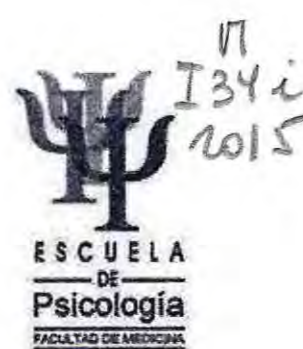


marc 65900



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGIA

SEMINARIO DE TITULO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN TALLER DE REMINISCENCIA
PREVENTIVO EN
ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES

POR

LORETO FUENTES
CAROLINA MUÑOZ
M. FERNANDA MUÑOZ
FRANCISCA OLIVARES
DANIEL PEÑAILILLO

PROFESOR GUÍA
CLAUDIA MIRANDA
JAVIER MORAN

SEMINARIO DE TITULO PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO
EN PSICOLOGIA Y EL TITULO PROFESIONAL DE PSICOLOGO

VALPARAISO, 21 DE ENERO DE 2015



Muchas gracias a los adultos mayores de la Junta de Vecinos "Blanco Encalada", ya que sin ellos este trabajo no habría sido posible. Gracias por su dedicación, preocupación y compromiso con el taller y con nosotros. Nunca se olvidará el cariño, las conversaciones y la participación en los encuentros. Especial gracias a Don Juan por su gran preocupación, entrega y gestión para que todo fuera perfecto.

Loreto, Carolina, Francisca, Fernanda y Daniel

Gracias a todas aquellas personas que acompañaron y apoyaron esta bella expedición. A mi familia apañadora, a las amigas que me bancaron siempre y a Francisco, el mejor compañero de vida.

Loreto

A mi padre por su gran amor y esfuerzo. Eres el ejemplo que me inspira a dar lo mejor de mí a pesar de las dificultades.

A mi hermana por ser un incentivo para seguir adelante y por apoyarme cuando te necesité, aunque sea de esa forma tan particular.

A mi madre que me acompaña siempre en las sensaciones, aromas y recuerdos.

Este logro se los dedico a los tres, porque ustedes me hacen ser quien soy.

A ti que te conocí al principio y seguiste conmigo hasta el final, gracias por tu apoyo, ayuda, contención y amor. Estoy feliz de que me hayas acompañado durante todo el periodo universitario, quizás nos seguiremos viendo en otras etapas.

A mis amigas, mi amor por ustedes es incondicional a pesar del tiempo y distancia.

Finalmente agradecer a todas esas personas con las que alguna vez compartí y que dejaron un pedazo de sí en esta experiencia, gracias por los buenos y malos momentos.

Carolina

Agradezco a todos los que hicieron que esto fuera posible, en especial mis papas y mis hermanos que los adoro, por la paciencia y el esfuerzo entregado. A mis amigas que supieron sacarme del colapso mental xd. Y a Francisco que se llevó la peor parte. Gracias totales

Francisca

Gracias a mi madre, quien siempre está ahí para mí apoyándome, a mi hermano, quien siempre apaña y a mi padre por el apoyo a la distancia, todos me apoyaron para salir adelante en este camino. A mis amigos (BH) quienes siempre me dejaron en claro que estuvieron, están y estarán ahí para mí para celebrar todos nuestros logros. A todas las personas que conocí durante esta experiencia de ser estudiantes, quienes fueron confirmando la elección que tomé al seguir esta carrera. Y finalmente a mi amor, quien me apoyó y ayudó a pesar de todas las dificultades y que siempre está ahí para mí, no pude haber elegido mejor.

Daniel

De manera personal quisiera agradecer en primer lugar a Dios, a mi angelito de la guarda y mi familia querida, quienes me acompañaron en cada momento durante mi carrera... Tantas pruebas, exámenes, asignaturas nuevas hasta finalmente la llegada de la tesis, en donde siempre sentí su compañía y comprensión... Cuando ingresé a esta carrera me gustaba, pero ahora me encanta. Amo profundamente esta profesión. Espero que el camino que viene por delante pueda ejercer la psicología con todo el cariño, cuidado y respeto que se merece.

Fernanda

INDICE

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	Pág.	8
II. OBJETIVOS	Pág.	12
III. HIPÓTESIS	Pág.	13
IV. MARCO TEÓRICO	Pág.	14
4.1 Definición envejecimiento	Pág.	14
4.2 Envejecimiento en Chile	Pág.	14
4.3 Caracterización del Adulto mayor en Chile	Pág.	16
4.4 Adulto mayor autovalente	Pág.	19
4.5 Intervenciones psicosociales en el Adulto mayor	Pág.	20
a) Grupo de Buenos Días	Pág.	21
b) Terapia de Orientación a la Realidad	Pág.	21
c) Programa de Estimulación Cognitiva	Pág.	22
d) Intervenciones Basadas en la Actividad	Pág.	23
d.1) Terapia Ocupacional	Pág.	23
d.2) Actividades de Grupo	Pág.	24
d.3) Actividades físicas	Pág.	24
d.4) Musicoterapia	Pág.	24
d.5) Estimulación sensorial	Pág.	25
4.6 Reminiscencia	Pág.	26
4.6.1 Definición de Reminiscencia	Pág.	26
4.6.2 Antecedentes históricos de Reminiscencia e importancia en la vejez	Pág.	28
4.6.3 Un modelo heurístico de Reminiscencia	Pág.	30
1) Desencadenantes	Pág.	30
2) Modos	Pág.	30
3) Contextos	Pág.	31
4) Moderadores	Pág.	31
5) Funciones	Pág.	31
6) Resultados	Pág.	32

4.6.4 Modalidades de Reminiscencia	Pág.	32
4.6.4.1 Reminiscencia simple	Pág.	32
4.6.4.2 Revisión de Vida	Pág.	33
4.6.4.3 Terapia de Revisión de Vida	Pág.	33
4.6.5 Reminiscencia y Salud Mental	Pág.	34
4.6.5.1 Demencia y Reminiscencia	Pág.	34
a) Llegar a entender mejor a la persona	Pág.	35
b) Reminiscencia como una manera de promover la conversación para la comunicación	Pág.	36
c) La Reminiscencia como actividad para crear confianza	Pág.	36
d) Desarrollar la pertenencia de grupo	Pág.	36
e) La Reminiscencia como una forma de celebrar la diferencia	Pág.	37
4.6.5.2 Depresión y Reminiscencia	Pág.	37
4.7 Efectos y beneficios de la Reminiscencia	Pág.	40
4.7.1 Autoestima y Reminiscencia	Pág.	40
4.7.2 Calidad de Vida y Reminiscencia	Pág.	42
a) Calidad de Vida como condiciones de vida	Pág.	43
b) Calidad de Vida como Satisfacción con la vida	Pág.	43
c) Calidad de Vida como sumatoria entre condiciones de vida y satisfacción con la vida	Pág.	43
d) Calidad de Vida como sumatoria entre condiciones de vida y satisfacción con la vida, más los valores	Pág.	44
e) Calidad de Vida como sumatoria de condiciones de vida y satisfacción con la vida, más la evaluación.	Pág.	44
V. MARCO METODOLÓGICO	Pág.	46
5.1 Diseño de Investigación	Pág.	46
5.2 Muestra	Pág.	46
5.3 Procedimiento	Pág.	46
5.3.1 Reclutamiento	Pág.	46
- Grupo Experimental	Pág.	46

- Grupo Control	Pág.	47
5.3.2 Selección	Pág.	47
- Consentimiento informado	Pág.	47
- Grupo Experimental	Pág.	47
- Grupo Control	Pág.	48
5.3.3 Evaluación pre-intervención y post-intervención	Pág.	48
- Grupo Experimental	Pág.	48
- Grupo de Control	Pág.	48
5.4 Descripción de los instrumentos	Pág.	49
5.4.1 Taller de Reminiscencia	Pág.	49
- Traducción	Pág.	49
- Adaptación	Pág.	49
- Sesiones del Taller de Reminiscencia	Pág.	50
- Asistencia al Taller de reminiscencia	Pág.	51
5.4.2 Instrumentos psicométricos	Pág.	53
- Instrumentos para seleccionar a los participantes	Pág.	53
a. Depresión: Escala de Depresión Geriátrica	Pág.	53
(Yesavage, 1986)		
b. Diagnostico Funcional del Adulto mayor (EFAM- Chile) (MINSAL. 2003)	Pág.	53
c. Demencia: Minimental abreviado (MMSE- abreviado) (Folstein, 1975 modificado por Icaza & Albala, 1999)	Pág.	54
d. Encuesta de datos sociodemográficos	Pág.	54
- Instrumentos pre-post Taller de Reminiscencia	Pág.	54
a. Autoestima: Escala de Autoestima de Rosemberg	Pág.	54
(Rosemberg, 1965)		
b. Calidad de Vida: Índice de Satisfacción Vital (LSI- A) (Neugarten, Havighurst & Tobin, 1961-1996)	Pág.	55
5.5 Análisis de Datos	Pág.	55
VI. RESULTADOS	Pág.	56
<hr/>		
6.1 Características de la muestra previa a aplicación de Taller de Reminiscencia	Pág.	56

6.1.1 Análisis descriptivo de variables Sociodemográficas pre Taller de Reminiscencia	Pág.	56
- Caracterización del Adulto mayor autovalente.	Pág.	56
6.1.2 Análisis Comparativo de variables Sociodemográficas entre el Grupo Control y Grupo de Intervención, pre Taller de Reminiscencia-	Pág.	64
6.1.3 Análisis descriptivos de variables clínicas pre Taller de Reminiscencia	Pág.	66
6.1.3.1 Autoestima	Pág.	66
6.1.3.2 Calidad de Vida	Pág.	66
6.1.4 Análisis Comparativo de variables clínicas entre Grupo Control y Grupo Experimental, pre Taller de Reminiscencia	Pág.	67
6.2 Características de la muestra post aplicación del Taller de Reminiscencia	Pág.	68
6.2.1 Análisis descriptivo de variables clínicas, post Taller de Reminiscencia	Pág.	68
6.2.1.1 Autoestima	Pág.	68
6.2.1.2 Calidad de Vida	Pág.	69
6.2.2 Análisis Comparativo de variables clínicas entre Grupo Control y Grupo Experimental, post Taller de Reminiscencia.	Pág.	69
6.3 Análisis comparativo de variables clínicas pre y post Taller de Reminiscencia para Grupo Control y Grupo Experimental.	Pág.	71
6.3.1 Grupo Control, pre-post Taller de Reminiscencia	Pág.	71
6.3.2 Grupo Experimental, pre-post Taller de Reminiscencia	Pág.	73
VII. DISCUSIÓN	Pág.	76
<hr/>		
7.1 Variables Sociodemográficas	Pág.	76
7.2 Variables Clínicas	Pág.	78
7.2.1 Autoestima	Pág.	78
7.2.2 Calidad de Vida (Satisfacción Vital)	Pág.	79
7.2.3 Análisis Comparativo de las variables Autoestima y Calidad de Vida en el Grupo Experimental	Pág.	80
7.2.4 Análisis Comparativo de las variables Autoestima y Calidad de Vida en el Grupo Control	Pág.	82

7.3 Fortalezas y Limitaciones del Estudio	Pág.	83
7.3.1 Limitaciones	Pág.	83
7.3.2 Fortalezas	Pág.	84
VIII. CONCLUSIÓN	Pág.	86
<hr/>		
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Pág.	89
<hr/>		
X. ANEXOS	Pág.	97
<hr/>		

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1	Pág.	56
Gráfico 2	Pág.	57
Gráfico 3	Pág.	58
Gráfico 4	Pág.	58
Gráfico 5	Pág.	59
Gráfico 6	Pág.	60
Gráfico 7	Pág.	61
Gráfico 8	Pág.	62
Gráfico 9	Pág.	62
Gráfico 10	Pág.	63
Gráfico 11	Pág.	71
Gráfico 12	Pág.	71
Gráfico 13	Pág.	72
Gráfico 14	Pág.	73

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Pág.	52
Tabla 2	Pág.	64
Tabla 3	Pág.	67
Tabla 4	Pág.	69
Tabla 5	Pág.	74

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una de las transformaciones demográficas más importantes del último siglo es el rápido aumento de las personas mayores en comparación a cualquier otro grupo de edad. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2014), el envejecimiento de la población se define como un fenómeno por el que las personas de más edad representan una parte proporcionalmente mayor del total de la población. Este proceso se explica en los cambios que han sufrido otros indicadores como el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fertilidad.

En términos estadísticos, a nivel mundial, el número de personas mayores de 60 años de edad o superior, creció del 9% en 1994 al 12% en el año 2014, superando en número al total de menores de 5 años. Se proyecta que esta tendencia seguirá en alza llegando al 21% en el año 2050. Asimismo, en la actualidad se sostiene que dentro este mismo grupo etario la población está envejeciendo. El porcentaje de personas mayor a 80 años fue de 14% en el año 2014 y se estima que será de un 19% en 2050, es decir, alrededor de 392 millones de personas mayores de 80 años, tres veces más de las que existen hoy. En relación al género, la población mayor está conformada predominantemente por mujeres. En el 2014 existían 85 hombres por cada 100 mujeres mayores de 60 años y 61 hombres por cada 100 mujeres mayores a 80 años (ONU, 2014).

Los indicadores demográficos muestran que nuestro país comparte las tendencias mundiales. Actualmente, Chile es un país que se encuentra en una transición demográfica avanzada hacia el envejecimiento poblacional. Hoy existen 2.6 millones de chilenos mayores de 60 años lo que equivale al 16% de la población total. (Servicio Nacional del Adulto mayor [SENAMA], 2011).

Desde el año 1985 la esperanza de vida de la población se ha elevado en alrededor de 7 años, manteniéndose la diferencia cercana a 6 años entre la esperanza de vida de las mujeres por sobre la de los hombres. De esta forma las estimaciones permiten predecir una esperanza de vida de 83,9 años para las mujeres y de 77,6 años para los hombres en el quinquenio 2025-2030 (Boreal, 2011). Esto se suma a la sistemática disminución de la tasa de fecundidad, que además sumado al aumento en la esperanza

de vida y la sistemática reducción de la tasa de mortalidad de los segmentos etarios más jóvenes de los 14 años y de 15 a 64 años, constituyen señales de un sistemático y creciente proceso de envejecimiento de la población. Más aún, desde 2011 ha comenzado a crecer la población mayor de 80 años. En consecuencia se espera que para 2025 se tendrá la misma cantidad de niños (entre 0 y 14 años) que adultos mayores de 60 años (Boreal, 2011).

Entendiendo este contexto, se releva la importancia de generar las condiciones y oportunidades para que los adultos mayores no sólo lleguen a esta edad, sino que también este proceso implique un digno envejecer. En Chile la entidad encargada de promover el bienestar del adulto mayor es el SENAMA, creado en 2002 ya que hasta esa instancia los adultos mayores no eran considerados una entidad al margen de las demás políticas públicas. Según la Ley N° 19.828 de SENAMA, se define como adulto mayor a toda persona que ha cumplido los 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres. Definiendo además al envejecimiento como un proceso que comienza desde la gestación y que culmina en la vejez (SENAMA, 2011).

