivo tuvo como propósito describir los niveles de depresión de las personas adultas mayores con y sin asistencia social y hacer una comparación en contextos

institucionalizados y no institucionalizados (Hernández Sampieri et al., 2006). Como señala Kerlinger (2002): “En la investigación no experimental no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes o tratamientos” (p. 420). Así pues, “los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández Sampieri et al., 2003, p. 270).

En cuanto al enfoque cuantitativo “utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población” (Hernández Sampieri et al., 2003, p. 10). Se indagó la relación de la asistencia social con depresión en 2 grupos distintos como fueron diferentes estancias de personas adultas mayores y parques, plazas y colonias de ciudad Juárez, en un espacio y tiempo determinado.

Participaron 58 personas adultas mayores, seleccionadas por muestreo no probabilístico por conveniencia ya que, de acuerdo con Kinnear & Taylor (1998), “el elemento se autoselecciona o se ha seleccionado debido a su fácil disponibilidad” (p. 405). Por el tipo de población y por el límite de tiempo, participaron: 14 de estancias para personas adultas mayores que reciben asistencia social en ciudad Juárez, 17 de colonias que reciben asistencia social en ciudad Juárez. Además, el grupo control fue conformado por 14 personas de estancias de personas adultas mayores que no reciben asistencia social en ciudad Juárez, y 13 de colonias que no reciben asistencia social en ciudad Juárez.

El instrumento que se utilizó fue la Escala de Depresión Geriátrica-Test de Yesavage versión corta (Yesavage et al., 1983), el cual consiste en un breve cuestionario donde se le pide al sujeto responder a 15 ítems, contestando sí o no respecto a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha en que se administra dicho cuestionario. Las respuestas correctas son Sí en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15; y No en los ítems 1, 5, 7, 11, 13. Al presentar de 0 a 5 respuestas se considera normal, de 6 a 10 muestra depresión leve y de 11 a 15 indica depresión severa. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud [OPS] y la Organización Mundial de la Salud [OMS], se encontró que el instrumento al evaluarse contra criterios diagnósticos tiene el 92% de sensibilidad y una especificidad del 89%. Asimismo, esta escala ha resultado confiable; por lo tanto, viable en la práctica como en la investigación clínica (OPS y OMS, 2002).

Resultados

El instrumento Escala de Depresión Geriátrica-Test de Yesavage versión corta (Yesavage et al., 1983) presenta un Alpha de Cronbach de $\alpha=0.84$ (Sheikh & Yesavage, 1986). En la muestra de 58 personas adultas mayores, el instrumento obtuvo un Alpha de $\alpha=.835$ con 15 elementos, es decir, que el instrumento presenta una consistencia interna alta, por lo que es confiable para asegurar los resultados. Mediante la prueba de esfericidad de Bartlett, se obtuvo una chi cuadrada de $\chi^2=404.3$, con medida Káiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo de $.726$ ($gl.=105$, $sig.=.000$). La confiabilidad es significativa mediante esta prueba estadística. Se obtuvo un porcentaje de 72.7% del total de varianza explicada con análisis factorial.

La muestra de $n=58$ estuvo conformada por el 53.4% (31) de personas adultas mayores con asistencia social y 46.6% (27) sin asistencia social. Con una frecuencia de 30 personas

adultas mayores de colonias, con un porcentaje de 51.7%, y una frecuencia de 28 personas adultas mayores de estancias, con un porcentaje de 48.3%. Se reportaron como edad mínima 60 años y edad máxima 96, con una media de $x=72.6$ con desviación estándar de $DS=9.4$, de los cuales el 50% (22) se encuentra en los rangos de edad de 60 a 70 años, 29.3% (17) en el rango de edad de 71 a 80 años, y el 20.7% (12) en el rango de edad de 81 en adelante. Asimismo, entre un mínimo de 0 y máximo de 25, se encontró que la media de hijos de personas adultas mayores es de $x=3.6$, con desviación estándar de $DS=3.9$.

Por otra parte, se encontró que el mayor porcentaje población mayor fue de 34.5% (20), los cuales habitan de uno a veinte años en las estancias o colonias, siguiendo un 22.4% (13) que habitan de 1 a 11 meses, un 17.2% (10) de 21 a 40 años, un 10.3% (6) de 61 años en adelante, 6.9% (4) de 41 a 60 años, 6.9% (4) de 1 a 3 semanas y solo 1.7% (1) de 1 a 6 días. Así pues, de las 58 personas adultas mayores, el 79.3% (46) son de sexo masculino y el 20.7% (12) del sexo femenino. En cuanto al estado civil de la muestra, el 32.8% (19) son casados, 27.6% (16) solteros, 22.4% (13) viudos, 12.1% (7) divorciados y 5.2% (3) en unión libre. Además, se reportó que los últimos trabajos del 44.2%, con una frecuencia de uno, fueron: agentes de ventas, agricultura, apoyo vivienda, bienes y raíces, bolero, campestre, centro de salud, cocina, construcción, contratista, correo, cuidado de animal, despacho, empacador, empleado, frutería, gas, gasolinera, jardinero, ladrillera, limpieza, mantenimiento, mecánico, mesero, municipio y negocio), el 12.1% (7) comerciante, 10.3% (6) amas de casa, 6.9% (4) parqueros, 5.2% (3) guardias de seguridad, 5.2% (3) maquilas, 5.2% (3) docentes, 3.4% (2) albañil, 3.4% (2) chofer, y el 3.4% (2) nunca trabajó.

Así pues, el nivel de escolaridad que presentó la mayoría de las personas participantes fue de 55.2% (32) primaria, 15.5% (9) sin estudios, 10.3% (6) secundaria, 6.9% (4) profesional, 5.2% (3) preparatoria, y solamente 4 participantes adultas mayores (6.8%) con nivel de escolaridad técnico y posgrado.

Se categorizó la suma total de 15 ítems en 3 niveles: normal rango de depresión (1-5), depresión leve (6-10) y depresión severa (11-15). Con una media de $x=4.7$ con una desviación estándar de $DS=3.6$, entre un mínimo de .00 y máximo de 14.00, la depresión se reportó como normal en toda la muestra de $n=58$ personas adultas mayores. El 58.6% (34) se ubicó en un rango normal, el 34.5% (20) en depresión leve y el 6.9% (4) en depresión severa.

Se encontró que el nivel de escolaridad sin estudios obtuvo una media de $x=6.4$ ($DS=2.1$); quienes alcanzaron nivel de educación primaria, una media de $x=5.5$ ($DS=3.5$); los de secundaria, una media de $x=3.7$ ($DS=4.7$); los de nivel técnico, una media de $x=3$ ($DS=4.2$); los de preparatoria, una media de $x=1.3$ ($DS=1.5$); los de posgrados, una media de $x=1$ ($DS=0$); y los de nivel profesional, una media de $x=.5$ ($DS=.6$). Se reportó que las personas mayores sin estudios obtuvieron un mayor grado de depresión con una media de $x=6.4$ ($DS=2.1$), con una diferencia significativa ($F=2.996$, $gl=57$, $Sig.=.014$), según la Tabla N 1. En cuanto al sexo, edad, tiempo en estancia o colonia, último trabajo y estado civil; no existió una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la depresión en personas mayores pertenecientes a esta muestra.

Tabla N 1.

Diferencia de depresión por nivel de escolaridad

	N	Media	DS	F	Sig.
Sin estudios	9	6.4	2.1		
Primaria	32	5.5	3.5		
Secundaria	6	3.7	4.7		
Técnico	2	3.0	4.2	2.996	0.014
Preparatoria	3	1.3	1.5		
Profesional	4	0.5	0.6		
Posgrados	2	1.0	0.0		
Total	58	4.7	3.6		

Verificación De La Hipótesis

En el estudio se propuso la hipótesis de investigación: “La depresión en personas adultas mayores de estancias y colonias de Ciudad Juárez muestran una diferencia según la asistencia social que reciben”. Como hipótesis nula: “La depresión en personas adultas mayores de estancias y colonias de Ciudad Juárez no muestran diferencia alguna con la asistencia social que reciben”. Según los resultados, se comprueba la hipótesis de investigación y se niega la hipótesis nula. Considerando que las personas adultas mayores que reciben asistencia social, se obtuvo una media de $x=3.8$ ($DS=3.1$), mientras que quienes reciben asistencia social obtuvieron una media de $x=5.6$ ($DS=4.0$). Se reporta que las personas adultas mayores sin asistencia social obtuvieron un mayor grado de depresión con una media de $x=5.6$ ($DS=4.0$), con una diferencia estadísticamente significativa ($F=3.722$, $gl=57$, $Sig.=.059$), según la Tabla N 2. Asimismo, se encontró que aquellos que están institucionalizados obtuvieron una media de $x=5.7$ ($DS=3.9$); quienes viven en colonias de Ciudad Juárez, una media de $x=3.7$ ($DS=3.1$), las personas adultas mayores de estancias de Ciudad Juárez obtuvieron un mayor grado de depresión con una media de $x=5.6$ ($DS=4.0$), con una diferencia estadísticamente significativa ($F=4.461$, $gl=57$,

Sig.=.039), según la Tabla N 3. Es decir, la depresión en la muestra de personas adultas mayores de estancias y colonias de Ciudad Juárez muestran una diferencia estadísticamente significativa según la asistencia social.

