

Una experiencia para compartir

Talleres vivenciales en la mejora de la calidad
de vida de la persona adulta mayor

Violeta Benigna Rojas Bravo
Harold Walter Torres Rojas



Instituto Latinoamericano de Altos Estudios

Una experiencia para compartir:

**Talleres vivenciales en la mejora
de la calidad de vida de la
persona adulta mayor**

INSTITUTO
LATINOAMERICANO
DE ALTOS ESTUDIOS

Violeta Benigna Rojas Bravo

E-mail [brojas@unheval.edu.pe]

ORCID [<https://orcid.org/0000-0001-7764-5243>]

Profesora Asociada de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco –UNHEVAL–; Doctor en Ciencias de la Salud; Maestro en Salud Pública y Gestión Sanitaria con mención de proyectos de Desarrollo en Salud; Especialidad en Salud Pública; Investigador CONCYTEC - RENACYT; Diplomatura en Investigación Cualitativa en Salud de la Universidad Continental; Docente mentor de innovación y emprendimiento UNHEVAL con experiencia laboral como coordinadora de la ONG CAAAP. CEAS. CARITAS; Coordinadora local UNICEF - TIPACOM. Coordinadora local WAWA WASI.MINDES, Docente de la UNHEVAL. UDH. UNAC. Jefe de la Unidad Gestión Docente UNHEVAL; Directora General de RSU - UNHEVAL. Asesora Comité Consultivo de la Alta Dirección UNHEVAL; Directora de investigación de la Facultad de Enfermería; Presidenta del Comité de Ética de Investigación de la UNHEVAL y Directora de Admisión 2024.

Harold Walter Torres Rojas

E-mail [haroldhdb0399@gmail.com]

ORCID [<https://orcid.org/0000-0002-5566-3173>]

Licenciado en Enfermería por la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco –UNHEVAL–; estudios de Medicina en la Universidad de Aquino Bolivia; Investigador semillero de la UNHEVAL con investigaciones publicadas en salud.

Una experiencia para compartir:

Talleres vivenciales en la mejora
de la calidad de vida de la
persona adulta mayor

***An experience to share: Experiential
workshops for improving the quality of
life of older adults***

Violeta Benigna Rojas Bravo

Harold Walter Torres Rojas

INSTITUTO
LATINOAMERICANO
DE ALTOS ESTUDIOS

Queda prohibida la reproducción por cualquier medio físico o digital de toda o una parte de esta obra sin permiso expreso del Instituto Latinoamericano de Altos Estudios –ILAE–.

Publicación sometida a evaluación de pares académicos, mediante el sistema de “doble ciego”, requisito para la indexación en la Web of Science de Clarivate (*Peer Review Double Blinded*).

Esta publicación está bajo la licencia Creative Commons
Reconocimiento - NoComercial - SinObraDerivada 4.0 Unported License.

Reproduction by any physical or digital means of all or part of this work is prohibited without express permission from ILAE.

Publication submitted to evaluation by academic peers, through the “double blind” system, a requirement for indexing in the Clarivate Web of Science (Peer Review Double Blinded).

This publication is licensed under the Creative Commons license.

Attribution - Non-Commercial - No Derivative Work 4.0 Unported License



ISBN 978-628-7955-04-2

© Violeta Benigna Rojas Bravo / Harold Walter Torres Rojas, 2026
© Instituto Latinoamericano de Altos Estudios –ILAE–, 2026

Derechos patrimoniales exclusivos de publicación y distribución de la obra
Exclusive economic rights to publish and distribute of the work
Cra. 18 # 39A-46, Teusaquillo, Bogotá, Colombia
PBX: (571) 601 232-3705
www.ilae.edu.co

Revisión de textos, diseño de carátula y composición
Text review, cover design and text composition
Harold Rodríguez Alba [harorudo10@gmail.com]

Editado en Colombia
Published in Colombia

Contenido

PRÓLOGO	15
CAPÍTULO PRIMERO	19
SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	19
I. Precisión de la indagación científica	19
II. Formulación del problema	26
A. Problema general	26
B. Problemas específicos	26
III. Objetivos	27
A. Objetivo general	27
B. Objetivos específicos	28
IV. Conjugación de hipótesis	29
V. Hipótesis	30
A. Hipótesis general	30
B. Hipótesis específicas	30
VI. Identificación de variables	32
VII. Operacionalización de las variables	33
VIII. Justificación e importancia de la investigación	35
A. Teórica	35
B. Práctica	36
C. Social	36
IX. Viabilidad	37
X. Limitaciones	38
CAPÍTULO SEGUNDO	
MARCO TEÓRICO	39
I. Antecedentes de la investigación	39
A. Antecedentes internacionales	39
B. Antecedentes nacionales	42
II. Bases teóricas	44
A. La promoción del envejecimiento saludable y/o satisfactorio en la mejora de la calidad de vida	44
B. Marco político del envejecimiento activo según la Organización Mundial de la Salud	45
C. Las representaciones sociales en el significado de la calidad de vida	46
D. Los talleres vivenciales en el marco de la teoría del aprendizaje social	47
E. El nuevo paradigma del envejecimiento activo	48

III.	Calidad de vida del adulto mayor	50
A.	El envejecimiento	50
1.	El proceso del envejecimiento	50
2.	Tipos de envejecimiento	50
3.	Teorías que sustentan el proceso del envejecimiento	51
B.	Evolución del concepto de la calidad de vida	52
C.	Conceptualización de la calidad de vida	53
D.	Calidad de vida relacionada a la salud	55
E.	La calidad de vida del adulto mayor	56
F.	Dimensiones de la calidad de vida en el adulto mayor	57
1.	Salud del adulto mayor	58
2.	Condiciones socioeconómicas	59
3.	Satisfacción por la vida	60
4.	Bienestar subjetivo	61
G.	Determinantes de la calidad de vida del adulto mayor	62
H.	Pérdidas asociadas a la vejez que impactan en la calidad de vida	64
IV.	Talleres vivenciales	65
A.	Los talleres vivenciales	65
B.	Los talleres vivenciales en las personas adultas mayores	66
C.	Beneficios de los talleres vivenciales	67
D.	Estrategia para la atención integral de la población adulta mayor	68
1.	Actividades de promoción y educación para la salud	69
2.	Actividades de prevención	69
V.	Definiciones	69

CAPÍTULO TERCERO

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		71
I.	Tipo de estudio	71
II.	Diseño de estudio	71
III.	Nivel de investigación	72
IV.	Población	72
V.	Muestra y muestreo	74
VI.	Instrumentos de recolección de datos	77
VII.	Validación de los instrumentos de recolección de datos	79
VIII.	Confiabilidad de los instrumentos	80
IX.	Procedimientos de recolección de datos	81
X.	Procedimientos durante el desarrollo de los talleres vivenciales	82
XI.	Elaboración de los datos	83
XII.	Análisis e interpretación de datos	83

CAPÍTULO CUARTO	
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	85
I. Análisis descriptivo	85
II. Análisis inferencial	105

CAPÍTULO QUINTO	
DISCUSIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	127

CAPÍTULO SEXTO	
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN	143

REFERENCIAS	149
--------------------	-----

Índice de tablas

TABLA 1.	Estimación del índice de consistencia interna alfa de Cronbach para la escala de medición de la calidad de vida de la persona adulta mayor	80
TABLA 2.	Estimación del coeficiente de consistencia interna Kuder Richardson para el cuestionario de bienestar subjetivo de la persona adulta mayor	81
TABLA 3.	Estimación de la estabilidad en el tiempo para la escala de calidad de vida y el cuestionario de bienestar subjetivo en la persona adulta mayor	81
TABLA 4.	Descripción del indicador “funcionalidad física” en la dimensión estado de salud de la escala de calidad de vida, según los momentos y grupos de estudio	85
TABLA 5.	Descripción del indicador “funcionalidad psíquica” en la dimensión estado de salud de la escala de calidad de vida, según los momentos y grupos de estudio	86
TABLA 6.	Descripción del indicador “funcionalidad social” en la dimensión estado de salud de la escala de calidad de vida, según los momentos y grupos de estudio	87
TABLA 7.	Categorías del estado de salud en la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio	88
TABLA 8.	Descripción del indicador “situación monetaria” en la dimensión condiciones socioeconómicas de la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio	90
TABLA 9.	Descripción del indicador “situación de la vivienda” en la dimensión condiciones socioeconómicas de la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio	91
TABLA 10.	Categorías de la dimensión “condiciones socioeconómicas” de la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio	92
TABLA 11.	Descripción del indicador “satisfacción con la familia” en la dimensión satisfacción por la vida de la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio	94
TABLA 12.	Descripción del indicador “satisfacción con los estados afectivos” en la dimensión satisfacción por la vida de la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio	95
TABLA 13.	Descripción del indicador “satisfacción con la expectativa del futuro” en la dimensión satisfacción por la vida de la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio	96
TABLA 14.	Descripción del indicador “satisfacción con el apoyo social” en la dimensión satisfacción por la vida de la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio	97
TABLA 15.	Descripción del indicador “satisfacción con la situación presente” en la dimensión satisfacción por la vida de la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio	98

TABLA 16.	Categorías de la dimensión “satisfacción por la vida” de la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio	99
TABLA 17.	Percepción del “bienestar subjetivo”, según momentos y grupos de estudio	101
TABLA 18.	Categorías de la calidad de vida, según momentos y grupos de estudio	103
TABLA 19.	Estimaciones de similitud de las características basales en los grupos de estudio	105
TABLA 20.	Comparación del estado de salud según grupos de estudio (cuatro contrastes para muestras independientes) y de acuerdo a cada momento evaluado	106
TABLA 21.	Comparación del estado de salud según momentos evaluados (dos contrastes para muestras repetidas) y de acuerdo a cada grupo de estudio	107
TABLA 22.	Evaluación de las tendencias <i>a posteriori</i> en la dimensión estado de salud según los grupos de estudio y en los momentos evaluados	108
TABLA 23.	Comparación de la dimensión “condiciones socioeconómicas” según grupos de estudio (cuatro contrastes para muestras independientes) y de acuerdo a cada momento evaluado	110
TABLA 24.	Comparación de la dimensión “condiciones socioeconómicas” según momentos evaluados (dos contrastes para muestras repetidas) y de acuerdo a cada grupo de estudio	111
TABLA 25.	Evaluación de las tendencias <i>a posteriori</i> en la dimensión condiciones socioeconómicas según los grupos de estudio y en los momentos evaluados	112
TABLA 26.	Comparación de la dimensión “satisfacción por la vida” según grupos de estudio (cuatro contrastes para muestras independientes) y de acuerdo a cada momento evaluado	114
TABLA 27.	Comparación de la dimensión “satisfacción por la vida” según momentos evaluados (dos contrastes para muestras repetidas) y de acuerdo a cada grupo de estudio	115
TABLA 28.	Evaluación de la tendencia <i>a posteriori</i> en la dimensión “satisfacción por la vida” según los grupos de estudio y los momentos evaluados	116
TABLA 29.	Comparación de la dimensión “bienestar subjetivo” según grupos de estudio (cuatro contrastes para muestras independientes) y de acuerdo a cada momento evaluado	118
TABLA 30.	Comparación de la dimensión “bienestar subjetivo” según momentos evaluados (dos contrastes para muestras repetidas) y de acuerdo a cada grupo de estudio	119

TABLA 31.	Evaluación de las tendencias <i>a posteriori</i> en la dimensión “bienestar subjetivo” según los grupos de estudio y los momentos evaluados	120
TABLA 32.	Comparación general de la calidad de vida según grupos de estudio (cuatro contrastes para muestras independientes) y de acuerdo a cada momento evaluado	122
TABLA 33.	Comparación de la calidad de vida general según momentos evaluados (dos contrastes para muestras repetidas) y de acuerdo a cada grupo de estudio	123
TABLA 34.	Evaluación de las tendencias <i>a posteriori</i> en la calidad de vida general según grupos de estudio y los momentos evaluados	124

Índice de figuras

FIGURA 1.	Puntajes alcanzados en la dimensión estado de salud, según momentos y grupos de estudio	89
FIGURA 2.	Puntajes alcanzados en la dimensión condiciones socioeconómicas de la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio	93
FIGURA 3.	Puntajes alcanzados en la satisfacción por la vida de la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio	100
FIGURA 4.	Puntajes alcanzados en la percepción del bienestar subjetivo, según momentos y grupos de estudio	102
FIGURA 5.	Puntajes alcanzados en la calidad de vida, según momentos y grupos de estudio	104
FIGURA 6.	Medias de las distribuciones de la dimensión estado de salud según grupos de estudio y momentos evaluados	109
FIGURA 7.	Medias de las distribuciones de la dimensión “condiciones socioeconómicas” según grupos de estudio y momentos evaluados	113
FIGURA 8.	Medias de las distribuciones de la dimensión “satisfacción por la vida” según grupos de estudio y momentos evaluados	117
FIGURA 9.	Medias de las distribuciones de la dimensión “bienestar subjetivo” según grupos de estudio y momentos evaluados	121
FIGURA 10.	Medias de las distribuciones de la calidad de vida general, según grupos de estudio y momentos evaluados	125

Prólogo

A nivel mundial se vive una transición demográfica nunca antes vista, pues la población mayor de 60 años se ha incrementado sustancialmente. En este contexto, la llamada “tercera edad” es un hecho inevitable y en el Perú cada día se incrementa, constituyendo una necesidad social mejorar el estilo de vida, potenciar su desarrollo humano y, en consecuencia, la calidad de vida.

Por tal razón, resulta necesario abordarlo desde diversas ciencias para poder comprender este proceso y propiciar un envejecimiento activo, con un adecuado estado subjetivo de bienestar y con calidad de vida. La frase calidad de vida se ha vuelto un término muy utilizado por diversas disciplinas como la medicina, filosofía, psicología, o la economía, entre muchas otras áreas que en el entorno actual buscan mejorar la calidad de vida. Cada quien ha enfocado el término de manera distinta, en consonancia con su profesión, y en nuestra condición profesional en la enfermería, se le otorga un sentido de cambio positivo, bienestar y satisfacción.

Dada la necesidad de lograr en el grupo de personas adultas mayores – PAM–, en el ámbito de estudio un envejecimiento activo y con calidad de vida, se propuso una intervención promocional en las dimensiones de la calidad de vida, las mismas que validan todas las potencialidades y activan las más mínimas recuperables.

En torno a ello, se investigó el efecto de los talleres vivenciales en el incremento de la calidad de vida del adulto mayor perteneciente al Centro de Atención Integral del Adulto Mayor –CIAM– del distrito de Pillco Marca, en la provincia de Huánuco.

Prologue

The world is undergoing an unprecedented demographic transition, as the population aged 60 and over has increased substantially. Against this backdrop, the so-called “third age” is an inevitable reality one that is growing daily in Peru making it a social necessity to improve lifestyles and foster human development and, consequently, quality of life.

For this reason, it is necessary to approach the subject from the perspective of various disciplines such as medicine, philosophy, psychology, and economics, among many others in order to understand this process and foster active aging characterized by a positive sense of subjective well-being and a high quality of life. Each field has approached the term differently, in alignment with its specific professional focus; within the nursing profession, the concept is associated with positive change, well-being, and satisfaction.

Given the need to foster active aging and a good quality of life among older adults in the study setting, a promotional intervention was proposed targeting the dimensions of quality of life dimensions that validate existing potential and activate even the most minimal recoverable capabilities.

In this context, the effect of experiential workshops on improving the quality of life of older adults attending the Comprehensive Care Center for Older Adults –CIAM– in the Pillco Marca district, Huánuco province, was investigated.

CAPÍTULO PRIMERO

Situación problemática

I. PRECISIÓN DE LA INDAGACIÓN CIENTÍFICA

El envejecimiento es definido como un proceso más en el ciclo de la vida del ser humano, que conduce a la modificación y alteración en su estado de salud psicobiosocial inevitable e irreversible, que se produce por el factor tiempo¹.

Es característico observar un desnivel en las funcionalidades motoras y, como consecuencia, una depreciación en las habilidades motoras (fuerza física y masa muscular, equilibrio, tiempo de reacción, etc.) que en “la mayoría de los casos, es el resultado de la falta de motivación para moverse, adoptando un estilo de vida sedentario”². Por

- 1 JOSUÉ MATEO HARO-RIVERA. “Actividad física y estilo de vida saludable en el adulto mayor: Revisión sistemática”, *MQRInvestigar*, vol. 10, n.º 3, 2026, disponible en [<https://investigarmqr.org/2026/index.php/mqr/article/view/586>].
- 2 MERCEDES LLANO RUIZ. *Acondicionamiento físico para personas mayores* [art. en internet], s. f., disponible en [<https://www.sudarlacamiseta.com/articulos/publicos/acondmayores.pdf>].

esto, “es fundamental intentar retardar este proceso, de manera de conservar una buena calidad de vida el mayor tiempo posible”³.

La tendencia a favor de un envejecimiento activo procura que la persona adulta mayor –PAM– mantenga la libre autonomía, tranquilidad en lo motriz e iniciativa; en tal sentido, será capaz de elegir las mejores oportunidades en su quehacer diario sin desconocer la realidad de que en las personas mayores, a medida que avanza su edad, se minimiza su capacidad de ejercer su independencia, “tiene menos eficiencia en su trabajo y es más vulnerable a las enfermedades”⁴.

En tal sentido, “la capacidad funcional y el conjunto de condiciones que le permiten mantener su participación en su propio autocuidado y en la vida familiar y social están estrechamente relacionados con la calidad de vida de PAM”⁵.

Al referirnos a la calidad de vida, aún no existe una definición única, sin embargo, se puede decir que “la calidad de vida es, en suma, una concatenación de hechos y efectos que tienen como resultado que nos sintamos felices y satisfechos acerca del desempeño de nuestra vida”⁶.

Sin embargo, las personas al llegar a la etapa de la vida denominada “vejez”, observan una serie de problemas como un deficiente cuidado de la salud, específicamente la práctica de hábitos alimentarios y nutricionales inadecuados, desaprovechamiento y mal uso del tiempo libre, bajos niveles de participación y se suma el desplazamiento de este grupo de las esferas de la integración social como la laboral, fa-

3 HARO-RIVERA. “Actividad física y estilo de vida saludable en el adulto mayor: Revisión sistemática”, cit.

4 CARMEN BARROS. “Factores que intervienen en el bienestar de los adultos mayores”, *Estudios Sociales (Santiago)*, n.º 77, 1993, pp. 31 a 48.

5 CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA –CELADE–. *Las personas mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas. Síntesis*, Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: Hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003, CEPAL, 2003, disponible en [https://www.gerontologia.org/wp-content/uploads/2026/01/cepal_diagnostico2003.pdf].

6 JULIO C. GUERRERO PUPO, RUBÉN CAÑEDO ANDALÍA, ENRIQUE M. SALMAN LENGARIN, YAMILA CRUZ CRUZ, GUSTAVO FELIPE PÉREZ QUINTERO y HAYDEÉ RODRÍGUEZ LORA. “Calidad de vida y trabajo: Algunas consideraciones útiles para el profesional de la información”, *Revista Cubana de los Profesionales de la Información y de la Comunicación en Salud*, vol. 14, n.º 2, 2006, p. 35.

miliar, política y cultural. A su vez, expresan desconocimiento sobre el envejecimiento que está en relación al bajo nivel educativo, al que se suman sus escasos ingresos y pensiones reducidas; y lo que es más preocupante aún, existe la falta de solidaridad de la población para con las PAM. Pero lo más crítico de su situación, es el hecho de perder su dignidad, vivir en maltrato y marginación al ser considerados como inútiles en la sociedad.

Este hecho ha sido ratificado por FERNÁNDEZ, señalando que el adulto mayor “vive discriminado por la sociedad por no tener forma de participar en la sociedad y muchas veces humillado por la familia”⁷.

Además, reciben poca atención; la prevención y control de daños es restringida, agravada por el incremento de la demanda y no disponen de la atención adecuada en sus domicilios. Estas personas sufren consecuencias emocionales como los episodios de depresión, sentimientos de abandono, soledad, hipocondría, etc., perfilando una baja calidad de vida⁸.

Acotando estos hechos, TORRES, *et al.*⁹ determinaron mediante el estudio de percepciones de la calidad de vida en beneficiarios de viviendas en un condominio. En efecto, observaron la influencia de problemas físicos, caracterizados por los dolores de las articulaciones, cadera, afecciones de la vista, entre otros.

Los problemas psíquicos y de salud mental también se manifiestan e influyen en la calidad de vida, tal como algunos refirieron sentimientos depresivos, estrés, entre otros. Narran también como problemas la escasez de recursos económicos, la falta de redes de apoyo, el ambiente externo de su vivienda, entre otros.

-
- 7 ROCÍO FERNÁNDEZ-BALLESTEROS GARCÍA. “Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales”, *Anuario de Psicología*, n.º 73, 1997, pp. 89 a 104, disponible en [<https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9036>].
 - 8 MANUEL MARÍN SÁNCHEZ, ALFONSO JAVIER GARCÍA GONZÁLEZ y YOLANDA TROYANO RODRÍGUEZ. “Modelo de ocio activo en las personas mayores: Revisión desde una perspectiva psicosocial”, *Sociotam*, vol. 16, n.º 1, 2006, pp. 147 a 167, disponible en [<https://idus.us.es/server/api/core/bitstreams/18ee80dc-57d3-493c-a61d-736bb2b40708/content>].
 - 9 MARISA TORRES H., MARGARITA QUEZADA V., REINALDO RIOSECO H. y MARÍA ELENA DUCCI V. “Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF”, *Revista Médica Chile*, vol. 136, n.º 3, 2008, pp. 325 a 333, disponible en [<https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v136n3/arto7.pdf>].

En Chile, BROD *et al.* observan que “el proceso de envejecimiento poblacional se está acelerando, constituyendo los adultos mayores 11,24% de la población total”. “Cada adulto mayor vive cambios en sus capacidades físicas, sociales y mentales, lo que altera su calidad de vida y su percepción de ella”¹⁰.

El Perú no está preparado para enfrentar el envejecimiento poblacional ni sus consecuencias, tanto por la carga social que esto significa, así como por el grado de informalidad de las empresas, el nivel de pobreza que existe y las enfermedades no transmisibles que son de mayor costo de atención y que exigen mayor especialidad y tecnología. “Al no existir un adecuado acceso a protección financiera para la salud, la vivienda y la alimentación el deterioro de la calidad de vida es inminente”¹¹.

En un estudio piloto efectuado en Lima, se determinó que:

Las PAM considerados sin actividad, presentaron más riesgo para tener mala calidad de vida en todas las dimensiones, excepto para salud general. También encontraron mala calidad de vida en los expuestos a baja cobertura asistencial con rol emocional, salud mental, función social y vitalidad, y el tener alguna patología crónica y/o aguda alteración de la salud mental y de la función social¹².

En Huánuco no podemos decir que la mayoría de las PAM tienen una calidad de vida óptima. Por el contrario, muchos de ellos viven encerrados dentro de las casas de sus hijos, con gran dependencia física y

10 MERYL BROD, ANITA L. STEWART, LAURA SANDS y PAM WALTON. “Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: The Dementia Quality of Life Instrument (DQoL)”, *The Gerontologist*, vol. 39, n.º 1, 1999, pp. 25 a 36.

11 CECILIA ALBALA B., CAROLA GARCÍA G. y LIDIA LERA M. *Salud, bienestar y envejecimiento en Santiago, Chile SABE 2000*, Publicación Científica y Técnica n.º 609, Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud, 2005, disponible en [<https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/014a0572-b8bf-4d16-b70b-891747801b17/content>].

12 JULIO INGA ARANDA y ARÍSTIDES VARA HORNA. “Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú”, *Universitas Psychologica*, vol. 5, n.º 3, 2006, pp. 475 a 485, disponible en [<https://www.redalyc.org/pdf/647/64750304.pdf>].

económica¹³. En consecuencia, implica proveer a las PAM, condiciones que les permitan gozar de una buena calidad de vida¹⁴.

Además, en los diferentes países, resaltando el valor actual que tienen los mayores, se han formulado políticas, programas y acciones sociales oportunas y efectivas en el propósito de mejorar la calidad de vida de la PAM¹⁵.

En Perú, el Estado ha establecido lineamientos de política para las PAM¹⁶, entre ellas el mejoramiento de la calidad de vida, la promoción del desarrollo integral, la oportunidad de vida digna e independiente en el contexto de la familia y comunidad. El aseguramiento de servicios adecuados de salud, vivienda, recreación y cultura, el impulso de una formación de una conciencia, cultura y sensibilidad sobre la vejez, la ampliación y el fortalecimiento de la capacidad de coordinación entre las instituciones, gobiernos locales, ONG y otras organizaciones de la sociedad civil. Así mismo, han implementado la atención integral mediante intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, enfatizando el hecho de mantener la funcionalidad de la PAM hacia el equilibrio de la salud física, mental y social.

El propósito de la atención integral del adulto mayor se basa en contribuir a lograr un envejecimiento saludable y una vejez satisfactoria mediante acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, teniendo en cuenta como protagonistas a la familia, la comunidad y al mismo adulto mayor. A su vez, ha establecido como

-
- 13 JUAN MAVHIER CORONADO GÁLVEZ, CRISTIAN DÍAZ VÉLEZ, MOISÉS ALEXANDER APOLAYA SEGURA, LUIS MIGUEL MANRIQUE GONZÁLEZ y JUAN PABLO AREQUIPA BENAVIDES. "Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo", *Acta Médica Peruana*, vol. 26, n.º 4, 2009, pp. 230 a 238, disponible en [<https://www.redalyc.org/pdf/966/96618984008.pdf>].
 - 14 RHINA IVETTE CÁCERES RODAS. "Estado de salud, físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica, 2000", *Población y Salud en Mesoamérica*, vol. 1, n.º 2, 2004, pp. 1 a 27, disponible en [<https://www.redalyc.org/pdf/446/44601203.pdf>].
 - 15 ROCÍO FERNÁNDEZ-BALLESTEROS GARCÍA, MARÍA DOLORES ZAMARRÓN y ANDRÉS FELIPE MACIÁ. *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*, Madrid, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1996.
 - 16 PERÚ - CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley N.º 27408 de 24 de enero de 2001, "Ley que establece la atención preferente a las mujeres embarazadas, las niñas, niños, los adultos mayores, en lugares de atención al público", disponible en [<https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/255924-27408>].

objetivo mejorar y mantener las condiciones de salud de las PAM, en especial de los más excluidos y vulnerables.

Y referido a los cuidados esenciales, las mismas que son ofrecidos no solo por los profesionales de la salud, sino que las mismas personas son responsables de su salud. Aquí hay que destacar el autocuidado, los cuidados ofrecidos por la familia y las atenciones de salud: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación infra y extramuros.

En el paquete de atención integral están diseñadas diversas acciones, siendo una de ellas el tema educativo (informar y educar en) que enfatiza la enseñanza de estilos de vida saludables (actividad física, alimentación, higiene), derechos y deberes en salud y las habilidades para la vida (autoestima, buen uso del tiempo libre), a su vez, orientación y consejería integral, salud psicosocial, salud física y nutricional, salud sexual, salud ambiental, etc. Ello hará posible que la PAM desarrolle prácticas de autocuidado, estilos de vida saludables, entre otros. El modelo ha sido implementado en las 34 Direcciones de Salud del país, a partir de las primeras experiencias de las regionales de salud de Tumbes, La Libertad y Apurímac, con la participación de los gobiernos regionales, autoridades ediles, sociedad civil y trabajadores de la salud. Esta intencionalidad asume un enfoque no tradicional mirando a la PAM como una persona activa que debe tener idóneas condiciones materiales y sociales¹⁷.

Los antecedentes realizados en la mejora de la calidad de vida del adulto mayor, expresan que los beneficios no solo deben orientarse hacia el logro de la longevidad, más bien hacia objetivos cualitativos a nivel de la salud y el bienestar subjetivo, debiendo establecerse propuestas a partir de las vivencias, necesidades y motivaciones de este grupo etario, quienes apreciarán la magnitud de su existencia al mostrar un alto nivel de satisfacción por la vida¹⁸. Los enfoques orientadores deberán ser de tipo personológico, participativo, creativo y potenciador del desarrollo humano.

17 PERÚ - MINISTERIO DE SALUD. *Plan Regional Concertado de Salud Huánuco 2008 - 2015. Documento de gestión*, Perú, MINSA, 2006, disponible en [<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/408717-plan-regional-concertado-de-salud-huanuco-2008-2015>].

18 MAILÉN DE LA CARIDAD BENÍTEZ RÍOS y ARACELIS DOMÍNGUEZ ORTEGA. "El bienestar subjetivo desde el proceso de longevidad satisfactoria: un reto en la educación del adulto mayor", *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, julio de 2010, disponible en [<https://www.eumed.net/rev/cccss/09/brdo.htm>].

“Existen muchas intervenciones de salud específicas como la educación no formal en la adopción de estilos de vida activos, talleres integrales y saludables (ocupación de su tiempo libre en actividades placenteras, actividad física y deporte, entretenimiento, etc.). Estas actividades confieren efectos beneficios comprobadas a las PAMS”¹⁹; y a su vez, ayudan a mejorar el estado de salud, la capacidad funcional y de este modo mejora su calidad de vida.

Al respecto, existen abundante evidencia científica de que los talleres vivenciales pueden producir enormes beneficios para la salud de las PAM por el hecho de trabajar con programas hacia su autocuidado, recreación y actividades grupales, lo que les permite una mejor actividad social, mejorar su salud física y mental y sobre todo su calidad de vida²⁰.

En consecuencia, se propone el presente estudio, que parte de la asimilación de la dimensión social y cultural del proceso de salud-enfermedad-atención, incorporando el concepto de calidad de vida, que favorece la orientación de la oferta de servicios de salud centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad de vida de las PAM del CIAM de Pillco Marca, en la provincia de Huánuco, quienes enfrentan transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas, típicamente por la situación de pobreza; por tal condición, han recibido muy poca atención por parte de investigadores, prestadores de servicios y diseñadores de políticas públicas. No obstante, de nosotros depende, en gran medida, que podamos acelerar o retrasar dicho proceso; el remedio, entonces, es darles el rol que les corresponde dentro de la sociedad²¹.

19 MARÍA JOSÉ OSPINA MONSALVE. “Actividades recreativas comunitarias para favorecer la calidad de vida del adulto mayor en la vereda El Ceibal y La Esmeralda pertenecientes al barrio Mocarí de la ciudad de Montería”, Montería, Córdoba, Universidad de Córdoba, 2020, disponible en [<https://es.scribd.com/document/510068895/Actividades-Adulto-Mayor-Gestion-de-Proyectos-Comunitarios>].

20 IAN DARNTON-HILL. “El envejecimiento con salud y calidad de vida”, *Salud para Todos. Mensuario de Salud y Acción Social*, año 5, n.º 47, 1997.

21 LLANO RUIZ. *Acondicionamiento físico para personas mayores*, cit.

II. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En el presente estudio se enunció los siguientes problemas de investigación:

A. Problema general

¿La aplicación de los talleres vivenciales (intervención) tienen efecto en el incremento de la calidad de vida de la PAM del grupo experimental del CIAM de la municipalidad de Pillco Marca comparado con el grupo control que solo realiza actividades cotidianas?

B. Problemas específicos

- ¿La aplicación de los talleres vivenciales en el grupo experimental tienen efecto en la calidad de vida respecto al control y durante la postintervención a dos y a cuatro meses de la misma?
- ¿Existen diferencias en la calidad de vida después de la aplicación de los talleres vivenciales entre los momentos del estudio: postintervención a dos y a cuatro meses de la misma y entre los grupos de estudio?
- ¿Cuál es la tendencia de los cambios en la calidad de vida entre el momento basal y los tres momentos posteriores a la intervención de los talleres vivenciales (a dos y a cuatro meses) y entre los grupos de estudio?
- ¿Qué diferencias significativas se establecen en el estado de salud de los grupos de estudio durante la postintervención de los talleres vivenciales a dos y cuatro meses de la misma?
- ¿El estado de salud evidencia diferencias significativas entre los momentos del estudio en la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma y entre los grupos?
- ¿Cuál es la tendencia de los cambios en el estado de salud entre el momento basal y los tres momentos posteriores a la intervención de los talleres vivenciales (a dos y a cuatro meses) y entre los grupos de estudio?

- ¿Qué diferencias significativas se establecen en las condiciones socioeconómicas entre los grupos de estudio durante la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma?
- ¿Las condiciones socioeconómicas evidencian diferencias significativas entre los momentos del estudio en la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma y entre los grupos?
- ¿Cuál es la tendencia de los cambios en las condiciones socioeconómicas entre el momento basal y los tres momentos posteriores a la intervención de los talleres vivenciales, a dos y a cuatro meses y entre los grupos de estudio?
- ¿La aplicación de los talleres vivenciales en el grupo experimental tiene efecto en el nivel de bienestar subjetivo respecto al control y durante la postintervención a dos y a cuatro meses de la misma?
- ¿Existe diferencias en el nivel de bienestar subjetivo después de la aplicación de los talleres vivenciales entre los momentos del estudio, postintervención a dos y a cuatro meses de la misma y entre los grupos de estudio?
- ¿Cuál es la tendencia de los cambios en el nivel de bienestar subjetivo entre el momento basal y los tres momentos posteriores a la intervención de los talleres vivenciales, post a dos y a cuatro meses y entre los grupos de estudio?

III. OBJETIVOS

A. Objetivo general

Demostrar el efecto de la aplicación de los talleres vivenciales (intervención) en el incremento de la calidad de vida de la PAM del grupo experimental del CIAM de la municipalidad de Pillco Marca, comparado con el grupo control que solo realiza actividades cotidianas.

B. Objetivos específicos

- Comparar el nivel de calidad de vida entre los grupos de estudio y durante la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma.
- Comparar el nivel de calidad de vida entre los momentos del estudio en la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma y entre los grupos de estudio.
- Comparar la tendencia de los cambios en el nivel de calidad de vida entre el momento basal y los tres momentos posteriores a la intervención de los talleres vivenciales, post a dos y a cuatro meses y entre los grupos de estudio.
- Confrontar la existencia de diferencias significativas en el estado de salud de los grupos de estudio durante la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma.
- Comparar el estado de salud entre los momentos del estudio en la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma y entre los grupos.
- Explorar la tendencia de los cambios en el estado de salud entre el momento basal y los tres momentos posteriores a la intervención de los talleres vivenciales, post a dos y a cuatro meses y entre los grupos de estudio.
- Comparar la existencia de diferencias significativas en las condiciones socioeconómicas entre los grupos de estudio durante la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma.
- Comparar las condiciones socioeconómicas entre los momentos del estudio en la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma y entre los grupos.
- Valorar la tendencia de los cambios en las condiciones socioeconómicas entre el momento basal y los tres momentos posteriores a la intervención de los talleres vivenciales, post a dos y a cuatro meses y entre los grupos de estudio.