A su vez, el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), en su Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores del 2014, también pone énfasis en el fenómeno de envejecimiento poblacional. En este programa, el MINSAL, propone el fortalecimiento de un enfoque anticipatorio y preventivo para orientar la atención de salud a este grupo etario. Esta mirada se ha venido instalando en los programas para el adulto mayor desde el año 1995, a través de la creación del Control Sano del Adulto mayor. La aplicación de este enfoque en la salud del adulto mayor, ayudaría a que estos mantengan la funcionalidad y la autovalencia en sus vidas, así previniendo o posponiendo algún tipo de dependencia. *“Es tarea entonces de todo el sector salud, anteponerse al daño durante todo el ciclo vital y es tarea propia del Programa Nacional de Salud de la Persona Adulta Mayor prevenir el daño en la etapa específica de la vejez, así como hacerse cargo del deterioro que se desencadena en esta etapa”* (MINSAL, 2014. p. 09).

Bajo este marco, las intervenciones psicosociales vienen a complementar esta mirada anticipatoria y preventiva; entendiendo que a diferencia de las intervenciones farmacológicas, permiten enfocarse desde la salud y/o enfermedad. La efectividad de los abordajes psicosociales radican en que se entiende al paciente como un sujeto

biopsicosocial, de forma que la intervención que se lleva a cabo en este ámbito; repercute positivamente en su entorno social y familiar, además de tratar sus alteraciones cognitivas y comportamentales (Escarabajal, 2010). Como parte de las estrategias psicosociales más utilizadas en el adulto mayor destacan los "Grupos de buenos días" (Arriola e Inza, 1999 en Jara, 2003), la "Terapia de Orientación a la Realidad" (TOR) (Berbel, Ortiz & Aguado, 2011), los "Programas de estimulación cognitiva" (González, Franco, Jiménez, Bemate, Parra, Tiribio, Solís, Losada & Cid, 2012) y una serie de intervenciones basadas en la actividad, como la "Terapia ocupacional", las "Actividades de grupo", "Actividades físicas", "Estimulación sensorial" (Caetano & Pardo, 2009) y "Musicoterapia" (Díaz & Sosa, 2010), entre otras. No obstante, una de las intervenciones que ha captado gran interés por su efectividad en el trabajo con adulto mayor ha sido la "Reminiscencia" (Baltes, 1987 en Webster, Bohlmeijer & Westerhof, 2010).

La reminiscencia es entendida como el proceso que permite capturar hechos significativos del pasado para enfocarlos en enriquecer nuestro presente (Schweitzer & Bruce, 2008). Tal como la plantea Baltes; ocurre a lo largo de todo el ciclo vital, está sujeta a variables biopsicosociales, es multidireccional y multidisciplinar, es resultado del balance entre ganancias y pérdidas en la vida y se estructura jerárquicamente en base a aspectos individuales, históricos y culturales (Webster et al, 2010). Esta actividad que la gente realiza de manera natural, se ha convertido en intervención terapéutica dando origen a la "Técnica de Reminiscencia". Esta técnica, ha sido trabajada especialmente con adultos mayores, justificándose en la necesidad que tienen los ancianos de recordar el pasado y de conectarse con él, en este sentido, la intervención terapéutica en este grupo etario permitiría *"clarificar, profundizar y encontrar el sentido de lo obtenido en toda una vida de aprendizaje y adaptación"* (Butler, 1974 p. 531 en Webster et al, 2010 p.530). Puede ser aplicada en forma de grupos de reminiscencia, convirtiéndose en una intervención psicosocial que además busca aumentar la socialización y mejorar las habilidades de comunicación de los participantes (Etchemendy et al, 2010). A su vez, la modalidad grupal permite que la escucha de relatos de los otros sirva de estímulo para el recuerdo de acontecimientos personales, generándose de manera global, en una instancia colectiva para compartir experiencias (Schweitzer & Bruce, 2008).

Considerando lo expuesto, la técnica de reminiscencia ha sido aplicada con resultados satisfactorios mejorando y/o disminuyendo síntomas de personas con

patologías; como por ejemplo, demencia tipo Alzheimer (Salazar, 2008-2010) y Depresión (Afonso & Bueno, 2010); sin embargo, no hay registros de que esta técnica se haya usado de manera preventiva. A pesar de lo anterior, el meta-análisis de Pinquart & Forstmeier (2011), demuestra que las investigaciones en reminiscencia frecuentemente repercuten en la Calidad de Vida y Autoestima de las personas (Pinquart & Forstmeier, 2011). Es por esta razón, y adhiriendo al enfoque anticipatorio propuesto por el MINSAL, que este sería el primer proyecto en Chile que implementaría y mediría la eficacia del Taller de Reminiscencia de manera preventiva, es decir, evaluando su efectividad en la Autoestima y Calidad de Vida de los adultos mayores autovalentes; contribuyendo así, a una mirada que conceptualice al envejecimiento como un proceso activo y positivo.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Evaluar la eficacia del Taller de Reminiscencia en el mejoramiento de la autoestima y de Calidad de Vida en un grupo de adultos mayores autovalentes de la ciudad de Valparaíso.

2.2 Objetivos Específico

- Determinar la eficacia del Taller de Reminiscencia en el mejoramiento de la autoestima en un grupo de adultos mayores autovalentes de la ciudad de Valparaíso.
- Determinar la eficacia del Taller de Reminiscencia en el mejoramiento de la Calidad de Vida en un grupo de adultos mayores autovalentes de la ciudad de Valparaíso.

III. HIPOTESIS

- Al finalizar el Taller de Reminiscencia, los adultos mayores participantes (grupo experimental) presentarán un aumento significativo en las medias de Autoestima respecto a la primera evaluación.
- Al finalizar el Taller de Reminiscencia, los adultos mayores participantes (grupo experimental) presentarán un aumento significativo en las medias de Calidad de Vida respecto a la primera evaluación.
- Al finalizar el Taller de Reminiscencia, los adultos mayores participantes (grupo experimental) presentarán un aumento significativo en las medias de Autoestima, en comparación al grupo control.
- Al finalizar el Taller de Reminiscencia, los adultos mayores participantes (grupo experimental) presentarán un aumento significativo en las medias de Calidad de Vida, en comparación al grupo control.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 Definición Envejecimiento

Durante los últimos cincuenta años las mejoras en la Calidad de Vida, la disminución de la mortalidad y la baja natalidad en gran parte del mundo, han dado como resultado el aumento significativo del envejecimiento de la población. Las pirámides demográficas reflejan que esta situación es una realidad en la población mundial, siendo mayormente observable en los países desarrollados. Sin embargo, es un proceso acelerado que se espera se extienda a los países en vías de desarrollo.

El envejecimiento es un proceso dinámico que se inicia desde la concepción y que se desarrolla a lo largo del curso de la vida. Desde la perspectiva psicosocial, la vejez implica simultáneamente un hecho personal y social que no solo afecta a aquellas personas que son ya mayores, por lo que hay que analizar el proceso de envejecimiento desde una triple perspectiva:

- El impacto personal de la forma como se vive la vejez, analizar los impactos y consecuencia afectivas, más o menos comunes, asociadas a las personas como consecuencia de cumplir años.
- El impacto grupal es necesario definir las características, demandas y necesidades del grupo social de edad considerados mayores. Se requiere analizar los patrones que caracterizan al grupo.
- El impacto social o las consecuencias que tiene para la organización social, tanto las tasas de envejecimiento como la forma en que se vive la vejez (Concha, 2009).

4.2 Envejecimiento en Chile

Chile es un país que se encuentra en una transición demográfica avanzada hacia el envejecimiento poblacional. Hoy existen 2.6 millones de chilenos mayores de 60 años lo que equivale al 16% de la población total. (SENAMA, 2011). Desde el año 1985 la esperanza de vida de la población chilena se ha elevado en alrededor de 7 años, manteniéndose la diferencia cercana a 6 años entre la esperanza de vida de las mujeres por sobre la de los hombres. De esta forma las estimaciones permiten predecir una

esperanza de vida de 83,9 años para las mujeres y de 77,6 años para los hombres en el quinquenio 2025-2030 (Boreal, 2011). Esto se suma a la sistemática disminución de la tasa de fecundidad, que además sumado al aumento en la esperanza de vida y la sistemática reducción de la tasa de mortalidad de los segmentos etarios más jóvenes de los 14 años y de 15 a 64 años, constituyen señales de un sistemático y creciente proceso de envejecimiento de la población. Más aún, desde 2011 ha comenzado a crecer la población mayor de 80 años. En consecuencia se espera que para 2025 se tendrá la misma cantidad de niños (entre 0 y 14 años) que adultos mayores de 60 años (Boreal, 2011).

En nuestro país la entidad encargada de promover el bienestar del adulto mayor es el Servicio Nacional del Adulto mayor [SENAMA], creado en 2002, ya que hasta esa instancia los adultos mayores no eran considerados una entidad al margen de las demás políticas públicas. Según la Ley N° 19.828 que crea el Servicio define como adulto mayor a toda persona que ha cumplido los 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres. Sin embargo se considera que se comienza a envejecer desde la gestación, siendo un proceso que culmina en la vejez.

La principal tarea, que compromete a todo el equipo SENAMA, es contribuir a mejorar la Calidad de Vida de las personas mayores del país. Para lo cual se pretende fomentar el envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales para las personas mayores, cualquiera sea su condición, fortaleciendo su participación y valoración en la sociedad, promoviendo su autocuidado y autonomía, y favoreciendo el reconocimiento y ejercicio de sus derechos; por medio de la coordinación intersectorial, el diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas.

En este sentido, con 2.6 millones de personas mayores de 60 años y nuevas generaciones que esperan vivir cerca de 80 años, la inacción del Estado no es una alternativa viable. Los riesgos de la inacción incluyen perpetuar la realidad actual, ya que según el estudio realizado por SENAMA, año, donde de cada 10 personas mayores, 9 no saben ocupar internet, 8 no tienen educación media completa, entre otras. Cuando la vida se alarga y aumenta la proporción de personas mayores, las sociedades pueden ganar la sabiduría y experiencia de sus mayores, pero sólo si consiguen mejorar su Calidad de Vida durante esos años ganados.

4.3 Caracterización del Adulto mayor en Chile

Según los datos de la ONU, Chile se encuentra en el lugar 19 de los países mejores para envejecer, lo que es demostrado en la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez, realizada en el año 2013 por la Universidad Católica de Chile y el Servicio Nacional del Adulto mayor. En ella, se pretende describir los estándares de vida de los adultos mayores en Chile y su bienestar subjetivo, a través de preguntas que apuntan a la satisfacción general con la vida. Lo destacable de esta información, es la posibilidad de analizar los resultados y compararlos con los obtenidos en el 2010 y el 2007.

A modo general se puede mencionar que el índice de Calidad de Vida en la vejez ha aumentado como ha venido ocurriendo en los últimos 6 años. Específicamente del año 2010 al año 2013 el nivel de bienestar aumenta del 56% al 66%. No existen diferencias ni por edad ni por género. En donde sí se encuentran diferencias es lo relacionado con nivel educacional, en donde los que cuentan con mayor nivel educacional, tienen una mejor Calidad de Vida. Los adultos mayores se encuentran más satisfechos con lo que tiene relación con “alimentación”, “vivienda” y “afecto y cariño”, ya que son las que tienen más cubiertas según su percepción. Y sus mayores preocupaciones se deben a “que fallezca un ser querido”, “tener que depender de otras personas” y que se enfermen gravemente. Las necesidades que reportan tener menos cubiertas es en relación con el ámbito económico y con su salud.

En relación con el aislamiento social un 25% de los encuestados reporta sentirse “excluido y aislado por los demás”. Lo que es un bajo porcentaje. Sin embargo un 40% señala “que les falta compañía”. Como se mencionó anteriormente existen diferencias de acuerdo al nivel educacional que presentan los adultos mayores, los que reportan mayor nivel educacional tienden a sentirse menos aislados. En donde no se encuentran diferencias significativas es en género y edad.

La percepción que la mayoría de las personas tienen acerca de los adultos mayores es que éstos son poco activos, lo que puede deberse a que a medida que avanzan los años el ser humano va perdiendo vitalidad o que se ve reflejado en su postura en su aspecto en general. Pero lo que llama la atención según la encuesta es

que los adultos mayores sí trabajan y un 75% lo hacen por gusto, aunque muchos lo hacen por necesidad algunos de estos lo seguirían realizando (66%) si no tuviera necesidad de hacerlo. Y los que no lo hacen se debe a que reportan problemas de salud.

En el ámbito económico, de los encuestados un 83% recibe pensión o jubilación y un 21% dice trabajar y recibir también complementariamente la pensión. Como era de esperar se observa un mayor porcentaje de adultos mayores que reporta “no alcanzarles el dinero”, aunque el porcentaje ha disminuido del año 2010 con un 36% y el año 2013 un 25%. La mayoría de la personas mayores recibe entre 50 y 150 mil pesos por su jubilación o pensión.

En la encuesta realizada se afirma que el tema que causa mayor preocupación a los adultos mayores es la salud. En este ámbito los reportes de su auto percepción de salud no aumentaron ni disminuyeron al comparar en los 6 años transcurridos. Las mujeres mayores de 75 años con nivel educacional bajo se reporta peor auto percepción de su salud. En cuanto a las enfermedades un 90% de los encuestados reporta tener al menos una enfermedad. En el mismo sentido, los reportes a nivel país en la encuesta se encontró que las enfermedades que más afectan a esta población son la “presión alta o hipertensión”, el “colesterol alto”, la “diabetes” y la “artritis”, las cuales se ven en aumento entre el 2010 y el 2013. Se debe destacar el aumento en la ingesta de medicamentos, que pasó de 2,9 en promedio el año 2007 a 3,6 para 2013.

Por último lo que respecta a la cobertura en salud aumenta la cantidad de personas mayores a las que les gustaría utilizar los servicios de geriatría. Aunque la utilización de los mismo ha disminuido.

Algunos adultos mayores se encuentran activos y en buenas condiciones de salud, que representan a los más jóvenes dentro de este grupo etario. Sin embargo, muchos de estos adultos mayores en su avanzada edad siguen participando de actividades en la comunidad. En lo que respecta al grupo objetivo de esta investigación, es fundamental conocer el cómo se están desarrollando los adultos mayores en Chile. Es por esto que consideramos los siguientes resultados como nuestros fundamentos para la implementación del Taller de Reminiscencia. Lo que no

quiere decir que los resultados anteriormente presentados no sean de relevancia, sino que los siguientes son de mayor pertinencia.

Aunque en la actualidad las políticas públicas pretenden implementar innovaciones para ese grupo etario, como la realización de actividades en donde ellos pueden participar para que éstos cuenten con un “envejecimiento activo”, la realidad se aleja de estos propósitos. Las cosas en relaciones a las actividades sociales que los AM realizan no han cambiado en los últimos 6 años.

Aunque la mitad de los adultos mayores encuestados reporta el reunirse con sus amistades, al menos una vez por semana, “va visitar a sus parientes” en un 46% y “practica algún pasatiempo” 44%. Los resultados no son alentadores, ya que más de la mitad pasa el mayor tiempo en su casa por lo tanto, no mantiene contacto con otras personas significativas.