Tabla N 2.

Diferencia de depresión por asistencia social

	N	Media	DS	F	Sig.
Si	31	3.8	3.1		
No	27	5.6	4.0	3.722	0.059
Total	58	4.7	3.6		

Tabla N 3.

Diferencia de depresión por estancias y colonias

	N	Media	DS	F	Sig.
Estancia	28	5.7	3.9		
Colonia	30	3.7	3.1	4.461	0.039
Total	58	4.7	3.6		

Discusión y Conclusiones

Se demuestra que las personas adultas mayores institucionalizadas y que no reciben asistencia social tienen un mayor grado de depresión. En relación con la pregunta de investigación, se evidencia un rango normal del estado depresivo en más de la mitad de la muestra de personas adultas mayores de Ciudad Juárez y el 34.5% en depresión leve. Por lo tanto, a los objetivos, el nivel normal de depresión fue mayor en personas adultas mayores de

estancias que en colonias de Ciudad Juárez sin asistencia social. Además, la escolaridad influye en la depresión, ya que quienes no tienen estudios presentan mayor estado depresivo; contrario a personas con un nivel de escolaridad profesional.

Por otra parte, con este estudio se pone, en concordancia las teorías de depresión. Conforme a la definición de depresión de Beck (1976), fueron evidentes síntomas y signos del trastorno depresivo, como bien mencionaba el CIE-10, DSM IV y DSMS V, se percibió un estado de ánimo triste, pérdida de interés, cambios en el apetito, falta de energía, problemas en el sueño, entre otros. Se observó predominancia en personas adultas mayores de estancias de ciudad Juárez, ya que es más fuerte el sentimiento de menosprecio por el abandono. Por consiguiente, como mencionó Retamal (1998), la depresión es más frecuente en las personas adultas mayores. La definición de asistencia social publicada en el DOF (2013) explica que es proteger a seres humanos en estado de vulnerabilidad, desamparo, desventaja física y mental hasta que se encuentren incorporados a una vida digna. No obstante, en ciudad Juárez menos de la mitad de la población adulta mayor recibe asistencia social, empero, no logran ser incorporados a una vida digna.

Por lo que se refiere al método, fue efectivo dado que describió el nivel de depresión de participantes con y sin asistencia social, comparando las estancias y colonias de la frontera. Obteniendo resultados sólidos. Sin embargo, la muestra no es representativa de la población. Ya que por el tamaño y características de la población no fue posible un muestreo probabilístico. Siendo así, no es posible lograr conclusiones generales para el universo de la población con una certeza y exactitud definida.

Finalmente, se recomienda a las instituciones de personas adultas mayores tomar medidas de prevención primaria contra la depresión, contando con un equipo multidisciplinar,

programando actividades al aire libre, fuera de la estancia, realizando una valoración continua de cada paciente, llevar un registro de su alimentación, de sus horas de sueño, y en cualquier alteración estar en constante comunicación con él. También, tomar medidas secundarias de prevención como: invitar a la comunidad para compartir actividades con ellos, hablar de un libro de su interés, hacer recetarios, jugar juegos de mesa, involucrarlos en tareas de la estancia como separar frijol, llevar la despensa y sacar la basura, con la finalidad de que no desarrollen el sentimiento de inutilidad e incapacidad. Asimismo, tomar medidas de prevención terciaria como la psicoterapia y hacer ejercicio regularmente.

Se recomienda a futuras investigaciones tener en cuenta al momento de aplicar las técnicas e instrumentos, las características de la población adulta mayor, como son: discapacidades auditivas, visuales y motoras. Asimismo, seguir haciendo estudios sobre la depresión utilizando otras variables, de igual manera sobre la asistencia social, ya que son mínimos los estudios sobre este tema.

Se sugiere al público en general, no pasar desapercibidos los signos y síntomas de la depresión en personas adultas mayores, ya que son similares a algunos problemas en esta etapa. Además, se recomienda a los adultos y adultos mayores estar pendientes de los programas de asistencia social, sus requisitos y su ubicación, además de realizar actividades recreativas como ejercicios de crucigrama, juegos de mesa, lectura, ejercicio físico y mantener redes de apoyo para transitar por esta etapa de vida lo más satisfactorio posible.

Así pues, al gobierno se recomienda ampliar cobertura y apoyos para la población adulta mayor, así como revisar los requisitos para ser sujeto a programas de asistencia social. Ya que la OMS establece el término “Adulto Mayor” haciendo referencia a todo ser humano de 60 a más años de edad. Y para ser beneficiario del programa 65 y más de SEDESOL, la persona

tiene que contar con 65 años cumplidos. Así pues, para el programa “Chihuahua amanece para todos en las personas adultas mayores” se exige que las personas adultas mayores estén en extrema pobreza y no contar con otro tipo de ayuda. Asimismo, se sugiere, que se dé asistencia social especial a la población mayor institucionaliza, debido a que la mayoría está por abandono, y por lo tanto no cuentan con documentos y esto es uno de los requisitos para ser candidato a los programas. Por otra parte, es fundamental difundir por todos los medios los programas que ofrece el gobierno a esta población.

Referencias

- Acosta Quiroz, C.O. y García Flores, R. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 17(2), 291-300.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Bleichmar, E. (1991). *La depresión en la mujer*. Ediciones Temas de Hoy.
- Borda Pérez, M., Anaya Torres, M. P., Pertuz Rebolledo, M. M., Romero de León, L. y Suárez García, A. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte*, 29(1), 64-73.
- Canto Pech, H.G. y Castro Rena, E.K. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9(2), 257- 270.
- Estrada Restrepo, A., Cardona Arango, D., Segura Cardona, A.M., Ordóñez Molina, J., Osorio Gómez, J. J. y Chavarriaga Maya, L. M. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94.
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto Masis, D., Gil Laverde, J. F., Rondón Sepúlveda, M. y Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(6), 378-86.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. P. (2003). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M.P. (2006). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- INAPAM Instituto Nacional de las Personas Mayores. (2016). *Ley de los derechos de los adultos mayores*.
- INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Encuesta Intercensal*. INEGI.
- Kerlinger, F.N. (2002). *Investigación del comportamiento*. McGraw-Hill.
- Kinrear, C.T. & Taylor, R. J. (1998). *Investigación de mercados*. McGraw-Hill.
- Márquez Cardoso, E., Soriano Soto, S., García Hernández, A. y Falcón García, M. P. (2005). Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Atención primaria*, 36(6), 345.

- Miranda, P. (2017, 13 de abril). *Depresión, condición frecuente e incapacitante en adultos mayores*. [Nota de prensa].
- OMS Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Meditor.
- OMS Organización Mundial de la Salud. (2016). 543 *La salud mental y los adultos mayores*.
- OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud. Y Organización Mundial de la Salud. (2002). *Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores*.
- Orosco, C. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona* (18), 91-104.
- Pando Moreno, M., Aranda Beltrán, C., Alfaro Alfaro, N. y Mendoza Roaf, P. (2001). Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36(3), 140-4.
- Portafolio. (2017, 15 de junio). El 70% de los adultos mayores no tiene pensión y padece depresión. *Portafolio*. [Nota de prensa].
- Sheikh, J.I. & Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter versión. In T.L. Brink (Ed.), *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention* (pp. 165-173). The Hawort Press, Inc.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Villegas Vázquez, K.G., y Montoya Arce, B.J. (2014). Condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad social en el Estado de México. *Papeles de población*, 20(79), 133-167.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. Psychiat. Res.*, (17). 37-49.



Anales en Gerontología

Número 15, Año 2023/ 85-111

ISSN: 2215-4647

Artículo

VIVIR SOLO DURANTE LA VEJEZ: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE LA SOLEDAD

LIVING ALONE IN OLD AGE: COPING STRATEGIES WITH LONELINESS

Leticia Robles-Silva¹, Sheila Martínez García²

Recibido:24-03-2023 Corregido:23-11-2023 Aceptado:08-12-2023

¹ Doctora en Ciencias Sociales.

Afiliación institucional: Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México. E-mail leticia.robles.silva@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0119-6300>

² Maestría en Salud Pública.

Afiliación institucional: Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México. E-mail mgsheila1@gmail.com ORCID:
<https://orcid.org/0000-0001-7147-9408>



RESUMEN

El objetivo es analizar las estrategias de afrontamiento ante la soledad entre personas adultas mayores quienes viven en soledad. Los datos provienen de un estudio cualitativo con 44 participantes adultas mayores en Uruguay, quienes participaron tanto en entrevistas individuales como en grupos focales y se realizó análisis de contenido. Las personas participantes utilizaban dos tipos de estrategias para afrontar la ausencia de relaciones interpersonales en la casa. Uno, centrado en las emociones consistente en realizar actividades fuera de casa, lo que permitía controlar las emociones negativas derivadas del sentimiento de soledad. Y la otra, centrada en el problema, a través de la búsqueda de nuevas relaciones sociales al exterior de la casa, particularmente de pareja bajo el arreglo de “juntos pero separados”, así como, relaciones de amistad. Se puede concluir que las personas adultas mayores utilizan recursos cognitivos, emocionales y relacionales para construir un proceso de afrontamiento ubicado fuera del espacio de la casa cuando se vive en soledad. Las estrategias de afrontamiento aquí reportadas visibilizan nuevos contextos de relacionamiento durante la vejez.