- Comparar el nivel de satisfacción por la vida entre los grupos de estudio y durante la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma.
- Comparar el nivel de satisfacción por la vida entre los momentos del estudio en la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma y entre los grupos de estudio.
- Comparar la tendencia de los cambios en el nivel de satisfacción por la vida entre el momento basal y los tres momentos posteriores a la intervención de los talleres vivenciales, post a dos y a cuatro meses y entre los grupos de estudio.
- Comparar el nivel de bienestar subjetivo entre los grupos de estudio y durante la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma.
- Comparar el nivel de bienestar subjetivo entre los momentos del estudio en la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma y entre los grupos de estudio.
- Comparar la tendencia de los cambios en el nivel de bienestar subjetivo entre el momento basal y los tres momentos posteriores a la intervención de los talleres vivenciales, post a dos y a cuatro meses y entre los grupos de estudio.

IV. CONJUGACIÓN DE HIPÓTESIS

La intervención es la aplicación de los talleres vivenciales a las PAM del grupo experimental (variable independiente), y es la que se espera que produzca diferencias en los momentos posteriores a su aplicación, solo en el grupo experimental, ya que el otro grupo es de control y en este no se aplica intervención. Entonces, si se prueba dicho supuesto, se estará probando también que los talleres vivenciales determinan cambios y/o mejoras en las variables dependientes; mejor dicho, la hipótesis se conjugó del siguiente modo:

- Ho: No existe variación entre las medidas antes (basal) y después de la intervención (post a dos y a cuatro meses) y entre los grupos del estudio (experimental y control).
- Hi: Existe variación entre las medidas antes (basal) y después de la intervención (post a dos y a cuatro meses) y entre los grupos del estudio (experimental y control).

V. HIPÓTESIS

A. Hipótesis general

- Ho: Los talleres vivenciales (intervención) aplicado al grupo experimental no tienen efecto en el incremento de la calidad de vida de la PAM del CIAM de la municipalidad de Pillco Marca, en comparación al grupo control que solo realiza actividades cotidianas.
- Hi: Los talleres vivenciales (intervención) aplicado al grupo experimental tienen efecto en el incremento de la calidad de vida de la PAM del CIAM de la Municipalidad de Pillco Marca en comparación al grupo control que solo realiza actividades cotidianas.

B. Hipótesis específicas

- Hi1: Existen diferencias significativas en la calidad de vida entre los grupos de estudio durante la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma.
- Hi2: Existen diferencias significativas en la calidad de vida según momentos del estudio en la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma y entre los grupos.
- Hi3: Existen diferencias significativas en la tendencia de los cambios en la calidad de vida entre el momento basal y los tres momentos posteriores a la intervención de los talleres vivenciales, post a dos y a cuatro meses y entre los grupos de estudio.

- Hi4: Existen diferencias significativas en el estado de salud de los grupos de estudio durante la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma.
- Hi5: Existen diferencias significativas en el estado de salud según momentos del estudio en la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma y entre los grupos de estudio.
- Hi6: Existen diferencias significativas en la tendencia de los cambios en el estado de salud entre el momento basal y los tres momentos posteriores a la intervención de los talleres vivenciales, post a dos y a cuatro meses y entre los grupos de estudio.
- Hi7: Existen diferencias significativas en las condiciones socioeconómicas entre los grupos de estudio durante la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma.
- Hi8: Existen diferencias significativas en las condiciones socioeconómicas según momentos del estudio en la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma y entre los grupos de estudio.
- Hi9: Existen diferencias significativas en la tendencia de los cambios en las condiciones socioeconómicas entre el momento basal y los tres momentos posteriores a la intervención de los talleres vivenciales, post a dos y a cuatro meses y entre los grupos de estudio.
- Hi10: Existen diferencias significativas en la satisfacción por la vida entre los grupos de estudio durante la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma.
- Hi11: Existen diferencias significativas en la satisfacción por la vida según momentos del estudio en la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma y entre los grupos de estudio.
- Hi12: Existen diferencias significativas en la tendencia de los cambios en la satisfacción por la vida entre el momento basal y los tres momentos posteriores a la intervención de los talleres vivenciales, post a dos y a cuatro meses y entre los grupos de estudio.

- Hi13: Existen diferencias significativas en el bienestar subjetivo entre los grupos de estudio durante la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma.
- Hi14: Existen diferencias significativas en el bienestar subjetivo según momentos del estudio en la postintervención de los talleres vivenciales a dos y a cuatro meses de la misma y entre los grupos de estudio.
- Hi15: Existen diferencias significativas en la tendencia de los cambios en el bienestar subjetivo entre el momento basal y los tres momentos posteriores a la intervención de los talleres vivenciales, post a dos y a cuatro meses y entre los grupos de estudio.

VI. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

- Variable dependiente = Calidad de vida de los adultos mayores
- Variable independiente = Talleres vivenciales
- Variables de caracterización = Aspectos sociodemográficos

VII. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición
Variable dependiente				
Calidad de vida de la persona adulta mayor	Calidad de vida	Cuantitativa	Alta = 126 - 170 Media = 81 - 125 Baja = 34 - 80	Ordinal politómica
	Salud	Cuantitativa	Buena = 45 - 60 Regular = 19 - 44 Deficiente = 12 - 18	Ordinal politómica
	Condiciones socioeconómicas	Cuantitativa	Buena = 12 - 15 Regular = 8 - 11 Deficiente = 3 - 7	Ordinal politómica
	Satisfacción por la vida	Cuantitativa	Buena = 70 - 95 Regular = 45 - 69 Deficiente = 19 - 44	Ordinal politómica
	Bienestar subjetivo	Cuantitativa	Bienestar = 8 - 17 Sin bienestar = 0 - 7	Nominal dicotómica
Variable independiente				
Talleres vivenciales	Efecto de los talleres	Cualitativa	Sí No	Nominal dicotómica

Variable de caracterización				
Aspectos demográficos	Edad en años	Cuantitativa	Nº, %, Media, D.E	De razón, discreta
	Género	Cualitativa	Masculino Femenino	Nominal dicotómica
	Estado conyugal	Cualitativa	Soltero Casado Conviviente Separado Divorciado	Nominal politómica
	Escolaridad	Cualitativa	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Nominal politómica
	Ocupación	Cualitativa	Cesante/jubilado/ pensionista Profesional dependiente Profesional independiente Comerciante Técnico Otro	Nominal politómica
Otros aspectos	Fuente de ingresos económicos	Cualitativa	Sin ingresos Pensión de jubilación Pensión del Estado Otros	Nominal politómica
	Condición de la vivienda	Cualitativa	Propia Alquilada Casa familiar Cuidador	Nominal politómica
	Persona con quien vive	Cualitativa	Cónyuge Hijos Nietos Solo	Nominal politómica
	Existencia de apoyo familiar	Cualitativa	Sí No	Nominal dicotómica

VIII. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación desarrollada se justificó por las siguientes razones:

A. Teórica

El garantizar una vida de calidad para los mayores de edad, es un nuevo reto que seguirá cobrando importancia en todo contexto de atención de la mayoría de los países en los momentos actuales y durante las próximas décadas²². Por tanto, es importante reconsiderar, las alternativas que se le está dando a este grupo de edad, ya que en todo el mundo el porcentaje de adultos mayores está en aumento, lo cual puede significar grandes problemas en un futuro si no se prevé.

En el Perú existen muy pocos estudios dirigidos a investigar el efecto de las intervenciones alternativas en la mejora de la calidad de vida de las PAM. Además, este grupo poblacional es un gran demandante de servicios de salud y de alto costo en su atención, y dado que conforma actualmente el 8,5% de población peruana, es una prioridad estudiar las opciones que favorecen una vida saludable y productiva.

En tal sentido se orienta el presente estudio, para explicitar una de las estrategias en la mejora de la calidad de vida de las PAM²³, hecho que ayudará a incrementar los conocimientos sobre este tema, disipando mitos sobre el envejecimiento y brindando evidencia de los beneficios de dicha actividad, así como sugerencias para intervenciones futuras.

Debe valorarse al adulto mayor, “como un individuo que posee un cúmulo preciado de experiencias que puede transmitir a los jóvenes en el interactuar diario, dándoles la oportunidad de seguir conformando parte del sistema productivo en actividades que le permitan sentirse útil”²⁴; en consecuencia, la intervención que se propone, resulta ser importante.

22 ANA LUISA GONZÁLEZ-CELI RANGEL y JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA. “Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores”, *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 20, n.º 1, 2003, pp. 143 a 158.

23 PERÚ - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA -INEI-. *Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda*, Perú, 21 de octubre del 2007.

24 HARO-RIVERA. “Actividad física y estilo de vida saludable en el adulto mayor: Revisión sistemática”, cit.

B. Práctica

El creciente incremento de la población adulta mayor que experimenta la región Huánuco, es un reto que a nivel de los sectores de salud deben ser prioritarios la atención de los mismo, pues ello ayuda a prolongar la vida de las personas de tercera edad²⁵.

En consecuencia, la estrategia clave para alcanzar la meta de la calidad de vida en la vejez²⁶ y aumentar el número de años libres de discapacidad en el grupo de las PAM pertenecientes al distrito de Pillco Marca, es la activación de las potencialidades hacia los nuevos aprendizajes, lo que es posible mediante intervenciones de nivel primario como los talleres vivenciales. Estos se enmarcan en las políticas de promoción de la salud, que desde los espacios del profesional de enfermería y con apoyo multidisciplinario, promete hacer aportaciones valiosas al estudio de las diversas estrategias efectivas para contribuir con intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de los mismos en el contexto de su cultura y en el sistema de valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas, categorías y preocupaciones²⁷.

Basados en la situación analizada, es que surgió la necesidad de demostrar el efecto de los talleres vivenciales en el incremento de la calidad de vida de los adultos mayores del CIAM de Pillco Marca, provincia de Huánuco, grupo poblacional que merece servicios no solo de supervisión médica, sino actividades donde puedan ser productivos, demostrar su sabiduría y creatividad y los mantenga activos.

C. Social

“La típica imagen de un adulto mayor en una silla mecedora está quedando atrás. Esto, gracias a que cada vez más personas de la tercera

25 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Salud de los pueblos indígenas de las Américas: Evaluación de los logros en salud en el marco del decenio internacional de los pueblos indígenas del mundo*, Washington, D. C., OPS, 2008, disponible en [<https://www.paho.org/es/documentos/salud-pueblos-indigenas-america-evaluacion-logros-salud-marco-decenio-internacional>].

26 ED DIENER. “Subjective well- being”, *Psychological Bulletin*, vol. 95, n.º 3, 1984, pp. 542 a 575, disponible en [https://labs.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener_1984.pdf].

27 GONZÁLEZ-CELIS RANGEL y SÁNCHEZ SOSA. “Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores”, cit.

edad tienen conciencia de la importancia de llevar una vida activa y saludable²⁸.

El envejecimiento de la población no tiene que verse como una crisis, ya que una PAM sana contribuye de muchas maneras al desarrollo de su familia y su comunidad²⁹.

La decisión política de atender las necesidades de la PAM y en especial de los más vulnerables con un enfoque de integralidad, equidad, solidaridad, interculturalidad, calidad y pleno respeto, se pone de manifiesto a través de la estrategia de atención de la PAM, cuya finalidad es mejorar la calidad de los servicios de atención integral en los establecimientos de salud públicos y privados³⁰.

IX. VIABILIDAD

El estudio fue viable, porque contó con los debidos permisos y autorizaciones correspondientes, así como el autofinanciamiento por la investigadora; del mismo modo, se contó con la participación activa y responsable de la PAM del CIAM de Pillco Marca.

Cabe remarcar que la intervención tuvo una acogida tanto por la PAM como por los actores involucrados en la promoción de la calidad de vida del adulto mayor, en este sentido, la presente experiencia se ha constituido en un eje transversal del CIAM de Pillco Marca en tanto que las autoridades municipales han formalizado con presupuesto municipal la implementación de diversos talleres como el de manualidades, taichi, biohuertos, biodanzas, etc., los que actualmente vienen funcionando con profesionales y agentes de salud captados mediante alianzas estratégicas con instituciones formadoras y estatales. En consecuencia, se asume que se ha garantizado la sostenibilidad de las intervenciones en pro de la calidad de vida de la PAM de Pillco Marca.

28 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Salud de los pueblos indígenas de las Américas: Evaluación de los logros en salud en el marco del decenio internacional de los pueblos indígenas del mundo*, cit., p. 5.

29 Ibid., p. 66.

30 CHRISTIAN OSWALDO ACOSTA QUIROZ, JAVIER JOSÉ VALES GARCÍA, SONIA BEATRIZ ECHEVERRÍA CASTRO, DULCE MARÍA SERRANO ENCINAS y RAQUEL GARCÍA FLORES. "Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos", *Psicología y Salud*, vol. 23, n.º 2, 2013, pp. 241 a 250, disponible en [<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/es/article/view/505>].

X. LIMITACIONES

Si bien el estudio demostró sostenibilidad a medida que se incrementaban los talleres vivenciales, no se tiene seguridad de la duración y efectividad de sus intenciones de conducta con el transcurso del tiempo, ya que al ser los sujetos experimentales la PAM, no es del todo factible hacer el seguimiento dado al carácter de dependencia y fragilidad en este tipo de población.

CAPÍTULO SEGUNDO

Marco teórico

I. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo de esta investigación, se buscó el apoyo de varios antecedentes internacionales, nacionales y locales, cada uno de ellos tuvo un aporte significativo, por lo que fue una guía en el proceso. A continuación, presentamos cada uno de los antecedentes antes mencionados, por orden cronológico, explicando sus aportes respectivos.

A. Antecedentes internacionales

En Cuba³¹ describieron un conjunto de experiencias sobre las “actividades para fortalecer la calidad de vida del adulto mayor”; cuyo objetivo fue contribuir al fortalecimiento y desarrollo de la PAM, mediante la creación del círculo de abuelos “Las Marianas”; con los diferentes

31 ALCIDES GROERO. “Actividades para fortalecer la calidad de vida del adulto mayor en Taguasco Cuba”, *Gestiopolis*, 28 de abril de 2011, disponible en [<https://www.gestiopolis.com/actividades-fortalecer-calidad-vida-adulto-mayor-taguasco-cuba/>].

proyectos desarrollados como “Ganando juventud”, “Para mi amigo sincero”, “Amor y vida”, “De lo urbano a lo rural”, “Para un príncipe enano” y “La aguja contenta”; estos proyectos aplicados mejoraron la calidad de vida de la PAM participante, sensibilizaron a sus trabajadores con las necesidades de las personas que los rodean y explotaron las potencialidades de los adultos mayores. Este antecedente de investigación orientó el estudio en la elaboración de nuestros talleres vivenciales para la PAM del grupo experimental.

En México, GONZÁLEZ-CELIS y ARAUJO³² abordaron un estudio sobre “estrategias de afrontamiento ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores mexicanos”, cuyos resultados evidenciaron una correlación significativa entre calidad de vida y la evitación y soporte social como estrategia de afrontamiento. Este antecedente de investigación presentó proximidad con el estudio abordado, en el sentido que una de sus variables es la calidad de vida de la PAM, razón por la cual sirvió de guía en algunos aspectos en la discusión de nuestros resultados.

En Chile, CARRASCO ejecutó un estudio donde concluyó que “existe relación entre participación en actividades de promoción de la salud y mejor calidad de vida de la PAM estudiada, siendo significativas las diferencias en los factores psicosociales de la calidad de vida”³³. Este antecedente de investigación presentó mayor proximidad con nuestro estudio, puesto que aborda aspectos relevantes de la participación de la PAM en proyectos de promoción de la salud, ello representó un sustento para la aplicación de nuestros talleres vivenciales en la mejora de la calidad de vida.

En México, VERGARA y GONZÁLEZ-CELIS concluyeron que en su estudio los hallazgos encontrados “sugieren la eficacia significativa de la intervención en la disminución de la ansiedad, la depresión y las ideas irracionales, y en el aumento del bienestar subjetivo y de algunas conductas de la vida diaria”³⁴. Este antecedente de investigación apoyó

32 ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL y ABRIL VIRIDIANA ARAUJO VIVEROS. “Estrategias de afrontamiento ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores mexicanos”, *Revista Kairós-Gerontología*, vol. 13, n.º 1, 2011, pp. 167 a 190, disponible en [<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4868>].

33 CLAUDIA CARRASCO DÁJER. “Relación entre la participación de los adultos mayores en proyectos de promoción de la salud y su calidad de vida” (tesis de maestría), Santiago, Universidad de Chile, 2007, disponible en [<https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/180840>], p. 82.

34 SAMANA VERGARA LOPE TRISTÁN y ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RAN-

nuestra investigación en el desarrollo del marco referencial y como estudio coincidente en nuestra discusión.

En Cuba, SANABRIA y CAMPBELL³⁵ llevaron a cabo una propuesta de intervención comunitaria en el adulto mayor, mediante un plan de actividades físicas y recreativas para mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad; para lo cual realizaron un análisis previo de las principales necesidades de estas personas, con el fin de poder elaborar una estrategia de acuerdo a las exigencias de la realidad actual. Este proyecto de investigación presentó cierta similitud con el estudio que ejecutamos en el sentido de que orientó en la metodología de nuestros talleres vivenciales.

Otro de los estudios descriptivos de corte transversal realizados en Cuba, DUEÑAS *et al.*³⁶, concluyen que “el predominio de baja calidad de vida en la población investigada relaciona con la edad y la escolaridad, de forma tal que en la medida en que se incrementa la edad la percepción de esta es peor, mientras que existe una tendencia a percibir mejor calidad de vida con el incremento de la escolaridad”. Este antecedente de investigación presentó similitud con nuestro estudio porque nos guio en la aplicación de la escala de la calidad de vida específico para la PAM, así como también aportó los marcos referenciales para elaborar nuestra discusión de resultados.

También en Cuba, YANES³⁷ ejecutó un estudio cualitativo de investigación/acción, cuyo antecedente de investigación guio la presente in-

GEL. “Psicoterapia cognitivo conductual de grupo manualizada como una alternativa de intervención con adultos mayores”, *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, vol. 11, n.º 2, 2009, p. 172.

- 35 SANDRA SANABRIA BARRUETO y YEOSVANYS CAMPBELL QUINTANA. “Plan de actividades físicas-recreativas para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en el municipio de Baraguá”, *FDeportes.com, Revista Digital*, año 17, n.º 175, 2012, disponible en [<https://www.efdeportes.com/efd175/mejorar-la-calidad-de-vida-del-adulto-mayor.htm>].
- 36 DIANELIS MARÍA DUEÑAS GONZÁLEZ, HÉCTOR DEMETRIO BAYARRE VEA, EDUARDO ALFREDO TRIANA ÁLVAREZ y VIVIAN RODRÍGUEZ PÉREZ. “Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas”, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol. 27, n.º 1, 2011, disponible en [<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10478567>].
- 37 MARÍA GUILLERMINA YANES GARCÍA y MARIELA DEL CARMEN MORALES OKATA. “Propuesta de marca de identidad visual para un envejecimiento satisfactorio”, *MediSur*, vol. 14, n.º 6, 2016, pp. 711 a 716, disponible en [<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180049659006>].

vestigación en la elaboración de los talleres vivenciales, así como en su metodología y aplicación, razón por la cual constituyó un gran aporte.

En Argentina, JANSEN³⁸ desarrolló una intervención mediante talleres vivenciales con familiares de pacientes de síndrome urémico hemolítico, ello consistió en una técnica grupal orientada a atender las demandas emocionales mediante reuniones grupales, denominadas talleres vivenciales, en las que abordaron temas centrales considerados preocupantes para los participantes. Esta experiencia inédita condujo a observar y analizar el valor traumático de las vivencias durante y después de la fase aguda de la enfermedad y sus repercusiones en el grupo familiar involucrado. La investigadora concluye que esta primera experiencia abre caminos para seguir trabajando e indagando en este terreno, poco explorado hasta el momento. Pretendió contribuir al desarrollo de un abordaje integral del niño y su familia, que complementa el tratamiento médico tradicional con una perspectiva psicológica y social. Este antecedente de investigación es el más próximo en relación a nuestro estudio, puesto que nos guio en la metodología de los talleres vivenciales.

B. Antecedentes nacionales

En Iquitos, CARRANZA DEL ÁGUILA³⁹, abordaron un estudio sobre predictores de la calidad de vida de las personas mayores, donde el análisis de regresión jerárquica mostró que la variable que mejor predice la calidad de vida es salud, percibida en comparación con iguales ($p < 0,01$). Este antecedente de investigación orientó el estudio abordado puesto que nos guio en la fundamentación del problema de investigación, mostrando la magnitud del mismo, razón por la cual fue de gran ayuda.

38 PAULA SILVINA JANSEN. "Talleres vivenciales con familiares de pacientes de síndrome urémico hemolítico: Hacia un abordaje integral de su tratamiento", *Medicina (Buenos Aires)*, vol. 66, n.º supl. III, 2006, pp. 47 a 50, disponible en [<https://www.medicinabuenosaires.com/demo/revistas/vol66-06/Supl-3/v66-s3-47-50.pdf>].

39 RAÚL CARRANZA DEL ÁGUILA. "Calidad de vida y salud oral en el adulto mayor del centro del adulto mayor del hospital III EsSalud - Iquitos, 2024" (tesis de doctorado), Iquitos, Perú, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, 2025, disponible en [<https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/items/c966876c-5661-4b5d-ad2d-62d43fb7a74a>].

En la Red Asistencial del EsSalud de Huánuco, DAMASO *et al.* concluyeron en su estudio que “la práctica del taichí en la muestra en estudio ha demostrado mejorar la calidad de vida relacionada a la salud, del mismo modo se relaciona a la disminución de las caídas, disminución de la presión arterial sistólica, convivencia con familiares y disminución en el número de medicamentos”⁴⁰. Este antecedente de investigación presentó proximidad con nuestro estudio, puesto que presto una guía en el taller vivencial de la funcionalidad física.

En Huánuco, PÉREZ *et al.*⁴¹ ejecutaron un estudio de tipo correlacional, donde concluyen que fueron las variables edad, género femenino y enfermedades como predictores de la dimensión física y psicológica en la calidad de vida de la PAM estudiada; a su vez, la edad y la enfermedad en el último año, incrementan el riesgo de mala percepción general de salud. Este antecedente también nos guio en la descripción del problema de investigación de nuestra realidad local, razón por la cual fue valioso su aporte.

En Lima, VERA⁴² elaboró un estudio cualitativo-descriptivo, interpretativo-comprensivo, en los que los discursos a través de la “objetivación” y el “anclaje” y el análisis general, ideográfico-axial y nomotético-selectivo permitieron la emergencia de cuatro representaciones sociales. Este antecedente de investigación presentó proximidad con el estudio realizado, puesto que proporcionó aspectos relevantes sobre el significado de la calidad de vida, razón por la cual nos guio en la elaboración de la descripción del problema y en las bases teóricas de

-
- 40 BERNARDO CRISTÓBAL DAMASO MATA, LUZ MARINA MENACHO VIL-LAFUERTE, SILVIA CALDERÓN SALAZAR, EDITH JARA CLAUDIO, MANUEL SALAZAR SÁNCHEZ, ROSARIO CINTHIA RIVERA COLQUI, JESÚS GARCÍA PINZAS y RAMIRO DÍAZ SIMEÓN. *Practica del tai chi sobre la calidad de vida relacionada a la salud en asegurados mayores de 50 años de la Red Asistencial de Huánuco – EsSalud 2008*, Huánuco, Perú, EsSalud, 2008, p. 142.
- 41 ADELID TEODORA PÉREZ BERNARDO, ANAIS ANDREINA RAMÍREZ BLAS y LIZBETH SANTOS POMA. “Factores socioeconómicos del abandono del adulto mayor en la ciudad de Huánuco” (tesis de pregrado), Huánuco, Perú, Universidad Nacional Hermilio Valdizán, 2019, disponible en [<https://repositorio.unheval.edu.pe/item/ae47a0dc-3cob-43c4-b194-82e94a01be99>].
- 42 MARTHA NICOLASA VERA MENDOZA. “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia”, *Anales de la Facultad de Medicina*, vol. 68, n.º 3, 2007, pp. 1 a 7, disponible en [https://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832007000300012&script=sci_arttext&tlng=es].

nuestra investigación. Las experiencias de los antecedentes revisados tuvieron el firme propósito de aportar una mayor comprensión en todo el proceso de nuestra investigación abordada.

II. BASES TEÓRICAS

A. La promoción del envejecimiento saludable y/o satisfactorio en la mejora de la calidad de vida

El crecimiento de la población adulta mayor planteará una gran demanda de diversos servicios de salud: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación, cuidados intensivos y enfermedades crónicas, etc.⁴³. La OMS⁴⁴ también viene difundiendo una propuesta de atención de la salud para el adulto mayor, fundamentada en los principios y estrategias de la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Estas intervenciones consisten en promover condiciones de vida propicias para una nutrición favorable a la salud, conductas saludables como la actividad física y una vida libre de adicciones.

En este sentido, la promoción de la salud tiene el objetivo de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud

43 NACIONES UNIDAS. *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, Madrid, 8 a 12 de abril de 2002, Nueva York, Naciones Unidas, 2002, disponible en [<https://docs.un.org/es/A/CONF.197/9>]; BALTES, PAUL BORIS y MARGRET M. BALTES (eds.). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, Nueva York, Cambridge University Press, 1993; PAUL BORIS BALTES, DAVID L. FEATHERMAN y RICHARD M. LERNER. *Life-span development and behavior*, vol. 10, Nueva York, Psychology Press, 1990; GLORIA FERNÁNDEZ MAYORALAS, FERMINA ROJO PÉREZ, ANTONIO ABELLÁN GARCÍA y VICENTE RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ. “Envejecimiento y salud: Diez años de investigación en el CSIC”, *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, vol. 13, n.º 1, 2003, pp. 43 a 46; HUGO SALINAS, JAIME ALBORNOZ, ÁLVARO REYES, MARCIA ERAZO B. y RODOLFO IDE V. “Análisis de componentes principales aplicado a variables respecto a la mujer gestante en la región de las américas”, *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, vol. 71, n.º 1, 2006, pp. 17 a 25, disponible en [<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9571558>].

44 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Enfermería gerontológica: Conceptos para la práctica*, Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud n.º 31, Washington, D. C., OPS/OMS, 1993, pp. 9 y 10.

y ejercer un mayor control sobre la misma; a su vez, se constituye en una prioridad por su importancia en el desarrollo social y en el mejoramiento de la calidad de vida de la población, ya que busca promover la salud como un derecho inalienable de la persona humana y la necesidad de crear una cultura de la salud, que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto, en un proceso orientado a modificar las condicionantes o determinantes de la salud⁴⁵.

La promoción de la salud también se encuentra dentro de los ejes temáticos de la atención integral de la PAM para un *envejecimiento activo*, definiéndolo como “el proceso de optimizar oportunidades de salud, participación y seguridad en orden a mejorar la calidad de vida (y el bienestar) de las personas según envejecen”⁴⁶.

Mediante el modelo de promoción de la salud, las personas expresan su propio potencial de la salud humana, pues tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias⁴⁷.

Aplicando este modelo teórico a nuestro estudio, los talleres vivenciales constituyen oportunidades de salud y de participación; son medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, un envejecimiento activo y por ende el mejoramiento de la calidad de vida.

B. Marco político del envejecimiento activo según la Organización Mundial de la Salud

La OMS sostiene que “los países podrán afrontar el envejecimiento, si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil, establecen políticas y programas de ‘envejecimiento activo’ que me-

45 PERÚ - MINISTERIO DE SALUD. *Modelo de abordaje de promoción de la salud en el Perú*, Lima, MINSA, 2006, disponible en [<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/322100-modelo-de-abordaje-de-la-promocion-de-la-salud-en-el-peru-documento-tecnico>].

46 ROCÍO FERNÁNDEZ-BALLESTEROS GARCÍA. *Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo (ELEA)*, Madrid, Imsero, Estudios I+D+I, 2006.

47 GLADIS PATRICIA ARISTIZÁBAL HOYOS, DOLLY MARLENE BLANCO BORJAS, ARACELI SÁNCHEZ RAMOS y ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ. “El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión”, *Enfermería Universitaria*, vol. 8, n.º 4, 2011, pp. 16 a 23, disponible en [https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741840003.pdf?utm_source].

joren la salud, la participación y la seguridad de los ciudadanos de mayor edad, principalmente en los países en vías de desarrollo”⁴⁸.

Cabe remarcar que, para el envejecimiento activo, se requiere la acción sobre tres pilares básicos que son: participación, salud y seguridad⁴⁹.

En relación a esta propuesta teórica de la OMS, nuestra investigación constituye una de las formas de afrontar el envejecimiento mediante los talleres vivenciales, para ayudar a que la PAM siga sana y activa, ello más que un lujo, es una auténtica necesidad⁵⁰.

C. Las representaciones sociales en el significado de la calidad de vida

La representación social acerca del significado de calidad de vida para la PAM, según MOSCOVICI es, “tener paz, tranquilidad en su vida cotidiana; es ser cuidado y protegido por la familia, con dignidad, afecto, respeto por su persona y por sus bienes materiales”⁵¹.

Siguiendo este enfoque de las representaciones sociales, VERA menciona que “en la vida cotidiana de la PAM, a mayor nivel de paz, tranquilidad, protección familiar, digna y amorosa, sin perder su derecho a la libre expresión, comunicación y decisión, mayor será su calidad de vida”⁵².

A diferencia de los jóvenes y adultos, tal como lo expresa MARTÍN, “la pirámide de necesidades para la PAM requiere una especial consideración o adecuación, reubicando las necesidades de amor y afecto,

48 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “Envejecimiento activo: Un marco político”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol. 37, n.º 2, 2002, pp. 74 a 105, disponible en [<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-13035694>].

49 Ídem.

50 MANOEL FREIRE DE OLIVEIRA NETO. “Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHO-QOL-BREF y SF-36” (tesis de doctorado), Granada, España, Universidad de Granada, 2007, p. 98.

51 SERGE MOSCOVICI. *El fenómeno de las representaciones sociales en relaciones humanas, familia y sociedad*, Buenos Aires, Huemul, 1981, p. 21.

52 VERA MENDOZA. “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia”, cit., p. 1.

principalmente, en el primer nivel, conjuntamente con las llamadas necesidades básicas”⁵³.

En relación a nuestro estudio, tomamos como punto de partida el enfoque de las representaciones sociales, puesto que nos permite una mayor comprensión de la necesidad de autorrealización; ello se logrará si existen oportunidades de participación activa en las intervenciones de salud, tal es el caso de los talleres vivenciales, garantizando con ello su calidad de vida.

D. Los talleres vivenciales en el marco de la teoría del aprendizaje social

Para analizar esta teoría, partimos de la premisa: “El aprendizaje durante toda la vida, es el referido al desarrollo social, cultural y económico de personas y grupos mediante la educación y el aprendizaje a lo largo de sus vidas”⁵⁴.

La teoría de aprendizaje social nos ayuda a explicar y comprender el aprendizaje y el comportamiento de las personas; mediante la observación de una conducta y sus resultados. En este contexto, BANDURA⁵⁵ identificó que las personas crean y desarrollan sus autopercepciones acerca de su capacidad, siendo aprendizaje el que pone en el centro de atención al sujeto activo, consciente, orientado hacia un objetivo, su interacción con otros sujetos, sus acciones con el objeto, con la utilización de diversos medios en condiciones sociohistóricas determinadas, esta situación les permite controlar su propio ambiente.

Esta teoría considera que el aprendizaje es una actividad social y no solo un proceso de realización individual, una actividad de producción y reproducción del conocimiento mediante la cual el sujeto asimila los modos sociales de actividad y de interacción, los funda-

53 EMILIANO MARTÍN GONZÁLEZ. “La prevención comunitaria”, *Psychosocial Intervention*, vol. 3, n.º 7, 1994, pp. 21 a 34.

54 RICHARD TAYLOR. “Aprendizaje de por vida en la educación superior en Europa Occidental: ¿Mito o realidad?”, *Educación de Adultos y Desarrollo*, n.º 56, 2001, pp. 143 a 166.

55 ALBERT BANDURA. “Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change”, *Advances in Behaviour Research and Therapy*, vol. 1, n.º 4, 1978, pp. 139 a 161.

mentos del conocimiento científico, bajo condiciones de orientación e interacción social⁵⁶.

En relación a nuestro estudio, los talleres vivenciales, brindado a la PAM es un aprendizaje más eficaz, puesto que es una respuesta a una necesidad que siente el que vivencia y aprende, ello los capacita para ejercer control sobre sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas, en este caso para mejorar su calidad de vida. Como vemos, la participación activa por parte del que aprende es indispensable para que exista aprendizaje, ello se facilita cuando se encuentra significado a lo que se aprende.

E. El nuevo paradigma del envejecimiento activo

En las últimas décadas, el envejecimiento activo emerge como nuevo paradigma. Esta visión relativamente nueva del envejecimiento, trata de superar y ampliar el ya bien conocido concepto de envejecimiento saludable y se encuentra próximo a los objetivos de los más recientes programas de gerontología y psicogerontología: conseguir un envejecimiento con éxito de forma activa.

Es así que este nuevo paradigma del envejecimiento ha recibido varias denominaciones en las últimas décadas, entre otros: con éxito⁵⁷, buen envejecer⁵⁸, saludable⁵⁹, competente⁶⁰ o activo⁶¹. El concepto ha ido evolucionando, desde la definición de la OMS en 1990 del envejecimiento saludable (centrado en la salud), hacia un modelo mucho más integrador, como el de envejecimiento activo.

56 LEV SEMIÓNOVICH VYGOTSKY. *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*, Buenos Aires, COLIHUE, 2013.

57 JOHN W. ROWE y ROBERT L. KAHN. "Successful aging", *The Gerontologist*, vol. 37, n.º 4, 1997, pp. 433 a 440.

58 JAMES F. FRIES. *Aging well: A guide for successful seniors*, Reading, Mass, Addison-Wesley, 1989.

59 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "Envejecimiento activo: Un marco político", cit.

60 FERNÁNDEZ-BALLESTEROS GARCÍA. *Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo (ELEA)*, cit., p.7.

61 WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Active ageing: A policy framework*, Geneva, WHO, 2002, disponible en [<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/0418705f-1c82-4fe2-82d6-d4faee89dfao/content>].

En concertación de los autores, el envejecimiento activo es un “estado interno de contento y de felicidad”⁶²; en torno a ello, FERNÁNDEZ-BALLESTEROS⁶³ propone cuatro componentes del envejecimiento activo: baja probabilidad de enfermar y de discapacidad asociada, alto funcionamiento cognitivo, alto funcionamiento físico y compromiso con la vida.

Los hijos que abandonan el hogar, la jubilación, la pérdida de familiares y amigos, el aumento en la frecuencia de enfermarse, son todos cambios más o menos duraderos de la situación vital y con un alto potencial para el desequilibrio psíquico, físico y social. La adaptación a todos estos cambios, significa adaptación al envejecimiento. En este escenario, la satisfacción o contento de vivir se considera como indicador de adaptación al proceso de envejecimiento. Este concepto se basa en una apreciación realista de sucesos de vida asociados con la realidad de envejecer. También es realista suponer que la persona regula este desequilibrio, como una reacción normal. El resultado de este ajuste se mide por la satisfacción y gozo de vivir. Por la tanto, la persona mayor debe poseer algunas competencias que no existían en edades anteriores, que le permitan equilibrar los trastornos que acusan los cambios.