Nuestro taller pretende que estos adultos mayores salgan de sus casas y pasen un momento grato. Aunque los porcentajes anteriores parecen preocupantes existen cerca de un 35% que sí participa en clubes de adultos mayores. En donde nuestro taller va dirigido. Su fundamento se encuentra en que los AM que asisten a estos centros se debe a que se encuentran capacitados para poder acceder a nivel mínimos de independencia. Lo que necesitamos para que nuestro taller sea realizado exitosamente, ya que éste será realizado en dependencias de un club. Además por medio de nuestros talleres pretendemos darle importancia a sus historias, ya que éstas cuentan con gran riqueza en experiencias, vivencias y el aprendizaje acumulado.

Un factor protector que se encuentra en los adultos mayores son las relaciones sociales y familiares, ya que estos aportan apoyo y cuidados necesarios en momentos en que éstos lo requieran. Además de entregar afecto y protección. Los que aportan mayormente con esto son las personas que se encuentran más cercanas a ellos. Los adultos mayores en general (85%) vive acompañado, un 65% vive con su cónyuge o con un hijo (59%) y con un nieto (41%). En su gran mayoría los adultos mayores se encuentran satisfechos de la relación que establecen con sus familiares. Por ejemplo un 70% describe que “puede acudir a su familia cuando algo lo preocupa”. A su vez, con respecto a las relaciones sociales en general los mayores dicen tener una buena disponibilidad de apoyo. Estos AM encuestados prefiere por lo tanto, vivir con un hijo

nieto o familiar en vez de acudir a una casa institucionalizada, ya que éstos mencionan que la labor de cuidar de ellos cuando éstos no pueden es en primer lugar sus familiares, por encima del Gobierno. En este mismo sentido los adultos mayores se llevan mejor con sus nietos y luego con sus hijos. Y el 48% de las personas entrevistadas está casada.

Como se ha mencionado anteriormente la población chilena ha producido un incremento sostenido del porcentaje de personas mayores. Lo que llegaría a pensar que por lo mismo las condiciones de vida han disminuido. Lo que esta encuesta desconfirma, ya que por ejemplo las relaciones interpersonales, como la familia sigue siendo la institución con más estima y reconocimiento social tiene. Los adultos mayores en general nos cuentan que tienen una relación bastante recíproca entre los apoyos que se dan y reciben entre padres mayores e hijos. Y que en general los índices han aumentado.

Como el índice de Calidad de Vida de los adultos mayores en Chile ha aumentado a un 66% es un índice que demuestra que el bienestar que los AM reportan ha ido aumentando, pero éste sigue siendo bajo, es por lo mismo que se quiere contribuir con este bienestar subjetivo, a través de la realización de estos talleres se pretende aumentar estos índices aunque no sea una variación significativa. Pero el bienestar puede ser aumentado cuando se realizan actividades significativas, como lo pretende realizar nuestro taller.

4.4 Adulto mayor autovalente

Según SENAMA los adultos mayores pueden ser clasificados según su nivel de funcionalidad, entendida como la *“capacidad de una persona de llevar por sí misma la orientación de sus actos, hacer lo que ella o el desee de su entorno, realizando actividades de la vida diaria desde el punto de vista psíquico, físico y social”*. (SENAMA, 2009).

Esta clasificación separa a los adultos mayores en:

- Adulto mayor autovalente sano: Aquella persona mayor de 60 años, cuyas características físicas, funcionales, mentales y sociales están de acuerdo con su edad cronológica, es capaz de realizar las actividades funcionales esenciales de cuidado y las actividades necesarias para adaptarse a su medio ambiente.
- Adulto mayor frágil: Aquella persona que ve afectada su autonomía por factores físicos, ambientales, psicológicos, sociales y/o económicos.
- Adulto mayor dependiente: Aquella persona mayor de 60 años que se ve imposibilitada de efectuar las actividades de la vida diaria y requiere de apoyo constante para desarrollarlas. (SENAMA, 2009).

Para efectos de esta investigación, los participantes cumplen con la descripción correspondiente de Adulto mayor autovalente sano.

4.5 Intervenciones psicosociales en el Adulto mayor

Las intervenciones psicosociales son entendidas como actividades comprometidas con la mejora de la autonomía y el funcionamiento de la persona en su entorno y el apoyo a su integración, participación social contando además con un sistema de servicios comunitarios o soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios fomentando su funcionamiento, lo mas autónomo, integrado e independiente. La aplicación de estas intervenciones han resultado ser una buena opción para intervenir en el proceso de envejecimiento satisfactorio para el adulto mayor (Concha, 2009).

La efectividad de los distintos abordajes psicosociales radica en que se entiende a la persona como un sujeto biopsicosocial, por lo tanto esto hace que la intervención repercuta positivamente en su entorno social, familiar, además de tratar sus alteraciones comportamentales y cognitivas (Escarabajal, 2010).

Existen distintos tipos de intervenciones psicosociales, dentro de los cuales se encuentra:

a) Grupos de Buenos Días

Este tipo de actividad es ampliamente difundida dentro de los programas generales de funcionamiento de las Residencias Geriátricas en países desarrollados (Arriola e Inza, 1999 en Jara, 2003). El objetivo es que acudan al grupo todos los(as) usuarios(as) que estén cognitivamente sanos, junto a otro grupo de menor proporción de ancianos que sufren una leve o moderada demencia senil. El primer grupo estará informado de que una de sus funciones será la de estimular y dinamizar a este segundo grupo haciéndoles hablar, preguntándoles (Cómo se encuentran, qué realizaron durante el día anterior).

Los autores Arriola e Inza, el año 1999, comprueban que las funciones terapéuticas, que cumple esta intervención son las siguientes: mantenimiento de la atención, estimulación a la verbalización, refuerzo, ejercitación de las habilidades sociales, integración en la colectividad (sentimiento de grupo) y ayuda a la orientación general.

b) Terapia de Orientación a la Realidad

La Terapia de Orientación a la realidad (TOR) es una técnica ampliamente utilizada en psicogeriatría. A grandes rasgos, lo que intenta hacer es otorgar al consultante información actualizada y real de su entorno más cercano y nuclear, la familia con respecto a su orientación y noticias generales (Berbel, Ortiz y Aguado, 2011). Su objetivo es reorientar temporoespacialmente, autopsíquica y socialmente, restableciendo así su identidad personal, vale decir, con su entorno familiar, personal, social, y su autonomía, a partir del entrenamiento de los procesos de orientación y memoria (Díaz & Sosa, 2010).

Esta terapia puede operar de dos maneras. Una de ellas es la TOR en sesiones, la cual se desarrolla en pequeños grupos, y comienza con aspectos de orientación temporal (día, mes, año), de orientación espacial (lugar donde se encuentra la persona), y orientación personal (datos, nombre), continuando con el análisis posterior de eventos,

utilizando antecedentes del entorno más cercano de la persona. Aquí se utilizan materiales como diarios, un diario personal, objeto de discusión o imagen de uno mismo. Por su parte, la otra modalidad es llamada TOR 24 horas, la cual se realiza durante todo el día, con la ayuda de todas las personas que tengan contacto con el paciente, utilizando materiales como señalizaciones, calendarios, relojes grandes, rótulos en los objetos con los nombres y la utilidad de cada uno, y realizando actividades rutinarias (Díaz & Sosa, 2010).

c) Programa de Estimulación Cognitiva

El entrenamiento cognitivo, representa una perspectiva usada a menudo para el mejoramiento de áreas cognitivas específicas e implica también, la enseñanza de estrategias y habilidades con el objetivo de optimizar el funcionamiento cognitivo. Por lo tanto, no equivale al “entrenamiento cerebral no específico”, sino a programas de aprendizaje adaptados, que tienen origen en técnicas de entrenamiento teóricamente validadas, considerando modelos de capacidades perjudicadas y preservadas. La metodología de intervención es generalmente proporcionada en pequeños grupos y de una forma estandarizada. Incluye problemas y ejercicios repetitivos, que son diseñados para trabajar y reforzar capacidades cognoscitivas, en condiciones diferentes (González, Franco, Jiménez, Bemate, Parra, Toribio, Solís, Losada & Cid, 2012).

El programa de estimulación y activación cognitiva (PEAC) trata mediante intervenciones globales de estimulación y actividad optimizar o conservar las capacidades cognitivas. Se estimulan el lenguaje, la memoria, la imaginación y los sentidos. La PEAC combina técnicas clásicas de rehabilitación, entrenamiento, aprendizaje y actividades pedagógicas y psicoterapéuticas (disminución de la ansiedad, superación de la inseguridad, adquisición de actitudes positivas, etc.). Estas tareas no se limitan a los aspectos de recepción de estímulos, sino que también implican un importante componente de acción. Al parecer los beneficios cognitivos de estas estrategias pueden ser mantenidos mediante sesiones semanales por períodos de aproximadamente seis meses (Caetano & Pardo, 2009).

d) Intervenciones Basadas en la Actividad

El objetivo de esta intervención, es que sea significativa para el usuario, esto quiere decir, que se sientan satisfechos con ciertas actividades sistematizadas y reglamentadas. Además también, estas intervenciones se deben adaptar a las capacidades cognitivas funcionales y permanentes del consultante.

Entre las principales intervenciones se encuentran las siguientes:

d.1) Terapia ocupacional

El supuesto base en esta terapia, es el reconocimiento de la importancia de la realización de actividades significativas en las vidas de las personas (Caetano & Pardo, 2009). La Terapia Ocupacional es una disciplina cuyo objetivo es la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. Fomenta las capacidades de las personas para participar en las actividades de la vida diaria, productivas y de ocio; su empleo tiene una doble utilidad, por una parte se encuentra la habilitación de los sujetos para elaborar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, y por otro, la transformación del entorno para que éste refuerce la participación (Ortega & Del Rocío, 2011).

Una de las modalidades que más se ocupa es la de actividades de la vida cotidiana, tales como: comer y preparar la comida, manejo del dinero, aseo personal, entre otros. Esta aproximación exige una evaluación profunda de las capacidades y de los patrones conductuales del consultante, además de una adecuada planificación y organización de este. El objetivo de esta terapia es posibilitar la máxima adaptación al ambiente, al contexto humano y físico para la vida diaria. Es una de las metodologías que tienen la mejor relación costo-beneficio (Caetano & Pardo, 2009).

Por lo tanto, la ocupación es fundamental para los adultos mayores, no sólo por el entretenimiento y distracción, sino también como garantía, para poder preservar el nivel de salud evitando un rápido e irreversible deterioro físico y psíquico (Ortega & Del Rocío, 2011).

d.2) Actividades de grupo.

Las actividades que se realizan en modalidad grupal cumplen un importante papel en los procesos de socialización y de estimulación. Para estas actividades es trascendental congregarse a los consultantes en función de criterios como el grado de sus discapacidades funcionales y cognitivas, con el objetivo de prevenir el malestar en pacientes que sufren demencias en un grado leve a moderado. De igual forma, es aconsejable que los ejercicios sean de una duración no mayor a los 45 a 60 minutos. La conformación de los grupos no debe ser muy numerosa, es recomendable no más de seis integrantes, y que sean dirigidos por un terapeuta que tenga el rol de controlar las ejecuciones y sirva como una guía, sin pasar a llevar su espontaneidad.

Parte de las actividades que se pueden efectuar son, a modo de ejemplo: juegos de mesa, horticultura, jardinería, talleres de lectura o escritura, manualidades, y tantos otros. El terapeuta debe estar capacitado para repetir las consignas o instrucciones y ofrecer todas las explicaciones que se necesiten (Caetano & Pardo, 2009).

d.3) Actividades físicas

Este tipo de intervención se realiza en base a diferentes formatos entre los cuales se encuentran: psicomotricidad, fisioterapia, paseos, dinámicas de grupo psicomotora, etc. En general, su utilización se evalúa en un grado positivo en cuanto al objetivo de mejorar los trastornos conductuales de los consultantes con demencia (Caetano & Pardo, 2009).

d.4) Musicoterapia

La musicoterapia tiene una amplia aplicación práctica en relación con pacientes con deterioro cognitivo, demencia y su rehabilitación. Esta intervención consiste en el uso terapéutico de la música para alcanzar un favorecimiento en la mejoría del consultante en sus áreas comunicativas y de las relaciones interpersonales, el mantenimiento de la atención-concentración en función de una tarea concreta y el estímulo de la memoria a corto y largo plazo (Díaz & Sosa, 2010). La música se utiliza para estimular sensorial y físicamente. Esta terapia, es una disciplina científica que estudia e investiga la relación del ser humano con el sonido, la música, el ritmo, etc. A su vez aprovecha diversos recursos

expresivos como la música, el sonido, el silencio, la palabra, la voz, el ruido, los gestos y los movimientos corporales para conformar una organización que integre la expresión, promoviendo la salud física y mental. A base de lo anterior, se crea un espacio donde la persona tiene la posibilidad de jugar, crear, expresarse, encontrarse con sus sonidos y con el otro. Funciona como un ambiente donde se promueve la manifestación emocional y la actividad lúdica, un espacio donde las percepciones, sensaciones y vivencias corporales son el punto de partida (Alvear, 2010).

Esta intervención tiene diferentes variaciones, que van desde la escucha simple de música de determinados estilos y/o épocas hasta la ejecución e incluso el baile. Varios estudios controlados concluyen mejoras conductuales, tales como disminución de la agitación durante las sesiones e inmediatamente después de la misma. Además, es una técnica de implementación sencilla y de bajo costo. Hay diseños de formatos grupales en los cuales se seleccionan canciones que son familiares para los participantes. Algunos aspectos de refuerzo de la motivación y la interacción que ocurre entre los ancianos y los terapeutas dan cuenta de los resultados positivos que se pueden obtener de esta modalidad terapéutica (Caetano & Pardo, 2009).

d.5) Estimulación sensorial

La Terapia Snoezelen o multisensorial (TS) consiste en un abordaje que combina técnicas de relajación con la exploración de diversos estímulos sensoriales: visuales, auditivos y táctiles. Algunas investigaciones han demostrado que existen mejorías significativas de conductas anómalas que se mantenían durante un breve lapso de tiempo, luego de finalizada la intervención (Caetano & Pardo, 2009).

La estimulación multisensorial se define como una técnica que estimula de forma activa los sentidos del oído, tacto, vista y olfato en un entorno agradable y orientado al paciente. Está orientado a facilitar la estimulación sensorial individualizada y grata sin recurrir a intervenciones de procesos cognitivos, como la memoria o el aprendizaje, para lograr o mantener un estado de bienestar. Generalmente la estimulación multisensorial se realiza en una sala especial con una serie de equipos que ofrecen variadas estimulaciones sensoriales (camas vibratoras, muebles cómodos y mullidos, vapor aromatizado, focos, espejos y música), con el fin de estimular y relajar.

Actualmente también se tienen en cuenta características como el estilo de vida, las preferencias, los deseos y la diversidad cultural de los pacientes. Este tipo de estimulación tiene como objetivo, reducir las conductas inadaptadas, aumentar las conductas positivas y optimizar el humor de los pacientes. Algunos especialistas describen los beneficios terapéuticos de esta técnica en términos de relajación, cambio de conducta o mejora de la Calidad de Vida. Por otro lado, la estimulación multisensorial también se ha empleado en la asistencia de la demencia, para promover una relación a través de los cuidados y disminuir el estrés del cuidador, lo cual otorgaría efectos positivos en la Calidad de Vida de los cuidadores (Van Weert y Bensing, 2009).