PALABRAS CLAVE: estrategias de afrontamiento, soledad, hogares unipersonales, vejez.

ABSTRACT

The aim of this paper is to analyze the strategies for coping with loneliness among the elderly who live alone. The data come from a qualitative study with 44 elderlies in Uruguay, individual interviews and focus group and content analysis were carried out. Findings. The elderly used two types of strategies to cope with the absence of interpersonal relationships at home. One, focused on emotions based on doing activities outside the home, which allowed controlling the negative emotions due to the feeling of loneliness. In addition, the other, focused on the problem, through the search for new social relationships outside the home, particularly couples under the arrangement of "living alone together" and friendship relationships. The elderly use cognitive, emotional and relational resources to build a coping process located outside the home space when living alone. The coping strategies reported here make visible new relationship contexts during old age.

KEY WORDS: coping, loneliness, living alone, old age

Introducción

Vivir solo es un fenómeno creciente desde la segunda mitad del siglo XX, más cuando se compara con el poco número de personas viviendo en soledad durante el siglo XVIII y XIX (Snell, 2017), y es que no solo es un rasgo en tiempos de modernidad, sino también del envejecimiento poblacional; por eso, se afirma que el vivir solo forma parte de las experiencias de cómo se envejece durante el siglo XXI. A nivel mundial y durante las dos primeras décadas del presente siglo, se registra una proporción relevante de quienes viven en soledad, las cifras varían entre 11% y 33% de acuerdo al nivel de desarrollo de los países; igualmente acontece en América Latina, 17% de la población envejecida vivía sola en 2010 (Reher & Requena, 2018).

Las valoraciones son tanto positivas como negativas para este arreglo de residencia entre la población envejecida. Por una parte, residir en hogares unipersonales se considera como un indicador de bienestar, independencia y autonomía (López Doblas, 2005; Miret Gamundi y Zueras, 2015); pero también quienes viven en soledad experimentan aislamiento social debido a la ausencia de interacciones interpersonales al interior del hogar, lo cual, a su vez, tiene efectos negativos sobre su bienestar, calidad de vida, salud física y mental (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2020). Aunque tradicionalmente se considera que la soledad es un atributo de la vejez, independiente de si las personas adultas mayores viven o no en soledad (Victor & Bowling, 2012), diversos estudios reportan una asociación entre vivir solo y soledad (Cohen-Mansfield et al., 2016), y los sentimientos de soledad afectan negativamente el bienestar y la salud mental de las personas adultas mayores (Luanaigh & Lawlor, 2008; Courtin & Knapp, 2017).

Si consideramos que el hogar puede convertirse en un espacio de opresión en función de las relaciones sociales existentes a su interior (Blunt & Dowling, 2006), también el vivir solo

es un evento adverso y de opresión debido a la ausencia de dichas relaciones sociales al interior de la casa, convirtiendo la casa en un espacio propicio para sentirse solo. En el caso de las personas adultas mayores, el vivir solo puede ser una experiencia de largo plazo, particularmente porque circunstancias como la viudez y la salida de los hijos de casa, mantienen este arreglo de residencia por largos períodos de tiempo, es decir, una condición casi permanente en su vida cotidiana.

La soledad es una experiencia de tensión emocional que surge cuando no se está involucrado en relaciones interpersonales, particularmente en relaciones con un apego afectivo y vínculo emocional cercano. Este es un evento no deseado e inevitable, y una experiencia multifacética, lo cual siempre es dolorosa y estresante (Leontiev, 2019; Weiss, 1973). En este sentido, quien experimenta soledad emocional o se siente solo, hace frente tanto a la situación en sí misma como a sus impactos, lo cual se conoce como proceso de afrontamiento, cuyas respuestas son todo aquello que las personas hacen para evitar, tolerar o disminuir recibir un daño por una situación adversa; al mismo tiempo, reajustan las demandas emanadas de dicha situación (Thoits, 1995).

En la literatura se reportan distintas estrategias para afrontar la soledad entre la población envejecida, las más recurrentes son mantener y fortalecer relaciones familiares y sociales; asistir a actividades culturales, sociales y recreativas; participar en voluntariados; desarrollar pasatiempos; tener mascotas como forma de compañía; o recurrir a la espiritualidad y a la religión (Cardona Jiménez et al., 2011; Schoenmakers et al., 2012; Smith, 2012; Schoenmakers et al., 2015; Ugochi Ojembe & Ebe Kalu, 2018; Park et al., 2018; Conkova et al., 2019; Kharicha et al., 2020; Morlett Paredes et al., 2020).

Sin embargo, dichos estudios no distinguen entre si las personas adultas mayores viven o no en soledad, ya que esta situación también se experimenta estando acompañado, las experiencias podrían ser distintas, así como las estrategias de afrontamiento. De ahí la relevancia, de indagar cómo las personas adultas mayores enfrentan la soledad cuando la viven. En este orden de ideas, el objetivo del presente estudio es analizar las estrategias de afrontamiento ante la soledad en personas adultas mayores quienes viven en soledad en una ciudad media de Uruguay. Este es el país latinoamericano con la mayor proporción de población adulta mayor viviendo en soledad, 35% de 65 a 74 años residen en hogares unipersonales, incrementándose a 51% en los mayores de 80 años (Thevenet, 2013; United Nations, 2017); por lo tanto, vivir solo durante la vejez constituye una condición casi normativa del contexto de envejecimiento poblacional uruguayo.

Metodología

44 ancianos participaron en un estudio con metodología cualitativa en la ciudad de Paysandú, Uruguay, en donde se realizó el trabajo de campo entre 2016 y 2019. Las personas adultas mayores residían en hogares unipersonales y fueron localizadas a través de la estrategia de bola de nieve, a partir de contactos en la comunidad y de grupos comunitarios de la tercera edad. Los criterios de selección implicaron que vivieran en soledad y que fueran mayores de 60 años, 35 mujeres y 9 hombres participaron en el estudio, cuyas edades iban de 73.6 años en promedio; sin pareja, la mayoría por viudez (63.6%) o divorcio (27.3%), y solo tres personas eran solteras, 84.1% de las personas adultas mayores tenían hijos vivos, con un promedio de 2.4 hijos. 62% de las personas tenían al menos un hijo que vivía en Paysandú, para el resto de participantes (38%), ninguno de sus hijos residía en Paysandú debido a que eran migrantes nacionales o internacionales.

Respecto a los ingresos, 80% de las personas percibía una sola fuente de ingresos, y el resto disponía de dos o más ingresos; la pensión por jubilación era la principal fuente de ingreso para 90% de las personas, 16.7% tenían ingresos por la renta de bienes inmuebles, y un adulto mayor trabajaba por cuenta propia. 70.4% de los participantes mencionaron padecer algún tipo de enfermedad crónica, y 42.2% alguna discapacidad, principalmente visual y motriz, pero eran lo suficientemente autónomos como para movilizarse fuera de casa por sí mismos.

Las personas adultas mayores fueron entrevistadas de manera individual y colectiva por la primera autora, firmaron una carta de consentimiento informado. Las entrevistas individuales fueron de tipo abiertas focalizadas, realizadas en las casas de las personas adultas mayores con una duración de 70 minutos en promedio; en cambio, las entrevistas colectivas corresponden a tres grupos focales con una duración de dos horas cada una y realizadas en asociaciones de personas jubiladas y pensionistas de Paysandú, y en grupos comunitarios para la tercera edad auspiciados por la Intendencia de Paysandú. El tema central de las entrevistas fue acerca de su experiencia de vivir solo, los sentimientos de soledad, y sus estrategias para enfrentar el hecho de residir en hogares unipersonales. Asimismo, se recabó información sociodemográfica de cada participante.

Todas las entrevistas fueron audio grabadas y transcritas verbatim en el programa ^{The} Ethnograph 6.0. Las transcripciones fueron leídas línea por línea, con una codificación abierta para identificar los temas centrales. Posterior a ello, se realizó un análisis de contenido en torno a dos ejes.

El primer eje analítico fue sobre los sentimientos de soledad asociados al hecho de vivir en soledad, su significado y las condiciones por las cuales emerge dicho sentimiento de soledad. La aproximación analítica se basa en identificar los proverbios o alusiones metafóricas o

proposiciones interpretativas sobre la soledad parafraseadas en sus narrativas como una estrategia de análisis de sus significados (White, 1987). Este análisis permitió caracterizar el sentimiento de soledad como una experiencia de tensión emocional, del cual es necesario manejar sus demandas cotidianas y las emociones.