Para LEHR⁶⁴, la satisfacción y el gozo de vivir son el mejor indicador de la acomodación existente entre las propias necesidades y las expectativas, por un lado, y la situación social y biográfica por el otro; son, en suma, el mejor indicador de un envejecimiento con éxito. Este criterio subjetivo de “envejecimiento con éxito” se transformó en el fundamento de la teoría de la actividad y de la desvinculación.

En nuestro estudio, principalmente adoptamos este nuevo paradigma para el desarrollo de los talleres vivenciales, en la que se fomentó el envejecimiento activo, optimizando las oportunidades de salud, participación y seguridad a las personas que envejecen, con el fin de mejorar su calidad de vida⁶⁵.

62 DAVID A. HAMBURG. *Today's children: Creating a future for a generation in crisis*, Nueva York, Time Books, 1992.

63 FERNÁNDEZ-BALLESTEROS GARCÍA. *Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo (ELEA)*, cit., p.5.

64 URSULA M. LEHR. “La calidad de vida de la tercera edad: Una labor individual y social”, en JOSÉ BUENDÍA y VÍCTOR ALBA (comps.). *Envejecimiento y psicología de la salud*, Madrid, Siglo XXI, 1994, pp. 353 a 372.

65 MARCELA SANHUEZA PARRA. “Aplicación de un programa de apoyo como

III. CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

A. El envejecimiento

1. El proceso del envejecimiento

Para valorar la calidad de vida de la PAM, es necesario comprender el envejecimiento, el cual es un proceso que tiene como característica principal la manifestación de una compleja secuencia de deterioros a nivel psicológico, biológico y social. A continuación, ofrecemos una descripción detallada de los aspectos generales del envejecimiento⁶⁶:

Los estudios etimológicos señalan que la palabra *vejez*, deriva de viejo, procede del latín *vechus* o *vetulusm*, que significa persona de mucha edad, (viejo, vejez y envejecimiento) en principio hace referencia a una condición temporal, concretamente a una forma de tiempo en el individuo, es decir la edad⁶⁷.

En la actualidad, según GONZÁLEZ y ARAUJO mencionan que “existen diferentes formas de concebir al envejecimiento, principalmente dos, una de estas, es el enfoque tradicional que lo restringe a procesos degenerativos, mientras que la segunda, considera junto a este declinar, un despliegue positivo de funciones vitales y psicológicas”⁶⁸.

2. Tipos de envejecimiento

Por su lado, SPIRDUSO *et al.*⁶⁹ explican la existencia de dos tipos de envejecimiento: el primario, que representa los cambios provocados

estrategia para aumentar la funcionalidad de adultos mayores” (tesis de maestría), Concepción, Chile, Universidad de Concepción, 2005, disponible en [<https://repositorio.udec.cl/items/d8788547-9476-42b4-9107-736e7e5ace5d>].

66 JOSÉ CARLOS GARCÍA RAMÍREZ. *La vejez: El grito de los olvidados*, México, Plaza y Valdés, 2003.

67 FREIRE DE OLIVEIRA NETO. “Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF y SF-36”, cit.

68 GONZÁLEZ-CELIS RANGEL y ARAUJO VIVEROS. “Estrategias de afrontamiento ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores mexicanos”, cit.

69 WANEEN W. SPIRDUSO, KAREN L. FRANCIS y PRISCILLA G. MACRAE. *Physical dimensions of aging*, 2.ª ed., Champaign, IL, Human Kinetics, 2005.

por la edad, independientes de las enfermedades o influencias ambientales; y el secundario, el cual hace referencia a la aceleración de este proceso como resultado de la influencia de una enfermedad y de los factores ambientales.

En tanto, GONZÁLEZ-CELIS⁷⁰ describe la existencia del envejecimiento: normal, patológico y exitoso. Envejecimiento normal cuando se presentan en el individuo una serie de pérdidas o deterioros, lentos, continuos, graduales, casi imperceptibles e irreversibles en los tres niveles: biológico, psicológico y social, que lo llevan incluso hasta la muerte. En el envejecimiento patológico, esta serie de cambios se presentan de manera abrupta, rápida y acelerada en uno o más niveles simultáneamente. Sin embargo, una tercera forma de concebir a la vejez, es cuando no solo se presentan pérdidas o deterioros, sino al mismo tiempo se observan una serie de ganancias y se promueve que la PAM aprenda a minimizar las pérdidas y maximizar las ganancias.

3. Teorías que sustentan el proceso del envejecimiento

Existen muchas teorías que tratan de explicar el proceso del envejecimiento, como consecuencia de los grandes avances científicos y tecnológicos. SPIRDUSO *et al.*⁷¹, hace mención a las teorías genéticas, teorías de la agresión y a las teorías del desequilibrio gradual.

En general, las teorías genéticas proponen que el proceso de envejecimiento desde el nacimiento hasta la muerte es programado por nuestros genes. Acontecimientos relacionados con la edad como la pubertad o la menopausia, son señales del reloj biológico programado dentro de cada célula. En estas teorías, la esperanza de vida como otros hechos relacionados con la edad, deben estar controlados por uno o más genes específicos que operan independientemente o con otros para la longevidad. Una de las más actuales teorías dentro de este género es la de las mutaciones del ácido desoxirribonucleico – ADN– de la mitocondria (productora de energía de las células).

70 ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL. “Calidad de vida en el adulto mayor”, en LUIS MIGUEL GUTIÉRREZ ROBLEDO y JESÚS HÉCTOR GUTIÉRREZ ÁVILA (coords.). *Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria*, México, Instituto de Geriatria de la Secretaría de Salud, 2010, pp. 365 a 378, disponible en [<http://repositorio.inger.gob.mx/jspui/handle/20.500.12100/17392>].

71 SPIRDUSO, FRANCIS y MACRAE. *Physical dimensions of aging*, cit.

Mientras tanto, las teorías de la agresión están basadas en el concepto de que las reacciones químicas que ocurren de forma natural en el cuerpo comienzan a producir en las moléculas una cantidad de irreversibles deterioros. Si además añadimos la pequeña pero diaria cantidad de sustancias químicas que introducimos en nuestro organismo a través de numerosas fuentes como el aire que respiramos, el tabaco, los alimentos y otras sustancias, incluso de los propios procesos metabólicos de nuestro cuerpo. Así mismo, la teoría de los radicales libres sugiere el consumo de vitaminas C y E como estrategia para la reducción de estos radicales del organismo y así disminuir la velocidad de envejecimiento. Las propiedades antioxidantes de estas vitaminas atacan y destruyen estos radicales para que no sigan dañando el organismo.

Por último, las teorías del desequilibrio gradual sustentan que el cerebro, las glándulas endocrinas o el sistema inmunológico, comienzan a fallar progresivamente en sus funciones a medida que el tiempo pasa, provocando un desequilibrio orgánico.

En resumen, todas estas teorías sobre el envejecimiento han sido investigadas y discutidas de forma independiente unas de otras. Pero algunos aspectos de unas pueden estar relacionados y ser complementarios con otros aspectos de otras, de forma que el envejecimiento se produce por una interacción de causantes genéticos, agresores y de desequilibrio progresivo.

B. Evolución del concepto de la calidad de vida

CAMPBELL *et al.*⁷² relatan que, a lo largo de la historia, la calidad de vida estaba vinculada a las condiciones de vida de la población general, concepto que incluye no solo el estado de salud sino también a los factores económicos y sociales, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud, entre otros⁷³.

72 ANGUS CAMPBELL, PHILIP E. CONVERSE y WILLARD L. RODGERS. *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*, Nueva York, Russell Sage Foundation, 1976.

73 MARÍA DEL CARMEN RODRÍGUEZ MARTÍN, CONSUELO CONEJOS ALEGRE, AMARANTA FUENMAYOR DÍAZ, CARMEN MIRADA ARIET, ESTHER SANZ IZQUIERDO, CARMEN TORRUELLA BARRAQUER y ANTONIO VELA BALLESTERO. "Calidad de vida a mediano y largo plazo en pacientes mayores de 65 años con trasplante renal", *Salud(i)Ciencia*, n.º 20, 2014, pp. 834 a 838, disponible en [<https://www.siicsalud.com/dato/sic/208/125991.pdf>].

Al final de la Segunda Guerra Mundial, la preocupación por el desarrollo se manifestó también en la voluntad de evaluar la calidad de vida de pueblos que permanecen aún en situaciones de bajos niveles de vida, mediante la industrialización y la modernización⁷⁴.

Es así, que la expresión “calidad de vida” fue preconizada en un inicio por el presidente de los Estados Unidos LYNDON JOHNSON en 1964, al afirmar que “los objetivos no pueden ser medidos a través del balance de los bancos. Ellos solo pueden ser medidos a través de la calidad de vida que proporcionan a las personas”⁷⁵.

C. Conceptualización de la calidad de vida

Según la OMS, la calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”⁷⁶.

Para VELARDE Y ÁVILA la calidad de vida “es un estado de bienestar que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad”⁷⁷.

En tanto, GIUSTI define a la calidad de vida como “un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo la satisfacción de sus necesidades individuales y colectivas”⁷⁸.

Por su parte, FERNÁNDEZ-BALLESTEROS⁷⁹ refiere que el concepto de calidad de vida incluye tanto las condiciones subjetivas relaciona-

74 FREIRE DE OLIVEIRA NETO. “Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHO-QOL-BREF y SF-36”, cit., p. 67.

75 Ibid., p. 76.

76 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “Envejecimiento activo: Un marco político”, cit.

77 ELIZABETH VELARDE JURADO Y CARLOS ÁVILA FIGUEROA. “Evaluación de la calidad de vida”, *Salud Pública de México*, vol. 44, n.º 4, 2002, pp. 349 a 361, disponible en [<https://www.scielo.org/pdf/spm/2002.v44n4/349-361/es>].

78 LYDIA GIUSTI. *Calidad de vida, estrés y bienestar*, San Juan, Puerto Rico, Psicoeducativa, 1991.

79 FERNÁNDEZ-BALLESTEROS GARCÍA. “Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales”, cit.

das con la evaluación o apreciación del sujeto, como las objetivas, es decir, las condiciones materiales evaluadas independientemente del sujeto. Coincidente con este concepto LEHMAN⁸⁰, quien también considera que el significado de calidad de vida abarca tres dimensiones: a) aquello que la persona es capaz de hacer, es decir el estado funcional; b) el acceso a los recursos y las oportunidades para utilizar estas habilidades con el fin de conseguir sus intereses; y c) la sensación de bienestar, relacionada con el nivel de satisfacción. Las dos primeras dimensiones se designan como calidad de vida objetiva y la última como calidad de vida subjetiva. Dentro de estas dimensiones globales, se han identificado distintos dominios de vida como la salud, la familia, las relaciones sociales, el trabajo, la situación económica y el lugar de residencia.

Mientras tanto, SÁNCHEZ y GONZÁLEZ-CELIS⁸¹, desde un punto de vista psicológico, indican que “la calidad de vida es un componente central del bienestar humano que está relacionado con aspectos del funcionamiento tales como salud, el desarrollo de habilidades sociales, de afrontamiento, y de autoeficacia entre otras variables psicológicas”.

Para SALAS y GRISALES⁸², la calidad de vida, como constructo, es un concepto complejo y de amplio debate en el mundo debido a las dimensiones que abarca y a la multiplicidad de factores que la determinan. Uno de los aspectos polémicos fundamentales es el relacionado con la dimensión subjetiva (lo percibido por el individuo, como la satisfacción o la felicidad) y la dimensión objetiva (las condiciones materiales, como el nivel de vida o el estado físico del individuo).

En resumen, podemos afirmar que no existe acuerdo unánime sobre el concepto de calidad de vida, ya que es de muy difícil acotamiento. Pese a ello, nos inclinamos por el concepto de calidad de vida que hace

80 ANTHONY F. LEHMAN. “Instrumentos para medir la calidad de vida en los trastornos mentales”, en HEINZ KATSCHNIG, HUGH FREEMAN y NORMAN SARTORIUS (eds.). *Calidad de vida en los trastornos mentales*, XENIA ORTOLÁ CASTELLS y LLUÍS MARIA OMS BERNAD (trads.), Barcelona, Masson, 2000.

81 JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA y ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL. “La calidad de vida en ancianos”, en LEONARDO REYNOSO ERAZO e ISAAC SELIGSON NISENBAUM (coords.). *Psicología y salud*, México, UNAM, 2002, pp. 191 a 218.

82 CAROLINA SALAS ZAPATA y HUGO GRISALES ROMERO. “Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 28, n.º 1, 2010, pp. 9 a 18, disponible en [<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a02.pdf>].

referencia a un proceso dinámico y a un constructo complejo y multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva⁸³, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida.

D. Calidad de vida relacionada a la salud

Para PATRICK y ERICKSON⁸⁴, la calidad de vida asociada a la salud ha sido definida como el valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de la salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada, relacionada principalmente con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento.

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud se da a través de la función física, del estado psicológico, de la función e interacciones sociales y de los síntomas físicos. Esta medición se ha llevado a cabo mediante cinco dominios principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción⁸⁵.

La calidad de vida relacionada a la salud incluye aspectos que contribuyen a que el sujeto perciba un grado de bienestar o malestar con su vida y su salud, por lo que se requieren medidas que reflejen lo que les ocurre a las personas con padecimientos específicos, en escenarios particulares donde se desarrolla su vida, por ejemplo, el ambiente

83 ANA TORRES ORTUÑO, JOAQUÍN NIETO MÚNERA y MARÍA ÁNGELES ABAD MATEO. "Dimensiones psicosociales mediadoras de la conducta de enfermedad y la calidad de vida en población geriátrica", *Anales de Psicología*, vol. 14, n.º 1, 1998, pp. 75 a 82.

84 DONALD L. PATRICK y PENNIFER ERICKSON. *Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource*, Nueva York, Oxford University Press, 1993.

85 JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA y ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL. "Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica", en VICENTE E. CABALLO MANRIQUE (coord.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*, Madrid, Pirámide, 2006, pp. 473 a 492; JUAN MANUEL LÓPEZ CARMONA y RAYMUNDO RODRÍGUEZ MOCTEZUMA. "Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2", *Salud Pública de México*, vol. 48, n.º 3, 2006, pp. 200 a 211, disponible en [<https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6689>].

hospitalario, las relaciones del paciente con el equipo de salud y que afectan su proceso de salud- enfermedad y su calidad de vida⁸⁶.

Por último, las investigaciones enfocadas a evaluar la calidad de vida relacionada con una enfermedad específica incluyen aspectos emocionales de los pacientes derivados del mismo proceso de enfermedad y de los efectos secundarios de los tratamientos a los que son sometidos⁸⁷.

E. La calidad de vida del adulto mayor

El estudio de la calidad de vida en la tercera edad, según referencias de BAYARRE⁸⁸, obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital, en la cual el sujeto no solo se enfrenta al envejecimiento cronológico, sino también al envejecimiento funcional, dado este último por la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria.

Investigadores cubanos plantean que la calidad de vida en la tercera edad es la valoración que hace una persona de sus condiciones materiales y espirituales de vida, que se expresa en tres dimensiones fundamentales: salud, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida. En la tercera edad, este concepto significa en buena medida la capacidad funcional de la PAM para valerse por sí misma y realizar sus actividades, seguridad económica y condiciones de la vivienda, que le permite resolver sus necesidades materiales, además de experimentar satisfacción por la vida que se corresponde con las necesidades espirituales propias de la edad⁸⁹.

Por su parte, DUEÑAS *et al.*⁹⁰ revelan que la calidad de vida en la tercera edad debe estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario, aumentaría la expectativa de incapacidad. Por lo que, en cálculos ma-

86 GONZÁLEZ-CELIS RANGEL y ARAUJO VIVEROS. “Estrategias de afrontamiento ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores mexicanos”, cit.

87 Ídem.

88 HÉCTOR D. BAYARRE VEA. “Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos. Ciudad de La Habana y Las Tunas. 2000” (tesis de doctorado), Ciudad de la Habana, Escuela Nacional de Salud Pública, 2003, disponible en [<https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=788>].

89 M. S. ÁLVAREZ PÉREZ. “Construcción de un instrumento para medir Calidad de Vida en la Tercera Edad” (tesis de maestría), La Habana, Facultad da Salud Pública, 1996.

90 DUEÑAS GONZÁLEZ, BAYARRE VEA, TRIANA ÁLVAREZ y RODRÍGUEZ PÉREZ. “Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas”, cit.

temáticos, se puede expresar que el aumento de la calidad de vida es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad.

La calidad de vida de la PAM según VELANDIA⁹¹, es la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez.

KRZEIMEN y LOMBARDO⁹² sostiene también que la calidad de vida de la PAM se da en la medida en que logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se experimentará como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor.

O'SHEA⁹³ sostiene que la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive y en relación a sus propios objetivos de vida.

F. Dimensiones de la calidad de vida en el adulto mayor

Partiendo de la propuesta de la CEPAL⁹⁴, las principales dimensiones de la calidad de vida son: salud, alimentación, educación, trabajo, vi-

91 ANA LUISA VELANDIA MORA. "Investigación en salud y calidad de vida", en LUCY BARRERA ORTIZ, NATIVIDAD PINTO AFANADOR y BEATRIZ SÁNCHEZ HERRERA (eds.). *El arte y la ciencia del cuidado*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2002, pp. 295 a 314.

92 DEISY KRZEIMEN y ENRIQUE LOMBARDO. "Espacios de participación social y salud en la vejez femenina", *Estudios Interdisciplinarios sobre o Envelhecimento*, vol. 5, 2003, pp. 37 a 55.

93 EAMON O'SHEA. *Improving the quality of life of elderly persons in situations of dependency*, Strasburg, Council of Europe Publishing, 2002.

94 COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE –CEPAL–. *Las personas mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas*, Santiago de Chile, Naciones Unidas, 2003, disponible en [<https://www.cepal.org/es/publicaciones/20180-personas-mayores-america-latina-caribe-diagnostico-la-situacion-politicas>].

vienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos. En la misma línea, según SAMANIEGO⁹⁵ la calidad de vida se puede enmarcar en cuatro dimensiones: 1) Biológica, relacionada directamente con la salud, la alimentación y el ejercicio; 2) Psicológica, relacionada con los aspectos cognitivos (creencias, valores, pensamientos, manejo de estrés) y afectivos (emociones, sentimientos, vínculos significativos); 3) Social, relacionada con la calidad de las relaciones interpersonales (intimidad, apoyo, guía, compañía); y 4) Ambiental, relacionada con la naturaleza, sea de forma contemplativa o interactiva.

En relación a nuestro estudio, consideramos las propuestas de ÁLVAREZ⁹⁶, BAYARRE⁹⁷, y QUINTERO y GONZÁLEZ⁹⁸, quienes indican como dimensiones a la salud, a las condiciones socioeconómicas, a la satisfacción por la vida y al bienestar subjetivo. A continuación, ofrecemos una breve descripción de cada uno de ellos.

1. Salud del adulto mayor

FREIRE DE OLIVEIRA⁹⁹ señala que la salud es un factor básico para mantener el bienestar y la calidad de vida en la vejez, y resulta esencial para que la PAM puedan seguir haciendo aportes activos a la sociedad, para que gocen de buena salud, con vidas muy activas y plenas, y pueden recurrir a reservas intelectuales, emocionales y sociales que a menudo no están al alcance de las personas más jóvenes.

Uno de los problemas a partir de la disminución de las capacidades físicas se focaliza mayoritariamente en el oído, dificultades de la visión, movilidad limitada y problemas vinculados al desarrollo de las tareas cotidianas como vestirse, lavarse, cocinar y otros. La salud es un estado

95 MARÍA DE LA CRUZ SAMANIEGO ARAUJO. "Adultos mayores. La importancia de las redes sociales y el papel del pedagogo en su desarrollo y atención", *Paedagogium*, año 6, n.º 31, 2007, pp. 32 a 36.

96 ÁLVAREZ PÉREZ. "Construcción de un instrumento para medir Calidad de Vida en la Tercera Edad", cit.

97 BAYARRE VEA. "Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos. Ciudad de La Habana y Las Tunas. 2000", cit.

98 MARÍA GEMA QUINTERO LIMA y UBALDO GONZÁLEZ GARROTE. "Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada", en JOSÉ BUENDÍA (ed.). *Gerontología y salud: Perspectivas actuales*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1997, pp. 129 a 146.

99 FREIRE DE OLIVEIRA NETO. "Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHO-QOL-BREF y SF-36", cit., p. 114.

que se puede alcanzar si los individuos tienen o consiguen las condiciones de vida adecuadas para adquirir y desarrollar sus propios recursos, lo que es importante en las primeras fases evolutivas, cuando el individuo es total o parcialmente dependiente del mundo adulto¹⁰⁰. Además, existe alta prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas en la PAM, siendo de mayor frecuencia de alteraciones en la funcionalidad o dependencia física, sitúa a las PAM en una posición de vulnerabilidad asociados a falta de recursos económicos, débil soporte familiar y social, exponiéndoles por lo tanto en una situación de desprotección.

Según referencias de la ONU¹⁰¹, para la PAM la salud es el aspecto más importante de sus vidas, teniendo como foco principal la dependencia; el hecho de ser totalmente dependientes les asusta mucho, como también el dolor, la enfermedad, la soledad y la pérdida de memoria. Estos aspectos influyen de forma directa su calidad de vida.

En torno a ello, en la PAM, los servicios de salud tienen un papel fundamental en el desarrollo de la calidad de vida y en la moderación de las deficiencias provocadas por enfermedades o discapacidades surgidas durante ese período.

La percepción del propio estado de salud también es conocida como salud subjetiva para diferenciarla de la salud objetiva, enfermedades diagnosticadas y dolencias padecidas y declaradas. Refleja el estado físico y las enfermedades padecidas, pero también los factores sociales, económicos y del entorno de la persona.

2. Condiciones socioeconómicas

En la vida contemporánea los valores de juventud, eficiencia y autonomía o poder financiero imperan en la forma de relacionarnos con los otros, siendo este contexto discriminador para aquellos adultos mayores que deben o desean retirarse de la actividad laboral, ya que esta condición representa un bajo estatus debido a la falta de ingresos y de espacios para crear o aportar al resto, el amplio tiempo libre, etc.

Hoy, no existe la libertad para elegir cuándo y bajo qué condiciones se quiere jubilar, lo que facilitaría el enfrentamiento de la jubilación como un importante hito social¹⁰².

100 Ibid., p. 118.

101 NACIONES UNIDAS. *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, Madrid, 8 a 12 de abril de 2002, cit.

102 JOSÉ JAVIER YANGUAS LEZAUN. *Análisis de la calidad de vida relacionada*

Por el contrario, se imponen edades y condiciones que no responden a los principios enunciados por la política social nacional para la vejez, la que destaca la autovalencia, participación, integración y actividad para el adulto mayor como ejes de acción.

El adulto mayor extraña el estatus y red de apoyo con los que contaba al ser un trabajador, y debe, por sus propios medios, crear un proyecto de vida que le traiga nuevas amistades, instancias sociales, nuevos ingresos y aprendizajes, entre otros aspectos. Lamentablemente no todas la PAM tiene la capacidad, oportunidad o apoyo para crear esta nueva estrategia de vida, apareciendo estados de angustia, depresión y enfermedades somáticas que reflejan la inadaptación de muchos adultos mayores en relación a este brusco cambio.

Frente a este medio un tanto hostil al que se enfrenta el adulto mayor, existen algunas instancias institucionales y otras creadas por las propia PAM que pretenden entregar algunas actividades que suplan el rol que cumplía el trabajo en una vida laboral activa. Estas instancias se encuentran con numerosos interesados en aprender cosas nuevas, enseñar conocimientos adquiridos en años anteriores y canalizar el espíritu solidario hacia otros, lo que completa un ciclo por lo general exitoso¹⁰³.

3. Satisfacción por la vida

CASULLO y CASTRO¹⁰⁴ hacen referencia que la satisfacción es el resultado de la apreciación que un individuo haga acerca de su vida, proceso que incluye juicios cognitivos mediante los cuales se evalúa la calidad de vida en base al conjunto de criterios que cada individuo elija. Dentro de este proceso, la persona realiza una comparación entre sus aspiraciones y logros alcanzados, experimentando mayor satisfacción a medida que la discrepancia entre ambos se acorta. Según afirmaciones de DIENER *et al.*¹⁰⁵, la satisfacción también se verá

con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional, Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2006.

103 Ídem.

104 MARÍA MARTINA CASULLO y ALEJANDRO CASTRO SOLANO. "Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos", *Revista de Psicología*, vol. 18, n.º 1, 2000, pp. 35 a 68, disponible en [<https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/6840>].

105 ED DIENER, EUNKOOK M. SUH, RICHARD E. LUCAS y HEIDI L. SMITH. "Subjective well-being: Three decades of progress", *Psychological Bulletin*, vol. 125, n.º 2, 1999, pp. 276 a 302.

influida por factores tales como el temperamento, la personalidad o el nivel educativo.

Así mismo, otra diferencia importante entre el componente afectivo y el cognitivo (satisfacción) es que mientras las reacciones afectivas suelen ocurrir como respuestas a factores inmediatos o de corta duración, el índice de satisfacción es reflejo de una evaluación de vida a largo plazo. De este modo, los estados afectivos parecerían entonces más pasajeros, mientras que la satisfacción vital resultaría más estable e incluso menos influenciada por los estados de ánimo.

De otro lado, resulta importante destacar que la satisfacción con la vida puede ser de dos tipos: global o por dominios. La primera se refiere a la satisfacción que el individuo tiene acerca de toda su vida, mientras la segunda se refiere a la satisfacción que tiene en los aspectos específicos de la misma, como el trabajo, la salud, la relación con sus familiares, etc. Si bien se ha llegado a un consenso acerca de la importancia de cada uno de estos componentes, es probable que cada persona le asigne un valor distinto a cada uno en base a sus propios criterios¹⁰⁶.

4. Bienestar subjetivo

De acuerdo con la RAE, bienestar se desglosa en bien / estar y lo define como: “vida holgada o abastecida de cuanto conduce a pasarlo bien y con tranquilidad” o “estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica”. Sin embargo, estas definiciones, aunque se acercan al concepto, no abarcan todo el significado del bienestar.

Según alusiones de TORRES Y FLORES¹⁰⁷, el bienestar subjetivo no declina necesariamente con el incremento de los años, ni mejora ni empeora con la edad, ya que los individuos se adaptan a las circunstancias en las que se encuentran inmersos, el estudio del bienestar psicológico en la tercera edad cobra una especial significación con el fin de desmitificar la imagen de la PAM cansada y deprimida por ley natural.

106 WILLIAM PAVOT y ED DIENER. “Review of the satisfaction with life scale”, *Psychological Assessment*, vol. 5, n.º 2, 1993, pp. 164 a 172.

107 WILLIAM IGNACIO TORRES PALMA y MIRTA MARGARITA FLORES GALAZ. “Factores predictores del bienestar subjetivo en adultos mayores”, *Revista de Psicología*, vol. 36, n.º 1, 2018, pp. 9 a 48, disponible en [<https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/es/article/view/19473>].

Al respecto, el Observatorio del Envejecimiento de Chile¹⁰⁸ señala que el bienestar subjetivo depende de las evaluaciones y percepciones que tengan la PAM a partir de sus experiencias, de la capacidad de adaptación para afrontar los problemas. La consideración de los factores subjetivos nos lleva, al hablar del nivel de satisfacción del adulto mayor, a prestar atención a los factores psicológicos al grado de satisfacción que los sujetos tienen en relación con su vida, o más bien, de cómo perciben que esta ha transcurrido.

Según apreciaciones de ZIMMER y LIN¹⁰⁹, y LEHR¹¹⁰, los individuos que envejecen de manera óptima y logran una longevidad con bienestar, son aquellos que permanecen activos (física y socialmente), manejan adecuadamente la reducción de su mundo social y sustentan determinados valores personales. Para otros autores, el bienestar subjetivo en la vejez, es el principal criterio de envejecimiento exitoso y otro es el mantenimiento de la competencia para vivir en forma independiente.

G. Determinantes de la calidad de vida del adulto mayor

Entre las determinantes de la calidad de vida en la PAM, se han reconocido algunos problemas propios de esta etapa de la vida entre ellos, los problemas económicos (46, 3%) y los médicos (43%) seguidos de aquellos relacionados con la soledad (26,6%) y el rechazo familiar¹¹¹.

Otros estudios han señalado que en la PAM las causas del llamado “vacío existencial” están relacionadas con la pérdida de roles, la reducción de la actividad física y la participación y la pérdida de amigos y

108 OBSERVATORIO DEL ENVEJECIMIENTO. *Uso de tiempo libre 60+: Abordaje del ocio, la recreación y cultura en población mayor*, año 4, vol. 21, Centro de Estudios de Vejez y Envejecimiento de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Compañía de Seguros Confuturo, 2023, disponible en [<https://www.gerontologia.org/wp-content/uploads/2025/12/CF0139-Reporte-Ocio-60-ok.pdf>].

109 ZACHARY ZIMMER y HUI-SHENG LIN. “Leisure activity and well-being among the elderly in Taiwan: Testing hypotheses in an Asian setting”, *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, vol. 11, 1996, pp. 167 a 186.

110 URSULA M. LEHR. “Procesos de envejecimiento: La necesidad de investigación longitudinal, interdisciplinaria y transcultural”, *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 34, n.º 1-2, 2002, pp. 29 a 39, disponible en [<https://www.redalyc.org/pdf/805/80534203.pdf>].

111 GONZALO PIÉDROLA GIL (coord.). *Medicina preventiva y salud pública*, 10.ª ed., España, Masson, 2001.

parientes, destacándose entonces la necesidad de una atención sanitaria en su sentido más integral¹¹².

Estudios realizados por REMIS *et al.*¹¹³ y MUNYAMBU *et al.*¹¹⁴, demostraron la importancia de aspectos tales como la familia, el apoyo social, los estados afectivos predominantes, la expectativa de futuro y la satisfacción con el presente relacionado con el logro de aspiraciones y la percepción de utilidad.

Un análisis etnográfico realizado en España, en la PAM institucionalizada, permitió identificar seis determinantes: salud percibida, valoración del entorno, satisfacción social, habilidades funcionales, utilización del tiempo y satisfacción con la vida¹¹⁵.

Una de estas dimensiones se refiere a las condiciones que rodean al individuo, es decir, el entorno. La evaluación de la calidad de vida a nivel individual en tanto el individuo es portador de la subjetividad que emerge en la comunidad de incluir el ámbito comunitario como una dimensión importante que también contribuye de manera significativa a la misma.

-
- 112 GEMA QUINTERO DANAUY. *Vejez y calidad de vida: Apuntes para una conferencia*, La Habana, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, 1989.
- 113 DEBORAH MARGARITA REMIS LORENZO, GICELA DÍAZ PITA, FRANK HERNÁNDEZ ÁVILA, LICET DEL CARMEN DOT PÉREZ y ANISLEIDI GONZÁLEZ HORTA. “Calidad de vida en el adulto mayor de una comunidad”, *Health Leadership and Quality of Life*, vol. 3, 2024, disponible en [<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10035706>].
- 114 DANIEL MUNYAMBU MUTONGA, MARIA CARLA LAPADULA, BÁRBARA MEYLIN GONZÁLEZ MARTÍNEZ y YAIMA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ. “Prevalencia y factores asociados a fragilidad en ancianos residentes en el área urbana: Casino Deportivo, 2020”, *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 30, n.º 12, 2025, disponible en [<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/prevalencia-y-factores-asociados-a-fragilidad-en-ancianos-residentes-en-el-area-urbana-casino-deportivo-2020/19393?id=19393>].
- 115 JULIO JORGE FERNÁNDEZ GARRIDO. “Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba” (tesis de grado), España, Universitat de València, 2009.

H. Pérdidas asociadas a la vejez que impactan en la calidad de vida

Algunas de las pérdidas asociadas a la vejez son, tal como lo explican GONZÁLEZ y PADILLA¹¹⁶, en el ámbito lo social, abarca la pérdida del estatus laboral y económico, el aislamiento social, todo por la menor capacidad física y la falta de los recursos económicos suficientes de los que dispone el adulto mayor para adaptarse a las circunstancias; mientras que en lo biológico, hay una mayor frecuencia de enfermedades físicas y de discapacidades; y en los aspectos psicológicos, la aparición del deterioro cognitivo y de síntomas depresivos, la poca capacidad para afrontar las pérdidas físicas, que requieren el uso de recursos de afrontamiento de parte de quien envejece.

Por su lado, LAZARUS¹¹⁷ expresa que a medida que las personas envejecen aumenta la probabilidad de importantes pérdidas funcionales. Así, la PAM con alguna enfermedad, especialmente si es crónica, teme la pérdida de su buen funcionamiento mental y físico, la presencia de dolores recurrentes y penosos, así como las condiciones progresivas de degeneración, haciendo referencia a que el deterioro físico y mental pueda agudizarse a causa de la depresión e impotencia y a los temores por la pérdida del control.

En este contexto, ACOSTA *et al.*¹¹⁸ sostienen que las condiciones desfavorables hacen difícil y complicada la vida de la PAM, originando en algunos de ellos sentimientos de aislamiento e inutilidad; además, la “fragilidad” física que aumenta en este periodo de la vida, hace que las personas de la tercera edad muchas veces tengan que suspender sus labores, provocando que se sientan inútiles, disminuyendo sus contextos de participación, lo que reduce sus redes de apoyo social y emocional, posibilitando así la psicopatología de la depresión en esta población.

En general, las preocupaciones del envejecer se relacionan con la adaptación a pérdidas vitales, resolución de la aflicción por la muerte de otros y la aproximación de la propia¹¹⁹.

116 GONZÁLEZ-CELIS RANGEL. “Calidad de vida en el adulto mayor”, cit.

117 RICHARD S. LAZARUS. *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*, JASONE ALDEKOA (trad.), Bilbao, Desclée de Brouwer, 2000.

118 ACOSTA QUIROZ, VALES GARCÍA, ECHEVERRÍA CASTRO, SERRANO ENCINAS y GARCÍA FLORES. “Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos”, cit.

119 GONZÁLEZ-CELIS RANGEL. “Calidad de vida en el adulto mayor”, cit.

SPIRDUSO *et al.*¹²⁰ refieren que, con el paso del tiempo, el envejecimiento lleva a una pérdida de adaptabilidad, daños funcionales y eventualmente la muerte, siendo una extensión lógica de los procesos fisiológicos de crecimiento o desarrollo.

IV. TALLERES VIVENCIALES

El modelo de intervención de Atinchik, se basa en actividades vivenciales y flexibles donde el facilitador reconoce la importancia de las vivencias personales y grupales utilizando y adaptando estrategias que las enfaticen y permitan el logro de experiencias relevantes para alcanzar los objetivos planteados. El procesamiento vivencial es respetar los saberes previos de las personas en busca de un mejor aprendizaje y participación. Es propiciado por el facilitador, al tener espacios de diálogo interpersonal con los participantes y al ser consciente que los resultados que se esperan no son procesos solo de la razón, sino también de los sentimientos. Los participantes sienten que tienen espacios libres para reflexionar y digerir los aprendizajes nuevos y llevarlos a su vida cotidiana; que comparten relaciones de afecto con los demás; que viven el proceso, se involucran y disfrutan del evento.