Además de las intervenciones anteriores, la reminiscencia se ha situado como una alternativa válida para el trabajo con adulto mayor. Debido a la relevancia de este tema para esta investigación, se revisará con mayor detalle a continuación.

4.6 Reminiscencia

4.6.1 Definición de Reminiscencia

La definición de reminiscencia ha sido materia de controversia entre los investigadores, hasta la fecha, la literatura científica no ha sido capaz de proponer una descripción que lleve al consenso en el uso del término. Gibson (2004) señala que esta falta de claridad conceptual ha afectado en el uso que se da internacionalmente a la reminiscencia en la investigación, en los métodos prácticos de intervención y en las aplicaciones en poblaciones específicas. (Gibson, 2004 en Salazar, 2008).

Así es como la mayoría de las investigaciones concuerdan que existen limitaciones importantes en el trabajo en reminiscencia, dificultades que incluirían: la falta de claridad conceptual, escasez de pruebas para certificar algunos supuestos básicos, la evidencia contradictoria de los supuestos efectos terapéuticos de la revisión de vida y reminiscencia, una relativa escasez de instrumentos psicométricamente validados, defectuosos diseños experimentales y conexiones teóricas desarticulados a débiles que atenúan las conclusiones extraídas de la evidencia empírica (Webster, Bohlmeijer & Westerhof, 2010). Sin embargo, lo único cierto es que la reminiscencia no hace referencia a un fenómeno único, pues diversos tipos de reminiscencia han sido identificados.

Desde la perspectiva cognitiva, varias son las investigaciones que han explicado la reminiscencia a partir de la memoria autobiográfica. La memoria autobiográfica contiene los recuerdos de los eventos pasados en la vida de una persona. Puede referirse a todo lo relacionado con lo ocurrido a lo largo de la vida, incluyendo desde los recuerdos más antiguos hasta los más recientes (Navarro, Latorre, López-Torres & Petrel, 2008). Desde esta lógica, destacan los trabajos realizados por Salazar (2008, 2010) quién concibe la reminiscencia como *“el acto por medio del cual la identidad se historiza en escenarios, escenas, personajes, eventos, trama y temas a partir de la memoria autobiográfica”* (Fivush & Haden, 2003 en Salazar, 2008 p.112). Del mismo modo, define la técnica de reminiscencia como la que estimula la reconstrucción y narración de recuerdos significativos del pasado personal, relatando hechos, actos o vivencias en asociación a estímulos claves verbales y visuales. Consiste en una actividad guiada para el recuerdo de eventos generales y la evocación de detalles contextuales y emocionales relacionados, en sesiones que pueden estructurarse por niveles según la demanda cognitivo-lingüística asociada al recuerdo y las habilidades expresivo-comunicativas. Mientras la memoria autobiográfica contiene una gran cantidad de información personal y experiencia personal pasada, las reminiscencias consisten en una selección de contenidos personalmente significativos que se evocan ante estímulos claves elegidos por el terapeuta (Salazar, 2010).

Otras propuestas para explicar la reminiscencia se derivan de la perspectiva evolutiva de Baltes (1987). La reminiscencia entendida como un proceso que ocurre a lo largo de todo el ciclo vital, posee las siguientes características: tiene lugar a lo largo de toda la vida, es multicausal, es decir, está sujeta a variables biopsicosociales, es multidireccional, los comportamientos cambian de dirección, velocidad y frecuencia en diversos momentos, debe ser entendida de forma multidisciplinar, se basa en el concepto de plasticidad, es resultado del balance entre ganancias y pérdidas de la vida y se estructura de forma jerárquica, en contextos interactivos, estando determinado por aspectos individuales, históricos y culturales (Webster et al, 2010).

Parece interesante además señalar la definición de Schweitzer & Bruce (2008), quienes destacan en su descripción los beneficios del contacto interpersonal en el

proceso de reminiscencia. *“La reminiscencia es una manera de recapturar partes del pasado y enfocarla en enriquecer nuestras vidas. Es algo que hacemos naturalmente y resulta placentero hacer una revisión de nuestros recuerdos pasados hasta los más recientes. A su vez, escuchar los relatos de otras personas estimula el recuerdo de acontecimientos propios que creíamos olvidados, generándose una instancia colectiva para compartir experiencias”* (Schweitzer & Bruce, 2008 p. 24)

Las definiciones anteriores conceptualizan a la reminiscencia desde distintas perspectivas; sin embargo, de ellas se destaca el carácter significativo de los hechos de vida relatados en el proceso, el carácter histórico evolutivo de la revisión de vida de la persona y el ambiente de interacción interpersonal que resulta estimulante en la narración de los recuerdos, lo que finalmente ubica a la reminiscencia como un proceso amplio, profundo y complejo.

4.6.2 Antecedentes históricos de Reminiscencia e importancia en la vejez

Butler, en el año 1963 propuso el término “revisión de vida” para referirse a un proceso mental universal, que se precipita al final de las vidas de las personas caracterizado por una vuelta progresiva hacia el inconsciente para hacer conscientes las experiencias pasadas, especialmente conflictos no resueltos (Butler, 1963 en Bravo et al, 2008). Desde la introducción del término a la actualidad, varias son las observaciones que se le han hecho a la teoría original. Butler afirmó que la revisión de vida se producía por la conciencia de la aproximación de la muerte en la vida de una persona y la necesidad de que ésta sea reexaminada (Serrano, 2002). De la afirmación se sostiene que la revisión de vida sería una actividad preferente de los adultos mayores. Hoy esta hipótesis es considerada limitada, pues investigaciones han descubierto que incluso niños de 3-6 años de edad pueden llevar a cabo un proceso de reminiscencia (Latorre et al en preparación, en Webster et al, 2010).

Asimismo, en la literatura se han propuesto diversas explicaciones teóricas del concepto introducido por Butler. Si bien la teoría del autor sobre revisión de vida es evidentemente psicoanalítica, en el presente, el proceso de revisión de vida o el de reminiscencia se explican desde otros enfoques. A modo de ejemplo, investigaciones cognitivas sitúan la reminiscencia como un proceso dependiente de la memoria

autobiográfica (Salazar, 2010), mientras que otros autores la explican desde el enfoque evolutivo (Webster et al, 2010), lo que reformula la definición del proceso y sus características.

A pesar de los cuestionamientos y actualizaciones, no cabe duda que las ideas de Butler concernientes a la revisión de vida y la posterior conceptualización de la misma como intervención terapéutica que permitiría a los adultos mayores facilitar la tarea de *"clarificar, profundizar y encontrar el sentido de lo obtenido en toda una vida de aprendizaje y adaptación"* (Butler, 1974 p. 531 en Webster et al, 2010 p.530), fueron un importante punto de partida a la actual visión del proceso de reminiscencia como beneficiosa y posiblemente necesaria para la salud mental.

Desde los inicios hasta la actualidad, la técnica de reminiscencia ha sido especialmente trabajada con adultos mayores. Su utilización se justifica en que este grupo etario tiene una necesidad de recordar el pasado y de conectarse con éste a medida que aumentan en edad. Este deseo de realizar un balance se hace necesario al llegara al final de sus vidas para darle sentido a sus experiencias (Schweitzer & Bruce, 2008).

Finalmente, Gibson (1998; 2004) sintetiza diez razones sobre por qué es útil la técnica de reminiscencia: *"permite conexiones entre pasado, presente y futuro personal; promueve la sociabilidad y la apertura a las relaciones interpersonales; confirma un sentido de identidad único y refuerza sentimientos de Autoestima, valía personal, coherencia y continuidad; asiste en el proceso evaluativo de revisión de vida; transforma la naturaleza de las relaciones promoviendo la comunicación y la comprensión empática; modifica la percepción y comprensión de otros, potenciando la sociabilidad y las nuevas relaciones; ayuda a la evaluación del funcionamiento presente y a la planificación de programas de cuidado; cambia el aporte en las relaciones permitiendo que el adulto mayor brinde sus conocimientos y experiencias; preserva y transmite la herencia cultural y, según se ha reportado consistentemente en los últimos años, la mayoría de las personas disfrutan y obtienen beneficios de la reminiscencia"* (Gibson, 1998;2004 en Salazar, 2008 p. 114).

4.6.3 Un modelo heurístico de Reminiscencia

Webster et al. (2010), proponen un modelo heurístico para comprender el fenómeno de la reminiscencia. El orden en que se presentan los componentes obedece a una finalidad didáctica que en ningún caso significa la prevalencia de alguna estructura por sobre otra. Es importante tener presente que los componentes de la reminiscencia siempre se relacionan de manera interactiva.

Las narraciones de las personas sobre ellos mismos, comienzan cuando uno o varios factor(es) desencante(s) estimula(n) el inicio del proceso de recuerdo. Luego que los recuerdos se encuentran preparados se trabajan mediante modos, es decir, se procesan a nivel público o privado. Los recuerdos siempre están asociados a escenarios, es decir, los contextos permiten situar el relato. Una vez que los recuerdos han sido ubicados, son filtrados por una serie de características personales que modulan la narración. Asimismo, la reminiscencia cumple funciones particulares en cada persona. Finalmente, el proceso de reminiscencia siempre arroja un resultado que puede ser positivo o negativo.

A continuación se describen los componentes de la reminiscencia:

1. **Desencadenantes:** Pueden ser de naturaleza espontánea o consciente. Los desencadenantes espontáneos o no conscientes son evocados por estímulos sensoriales o procesos internos y comparten las características de ser más pasivos, tienen objetivo más indefinido y requieren de menor esfuerzo. Los desencadenantes conscientes o intencionales son evocados por deliberadamente por la persona, incluyen procesos de búsqueda más activa lo que involucra un mayor esfuerzo voluntario.
2. **Modos:** Las personas pueden compartir sus narraciones mediante un estilo interpersonal o intrapersonal. Algunos de los factores que pueden influir en el estilo en que será revisado el episodio son la frecuencia del recuerdo, la elaboración, la relevancia personal, los elicitadores y la valencia emocional.

3. **Contextos:** Cuando los recuerdos son activados, estos se encuentran ubicados dentro de contextos particulares y están establecidos bajo ciertos parámetros. Las variables que influirán en el relato son: Influencias socioculturales, Instituciones, familia y otros significativos dentro de las más relevantes.

4. **Moderadores:** Hacen referencia a todas las características individuales que median el proceso de reminiscencia. Estos factores pueden cambiar de forma lenta y previsible (como la edad), pueden ser de carácter más estable (como la personalidad) y otros son fijos (como el género y la etnia). Dentro de las variables más destacadas en este punto se encuentran: La edad, el género, origen étnico y personalidad.

5. **Funciones:** El proceso de reminiscencia no es un fin en sí mismo, sino un medio para un fin. Es importante que los profesionales conozcan las funciones de la reminiscencia para poder comprender o predecir los tipos de resultados que el acto de recordar el pasado podría tener en los participantes (Bluck & Alea, 2002 en Webster et al, 2010). Varios han sido los intentos de clasificación para los distintos usos de la reminiscencia, en este sentido, Webster et al (2010) proponen que la Reminiscence Funcion Scale (RFS, Webster, 1993, 1997, 2003, Webster & Gould, 2007, en Webster et al, 2010) sería la medida más consistente para estudiar las funciones de la reminiscencia, en términos de fiabilidad, validez y estructura factorial e incluye taxonomías previas. *"La RFS identifica ocho tipos: Renacimiento de la Amargura, renacimiento y rumiación los recuerdos sobre circunstancias de vida difíciles, la pérdida de oportunidades, y desgracias; Reducción del aburrimiento, los recuerdos son utilizados para llenar un vacío de estimulación o falta de interés; Conversación, comunicación personal de los recuerdos como forma de deber y compromiso social, Preparación para la muerte, recuerdos para hacer frente a los pensamientos de la vida propia cuando se aproxima su fin, Identidad, utilizando recuerdos personales en la búsqueda de la coherencia, el valor y significado de la vida y la consolidación de un sentido de sí mismo, Mantenimiento de la Intimidad, aferrándose a recuerdos íntimos de las relaciones sociales que ya no forman parte de nuestras vidas, Solución de problemas, enlace con el pasado para identificar situaciones anteriores y aplicar técnicas de afrontamiento a los desafíos actuales, y Enseñar / Informar, compartir recuerdos*

para transmitir una lección de vida y compartir ideologías personales” (Webster et al, 2010 p 543).

6. Resultados: De manera simplificada, los resultados de un proceso de reminiscencia pueden tener dos consecuencias básicas: implicaciones para la investigación e implicaciones para la práctica. Dentro del primer punto, las investigaciones podrían ser útiles para el planteamiento de los objetivos; en la medida en que podrán ser planteados de manera más específica pudiéndose centrar por ejemplo en la investigación de uno sólo de los componentes de la reminiscencia, y en cuanto a la amplitud de los mismos para examinar los vínculos entre los componentes y el macromodelo. Y finalmente las implicaciones para la práctica tienen que ver con que los diferentes resultados tienen correlaciones distintas con la salud mental, pudiéndose obtener efectos positivos o negativos.

4.6.4 Modalidades de Reminiscencia

De manera general, las investigaciones han sido poco claras en precisar las características de las distintos tipos de reminiscencia. Esta situación se explicaría ya que existe una falta de claridad conceptual que ha llevado a que los conceptos sean utilizados de modo indistinto en la literatura científica (Kennedy & Tanenbaum, 2000 en, Etchemendy, Baños, Botella & Castilla, 2010). Sin embargo, estilos particulares de reminiscencia arrojan diferentes resultados en cuanto a las correlaciones con la salud mental (Webster et al, 2010); es por ello, que resulta de utilidad una clasificación que distinga los límites entre las intervenciones en esta materia.

Webster et al (2010) propone tres tipos básicos de reminiscencia: reminiscencia simple o no estructurada, reminiscencia estructurada o revisión de la vida, y la terapia de revisión de vida (Webster et al, 2010).

4.6.4.1 Reminiscencia simple

Es una narración autobiográfica no estructurada (Webster et al, 2010), cuyo objetivo es generar experiencias placenteras que mejoren la Calidad de Vida del anciano (Etchemendy et al, 2010). Este nivel de recuerdo puede ser facilitado por intervenciones en forma de grupos de reminiscencia, realizados en residencias de

mayores en las que solicitan recuerdos positivos (Webster et al, 2010). A diferencia de la Revisión de Vida, se trata de un proceso grupal espontáneo, enfocado en recuerdos placenteros, en el cual no está necesariamente presente el componente evaluador. Es una intervención social que busca aumentar la socialización y mejorar las habilidades de comunicación. El grupo es coordinado por el clínico y funciona como una plataforma que sirve de apoyo y contención a la persona mayor (Etchemendy et al, 2010); además, debe poseer ciertos conocimientos básicos para facilitar el proceso de reminiscencia y la promoción de la interacción social (Webster et al, 2010).

4.6.4.2 Revisión de Vida

A diferencia de la simple reminiscencia, es mucho más estructurada, se centra en la integración tanto de los acontecimientos vitales positivos como negativos, y se puede decir que es de tipo evaluativa (Haight & Díaz, 1992 en, Webster et al, 2010). La Revisión de vida es recomendada para personas con trastornos psicológicos leves que necesitan apoyo para enfrentar las adversidades de su vida. El objetivo de este tipo de reminiscencia es establecer una continuidad entre el pasado y en el presente; es decir, ayuda a la persona a centrarse en los éxitos del pasado, recordar los valores que han guiado su vida y que estos recuerdos les sirvan de ejemplo para adaptarse a los cambios en la actualidad. Quienes llevan a cabo una Revisión de vida requieren de conocimientos más avanzados que la simple reminiscencia por el carácter estructurado de la intervención (Webster et al, 2010).