En el segundo eje de análisis, se caracterizaron los tipos de afrontamiento desplegados por las personas adultas mayores para enfrentar la soledad derivada de vivir en soledad. La tipología de estrategias se basa en la propuesta de Lazarus & Folkman (1984), quienes plantean el afrontamiento como un proceso que conlleva una evaluación de la situación y de cómo enfrentar las condiciones adversas de dicha situación. Para este análisis, primero se procedió a identificar la actitud de las personas adultas mayores ante la soledad entendida como la estimación de si es posible o no adaptarse a la circunstancia de vivir solo, y si es posible realizar acciones concretas para modificar el sentimiento de soledad y las condiciones objetivas de vivir solo. Posteriormente, el análisis se centró en identificar las estrategias de afrontamiento en base a la finalidad de la acción y el tipo de acciones realizadas, así como en las dificultades para implementar dichas estrategias. En base a este análisis, se categorizaron las estrategias en dos tipos: estrategias de afrontamiento centradas en las emociones, que incluye las acciones orientadas a disminuir la intensidad de las emociones negativas asociadas a la soledad; el segundo tipo fueron las estrategias centradas en el problema, que corresponden a aquellas acciones orientadas a alterar las circunstancias por las cuales se carece de relaciones sociales y afectivas por el hecho de vivir en soledad o acciones orientadas a disminuir su impacto en la vida cotidiana.

No encontramos diferencias en las estrategias de afrontamiento entre hombres y mujeres durante el análisis, es decir, el análisis comparativo no evidenció pautas diferenciadas, razón

por lo cual se describen de manera conjunta. Asimismo, utilizamos seudónimos para proteger la identidad de las personas mayores participantes.

Resultados

Vivir Solo Durante La Vejez: Enfrentar La Realidad

Enfrentar el hecho de vivir solo requiere, inicialmente, reconocer dicha experiencia. Cualquier evento productor de estrés implica una fase de reconocimiento y de evaluación de la situación en base a lo que significa para la persona (Aspinwall, 2001). Las personas adultas mayores reconocían que el vivir en soledad es una experiencia negativa, que se acompaña inevitablemente del sentimiento de soledad, y que todos, en algún momento experimentaron esta emoción negativa de “*sentirse solo*”, como decía Natalia: “*todos tienen sus infiernos*”. Un estado emocional que se sufre intensamente sobre todo en las primeras etapas de la viudez o a la salida de los hijos de casa; Lorena no negaba lo mal que estuvo en aquellos momentos de reciente viudez, “*no te voy a decir que no tuve mis malos momentos*”.

Las personas adultas mayores reconocían que la soledad es una experiencia derivada de estar viviendo en una casa donde no hay nadie, como decía Victoria “*la soledad es cuando uno abre la puerta, llega a la casa de noche, y no hay nadie, más que la televisión*”; con una alusión distinta, Miguel compartía el mismo sentimiento, “*cuando usted se despierta no tiene con quien hablar, y va usted a acostarse y no tiene con quien despedirse, ahí se siente*”. La soledad es una experiencia de múltiples soledades, como Miguel afirmaba en plural: “*que hay muchos cambios que te traen soledades*”, las cuales están presentes simultáneamente.

La experiencia subjetiva de la soledad deriva de la ausencia de ciertas relaciones familiares al interior de la casa; estas relaciones familiares ausentes eran las de la pareja, la de los hijos y, la de los padres.

La ausencia de la pareja en casa es la marca más visible de vivir solo. La viudez o el divorcio se experimenta como un vacío afectivo, la ausencia de la persona física en casa, significa no recibir afecto de parte de esa persona. Victoria explicaba con lágrimas en los ojos, como precisamente esa mañana, al despertar, tuvo el deseo de que su esposo estuviera ahí, "*hoy tenía ganas de tener un abrazo, un abrazo de un hombre*", pero él ya no estaba. El otro vacío es por la pérdida de las rutinas cotidianas compartidas, como comer juntos o ir al teatro o ir a tomar un café, Catalina platicaba como después de enviudar, "*yo ya no tengo ganas de cocinar, porque se te van un montón de ilusiones, ¿no? Yo cocinaba, comíamos los dos muy poquito, pero tenía en quién pensar para [cocinar]*". Ahora, come a solas, porque no hay nadie más para compartir la mesa.

Si bien, es aceptado que los hijos salgan de casa como parte del ciclo de vida de la familia, para las personas adultas mayores significaban otro vacío emocional importante en la casa, particularmente cuando acontece después del divorcio o la viudez. La salida de los hijos de la casa paterna implica cambios en las interacciones cotidianas entre padres, madres e hijos, así como la suspensión de responsabilidades y actividades asociadas al rol de parentalidad y de abuelazgo (Bouchard, 2014).

De la casa de Yolanda primero salieron sus dos únicos hijos varones al casarse, después un nieto a quien cuidaba desde niño, y quien estableció su negocio en casa de su abuela Yolanda, pero también decidió independizarse. La salida de su nieto fue una pérdida importante, ya que tenía la expectativa de que conviviría con ella hasta su muerte. Así fue como Yolanda terminó viviendo sola.

La relación con los hijos y los nietos después de su salida de casa era percibida por las personas adultas mayores como una relación con escasa interacción y comunicación entre ellos.

La relación se reducía a intercambios de mensajes de texto por celular o llamadas telefónicas entre semana, y reuniones familiares con algún hijo y su familia en algún fin de semana. Una interacción así es insuficiente desde la perspectiva de las personas adultas mayores. Angélica comentaba, para ilustrar el punto, como ella podría estar muerta y sus hijos ni se enterarían, porque no se comunicaban lo suficiente. Si bien, las personas adultas mayores justificaban la escasa interacción en razón de que sus hijos trabajaban y sus nietos estudiaban, también argumentaban que podían intensificar la comunicación telefónica, y reunirse con más frecuencia los fines de semana porque esos días no trabajaban. En razón de ello, se sentían que vivían en la periferia en la vida de sus hijos.

La última relación ausente era con los padres. Para unos cuantos, particularmente mujeres mayores, quienes habían co-residido con sus padres, su muerte era una experiencia que se añadía a la pérdida de la pareja y los hijos. Una experiencia que se vivía en etapas, y en cada una se perdía a alguien. En estos casos, las adultas mayores siempre co-residieron con sus padres y su muerte sobrevenía antes o después de la muerte del cónyuge. Eso le aconteció a Valentina, quien decía que nunca estuvo a solas con su esposo en su casa desde que se casó, porque siempre había alguien viviendo con ellos, primero su abuela, después sus padres. Por eso, ella decía, *"pero solita, yo nunca estuve sola"*. Sin embargo, terminó en su vejez viviendo sola. El vacío de la casa inició al morir primero su padre, después su esposo y al último su madre. Una situación la cual experimentaba como extraña, porque siempre vivió acompañada.

Vivir solo era una experiencia que las personas adultas mayores distinguían como una situación distinta a la experiencia de sentirse en soledad. En la literatura se reconoce que el vivir solo no es equivalente a sentir soledad (Victor et al., 2009; Snell, 2017). Durante las entrevistas, las personas adultas mayores participantes del estudio reiteraban, una y otra vez,

que no siempre el vivir solo significa sentirse solo. Elena señalaba la diferencia, *"porque está el vivir solo y vivir en soledad [sentirse solo], no hay que confundir. Una cosa es cuando alguien cae en soledad, entonces sí, te mata. Pero otra cosa muy distinta es vivir sola"*. La diferencia estriba en cómo las personas responden y afrontan tanto el evento estresante como los sentimientos que lo acompañan, es decir, cómo manejan el evento negativo (Kharicha et al., 2018). Para las personas adultas mayores era posible encontrar estrategias tanto para manejar, reducir o tolerar este sentimiento de soledad, como para modificar las circunstancias que lo producían.

De acuerdo con su perspectiva, una actitud positiva era la forma de enfrentar esta experiencia, evaluando la situación en términos de un desafío a superar. Todas las personas participantes reconocían la posibilidad de adaptarse a vivir en soledad durante la vejez, un proceso que toma su tiempo, pero que es posible lograrlo. Esta actitud se sintetiza en el refrán, *"al mal tiempo, buena cara"* utilizado por Carmen en nuestra conversación en su casa. El refrán ilustra una determinación de enfrentar la situación con buena disposición, a no desanimarse ni desmoralizarse, y a la posibilidad real de superar lo negativo de la experiencia. Las personas adultas mayores mantenían tanto una disposición optimista como de esperanza, al estar convencidas de que contaban con los suficientes recursos emocionales y cognitivos para afrontar adecuadamente su situación de estar viviendo en soledad. Afirmaciones como *"tener la fortaleza de salir adelante"* o *"mantener la esperanza"* o *"tener el valor"* dan cuenta de ello. Ellos consideraban que una actitud positiva era mejor en comparación a la actitud negativa observada en otros. Participantes aludían a conocidos suyos quienes manifestaban una actitud negativa y no se adaptaban a vivir en soledad. Optar por una estrategia de rechazo o evasión, de no aceptar que se vive solo, significa no adaptarse a la condición de que no hay nadie más

en casa, con esta actitud, quienes viven en soledad se “sienten solos”, coincidían en que quien no se adapta a vivir de esta forma valora negativamente la vida, y ello significa *"una vida de tristeza", "de sentirse solitaria", "de caer en la soledad total"*. A eso se refería Rosaura cuando exponía el caso de su madre *"por ejemplo, mi madre, no hubiera estado ni un segundo sola, ¡ay no!"*. El principal rasgo de una actitud negativa es cuando la persona no supera el hecho de vivir solo, se aferra a la soledad, no supera el duelo, se aísla del resto de las personas y no busca alternativas, para estas personas, la vida es difícil de vivir.