A. Los talleres vivenciales

De acuerdo con las referencias de GÓMEZ DEL CAMPO *et al.*¹²¹, los talleres vivenciales son reuniones de trabajo activo y de aprendizaje personal, en condiciones especiales (aprender + aprehender), libres de los patrones de la vida diaria.

Del mismo modo, un taller vivencial provee de distintas experiencias a los participantes y posibilita el darse cuenta, el ponerle palabras e incorporar esta nueva vivencia (lo que vivo aquí y ahora) a nuestro bagaje de experiencias (las vivencias que incorporo, que simbolizo y

120 SPIRDUSO, FRANCIS y MACRAE. *Physical dimensions of aging*, cit.

121 MARÍA INÉS GÓMEZ DEL CAMPO DEL PASO, MARTHA LETICIA SALAZAR GARZA y EVELYN IRMA RODRIGUEZ MORRIL. "Los talleres vivenciales con enfoque centrado en la persona, un espacio para el aprendizaje de competencias sociales", *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, vol. 16, n.º 1, 2014, pp. 175 a 190, disponible en [<https://psicologiyeducacion.uic.mx/index.php/1/article/view/175>].

que nombro). Para lograr tener esta vivencia, es necesario que cada participante pueda establecer relaciones entre una actividad y otra, entre el trabajo de un día y el del otro, y entre las actividades del taller y su trabajo. También, es necesario que el participante pueda hacer una evaluación de la calidad y aplicabilidad del trabajo realizado.

La regla de oro de los talleres vivenciales, es partir siempre de las personas participantes, de sus experiencias, conocimientos, dudas y valores, tanto en el campo personal como en el laboral.

El objetivo más importante de los talleres vivenciales es lograr la apropiación de las reflexiones, los conceptos y las metodologías, para que puedan ser aplicados en la vida real; para ello, se trabaja sobre los aspectos personales, perceptuales y afectivos de los integrantes, de forma que, al producirse cambios en estos aspectos, se potencie la motivación a un nivel superior al que produce una mera asimilación de información intelectual. Con ello lograremos provocar cambios en ellos, o en nosotros mismos.

Las técnicas que se utilizan en los talleres vivenciales son múltiples, y tal como lo describen GÓMEZ DEL CAMPO *et al*¹²², van desde juegos hasta psicodrama, pasando por la psicología de la Gestalt, las dinámicas grupales, la expresión artística y los recursos psicocorporales, sin dejar de lado el arte y la creatividad. Todo esto, obviamente, dentro de un marco de contención terapéutico que sirva como soporte al contexto grupal; de lo contrario, el taller podría convertirse en un arma de doble filo, como suele suceder con ciertos “programas de entrenamiento” donde algunos facilitadores carecen de las herramientas básicas de las ciencias “psi” y caen en lugares comunes, como por ejemplo, la confrontación, misma que, en casos extremos, pueden llegar a perjudicar más que a ayudar.

B. Los talleres vivenciales en las personas adultas mayores

GONZÁLEZ y SÁNCHEZ¹²³, mencionan que en la vejez no solo se dan pérdidas, sino también se despliegan nuevos aprendizajes y se obtienen ganancias. En este contexto, los talleres vivenciales como conjunto de actividades integradas (actividades básicas de la vida diaria, danzas, taichí, yoga, etc.), constituyen una fuente de aprendizaje sig-

122 Ídem.

123 GONZÁLEZ-CELIS RANGEL y SÁNCHEZ SOSA. “Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores”, cit.

nificativo, considerado como un proceso siempre activo que se realiza a lo largo de la vida. En este proceso se promueve la actualización de los conocimientos ya alcanzados, asociándolos, comparándolos, reflexionando sobre sus propias creencias y explicarlos frente a los otros.

De acuerdo con las afirmaciones de SANABRIA y CAMPBELL¹²⁴, la persona cuando llega a la tercera edad necesita de una serie de actividades para no desvincularse de la vida social, mejorar las relaciones humanas, le da motivo de vivir y no se sientan viejos y olvidados en la sociedad, y que por el contrario, se sientan partícipes de la misma, también la actividad física va a contribuir a la prolongación de la vida y a la prevención de enfermedades.

Para desarrollar los talleres vivenciales, la PAM deberá aplicar la metodología dinámica, lúdica y participativa en un entorno de aceptación y respeto. Lo importante en estos grupos es dejar fuera de juego la actitud crítica, el juicio racional y los consejos. De esta manera, creamos desde el grupo el espacio propicio para entrenar la escucha emocional y empática, además de otras competencias emocionales básicas para elevar la calidad de nuestras vidas.

C. Beneficios de los talleres vivenciales

Los talleres vivenciales poseen un sin número de beneficios, de los cuales destacamos a los siguientes:

Generan crecimiento personal que favorece el intercambio de experiencias, movilizan actitudes, valores, creencias que nos hacen pensar, sentir y actuar. Es un espacio propicio para la reflexión íntima y profunda, para la toma de conciencia del momento vital en el que estamos y de aquello que nos gustaría cambiar¹²⁵.

Facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, de creaciones y de libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para su realización y mejoramiento de la calidad de vida individual y social, mediante la práctica de actividades artística, físicas, intelectuales, de esparcimiento, etc.¹²⁶.

124 SANABRIA BARRUETO y CAMPBELL QUINTANA. “Plan de actividades físicas-recreativas para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en el municipio de Baraguá”, cit.

125 Ídem.

126 JONATHAN STEEVEN COLUMBA ALOMOTO, JANINA LIZBETH TUPIZA SANGUCHO, CARLOS DANIEL GUALAVISI LEMA y JONATHAN RENÉ CARPIO

Mantienen física y mentalmente activas a la población, además de contar con hábitos alimentarios adecuados, ejercicio, una vida activa, interacciones y apoyos sociales, trabajo productivo y el mantenimiento de funciones mentales; todos estos aspectos contribuyen a una vez exitosa y mejoran la calidad de vida.

Según COLUMBA *et al.*¹²⁷, tendrían una función potenciadora de lo individual y lo social ya que a diferentes niveles y en distintas formas contribuirán a satisfacer diversas necesidades individuales y actuarán como medio de integración social en el adulto mayor.

Del mismo modo, promueven el mantenimiento, desarrollo y recuperación de habilidades diversas; sirven de estímulo de la creatividad y posibilita experiencias que contribuyan al bienestar y autoestima de los participantes.

Por otra parte, estas actividades propician el establecimiento de relaciones interpersonales y la integración social de los sujetos, con independencia de sus favorables efectos sobre la salud y el bienestar psicológico. En este contexto, los talleres vivenciales, desde esta visión, resultan generadores de beneficios múltiples para las personas de la tercera edad.

D. Estrategia para la atención integral de la población adulta mayor

Dichas estrategias, son un conjunto de acciones o comportamiento cuyo propósito es lograr la atención integral de la PAM y la familia¹²⁸. Las más reconocidas para la atención integral de este grupo etario son las siguientes:

PAUCAR. “Influencia de las actividades físico-recreativas en el bienestar subjetivo de los adultos mayores: Revisión sistemática”, *Revista Interdisciplinaria de Educación, Salud, Actividad Física y Deporte*, vol. 1, n.º 3, 2024, pp. 61 a 78, disponible en [<https://revistainterdisciplinaria.com/index.php/home/article/view/10>].

127 Ídem.

128 MINISTERIO DE SALUD. NTS N.º 229-MINSA/DGIESP-2025, *Norma Técnica de Salud “Cuidado integral de salud de la persona adulta”*, Lima, 21 de octubre de 2025, disponible en [<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/7311020-norma-tecnica-de-salud-para-el-cuidado-integral-de-la-persona-adulta>].

1. Actividades de promoción y educación para la salud

Se debe actuar prioritariamente en los siguientes aspectos:

Autocuidado: estilos de vida saludables, actividad física, práctica y hábitos alimentarios, práctica y hábitos de higiene, hábitos tóxicos (tabaco, alcohol), uso de tiempo libre, sexualidad, fomento de la integración social, proceso de envejecimiento, promoción e integración social, deberes y derechos ciudadanos, uso racional de medicamentos, medicina alternativa y tradicional.

2. Actividades de prevención

Protección específica: quimioprofilaxis, inmunizaciones: antitetánica y antiamarílica.

Salud bucal: Limpieza dental profunda y profilaxis bucal, prevención de caídas y accidentes, prevención de deterioro cognitivo bucal.

V. DEFINICIONES

Talleres vivenciales. Son reuniones de trabajo activo con una polarización especial en el aprendizaje personal, en condiciones especiales de *aprehendizaje* (aprender + aprehender) libres de los patrones de la vida diaria.

Calidad de vida. Significa tener buenas condiciones de vida “objetivas” y un alto grado de bienestar “subjetivo”, y también incluye la satisfacción con la vida.

Bienestar subjetivo. Componente de la calidad de vida en el cual se establece una valoración subjetiva global, que expresa la satisfacción con la vida e incluye estados de ánimos positivos.

Personas adultas mayores. Según la OMS¹²⁹, se refiere al conjunto de personas quienes pertenecen al grupo de 60 años de edad a más.

CAPÍTULO TERCERO**Metodología de la investigación****I. TIPO DE ESTUDIO**

La presente investigación fue de tipo experimental, ya que existió intervención (variable independiente) del investigador, buscando variación posterior a la aplicación de los talleres vivenciales en la mejora de la calidad de vida.

Según el período en el que se captó la información, fue prospectivo.

Fue longitudinal, porque la variable principal del estudio (variable dependiente) fue medida en cuatro momentos del estudio (antes, postintervención, a dos meses y a cuatro meses postintervención).

Y fue analítico, porque se puso a prueba las hipótesis explicativas con finalidad cognoscitiva de la variabilidad del estímulo.

II. DISEÑO DE ESTUDIO

Corresponde a un estudio de índole experimental de tipo antes/después, cuyo diseño específico es el experimento verdadero, ya que cumplió con los criterios de aleatoriedad en la selección de la muestra

y de intervención en un grupo de ella. A continuación, presentamos nuestro diseño en el siguiente esquema:

Grupo	Intervención	Después
RG1	O1 I	O3 O5 O7
RG2	O2 – O4O6	O8

- Dónde:
- RG1 y RG2 = Grupo de estudio
 - I = Intervención (talleres vivenciales)
 - = Sin intervención (actividades cotidianas)
 - O1 y O2 = Observación basal, antes de la intervención
 - O3 y O4 = Observación postintervención
 - O3 y O4 = Observación postintervención a los dos meses
 - O3 y O4 = Observación postintervención a los cuatro meses

III. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El estudio corresponde a un nivel explicativo, ya que buscamos explicar el comportamiento de una variable (dependiente), en función de otra variable (independiente), planteando una relación de causa-efecto; el estudio requirió un estricto control metodológico y estadístico.

IV. POBLACIÓN

Estuvo constituida por toda la población adulta mayor –PAM– participante del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor –CIAM– de la municipalidad de Pillco Marca, en la región de Huánuco, Perú.

Criterios de inclusión
Para el grupo experimental, se incluyeron en el estudio a la PAM que:

- Tuvieron asistencia permanente al CIAM de Pillco Marca.
- Con disposición de participar en el estudio como parte del grupo experimental y se comprometieran a asistir a los talleres vivenciales (aceptaron el consentimiento informado).

- Con capacidad de comunicación hablada.
- Al momento de la encuesta, se encuentre lúcido y orientado en espacio, tiempo y persona.

Para el grupo control, se incluyeron en el estudio a la PAM que:

- Tuvieron asistencia esporádica al CIAM.
- Con disposición de participar en el estudio como parte del grupo control.
- Con capacidad de comunicación hablada.
- Al momento de la encuesta, se encuentre lúcido y orientado en espacio, tiempo y persona.

Criterios de exclusión para los casos y los controles

Fue excluida la PAM:

- Frágil.
- Que asistió a algún otro taller preventivo promocional.
- Que presentó deterioro cognitivo según aplicación de la prueba de tamizaje (más de 3 ± 1 errores en el Test de Pfeiffer).
- Con alguna imposibilidad física de asistir a los talleres vivenciales.
- Con presencia de alteración de conciencia, enfermedad psiquiátrica o trastorno de la personalidad que interfiera en la contestación fiable a los cuestionarios.
- En tratamiento con medicamentos que alteren el nivel de conciencia.
- Con padecimiento de cáncer u otra enfermedad con esperanza de vida probable (< 3 meses a juicio del entrevistador).
- Que no aceptaron participó en el estudio por razones personales.

Criterios de salida:

- Que no cumplió con el llenado de los instrumentos de recolección de datos en un 90%.
- Cambio de domicilio en el curso de la investigación.
- Abandono del estudio antes de finalizar por causas diversas.

Ubicación de la población en el espacio y tiempo

El ámbito donde se efectuó el estudio, corresponde a la municipalidad de Pillco Marca, que según sus competencias son responsables del fomento del autocuidado del adulto mayor a través de la participación ciudadana, cuyo propósito es unir esta estrategia de familias saludables e individuos responsables de su salud.

La intervención de la municipalidad se encuentra orientada a brindar servicios alternativos y complementarios al sistema de salud, a fin de afrontar con mayor eficacia la solución de los problemas¹³⁰, y es dentro de este marco, que existe un convenio entre la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, bajo la modalidad de proyección social y extensión universitaria representado por docentes y estudiantes de la Facultad de Enfermería y la municipalidad de Pillco Marca para la implementación, ejecución y evaluación del programa “Adulto Saludable”, con la intención de promover estilos de vida saludables y así mejorar la calidad de vida de la PAM, contribuyendo de esta manera al logro de un distrito con un envejecimiento activo.

Es en este contexto, es donde se desarrollaron los talleres vivenciales, utilizando para el efecto los ambientes del CIAM de la municipalidad de Pillco Marca.

V. MUESTRA Y MUESTREO

Unidad de análisis: cada adulto mayor.

Unidad de muestreo: unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

Marco muestral: relación o listado construido en una hoja de cálculo del programa Excel.

Tamaño muestral: comparación de dos grupos basados en una variable categórica:

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2} * \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} * \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

α = Error tipo I	α =	0,05
1- $\alpha/2$ = Nivel de confianza a dos colas	1- $\alpha/2$ =	0,95
$Z_{1-\alpha/2}$ = Valor tipificado	$Z_{1-\alpha/2}$ =	1,96
β = Error tipo II	β =	0,20
1- β = Poder estadístico	1- β =	0,80
$Z_{1-\beta}$ = Valor tipificado	$Z_{1-\beta}$ =	0,84
p1 = Prevalencia en el grupo experimental	P1 =	0,50
p2 = Prevalencia en el grupo control	P2 =	0,20
P	P	0,35
Tamaño de cada grupo	ni =	38,44
Tamaño del grupo experimental	n1 =	39
Tamaño del grupo control	n2 =	39

Como resultado, se contó con 39 adultos mayores tanto para el grupo experimental como para el grupo control, haciendo un total de 98, seleccionados por un muestreo probabilístico aleatorio. Quienes presentaron las siguientes características demográficas:

En ambos grupos de estudio (experimental y control), respecto al sexo, estuvieron conformados en mayor proporción por el femenino con un 69,2% (27, experimental) y 61,5% (24, control); con escolaridad primaria un 56,4% (22) y 51,3% (20); y la ocupación principal fue las labores del hogar con un 56,4% (22) y 46,2% (18).

El grupo etario más numeroso en el grupo experimental fue el de 70 a 79 años (48,7%, 19 personas); las edades mínimas y máximas oscilaron entre los 60 a 89 años y la mediana fue de 73 años; el promedio de edad resultó 73,5 años (DE +/- 7,5). Mientras que el grupo control estuvo representado mayoritariamente por adultos mayores entre 60 a 69 años (43,6%, 17 personas); de forma similar, la edad mínima y

máxima varió entre 60 a 88 años; la mediana fue de 71; la edad media fue 71,5 años (DE +/- 8,0). Lo cual muestra bastantes similitudes entre ambos grupos.

En cuanto al estado civil, la mayor cantidad de viudos estuvo en el grupo de experimento (41,0%, 16 personas); y los aún casados en el grupo de control (48,7%, 19 personas).

Al observar otras características de interés en la PAM estudiada, se pudo evidenciar que en ambos grupos (experimental y control), la mayor proporción no ostentaba ingresos económicos autogenerados en un 48,7% (19 personas, experimental) y 43,6% (17 personas, control), ya que convivían con sus hijos (53,8%, 21 y 41,0%, 16); solo un menor porcentaje (15,4% y 12,8%) ostentaban pensión de jubilación (obtenida por haber sido trabajador del Estado o por herencia del conyugue trabajador). Además, tenían la percepción de apoyo familiar (74,4%, 29 y 69,2%, 27). En tanto a la condición de su vivienda, la mayoría de adultos del grupo experimental vivía en una casa familiar que no era propia (46,6%, 17), mientras que la mayoría del grupo control tenían casa propia (56,4%, 22).

Sobre la persona con quien convive, podemos observar que en ambos grupos la mayoría de adultos lo hace con sus hijos (53,8% experimental y 41,0% control); en segundo lugar, se encuentran los que aún conviven con su cónyuge (17,9% y 30,8%); seguido a ello, una considerable proporción vive solo (12,8% y 23,18%), hecho que es preocupante dada la vulnerabilidad que ostentan estas personas; en último lugar y en menor medida, se ubican los adultos mayores que conviven con sus nietos.

En relación al apoyo familiar que perciben, podemos evidenciar que entre ambos grupos existen sectores poco diferenciados, siendo la no percepción de apoyo familiar un poco mayor en el grupo control.

Consideraciones. El nivel de confianza fue de 95% (0,95 en términos de unidad) correspondiendo al planteado en el análisis estadístico y el nivel de significancia fue del 5% (0,05 en términos de unidad); el poder estadístico fue del 80% cuyo valor tipificado es 0,84. Las prevalencias empleadas son las halladas en un estudio previo, sobre efectividad de los talleres integral en la PAM (85% para un grupo y 60% para el otro).

VI. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicaron los siguientes instrumentos:

Guía de entrevista sociodemográfica. Este instrumento consta de nueve ítems, separados en cuatro dimensiones (aspectos sociodemográficos, aspectos económicos, características de la vivienda y aspectos familiares. Este instrumento fue aplicado por un encuestador previamente capacitado.

Escala de medición de la calidad de vida (MGH) de la persona adulta mayor. Esta escala es específica para medir la calidad de vida en la PAM, fue confeccionado y validado en Cuba por ÁLVAREZ¹³¹, BAYARRE¹³², y QUINTERO y GONZÁLEZ¹³³. Consta de 34 reactivos, divididos en tres dimensiones: 1) Percepción de la salud (funcionabilidad física, psíquica y social); 2) Condiciones socioeconómicas (situación monetaria y condiciones de la vivienda); y 3) Satisfacción por la vida (familia, estados afectivos predominantes, expectativa de futuro, apoyo social y satisfacción por el presente). Para la valoración de las respuestas se consideraron las siguientes alternativas: casi siempre, a menudo, algunas veces y casi nunca.

Se designó a la misma un valor entre 1 y 4 puntos, correspondiendo el 1 a la significación negativa de la respuesta y el 4 a la significación positiva. De esta forma, la escala de calificación de los ítems (1, 2, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32 y 33) es como sigue:

Casi siempre: 4 puntos; A menudo: 3 puntos; Algunas veces: 2 puntos; y Casi nunca: 1 punto.

Mientras que esta escala se invierte para los ítems (3, 7, 8, 21, 27 y 34), quedando de la siguiente forma:

Casi siempre: 1 punto; A menudo: 2 puntos; Algunas veces: 3 puntos; y Casi nunca: 4 puntos.

131 ÁLVAREZ PÉREZ. "Construcción de un instrumento para medir Calidad de Vida en la Tercera Edad", cit., p. 7.

132 BAYARRE VEA. "Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos. Ciudad de La Habana y Las Tunas. 2000", cit., p. 3.

133 QUINTERO LIMA y GONZÁLEZ GARROTE. "Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada", cit.

Medición de la dimensión salud. Se consideró baja cuando la PAM obtuvo hasta 24 puntos en el MGH; media cuando obtuvo desde 25 hasta 27 puntos; y alta cuando alcanzó más de 27 puntos.

Medición de la dimensión condiciones económicas. Se consideró baja cuando la PAM obtuvo hasta 5 puntos en esta dimensión; media cuando fue de 6 hasta 9 puntos; y alta cuando alcanzó más de 9 puntos.

Medición de la dimensión satisfacción por la vida. Se consideró baja cuando la PAM alcanzó hasta 55 puntos en el MGH; media cuando fue desde 56 hasta 64 puntos; y alta cuando alcanzó más de 64 puntos.

Medición general de la calidad de vida. Se consideró baja cuando la PAM obtuvo entre 34 y 110 puntos en el MGH; media cuando obtuvo entre 111 y 118 puntos; y alta cuando obtuvo entre 119 y 136 puntos.

Escala de bienestar subjetivo PGC (Philadelphia Geriatric Center). Esta escala fue elaborada por LAWTON¹³⁴, sirve para medir el bienestar subjetivo y el estado de ánimo de la PAM. Consta de 17 ítems de respuesta dicotómica, que saturan tres factores:

La PAM debe contestar “sí” o “no”. Las respuestas indican un estado de bienestar (cada respuesta que coincide vale un punto y la suma total es una medida del estado de bienestar).

Escala PFEIFFER (Portable Functional Assessment Questionnaire). Este instrumento evaluó el estado cognitivo de la PAM con información obtenida de un familiar o un cuidador; este instrumento tuvo el objetivo de hacer un screening del deterioro mental. Su medición fue:

Interpretación: 0-2 errores: funciones mentales intactas, 3-4 errores: deterioro mental leve, 5-7 errores: deterioro mental moderado y 8-10 errores: deterioro mental severo.

Consentimiento informado. A través del cual la PAM en estudio fue informada por escrito acerca de los objetivos generales del proyecto y

del protocolo de trabajo en el que fueron incluidos. Este procedimiento garantizó que el sujeto exprese de forma voluntaria su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades. Una vez leído este documento, los sujetos lo firmaron, o de lo contrario refrendaron con su huella digital. Se les entregó una copia para que se lo lleven y la investigadora contó con otra para utilizarlo como documento legal si requiriera el caso.

VII. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a. Validez cualitativa de contenido

Se realizó la validación Delfos mediante un juicio de expertos, para determinar hasta dónde los ítems de los instrumentos eran representativos de los constructos medidos en la calidad de vida del adulto mayor. Para esto, se procedió de la siguiente manera:

1. Se seleccionaron ocho jueces (expertos) multidisciplinarios (grado de doctor o especialista en investigación, experiencia en el trabajo de la PAM o especialidades relacionadas a ello, etc.), los cuales juzgaron la “bondad” de los reactivos de nuestros instrumentos, en términos de la relevancia, claridad y la no tendenciosidad.
2. Cada experto recibió suficiente información escrita acerca del propósito del estudio; objetivos e hipótesis, operacionalización de las variables entre otros.
3. Cada juez recibió una ficha de validación, en el cual se recogió su apreciación por cada reactivo de los instrumentos de medición (*sí* = aprobado y *no* = desaprobado).
4. Al finalizar, todos los instrumentos fueron validados por los jueces ya que consideraron conveniente aplicar los instrumentos para los propósitos con la que se planteó este estudio.

b. Validez racional

Los instrumentos de investigación empleados y que además suponen resultados inferenciables, aseguran la representatividad de todas las dimensiones de nuestra variable de interés (calidad de vida), ya que los constructos que deseamos medir están muy bien definidos porque se dispuso de la literatura suficiente para elaborar los instrumentos; también se tomaron instrumentos ya elaborados por otros autores, con validación a varios niveles de investigación. De tal manera que los conceptos medidos en las dimensiones no son provisionales ni vagos, sino que están basadas en los diversos antecedentes de investigaciones similares al nuestro.

VIII. CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Para estimar la confiabilidad de los instrumentos inferenciables de nuestro estudio, vimos por necesario realizarla a través de dos métodos:

a. Confiabilidad por consistencia interna

Este tipo de confiabilidad permitió determinar el grado de correlación entre los ítems de los instrumentos, ya que los resultados obtenidos con ellos eran inferenciables; para la escala, se empleó el índice de consistencia interna alfa de Cronbach “ α ”; mientras que para el cuestionario se empleó el coeficiente de confiabilidad de Kuder Richardson “KR - 20”. Siendo los resultados los siguientes:

TABLA 1. Estimación del índice de consistencia interna alfa de Cronbach para la escala de medición de la calidad de vida de la persona adulta mayor

Escala para medir la calidad de vida (34 ítems)	α - 20 (n = 25)
Prepiloto	0,940

De acuerdo con el resultado, se concluyó que la consistencia interna en la muestra prepiloto y de manera general para este instrumento que evalúa la calidad de vida del adulto mayor, tiene una confiabilidad de consistencia interna “muy alta”, por lo cual es ideal para los fines de nuestro estudio.

TABLA 2. Estimación del coeficiente de consistencia interna Kuder Richardson para el cuestionario de bienestar subjetivo de la persona adulta mayor

Cuestionario de bienestar subjetivo (17 ítems)	KR – 20 (n = 25)
Prepiloto	0,60

De acuerdo con el resultado, se concluyó que la consistencia interna en la muestra prepiloto y de manera general para este instrumento que discrimina si la persona ostenta o no bienestar, tiene una confiabilidad de consistencia interna “medianamente alta”, pero para nuestros intereses fue preciso emplearla.

b. Confiabilidad por replicación de pruebas

Luego de demostrar la consistencia interna, se realizó otro piloto para someter de nuevo los instrumentos a prueba en los mismos diez adultos mayores entrevistados en el prepiloto, esto con tres semanas de diferencia entre ambos momentos. Se tomaron las medidas de ambos instrumentos y se procedió a realizar la comparación de sus valores con una simple correlación.

TABLA 3. Estimación de la estabilidad en el tiempo para la escala de calidad de vida y el cuestionario de bienestar subjetivo en la persona adulta mayor

Instrumentos inferenciables	r (n = 25)
Escala de calidad de vida	0,982
Cuestionario de bienestar subjetivo	0,927

En ambos instrumentos se obtuvieron correlaciones de confiabilidad muy altas, ello se considera ideal para el nivel de investigación realizada, con lo cual se puede afirmar que dichos instrumentos tienen estabilidad de sus puntuaciones a través del tiempo.

IX. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para conseguir la autorización para la recolección de datos, se gestionaron los permisos respectivos ante las autoridades responsables del CIAM de la municipalidad de Pillco Marca, a través de la emisión de

oficios y/o solicitudes a los antes mencionados una vez obtenido el permiso respectivo.

Después de la aprobación del proyecto de investigación, se procedió a la aplicación de los instrumentos de medición, para lo cual se capacitaron a tres encuestadores independientes, con estudios profesionales a quienes se les presentó el cuestionario en forma impresa para ser leído conjuntamente con el investigador y así llevar a cabo las aclaraciones pertinentes; las respuestas fueron registradas por los encuestadores. En caso que el participante no terminara de responder las escalas, se acordaba una nueva cita.

Durante el primer contacto con la muestra en estudio, se aprovechó para dar a conocer los documentos respaldados por el Comité Institucional de Ética, como es el caso del consentimiento informado de cada unidad de análisis y el compromiso de confidencialidad por parte de la investigadora.

X. PROCEDIMIENTOS DURANTE EL DESARROLLO DE LOS TALLERES VIVENCIALES

Posterior a la selección de los grupos de estudio (experimental y control), de acuerdo al muestreo efectuado y según los criterios de inclusión y exclusión, se invitó de manera personal a la PAM del grupo experimental a participar en los ocho talleres vivenciales, que se llevaron a cabo en las instalaciones del CIAM.

Los posteriores contactos fueron previa coordinación con la muestra en estudio, para la aplicación propiamente dicha de los talleres integrales. Al finalizar dichas sesiones se aplicaron nuevamente los instrumentos en tres oportunidades adicionales a la basal, los cuales fueron denominados momentos postintervención.

La metodología vivencial de Atinchik siguió la siguiente secuencia:

Entrada motivacional

Aventura vivencial

Reflexión de la aventura vivencial

Presentación de contenidos

Afirmación del sí puedo

Asumiendo compromisos

Los talleres vivenciales desarrollados fueron:

1. Asumiendo el cuidado de mi salud
2. Mis poderes secretos
3. Satisfacción con la vida
4. Ejercitando mi cuerpo
5. Estimulando mi mente
6. Manos creativas
7. Pon vida a tus años
8. Disfrutando de la afectividad

XI. ELABORACIÓN DE LOS DATOS

En primera instancia, se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos que se utilizaron, y al mismo tiempo se hizo control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias. Seguido a ello, se codificaron los datos numéricamente de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos respectivos, según las variables del estudio. También se clasificaron los datos, de acuerdo al tipo de variables implicada en el estudio. Y por último, se presentaron los datos en tablas académicas y en figuras de acuerdo a los resultados del análisis descriptivo e inferencial.

XII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Análisis descriptivo: detalle de las comparaciones según grupos, respecto a las características de cada una de las variables de caracterización y dependientes.

Análisis inferencial: se tuvo en especial consideración la prueba estadística de contraste a realizar, ya que se quiso corroborar la variabilidad en la variable dependiente debido a la manipulación en la variable independiente, para ello, tuvo que evidenciarse diferencias entre los momentos evaluados y entre los grupos del estudio. Se empleó el Análisis de la Varianza (ANOVA) y sus contrastes (SIDACK). Para ello, se tuvo que satisfacer ciertos requisitos:

1. La distribución de las variables debe ser normales (Kolmogorov-Smirnov).
2. Las variables aleatorias residuales son mutuamente independientes.
3. Homogeneidad (chi cuadrado) y homoscedasticidad (Levene) en las características basales.

Luego de cumplir con los requisitos del ANOVA, se realizaron estos análisis en varias fases:

Primero, se realizaron cuatro ANOVA (uno por cada momento del estudio), para la variable dependiente, siendo el factor intrasujeto los grupos de estudio (experimental y control), es decir, se hicieron cuatro contrastes para muestras independientes.

Luego se realizaron dos ANOVA (uno por cada grupo) para la variable dependiente, siendo el factor de medidas repetidas, los momentos del estudio, se hicieron dos contrastes para medidas repetidas.

Por último, se realizaron seis análisis *a posteriori* con ajuste de SIDACK con la finalidad de identificar específicamente los cambios de tendencia probados anteriormente; las diferencias estadísticamente significativas se marcaron ($p < 0,05$) y se contrastaron entre el momento inicial (basal) y los tres momentos posteriores a la intervención (dos y cuatro meses), y entre los grupos del estudio (experimental y control).

Se empleó el estadístico de SIDACK por su mejor discriminación frente a datos poco exquisitos, el cual pondera un mejor ajuste incluso que el Bonferroni (estadístico clásico empleado en ciencias de la salud).

En el procesamiento de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS versión 20.0 para Windows.

CAPÍTULO CUARTO

Resultados de la investigación

I. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

TABLA 4. Descripción del indicador “funcionalidad física” en la dimensión estado de salud de la escala de calidad de vida, según los momentos y grupos de estudio

Momentos	Grupos	Funcionalidad física (ni = 39)		
		Media	Mediana	DE
Basal	Experimental	14,6	14	2,3
	Control	13,6	14	3,0
Postintervención	Experimental	16,5	17	1,9
	Control	13,7	14	2,9
A dos meses de la postintervención	Experimental	16,8	17	1,8
	Control	13,6	13	2,9
A cuatro meses de la postintervención	Experimental	16,8	17	1,8
	Control	13,6	13	2,9

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida, indicador funcionalidad física de la dimensión estado de salud.

Al examinar las principales medidas de resumen del indicador funcionalidad física de la escala que mide el estado de salud en la PAM, según los momentos y grupos de estudio, se evidenció que de un total de cuatro reactivos (máximo valor posible = 20 puntos) las medias en el primer momento para ambos grupos fue de 14,6 y 13,6 (con diferencia de 1 punto); mientras que a medida que trascurrieron los momentos del estudio, se apreciaron consistentes diferencias entre los grupos, estos cambios se expresaron (según la mediana) en valores promedios de 17 a 14 entre el experimental y el control.

TABLA 5. Descripción del indicador “funcionalidad psíquica” en la dimensión estado de salud de la escala de calidad de vida, según los momentos y grupos de estudio

Momentos	Grupos	Funcionalidad psíquica (ni = 39)		
		Media	Mediana	DE
Basal	Experimental	12,1	12	2,2
	Control	10,8	10	2,5
Postintervención	Experimental	13,9	14	2,1
	Control	10,8	10	2,5
A dos meses de la postintervención	Experimental	15,1	15	2,0
	Control	11,0	11	2,4
A cuatro meses de la postintervención	Experimental	15,1	15	2,0
	Control	10,9	11	2,3

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida, indicador funcionalidad psíquica de la dimensión estado de salud.

Al explorar las principales medidas de resumen del indicador funcionalidad psíquica de la escala que mide el estado de salud en la PAM, según los momentos y grupos de estudio, se apreció que de un total de cuatro reactivos (máximo valor posible = 20 puntos) las medias en el momento basal para ambos grupos fue de 12,1 y 10,8 (con diferencia de 2 puntos); posteriormente, en los tres momentos después de la intervención, se apreciaron considerables diferencias entre los grupos, ya que, según la mediana, el grupo de experimentos supera de 15 a 11 al grupo de control.

TABLA 6. Descripción del indicador “funcionalidad social” en la dimensión estado de salud de la escala de calidad de vida, según los momentos y grupos de estudio

Momentos	Grupos	Funcionalidad psíquica (ni = 39)		
		Media	Mediana	DE
Basal	Experimental	13,4	13	3,1
	Control	13,2	13	3,3
Postintervención	Experimental	16,9	17	2,0
	Control	13,4	13	3,1
A dos meses de la postintervención	Experimental	16,9	17	2,0
	Control	13,2	13	2,4
A cuatro meses de la postintervención	Experimental	17,1	17	1,9
	Control	13,2	13	3,1

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida, indicador funcionalidad social de la dimensión estado de salud.

Al estudiar las principales medidas de resumen del indicador funcionalidad social de la escala que mide el estado de salud en la PAM, según los momentos y grupos de estudio, se observó que de un total de cuatro reactivos (máximo valor posible = 20 puntos) las medias en el momento basal para ambos grupos fue de 13,4 y 13,2 (con mínima diferencia); posteriormente, en los tres momentos después de la intervención, se apreciaron considerables diferencias entre los grupos, ya que, según la mediana, el grupo de experimento supera de 17 a 13 al grupo de control.