4.6.4.3 Terapia de Revisión de Vida

Esta modalidad de reminiscencia se aplica en contexto psicoterapéutico, es muy estructurada y está recomendada para personas con niveles elevados de depresión, ansiedad, estrés postraumático, entre otros. Las personas que participan de este tipo de intervención suelen presentar historias de vida difíciles que los llevan a interpretar el mundo de forma negativa; por ello, el objetivo de la terapia apunta a disminuir el uso de recuerdos negativos mediante la modificación de los esquemas cognitivos del yo y el mundo (Capeliez, 2002 en Webster et al, 2010) o la reconstrucción de las historias pasadas complejas (Kropfy & Tandy, 1998 en Webster et al, 2010).

Tres características fundamentales diferencian este tipo de reminiscencia con las anteriores: es un proceso individual y privado entre paciente y terapeuta; es un proceso muy estructurado, es decir, el terapeuta guía por medio de preguntas a la persona a hacer una síntesis de su vida; y finalmente, siempre está presente el componente evaluativo que permite que la persona recupere sus recuerdos y le otorgue nuevos significados (Serrano & Latorre, 2005, en Etchemendy et al, 2010).

4.6.5 Reminiscencia y Salud Mental

4.6.5.1 Demencia y Reminiscencia

Según los autores Oliver, Navarro, Meléndez, Molina & Tomás (2009), la demencia es un síndrome que se caracteriza por graves alteraciones de las capacidades funcionales, emocionales y cognoscitivas, las cuales conducen a diversos grados de discapacidad. En el caso de nuestro país, Chile se estima que más de 100.000 personas presentan en la actualidad una demencia, siendo la enfermedad de tipo Alzheimer una de las diez primeras causas de muerte en la tercera edad (Fuentes & Slachevsky, 2005). Diferentes grupos de investigación concuerdan en que la intervención con reminiscencia es de especial interés, como una aproximación biopsicosocial en la demencia y es quizás la de uso más extendido en los tratamientos no-farmacológicos en países pioneros en el desarrollo de alternativas de atención y cuidado de personas con demencia (Clare y Woods, 2001). La intervención con demencias y desórdenes progresivos de daño neuropatológico, como la demencia tipo Alzheimer, tiene como objetivo principal, lograr el sostenimiento temporal de funciones relativamente mantenidas y capacidades funcionales residuales.

La literatura ha sugerido que la memoria autobiográfica, es la base neuropsicológica de las mejores intervenciones psicogerontológicas en el trabajo con la identidad personal del paciente y la de mejores resultados como intervención no farmacológica en la atención de los síndromes demenciales. (Greene, Hodges & Baddeley, 1995; Piolino et al., 2004; Spector, Orrell & Woods, 2010; Woods, Spector, Jones, Orrell, & Davies, 2005; Woods, Aguirre, Spector & Orrell, 2012).

Investigaciones recientes sobre la demencia y la Calidad de Vida destacan que pacientes, familiares, cuidadores y personal de las residencias y centros de día reconocen y solicitan la intervención con reminiscencia a partir de la estimulación de la memoria autobiográfica como una de las actividades significativas que más responde a sus necesidades y que, subjetivamente, perciben como aquella que brinda mayores y mejores beneficios (Harmer & Orrell, 2008; Spector, Gardner & Orrell, 2011).

Particularmente en una investigación realizada en España (Salazar-Villanea, 2010), se observó que los pacientes con demencia tipo Alzheimer, suelen mostrar un claro gradiente temporal en la afectación de su memoria a largo plazo, con un mayor deterioro de la memoria reciente y un mantenimiento selectivo de recuerdos remotos y autobiográficos hasta avanzadas etapas de su enfermedad, fenómeno ligado a la afectación anátomo-patológica propia de esta demencia y que justifica el trabajo con reminiscencia.

Por otro lado Woods et al. (2005) realizaron ensayos controlados y aleatorios que incluyeron la técnica de reminiscencia como intervención en la demencia al utilizar muestras homogéneas, incluyendo grupos controles y de tratamiento y efectuando evaluaciones pre y post-tratamiento con (a) valoraciones de tests neuropsicológicos; (b) escalas sobre bienestar, estado de ánimo y Calidad de Vida; (c) comunicación e interacción; (d) cognición, (e) memoria autobiográfica y (f) impacto en los cuidadores. Como resultado, Woods (2005) señala que el impacto de la reminiscencia como aproximación terapéutica se vincula a mediciones funcionales, siendo de especial relevancia su estudio en relación con un aspecto cognitivo como la memoria autobiográfica.

Schweitzer & Bruce (2008) señalan cinco razones para utilizar la reminiscencia en demencia.

a) Llegar a entender mejor a la persona:

La gente con demencia y aquellos que no, comúnmente nos dicen cosas que ya han contado, lo que provoca que quien escucha tienda a evitarlo. Sin embargo, si decidimos poner atención y escuchar la manera en que la historia es contada haciendo

preguntas al respecto demostrando que estamos atentos podemos descubrir nuevas cosas acerca de ellos, e incluso de una historia muchas veces ya contada anteriormente, aclarándose por qué razón tienen la intención de contarla tan seguido. (Knocker, 2002 en Schweitzer & Bruce, 2008).

b) Reminiscencia como una manera de promover la conversación para la comunicación

Para muchas personas las dificultades comunicativas que acarrear la demencia, entre ellas el perder el disfrute de la conversación, especialmente las conversaciones acerca de su vida y de la vida con la familia y los amigos. El deterioro cognitivo provoca que resulte mucho más difícil formular pensamientos coherentes, además la pérdida del lenguaje hace que sea más complejo expresar ideas con palabras y el miedo de cometer errores puede desalentar a la gente de intentar comunicarse. Por otro lado, todo lo anterior trae consigo que la gente que se relaciona con un adulto mayor muestre poco interés, ya que de alguna u otra manera esa dificultad crea barreras.

c) La reminiscencia como actividad para crear confianza

Cuando la gente habla acerca de recuerdos del pasado a veces logran ponerse en contacto con las competencias y la energía asociadas con ese pasado, una parte de esta energía se ve representado en el día a día, así que probablemente ellos se sientan y hasta parezcan más jóvenes y confiados, por ejemplo cuando un grupo de mujeres adulto mayor hablan acerca de sus recuerdos asociado a salir, vestirse, etc. La excitación y el glamour de la ocasión recordada provocan que sea descrito ese recuerdo de manera muy intensa dándole al auditor la sensación de ser personas energéticas, atractivas y socialmente competentes. Esta renovada conexión con su juventud es muy positiva y también ayuda a tener una opinión más global de la persona.

d) Desarrollar la pertenencia de grupo

En muchos ambientes del contexto de la asistencia personal del adulto mayor, la necesidad de cuidado es la única razón que los hace mantenerse juntos. Comúnmente se sienten incómodos en un grupo de extraños con quienes no tienen nada en común y el

grupo de reminiscencia puede traer a la luz experiencias comunes por ejemplo, puede emerger durante una discusión que los miembros del grupo trabajaron en la misma empresa, estudiaron en el mismo colegio, etc.

La sensación de ser parte de un grupo social es valorado aun mayormente cuando sus integrantes interpretan una obra o algún tipo de situación juntos. (Schweitzer, 2007 en Schweitzer& Bruce, 2008).

e) La reminiscencia como una forma de celebrar la diferencia

El trabajo con la reminiscencia es una buena manera de celebrar las diferencias y ayuda a la gente con diferentes historias, a sentirse incluidas y valoradas en el grupo en la atmósfera adecuada, además se vuelve excitante el oír experiencias diferentes a las propias (Vender et al 1999; Schweitzer 2004 en Schweitzer& Bruce, 2008); por ejemplo puede ser muy estimulante para el grupo escuchar historias acerca de un sistema escolar distinto, de cómo son las bodas o matrimonios en otras culturas. Esto puede proveer una buena manera de acercarse a la diversidad de forma positiva sin etiquetar o categorizar.

4.6.5.2 Depresión y Reminiscencia

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en el adulto mayor. La prevalencia de depresión en la población chilena es de 16,3%. En el caso del adulto mayor este índice desciende a un 5,6%. La explicación del bajo porcentaje se da por varias razones, los adultos mayores y la población en general no consulta por síntomas depresivos (por ej. sentirse triste) sino más bien consulta por otros motivos, dolores de cabeza, de espalda, cansancio, etc. Lo que no son tomados en cuenta ya que se atribuyen a conductas propias de la edad. Los síntomas que se presentan en la depresión de un adulto mayor son los mismos criterios que se utilizan para evaluar la depresión en general. Según DSM IV TR los criterios diagnósticos son: un estado de ánimo depresivo y pérdida del interés. Además que se acompañe de 3 o más de los siguientes síntomas: pérdida importante de peso o aumento de peso; insomnio o hipersomnias; agitación o enlentecimiento psicomotores; fatiga o pérdida de energía; sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse; pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una

tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse, entre otros. Sin embargo estos síntomas tienden a presentar variaciones, es decir, presentan sintomatología atípica, ya que estos síntomas suelen verse afectados por las propias enfermedades que presentan dada su edad. Por lo tanto es un trastorno que se encuentra subdiagnosticado y por lo mismo subtratado.

La reminiscencia es una buena manera de disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores. Así lo demostró un estudio realizado por Afonso & Bueno (2010), en sujetos con sintomatología depresiva sin otra patología. En el estudio comprobaron que a través de recuerdos autobiográficos disminuye la sintomatología depresiva. La depresión se caracteriza por una tendencia a recordar eventos negativos acerca de sí mismo, su futuro y en la relación con los demás. Además estos recuerdos suelen verse amplificadas siendo los únicos recuerdos que las personas presentan o por lo menos los que más recuerdan. El hecho de que los adultos mayores con sintomatología depresiva sobregeneralicen sus recuerdos negativos los mantiene en ese ciclo de depresión, ya que esos recuerdos no ayudan a que la persona se sienta mejor sino más bien que se encuentre acorde a su estado emocional. Por lo tanto se propone a la reminiscencia como una forma de salir del patrón que presentan estos sujetos para comenzar a recordar eventos específicos y de carácter positivo.

Cuando se habla de depresión uno de los criterios que determina dicho trastorno es el estado de ánimo depresivo, que se encuentra íntimamente ligado con la emoción que se experimenta en el diario vivir de las personas que presentan este tipo de trastorno (Latorre, Montañés, Serrano, Hernández, Sancho, Alarcón & Roz, 2003). Esto tiene relación con lo planteado por Afonso & Bueno (2010) acerca de la sobregeneralización de los recuerdos autobiográficos y la inminente emoción negativa que esto conlleva, ya que al recordar solamente episodios de vida negativos los resultados son los mismos, debido a que se encuentran en el mismo patrón de emoción.

Hace 20 años se pensaba que las emociones no tenían relación con la cognición, pero hoy en día se ha demostrado que se encuentran íntimamente ligadas. Aunque existen discrepancias en cómo se afectan directamente, por una parte, la emoción parece bloquear completamente el recuerdo de un evento significativo o

reducir la habilidad para recordar ciertos rasgos de una experiencia (Suengas & Johnson, 1988 en Latorre et al, 2003) y por otra, algunas veces parece mejorar el recuerdo (Bower, 1981; Teasdale & Fogarty, 1979 en Latorre et al, 2003), o contribuir a la formación de una memoria vívida y duradera (Brown & Kulik, 1977 en Latorre et al, 2003).

Sin embargo el estudio realizado por Latorre et al (2003) comprueba que primeramente los acontecimientos generales negativos que relatan las personas con sintomatología depresiva es mayor que los que no presentan esta sintomatología, y en segundo lugar comprueban que el entrenamiento a través del recuerdo de eventos autobiográficos positivos disminuye la sintomatología depresiva, a través de palabras claves que evoquen recuerdos positivos para remediar los sesgos atencionales de las personas depresivas. Estos autores comentan que en el adulto mayor efectivamente existe una disminución de la función de la memoria episódica, pero que estos tienen más dificultad en recordar acontecimientos estructurados, es decir, cuando se les pide que recuerden eventos puntuales, pero no pasa cuando ellos mismos deben recordar (memoria autobiográfica libre). Además lo que sí se ve afectado en relación con los jóvenes, es que los adultos mayores no suelen recordar tanto detalle, ni tampoco el contexto, suelen a más bien inventar.

En esta misma línea los autores Navarro et al. (2008), realizan un estudio afirmando muchas de las aseveraciones antes mencionadas. Sin embargo, se acercan en una línea más bien general no hablando de depresión en sí y sus criterios diagnósticos. Si no que mencionan al estado de ánimo como uno de los criterios a evaluar, que es algo que afecta al adulto mayor, para desarrollar sintomatología depresiva. Además hace mención de la memoria autobiográfica y el entrenamiento de la revisión de vida como vía para que este estado de ánimo se vea aumentado positivamente.

Lo que estos autores mencionan es que a través de la evocación de recuerdos positivos los adultos mayores mejoran su estado de ánimo, ya que muchas veces éste se ve afectado por recuerdos autobiográficos específicos y negativos, que se vuelven generalizables a su vida en su conjunto. Lo que se llama sobregeneralización del recuerdo es la incapacidad para recuperar recuerdos específicos en las situaciones en

las que se necesitan, es por esto que los adultos mayores sólo decodifican recuerdos negativos de su vida pasada y según lo anterior conforman su identidad. Diversos estudios avalan que a las personas deprimidas les cuesta más recuperar recuerdos específicos que los que no se encuentran deprimidos. A través de palabras estímulo, en donde se les hace más difícil recuperar frases positivas que negativas.

Por último y lo más importante se ha demostrado que esta tendencia a sobregeneralizar va en aumento a medida que pasan los años. *"Philips et al (1997) analizaron la relación entre el deterioro cognitivo, la especificidad de la memoria autobiográfica y los síntomas depresivos en personas mayores. Los resultados mostraron una relación inversa entre la especificidad del recuerdo y el deterioro cognitivo, es decir, se incrementa con la edad. a mayor deterioro cognitivo peor recuperación de recuerdos específicos, y una ligera relación directa entre la gravedad de la depresión y la sobregeneralización en el recuerdo."* (Navarro et al. 2008 p. 173)

4.7 Efectos y beneficios de la Reminiscencia

4.7.1 Autoestima y Reminiscencia

La manera en que nos vemos a nosotros mismos y como evaluamos la percepción que tienen los otros puede resultar determinante en nuestro estado de ánimo, en la sensación de pertenencia y el autoconcepto. Esto resulta un elemento clave para el desarrollo óptimo en los niveles socioafectivos (Wilhelm, Martin & Miranda, 2012). Rosenberg la define como la evaluación que efectúa y mantiene comúnmente el individuo en referencia a sí mismo, y expresa una actitud de aprobación/desaprobación. Es un fenómeno personal y psicológico pero también es siempre un fenómeno social (Rosenberg, 1965 en López, Pérez, Sánchez & Fernández, 2008). Cuando es positiva, permite actuar con eficacia y afrontar las dificultades de la existencia. Pero cuando es negativa genera sufrimientos y molestias que perturban la vida cotidiana (André & Lelord en López et al, 2008). Asimismo plantea que al hablarse de Autoestima se muestra simplemente que, si el individuo se respeta a sí mismo, a su vez, se valora (Rosenberg en Añez, 2011).