Afrontar el hecho de vivir solo es buscar alternativas para realizar cambios y manejar tanto la circunstancia de vivir solo como los sentimientos que lo acompañan. Las personas participantes de este estudio se consideraban a sí mismas, como individuos que mantienen una actitud positiva y llevan a cabo estrategias para afrontar su condición de vida. Dos tipos de estrategias referían: enfrentar los sentimientos negativos de “sentirse solo”, y buscar opciones para cultivar relaciones interpersonales fuera de casa. Estas estrategias no eran excluyentes ni independientes entre sí; por el contrario, formaban parte de un proceso de afrontamiento, es decir, estrategias que se sobreponían entre sí.

Afrontamiento Centrado En La Emoción

La emoción de “sentirse solo” se expresaba, de acuerdo con las personas, en una actividad cognitiva de pensar en el pasado con sus pérdidas, y en el futuro con su incertidumbre, de preguntarse *"¿qué será de mi vida?"*. Actividad que desemboca en un círculo de pensamiento que examina y re-examina lo negativo de vivir solo, perpetuando los pensamientos y las emociones negativas. A este proceso, las personas adultas mayores lo denominaban que *"la mente se va"*, y cuyo resultado final era incrementar más ese sentimiento de "sentirse solo". En este proceso de afrontamiento, las personas adultas mayores buscaban disminuir las emociones

negativas asociadas al hecho de vivir solo y, reconocían que disponían de la energía emocional suficiente para buscar estrategias para enfrentar la ausencia de las relaciones interpersonales en casa.

Una primera estrategia era reconocer lo inevitable de la aparición de estos pensamientos negativos, es decir, aceptar que existen sentimientos de que están en soledad, y que estos surgen en cualquier momento. De ahí, la opción por una revalorización cognitiva de la situación en el presente, como afirmaba Catalina, *"yo soy más del pensamiento actual que del futuro, y no me torturó pensando... no hay que dejarse llevar por la parte negativa"*. En este horizonte de revalorización, la alternativa era detener o bloquear o no profundizar en pensamientos negativos para evitar el surgimiento de emociones negativas. Este es un proceso cognitivo por el cual se colocan a un lado, temporalmente, los pensamientos negativos (Lazarus & Folkman, 1984). En este sentido, las personas adultas mayores reconocían lo inevitable de su aparición y buscaban escenarios con una menor intensidad de emociones negativas. La estrategia era mantenerse ocupados, como Valentina lo explicaba *"¡no!, ¡olvidarse no!, no es remediarlo... eso no se olvida, si tenés una preocupación, no te olvidas, y ta' solamente si te ocupas de otra cosa y de otra cosa, ta', después pasan esas cosas [los pensamientos], porque a uno le parece que es el fin del mundo en ese momento, pero no"*.

La estrategia de "mantenerse ocupado" consiste en ocupar el tiempo con actividades de distinta naturaleza como lúdicas, recreativas, artísticas, pasatiempos o viajes. Un mecanismo basado en la realización de actividades y así, mantener "la mente ocupada", logrando con ello, colocar a un lado los pensamientos y las emociones negativas. La característica relevante de las acciones de esta estrategia es su ubicación espacial, se busca realizarlos en espacios fuera de casa. Estrategia que funciona como un aliciente para salir al mundo exterior, ayudando a "no

quedarse encerrado [en casa]", como decían las personas participantes. Varias opciones eran utilizadas por las personas adultas mayores para mantenerse ocupadas fuera de casa, entre ellas, asistir a grupos comunitarios de la tercera edad, actividades culturales, actividades físicas como; gimnasia, natación o caminata.

Esta estrategia de mantenerse ocupado implicaba, además de realizar actividades fuera de casa, también establecía una rutina de salidas al exterior. Algunas de las personas se involucraban en más de una actividad, al hacerlo disponían de una rutina a lo largo de la semana y no solo de unos cuantos días. Así, por ejemplo, la rutina de Sergio era salir a caminar o ir al gimnasio todos los días, acudir a actividades a un grupo comunitario de la tercera edad durante la semana, ayudar a un amigo con su negocio, y pasear con sus nietos los fines de semana. Estas rutinas eran un incentivo cotidiano, como decía el mismo Sergio: *"a mí me obliga a salir todos los días de mi casa, cuando uno está en ese tipo de soledades"*. De acuerdo a la perspectiva de las personas adultas mayores, el mantenerse activo y ocupar el tiempo fuera del hogar significaba salir del espacio vacío de la casa para ir a espacios donde se está acompañado, favorecer que el tiempo transcurra, y así evitar los vacíos existenciales experimentados al estar solo, la mente profundiza en pensamientos negativos que terminan disparando emociones negativas. Evitar esta situación "manteniéndose ocupado" era alejarse del encerramiento físico y mental.

Afrontamiento Centrado En El Problema

La ausencia de relaciones interpersonales al interior del hogar, era una condición existencial a resolver, como parte de su proceso de afrontamiento.

La principal circunstancia para estar viviendo solo era la ausencia de una relación de pareja; ausencia que es identificada como una de las razones de la soledad emocional

experimentada durante la vejez (Lazarus & Lazarus, 2006). De ahí que generar una nueva relación de pareja sería la estrategia idónea para afrontar la ausencia de una relación íntima significativa en el espacio de la casa. En lo cual, las personas adultas mayores participantes coincidían.

Si bien, las personas estaban abiertas a la posibilidad de iniciar un nuevo vínculo afectivo de pareja, como decía Catalina, *"sí, las puertas están abiertas porque hoy, ya con varios años, me doy cuenta que la soledad es brava"*. A lo que no estaban dispuestos era a una nueva relación de pareja basada en la coresidencia. Las personas adultas mayores buscaban una relación afectiva con alguien con afinidades comunes, para conversar, salir a pasear, asistir a eventos culturales, comunicarse casi a diario, es decir, sentir que había alguien a su lado, pero sin establecer coresidencia. Este tipo de relación es un arreglo de convivencia conocido como *juntos pero separados* (Aletraris, 2016), cada quien en su casa, o como decían: *"sin cama de por medio"*. Una alusión metafórica a no vivir bajo el mismo techo, pero sin excluir las relaciones sexuales, como aclaraba Patricia: *"Digo, con eso no significa que soy la Madre Teresa de Calcuta, ¿y tú me lo entendés?, digo, pero no convivencia, no convivencia"*.

La opción por una relación estable sin la coresidencia era justificada en términos de evitar las tensiones de cohabitar, ya que el vivir solo significaba para estas personas, tener la libertad de decidir y actuar de acuerdo a sus propias necesidades, y no en relación a las necesidades de los otros. Un hecho ineludible cuando se coreside con alguien, incluso con la pareja. Angélica lo tenía claro con respecto a su relación de pareja, *"una cosa es estar de novios, y otra cosa es la convivencia, no es fácil, ahí empieza a ver uno todo lo [malo]..."*, tomar esta decisión, le ha permitido mantener una relación de pareja durante ocho años y valorar que *"así estamos bien y si tuviéramos que convivir, no sé"*. Este tipo de relación de pareja de *juntos pero*

separados durante la vejez permite mantener la autonomía de vivir en soledad, evitar las responsabilidades asociadas al matrimonio o a la cohabitación, así como de asumir eventualmente el rol de cuidador cuando sé es anciano (Borell & Karlsson, 2003).

Solo ocho de las personas adultas mayores tenían una pareja al momento del trabajo de campo, y estaban convencidas de que esta opción era lo mejor para ambos. Elena y Guillermo, quienes, con algunos años como pareja, consideraban fue la mejor decisión, Guillermo comentaba: *"nos conocimos con ella y somos amigos, pero ta', dijimos: 'si un día seguimos la relación o algo por el estilo, y uno precisa del otro, ahí estaremos' [Elena: ahí estaremos, en pie de guerra, la propuesta fue así: cada uno en su casa], pero ya te digo, no quiero suponer otra compañía"*. Elena y Guillermo tuvieron la oportunidad de una nueva relación, al tomar la decisión de no coresidir.

Para quienes no tenían una relación de pareja, también era la opción ideal construir una nueva relación de pareja sin coresidir; sin embargo, y a pesar de sus intentos, las circunstancias comunitarias y familiares fueron un obstáculo, es decir, para lograrlo hay que enfrentar los constreñimientos sociales y familiares.