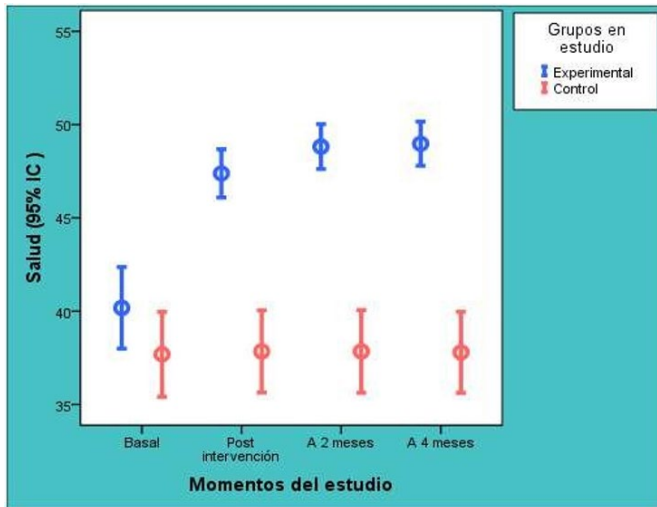
TABLA 7. Categorías del estado de salud en la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio

Momentos	Grupos	Salud (ni = 39)					
		Buena		Regular		Deficiente	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Basal	Experimental	11	28,2	28	71,8	0	0,0
	Control	8	20,5	31	79,5	0	0,0
Postintervención	Experimental	31	79,5	8	20,5	0	0,0
	Control	8	20,5	31	79,5	0	0,0
A dos meses de la postintervención	Experimental	35	89,7	4	10,3	0	0,0
	Control	7	17,9	32	82,1	0	0,0
A cuatro meses de la postintervención	Experimental	36	92,3	3	7,7	0	0,0
	Control	7	17,9	32	82,1	0	0,0

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida, dimensión estado de salud.

Respecto al estado de salud de la PAM desde el punto de vista categórico, según momentos y grupos de estudio, podemos evidenciar que antes de la intervención (en el momento basal) el mayor porcentaje en ambos grupos presentaba un regular estado de salud (71,8%, 28 personas en experimental y 79,5%, 31 personas en control). En los momentos posteriores a la intervención, solo en el grupo experimental esta mayoría pasó a ostentar un buen estado de salud (79,5%, 31; 89,7%, 35 y 92,3%, 36 respectivamente); cambio que no ocurrió en el otro grupo, ya que sus porcentajes alcanzados fueron bastante similares (79,5%, 31 y 82,1%, 32).

FIGURA 1. Puntajes alcanzados en la dimensión estado de salud, según momentos y grupos de estudio



En esta figura de barras de error agrupadas, según grupos y contrastadas entre los cuatro momentos del estudio, podemos apreciar específicamente las variaciones en las distribuciones de dimensión estado de salud de la calidad de vida; del cual podemos decir que las barras en el primer momento se ubican en posición similar en el eje de puntajes; es más, hasta nos atrevemos a afirmar que son por lo menos homogéneos. También podemos observar que en los momentos postintervención existen grandes diferencias, estando los puntajes del grupo experimental muy por encima de los puntajes del grupo control.

TABLA 8. Descripción del indicador “situación monetaria” en la dimensión condiciones socioeconómicas de la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio

Momentos	Grupos	Situación monetaria (ni = 39)		
		Media	Mediana	DE
Basal	Experimental	2,9	3	0,9
	Control	3,3	3	1,1
Postintervención	Experimental	3,5	3	0,9
	Control	3,4	3	1,0
A dos meses de la postintervención	Experimental	3,5	3	0,9
	Control	3,3	3	1,1
A cuatro meses de la postintervención	Experimental	3,8	4	0,9
	Control	3,3	3	1,1

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida.

Al profundizar sobre las principales medidas de resumen del indicador situación monetaria de la dimensión condiciones socioeconómicas de la escala que evalúa la calidad de vida en la PAM, según los momentos y grupos de estudio, se evidencia que de un total de un reactivo (máximo valor posible = 5 puntos) las medias en el momento basal para ambos grupos fue de 2,9 y 3,3 (diferencia considerable); luego, en la postintervención, se aprecian algunas diferencias entre los grupos ya que la mediana denota que el grupo de experimento supera de hasta 4 a 3 al grupo de control en un momento.

TABLA 9. Descripción del indicador “situación de la vivienda” en la dimensión condiciones socioeconómicas de la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio

Momentos	Grupos	Situación monetaria (ni = 39)		
		Media	Mediana	DE
Basal	Experimental	6,7	6	1,9
	Control	7,3	8	1,9
Postintervención	Experimental	7,9	9	1,8
	Control	7,2	8	1,8
A dos meses de la postintervención	Experimental	7,9	9	1,8
	Control	7,3	8	1,9
A cuatro meses de la postintervención	Experimental	7,9	8	1,8
	Control	7,3	8	1,9

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida.

Al examinar las principales medidas de resumen del indicador situación de la vivienda de la dimensión que evalúa las condiciones socioeconómicas en la calidad de vida de la PAM, según los momentos y grupos de estudio, se apreció que de un total de dos reactivos (máximo valor posible = 10 puntos) las medias en el momento basal para ambos grupos fue de 6,7 y 7,3 (considerable diferencia); en la postintervención se apreciaron considerables diferencias entre los grupos, ya que de acuerdo al valor mediano, el grupo de experimento superó de 9 a 8 al grupo de control hasta en dos momentos.

TABLA 10. Categorías de la dimensión “condiciones socioeconómicas” de la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio

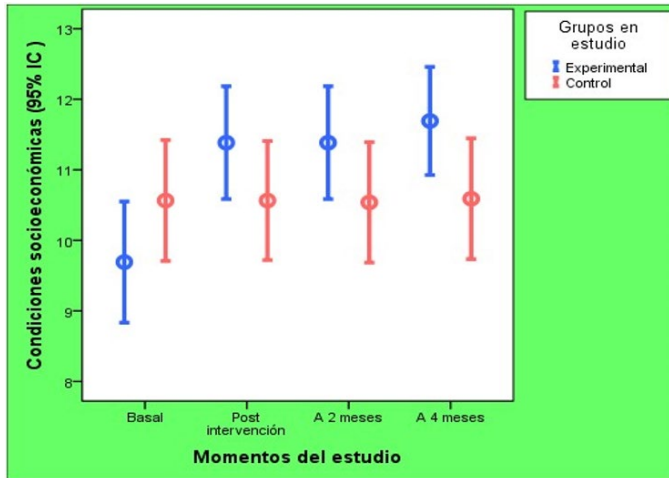
Momentos	Grupos	Condiciones socioeconómicas (ni = 39)					
		Buena		Regular		Deficiente	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Basal	Experimental	11	28,2	18	46,2	10	25,6
	Control	13	33,3	22	56,4	4	10,3
Postintervención	Experimental	23	59,0	15	38,5	1	2,6
	Control	14	35,9	21	53,8	4	10,3
A dos meses de la postintervención	Experimental	23	59,0	15	38,5	1	2,6
	Control	12	30,8	23	59,0	4	10,3
A cuatro meses de la postintervención	Experimental	22	56,4	16	41,0	1	2,6
	Control	13	33,3	22	56,4	4	10,3

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida.

En cuanto a la dimensión condiciones socioeconómicas de la escala de calidad de vida, visto categóricamente, según momentos y grupos de estudio, podemos apreciar que en el momento basal el mayor porcentaje de la PAM en ambos grupos presentaban condiciones socioeconómicas regulares (46,2%, 18 personas en experimental y 56,4%, 22 personas en control).

En los momentos posteriores a la intervención, y solo en el grupo de experimento, esta mayoría pasó a tener buenas condiciones socioeconómicas (59,0%, 23 y 56,4%, 22), hecho que no ocurrió en el grupo de control, ya que los porcentajes alcanzados fueron muy similares durante los momentos del estudio (53,8%, 21; 59,0%, 23 y 56,4%, 22).

FIGURA 2. Puntajes alcanzados en la dimensión condiciones socioeconómicas de la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio



En la figura de barras de error, agrupadas según grupos y comparados de acuerdo a los cuatro momentos del estudio, podemos observar concretamente las variaciones en las distribuciones de la dimensión condiciones socioeconómicas, del cual podemos decir que las barras en el primer momento se presentaron algo parecidas y se ubicaron en posición similar en el eje de puntajes (el grupo experimental con menor puntaje que el del grupo control); en esta ocasión no nos atrevemos a afirmar que fueron homogéneos ya que aparentan no serlo. También podemos observar que en los momentos postintervención existen grandes diferencias, estando ahora el grupo experimental por encima de los puntajes de los del grupo control.

TABLA 11. Descripción del indicador “satisfacción con la familia” en la dimensión satisfacción por la vida de la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio

Momentos	Grupos	Situación monetaria (ni = 39)		
		Media	Mediana	DE
Basal	Experimental	14,1	14	4,0
	Control	13,1	12	3,9
Postintervención	Experimental	17,8	18	2,0
	Control	12,9	12	3,4
A dos meses de la postintervención	Experimental	17,9	18	2,0
	Control	13,1	12	3,8
A cuatro meses de la postintervención	Experimental	17,8	18	1,9
	Control	13,2	12	3,7

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida.

Al explorar las principales medidas de resumen del indicador satisfacción con la familia de la dimensión que evalúa la satisfacción por la vida en la calidad de vida de la PAM, según los momentos y grupos de estudio, se observó que de un total de cuatro reactivos (máximo valor posible = 20 puntos) las medias en el momento basal para ambos grupos fue de 14,1 y 13,1 (diferencia de un punto); luego, en la postintervención se apreciaron considerables diferencias entre los grupos, ya que según el valor mediano, el grupo de experimento superó de 18 a 12 al grupo de control.

TABLA 12. Descripción del indicador “satisfacción con los estados afectivos” en la dimensión satisfacción por la vida de la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio

Momentos	Grupos	Satisfacción con los estados afectivos (ni = 39)		
		Media	Mediana	DE
Basal	Experimental	5,3	6	1,8
	Control	5,5	5	1,7
Postintervención	Experimental	7,1	7	1,7
	Control	5,5	5	1,7
A dos meses de la postintervención	Experimental	7,7	8	1,8
	Control	5,6	6	1,7
A cuatro meses de la postintervención	Experimental	7,7	8	1,8
	Control	5,6	6	1,7

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida.

Al indagar sobre las principales medidas de resumen del indicador satisfacción con los estados afectivos de la dimensión que evalúa la satisfacción por la vida en la escala de calidad de vida de la PAM, según los momentos y grupos de estudio, se revela que de un total de dos reactivos (máximo valor posible = 10 puntos) las medias en el momento basal para ambos grupos fue de 5,3 y 5,5 (mínima diferencia); en la postintervención se apreciaron considerables diferencias entre los grupos, ya que según el valor mediano, el grupo de experimento superó de 8 a 6 al grupo de control.

TABLA 13. Descripción del indicador “satisfacción con la expectativa del futuro” en la dimensión satisfacción por la vida de la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio

Momentos	Grupos	Satisfacción con la expectativa del futuro (ni = 39)		
		Media	Mediana	DE
Basal	Experimental	10,7	10	1,9
	Control	10,3	10	2,1
Post intervención	Experimental	11,6	12	1,9
	Control	10,3	10	2,1
A dos meses de la postintervención	Experimental	11,6	12	1,9
	Control	10,3	10	2,1
A cuatro meses de la postintervención	Experimental	11,6	12	1,9
	Control	10,4	10	2,0

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida.

Al indagar sobre las principales medidas de resumen del indicador satisfacción con la expectativa del futuro de la dimensión que evalúa la satisfacción por la vida en la calidad de vida de la PAM, según los momentos y grupos de estudio, se denota que de un total de tres reactivos (máximo valor posible = 15 puntos) las medias en el momento basal para ambos grupos fue de 10,7 y 10,3 (mínima diferencia); ya en la postintervención, se apreciaron considerables diferencias entre los grupos, ya que según el valor mediano, el grupo de experimento superó de 12 a 10 al grupo de control.

TABLA 14. Descripción del indicador “satisfacción con el apoyo social” en la dimensión satisfacción por la vida de la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio

Momentos	Grupos	Satisfacción con el apoyo social (ni = 39)		
		Media	Mediana	DE
Basal	Experimental	5,9	5	2,2
	Control	6,4	6	2,1
Postintervención	Experimental	8,4	9	1,5
	Control	6,4	6	2,1
A dos meses de la postintervención	Experimental	8,4	9	1,5
	Control	6,4	6	2,1
A cuatro meses de la postintervención	Experimental	8,4	9	1,5
	Control	6,4	6	2,1

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida.

Al estudiar las principales medidas de resumen del indicador satisfacción con el apoyo social de la dimensión que evalúa la satisfacción por la vida en la calidad de vida de la PAM, según los momentos y grupos de estudio, se apreció que de un total de dos reactivos (máximo valor posible = 10 puntos) las medias en el momento basal para ambos grupos fue de 5,9 y 6,4 (mínima diferencia); luego, en la postintervención se observaron considerables diferencias entre los grupos, ya que según el valor mediano, el grupo de experimento superó de 9 a 6 al grupo de control.

TABLA 15. Descripción del indicador “satisfacción con la situación presente” en la dimensión satisfacción por la vida de la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio

Momentos	Grupos	Satisfacción con la situación presente (ni = 39)		
		Media	Mediana	DE
Basal	Experimental	26,6	25	6,0
	Control	27,4	27	4,2
Postintervención	Experimental	31,9	33	3,9
	Control	27,2	27	3,8
A dos meses de la postintervención	Experimental	33,0	34	3,5
	Control	27,2	27	4,1
A cuatro meses de la postintervención	Experimental	33,0	34	3,1
	Control	26,9	27	3,9

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida.

Al analizar las principales medidas de resumen del indicador satisfacción con la situación presente de la dimensión que evalúa la satisfacción por la vida en la calidad de vida de la PAM, según los momentos y grupos de estudio, se apreció que de un total de ocho reactivos (máximo valor posible = 40 puntos) las medias en el momento basal para ambos grupos fue de 26,6 y 27,4 (mínima diferencia); en la postintervención se observaron considerables diferencias entre los grupos, ya que según el valor mediano, el grupo de experimento superó de 33 a 27 al grupo de control.

TABLA 16. Categorías de la dimensión “satisfacción por la vida” de la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio

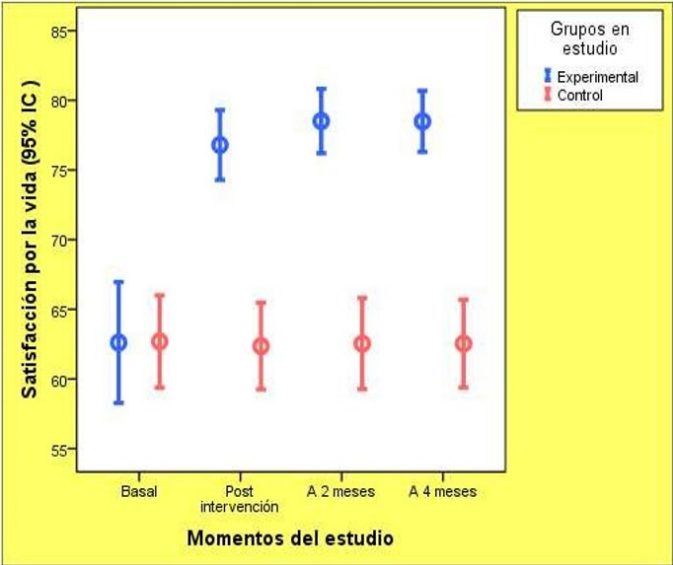
Momentos	Grupos	Satisfacción por la vida (ni = 39)					
		Buena		Regular		Deficiente	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Basal	Experimental	11	28,2	28	71,8	0	0,0
	Control	12	30,8	27	69,2	0	0,0
Postintervención	Experimental	33	84,6	6	15,4	0	0,0
	Control	11	28,2	28	71,8	0	0,0
A dos meses de la postintervención	Experimental	34	87,2	5	12,8	0	0,0
	Control	12	30,8	27	69,2	0	0,0
A cuatro meses de la postintervención	Experimental	35	89,7	4	10,3	0	0,0
	Control	11	28,2	28	71,8	0	0,0

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida.

En lo que respecta a la satisfacción por la vida en la PAM, analizado categóricamente, según los momentos y grupos del estudio, podemos demostrar que antes de la intervención (en el momento basal) el mayor porcentaje de adultos mayores en ambos grupos presentaban regular satisfacción por la vida (71,8%, 28 personas en experimental y 69,2%, 27 personas en control).

En los momentos posteriores a la intervención, solo en el grupo experimental, esta mayoría y un poco más pasaron a ostentar buenos niveles de satisfacción por la vida, es decir, se sentían más satisfechos (84,6%, 33; 87,2%, 34 y 89,7%, 35 respectivamente); cosa que no ocurre en el otro grupo, ya que los porcentajes alcanzados son casi los mismos (71,8%, 28; 69,2%, 27 y 71,8%, 28).

FIGURA 3. Puntajes alcanzados en la satisfacción por la vida de la escala de calidad de vida, según momentos y grupos de estudio



En la figura de barras de error, agrupadas según grupos y comparados de acuerdo a los cuatro momentos del estudio, podemos percatarnos específicamente de las variaciones en las distribuciones de la dimensión satisfacción por la vida, de la cual podemos decir que las barras en el primer momento fueron muy parecidas y se ubicaron casi en la misma posición en el eje de puntajes, hasta podemos insinuar que son homogéneos. También se observaron que en los momentos postintervención existen grandes diferencias, ya que el grupo experimental se encuentra muy por encima del grupo control en los puntajes.

TABLA 17. Percepción del “bienestar subjetivo”, según momentos y grupos de estudio

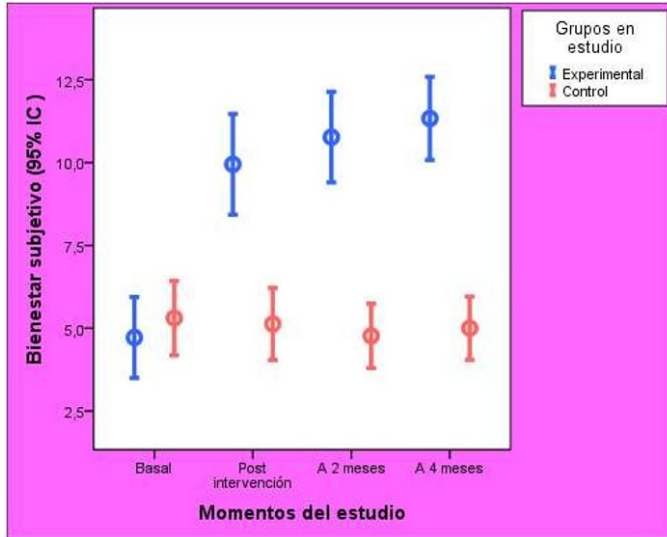
Momentos	Grupos	Bienestar subjetivo (ni = 39)			
		Con bienestar		Sin bienestar	
		Nº	%	Nº	%
Basal	Experimental	9	23,1	30	76,9
	Control	11	28,2	28	71,8
Postintervención	Experimental	24	61,5	15	38,5
	Control	11	28,2	28	71,8
A dos meses de la postintervención	Experimental	29	74,4	10	25,6
	Control	7	17,9	32	82,1
A cuatro meses de la postintervención	Experimental	30	76,9	9	23,1
	Control	8	20,5	31	79,5

Fuente: Cuestionario de bienestar subjetivo.

En lo referente al bienestar subjetivo percibido por las PAM, desde el punto de vista categórico, según los momentos y grupos del estudio, podemos notar que antes de la intervención el mayor porcentaje de adultos mayores en ambos grupos no percibía bienestar (76,9%, 30 personas en experimental y 71,8%, 28 personas en control).

En los momentos posteriores a la intervención y solo en el grupo experimental, esta mayoría pasó a sentir bienestar en su vida cotidiana (61,5%, 24; 74,4%, 29 y 76,9%, 30); hecho que no sucede en el grupo control, ya que como se observa, los porcentajes alcanzados se mantuvieron muy similares, es decir, en las mismas categorías (71,8%, 28; 82,1%, 32 y 79,5%, 31).

FIGURA 4. Puntajes alcanzados en la percepción del bienestar subjetivo, según momentos y grupos de estudio



En esta figura de barras de error, según grupos y comparadas de acuerdo a los cuatro momentos del estudio, podemos percatarnos específicamente de las variaciones en las distribuciones de la variable bienestar subjetivo; del cual se puede decir que las barras en el primer momento fueron parecidas y se ubicaron casi en posición similar en el eje de puntajes, hasta podemos atrevernos a insinuar que fueron homogéneos.

También se distingue que en los momentos postintervención, existieron grandes diferencias ya que el grupo experimental se ubicó muy por encima del grupo control en los puntajes, hecho que denota incremento en sus valores.

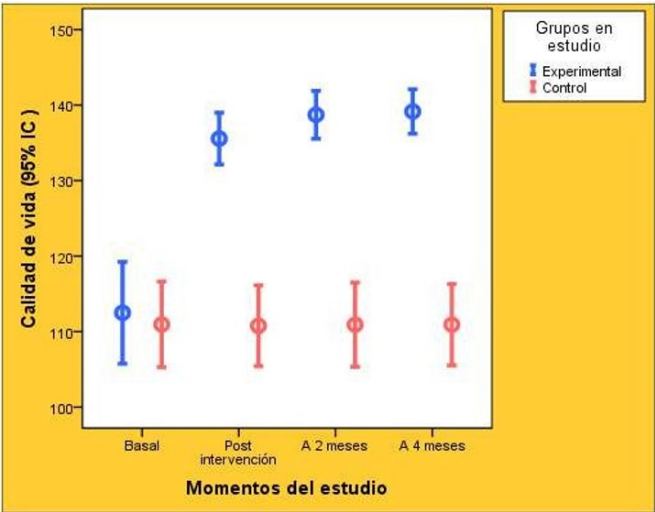
TABLA 18. Categorías de la calidad de vida, según momentos y grupos de estudio

Momentos	Grupos	Calidad de vida (ni = 39)					
		Buena		Regular		Deficiente	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Basal	Experimental	11	28,2	28	71,8	0	0,0
	Control	10	25,6	29	74,4	0	0,0
Postintervención	Experimental	32	82,1	7	17,9	0	0,0
	Control	9	23,1	30	76,9	0	0,0
A dos meses de la postintervención	Experimental	34	87,2	5	12,8	0	0,0
	Control	10	25,6	29	74,4	0	0,0
A cuatro meses de la postintervención	Experimental	37	94,9	2	5,1	0	0,0
	Control	9	23,1	30	76,9	0	0,0

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida.

En cuanto a las categorías de la calidad de vida, según los momentos y grupos del estudio, podemos notar que antes de la intervención el mayor porcentaje de las PAM en ambos grupos ostentaba una regular calidad de vida (71,8%, 28 personas en experimental y 74,4%, 29 personas en control). En los momentos posteriores a la intervención y solo en el grupo experimental, esta mayoría pasó a tener una buena calidad de vida (82,1%, 32; 87,2%, 34 y 94,9%, 37); suceso que no aconteció en el grupo control, ya que como se puede ver, los porcentajes alcanzados fueron muy similares y se mantuvieron en la misma categoría (76,9%, 30; 74,4%, 29 y 76,5%, 30).

FIGURA 5. Puntajes alcanzados en la calidad de vida, según momentos y grupos de estudio



En esta figura de error-bar, agrupadas según grupos y comparados de acuerdo a los cuatro momentos del estudio, podemos percatarnos específicamente de las variaciones en las distribuciones de la variable general calidad de vida, del cual se puede decir que las barras en el momento inicial son parecidas y se ubican casi en la misma posición en el eje de puntajes, hasta podríamos insinuar que fueron homogéneos.

También se observa que en los momentos postintervención existieron grandes diferencias, ya que el grupo experimental se ubicó muy por encima del grupo control en la escala de puntajes, hecho que denota incremento en sus valores.

II. ANÁLISIS INFERENCIAL

TABLA 19. Estimaciones de similitud de las características basales en los grupos de estudio

Estimación de las características basales	Experimental (n1 = 39)	Control (n2 = 39)	p - valor
Basados en chi cuadrado (homogeneidad)			
% género femenino	69,2	61,5	0,475
% edad (70 a 79 años)	48,7	38,5	0,605
% estado conyugal (casado/a)	38,5	48,7	0,879
% escolaridad (primaria)	56,4	51,3	0,714
% ocupación (labores del hogar)	56,4	46,2	0,823
% fuente de ingresos (ninguno)	48,7	43,6	0,782
% vivienda (propia)	41,0	56,4	0,234
% convivencia (hijos)	53,8	41,0	0,162
% apoyo familiar (sí)	74,4	69,2	0,615
Levene (homocedasticidad)			
% estado de salud (regular)	71,8	79,5	0,550
% condiciones socioeconómicas (regular)	46,2	56,4	0,704
% satisfacción por la vida	71,8	69,2	0,044
% bienestar subjetivo (sin bienestar)	76,9	71,8	0,958
% calidad de vida (regular)	71,8	74,4	0,179

Fuente: Elaboración propia.

En el momento basal o previo a la intervención, ambos grupos resultaron homogéneos (con contrastes estadísticos basados en chi cuadrado y sus correcciones exactas) en todas las variables de caracterización (género, edad, estado conyugal, escolaridad, ocupación, fuente de ingresos, vivienda, convivencia y apoyo familiar), ya que resultaron no significativas (p - valor $> 0,05$) cuando se contrastaron con los estadísticos de homogeneidad.

Así también, resultaron con homocedasticidad (prueba de Levene) las variables de interés del estudio (estado de salud, condiciones socioeconómicas, bienestar subjetivo y calidad de vida), no significativas (p - valor $> 0,05$).

Una sola variable resultó significativa (sin homocedasticidad), satisfacción por la vida (p - valor $< 0,05$), hecho que no es contraproducente a nuestros objetivos de estudio. Para los fines del estudio, los datos hallados fueron más que suficientes para proseguir con el análisis.

TABLA 20. Comparación del estado de salud según grupos de estudio (cuatro contrastes para muestras independientes) y de acuerdo a cada momento evaluado

Momentos	Grupos	Media	Desv. típica	Prueba F	P - valor
Basal	Experimental	40,2	6,7	$F(1,76) = 2,55$	0,115
	Control	37,7	7,0		
Postintervención	Experimental	47,4	4,0	$F(1,76) = 57,13$	0,000
	Control	37,8	6,8		
A dos meses de la postintervención	Experimental	48,8	3,7	$F(1,76) = 77,44$	0,000
	Control	37,8	6,8		
A cuatro meses de la postintervención	Experimental	49,0	3,6	$F(1,76) = 83,68$	0,000
	Control	37,8	6,7		

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida.

Iniciamos realizando cuatro ANOVA (una por cada momento del estudio) para la variable estado de salud, siendo el factor intrasujeto los grupos de estudio, en donde se aprecia que la media en el grupo experimental en el momento basal fue ligeramente superior al grupo control (40,2% experimental y 37,7% control); pero a medida que transcurren los momentos del estudio, las medias se diferencian consistentemente (postintervención 47,4% en experimental y 37,8% en control); a dos meses de la postintervención (48,8% y 37,8%) y a cuatro meses de la postintervención (49,0% y 37,8%).

El primer ANOVA, el del momento basal, nos mostró que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ($F = 2,55$; $p = 0,115$) es más, líneas arriba el test de Levene nos aseguró que tenían homocedasticidad. Posterior a nuestra intervención, los tres ANOVA finales evidenciaron que efectivamente se produjeron cambios significativos entre los grupos de estudio (postintervención $F = 57,13$; $p = 0,000$; a dos meses $F = 77,44$; $p = 0,000$ y a 4 meses $F = 83,68$; $p = 0,000$).

TABLA 21. Comparación del estado de salud según momentos evaluados (dos contrastes para muestras repetidas) y de acuerdo a cada grupo de estudio

Grupo de estudio	Momentos del estudio	Media	Desv. típica	Prueba F	p - valor
Experimental	Basal	40,2	6,7	$F(3,152) = 30,65$	0,000
	Postintervención	47,4	4,0		
	A dos meses	48,8	3,7		
	A cuatro meses	49,0	3,6		
Control	Basal	37,7	7,0	$F(3,152) = 0,004$	1,000
	Postintervención	37,8	6,8		
	A dos meses	37,8	6,8		
	A cuatro meses	37,8	6,7		

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida.

Continuamos realizando dos ANOVA (una por cada grupo) para la variable estado de salud, siendo el factor de medidas repetidas los momentos del estudio, en donde se determina que en el grupo de experimento la media inicial (40,2 basal) fue muy inferior a las medias posteriores (47,4 post; 48,8 a dos meses y 49,0 a cuatro meses); mientras que en el grupo control, las medias fueron similares en los cuatro momentos (37,7 basal; 37,8 post a dos y a cuatro meses después de la intervención).

El ANOVA para el primer grupo (experimental) nos evidenció que en la variable estado de salud se produjeron cambios significativos entre los cuatro momentos evaluados ($F = 30,65$; $p = 0,000$) es decir, resultaron diferentes. En cambio, el segundo ANOVA (para el grupo control), nos aseguró que no hubo cambios significativos para este grupo.

TABLA 22. Evaluación de las tendencias *a posteriori* en la dimensión estado de salud según los grupos de estudio y en los momentos evaluados

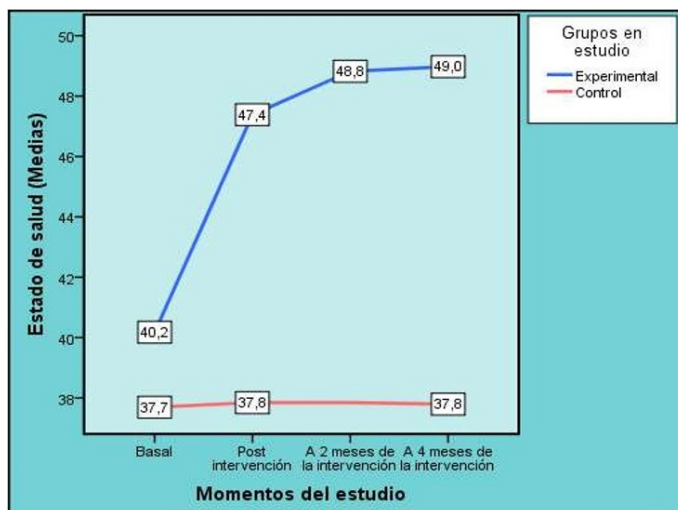
Grupo	Momentos (I-J)	Diferencia de medias	Error típico	p - valor
Experimental	Basal - postintervención	-7,205*	1,065	0,000
	Basal - a dos meses	-8,641*	1,065	0,000
	Basal - a cuatro meses	-8,795*	1,065	0,000
Control	Basal - postintervención	-0,154	1,550	1,000
	Basal - a dos meses	-0,154	1,550	1,000
	Basal - a cuatro meses	-0,103	1,550	1,000

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida.

Para concluir el análisis de la variable estado de salud, realizamos seis análisis *a posteriori* con ajuste de SIDACK con la finalidad de identificar los cambios de tendencia probados anteriormente; en donde se halla que en el grupo experimental las diferencias estadísticamente significativas se marcaron (* $p < 0,05$) entre el momento inicial (basal) y los tres momentos posteriores a la intervención, es decir, el momento basal es diferente de los tres momentos posteriores, ello expresa que la intervención en este grupo provocó cambios significativos. Por otro lado, en el grupo control, como era de esperarse, no se evidenciaron marcaciones ni significancia estadística.

Con los resultados de las tres tablas que analizan la variable, podemos rechazar nuestra hipótesis nula y aceptar la alterna, la cual determina que los talleres vivenciales (intervención) provocan cambios favorables (incremento) en el estado de salud de la PAM.

FIGURA 6. Medias de las distribuciones de la dimensión estado de salud según grupos de estudio y momentos evaluados



Esta figura de líneas agrupadas, sobre las medias de las distribuciones de la dimensión estado de salud, según los grupos y momentos del estudio, nos sirve para corroborar lo que veníamos probando anteriormente, además nos deja entender mejor los cambios producidos. En este gráfico se puede apreciar que en el momento inicial ambos grupos fueron similares (según la prueba de homocedasticidad), después de ello resultaron totalmente distintos ya que en el grupo que recibió la intervención (experimental) hubo un incremento consistente en los puntajes del estado de salud e incluso siguió incrementándose a medida que transcurrió el tiempo. Mientras que en el grupo control se mantuvieron constantes sus valores.

Sintetizando, en el grupo experimental en los tres momentos posteriores a la intervención, la PAM mostró un mayor estado de salud respecto al momento inicial, hecho que no ocurrió en el grupo control, en donde el estado de salud en los momentos posteriores a la intervención fue casi el mismo que del momento inicial.

TABLA 23. Comparación de la dimensión “condiciones socioeconómicas” según grupos de estudio (cuatro contrastes para muestras independientes) y de acuerdo a cada momento evaluado

Momentos	Grupos	Media	Desv. típica	Prueba F	p - valor
Basal	Experimental	9,7	2,6	F (1,76) = 2,12	0,115
	Control	10,6	2,6		
Postintervención	Experimental	11,4	2,5	F (1,76) = 2,04	0,157
	Control	10,6	2,6		
A dos meses de la postintervención	Experimental	11,4	2,5	F (1,76) = 2,14	0,147
	Control	10,5	2,6		
A cuatro meses de la postintervención	Experimental	11,7	2,4	F (1,76) = 3,77	0,056
	Control	10,6	2,6		

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida.

Iniciamos realizando cuatro ANOVA (una por cada momento del estudio) para la dimensión condiciones socioeconómicas, siendo el factor intrasujeto los grupos de estudio, en donde se apreció que la media en el grupo experimental en el momento basal fue un poco inferior al grupo control (9,7 en experimental y 10,6 en control), pero a medida que transcurrieron los momentos del estudio, las medias se diferenciaron en sentido inverso (postintervención 11,4 en experimental y 10,6 en control; a dos meses 11,4 y 10,5 y a cuatro meses 11,7 y 10,6).

En este caso, los cuatro ANOVA no evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ($p > 0,05$) es decir, al parecer las medias evidencian cambios entre los grupos, pero estos no fueron significativos, por lo que en la tabla siguiente se evalúan esos cambios.

TABLA 24. Comparación de la dimensión “condiciones socioeconómicas” según momentos evaluados (dos contrastes para muestras repetidas) y de acuerdo a cada grupo de estudio

Grupo de estudio	Momentos del estudio	Media	Desv. típica	Prueba F	p - valor
Experimental	Basal	9,7	2,6	$F(3,152) = 5,21$	0,002
	Postintervención	11,4	2,5		
	A dos meses	11,4	2,5		
	A cuatro meses	11,7	2,4		
Control	Basal	10,6	2,6	$F(3,152) = 0,002$	1,000
	Postintervención	10,6	2,6		
	A dos meses	10,5	2,6		
	A cuatro meses	10,6	2,6		

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida.

Continuamos realizando dos ANOVA (una por cada grupo) para la variable condiciones socioeconómicas, siendo el factor de medidas repetidas los momentos del estudio, en donde se determina que en el grupo de experimento la media inicial (9,7 basal) es muy inferior a las medias posteriores (11,4 post y a dos meses y 11,7 a cuatro meses); mientras que en el grupo control las medias fueron similares en los cuatro momentos (10,6 basal, post; 10,5 a dos meses y 10,6 a cuatro meses).

El ANOVA para el primer grupo (experimental), nos evidencia que en la variable condiciones socioeconómicas se produjeron cambios significativos entre los cuatro momentos evaluados ($F = 5,21$; $p = 0,002$) es decir, resultaron distintos ya que la diferencia entre grupos no fue notable, la diferencia entre momentos sí lo es. En cambio, el segundo ANOVA (para el grupo control) nos muestra que no hay cambios significativos para este grupo.