La Autoestima es un aspecto fundamental en la vida y representa una de las dimensiones de la personalidad que resulta relevante en el bienestar del individuo y en su

adaptación al mundo que lo rodea, aumentando así la sensación de éxito y satisfacción en la vida (Ruibytè, 2007 en Meurer, Luft, Benedetti & Mazo, 2012). Por lo anterior, se ha convertido en un término ampliamente estudiado y discutido, observándose su directa relación con el bienestar general de la persona, lo que sugiere que podría ser un buen indicador de salud mental. Diversas investigaciones han confirmado la relación inversa entre Autoestima y síntomas depresivos, obsesivos, compulsivos, ansiosos, entre otros. Por lo tanto su conocimiento es una valiosa información que posibilitaría la predicción de posibles trastornos psicopatológicos y su prevención. (Rojas, Zegers & Förster, 2009).

Numerosos estudios sugieren que la Terapia de Reminiscencia y aquellas actividades que requieran de la tarea de recordar son efectivas en el tratamiento de diversas necesidades psicológicas. Esta terapia se cree efectiva tanto en ambientes individuales como grupales debido a que ayuda a los sujetos a integrar las experiencias pasadas, aumenta su autoconocimiento, disminuye los sentimientos de pérdida y ha demostrado aumentar el Autoestima, la socialización, la satisfacción de vida, como también puede disminuir la sensación de soledad, la tristeza y la depresión (Copenhaver et al, 1995 en Chao et al, 2006). Esta actividad mental es organizada, compleja y posee una finalidad instrumental importantísima: la de permitirle al sujeto reafirmar su Autoestima cuando sus capacidades psicofísicas y relacionales comienzan a perder vitalidad (Salvarezza, 1988 en Montilla, 2009)

Debido a que los estudios previamente señalados confirman que el valor que las personas se dan a sí mismos se va reconstruyendo durante toda la vida y son las interacciones con otros sujetos y las experiencias las que van dando forma a lo que finalmente se conoce como Autoestima, el concepto que se utilizará en esta investigación será aquel que considera al sujeto como un ser global, en constante simbiosis con el ambiente y que construye su autoconcepto en base a sus experiencias en este. Este concepto se crea en un proceso de comparación que involucra valores y discrepancias. Estos valores han sido desarrollados a través del proceso de socialización. En la medida que la distancia entre el sí mismo ideal y el sí mismo real es pequeña, la Autoestima es mayor. Por el contrario, cuanto mayor es la distancia, menor será la Autoestima, aun cuando la persona sea vista positivamente por otros. (Rosenberg en Góngora, Fernández & Castro, 2010)

4.7.2 Calidad de Vida y Reminiscencia

El concepto de Calidad de Vida ha empezado a tomar fuerza entre los distintos estudios de evaluaciones en salud. Es un término que no posee una definición única, suele ser mal utilizado y confundido con otros conceptos similares tales como: bienestar subjetivo, auto reporte en salud, estado de salud, salud mental, felicidad, ajuste, estado funcional y valores vitales (Meeberg, 1993 en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012). Por lo anterior, existen problemas en la propia definición del término, en las dimensiones que la comprenden, su medición y en identificar los factores que la pueden influenciar (Taillefer, Dupuis, Roberge & Lemay, 2003 en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

A pesar de este problema, Meeberg (1993) enumera cuatro atributos fundamentales para diferenciar a la Calidad de Vida de otros conceptos similares: sentimiento de satisfacción con la vida en general; capacidad mental para evaluar la vida como satisfactoria o no; un aceptable estado de salud físico, mental, social y emocional determinado por los sujetos y una evaluación objetiva realizada por una persona sobre las condiciones de vida (Meeberg, 1993 en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Dada esta gran cantidad de acepciones, la definición de "Calidad de Vida" tiende a variar dependiendo del enfoque en el cual se base. De esta manera, si se usa el concepto en el marco de la medicina tradicional, se enfatizarán aspectos más objetivos; en cambio, si se usa desde la ciencia social, se centrará en características más subjetivas (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Las distintas definiciones de Calidad de Vida pueden ser agrupadas en cinco categorías: las cuatro primeras corresponden a Borthwick-Duffy (1992) y Felce & Perry (1995) y la última a Urzúa & Caqueo-Urizar (2012).

a) Calidad de Vida como condiciones de vida

La Calidad de Vida se puede “medir” juntando los puntajes de condición de vida; es decir, “más” salud física, condición de vida, relaciones sociales, actividades funcionales y ocupaciones, es igual a mayor Calidad de Vida. Es un enfoque cuantitativo que permite la comparación entre personas ocupando indicadores netamente objetivos. El problema con este tipo de definiciones, es que son influidos por el contexto, “*no existen parámetros universales de una buena u óptima Calidad de Vida, ya que los estándares con los que se evalúa son distintos dependiendo de los individuos y de la sociedad*” (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012 p.63).

b) Calidad de Vida como Satisfacción con la vida

En esta categorización la Calidad de Vida se ve como un sinónimo de satisfacción personal “*así la vida sería la sumatoria de la satisfacción en los diversos dominios de la vida*” (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012, pág. 63) No obstante, esta definición no ha estado exenta de críticas por poner todo el foco netamente en lo subjetivo y dejando en segundo plano las condiciones externas de la vida. Sin embargo, sigue siendo validada por una parte de la literatura psiquiátrica (Bishop, Walling, Dott, Folies & Bucy, 1999 en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012) que comprende el campo de la auto evaluación del estado actual de la persona, su propio funcionamiento y las habilidades que deriven placer en las actividades cotidianas.

c) Calidad de Vida como sumatoria entre condiciones de vida y satisfacción con la vida

Desde este grupo de definiciones, la Calidad de Vida es un conjunto de las dos categorizaciones anteriores. Esto quiere decir que la definición de Calidad de Vida abarca indicadores objetivos, como lo biológico, social, material y conductual e indicadores subjetivos, como los sentimientos de satisfacción con cada dimensión de la propia vida. “*Este grupo de definiciones intentaría conciliar la discusión acerca de considerar la Calidad de Vida desde un punto de vista netamente objetivo o desde uno subjetivo*” (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012 p.64). Cummins (2000) concluyó que ambos tipos de mediciones han resultado ser útiles.

d) Calidad de Vida como sumatoria entre condiciones de vida y satisfacción con la vida, más los valores

Este es un modelo propuesto por Felce & Perry (1995), en donde, además de considerar lo objetivo y lo subjetivo, se agrega los valores personales, aspiraciones y expectativas (Felce & Perry, 1995 en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012) Bajo este marco, la Calidad de Vida se define como un estado general de bienestar, el cual está compuesto por indicadores objetivos (bienestar físico, material y social) y evaluaciones subjetivas (bienestar emocional), las cuales están mediadas por los valores personales del individuo. Todos estos están bajo un proceso dinámico, en el cual, si cambian los valores o aspiraciones de una persona, pueden cambiar los otros.

e) Calidad de Vida como sumatoria de condiciones de vida y satisfacción con la vida, más la evaluación

Esta última categorización es una propuesta de los autores Urzúa y Caqueo-Urizar (2012), quienes agregan la evaluación personal a la Calidad de Vida. *“Calidad de Vida es el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida (...) El resultado final es producto de una diversidad de agentes que actúan en la percepción que un individuo tiene sobre su Calidad de Vida, constituyéndose en un abordaje multidimensional”* (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012 p.65). Es multidimensional, ya que en la evaluación que hace el sujeto están involucradas las distintas dimensiones o diferentes aristas de la propia vida del sujeto. Esta perspectiva está muy relacionada con los procesos cognitivos que llevan a cabo tal evaluación, que incluye las condiciones de la vida (objetivo) y el grado de su satisfacción con su vida (subjetivo).

A pesar de que esta última clasificación pareciera ser la más completa de las cinco, es el segundo grupo de definiciones la que se adapta más al trabajo con reminiscencia. Éste ha mostrado ser efectivo al momento de aumentar la satisfacción vital en las personas (Copenhaver et al, 1995 en Chao et al, 2006). Así la satisfacción vital, junto con la depresión, son las dos variables más frecuentemente evaluadas al trabajar con reminiscencia (Pinquart & Forstmeier, 2011).

El concepto de Calidad de Vida está en estrecha relación con el bienestar subjetivo y la satisfacción vital, y es una medida que puede ser de utilidad cuando se quiere evaluar el éxito de la adaptación o felicidad en cualquier momento de la vida adulta (Olson-Madden, 2008). En este sentido, Smith, Borchelt, Maier y Jopp (2002) consideran relevante incorporar medidas de salud subjetiva o de bienestar como la satisfacción vital en estudios sobre el envejecimiento (Zegers, Rojas-Barahona & Förster, 2009).

Por tanto, a lo largo de esta investigación, y reconociendo que los otros tipos de definiciones también son válidos, el concepto de Calidad de Vida se entenderá y se evaluará como satisfacción vital.



V. MARCO METODOLÓGICO

5.1 Diseño de investigación

Se clasifica como un estudio cuantitativo cuasi experimental, diseño intrasujeto de medidas repetidas (pre-post intervención), con grupo experimental y grupo de control. La intervención se realizó con el grupo experimental, con el objetivo de determinar los efectos del Taller de Reminiscencia en la Autoestima y Calidad de Vida de un grupo de adultos mayores autovalentes.

5.2 Muestra

La muestra estuvo compuesta por adultos mayores autovalentes, conformando un grupo total de 23 personas. Los 14 adultos mayores que componen el grupo experimental, forman parte de la junta de vecinos "Blanco Encalada" de San Roque de Valparaíso; mientras que, los 9 adultos mayores que componen el grupo de control, asisten regularmente al Centro Comunitario San Roque de Valparaíso.

La asignación de los sujetos a los grupos fue no probabilística y por conveniencia. Se establecieron como criterios de inclusión el tener una edad mínima de 60 años y ser autovalentes. Con respecto a los criterios de exclusión, se determinó no presentar sintomatología depresiva o signos de deterioro cognitivo, ya que lo que se pretende medir es la implementación del Taller de Reminiscencia de forma preventiva.

El cálculo del tamaño muestral se realizó a través del software G-Power 3.1.7. Con un valor alfa de 0.05, beta de 0.95, tamaño del efecto de 0.25, 2 grupos y 2 mediciones de cada uno, se requieren 54 sujetos para lograr una potencia estadística de 0.95.

5.3 Procedimiento

5.3.1 Reclutamiento

- Grupo Experimental

Se realizó vinculación con la Junta de Vecinos "Blanco Encalada" de San Roque, Valparaíso, con el propósito de invitar a los integrantes del sector a ser partícipes del

Taller de Reminiscencia. Para lo anterior, dos semanas antes del inicio de la intervención, se efectuó una charla de presentación que incluía objetivos, sesiones y actividades del Taller de Reminiscencia. En esta oportunidad, las personas además tuvieron la opción de resolver dudas relacionadas con los requisitos y duración de la investigación.

- **Grupo de control**

Se efectuó vinculación con el Centro Comunitario de San Roque de Valparaíso, con la finalidad de contactar adultos mayores que asisten regularmente e invitarlos a colaborar con la investigación como grupo de control. Se les informó que en un plazo aproximado de dos meses, se les contactaría vía telefónica para tomar nuevamente los cuestionarios. Asimismo, se les ofreció a participar de manera voluntaria de una sesión del Taller de Reminiscencia, preparada especialmente para este grupo, con el objetivo de que conocieran dinámica de la intervención.

5.3.1 Selección

- **Consentimiento Informado**

Tanto al grupo experimental como grupo de control, se les hizo entrega de un consentimiento informado aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso (ver anexo 3-4). En éste se les daba la seguridad y garantía de que todo dato obtenido por los cuestionarios o del mismo Taller de Reminiscencia, sería totalmente confidencial, que los nombres de los participantes no serían revelados y que la información sólo podría ser manipulada por los investigadores y por los supervisores. Al firmar este documento, los participantes aceptaron que resultados podrían ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas. Posteriormente, fue aplicada batería de evaluación.

- **Grupo Experimental**

Se citó a las personas una semana previa al comienzo del Taller de Reminiscencia a una segunda reunión, con el objetivo de realizar las evaluaciones para cumplir con los criterios de inclusión. Los instrumentos aplicados fueron: encuesta de datos

sociodemográficos, escala de depresión Yesavage y EFAM. Junto con esto, se realizó una dinámica para que el grupo comenzara a familiarizarse con las temáticas de la intervención. Así también, se determinó que las personas evaluadas que tenían indicadores de depresión, participarían igualmente del Taller, pero sus datos no serían considerados al momento del análisis de resultados finales.

- **Grupo Control**

Todas las personas que aceptaron ser parte de la investigación y que cumplieron con los criterios de inclusión, fueron consideradas como grupo de control.

5.3.3 Evaluación pre-intervención y post-intervención

- **Grupo Experimental**

El día de inicio de la intervención, antes de dar comienzo a la primera sesión del Taller, las personas fueron evaluadas con los instrumentos “pre-intervención”, que incluía los cuestionarios de Autoestima y Calidad de Vida. Asimismo, una vez finalizada la última sesión del Taller de Reminiscencia, las personas fueron evaluadas con los mismos instrumentos en modalidad de “pre-intervención”.

- **Grupo de Control**

A diferencia del grupo experimental, las personas que fueron parte del grupo control sólo fueron evaluadas con la encuesta de datos sociodemográficos y los instrumentos “pre-intervención” de Autoestima y Calidad de Vida. Durante las dos semanas posteriores a la finalización del Taller, se realizaron visitas domiciliarias con la finalidad de tomar los cuestionarios de Autoestima y Calidad de Vida en modalidad de “pre-intervención”.

5.4 Descripción de los instrumentos

5.4.1 Taller de Reminiscencia

- Traducción

Se realizó una traducción del manual “*Remembering yesterday caring today reminiscence in dementia care*” (Sweitzer & Bruce, 2008), por dos integrantes del grupo de trabajo quienes tienen conocimientos avanzados en inglés. Se procedió a la lectura completa del taller y sus actividades, para luego traducir las doce sesiones de manera literal. Luego de esto, se hizo una revisión con todos los investigadores para su verificación.

- Adaptación

Se revisó la traducción del Taller de Reminiscencia y se seleccionaron siete de las doce sesiones considerando las características sociales y culturales de las personas que participaron de la intervención. Luego se efectuaron adaptaciones del contenido de las sesiones, con el objetivo de que los participantes realizaran actividades que les resultaran familiares, así como también para que tuvieran una mejor adherencia al taller. Posteriormente, se envió a dos expertos¹ una “Pauta del Taller de Reminiscencia” (Ver anexo 2), quienes evaluaron la pertinencia y realizaron sugerencias a la adaptación realizada por el grupo de investigadores. De las consideraciones, se reevaluó la sesión de “Hogar y Cocina” debido a que uno de los expertos la consideró inadecuada por tratarse de una función que los adultos mayores continúan realizando por ser autovalentes. Finalmente, se eliminó esta sesión dejando el taller compuesto por seis sesiones (ver anexo 1). Finalmente, se realizó una evaluación del Taller de Reminiscencia, en las que los participantes comentaron su experiencia en la intervención (ver anexo 12).