Uno de esos obstáculos eran los propios hijos, una circunstancia recurrente en las narrativas de las personas mayores cuando hablaban sobre este tema. Algunos de los hijos se habían opuesto abiertamente a que su madre o su padre establecieran una nueva relación de pareja, negándoles la oportunidad de satisfacer esta necesidad afectiva a sus padres. Los hijos de Aurora, cuando aparecía el tema, le decían: *"¡no, no!, mamá no precisa, mamá no precisa, mamá está bien"*. Los hijos utilizaban diversas estrategias para oponerse, ya fueran de tipo disuasorio como el hijo de Linda, quien le advertía con desconocerla: *"Mamá, si yo algún día te veo con otra persona a vos, y yo voy por la misma calle, me cruzo la vereda"*, o con una

actitud agresiva hacia la pareja. Esa fue la experiencia de Sergio, quien después de dos años de relacionarse afectivamente con una mujer viuda, sus hijos entraron en un conflicto permanente con ella, cuyo desenlace fue la terminación de su relación de pareja. Para Sergio fueron los celos de sus hijos la causa de su ruptura. Estas eran experiencias propias y ajenas que aparecieron en sus narrativas, la actitud de los hijos los había desanimado a optar por esta posibilidad para enfrentar la soledad.

Escasas fueron las referencias, en las cuales los hijos, particularmente las hijas, no sólo aceptaban sino animaban a sus madres a iniciar una nueva relación de pareja. La hija de Angélica fue explícita con sus hermanos, *"No es mi caso, porque incluso mi hija un día hablando, dijo ella: 'Mamá está sola, si conoce una persona y la quiere llevar a la casa, está perfectamente que lo haga, si hoy conoce uno y le gusta y quiere llevarlo, lo puede hacer, si ella no tiene pareja, está en todo su derecho', y nunca se metieron [sus hijos], ellos respetan y sí con esta persona saben que yo salgo"*. Angélica se consideraba afortunada de tener una pareja y que sus hijos no estuvieran en contra.

Otro obstáculo para las mujeres mayores para establecer una nueva relación de pareja es la *"escasez de hombres"*, una realidad demográfica del envejecimiento poblacional porque sobreviven más mujeres que hombres, y una vivencia cotidiana entre las adultas mayores. Diana comentaba como incluso en los bailes organizados para las personas de la tercera edad, lo que faltan son hombres para bailar. Si se llega una o dos horas después de iniciado el baile, no encontrarán un hombre disponible para bailar y solo quedará bailar entre mujeres. Aunado a ello, la escasez de hombres también es cultural, debido a los distintos intereses de los hombres cuando buscan pareja. Mientras que las mujeres desean una relación de pareja con un par, es decir, con un hombre adulto mayor, la percepción de las adultas mayores era que los hombres

viudos o divorciados tienen más interés en mujeres jóvenes, ya que no buscan una compañera sino una mujer para tener sexo. En cambio, cuando están interesados en mujeres mayores es porque o están casados o buscan a una mujer con ingresos suficientes para que asuma el rol de proveedor. En estas condiciones, y particularmente para mantener económicamente a un hombre, las adultas mayores expresaban era mejor no tener una nueva relación de pareja. Así, la opción de enfrentar la soledad reconstituyendo una relación de pareja, no siempre era una opción viable, aunque fuera la estrategia ideal, los propios adultos mayores reconocían las dificultades de superar los estreñimientos impuestos por los hijos y por la feminización del envejecimiento.

Una opción menos ideal y posible sería la coresidencia con algún integrante de la familia, pero había un rechazo unánime a la coresidencia con parientes, coresidir con hijos casados presentaba varios inconvenientes: cambiar de residencia hacia la casa del hijo y su familia; para quienes no tienen hijos viviendo en Paysandú, migrar a otra ciudad; residir en un espacio que no era el suyo; adaptarse a otras formas de vida distintas a las suyas; estar en medio de los conflictos familiares de los hijos y; la relación suegros-nuera o yerno es conflictiva por naturaleza. Para las personas mayores, disponer de un ambiente de paz y tranquilidad en casa era fundamental, ello significaba no vivir en un espacio de tensiones o conflictos que son inexorables en este tipo de relaciones de parentesco. Así, la mejor opción era quedarse en casa viviendo solo en un ambiente tranquilo.

La otra opción de coresidencia era con otros parientes como hermanas, sobrinas o consuegras, quienes también vivieran solas. Sin embargo, para quienes lo intentaron, fue una experiencia negativa a causa de los conflictos suscitados en la convivencia diaria. Varias de las adultas mayores lo intentaron, pensando sería fácil la convivencia entre ellas porque ambas

vivían solas; finalmente, los conflictos durante el tiempo de la co-residencia las convencieron para tomar la decisión de buscar un sitio donde vivir solas. Esa fue la experiencia de Elizabeth quien de manera contundente afirmó: "*no, primero estuve con mi hermana y no pude más con mi hermana, y me separé, y estoy contenta y feliz*", ahora que vive sola.

Si no se puede enfrentar la soledad con una nueva relación de pareja, ni con la coresidencia con hijos u otros parientes, entonces las personas mayores reducían su nivel de aspiración y sus estrategias se orientaban a fortalecer los vínculos con la familia, los amigos y los conocidos para no solo enfrentar la soledad sino también evitar el aislamiento social. De nuevo, la característica de esta estrategia era su realización fuera de casa.

Convivir con la familia en un espacio externo a la casa era un esfuerzo por fortalecer tanto los vínculos de parentesco como para salir de casa. Las personas mayores participantes trataban de ampliar la frecuencia de sus contactos con la familia fuera de casa, y no solo recibir visitas de sus hijos o hermanas o cuñadas los fines de semana o entre semana en sus casas, sino que, salir de casa era fundamental. Por eso programaban salidas para encontrarse abuelos y nietos una vez a la semana, o se reunían a comer en algún restaurante con hijos y nietos o con las hermanas. Esta era una opción solo para personas cuyos hijos residían en Paysandú o aún tenían hermanas sobrevivientes en Paysandú.

La interacción con amistades era otra estrategia para incrementar los contactos sociales. Así, buscaban reunirse con amigos con cierta periodicidad ya sea para jugar cartas o ir algún restaurante o ir al único teatro o cine existente en Paysandú. La intención de estos encuentros, además de la conversación íntima, era compartir tiempos de esparcimiento. La realización de actividad física también era una oportunidad para la convivencia con amigos, por ejemplo,

Linda salía a caminar con una amiga dos veces por semana, disfrutando de la conversación y el ejercicio.

Además de mantener activos sus contactos previos, las personas mayores se aventuraban a buscarlos en otros espacios, como en los grupos comunitarios de la tercera edad, donde no solo se iba a aprender nuevas habilidades sino también a relacionarse con otras personas. Las relaciones interpersonales en dichos grupos no solo les permitía conversar y confraternizar con los compañeros, sino también desarrollar vínculos afectivos y redes de apoyo emocional, como Eva refería: *"así que ta' bueno compartir esto porque uno comparte, más que compartir el té, compartimos muchas vivencias nuestras..."*. El apoyo social circulante en estos encuentros les permitió a varios continuar con su vida al enviudar, de tal manera que después actuaban solidariamente con otros en la misma situación. Fátima, al enviudar, encontró en estos grupos el apoyo emocional suficiente para continuar su vida, ahora ella decía: *"lo que yo trato es que la gente, sobre todo las mujeres que enviudan, que hagan lo mismo que yo... con todo el mundo que hablo, trato de que se incorporen a estas cosas [las actividades de los grupos]..."*.

Finalmente, los vecinos se transformaban, eventualmente, en una fuente de interacción social y de amistad. Algunos de las personas mayores participantes, cuando enviudaron, algún vecino se acercó a ofrecer apoyo emocional durante el duelo, y a veces, ayudaban a resolver pequeños problemas domésticos. Estos intercambios informales lograban una mayor cercanía al cabo de un tiempo e iniciaban rutinas de encuentros cotidianos, como tomar mate por la tarde a la vera de la casa y conversar. Así le pasó a Elizabeth, quien encontró en una vecina, una amiga, ahora todos los días se encuentran y platican cuando su amiga retorna de su trabajo por la tarde y aprovechan para compartir confidencias y eventos del día.

Discusión y Conclusiones

El residir en hogares unipersonales durante la vejez, implica enfrentar la ausencia de relaciones de parentesco o de intimidad al interior de la casa, y experimentar sentimientos de soledad emocional. El mantenerse ocupado y buscar nuevas relaciones sociales o fortalecer las ya existentes son estrategias de afrontamiento reportadas en la literatura desde la década de 1980 para enfrentar los sentimientos de soledad (Lazarus & Folkman, 1984). De acuerdo a nuestros hallazgos, las estrategias aquí reportadas son similares a lo que se ha documentado desde hace varias décadas; en este sentido, podría pensarse a las estrategias no solo como respuestas normativas entre la población adulta mayor, sino también como modos culturales de envejecer. No obstante, algunos rasgos merecen ser resaltados, tanto por sus implicaciones como por las limitaciones del propio estudio.