TABLA 25. Evaluación de las tendencias *a posteriori* en la dimensión condiciones socioeconómicas según los grupos de estudio y en los momentos evaluados

Grupo	Momentos (I-J)	Diferencia de medias	Error típico	p - valor
Experimental	Basal - postintervención	-1,692*	0,563	0,019
	Basal - a dos meses	-1,692*	0,563	0,019
	Basal - a cuatro meses	-2,000*	0,563	0,003
Control	Basal - postintervención	0,000	0,596	1,000
	Basal - a dos meses	0,026	0,596	1,000
	Basal - a cuatro meses	-0,026	0,596	1,000

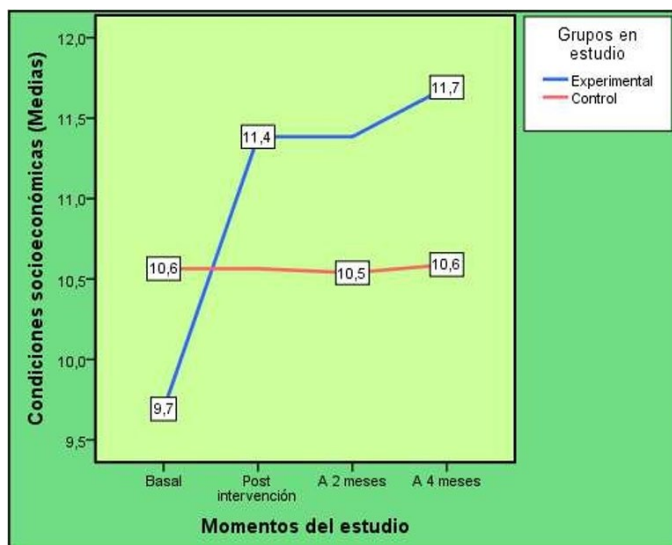
Fuente: Escala de medición de la calidad de vida.

Para concluir el análisis de la variable condiciones socioeconómicas, realizamos seis análisis *a posteriori* con el ajuste exacto de SIDACK con la finalidad de identificar los cambios de tendencia probados anteriormente; hallamos que en el grupo experimental las diferencias estadísticamente significativas se marcaron (* $p < 0,05$) entre el momento inicial (basal) y los tres momentos posteriores a la intervención (post, a dos y a cuatro meses) es decir, el momento basal es diferente de los tres momentos posteriores, ello expresa que la intervención en este grupo provocó cambios significativos. Por otro lado, en el grupo control, como era de esperarse, no se evidenciaron marcaciones ni significancia estadística.

Se empleó el ajuste SIDACK precisamente porque es el más exacto, ya que en un primer análisis nuestros grupos no resultaron estadísticamente diferentes, y en el segundo análisis, por momentos sí; este ajuste es el más idóneo.

Con los resultados de las tres tablas que analizan la presente variable, podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la alterna, la cual determina que los talleres vivenciales (intervención) provocan cambios favorables (aumento) en las condiciones socioeconómicas de la PAM.

FIGURA 7. Medias de las distribuciones de la dimensión “condiciones socioeconómicas” según grupos de estudio y momentos evaluados



La figura de líneas agrupadas sobre las medias de las distribuciones de la dimensión condiciones socioeconómicas, según los grupos y momentos del estudio nos sirve para corroborar lo que veníamos probando anteriormente.

También, en esta figura se puede notar que en el momento inicial ambos grupos no eran muy similares, pero se probó su homocedasticidad; después de ello resultaron distintos, ya que en el grupo que recibió la intervención (experimental) hay un incremento consistente en los puntajes de la variable e incluso sigue incrementándose a medida que transcurrieron los otros momentos evaluados. Mientras que en el grupo control se mantuvieron casi los mismos valores.

Sintetizando, en el grupo experimental en los tres momentos posteriores a la intervención, la PAM muestra mayores condiciones socioeconómicas respecto al momento inicial, hecho que no ocurre en el grupo control, en donde las condiciones socioeconómicas en los momentos posteriores a la intervención fueron casi las mismas que el del momento inicial.

TABLA 26. Comparación de la dimensión “satisfacción por la vida” según grupos de estudio (cuatro contrastes para muestras independientes) y de acuerdo a cada momento evaluado

Momentos	Grupos	Media	Desv. típica	Prueba F	p - valor
Basal	Experimental	62,6	13,4	F (1,76) = 0,001	0,977
	Control	62,7	10,2		
Postintervención	Experimental	76,8	7,7	F (1,76) = 53,42	0,000
	Control	62,4	9,6		
A dos meses de la postintervención	Experimental	78,5	7,1	F (1,76) = 65,01	0,000
	Control	62,5	10,1		
A cuatro meses de la postintervención	Experimental	78,5	6,8	F (1,76) = 70,81	0,000
	Control	62,5	9,7		

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida.

Iniciamos realizando cuatro ANOVA (una por cada momento del estudio) para la variable satisfacción por la vida, siendo el factor intrasujeto los grupos de estudio, en donde se aprecia que la media en ambos grupos en el momento fueron muy similares (62,6 en experimental y 62,7 en control), pero a medida que transcurrieron los momentos del estudio las medias se diferenciaron considerablemente (postintervención 76,8 en experimental y 62,4 en control; a dos meses 78,5 y 62,5 y a cuatro meses 78,5 y 62,5).

El primer ANOVA, el del momento basal, mostró que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (F = 0,001; p = 0,977) además, el test de Levene aseguró que tenían homocedasticidad. Posterior a la intervención, los tres ANOVA finales evidenciaron que efectivamente se produjeron cambios significativos entre los grupos del estudio (postintervención F = 53,42; p= 0,000; a dos meses F = 65,01; p = 0,000 y a cuatro meses F = 70,81; p = 0,000).

TABLA 27. Comparación de la dimensión “satisfacción por la vida” según momentos evaluados (dos contrastes para muestras repetidas) y de acuerdo a cada grupo de estudio

Grupo de estudio	Momentos del estudio	Media	Desv. típica	Prueba F	P - valor
Experimental	Basal	62,6	13,4	$F(3,152) = 27,54$	0,000
	Postintervención	76,8	7,7		
	A dos meses	78,5	7,1		
	A cuatro meses	78,5	6,8		
Control	Basal	62,7	10,2	$F(3,152) = 0,007$	0,999
	Postintervención	62,4	9,6		
	A dos meses	62,5	10,1		
	A cuatro meses	62,5	9,7		

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida.

Continuamos realizando dos ANOVA (una por cada grupo) para la dimensión satisfacción por la vida, siendo el factor de medidas repetidas los momentos del estudio, en donde se determinó que en el grupo de experimento la media inicial (62,6 basal) fue muy inferior a las medias posteriores (76,8 post; 78,5 a dos y cuatro meses), mientras que en el grupo control las medias fueron similares en los cuatro momentos (62,7 basal; 62,4 post y 62,5 a dos y cuatro meses).

El ANOVA para el primer grupo (experimental) evidencia que en la variable satisfacción por la vida se produjeron cambios significativos entre los cuatro momentos evaluados ($F = 27,54$; $p = 0,000$) es decir, resultaron diferentes. En cambio, el segundo ANOVA (para el grupo control) evidencia que no existieron cambios significativos para este grupo.

TABLA 28. Evaluación de la tendencia *a posteriori* en la dimensión “satisfacción por la vida” según los grupos de estudio y los momentos evaluados

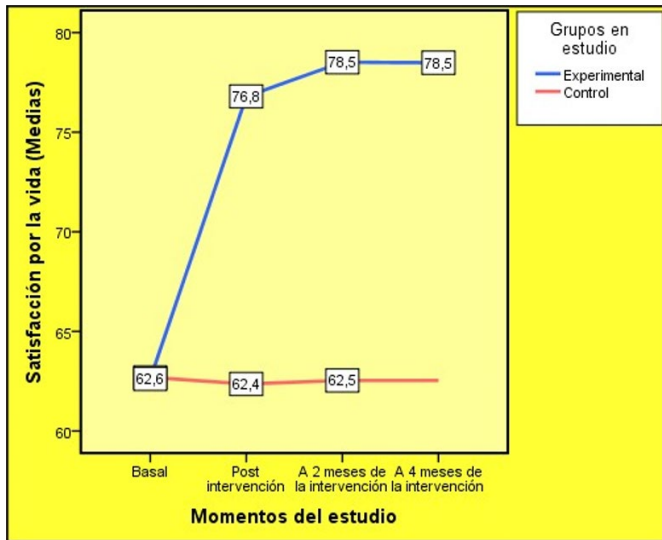
Grupo	Momentos (I-J)	Diferencia de medias	Error típico	p - valor
Experimental	Basal - postintervención	-14,179*	2,075	0,000
	Basal - a dos meses	-15,897*	2,075	0,000
	Basal - a cuatro meses	-15,872*	2,075	0,000
Control	Basal - postintervención	0,333	2,246	1,000
	Basal - a dos meses	0,154	2,246	1,000
	Basal - a cuatro meses	0,154	2,246	1,000

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida.

Para concluir el análisis de la dimensión satisfacción por la vida, se realizaron seis análisis *a posteriori* con ajuste de SIDACK, con la finalidad de identificar los cambios de tendencia probados anteriormente, en donde encontramos que en el grupo experimental las diferencias estadísticamente significativas se marcaron (* $p < 0,05$) entre el momento inicial (basal) y los tres momentos posteriores a la intervención (post, a dos y a cuatro meses) es decir, el momento basal fue diferente de los tres momentos posteriores, ello expresa que la intervención en este grupo provocó cambios significativos. Por otro lado, en el grupo control, como era de esperarse, no se evidenciaron marcaciones ni significancia estadística.

Con los resultados de las tres tablas que analizan la variable, podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la alterna, la cual determina que los talleres vivenciales (intervención) provocan cambios favorables (incremento) en el nivel de satisfacción de la PAM.

FIGURA 8. Medias de las distribuciones de la dimensión “satisfacción por la vida” según grupos de estudio y momentos evaluados



La figura de líneas agrupadas, sobre las medias de las distribuciones de la variable satisfacción por la vida, según los grupos y momentos del estudio, corrobora lo que se venía probando anteriormente y permite entender mejor los cambios que se han producido. En consecuencia, se puede apreciar que en el momento inicial ambos grupos fueron similares (se probó homocedasticidad) después de ello, resultaron totalmente distintos ya que en el grupo que recibió la intervención (experimental) hay un incremento consistente en los puntajes del nivel de satisfacción e incluso siguió incrementándose a medida que transcurrieron los tiempos, mientras que el grupo control mantuvo sus valores constantes.

Sintetizando, en el grupo de experimento en los tres momentos posteriores a la intervención, la PAM muestra una mayor satisfacción por la vida respecto al momento inicial, hecho que no ocurrió en el grupo control, en donde la satisfacción por la vida en los momentos posteriores a la intervención fue casi el mismo que del momento inicial.

TABLA 29. Comparación de la dimensión “bienestar subjetivo” según grupos de estudio (cuatro contrastes para muestras independientes) y de acuerdo a cada momento evaluado

Momentos	Grupos	Media	Desv. típica	Prueba F	p - valor
Basal	Experimental	4,7	3,8	F (1,76) = 0,52	0,475
	Control	5,3	3,5		
Postintervención	Experimental	9,9	4,7	F (1,76) = 27,20	0,000
	Control	5,1	3,4		
A dos meses de la postintervención	Experimental	10,8	4,2	F (1,76) = 52,42	0,000
	Control	4,8	3,0		
A cuatro meses de la postintervención	Experimental	11,3	3,9	F (1,76) = 66,00	0,000
	Control	5,0	2,9		

Fuente: Cuestionario de bienestar subjetivo.

Al realizar los cuatro ANOVA (una por cada momento del estudio) para la dimensión bienestar subjetivo, siendo el factor intrasujeto los grupos de estudio, se evidenció que la media en ambos grupos en el momento parecieron ser similares (4,7 en experimental y 5,3 en control); pero a medida que trascurrieron los momentos del estudio, las medias se diferenciaron notablemente (postintervención 9,9 en experimental y 5,1 en control; a dos meses 10,8 y 4,8 y a cuatro meses 11,3 y 5,0).

El primer ANOVA, el del momento basal, muestra que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (F = 0,52; p = 0,475) aunque el test de Levene aseguró que no había homocedasticidad. Posterior a la intervención, los tres ANOVA finales evidenciaron que efectivamente se produjeron cambios significativos ente los grupos del estudio (postintervención F = 27,20; p = 0,000; a dos meses F = 52,42; p = 0,000 y a cuatro meses F = 66,00; p =0,000).

TABLA 30. Comparación de la dimensión “bienestar subjetivo” según momentos evaluados (dos contrastes para muestras repetidas) y de acuerdo a cada grupo de estudio

Grupo de estudio	Momentos del estudio	Media	Desv. típica	Prueba F	p - valor
Experimental	Basal	4,7	3,8	$F(3,152) = 20,82$	0,000
	Postintervención	9,9	4,7		
	A dos meses	10,8	4,2		
	A cuatro meses	11,3	3,9		
Control	Basal	5,3	3,5	$F(3,152) = 0,20$	0,900
	Postintervención	5,1	3,4		
	A dos meses	4,8	3,0		
	A cuatro meses	5,0	2,9		

Fuente: Cuestionario de bienestar subjetivo.

Continuamos realizando dos ANOVA (una por cada grupo) para la dimensión bienestar subjetivo, siendo el factor de medidas repetidas los momentos del estudio, en donde se establece que en el grupo de experimento la media inicial (4,7 basal) fue muy inferior a las medias posteriores (9,9 post; 10,8 a dos meses y 11,3 a cuatro meses); mientras que en el grupo control, las medias fueron similares en los cuatro momentos (5,3 basal; 5,1 post; 4,8 a dos meses y 5,0 a cuatro meses después de la intervención).

El ANOVA para el primer grupo (experimental) evidencia que en la dimensión bienestar subjetivo se produjeron cambios significativos entre los cuatro momentos evaluados ($F = 20,82$; $p = 0,000$) es decir, resultaron diferentes. En cambio, el segundo ANOVA (para el grupo control) demuestra que no existieron cambios significativos en este grupo.

TABLA 31. Evaluación de las tendencias *a posteriori* en la dimensión “bienestar subjetivo” según los grupos de estudio y los momentos evaluados

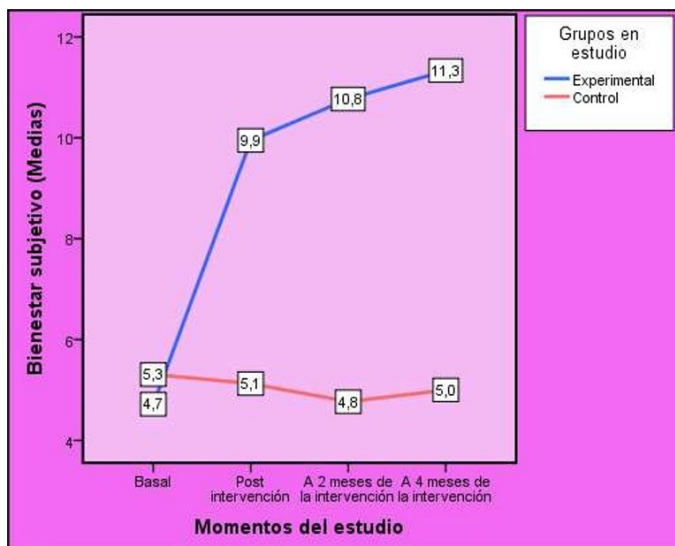
Grupo	Momentos (I-J)	Diferencia de medias	Error típico	p - valor
Experimental	Basal - postintervención	-5,231*	0,941	0,000
	Basal - a dos meses	-6,051*	0,941	0,000
	Basal - a cuatro meses	-6,615*	0,941	0,000
Control	Basal - postintervención	0,333	0,725	1,000
	Basal - a dos meses	0,154	0,725	0,975
	Basal - a cuatro meses	0,154	0,725	0,999

Fuente: Cuestionario de bienestar subjetivo.

Para concluir el análisis de la variable bienestar subjetivo, se realizaron seis análisis *a posteriori* con ajuste de SIDACK, con la finalidad de identificar los cambios de tendencia probados anteriormente, en donde se halla que en el grupo experimental las diferencias estadísticamente significativas se marcaron (* $p < 0,05$) entre el momento inicial (basal) y los tres momentos posteriores a la intervención (post, a dos y a cuatro meses) es decir, el momento basal fue diferente de los tres momentos posteriores, ello expresa que la intervención en este grupo provocó cambios significativos. Por otro lado, en el grupo de control, como se esperaba, no se evidenciaron marcaciones ni significancia estadística.

Basados en los resultados de las tres tablas que analizan la dimensión, podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la alterna, la cual determina que los talleres vivenciales (intervención) provocan cambios favorables (incremento) en el bienestar subjetivo de la PAM.

FIGURA 9. Medias de las distribuciones de la dimensión “bienestar subjetivo” según grupos de estudio y momentos evaluados



La figura de líneas agrupadas que se muestra sobre las medias de las distribuciones de la dimensión bienestar subjetivo, según los grupos y momentos del estudio, corrobora lo que se venía diciendo anteriormente y permite entender mejor los cambios.

También, la figura muestra que en el momento inicial ambos grupos fueron similares (aunque no hubo homocedasticidad), después de ello resultaron totalmente distintos, ya que en el grupo que recibió la intervención (experimental) hay un incremento exagerado en los puntajes del bienestar subjetivo e incluso sigue subiendo a medida que transcurrieron los tiempos. Mientras que el grupo control mantuvo sus valores casi constantes.

Resumiendo, en el grupo de experimento en los tres momentos posteriores a la intervención, la PAM mostró un mayor bienestar subjetivo respecto al momento inicial, hecho que no ocurrió en el grupo control, en donde las puntuaciones del bienestar subjetivo, en los momentos posteriores a la intervención, fueron muy similares a los del momento inicial.

TABLA 32. Comparación general de la calidad de vida según grupos de estudio (cuatro contrastes para muestras independientes) y de acuerdo a cada momento evaluado

Momentos	Grupos	Media	Desv. típica	Prueba F	P - valor
Basal	Experimental	112,5	20,8	F (1,76) = 0,13	0,725
	Control	110,9	17,5		
Postintervención	Experimental	135,6	10,6	F (1,76) = 62,36	0,000
	Control	110,8	16,5		
A dos meses de la postintervención	Experimental	138,7	9,8	F (1,76) = 76,86	0,000
	Control	110,9	17,2		
A cuatro meses de la postintervención	Experimental	139,2	9,1	F (1,76) = 86,33	0,000
	Control	110,9	16,6		

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida.

Al realizar los cuatro ANOVA (una por cada momento de estudio), para la variable general calidad de vida, siendo el factor intrasujeto los grupos de estudio, se evidenció que la media en ambos grupos en el momento fueron similares (112,5 en experimental y 110,9 en control), pero a medida que transcurrieron los momentos del estudio, las medias se diferenciaron notablemente (postintervención 135,6 en experimental y 110,8 en control; a dos meses 138,7 y 110,9 y a cuatro meses 139,2 y 110,9).

El primer ANOVA realizado para el momento basal, evidenció que no existieron diferencias significativas entre los dos grupos ($F = 0,13$; $p = 0,725$) además, el test de Levene asevera homocedasticidad. Posterior a la intervención, los tres ANOVA finales evidenciaron que efectivamente se produjeron cambios significativos entre los grupos del estudio (postintervención $F = 62,36$; $p = 0,000$; a dos meses $F = 76,86$; $p = 0,000$ y a cuatro meses $F = 86,33$; $p = 0,000$).

TABLA 33. Comparación de la calidad de vida general según momentos evaluados (dos contrastes para muestras repetidas) y de acuerdo a cada grupo de estudio

Grupo de estudio	Momentos del estudio	Media	Desv. típica	Prueba F	p - valor
Experimental	Basal	112,5	20,8	$F(3,152) = 35,18$	0,000
	Postintervención	135,6	10,6		
	A dos meses	138,7	9,8		
	A cuatro meses	139,2	9,1		
Control	Basal	110,9	17,5	$F(3,152) = 0,001$	1,000
	Postintervención	110,8	16,5		
	A dos meses	110,9	17,2		
	A cuatro meses	110,9	16,6		

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida.

Continuamos realizando dos ANOVA (una por cada grupo) para la variable general calidad de vida, siendo el factor de medidas repetidas, los momentos del estudio, en donde se establece que en el grupo de experimento la media inicial (112,5 basal) fue muy inferior a las medias posteriores (135,6 post; 138,7 a dos meses y 139,2 a cuatro meses); mientras que en el grupo control las medias fueron similares en los cuatro momentos (110,9 basal; 110,8 post y 110,9 a cuatro meses después de la intervención).

El ANOVA para el primer grupo (experimental) reveló que en la variable general calidad de vida se produjeron cambios significativos entre los cuatro momentos evaluados ($F = 35,18$; $p = 0,000$) es decir, resultaron diferentes. En cambio, el segundo ANOVA (para el grupo control), demuestra que no existieron cambios significativos en este grupo.

TABLA 34. Evaluación de las tendencias *a posteriori* en la calidad de vida general según grupos de estudio y los momentos evaluados

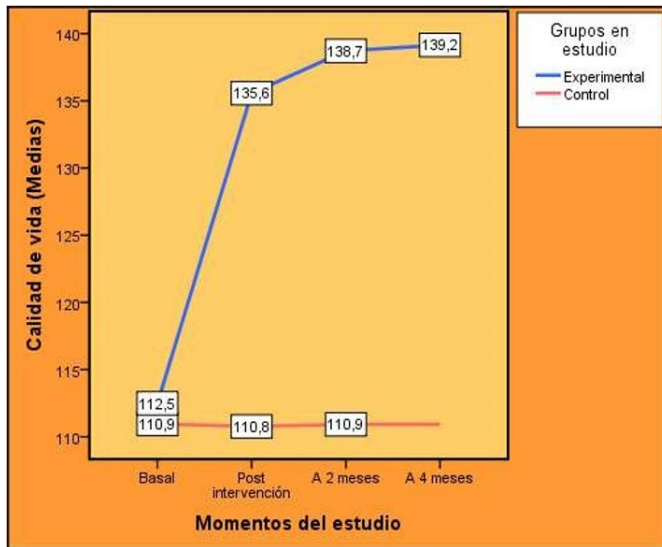
Grupo	Momentos (I-J)	Diferencia de medias	Error típico	p - valor
Experimental	Basal - postintervención	-23,077*	3,043	0,000
	Basal - a dos meses	-26,231*	3,043	0,000
	Basal - a cuatro meses	-26,667*	3,043	0,000
Control	Basal - postintervención	0,179	3,844	1,000
	Basal - a dos meses	0,026	3,844	1,000
	Basal - a cuatro meses	0,026	3,844	1,000

Fuente: Escala de medición de la calidad de vida.

Para concluir el análisis de la variable global calidad de vida, realizamos seis análisis *a posteriori* con ajuste de SIDACK con la finalidad de identificar los cambios de tendencia probados anteriormente; en donde se halla que en el grupo experimental las diferencias estadísticamente significativas se marcaron (* $p < 0,05$) entre el momento inicial (basal) y los tres momentos posteriores a la intervención (post, a dos y a cuatro meses) es decir, el momento basal fue diferente en los tres momentos posteriores, ello denota que la intervención en este grupo provocó cambios significativos. Por otro lado, en el grupo de control, como era de esperarse, no se evidenciaron marcaciones ni significancia estadística.

Basados en los resultados de las tres tablas que analizan la variable general, podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la alterna, la cual determina que los talleres vivenciales (intervención) provocan cambios favorables (incremento) en la calidad de vida de la PAM.

FIGURA 10. Medias de las distribuciones de la calidad de vida general, según grupos de estudio y momentos evaluados



Por último, en la figura de líneas agrupadas que se muestra, las medias de las distribuciones de la variable bienestar subjetivo, según los grupos y momentos del estudio, se comprueba lo que se venía declarando anteriormente y nos permite entender mejor los cambios. El gráfico muestra que en el momento inicial ambos grupos fueron muy similares (homocedasticidad), después de ello resultaron totalmente distintos, ya que el grupo que recibió la intervención (experimental) hay un incremento exorbitante en los puntajes de la variable e incluso sigue incrementándose a medida que transcurrieron los tiempos. Mientras que el grupo control mantiene valores casi constantes.

Resumiendo, en el grupo de experimento en los tres momentos posteriores a la intervención, los adultos mayores mostraron una mayor calidad de vida respecto al momento inicial, hecho que no ocurrió en el grupo control, ya que las puntuaciones de la variable general calidad de vida en los momentos posteriores a la intervención, fueron muy similares a la del momento inicial.

CAPÍTULO QUINTO

Discusión de resultados de la investigación

El envejecimiento poblacional es uno de los logros más importantes de la sociedad, lo que a su vez, lo convierte en uno de los mayores desafíos¹³⁵. A medida que avanza el siglo XXI, la población adulta mayor –PAM–, será uno de los segmentos de la población con mayor tasa de crecimiento en todos los países del mundo, en quienes subyace la condición de vulnerabilidad a los riesgos por las sucesivas pérdidas de roles significativos¹³⁶.

Por consiguiente, se deben realizar acciones encaminadas para que los últimos años de vida de este importante grupo poblacional, que contribuye en forma significativa en el desarrollo de futuras generaciones, sean más saludables, con menos dependencia y mejor calidad de vida;

135 NATIONAL INSTITUTE ON AGING, NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH y U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Why population aging matters: A global perspective*, Washington, D. C., National Institute on Aging y National Institutes of Health, 2007, disponible en [<https://2001-2009.state.gov/g/oes/rls/or/81537.htm>].

136 KENNETH E. MOBILY, JON H. LEMKE y GEORGE J. GISIN. “The idea of leisure repertoire”, *Journal of Applied Gerontology*, vol. 10, n.º 2, 1991, pp. 208 a 223.

siendo este un indicador de envejecimiento satisfactorio, por lo que es importante considerarlo como un reto para el desarrollo de los diferentes programas sociales y de manera particular para la atención de salud.

Para evitar la disminución de las capacidades funcionales de la PAM, se deben identificar y realizar actividades que tiendan a aumentar su percepción de control personal, su eficacia, bienestar y por ende su calidad de vida; en torno a ello, existen diversas acciones y experiencias como los programas de envejecimiento activo.

En tal efecto, una de las estrategias que han venido aplicando las organizaciones de salud en diversos contextos son los talleres vivenciales, que constituyen estrategias basadas en un conjunto de actividades vividas por los sujetos como gratificantes, que tienden a producir percepciones de capacidad personal, eficacia en sus actividades de la vida diaria y control conllevando a la mejora de la calidad de vida.

Este beneficio de los talleres vivenciales, propició la inquietud de demostrar tal efecto en el incremento de la calidad de vida de la PAM perteneciente al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor –CIAM– de Pillco Marca, cuya propuesta se sustenta en la promoción de salud¹³⁷.

Las intervenciones positivas, de carácter promocional de la calidad de vida de grupos poblacionales específicos, como lo es la PAM, son parte del cuidado integral de la salud de las personas que brinda el profesional de enfermería, quien de manera sistemática estima las necesidades de la población, estudia las causas e impacto de las variables psicosociales intervinientes en el estado de salud y optimiza las decisiones terapéuticas¹³⁸. “Estas acciones han adquirido especial relevancia en los últimos años, toda vez que los cuidados se centran actualmente, no solo en la supervivencia, sino más bien, en una supervivencia con calidad”¹³⁹.

El punto de partida de la presente investigación, fue probar el efecto

137 PABLO VERA VILLARROEL, PILAR VALENZUELA, OCTAVIO ABARCA y NADIA RAMOS. “Evaluación de una intervención conductual intensa y breve para el manejo de estados emocionales: Un estudio piloto”, *Acta Colombiana de Psicología*, vol. 8, n.º 1, 2005, pp. 121 a 132, disponible en [<https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/435>].

138 BERNARDO MORENO JIMÉNEZ y CARMEN XIMÉNEZ GÓMEZ. “Evaluación de la calidad de la vida”, en GUALBERTO BUELA CASAL, VICENTE E. CABALLO MANRIQUE y CARLOS J. SIERRA (dirs.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*, Madrid, Siglo XXI, 1996, pp. 1.045 a 1070.

139 GEORGE W. TORRANCE. “Utility approach to measuring health-related quality of life”, *Journal of Chronic Diseases*, vol. 40, n.º 6, 1987, pp. 593 a 600.

de los talleres vivenciales (intervención) en el incremento de la calidad de vida de la PAM del grupo experimental, respecto al grupo control, ambos pertenecientes al CIAM de la municipalidad de Pillco Marca. Para ello, se utilizaron dos instrumentos de evaluación de la calidad de vida, tanto objetivo como subjetivo, los mismos que fueron validados y confiabilizados para ser aplicados a la muestra de PAM, durante un período de cuatro meses en diferentes momentos (basal, postintervención, a dos meses de la postintervención y a cuatro meses de la misma).

De este modo, se ha comprobado en el grupo experimental mediante los ANOVA, que los talleres vivenciales (intervención) provocan cambios favorables (incremento) en la calidad de vida de la PAM ($p < 0,05$) entre el momento basal y los tres momentos posteriores a la intervención. Por otro lado, en el grupo control, como era de esperarse, no se evidenciaron marcaciones ni significancia estadística. Este hecho responde a la capacidad explicativa del modelo selección-optimización-compensación de funciones y/o actividades –soc– propuesta por BALTES y BALTES¹⁴⁰, por el que se activan todas las funciones y/o actividades que aún conservan y/o realizan las personas, seleccionándolas según función u objetivo, favoreciendo la salud y bienestar. En el caso de la PAM, en virtud de la serie de pérdidas y deterioros que se dan conforme envejecen, requieren activarse aquellas que se encuentran en proceso de deterioro, cuyo logro favorece una vejez exitosa.

En este sentido, el taller vivencial, por su carácter dinámico, flexible, estimulante y comprometido, activa los sistemas corporales que propician el funcionamiento orgánico y el desarrollo de capacidades. También incentivan la interacción social, cultural y espiritual. En suma, es una de las estrategias que produce mejor satisfacción y bienestar.

En esta misma línea, el modelo del envejecimiento activo de FERNÁNDEZ- BALLESTEROS¹⁴¹ apoya el resultado que se obtuvo, en el sentido que la PAM que se inclina en asimilar los cuatro componentes esenciales en el buen envejecimiento: baja probabilidad de enfermar y de discapacidad asociada, alto funcionamiento cognitivo, alto funcionamiento físico y compromiso con la vida, permite un despliegue en las relaciones sociales, la competencia social, la participación y la productividad propiciando un envejecimiento con éxito.

140 BALTES y BALTES (eds.). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, cit.

141 FERNÁNDEZ-BALLESTEROS GARCÍA. “Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales”, cit.

En el mismo contexto, “la teoría de la actividad, establece que un buen envejecimiento implica el mantenimiento de actividades y actitudes habituales de la persona por el máximo de tiempo posible”¹⁴², el que se logra mediante experiencias educativas, siendo los talleres vivenciales los que promueven una vejez activa, en el sentido que se desarrollan nuevas actividades sin dejar de conservar las antiguas, revelando un carácter positivo para la PAM¹⁴³.

Así mismo, la teoría de la estratificación por edad, explica que “las vivencias de la PAM dependen de dos tipos de experiencia: 1) los de su curso de vida, que obedecen a cambios físicos y mentales y 2) del momento histórico que les tocó vivir como parte de la cohorte a la que pertenece”¹⁴⁴; relacionando esta propuesta a nuestro estudio, se asume que los talleres vivenciales constituyen experiencias relevantes que estimulan y refuerzan los aprendizajes de la PAM.

En este mismo discurso, la teoría de la vinculación-desvinculación sostiene que el ser humano se desarrolla en sociedad y, como consecuencia, “realiza una serie de actividades concretas, por ello es conveniente o adaptativo que la persona que ha llegado a la tercera edad siga comprometiéndose en ciertas actividades sociales, tal es el caso de las intervenciones educativas, talleres integrales, etc.”¹⁴⁵.

La teoría del aprendizaje social también explica el resultado obtenido, dado que las actividades desarrolladas en los talleres vivenciales son experiencias y estrategias relevantes relacionadas al logro de la calidad de vida, que la PAM lo observa y lo refuerza en su actuar, logrando continuidad de sus actividades de la vida diaria y las instrumentales¹⁴⁶.

142 RODRÍGUEZ MARTÍN, CONEJOS ALEGRE, FUENMAYOR DÍAZ, MIRADA ARIET, SANZ IZQUIERDO, TORRUELLA BARRAQUER y VELA BALLESTERO. “Calidad de vida a mediano y largo plazo en pacientes mayores de 65 años con trasplante renal”, cit.

143 Ídem.

144 DIEGO SÁNCHEZ GONZÁLEZ. “Envejecimiento demográfico urbano y sus repercusiones socioespaciales en México: Retos de la planeación gerontológica”, *Revista de Geografía Norte Grande*, n.º 38, 2007, pp. 45 a 61, disponible en [<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5775407>].

145 FREIRE DE OLIVEIRA NETO. “Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF y SF-36”, cit., p. 34.

146 BANDURA. “Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change”, cit.

De otro lado, la teoría de la educación social¹⁴⁷ también refuerza el resultado obtenido, en el sentido que los talleres vivenciales buscan la adquisición de conocimientos y una práctica sobre estos, para lo cual se tiene que establecer el momento inicial en que se encuentra el participante; anticipar y predecir el estado final que se quiere conseguir, a lo que ESCAMEZ¹⁴⁸ considera como acciones que acerquen o aproximen al patrón que se pretende, así seleccionar y determinar las estrategias de actuación como aquellas intervenciones complementadas con las vivencias, que logra sensibilizar y motivar a la PAM sobre su autocuidado y de esta forma se consigue que practique activamente las vivencias aprendidas para mejorar su calidad de vida.

Del mismo modo, la OPS¹⁴⁹ utilizó el lema “Sigamos activos para envejecer bien” con ocasión del Día Mundial de la Salud, celebrado el 7 de abril de 1999. Este lema nos recuerda que el envejecimiento saludable es más que evitar las enfermedades, es adoptar comportamientos y estilos de vida saludables, estimulantes y productivos, tal como es el propósito de la estrategia adoptada.

Entre los estudios que concuerdan con nuestro resultado, se encuentra el realizado por VERGARA y GONZÁLEZ-CELIS¹⁵⁰, quienes demostraron que la intervención educativa con talleres vivenciales ha sido la base de nuevos aprendizajes, basados en sus experiencias para la atención de la PAM.

Por otro lado, GONZÁLEZ-CELIS¹⁵¹ realizó:

Un taller de promoción de salud, con [ocho] sesiones, para fortalecer la autoeficacia de un grupo de adultos mayores de entre 55 y 74 años y lo comparó con un grupo control.

-
- 147 PACIANO FERMOSE ESTÉBANEZ. *Teoría de la educación*, Madrid, Trillas, 1981.
 - 148 JUAN ESCÁMEZ SÁNCHEZ. “Educación y normatividad”, en JOSÉ LUIS CASTILLEJO BRULL. *Teoría de la educación 1. El problema de la educación*, Murcia, Edit. Límites, 1983, pp. 61 a 77.
 - 149 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Salud de los pueblos indígenas de las Américas: Evaluación de los logros en salud en el marco del decenio internacional de los pueblos indígenas del mundo*, cit.
 - 150 VERGARA LOPE TRISTÁN y GONZÁLEZ-CELIS RANGEL. “Psicoterapia cognitivo conductual de grupo manualizada como una alternativa de intervención con adultos mayores”, cit.
 - 151 GONZÁLEZ-CELIS RANGEL y ARAUJO VIVEROS. “Estrategias de afrontamiento ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores mexicanos”, cit.