¹ Lilibiana Contreras (Psicóloga, Universidad de Valparaíso acred. CONAPC. Médico-cirujano Anatómo patóloga, U. de Chile, acreditada por CONACEM. Magíster en Psicología Social, Universidad de Valparaíso Postítulo en psicoterapia post-racionalista (INTECO).

- **Sesiones del Taller de Reminiscencia**

Nombre de sesión	Objetivos	Materiales (desencadenantes)	Descripción de la sesión
<p>Sesión 1: Introducción</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Introducir la reminiscencia para generar interés y entusiasmo • Iniciar proceso de reminiscencia • Promover interacciones entre los participantes para generar confianza y sentimiento de grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Fotografías de la ciudad • Mapas del área • Certificados de nacimiento y matrimonio, • Bitácora de Recuerdos (Libro de asistencia) 	<p>Sesión que comienza el proceso de reminiscencia, con diferentes interacciones entre los participantes del taller. Esta sesión sirve para que los participantes conozcan el modo de trabajo de los talleres y se vayan conociendo entre ellos. A través de actividades tales como: conocer los gustos de cada uno, conocer de donde provienen, compartir características del lugar de procedencia, el recuerdo de una canción de la infancia, entre otras.</p>
<p>Sesión 2: Infancia y días en la escuela.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Re experimentar sentimientos de la niñez • Re experimentar aspectos positivos y negativos de la vida en el colegio. • Incentivar el proceso de recuerdo colectivo. • Reforzar el sentido de pertenencia al grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Fotos familiares • Un árbol genealógico de muestra • Juegos de niñez, cuerda de saltar, canicas, yo-yos • Pizarras • Tiza • Mochila de colegio • Corbata del colegio • Capa del colegio • Cuerda para saltar 	<p>Sesión en donde se promueve el recuerdo de la infancia de los participantes. A través de actividades asociadas al recuerdo de la niñez de cada uno, a través del recuerdo de un miembro de la familia, juegos o canciones de la infancia, entre otras. Además se comparten experiencias asociadas al colegio y las actividades que solían realizar.</p>
<p>Sesión 3: Primer trabajo y vida laboral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar la diversidad existente en las experiencias laborales de los participantes. • Recordar y apreciar el ser joven e inexperto en el primer trabajo. • Apreciar habilidades y logros pasados de los participantes. • Reforzar el sentido de pertenencia del grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Herramientas • Regla de madera • Máquina de escribir • Dinero Antiguo • Diplomas o Reconocimientos Laborales • Delantales • Tablas de lavar • Overoles • Libro de Asistencia de "Trabajo" 	<p>En esta sesión se ayudará a traer a la memoria recuerdos asociados a aquellos días donde los participantes ejercían labores de trabajo, tanto dentro como fuera del hogar. Y las anécdotas vividas en esas circunstancias.</p>
<p>Sesión 4: Bodas y matrimonio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recordar las relaciones amorosas desde los inicios. • Reforzar los lazos con las personas, tanto vivas o no. • Rememorar los tiempos glamorosos 	<ul style="list-style-type: none"> • Certificados de matrimonio • Anillos de matrimonio • Fotos del matrimonio • Muestras de regalos 	<p>En esta sesión se simula una boda y se realizan actividades asociadas al recuerdo de este tipo de acontecimientos.</p>

	<p>en la vida de los participantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compartir experiencias en común. 	<p>matrimonio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cartas de amor 	
<p>Sesión 5: La siguiente generación bebés y niños</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Traer a la memoria experiencias asociadas al cuidado de bebés o niños y los recuerdos asociados con ello. • Compartir estilos de crianza usados en el pasado. • Revisar las competencias parentales y compararlas con las actuales. • Reconocer recursos en las habilidades parentales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mamaderas antiguas • Pañales de tela • Alfiler de gancho • Baberos • Sonajeros • Ositos de peluche • Aceites • Libros de bebé • Traje de bautizo • Revistas de tejido • Fotos de bebé antiguas 	<p>En esta sesión se simula el cuidado de un bebé, por medio de actividades que se encuentran relacionadas con este tipo de recuerdos, como por ejemplo: bañarlos, frases típicas, darle de comer, entre otras. Además se recuerda y compara la crianza ejercida por ellos y la actual generación.</p>
<p>Sesión 6: Celebrando la vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Darle a los participantes la oportunidad de explorar su experiencia durante el taller. • Escuchar lo que las sesiones han significado para el grupo. • Recordar como grupo acerca de los que han vivido durante las últimas semanas. • Reafirmar al grupo y sus logros. • Motivarlos a pensar positivamente acerca de si mismos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fotografías tomadas durante las sesiones. • Video resumen de las sesiones. 	<p>Esta sesión tiene por objetivo entregar a los participantes la posibilidad de celebrar sus vidas y ser miradas con un prisma distinto. Desde lo positivas y enriquecedoras que fueron sus vidas y como todos estos eventos influyeron en lo que son hoy. Además se recuerdan las sesiones pasadas.</p>

- Asistencia al Taller de Reminiscencia

Como muestra la tabla 1, de un total de 19 personas que fueron parte del Taller de Reminiscencia, la asistencia total al taller fue de un 85.1% debido a las inasistencias de algunos participantes. Como no todos los adultos mayores tuvieron un 100% de asistencia, se definió que aquellos participantes que tuvieran un porcentaje menor de 80% no serian considerados al momento de analizar los resultados. Es por esto que solo se

considerarán 14 personas quienes tuvieron más consistencia en cuanto a la asistencia al taller.

Tabla . *Tabla de Asistencia a Taller de Reminiscencia*

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Total
Participante 1	X	X	-	X	X	X	83,3%
Participante 2	X	X	X	-	X	X	83,3%
Participante 3	X	X	-	X	X	X	83,3%
Participante 4	X	X	X	-	X	X	83,3%
Participante 5	X	X	X	X	X	X	100%
Participante 6	X	X	-	X	X	X	83,3%
Participante 7	X	X	X	X	X	X	100%
Participante 8	X	-	-	X	X	X	66,6%
Participante 9	X	X	X	X	X	X	100%
Participante 10	X	X	X	X	X	X	100%
Participante 11	X	X	X	X	X	X	100%
Participante 12	X	-	X	-	X	X	66,6%
Participante 13	X	-	-	-	X	X	50%
Participante 14	X	X	X	X	X	X	100%
Participante 15	X	X	X	X	X	X	100%
Participante 16	X	X	X	X	X	X	100%
Participante 17	-	X	X	-	X	X	83,3%
Participante 18	-	-	X	X	X	X	66,6%
Participante 19	-	-	X	X	X	X	66,6%
						Total	85.1%

5.4.2 Instrumentos psicométricos

- Instrumentos para seleccionar a los participantes

a. Depresión: Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage, 1986)

Cuestionario utilizado para el tamizaje de depresión en personas mayores de 65 años. "La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español" (Baker, 1997 en Hoyl, Valenzuela & Marín, 2000). El instrumento original de 1982 está compuesto por 30 ítems, luego en el año 1986 se creó la versión corta con los 15 ítems, y finalmente fue reducida a 5 ítems resultando ser tan efectiva como su versión anterior. En todos los formatos la modalidad se mantiene, se responde mediante respuestas dicotómicas Sí/ No. Se utilizará la versión de 15 ítems (ver anexo 5), no obstante la versión abreviada de 5 ítems fue validada en población chilena con pacientes adultos mayores ambulatorios, obteniéndose un alfa de Cronbach de 0,72, una sensibilidad de 0,88, una especificidad de 0,90, un valor predictivo positivo de 0,88 y un valor predictivo negativo de 0,90 (Hoyl et al, 2000).

b. Diagnostico Funcional del Adulto mayor (EFAM Chile) (MINSAL, 2003)

Evaluación Funcional del Adulto mayor (EFAM-Chile) es un instrumento de screening predictor de pérdida de funcionalidad, aplicado a todas las personas de 65 años y más (ver anexo 6). En el año 2008, este control de salud, pasó a ser el Examen de Medicina Preventiva (EMPAM) actual garantía GES. Con el fin de hacer más acucioso y predictivo este examen, al EFAM se agregó mediciones antropométricas, evaluación de la presencia de redes de apoyo, riesgo de caídas, presencia de trastorno de ánimo y sospecha de maltrato. Permite calificar la autovalencia de los adultos mayores según grado de funcionalidad en: autovalente sin riesgo, autovalente con riesgo y en riesgo de dependencia (MINSAL, 2014).

Esta evaluación contempla el test Mini-Mental State Examination (MMSE) en su versión abreviada, el cual se caracteriza en el siguiente apartado.

c. Demencia: *Minimental abreviado (MMSE-abreviado)* (Folstein, 1975 modificado por Icaza & Albala, 1999)

El test Mini-Mental State Examination (MMSE) fue desarrollado como una herramienta portátil, rápida y fácil de aplicar para la evaluación cognitiva multifuncional de pacientes geriátricos (Folstein, 1975 en González-Hernández, Aguilar, Oporto, Araneda, Vásquez & von Bernardi, 2009). El MMSE en su versión abreviada incorporado en el EFAM, evalúa la capacidad cognitiva y comprensiva del individuo a través de la medición de: orientación, registro, cálculo, memoria y lenguaje (Barrueto, Landy & Villanueva, 2012). Cuenta con 6 ítems cuyos puntajes parciales suman un máximo de 19 puntos (ver anexo 7). Ha validado en Chile obteniendo un coeficiente simple kappa de 0,833 (Gloria & Albala, 1999).

d. Encuesta de datos sociodemográficos

Tiene por objetivo la recolección de datos sociodemográficos y de salud de los adultos mayores participantes. La encuesta ha sido elaborada por el grupo de investigadores en base a cinco áreas: antecedentes personales, antecedentes familiares, nivel educacional, nivel socioeconómico y salud (ver anexo 8). Fue aprobada por dos expertos, quienes evaluaron la pertinencia y realizaron sugerencias al instrumento (ver anexo 9).

- Instrumentos pre-post Taller de Reminiscencia

a. Autoestima: *Escala de Autoestima de Rosenberg* (Rosenberg, 1965)

Escala que mi entendida como “*un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características*” (Rosenberg, 1965 en Rojas-Barahona, Zegers & Förster, 2009). La escala en un principio fue creada para adolescentes, sin embargo, hoy se utiliza en otros grupos etarios. Es un instrumento unidimensional, que cuenta con 10 ítems divididos equitativamente en positivos y negativos. Se contesta mediante escala Likert de 4 alternativas que van desde “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo” (ver anexo 10). Cuenta con un estudio de confiabilidad multicultural aplicado en 53 naciones, entre las

cuales 48 presentan una alfa de Cronbach superior a 0,75 (Schmitt & Allik, 2005, en Rojas-Barahona et al, 2009). Posee validación en Chile, proceso que incluyó a adultos mayores, obteniendo alfa de Cronbach de 0.754 (Rojas-Barahona et al, 2009).

b. Calidad de Vida: Índice de Satisfacción Vital (LSI-A) (Neugarten, Havighurst & Tobin, 1961-1996)

Mide la satisfacción vital entendida como *“un constructo psicológico que refleja el bienestar subjetivo del individuo”* (Neugarten y colaboradores 1961; 1996, en Zegers, Rojas-Barahona & Förster, 2009). Los autores originales crearon este instrumento con el objetivo de encontrar una medida operacional válida, confiable y específica del bienestar psicológico de los adultos mayores (Zegers et al, 2009). El constructo está compuesto por cinco dimensiones: entusiasmo, resolución y fortaleza, congruencia entre objetivos deseados y alcanzados, autoconcepto positivo y tono emocional. Posee 20 ítems que se contestan con respuestas dicotómicas “de acuerdo” o “desacuerdo” (ver anexo 11). Cuenta con validación en Chile, obteniendo alfa de Cronbach de 0.79.

5.5 Análisis de Datos

El análisis estadístico del pre/post test se realizó mediante el programa SPSS v.20. Para describir la muestra se utilizaron estadísticos de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar). Para comparar las variables demográficas de los grupos se utilizó la prueba de t de Student para verificar diferencias de medias y Chi Cuadrado para datos de frecuencia. Finalmente, se llevó a cabo una prueba Anova de Medidas Repetidas para comparar las medias de los participantes pre y post intervención.

VI. RESULTADOS

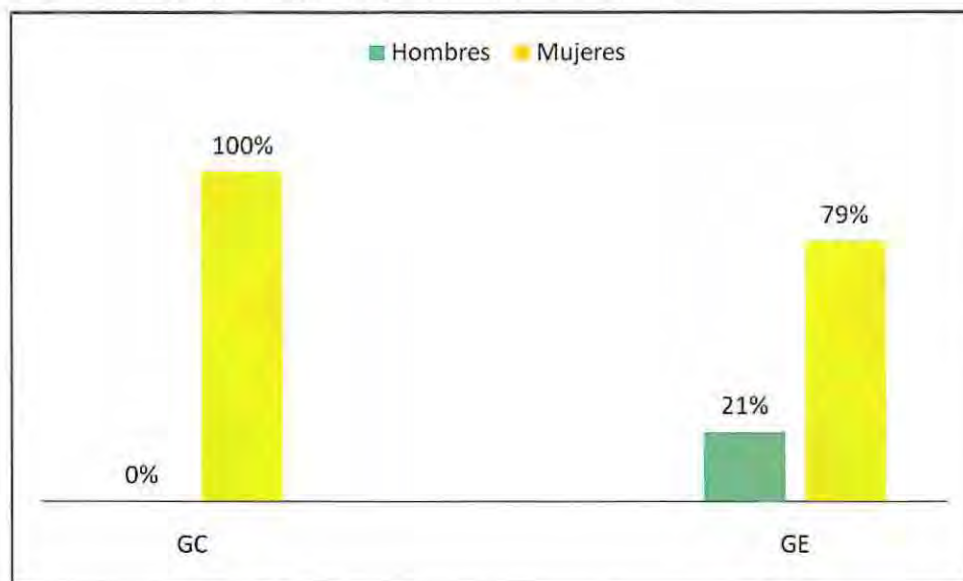
6.1 Características de la muestra previa a la aplicación de Taller de Reminiscencia.

6.1.1 Análisis descriptivo de variables Sociodemográficas, pre Taller de Reminiscencia

- Caracterización del adulto mayor autovalente:

En relación a la variable "género del adulto mayor", como se aprecia en el gráfico 6.1, la muestra se conformó en su gran mayoría por mujeres. En el caso del grupo control el 100% de la muestra correspondía a mujeres (9 personas), y en el caso del grupo experimental, el 79% (11 personas) eran mujeres y un 21% (3 personas) eran hombres de un total de 14 personas.