De acuerdo con Lazarus & Lazarus (2006), la vejez exitosa es aquella cuando la persona evalúa sus necesidades y condiciones de vida, y establece niveles menores de expectativas comparados a las proyectadas en etapas previas durante ciclo de vida e implementa estrategias acordes a ello. En este orden de ideas, y más allá de si la vejez es exitosa o no, las personas mayores participantes disminuían sus expectativas ante las circunstancias, pero sin abandonar su posición de agentes sociales con capacidad de remontar la adversidad. Si bien se posicionan como agentes sociales, su actuación como tal se da bajo líneas de afrontamiento distintas a las utilizadas en sus experiencias en el pasado. Un ejemplo de ello, es la opción de tener una pareja sin la coresidencia, rompiendo con la pauta de cohabitación conyugal como lo hicieron durante la adultez. Las personas mayores optaron por una forma de convivencia sentimental conocida como “juntos pero separados” que, durante el siglo XXI, cada vez tiene una mayor presencia entre parejas jóvenes y adultas. Este tipo de relaciones de pareja se caracteriza por la existencia

de un fuerte lazo de afectividad, pero sin establecer residencia conjunta ni formalización legal (Aletraris, 2016). En este sentido, las personas mayores están optando también por estos “nuevos” arreglos de pareja de acuerdo a nuestros resultados, y de las pocas evidencias empíricas existentes al respecto, se sabe que la frecuencia es baja, de 2% (Turcotte, 2013) y 6% (Mauritz & Wagner, 2021), aun así, es un fenómeno al cual se debería prestar mayor atención en términos de investigación.

Esta opción de afrontamiento de juntos pero separados es, a nuestro parecer, una opción que permite negociar entre vivir solo en un ambiente de tranquilidad al interior del hogar, y al mismo tiempo establecer un vínculo afectivo que permita recuperar la existencia de una relación de pareja. Sin embargo, no es una opción universal, en razón de que no siempre es posible para todos. Encontrar una nueva pareja sentimental, especialmente para las mujeres, es una opción en la cual los constreñimientos sociales impuestos por la feminización del envejecimiento poblacional y la cultura familiar son elementos a tomar en cuenta. Pero lo relevante aquí, es que aparece como una opción de afrontamiento, más allá de si existen posibilidades o no de llevarse a cabo. Una estrategia que, en el siglo pasado, no era una opción de afrontamiento, ante un contexto social de fuertes sanciones morales y sociales cuando se opta por una relación de pareja sin cohabitar.

Estas estrategias de afrontamiento hay que colocarlas en contexto. Su posibilidad está condicionada por el portafolio de recursos sociales de las personas mayores, recursos que colocan a ciertos grupos en mayor vulnerabilidad frente a ciertos estresores debido precisamente a la disponibilidad o no de recursos para enfrentarlos (Thoits, 1995). Las personas mayores participantes disponían de ciertos recursos que les permitían condiciones de independencia y autonomía en por lo menos dos sentidos. Por una parte, las personas mayores

gozaban de cierta estabilidad económica al percibir una pensión por jubilación o vejez, una condición derivada de la cobertura de la protección social en Uruguay, donde la cobertura de jubilaciones y pensiones asciende a 87% entre los mayores de 65 años, la mayor cobertura de América Latina (Arenas de Mesa, 2019). Disponer de ingresos propios permite acceder a actividades fuera de casa al tener la capacidad de devengar el gasto económico que implica, por ejemplo, el costo del transporte. La otra condición son sus niveles de poca dependencia, lo cual evita estar reclusos en casa, una desventaja para quienes sufren de dependencia severa al necesitar de terceros para moverse fuera de casa, lo que constituye un obstáculo para estrategias fuera de este espacio.

Ser independiente es relevante porque sus estrategias de afrontamiento se localizan fuera del espacio de la casa. A este respecto, este estudio no incluyó a personas mayores con niveles severos de dependencia, quienes permanecen reclusos en casa, siendo esta una limitación. Ni los sentimientos de soledad ni las estrategias de afrontamiento son las mismas, cuando es casi imposible salir de casa. Ello implica que las estrategias de afrontamiento no pueden ser pensadas como universales aun cuando se trate del mismo grupo etario y compartan una misma experiencia cultural.

Esta investigación fue realizada previa a la pandemia por Covid-19, es decir, en un contexto de no confinamiento que permitía la movilidad y la interacción social en espacios externos al hogar. Las medidas de confinamiento por la pandemia, especialmente con respecto a la población envejecida, se asemejan a las condiciones de reclusión de aquellas personas mayores con niveles severos de dependencia quienes permanecen reclusas en casa. Las medidas de restricción para acceder a espacios de recreación o de reunión durante la pandemia, por ejemplo, los grupos comunitarios de la tercera edad fueron suspendidos, creando un

contexto de restricción social y física importante para llevar a cabo las estrategias de afrontamiento aquí reportadas. Esta circunstancia impuesta por la pandemia, abre una línea de investigación relevante hacia el análisis de estrategias de afrontamiento cuando no hay la posibilidad de movilizarse fuera de casa. De acuerdo a un estudio con mujeres adultas eslovenas que viven solas (Kamin et al., 2021), ellas afrontaron la soledad durante la pandemia a través de las interacciones sociales y la realización de actividades a través de las plataformas en línea. En este sentido, una futura línea de investigación sería indagar cuáles son las estrategias de afrontamiento entre personas mayores con severa dependencia, igualmente, cuáles fueron las estrategias de afrontamiento de quienes conservan su autonomía aún de pues de experimentar el confinamiento de la pandemia, y si dichas estrategias se localizan en espacios virtuales a través del uso de la tecnología como un símil de espacios externos a la casa.

Agradecimiento

A las personas mayores participantes del estudio y a las autoridades sanitarias y sociales de la ciudad de Paysandú, Uruguay en la realización del estudio.

Referencias

- Aletraris, L. (2016). Living alone together. En C. L. Shehan (Ed.), *The Wiley Blackwell encyclopedia of family studies*. John Wiley & Sons, Inc.
- Arenas de Mesa, A. (2019). *Los sistemas de pensiones en la encrucijada: Desafíos para la sostenibilidad en América Latina*. Naciones Unidas.
- Aspinwall, L. (2001). Dealing with adversity: Self-regulation, coping, adaptation and health. En A. Tesser & N. Schwarz (Eds.), *Blackwell handbook of social psychology: Intraindividual processes* (pp. 591-614). Malden: Blackwell Publishers.
- Blunt, A. & Dowling, R. (2006). *Home*. Routledge.
- Borell, K. & Karlsson, S. G. (2003). Re-conceptualizing intimacy and ageing: Living apart together. In S. Arber, K. Davidson y J. Ginn (Eds.), *Gender and ageing: Changing roles and relationships* (pp. 47-62). Open University Press.
- Bouchard, G. (2014). How do parents react when their children leave home? An integrative review. *Journal of Adult Development*, 21(2), 69-79. <https://doi.org/10.1007/s10804-013-9180-8>
- Cardona Jiménez, J. L., Villamil Gallego, M. M., Henao Villa, E. y Quintero Echeverri, Á. (2011). El afrontamiento de la soledad en la población adulta. *Medicina UPB*, 30(2), 150-162.
- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y. & Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: A review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 557-576.
- Conkova, N., Vullnetari, J., King, R. & Fokkema, T. (2019). "Left like stones in the middle of the road": Narratives of aging alone and coping strategies in rural Albania and Bulgaria. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(8), 1492-1500. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby127>
- Courtin, E. & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799B812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Kamin, T., Perger, N., Debevec, L. & Tivadar, B. (2021). Alone in a time of pandemic: Solo-living women coping with physical isolation. *Qualitative Health Research*, 31(2), 203-217. <https://doi.org/10.1177/1049732320971603>
- Kharicha, K., Manthorpe, J., Iliffe, S., Chew-Graham, C., Cattan, M., Goodman, C., Kirby-Barr, M., Whitehouse, J. & Walters, K. (2020). Managing loneliness: A qualitative

study of older people's views. *Aging & Mental Health*.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1729337>

Kharicha, K., Manthorpe, J., Iliffe, S., Davies, N. & Walters, K. (2018). Strategies employed by older people to manage loneliness: Systematic review of qualitative studies and model development. *International Psychogeriatrics*, 30(12), 1767-1781.
<https://doi.org/10.1017/S1041610218000339>

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Lazarus, R. S. & Lazarus, B. N. (2006). *Coping with aging*. Oxford University Press.