El taller fue desarrollado con técnicas psicoeducativas y dinámicas vivenciales e incluyó temas como autocuidado, asertividad, solución de problemas, autoeficacia y apoyo social familiar. La autora halló diferencias reveladoras entre sus evaluaciones pre-post de calidad de vida, bienestar subjetivo, depresión y algunas de las categorías de autoeficacia en la mejora de la calidad de vida.

Así mismo, BETANCOURT *et al.* formaron “un taller con [diez] sesiones, sobre asertividad con un solo grupo de 15 PAM con aplicaciones pre-post, incluyendo principalmente técnicas psicoeducativas, visualizaciones creativas y juegos vivenciales. Los resultados mostraron diferencias considerables entre las dos aplicaciones en la variable asertividad”¹⁵².

Por su parte, CABALLERO *et al.* desarrollaron:

Un taller con 11 sesiones (de 90 minutos cada una) acerca de temas educativos del cuidado de la salud y dos sesiones de entrenamiento en relajación. El autor comparó adultos mayores hipertensos y diabéticos, y encontró que el conocimiento de la enfermedad, la adherencia terapéutica, el estado de salud y la percepción de la calidad de vida aumentó en ambos grupos, pero la ansiedad, la depresión y la percepción de salud solo mejoraron en el grupo de diabéticos¹⁵³.

En tanto, FLORES desarrolló “un taller de autoestima de cinco sesiones (dos horas cada una) para un grupo de adultos mayores, en el que logra diferencias significativas comparándolo con un grupo control y en las aplicaciones pre-post de autoestima y asertividad”¹⁵⁴.

152 SANDRA MARCELA BETANCOURT LLANOS, FRANCY MIRLEDY MONTOYA ROMERO y LYLIANA VÁSQUEZ BENÍTEZ. “Fortalecimiento de las habilidades sociales en un grupo de adultos mayores de la fundación Rosa de Misericordia del municipio de Tuluá – Valle del Cauca”, *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, vol. 6, n.º 3, 2022, pp. 32 a 55, disponible en [<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/2196>].

153 N. P. CABALLERO, L. G. GÓMEZ y T. M. LÓPEZ. “Diseño, aplicación y evaluación del programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 o hipertensión” (tesis de pregrado), México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2004.

154 ANA VALERIA FLORES GRIFALDO. “Ansiedad ante la muerte y calidad de vida en personas adultas mayores” (tesis de pregrado), Tlalnepantla, México,

Si bien la literatura reporta beneficios de los talleres vivenciales, se cuenta con informes sobre que una minoría de PAM no experimenta cambios y algunos pueden incluso empeorar¹⁵⁵. El porcentaje de pacientes que decaen debido a una intervención de tipo vivencial o educativa se cifra, según ORLINSKY *et al.*¹⁵⁶, entre el 7% y de acuerdo con SHAPIRO y SHAPIRO¹⁵⁷ en un 11,3%. Al respecto, futuras investigaciones deberían abordar los efectos colaterales de los talleres vivenciales.

ELLIS también reporta que “no todos los miembros experimentan progresos tan continuos y duraderos, algunos de ellos requieren dos o tres años de participación antes de observar mejorías significativas”¹⁵⁸. Tratando de explicar estas diferencias, LAMBERT acota que:

El paciente es quien más contribuye al éxito de la terapia, pues 55% del cambio que experimenta durante la intervención psicológica se asocia con variables del mismo paciente, como la severidad del trastorno físico o psicológico, la motivación, la disposición psicológica y las actitudes, la visión de sí mismo y de los demás, la capacidad de relacionarse, la red de apoyo social, la fuerza del ego, la habilidad para identificar un problema concreto, las expectativas del paciente y la credibilidad en las técnicas y 45% se asocia a

Universidad Nacional Autónoma de México, 2008, disponible en [<https://ru.dgb.unam.mx/items/7592ebbo-of13-4fa1-9fdf-89882612d1b4>].

- 155 RICHARD G. HEIMBERG y ROBERT E. BECKER. “Comparative outcome research”, en MICHEL HERSEN, LARRY MICHELSON y ALAN S. BELLACK (eds.). *Issues in psychotherapy research*, Nueva York, Springer, 1984, pp. 251 a 283; Al respect, ver MICHAEL J. LAMBERT y MICHAEL BARKHAM. “The efficacy and effectiveness of psychological therapies”, en MICHAEL BARKHAM, WOLFGANG LUTZ y LOUIS G. CASTONGUAY (eds.). *Bergin and Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 7.ª ed, Nueva York, Wiley, 2021, pp. 135 a 190.
- 156 DAVID E. ORLINSKY, KLAUS GRAWE y B. K. PARKS. “Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal”, en Allen E. Bergin y Sol L. Garfield (eds.). *Handbook of psychotherapy and behaviour change*, 4.ª ed., 1994, Nueva York, Wiley & Sons, pp. 270 a 378.
- 157 DAVID A. SHAPIRO y DIANA SHAPIRO. “Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement”, *Psychological Bulletin*, vol. 92, n.º 3, 1982, pp. 581 a 604.
- 158 ALBERT ELLIS. “Rational emotive behavior therapy and cognitive behavior therapy for elderly people”, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, vol. 17, 1999, pp. 5 a 18.

variables propias de la terapia, por tanto, externas al paciente, como la alianza terapéutica, la experiencia correctiva o la atmósfera de apoyo y la técnica terapéutica. Además de los aspectos indicados por los autores arriba citados, se considera que otros factores como las diferencias en las alteraciones del rendimiento intelectual y las variaciones de estatus cultural y educativo dentro de los miembros del grupo; el incumplimiento de tareas para casa, ejercicios de relajación para casa y/o lecturas; acontecimientos de vida pueden opacar los efectos positivos de un taller vivencial en la mejora de la calidad de vida¹⁵⁹.

También SÁNCHEZ¹⁶⁰, mencionan que es la sociedad quien obliga a la PAM a retirarse de la vida activa, por motivos de salud precaria, jubilación, pérdida de familiares y empobrecimiento.

Con respecto a la comprobación mediante los ANOVA de una de las hipótesis específicas de este trabajo, referida a que en el grupo experimental donde se aplica los talleres vivenciales se provocan cambios favorables (incremento) en el estado de salud de la PAM ($p < 0,05$) entre el momento basal y los tres momentos posteriores a la intervención (post, y a dos y cuatro meses) hecho que no sucedió en el grupo control, responde al supuesto de que el ritmo de la degeneración (modificaciones y alteraciones en su estado de salud física y psicológica) se puede modificar con la implementación de los talleres integrales de tipo vivenciales; en efecto, puede ayudar a mantener o mejorar la condición física, el estado mental y los niveles de presión arterial de la PAM¹⁶¹.

Estas modificaciones también se atribuyen a la educación como atributo de la promoción y la prevención, que adecuadamente planeadas y administradas, mejoran el estado de salud, la cual es considerada uno de los principales determinantes de la calidad de vida y el bienes-

159 MICHAEL J. LAMBERT. "Some implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy", *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*, vol. 5, n.º 1, 1986, pp. 16 a 45.

160 DIEGO SÁNCHEZ GONZÁLEZ. "Envejecimiento demográfico urbano y sus repercusiones socioespaciales en México: Retos de la planeación gerontológica", *Revista de Geografía Norte Grande*, n.º 38, 2007, pp. 45 a 61, disponible en [<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5775407>].

161 HARO-RIVERA. "Actividad física y estilo de vida saludable en el adulto mayor: Revisión sistemática", cit.

tar total, a la vez que repercute en el resto de los elementos o valores presentes en la misma (una vida larga, autónoma, independiente, satisfactoria y competente¹⁶²) y esta es, a su vez, una resultante también de la atención a la salud¹⁶³.

En consonancia con este hallazgo, GONZÁLEZ-CELIS y ARAUJO¹⁶⁴ comprobaron que los talleres vivenciales aplicados a la PAM desarrollan una valoración positiva sobre sus capacidades, potencialidades, toma de decisiones y consideración de una persona independiente. Este hecho genera en la PAM sentimientos de capacidad y les permite realizar exitosamente un comportamiento a favor de su salud, lo que contribuye a su satisfacción vital y calidad de vida. En esa misma perspectiva, CARRILLO *et al.*¹⁶⁵ afirman que los talleres educativos de salud incrementan la capacidad física, ayudan a mantener una buena salud mental, disminuyen los niveles de ansiedad y depresión, aumentan la confianza en la persona sobre su capacidad, ofrecen la oportunidad de una mejor interacción social, reducen el riesgo de enfermedades y mejoran su calidad de vida.

Por su parte, CALSO *et al.*¹⁶⁶ demostraron que los diversos talleres educativos aplicados al grupo experimental, mejoró su percepción sobre su estado de salud y autonomía en las actividades básicas de la vida diaria.

- 162 JOSÉ JAVIER YANGUAS LEZAUN. *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*, Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2006, disponible en [<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/yanguas-analisis-01.pdf>].
- 163 ROBERT M. KAPLAN, THEODORE G. GANIATS, WILLIAM J. SIEBER y JOHN P. ANDERSON. "The quality of well-being scale: Critical similarities and differences with SF-36", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 10, n.º 6, 1998, pp. 509 a 520.
- 164 GONZÁLEZ-CELIS RANGEL y ARAUJO VIVEROS. "Estrategias de afrontamiento ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores mexicanos", cit.
- 165 JESÚS CARRILLO VIGUERAS, MANUEL GÓMEZ LÓPEZ y GREGORIO VICENTE NICOLÁS. "Mejora de la calidad de vida de los mayores a través del Tai Chi y Chi Kung", *Retos*, vol. 16, 2009, pp. 86 a 91, disponible en [<https://revistaretos.org/index.php/retos/article/view/34981>].
- 166 L. J. CALSO VELÁZQUEZ, M. VILLANUEVA BENITES, E. FLORES TORRES, P. J. PÉREZ MORENO, LUIS FERNÁNDEZ LÓPEZ y M. VELÁZQUEZ CLAVIJO. "Estudio comparativo de la calidad de vida en personas mayores de las ciudades de Iquitos (Perú) y Sevilla (España)", *Revista de Enfermería. Albacete*, n.º 15, 2002, pp. 5 a 11, disponible en [<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6612174>].

A su vez, el estudio de CECILIA ALBALA *et al.*¹⁶⁷ demostró que los talleres de recreación y salud (gimnasia rítmica, taichí y otras actividades recreativas empleadas diariamente por el grupo experimental) mantienen una salud equilibrada, la capacidad de concentración y de resolución de problemas. Así mismo, ayudan a fortalecer las labores como cuidar nietos en casa, ayudar con los oficios domésticos y hacer compras, de manera que llevaron una vida más saludable y activa.

También, de forma coincidente, OBANDO *et al.*¹⁶⁸ comprobaron en los participantes de actividades físico-recreativas una mejora de la salud física y mental, manifestándose en la disposición de participación de las actividades, expresión de ánimo favorable, incremento de las capacidades físicas, funcional y coordinativas, y consiguiente disminución de dependencia.

Otro de los hallazgos obtenidos, indica que los talleres vivenciales (intervención) provocan cambios favorables en las condiciones socioeconómicas de la PAM del grupo experimental respecto al grupo control, según los diferentes momentos del estudio (postintervención 11,4 en experimental y 10,6 en control; a dos meses de la postintervención 11,4 y 10,5 y a cuatro meses 11,7 y 10,6); este resultado responde a la capacidad explicativa de la teoría del aprendizaje innovador en el sentido de que las alternativas de enseñanza-aprendizaje establecen cambios y progresos en el conocimiento, permitiendo de manera didáctica la solución de problemas y llevar a cabo tareas de aprendizaje complejas, que posibilitan saltos cuali-cuantitativos en el operante, que en este caso específico mejoran la capacidad productiva hacia la elevación de las condiciones socioeconómicas. Consideran, a su vez, que cada participante es un actor responsable de crear información para la formulación del producto, de organizar el proceso de aprendizaje y de difundir los resultados. En tal sentido, los talleres vivenciales aplicados a los participantes, permite la adquisición de habilidades y competencias que mejoran de forma significativa la capacidad de con-

167 ALBALA, GARCÍA y LERA. *Salud, bienestar y envejecimiento en Santiago, Chile SABE 2000*, cit.

168 ADRIANA OBANDO PIEDRA, JUDITH JIMÉNEZ DÍAZ y GERARDO ARAYA VARGAS. "Efecto de los programas de actividades física y físico-recreativas en la calidad de vida de personas adultas y adultas mayores", *Pensar en Movimiento: Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, vol. 23, n.º 1, 2025, disponible en [<https://archivo.revistas.ucr.ac.cr/index.php/pem/article/view/61821>].

trol, permitiéndole afrontar adecuadamente sus problemas en torno al aspecto socioeconómico e incrementando su autoeficacia¹⁶⁹.

Diversos autores¹⁷⁰ han señalado que la mejora de las condiciones socioeconómicas repercute de manera importante en la calidad de vida de la PAM, dentro de los cuales se encuentran incluidas variables como la situación monetaria y las condiciones de la vivienda.

En el mismo sentido, CARRASCO¹⁷¹ comprobó que la participación de la PAM en los talleres grupales como actividades musicales (escuchar música), actividades físicas (gimnasia, danza-terapia) y actividades al aire libre (paseos, caminatas), mejoró significativamente los niveles de autoestima, autoeficacia y la capacidad de realizar actividades básicas como de alimentación, gastos económicos, proyectos de promoción de la salud y su calidad de vida, etc.

En relación al efecto favorable de los talleres vivenciales en la satisfacción por la vida, se observó el incremento en el grupo experimental, hecho que no se suscitó en el grupo control, siendo sus valores en los momentos de estudio (postintervención 76,8 en experimental y 62,4 en control; a dos meses de la postintervención 78,5 y 62,5 y a cuatro meses 78,5 y de 62,5); este resultado se sustenta en la teoría de la actividad, que enfoca los talleres vivenciales, que incluyen un conjunto de actividades vivenciales partiendo del reconocimiento de sus limitaciones e involucrando a la familia, permite mantener activo a la PAM, evitando así el paulatino apartamiento social y psicológico a que se expone este grupo de estudio, siendo una de las principales necesidades para lograr satisfacción plena en la vida¹⁷², lo que permitirá contribuir al envejecimiento exitoso¹⁷³. Bajo este supuesto, el adulto mayor saludable y activo es un recurso para la familia y la sociedad, siendo estas capacidades significativas para la vida de la PAM¹⁷⁴.

-
- 169 KARL-HEINZ FLECHSIG y ERNESTO SCHIEFELBEIN (eds.). *Veinte modelos didácticos para América Latina*, Organización de los Estados Americanos, 2000.
 - 170 JUAN CARLOS ROCABRUNO MEDEROS. *Tratado de gerontología y geriatría clínica*, La Habana, Edit. Científico-Técnica, 1999; G. MANTILLA y A. U. MÁRQUEZ. *Envejecimiento: Experiencias y perspectivas*, Bogotá, AIG, 1996.
 - 171 CARRASCO DÁJER. "Relación entre la participación de los adultos mayores en proyectos de promoción de la salud y su calidad de vida", cit.
 - 172 GUY R. LEFRANÇOIS. *El ciclo de la vida*, México, D. F., Thompson, 2001.
 - 173 ILEANA PURÓN IGLESIAS y CLEMENTE COUSO SEOANE. "Calidades morales de salud en el adulto mayor", *Medisan*, vol. 3, n.º 4, 1999, pp. 30 a 37.
 - 174 EILYN TAHINA LEÓN MORENO. "Estrategia físico recreativa para mejorar

Así mismo, es importante anotar que la participación de las personas de edad avanzada en grupos de socialización para realizar actividades de ocio, lúdicas y ocupacionales, como lo proveen los talleres vivenciales, constituye en sí un factor de prevención para la depresión¹⁷⁵.

Por su parte, los talleres vivenciales resultaron ser un estímulo positivo para integrarse en actividades placenteras, este hecho concuerda con la acotación del CELADE¹⁷⁶ señalando que la participación de la PAM en intervenciones educativas, como los talleres vivenciales, ha de desarrollar nuevos estilos, experiencias gratas, motivacionales y de cambios inmediatos.

Los talleres administrados representaron también estímulos favorables para la acción, que van en la línea de la teoría conductista propuesta por SKINNER, citado por RODRÍGUEZ y LARIOS¹⁷⁷, al considerar que la persona aprende por refuerzo de comportamientos; en la medida que se refuerza el comportamiento, el sujeto continuará realizándolo o dejará de hacerlo. En tal sentido, se asume que la PAM que participa en los talleres vivenciales adquiere, entre otros refuerzos, habilidades y destrezas en el desarrollo de actividades de la vida diaria, con lo que opta comportamientos saludables, aprendizaje que le permite mayor independencia, incrementando su autonomía y satisfacción por sentirse útiles.

la calidad de vida de los adultos mayores de la urbanización La Isabelica”, *EFDeportes.com, Revista Digital*, año 19, n.º 193, 2014, disponible en [<https://www.efdeportes.com/efd193/calidad-de-vida-de-los-adultos-mayores-de-la-urbanizacion.htm>].

175 RAFAEL TUESCA MOLINA, NORMA FIERRO HERRERA, ALEXANDRA MOLINARES SOSA, FERNANDO OVIEDO MARTÍNEZ, YESID POLO ARJONA, JOSÉ POLO CUETO e IVÁN SIERRA MANRIQUE. “Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Barranquilla, Colombia”, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 77, n.º 5, 2003, pp. 595 a 604, disponible en [<https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v77n5/original5.pdf>].

176 CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA, COOPERAZIONE ITALIANA y FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe*, serie Seminarios y Conferencias n.º 30, Santiago de Chile, Naciones Unidas, 2003, disponible en [<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/01c52eba-8355-49d2-bb79-e4e6b73c4d19/content>].

177 BURRHUS FREDERIC SKINNER, cit. en ESTEBAN RODRÍGUEZ GARRIDO y BERENICE LARIOS DE RODRÍGUEZ. *Teorías del aprendizaje: Del conductismo radical a la teoría de los campos conceptuales*, 3.ª ed., Bogotá, Magisterio, 2011.

También, en la misma línea, OROSA¹⁷⁸ destaca la utilización de los talleres de reflexión en los proyectos educativos con el adulto mayor, en el cual están inmersos los talleres vivenciales al referir que estos cuentan con suficientes recursos de reflexión y de trabajo grupal, que facilitan el hecho de compartir vivencias, con sus propios códigos y de una manera amena, motivadora, que suscite la satisfacción con la vida.

SANHUEZA¹⁷⁹ también corrobora sobre la influencia positiva de un programa con sesiones de canto, baile, manualidades, relajación y ejercicio, en la mejora de las funciones mentales como la memoria, comprensión, orientación y equilibrio, que a su vez producen un óptimo autocuidado en el desempeño autónomo de la PAM y la satisfacción de sus necesidades funcionales básicas, cambios positivos en sus funciones mentales y mejor autopercepción en su estado de salud y satisfacción vital, al compararlos con adultos mayores que no participen de este tipo de programa.

En el ámbito social, los talleres integrales favorecen la participación del adulto mayor como ser social al incrementar las relaciones humanas, fomentando nuevas amistades y oportunidades de socialización, permitiendo reemplazar la pérdida de familiares y amigos por otra fuente de apoyo. “Al integrarse al grupo para realizar actividades conjuntas en su tiempo libre, le favorece la participación activa en roles sociales y para una satisfacción de vida adecuada y por consiguiente el incremento de la calidad de vida”¹⁸⁰.

Por último, en la dimensión bienestar subjetivo, de la calidad de vida de la PAM, los talleres vivenciales (intervención) generaron cambios favorables (incremento) en el grupo experimental; es decir, existieron diferencias significativas (* $p < 0,05$) entre el momento inicial (basal) y los tres momentos posteriores a la intervención (post, a dos meses y a cuatro meses); ello expresa que la intervención en este grupo provocó cambios significativos, no siendo así en el grupo

178 TERESA OROSA (coord.). IV Congreso Iberoamericano de Psicogerontología. Seminario Iberoamericano de Psicogerontología. Encuentro Regional de Adultos Mayores. I Taller de Gerontecnología Aplicada, La Habana, Cuba, 26 al 28 de octubre del 2011, disponible en [<https://promociondeeventos.sld.cu/psicogerontologia2011/>].

179 SANHUEZA PARRA. “Aplicación de un programa de apoyo como estrategia para aumentar la funcionalidad de adultos mayores”, cit., p. 60.

180 HARO-RIVERA. “Actividad física y estilo de vida saludable en el adulto mayor: Revisión sistemática”, cit.

control, resultado que se sustenta por el enfoque de las capacidades y funcionamientos de SEN¹⁸¹, el cual ha sido retomado por otros autores como NUSSBAUM¹⁸², en el sentido de que la provisión de estímulos de aprendizaje aumenta las capacidades y funcionamientos otorgando bienestar subjetivo. Esta teoría le da prioridad a lo que puede realizar la persona, más que a la posesión de bienes o recursos.

Del mismo modo, estos resultados van en la línea de la teoría de la continuidad, cuyo enfoque es constructivista, “basados en dos postulados básicos: primero, el paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado, manteniéndose la personalidad y el sistema de valores intactos; y segundo, al envejecer los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida”¹⁸³.

Al respecto, la 2ª Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en Madrid por la ONU¹⁸⁴, recomienda, entre otras medidas del plan de acción internacional, la participación del adulto mayor en actividades sociales, económicas, culturales, deportivas, recreativas y de voluntariado, por cuanto contribuyen en el mantenimiento e incremento del bienestar personal y subjetivo. En este sentido, la PAM, mediante los talleres integrales de tipo vivencial, cuenta con un medio importante de participación en la realización de actividades de promoción y el fomento de la interacción entre las generaciones.

Por el contrario, BARROS *et al.* señalan que:

Los sentimientos que genera la falta de actividad en los adultos mayores, se traducen en un fuerte sentimiento de inutilidad, de no tener nada que hacer consigo mismo ni con su tiempo, lo cual refuerza el proceso de desvalorización desencadenado por el sentimiento de haber sido

-
- 181 AMARTYA SEN. *Desarrollo y libertad*, ESTHER RABASCO y LUIS TOHARIA (trads.), Barcelona, Planeta, 2000.
 - 182 MARTHA NUSSBAUM. “Pobreza: Desarrollos conceptuales y metodológicos”, *Comercio Exterior*, vol. 53, n.º 5, 2003.
 - 183 ROBERT H. BINSTOCK y LINDA K. GEORGE. *Handbook of aging and social sciences*, 7.ª ed., San Diego, Elsevier, 2011.
 - 184 NACIONES UNIDAS. *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 8 a 12 de abril de 2002*, cit.

abandonado por la familia en particular, y por el mundo en general, hechos que deterioran el bienestar subjetivo¹⁸⁵.

Por tal situación,

se considera tan valiosa la estimulación de las actividades vivenciales en la PAM para minimizar los sentimientos de apatía y desinterés por la vida y por lo que le rodea, demostrándole que su tiempo libre puede ser ocupado beneficiosamente en actividades recreativas que lo ayudarán a no envejecer psicológicamente, aumentando su calidad de vida, mejorando el sistema cardiorrespiratorio, osteoarticular y no menos importante su integridad mental¹⁸⁶.

Queremos finalizar este capítulo, haciendo especial mención a las palabras descritas por RAMÍREZ y CASTRO:

“Loro viejo no aprende a hablar”. Los niños y los adultos aprenden de manera diferente. Los niños usualmente lo hacen por repetición y los adultos por interés. Es cuestión de darle oportunidades a la PAM, en este sentido los talleres vivenciales constituyen los espacios de participación a favor de un envejecimiento activo, que traduzcan en la calidad de vida¹⁸⁷.

185 CARMEN BARROS. “Factores que intervienen en el bienestar de los adultos mayores”, *Estudios Sociales (Santiago)*, n.º 77, 1993, pp. 31 a 48.

186 Ídem.

187 LEÓN MORENO. “Estrategia físico recreativa para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de la urbanización La Isabelica”, cit.

CAPÍTULO SEXTO

Conclusiones y sugerencias de la investigación

Como consecuencia de los resultados del estudio y discusión realizada se presentan las siguientes conclusiones:

En la dimensión *estado de salud*, se observaron cambios en los momentos posteriores a la intervención, los que fueron evidenciados mediante los cuatro ANOVA finales, que efectivamente demostraron diferencias significativas entre los grupos de estudio (post intervención $F = 57,13$; $p = 0,000$; a dos meses $F = 77,44$; $p = 0,000$ y a cuatro meses $F = 83,68$; $p = 0,000$).

Con el análisis de dos ANOVAS, en el primer grupo (experimental) se evidenció que en la dimensión estado de salud se produjeron cambios significativos entre los cuatro momentos evaluados ($F = 30,65$; $p = 0,000$) es decir, resultaron diferentes. En cambio, el segundo ANOVA para el grupo control aseguró que no hubo cambios significativos.

En base al análisis *a posteriori* con ajuste de SIDACK, podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la alterna, que establece diferencias significativas, determinando que los talleres vivenciales (intervención) provocan cambios favorables (incremento) en el estado de salud de la PAM ($p < 0,05$) comparados entre el momento basal y los tres momentos posteriores a la intervención (post, a dos y a cuatro meses).

Por otro lado, en el grupo control, como era de esperarse, no se evidenciaron marcaciones ni significancia estadística.

En el análisis de la dimensión *condiciones económicas*, mediante los cuatro ANOVA no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ($p > 0,05$) es decir, al parecer las medias evidencian cambios entre los grupos, pero estos no fueron significativos. Mientras en el análisis con dos ANOVA, en el primer grupo (experimental) se evidencia que en la variable “condiciones socioeconómicas” se produjeron cambios significativos entre los cuatro momentos evaluados ($F = 5,21$; $p = 0,002$) es decir, resultaron diferentes, ya que la diferencia entre grupos no era notable, la diferencia entre momentos sí lo es. En cambio, el segundo ANOVA para el grupo control nos muestra que no hay cambios significativos.

Con el ajuste SIDACK, podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la alterna, la cual determina que los talleres vivenciales (intervención) provocan cambios favorables (aumento) en las condiciones socioeconómicas de la PAM.

En la dimensión *satisfacción por la vida*, se comprobó mediante el análisis de los cuatro ANOVA posteriores a la intervención que efectivamente se produjeron cambios significativos entre los grupos de estudio (postintervención $F = 53,42$; $p = 0,000$; a dos meses $F = 65,01$; $p = 0,000$ y a cuatro meses $F = 70,81$; $p = 0,000$).

Mediante el análisis de los dos ANOVA, en el primer grupo (experimental) evidenciamos que en la dimensión “satisfacción por la vida” se produjeron cambios significativos entre los cuatro momentos evaluados ($F = 27,54$; $p = 0,000$) es decir, resultaron diferentes. En cambio, el segundo ANOVA (grupo control), evidencia que no existieron cambios significativos para este grupo.

Mediante el análisis *a posteriori* con ajuste de SIDACK, podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la alterna, la cual determina que los talleres vivenciales (intervención) provocan cambios favorables (incremento) en la satisfacción por la vida de la PAM.

El análisis de la dimensión *bienestar subjetivo*, determinó mediante los cuatro ANOVA posteriores a la intervención que en efecto se produjeron cambios significativos entre los grupos de estudio (postintervención $F = 27,20$; $p = 0,000$; a dos meses $F = 52,42$; $p = 0,000$ y a cuatro meses $F = 66,00$; $p = 0,000$).

El análisis mediante los dos ANOVA para el primer grupo (experimental), evidenció que en la dimensión bienestar subjetivo se produjeron cambios significativos entre los cuatro momentos evaluados

($F = 20,82$; $p = 0,000$) es decir, resultaron diferentes. En cambio, el segundo ANOVA (para el grupo control), demuestra que no existieron cambios significativos en este grupo.

En el grupo de experimento, en los tres momentos posteriores a la intervención, los adultos mayores mostraron un mayor bienestar subjetivo respecto al momento inicial; hecho que no ocurrió en el grupo control, en donde las puntuaciones del bienestar subjetivo en los momentos posteriores a la intervención fueron muy similares a los del momento inicial.

Con el ajuste SIDACK, podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la alterna, la cual determina que los talleres vivenciales (intervención) provocan cambios favorables (aumento) en el bienestar subjetivo de la PAM del grupo experimental.

Por último, y de manera general, el análisis de la *calidad de vida* demostró posterior a la intervención mediante los cuatro ANOVA finales que efectivamente se produjeron cambios significativos entre los grupos del estudio (postintervención $F = 62,36$; $p = 0,000$; a dos meses $F = 76,86$; $p = 0,000$ y a cuatro meses $F = 86,33$; $p = 0,000$).

El ANOVA para el primer grupo (experimental) reveló que en la variable general “calidad de vida” se produjeron cambios significativos entre los cuatro momentos evaluados ($F = 35,18$; $p = 0,000$) es decir, resultaron diferentes. En cambio, el segundo ANOVA (grupo control), demostró que no existieron cambios significativos.

En base a los resultados contundentes, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, la cual determina que los talleres vivenciales (intervención) provocan cambios favorables (incremento) en la calidad de vida de la PAM del grupo experimental, hecho que no ocurrió en el grupo control, ya que las puntuaciones de la variable general calidad de vida, en los momentos posteriores a la intervención, fueron muy similares a la del momento inicial.

A partir de las conclusiones del estudio, a continuación se sugieren algunas medidas que pueden resultar de utilidad:

– *A los responsables de la atención de salud de la PAM en los contextos del estudio:* Está claro que el aumento de la demanda en el mejoramiento de la calidad de vida y de las formas de integración social deben ser abordadas y solucionadas a corto plazo, por lo que se recomienda la aplicación de los talleres vivenciales en los espacios de salud, familiares y comunitarios. En este sentido, los estudios de seguimientos

resultan importantes para evaluar las variaciones a través del tiempo y realizar acciones específicas para su sostenibilidad.

Resulta de gran importancia la promoción de estilos de vida saludables, que incluyan temas relacionados con una adecuada nutrición y actividad física, de manera que se fomente la prevención de factores de riesgo relacionados con enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas.

Es importante que se contemple la planeación de programas estratégicos coordinados por enfermeras especialistas en atención del adulto mayor, implementar estrategias de educación para la salud que favorezcan la formación de grupos de autoayuda, de tal manera que el adulto mayor y su familia se sientan motivados y orientados para adoptar estilos de vida saludables, con repercusión positiva directa en su calidad de vida.

La realidad en la que viven los adultos mayores, las limitaciones que enfrentan, tanto físicas como económicas, y sus preferencias por determinadas actividades, deberían considerarse en el desarrollo de programas que permitan su integración y revalorización positiva sobre sus capacidades y ofrecerle las oportunidades necesarias para que desarrollen sus potencialidades, tomen sus decisiones y puedan seguir considerándose a sí mismos como personas independientes.

Además, es sumamente importante fomentar el diagnóstico precoz de los diferentes problemas de salud (p. ej. tipos de cáncer) que afectan a esta población a fin de solucionarlos antes de su cronicidad y con ello minimizar uno de los riesgos de la calidad de vida del adulto mayor.

Estos son algunos de los principales desafíos que afronta la PAM y que se está tratando de revertir a través de diversas líneas de acción. En consecuencia, se requieren de intervenciones dirigidas al adulto mayor bajo la estrategia de promoción de la salud, que tiene como misión generar y fomentar políticas públicas saludables, promover estilos de vida y entornos saludables, con participación social, para contribuir al desarrollo de una cultura de la salud y al bienestar de la persona, la familia y la comunidad¹⁸⁸.

188 PERÚ - MINISTERIO DE SALUD, MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL, RED DE MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES Y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Políticas saludables para adultos mayores en los municipios*, Lima, OPS, 2004, disponible en [<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/322287-politicas-saludables-para-adultos-mayores-en-los-municipios>].

– *A la comunidad científica*: Es necesario realizar investigación en temas relacionados con la efectividad de las intervenciones del adulto mayor, especialmente en lo referente a su calidad de vida, así como también sobre su situación familiar y demandas de servicios de salud, entre otros.

Coincidiendo con SÁNCHEZ¹⁸⁹, seguir investigando acerca de lo que experimenta el ser humano en la última etapa de la vida y sobre el cómo es necesario brindar alternativas de acción para el logro de un sentido de integridad y coherencia a su vida, son temas que se podrían profundizar aplicando enfoques cualitativos.

Replicar las investigaciones a largo plazo, para estudiar si estos resultados se mantienen, mejoran o empeoran en períodos de tiempo más amplios, analizando en cada caso qué variables son las que más peso tienen en los resultados (adaptación a las intervenciones, adaptación a compañeros y profesionales, efectos propios del proceso de envejecimiento, etc.).

REFERENCIAS

- ACOSTA QUIROZ, CHRISTIAN OSWALDO; JAVIER JOSÉ VALES GARCÍA, SONIA BEATRIZ ECHEVERRÍA CASTRO, DULCE MARÍA SERRANO ENCINAS y RAQUEL GARCÍA FLORES. “Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos”, *Psicología y Salud*, vol. 23, n.º 2, 2013, pp. 241 a 250, disponible en [<https://psicologiasalud.uv.mx/index.php/psicysalud/es/article/view/505>].
- ALBALA B., CECILIA; CAROLA GARCÍA G. y LIDIA LERA M. *Salud, bienestar y envejecimiento en Santiago, Chile SABE 2000*, Publicación Científica y Técnica n.º 609, Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud, 2005, disponible en [<https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/014a0572-b8bf-4d16-b70b-891747801b17/content>].
- ÁLVAREZ PÉREZ, M. S. “Construcción de un instrumento para medir Calidad de Vida en la Tercera Edad” (tesis de maestría), La Habana, Facultad da Salud Pública, 1996.
- ARISTIZÁBAL HOYOS, GLADIS PATRICIA; DOLLY MARLENE BLANCO BORJAS, ARACELI SÁNCHEZ RAMOS y ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ. “El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión”, *Enfermería Universitaria*, vol. 8, n.º 4, 2011, pp. 16 a 23, disponible en [https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741840003.pdf?utm_source].
- BALTES, PAUL BORIS y MARGRET M. BALTES (eds.). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, Nueva York, Cambridge University Press, 1993.
- BALTES, PAUL BORIS; DAVID L. FEATHERMAN y RICHARD M. LERNER. *Life-span development and behavior*, vol. 10, Nueva York, Psychology Press, 1990.
- BANDURA, ALBERT. “Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change”, *Advances in Behaviour Research and Therapy*, vol. 1, n.º 4, 1978, pp. 139 a 161.

BARROS, CARMEN. “Factores que intervienen en el bienestar de los adultos mayores”, *Estudios Sociales (Santiago)*, n.º 77, 1993, pp. 31 a 48.

BARROS, CARMEN; LUZ EUGENIA CERECEDA y PAZ COVARRUBIAS. *La vejez marginada (situación del anciano en Chile)*, Santiago, Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 1979.