Leontiev, D. (2019). The dialectics of aloneness: Positive vs. negative meaning and differential assessment. *Counselling Psychology Quarterly*, 32(3-4), 548-562.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2019.1640186>

López Doblás, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Luanaigh, C. Ó. & Lawlor, B. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1213-1221. <https://doi.org/10.1002/gps.2054>

Mauritz, S. & Wagner, M. (2021). LAT relationships: A new living arrangement among the oldest old population in Germany? *Demography Research*, 44(Article 14), 349-362.
<https://doi.org/10.4054/DemRes.2021.44.14>

Miret Gamundi, P. y Zuera, P. (2015). Bienestar y patrones residenciales de la población que envejece y no convive en pareja. Europa occidental, 2004-2011. *Revista Internacional de Sociología*, 73(3). <https://doi.org/10.3989/ris.2015.73.3.e017>

Morlett Paredes, A., Lee, E. E., Chik, L., Gupta, S., Palmer, B. W., Palinkas, L. A., Kim, H. & Jeste, D. V. (2020). Qualitative study of loneliness in a senior housing community: The importance of wisdom and other coping strategies. *Aging & Mental Health*.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1699022>

National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. (2020). *Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25663>

Park, H., Morgan, T., Wiles, J. & Gott, M. (2018). Lonely ageing in a foreign land: Social isolation and loneliness among older Asian migrants in New Zealand. *Health & Social Care in the Community*, 27(3), 740-747. <https://doi.org/10.1111/hsc.12690>

- Reher, D. & Requena, M. (2018). Living alone in later life: A global perspective. *Population and Development Review*, 44(3), 427-454. <https://doi.org/10.1111/padr.12149>
- Schoenmakers, E. C., Van Tilburg, T. G. & Fokkema, T. (2012). Coping with loneliness: What do older adults suggest? *Aging & Mental Health*, 16(3), 353-360. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.630373>
- Schoenmakers, E. C., Van Tilburg, T. G. & Fokkema, T. (2015). Problem-focused and emotion-focused coping options and loneliness: How are they related? *European Journal of Ageing*, 12(2), 153-161. <https://doi.org/10.1007/s10433-015-0336-1>
- Smith, J. M. (2012). Toward a better understanding of loneliness in community-dwelling older adults. *The Journal of Psychology*, 146(3), 293-311. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.602132>
- Snell, K. D. M. (2017). The rise of living alone and loneliness in history. *Social History*, 42(1), 2-28. <https://doi.org/10.1080/03071022.2017.125609>
- Thevenet, N. (2013). *Cuidados en personas adultas mayores. Análisis descriptivo de los datos del censo 2011*. Ministerio de Desarrollo Social.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior* (35 (Extra issue)), 53-79. <https://doi.org/10.2307/2626957>
- Turcotte, M. (2013). Living apart together. Insights on Canada Society. *Statistics Canada, Catalogue (75 0006 X)*, 1-9.
- Ugochi Ojembe, B. & Ebe Kalu, M. (2018). Describing reasons for loneliness among older people in Nigeria. *Journal of Gerontological Social Work*, 61(6), 640-658. <https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1487495>
- United Nations. (2017). *World Population Ageing*. United Nations.
- Victor, C., Scambler, S. & Bond, J. (2009). *The social world of older people*. McGraw Hill.
- Victor, C. R. & Bowling, A. (2012). A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *The Journal of Psychology*, 146(3), 313-331. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.609572>
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. The MIT Press.
- White, G. (1987). Proverbs and cultural models: An American psychology of problem solving. En D. Holland & N. Quinn (Eds.), *Cultural models in language & thought* (pp. 151-172). Cambridge University Press.

CURRÍCULOS DE LAS PERSONAS AUTORAS

CARLOS ÁLVAREZ BOGANTES

carlos.alvarez.bogantes@una.cr

Doctor en Movimiento Humano, Universidad Nacional de Costa Rica (UNA). Profesor, extensionista e investigador en temas de la Salud Pública y Movimiento Humano, Universidad Nacional de Costa Rica, Heredia, Costa Rica. <https://orcid.org/0000-0003-3797-7993>

ELIZABETH CARPIO RIVERA

elizabeth.carpiorivera@ucr.ac.cr

Bachillerato en la Enseñanza de la Educación y Física y Deportes de la Universidad de Costa Rica. Maestría Académica en Ciencias del Movimiento Humano de la Universidad de Costa Rica. Doctorado Académico en Ciencias del Movimiento Humano, convenio Universidad de Costa Rica, Universidad Nacional de Costa Rica. Docente en la Escuela de Educación Física y Deportes de la Universidad de Costa Rica. Investigadora en el Centro de Investigación en Ciencias del Movimiento Humano. Expositora y participante en varios Congresos y Simposios Nacionales e Internacionales. Áreas de interés: Efecto del Ejercicio Físico sobre la Presión Arterial; Efecto del Ejercicio Físico en el bienestar de personas egresadas del proceso de rehabilitación cardiaca; Efecto del Ejercicio Físico sobre la imagen corporal. San José Costa Rica. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4490-4517>

ARELI FUENTES SORIANO

areluska8012@outlook.es

Profesor de asignatura M. en A.H.S.P. Areli Fuentes Soriano, Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México. Estado de México, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-001-9835-6168>

SHEILA MARTÍNEZ GARCÍA

mgsheila1@gmail.com

Licenciada en Psicología y Maestra en Salud Pública. Se desempeña como asistente de investigación en el departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara y como docente de asignatura en universidades privadas. Guadalajara, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7147-9408>

MARIBEL MATAMOROS SÁNCHEZ

maribel.matamoros@ucr.ac.cr

Bachillerato en la Enseñanza de la Educación y Física y Deportes de la Universidad de Costa Rica. Licenciatura en la Enseñanza de la Educación y Física y Deportes de la Universidad de Costa Rica. Maestría Académica en Ciencias del Movimiento Humano de la Universidad de Costa Rica. Docente en la Escuela de Educación Física y Deportes de la Universidad de Costa Rica. Coordinadora Módulo Movimiento Humano, Programa Institucional para la Persona Adulta y Adulta Mayor (PIAM) de la Universidad de Costa Rica. Expositora y participante en varios Congresos y Simposios Nacionales e Internacionales. Áreas de interés: Ejercicio, actividad física y diversos temas relacionados al envejecimiento y adulto mayor. San José, Costa Rica. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0211-2992>



BRYAN MONTERO HERRERA

bryangm2@illinois.edu

Bachillerato en la Enseñanza de la Educación y Física y Deportes de la Universidad de Costa Rica. Licenciado en la Enseñanza de la Educación Física de la Universidad Estatal a Distancia. Maestría Académica en Ciencias Cognoscitivas de la Universidad de Costa Rica (finalizando el proyecto de tesis). Docente en la Escuela de Educación Física y Deportes. Participación en varios Congresos y Simposios Nacionales e Internacionales. Mis áreas de interés son: neurociencia cognitiva, funciones ejecutivas, ejercicio y actividad física, neuroplasticidad y práctica mental. San José, Costa Rica. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2204-4760>

DIEGO FRANCISCO MOYA CASTRO

diegofrancisco.moya@ucr.ac.cr

Máster en Salud Integral y Movimiento Humano, Universidad Nacional de Costa Rica (UNA). Docente de Educación Física, investigador y responsable de proyectos de Acción Social enfocados en personas mayores, Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente (UCR), San Ramón, Costa Rica. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-0371-862X>

KARLA ITZEL RAMÍREZ LAGUNAS

karlalogun04@gmail.com

Estudiante de la Licenciatura en Gerontología de la Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México. Participante en múltiples cursos en línea relacionados con el envejecimiento y su abordaje integral. Estado de México, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0150-4764>

LETICIA ROBLES-SILVA

leticia.robles.silva@gmail.com

Doctora en Ciencias Sociales y su línea de investigación es sobre cuidado, familia y vejez desde una perspectiva antropológica y utilizando metodologías cualitativas. Sus publicaciones versan sobre las normas culturales del cuidado, la organización del cuidado y los espacios de cuidado. Guadalajara México. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0119-6300>

JESSICA ABIGAIL TREJO VILLALOBOS

lic.trejojessica@gmail.com

Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (2015-2019). Maestra en Psicoterapia Clínica por el Instituto de Estudios Superiores de Formación Humana (2020-2022). Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciudad Juárez, México.

THELMA MICHELLE URBINA VALENCIA

michellevalencia856@gmail.com

Estudiante de la Licenciatura en Gerontología, Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México. Participante en múltiples cursos en línea relacionados con el envejecimiento y su abordaje integral. Estado de México, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6474-7574>

EVALUADORES INTERNOS

- Marlene Agüero Arce, Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Armel Brizuela Rodríguez, Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Mabell Granados Hernández, Posgrado en Gerontología, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Luis Ángel López Ruiz, Escuela de Sociología, Posgrado en Gerontología, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Esperanza Tasies Castro, Escuela de Sociología, Posgrado en Gerontología, Universidad de Costa Rica.
- María José Víquez Barrantes, Programa Institucional para la Persona Adulta y Adulta Mayor (PIAM), Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

EVALUADORES EXTERNOS

- Rodrigo Alejandro Ardiles Irrázabal, Universidad Santo Tomás, Chile.
- Hazel Carvajal Valerio, Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional, San José, Costa Rica.
- Mariana Cataldi, Universidad Nacional de José Clemente Paz, Buenos Aires, Argentina.
- Marjorie Chavarría Vásquez, Investigadora Independiente, San José, Costa Rica.
- Juan Lirio Castro, Universidad de Castilla-La Mancha, España.
- Feliciano Villar, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
- Marissa Vivaldo Martínez, Unidad Gestión para el Desarrollo Institucional, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Ciudad de México, México.

*Manuscritos Evaluados: -14-
Manuscritos Rechazados: -3-
Artículos Publicado: -5-*