BAYARRE VEA, HÉCTOR D. “Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos. Ciudad de La Habana y Las Tunas. 2000” (tesis de doctorado), Ciudad de la Habana, Escuela Nacional de Salud Pública, 2003, disponible en [<https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=788>].

BAYARRE VEA, HÉCTOR D.; JULIA S. PÉREZ PIÑERO, JESÚS MENÉNDEZ JIMÉNEZ, TEDDY O. TAMARGO BARBEITO, AGUSTÍN MOREJÓN CARRALERO, DAYAMÍ GARRIDO DÍAZ y ARLÍN GONZÁLEZ DE PIÑERA MARRERO. “Prevalencia de discapacidad física en adultos mayores de provincias seleccionadas, Cuba 2000-2004”, *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 34, n.º 2, 2008, disponible en [<https://www.redalyc.org/pdf/214/21419850002.pdf>].

BENÍTEZ RÍOS, MAILÉN DE LA CARIDAD y ARACELIS DOMÍNGUEZ ORTEGA. “El bienestar subjetivo desde el proceso de longevidad satisfactoria: un reto en la educación del adulto mayor”, *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, julio de 2010, disponible en [<https://www.eumed.net/rev/cccs/09/brdo.htm>].

BETANCOURT LLANOS, SANDRA MARCELA; FRANCY MIRLEDY MONTOYA ROMERO y LYLLIANA VÁSQUEZ BENÍTEZ. “Fortalecimiento de las habilidades sociales en un grupo de adultos mayores de la fundación Rosa de Misericordia del municipio de Tuluá – Valle del Cauca”, *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, vol. 6, n.º 3, 2022, pp. 32 a 55, disponible en [<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/2196>].

BINSTOCK, ROBERT H. y LINDA K. GEORGE. *Handbook of aging and social sciences*, 7.^a ed., San Diego, Elsevier, 2011.

- BROD, MERYL; ANITA L. STEWART, LAURA SANDS y PAM WALTON. "Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: The Dementia Quality of Life Instrument (DQoL)", *The Gerontologist*, vol. 39, n.º 1, 1999, pp. 25 a 36.
- BUTLER, ROBERT. "La revolución de la longevidad", *El Correo de la UNESCO*, año LII, enero de 1999, pp. 18 a 20, disponible en [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000114704_spa].
- CABALLERO, N. P.; L. G. GÓMEZ y T. M. LÓPEZ. "Diseño, aplicación y evaluación del programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 o hipertensión" (tesis de pregrado), México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2004.
- CÁCERES RODAS, RHINA IVETTE. "Estado de salud, físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica, 2000", *Población y Salud en Mesoamérica*, vol. 1, n.º 2, 2004, pp. 1 a 27, disponible en [<https://www.redalyc.org/pdf/446/44601203.pdf>].
- CALSO VELÁZQUEZ, L. J.; M. VILLANUEVA BENITES, E. FLORES TORRES, P. J. PÉREZ MORENO, LUIS FERNÁNDEZ LÓPEZ y M. VELÁZQUEZ CLAVIJO. "Estudio comparativo de la calidad de vida en personas mayores de las ciudades de Iquitos (Perú) y Sevilla (España)", *Revista de Enfermería. Albacete*, n.º 15, 2002, pp. 5 a 11, disponible en [<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6612174>].
- CAMPBELL, ANGUS; PHILIP E. CONVERSE y WILLARD L. RODGERS. *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*, Nueva York, Russell Sage Foundation, 1976.
- CAPPELIEZ, PHILIPPE. "Presentation of depression and response to group cognitive therapy with older patients", *Journal of Clinical Geropsychology*, vol. 6, 2000, pp. 165 a 174.

CARRANZA DEL ÁGUILA, RAÚL. “Calidad de vida y salud oral en el adulto mayor del centro del adulto mayor del hospital III EsSalud - Iquitos, 2024” (tesis de doctorado), Iquitos, Perú, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, 2025, disponible en [<https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/items/c966876c-5661-4b5d-ad2d-62d43fb7a74a>].

CARRASCO DÁJER, CLAUDIA. “Relación entre la participación de los adultos mayores en proyectos de promoción de la salud y su calidad de vida” (tesis de maestría), Santiago, Universidad de Chile, 2007, disponible en [<https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/180840>].

CARRILLO VIGUERAS, JESÚS; MANUEL GÓMEZ LÓPEZ y GREGORIO VICENTE NICOLÁS. “Mejora de la calidad de vida de los mayores a través del Tai Chi y Chi Kung”, *Retos*, vol. 16, 2009, pp. 86 a 91, disponible en [<https://revistaretos.org/index.php/retos/article/view/34981>].

CASULLO, MARÍA MARTINA y ALEJANDRO CASTRO SOLANO. “Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos”, *Revista de Psicología*, vol. 18, n.º 1, 2000, pp. 35 a 68, disponible en [<https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/6840>].

CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA –CELADE–. *Las personas mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas. Síntesis*, Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: Hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003, CEPAL, 2003, disponible en [https://www.gerontologia.org/wp-content/uploads/2026/01/cepal_diagnostico2003.pdf].

- CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA, COOPERAZIONE ITALIANA y FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe*, serie Seminarios y Conferencias n.º 30, Santiago de Chile, Naciones Unidas, 2003, disponible en [<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/01c52eba-8355-49d2-bb79-e4e6b73c4d19/content>].
- COLUMBA ALOMOTO, JONATHAN STEEVEN; JANINA LIZBETH TUPIZA SANGUCHO, CARLOS DANIEL GUALAVISI LEMA y JONATHAN RENÉ CARPIO PAUCAR. “Influencia de las actividades físico-recreativas en el bienestar subjetivo de los adultos mayores: Revisión sistemática”, *Revista Interdisciplinaria de Educación, Salud, Actividad Física y Deporte*, vol. 1, n.º 3, 2024, pp. 61 a 78, disponible en [<https://revistainterdisciplinaria.com/index.php/home/article/view/10>].
- CORBELLA, SERGI y LUIS BOTELLA. “La alianza terapéutica: Historia, investigación y evaluación”, *Anales de Psicología*, vol. 19, n.º 2, 2003, pp. 205 a 221, disponible en [<https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671?articlesBySimilarityPage=45>].
- CORONADO GÁLVEZ, JUAN MAVHIER; CRISTIAN DÍAZ VÉLEZ, MOISÉS ALEXANDER APOLAYA SEGURA, LUIS MIGUEL MANRIQUE GONZÁLEZ y JUAN PABLO AREQUIPA BENAVIDES. “Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo”, *Acta Médica Peruana*, vol. 26, n.º 4, 2009, pp. 230 a 238, disponible en [<https://www.redalyc.org/pdf/966/96618984008.pdf>].
- DAMASO MATA, BERNARDO CRISTÓBAL; LUZ MARINA MENACHO VILLAFUERTE, SILVIA CALDERÓN SALAZAR, EDITH JARA CLAUDIO, MANUEL SALAZAR SÁNCHEZ, ROSARIO CINTHIA RIVERA COLQUI, JESÚS GARCÍA PINZAS y RAMIRO DÍAZ SIMEÓN. *Practica del tai chi sobre la calidad de vida relacionada a la salud en asegurados mayores de 50 años de la Red Asistencial de Huánuco – EsSalud 2008*, Huánuco, Perú, EsSalud, 2008.

- DARNTON-HILL, IAN. "El envejecimiento con salud y calidad de vida", *Salud para Todos. Mensuario de Salud y Acción Social*, año 5, n.º 47, 1997.
- DIENER, ED. "Subjective well- being", *Psychological Bulletin*, vol. 95, n.º 3, 1984, pp. 542 a 575, disponible en [https://labs.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener_1984.pdf].
- DIENER, ED; EUNKOOK M. SUH, RICHARD E. LUCAS y HEIDI L. SMITH. "Subjective well-being: Three decades of progress", *Psychological Bulletin*, vol. 125, n.º 2, 1999, pp. 276 a 302.
- DUEÑAS GONZÁLEZ, DIANELIS MARÍA; HÉCTOR DEMETRIO BAYARRE VEA, EDUARDO ALFREDO TRIANA ÁLVAREZ y VIVIAN RODRÍGUEZ PÉREZ. "Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas", *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol. 27, n.º 1, 2011, disponible en [<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10478567>].
- ELLIS, ALBERT. "Rational emotive behavior therapy and cognitive behavior therapy for elderly people", *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, vol. 17, 1999, pp. 5 a 18.
- ELLIS, ALBERT y RUSSELL GRIEGER. *Handbook of rational-emotive therapy*, Nueva York, Springer, 1977.
- ESCÁMEZ SÁNCHEZ, JUAN. "Educación y normatividad", en JOSÉ LUIS CASTILLEJO BRULL. *Teoría de la educación 1. El problema de la educación*, Murcia, Edit. Límites, 1983, pp. 61 a 77.
- FERMOSO ESTÉBANEZ, PACIANO. *Teoría de la educación*, Madrid, Trillas, 1981.
- FERNÁNDEZ GARRIDO, JULIO JORGE. "Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba" (tesis de grado), España, Universitat de València, 2009.

- FERNÁNDEZ MAYORALAS, GLORIA; FERMINA ROJO PÉREZ, ANTONIO ABELLÁN GARCÍA y VICENTE RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ. “Envejecimiento y salud: Diez años de investigación en el CSIC”, *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, vol. 13, n.º 1, 2003, pp. 43 a 46.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS GARCÍA, ROCÍO. “Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales”, *Anuario de Psicología*, n.º 73, 1997, pp. 89 a 104, disponible en [<https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9036>].
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS GARCÍA, ROCÍO. *Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo (ELEA)*, Madrid, Imsero, Estudios I+D+I, 2006.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS GARCÍA, ROCÍO; MARÍA DOLORES ZAMARRÓN y ANDRÉS FELIPE MACIÁ. *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*, Madrid, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1996.
- FLECHSIG, KARL-HEINZ y ERNESTO SCHIEFELBEIN (eds.). *Veinte modelos didácticos para América Latina*, Organización de los Estados Americanos, 2000.
- FLORES GRIFALDO, ANA VALERIA. “Ansiedad ante la muerte y calidad de vida en personas adultas mayores” (tesis de pregrado), Tlalnepantla, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2008, disponible en [<https://ru.dgb.unam.mx/items/7592ebbo-of13-4fa1-9fdf-89882612d1b4>].
- FREIRE DE OLIVEIRA NETO, MANOEL. “Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF y SF-36” (tesis de doctorado), Granada, España, Universidad de Granada, 2007.
- FRIES, JAMES F. *Aging well: A guide for successful seniors*, Reading, Mass, Addison-Wesley, 1989.
- GARCÍA RAMÍREZ, JOSÉ CARLOS. *La vejez: El grito de los olvidados*, México, Plaza y Valdés, 2003.

GIUSTI, LYDIA. *Calidad de vida, estrés y bienestar*, San Juan, Puerto Rico, Psicoeducativa, 1991.

GÓMEZ DEL CAMPO DEL PASO, MARÍA INÉS; MARTHA LETICIA SALAZAR GARZA y EVELYN IRMA RODRIGUEZ MORRIL. “Los talleres vivenciales con enfoque centrado en la persona, un espacio para el aprendizaje de competencias sociales”, *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, vol. 16, n.º 1, 2014, pp. 175 a 190, disponible en [<https://psicologiayeducacion.uic.mx/index.php/1/article/view/175>].

GONZÁLEZ-CELIS RANGEL, ANA LUISA. “Calidad de vida en el adulto mayor”, en LUIS MIGUEL GUTIÉRREZ ROBLEDO y JESÚS HÉCTOR GUTIÉRREZ ÁVILA (coords.). *Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria*, México, Instituto de Geriátría de la Secretaría de Salud, 2010, pp. 365 a 378, disponible en [<http://repositorio.inger.gob.mx/jspui/handle/20.500.12100/17392>].

GONZÁLEZ-CELIS RANGEL, ANA LUISA y ABRIL VIRIDIANA ARAUJO VIVEROS. “Estrategias de afrontamiento ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores mexicanos”, *Revista Kairós-Gerontología*, vol. 13, n.º 1, 2011, pp. 167 a 190, disponible en [<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4868>].

GONZÁLEZ-CELIS RANGEL, ANA LUISA y JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA. “Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores”, *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 20, n.º 1, 2003, pp. 143 a 158.

GROERO, ALCIDES. “Actividades para fortalecer la calidad de vida del adulto mayor en Taguasco Cuba”, *Gestiopolis*, 28 de abril de 2011, disponible en [<https://www.gestiopolis.com/actividades-fortalecer-calidad-vida-adulto-mayor-taguasco-cuba/>].

GUERRERO PUPO, JULIO C.; RUBÉN CAÑEDO ANDALIA, ENRIQUE M. SALMAN LENGARIN, YAMILA CRUZ CRUZ, GUSTAVO FELIPE PÉREZ QUINTERO y HAYDEÉ RODRÍGUEZ LORA. “Calidad de vida y trabajo: Algunas consideraciones útiles para el profesional de la información”, *Revista Cubana de los Profesionales de la Información y de la Comunicación en Salud*, vol. 14, n.º 2, 2006.

- HAMBURG, DAVID A. *Today's children: Creating a future for a generation in crisis*, Nueva York, Time Books, 1992.
- HARO-RIVERA, JOSUÉ MATEO. "Actividad física y estilo de vida saludable en el adulto mayor: Revisión sistemática", *MQRInvestigar*, vol. 10, n.º 3, 2026, disponible en [<https://investigarmqr.org/2026/index.php/mqr/article/view/586>].
- HEIMBERG, RICHARD G. y ROBERT E. BECKER. "Comparative outcome research", en MICHEL HERSEN, LARRY MICHELSON y ALAN S. BELLACK (eds.). *Issues in psychotherapy research*, Nueva York, Springer, 1984, pp. 251 a 283.
- INGA ARANDA, JULIO y ARÍSTIDES VARA HORNA. "Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú", *Universitas Psychologica*, vol. 5, n.º 3, 2006, pp. 475 a 485, disponible en [<https://www.redalyc.org/pdf/647/64750304.pdf>].
- JANSEN, PAULA SILVINA. "Talleres vivenciales con familiares de pacientes de síndrome urémico hemolítico: Hacia un abordaje integral de su tratamiento", *Medicina (Buenos Aires)*, vol. 66, n.º supl. III, 2006, pp. 47 a 50, disponible en [<https://www.medicinabuenosaires.com/demo/revistas/vol66-06/Supl-3/v66-s3-47-50.pdf>].
- KAPLAN, ROBERT M.; THEODORE G. GANIATS, WILLIAM J. SIEBER y JOHN P. ANDERSON. "The quality of well-being scale: Critical similarities and differences with SF-36", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 10, n.º 6, 1998, pp. 509 a 520.
- KRZEMIEN, DEISY y ENRIQUE LOMBARDO. "Espacios de participación social y salud en la vejez femenina", *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, vol. 5, 2003, pp. 37 a 55.
- LAMBERT, MICHAEL J. "Some implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy", *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*, vol. 5, n.º 1, 1986, pp. 16 a 45.

LAMBERT, MICHAEL J. y MICHAEL BARKHAM. "The efficacy and effectiveness of psychological therapies", en MICHAEL BARKHAM, WOLFGANG LUTZ y LOUIS G. CASTONGUAY (eds.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 7.^a ed, Nueva York, Wiley, 2021, pp. 135 a 190.

LAWTON, M. POWELL. "The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision", *Journal of Gerontology*, vol. 30, n.º 1, 1975.

LAZARUS, RICHARD S. *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*, JASONE ALDEKOA (trad.), Bilbao, Desclée de Brouwer, 2000.

LEFRANÇOIS, GUY R. *El ciclo de la vida*, México, D. F., Thompson, 2001.

LEHMAN, ANTHONY F. "Instrumentos para medir la calidad de vida en los trastornos mentales", en HEINZ KATSNIG, HUGH FREEMAN y NORMAN SARTORIUS (eds.). *Calidad de vida en los trastornos mentales*, XENIA ORTOLÁ CASTELLS y LLUÍS MARIA OMS BERNAD (trads.), Barcelona, Masson, 2000.

LEHR, URSULA M. "La calidad de vida de la tercera edad: una labor individual y social", en JOSÉ BUENDÍA y VÍCTOR ALBA (comps.). *Envejecimiento y psicología de la salud*, Madrid, Siglo XXI, 1994, pp. 353 a 372.

LEHR, URSULA M. "Procesos de envejecimiento: La necesidad de investigación longitudinal, interdisciplinaria y transcultural", *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 34, n.º 1-2, 2002, pp. 29 a 39, disponible en [<https://www.redalyc.org/pdf/805/80534203.pdf>].

LEÓN MORENO, EILYN TAHINA. "Estrategia físico recreativa para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de la urbanización La Isabelica", *EFDeportes.com, Revista Digital*, año 19, n.º 193, 2014, disponible en [<https://www.efdeportes.com/efd193/calidad-de-vida-de-los-adultos-mayores-de-la-urbanizacion.htm>].

- LLANO RUIZ, MERCEDES. *Acondicionamiento físico para personas mayores* [art. en internet], s. f., disponible en [<https://www.sudarlacamiseta.com/articulos/publicos/acondmayores.pdf>].
- LÓPEZ CARMONA, JUAN MANUEL y RAYMUNDO RODRÍGUEZ MOCTEZUMA. “Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2”, *Salud Pública de México*, vol. 48, n.º 3, 2006, pp. 200 a 211, disponible en [<https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6689>].
- MANTILLA, G. y A. U. MÁRQUEZ. *Envejecimiento: Experiencias y perspectivas*, Bogotá, AIG, 1996.
- MARÍN SÁNCHEZ, MANUEL; ALFONSO JAVIER GARCÍA GONZÁLEZ y YOLANDA TROYANO RODRÍGUEZ. “Modelo de ocio activo en las personas mayores: Revisión desde una perspectiva psicosocial”, *Sociotam*, vol. 16, n.º 1, 2006, pp. 147 a 167, disponible en [<https://idus.us.es/server/api/core/bitstreams/18ee80dc-57d3-493c-a61d-736bb2b40708/content>].
- MARTÍN GONZÁLEZ, EMILIANO. “La prevención comunitaria”, *Psychosocial Intervention*, vol. 3, n.º 7, 1994, pp. 21 a 34.
- MOBILY, KENNETH E.; JON H. LEMKE y GEORGE J. GISIN. “The idea of leisure repertoire”, *Journal of Applied Gerontology*, vol. 10, n.º 2, 1991, pp. 208 a 223.
- MORENO JIMÉNEZ, BERNARDO y CARMEN XIMÉNEZ GÓMEZ. “Evaluación de la calidad de la vida”, en GUALBERTO BUELA CASAL, VICENTE E. CABALLO MANRIQUE y CARLOS J. SIERRA (dirs.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*, Madrid, Siglo XXI, 1996, pp. 1.045 a 1070.
- MOSCOVICI, SERGE. *El fenómeno de las representaciones sociales en relaciones humanas, familia y sociedad*, Buenos Aires, Huemul, 1981.

MUNYAMBU MUTONGA, DANIEL; MARIA CARLA LAPADULA, BÁRBARA MEYLIN GONZÁLEZ MARTÍNEZ y YAIMA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ. “Prevalencia y factores asociados a fragilidad en ancianos residentes en el área urbana: Casino Deportivo, 2020”, *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 30, n.º 12, 2025, disponible en [<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/prevalencia-y-factores-asociados-a-fragilidad-en-ancianos-residentes-en-el-area-urbana-casino-deportivo-2020/19393?id=19393>].

NACIONES UNIDAS. *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 8 a 12 de abril de 2002*, Nueva York, Naciones Unidas, 2002, disponible en [<https://docs.un.org/es/A/CONF.197/9>].

NATIONAL INSTITUTE ON AGING, NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH y U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Why population aging matters: A global perspective*, Washington, D. C., National Institute on Aging y National Institutes of Health, 2007, disponible en [<https://2001-2009.state.gov/g/oes/rls/or/81537.htm>].

NORCROSS, JOHN C. (ed.). *Handbook of eclectic psychotherapy*, Nueva York, Brunner-Mazel, 1986.

NUSSBAUM, MARTHA. “Pobreza: Desarrollos conceptuales y metodológicos”, *Comercio Exterior*, vol. 53, n.º 5, 2003.

O’SHEA, EAMON. *Improving the quality of life of elderly persons in situations of dependency*, Strasburg, Council of Europe Publishing, 2002.

OBANDO PIEDRA, ADRIANA; JUDITH JIMÉNEZ DÍAZ y GERARDO ARAYA VARGAS. “Efecto de los programas de actividades física y físico-recreativas en la calidad de vida de personas adultas y adultas mayores”, *Pensar en Movimiento: Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, vol. 23, n.º 1, 2025, disponible en [<https://archivo.revistas.ucr.ac.cr/index.php/pem/article/view/61821>].

- OBSERVATORIO DEL ENVEJECIMIENTO. *Uso de tiempo libre 60+: Abordaje del ocio, la recreación y cultura en población mayor*, año 4, vol. 21, Centro de Estudios de Vejez y Envejecimiento de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Compañía de Seguros Confuturo, 2023, disponible en [<https://www.gerontologia.org/wp-content/uploads/2025/12/CF0139-Reporte-Ocio-60-ok.pdf>].
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “Envejecimiento activo: Un marco político”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol. 37, n.º 2, 2002, pp. 74 a 105, disponible en [<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-13035694>].
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Enfermería gerontológica: Conceptos para la práctica*, Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud n.º 31, Washington, D. C., OPS/OMS, 1993.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Salud de los pueblos indígenas de las Américas: Evaluación de los logros en salud en el marco del decenio internacional de los pueblos indígenas del mundo*, Washington, D. C., OPS, 2008, disponible en [<https://www.paho.org/es/documentos/salud-pueblos-indigenas-americas-evaluacion-logros-salud-marco-decenio-internacional>].
- ORLINSKY, DAVID E.; KLAUS GRAWE y B. K. PARKS. “Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal”, en Allen E. Bergin y Sol L. Garfield (eds.). *Handbook of psychotherapy and behaviour change*, 4.ª ed., 1994, Nueva York, Wiley & Sons, pp. 270 a 378.
- OROSA, TERESA (coord.). IV Congreso Iberoamericano de Psicogerontología. Seminario Iberoamericano de Psicogerontología. Encuentro Regional de Adultos Mayores. I Taller de Gerontecnología Aplicada, La Habana, Cuba, 26 al 28 de octubre del 2011, disponible en [<https://promociondeeventos.sld.cu/psicogerontologia2011/>].

- OSPINA MONSALVE, MARÍA JOSÉ. “Actividades recreativas comunitarias para favorecer la calidad de vida del adulto mayor en la vereda El Ceibal y La Esmeralda pertenecientes al barrio Mocarí de la ciudad de Montería”, Montería, Córdoba, Universidad de Córdoba, 2020, disponible en [<https://es.scribd.com/document/510068895/Actividades-Adulto-Mayor-Gestion-de-Proyectos-Comunitarios>].
- PATRICK, DONALD L. y PENNIFER ERICKSON. *Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource*, Nueva York, Oxford University Press, 1993.
- PAVOT, WILLIAM y ED DIENER. “Review of the satisfaction with life scale”, *Psychological Assessment*, vol. 5, n.º 2, 1993, pp. 164 a 172.
- PÉREZ BERNARDO, ADELID TEODORA; ANAIS ANDREINA RAMÍREZ BLAS y LIZBETH SANTOS POMA. “Factores socioeconómicos del abandono del adulto mayor en la ciudad de Huánuco” (tesis de pregrado), Huánuco, Perú, Universidad Nacional Hermilio Valdizán, 2019, disponible en [<https://repositorio.unheval.edu.pe/item/ae47a0dc-3c0b-43c4-b194-82e94a01be99>].
- PERÚ - CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley N.º 27408 de 24 de enero de 2001, “Ley que establece la atención preferente a las mujeres embarazadas, las niñas, niños, los adultos mayores, en lugares de atención al público”, disponible en [<https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/255924-27408>].
- PERÚ - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA –INEI–. *Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda*, Perú, 21 de octubre del 2007.
- PERÚ - MINISTERIO DE SALUD. *Modelo de abordaje de promoción de la salud en el Perú*, Lima, MINSA, 2006, disponible en [<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/322100-modelo-de-abordaje-de-la-promocion-de-la-salud-en-el-peru-documento-tecnico>].

- PERÚ - MINISTERIO DE SALUD. *Plan Regional Concertado de Salud Huánuco 2008 – 2015. Documento de gestión*, Perú, MINSA, 2006, disponible en [<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/408717-plan-regional-concertado-de-salud-huanuco-2008-2015>].
- PERÚ - MINISTERIO DE SALUD. NTS N,° 229-MINSA/DGIESP-2025, *Norma Técnica de Salud “Cuidado integral de salud de la persona adulta”*, Lima, 21 de octubre de 2025, disponible en [<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/7311020-norma-tecnica-de-salud-para-el-cuidado-integral-de-la-persona-adulta>].
- PERÚ - MINISTERIO DE SALUD, MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL, RED DE MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES Y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Políticas saludables para adultos mayores en los municipios*, Lima, OPS, 2004, disponible en [<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/322287-politicas-saludables-para-adultos-mayores-en-los-municipios>].
- PIÉDROLA GIL, GONZALO (coord.). *Medicina preventiva y salud pública*, 10.ª ed., España, Masson, 2001.
- PURÓN IGLESIAS, ILEANA y CLEMENTE COUSO SEOANE. “Cualidades morales de salud en el adulto mayor”, *Medisan*, vol. 3, n.º 4, 1999, pp. 30 a 37.
- QUINTERO DANAUY, GEMA. *Vejez y calidad de vida: Apuntes para una conferencia*, La Habana, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad, 1989.
- QUINTERO LIMA, MARÍA GEMA y UBALDO GONZÁLEZ GARROTE. “Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada”, en JOSÉ BUENDÍA (ed.). *Gerontología y salud: Perspectivas actuales*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1997, pp. 129 a 146.

- REMIS LORENZO, DEBORAH MARGARITA; GICELA DÍAZ PITA, FRANK HERNÁNDEZ ÁVILA, LICET DEL CARMEN DOT PÉREZ y ANISLEIDI GONZÁLEZ HORTA. "Calidad de vida en el adulto mayor de una comunidad", *Health Leadership and Quality of Life*, vol. 3, 2024, disponible en [<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10035706>].
- ROCABRUNO MEDEROS, JUAN CARLOS. *Tratado de gerontología y geriatría clínica*, La Habana, Edit. Científico-Técnica, 1999.
- RODRÍGUEZ GARRIDO, ESTEBAN y BERENICE LARIOS DE RODRÍGUEZ. *Teorías del aprendizaje: Del conductismo radical a la teoría de los campos conceptuales*, 3.ª ed., Bogotá, Magisterio, 2011.
- RODRÍGUEZ MARTÍN, MARÍA DEL CARMEN; CONSUELO CONEJOS ALEGRE, AMARANTA FUENMAYOR DÍAZ, CARMEN MIRADA ARIET, ESTHER SANZ IZQUIERDO, CARMEN TORRUELLA BARRAQUER y ANTONIO VELA BALLESTERO. "Calidad de vida a mediano y largo plazo en pacientes mayores de 65 años con trasplante renal", *Salud(i)Ciencia*, n.º 20, 2014, pp. 834 a 838, disponible en [<https://www.siicsalud.com/dato/sic/208/125991.pdf>].
- ROJO PÉREZ, FERMINA (inv. princ.). *Población mayor, calidad de vida y familia: Demanda y prestación de cuidados en el seno familiar*, España, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2006, disponible en [https://imserso.es/documents/20123/o/idi48_o6csic.pdf/bccabd98-7101-47bf-b67e-a2d1ef16327e].
- ROWE, JOHN W. y ROBERT L. KAHN. "Successful aging", *The Gerontologist*, vol. 37, n.º 4, 1997, pp. 433 a 440.
- SALAS ZAPATA, CAROLINA y HUGO GRISALES ROMERO. "Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 28, n.º 1, 2010, pp. 9 a 18, disponible en [<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a02.pdf>].

- SALINAS, HUGO; JAIME ALBORNOZ, ÁLVARO REYES, MARCIA ERAZO B. y RODOLFO IDE V. "Análisis de componentes principales aplicado a variables respecto a la mujer gestante en la región de las américas", *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, vol. 71, n.º 1, 2006, pp. 17 a 25, disponible en [<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9571558>].
- SAMANIEGO ARAUJO, MARÍA DE LA CRUZ. "Adultos mayores. La importancia de las redes sociales y el papel del pedagogo en su desarrollo y atención", *Paedagogium*, año 6, n.º 31, 2007, pp. 32 a 36.
- SANABRIA BARRUETO, SANDRA y YEOSVANYS CAMPBELL QUINTANA. "Plan de actividades físicas-recreativas para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en el municipio de Baraguá", *FDeportes.com, Revista Digital*, año 17, n.º 175, 2012, disponible en [<https://www.efdeportes.com/efd175/mejorar-la-calidad-de-vida-del-adulto-mayor.htm>].
- SÁNCHEZ GONZÁLEZ, DIEGO. "Envejecimiento demográfico urbano y sus repercusiones socioespaciales en México: Retos de la planeación gerontológica", *Revista de Geografía Norte Grande*, n.º 38, 2007, pp. 45 a 61, disponible en [<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5775407>].
- SÁNCHEZ SOSA, JUAN JOSÉ y ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL. "La calidad de vida en ancianos", en LEONARDO REYNOSO ERAZO e ISAAC SELIGSON NISENBAUM (coords.). *Psicología y salud*, México, UNAM, 2002, pp. 191 a 218.
- SÁNCHEZ SOSA, JUAN JOSÉ y ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL. "Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica", en VICENTE E. CABALLO MANRIQUE (coord.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*, Madrid, Pirámide, 2006, pp. 473 a 492.
- SANHUEZA PARRA, MARCELA. "Aplicación de un programa de apoyo como estrategia para aumentar la funcionalidad de adultos mayores" (tesis de maestría), Concepción, Chile, Universidad de Concepción, 2005, disponible en [<https://repositorio.udec.cl/items/d8788547-9476-42b4-9107-736e7e5ace5d>].

SEN, AMARTYA. *Desarrollo y libertad*, ESTHER RABASCO y LUIS TOHARIA (trads.), Barcelona, Planeta, 2000.

SHAPIRO, DAVID A. y DIANA SHAPIRO. "Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement", *Psychological Bulletin*, vol. 92, n.º 3, 1982, pp. 581 a 604.

SPIRDUSO, WANEEN W.; KAREN L. FRANCIS y PRISCILLA G. MACRAE. *Physical dimensions of aging*, 2.ª ed., Champaign, IL, Human Kinetics, 2005.

TAYLOR, RICHARD. "Aprendizaje de por vida en la educación superior en Europa Occidental: ¿Mito o realidad?", *Educación de Adultos y Desarrollo*, n.º 56, 2001, pp. 143 a 166.

THE WHOQOL GROUP. "The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL)", en JOHN ORLEY y WILLEM KUYKEN (eds.). *Quality of life assessment: International perspectives*, Heidelberg. Springer Verlag, 1994, pp. 41 a 57.

TORRANCE, GEORGE W. "Utility approach to measuring health-related quality of life", *Journal of Chronic Diseases*, vol. 40, n.º 6, 1987, pp. 593 a 600.

TORRES H., MARISA; MARGARITA QUEZADA V., REINALDO RIOSECO H. y MARÍA ELENA DUCCI V. "Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF", *Revista Médica Chile*, vol. 136, n.º 3, 2008, pp. 325 a 333, disponible en [<https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v136n3/arto7.pdf>].

TORRES ORTUÑO, ANA; JOAQUÍN NIETO MÚNERA y MARÍA ÁNGELES ABAD MATEO. "Dimensiones psicosociales mediadoras de la conducta de enfermedad y la calidad de vida en población geriátrica", *Anales de Psicología*, vol. 14, n.º 1, 1998, pp. 75 a 82.

- TORRES PALMA, WILLIAM IGNACIO y MIRTA MARGARITA FLORES GALAZ. “Factores predictores del bienestar subjetivo en adultos mayores”, *Revista de Psicología*, vol. 36, n.º 1, 2018, pp. 9 a 48, disponible en [<https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/es/article/view/19473>].
- TUESCA MOLINA, RAFAEL; NORMA FIERRO HERRERA, ALEXANDRA MOLINARES SOSA, FERNANDO OVIEDO MARTÍNEZ, YESID POLO ARJONA, JOSÉ POLO CUETO e IVÁN SIERRA MANRIQUE. “Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Barranquilla, Colombia”, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 77, n.º 5, 2003, pp. 595 a 604, disponible en [<https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v77n5/original5.pdf>].
- VELANDIA MORA, ANA LUISA. “Investigación en salud y calidad de vida”, en LUCY BARRERA ORTIZ, NATIVIDAD PINTO AFANADOR y BEATRIZ SÁNCHEZ HERRERA (eds.). *El arte y la ciencia del cuidado*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2002, pp. 295 a 314.
- VELARDE JURADO, ELIZABETH y CARLOS ÁVILA FIGUEROA. “Evaluación de la calidad de vida”, *Salud Pública de México*, vol. 44, n.º 4, 2002, pp. 349 a 361, disponible en [<https://www.scielo.org/pdf/spm/2002.v44n4/349-361/es>].
- VERA MENDOZA, MARTHA NICOLASA. “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia”, *Anales de la Facultad de Medicina*, vol. 68, n.º 3, 2007, pp. 1 a 7, disponible en [https://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832007000300012&script=sci_arttext&lng=es].
- VERA VILLARROEL, PABLO; PILAR VALENZUELA, OCTAVIO ABARCA y NADIA RAMOS. “Evaluación de una intervención conductual intensa y breve para el manejo de estados emocionales: Un estudio piloto”, *Acta Colombiana de Psicología*, vol. 8, n.º 1, 2005, pp. 121 a 132, disponible en [<https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/435>].

- VERGARA LOPE TRISTÁN, SAMANA y ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL. "Psicoterapia cognitivo conductual de grupo manualizada como una alternativa de intervención con adultos mayores", *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, vol. 11, n.º 2, 2009, pp. 155 a 189.
- VYGOTSKY, LEV SEMIÓNOVICH. *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*, Buenos Aires, COLIHUE, 2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Active ageing: A policy framework*, Geneva, WHO, 2002, disponible en [<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/0418705f-1c82-4fe2-82d6-d4faee89dfao/content>].
- YANGUAS LEZAUN, JOSÉ JAVIER. *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*, Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2006, disponible en [<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/yanguas-analisis-01.pdf>].
- YANES GARCÍA, MARÍA GUILLERMINA y MARIELA DEL CARMEN MORALES OKATA. "Propuesta de marca de identidad visual para un envejecimiento satisfactorio", *MediSur*, vol. 14, n.º 6, 2016, pp. 711 a 716, disponible en [<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180049659006>].
- ZIMMER, ZACHARY y HUI-SHENG LIN. "Leisure activity and well-being among the elderly in Taiwan: Testing hypotheses in an Asian setting", *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, vol. 11, 1996, pp. 167 a 186.



Editado por el Instituto Latinoamericano de Altos Estudios –ILAE–,
en octubre de 2026

Se compuso en caracteres Minion Pro de 11 y 9 pts.

Bogotá, Colombia