Gráfico 1 Variable Sociodemográfica, Género para GC y GE

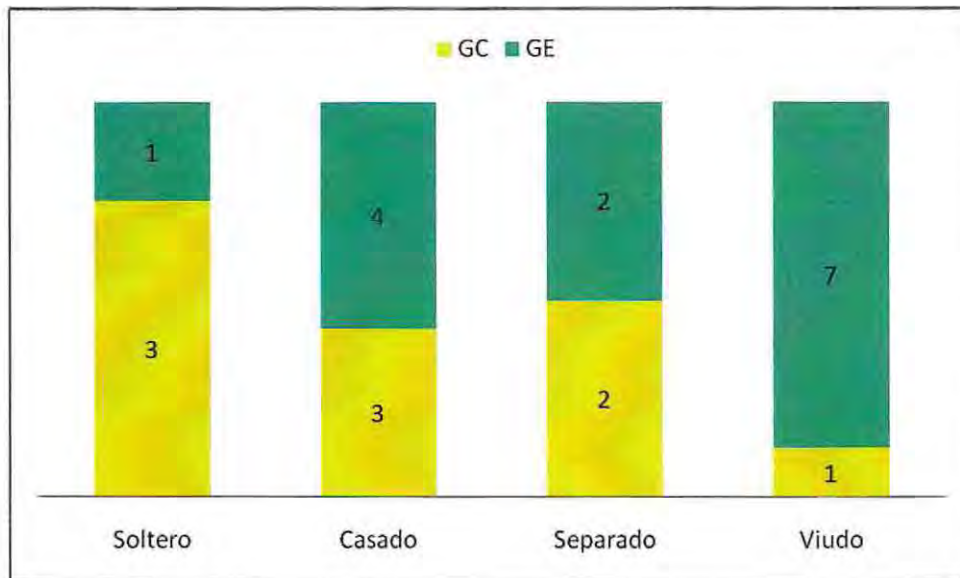


En cuanto a la variable "edad del adulto mayor" del grupo control 3 personas se encuentran en el rango 60- 70 años correspondientes al 33%, 5 personas entre 71-80 años, correspondientes al 55% y una persona se encuentra entre 81-90 años, correspondiente al 12%. En el grupo experimental, 9 personas se encuentran entre el rango 60- 70 años, correspondientes al 64%, 4 personas entre 71-80 años, correspondientes al 25% y una persona entre el rango 81-90 años, correspondientes al

6%. La media de edad de los adultos mayores del grupo control fue 73,11 (D.E. 5,37) y finalmente en el grupo experimental fue 70, 79 (D.E. 7,72).

En cuanto a la variable “Estado civil del adulto mayor”, como muestra el gráfico 2, del 100% de la muestra del grupo control, 3 personas son solteras (33%), 3 personas son casadas (33%), 2 personas son separadas (22%) y una persona es viuda (11%). En cuanto al grupo experimental de adultos mayores, una persona es soltera (7%), 4 son casadas (29%), 2 son separados (14%) y 7 son viudas (50%).

Gráfico 2 Variable Sociodemográfica, Estado Civil para GC y GE



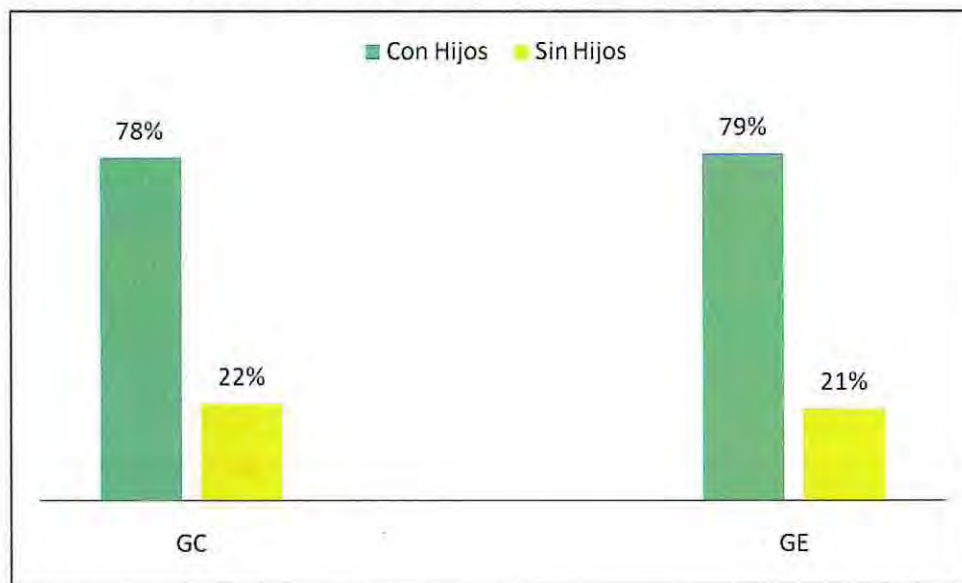
En relación a la variable “pareja del adulto mayor”, en el grupo control 3 personas se encuentran con pareja (33%) y 6 personas se encuentran sin pareja (67%). En cuanto al grupo experimental, un total de 5 personas se encuentra con pareja (37%) y 9 personas se encuentran sin pareja (63%).

Gráfico 3 Variable Sociodemográfica, Pareja del adulto mayor para Gc y GE



Con respecto a la variable “hijos del adulto mayor” del grupo control (gráfico 4), 7 personas tienen hijos (78%) y 2 personas no tienen hijos (22%), encontrándose en un rango entre 0-7 hijos y una media de 2 hijos. En relación al grupo experimental, 11 adultos mayores tienen hijos (79%) y 3 personas no tienen hijos (21%), encontrándose en un rango 0-10 hijos y una media de 2 hijos.

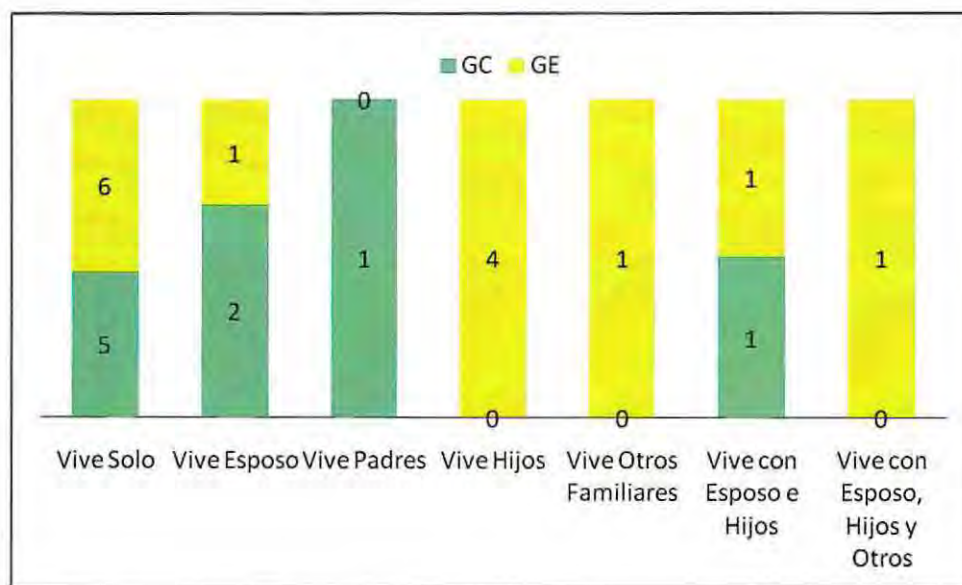
Gráfico 4 Variable Sociodemográfica, Hijos del adulto mayor para GC y GE



En relación a la variable “con quien vive el adulto mayor” del grupo control (gráfico 5), el 56% vive solo (5 personas), el 22% vive solamente con el esposo (2 personas), 11%

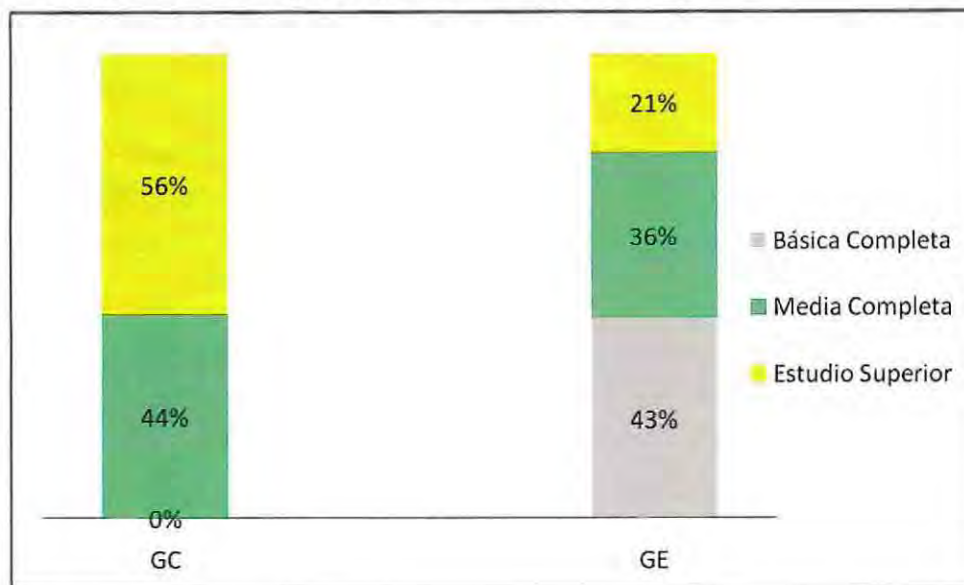
vive solamente con los padres (1 persona), 0% vive solamente con los hijos y 0% vive con otro familiar, 11% vive con esposo e hijos (1 persona) y finalmente ninguna persona vive en conjunto con esposo, hijos y otros familiares. En relación al grupo experimental el 43% vive solo (6 personas), el 11% vive solamente con el esposo o la pareja (1 persona), el 0% vive con los padres, el 29% vive solamente con los hijos (4 personas), el 7% vive con otro familiar (1 persona), el 7% vive con esposo e hijos (1 persona) y finalmente un 7% vive en conjunto con esposo, hijos y otros familiares. Con respecto a la cantidad de personas que viven con el adulto mayor el promedio es 2,25 correspondiente al grupo experimental. En el caso del grupo control, el promedio es de 1 persona.

Gráfico 5 Variable Sociodemográfica, Con quien vive el adulto mayor para GC y GE



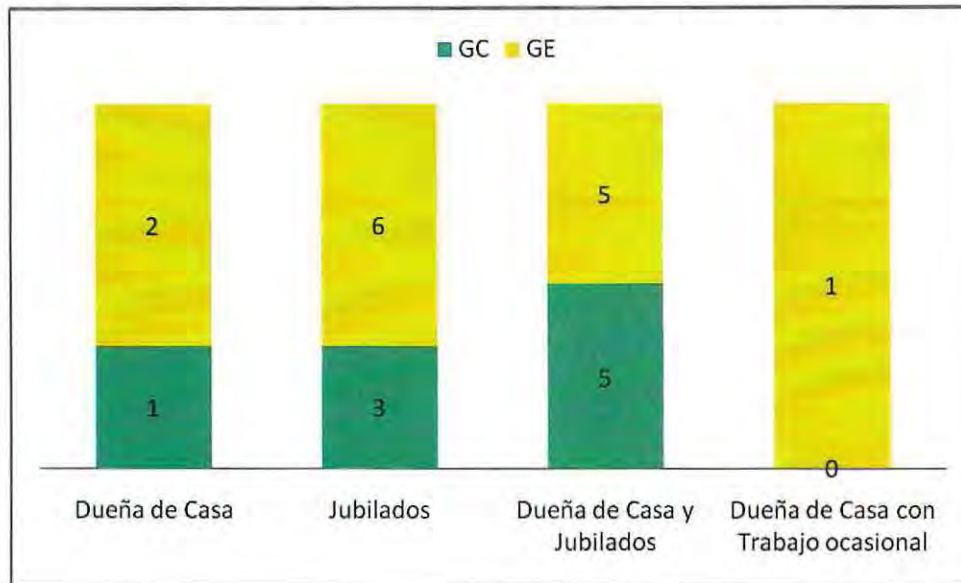
En lo que refiere a la variable “Escolaridad del adulto mayor”, ésta fue dividida en tres categorías, como se muestra en el gráfico 6.6, de la muestra del grupo control, el 0% completó su Enseñanza Básica solamente, el 44% completó su Enseñanza Media (4 personas), 56% completó la Enseñanza Superior (5 personas). Respecto al promedio de la edad máxima de estudio, se obtiene 20,25. En el caso del grupo experimental, el 43% completó su Enseñanza Básica solamente (6 personas), el 36% completó su Enseñanza Media (5 personas), 21% completó la Enseñanza Superior (5 personas). Respecto al promedio de la edad máxima de estudio, se obtiene 17,08.

Gráfico 6 Variable Sociodemográfica, Escolaridad para GC y CE



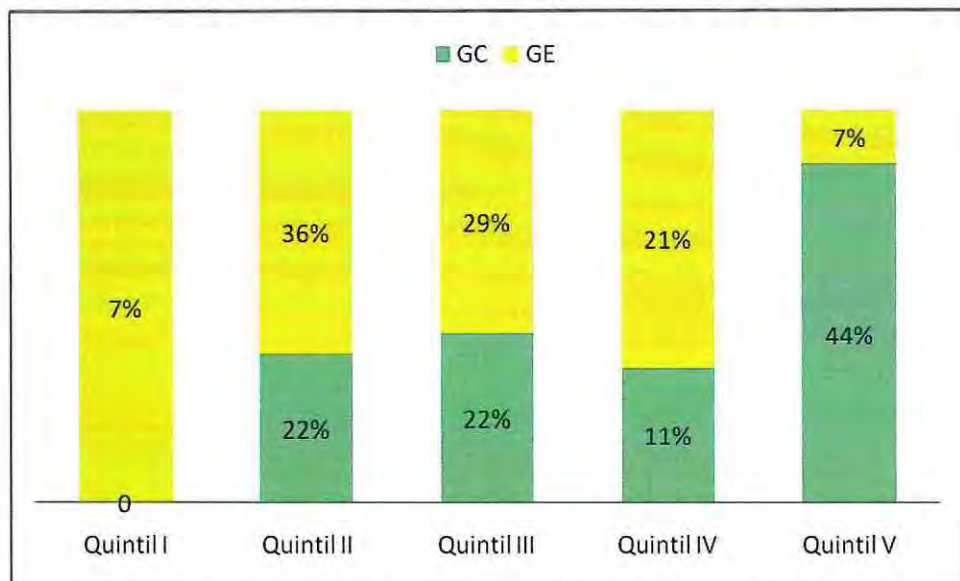
Por otro lado, en relación a la variable "Situación laboral del adulto mayor" (gráfico 7), en el grupo control el 11% es dueña de casa solamente (1 persona), 33% son jubilados solamente (3 personas), 0% con trabajos ocasionales o inestables, 0% se encuentra cesante (ninguna persona) y el 56% se encuentra jubilado y es dueña de casa solamente (5 personas). En cuanto al grupo experimental, 14% es dueña de casa (2 personas), 43% es jubilado o pensionado solamente (6 personas), 0% con trabajo ocasional o inestable, 0% con trabajo estable o empleado, 0% está cesante, el 11% es dueña de casa y tiene trabajo ocasional (1 persona) y el 36% son jubilados y dueñas de casa (5 personas).

Gráfico 7 Variable Sociodemográfica, Situación Laboral para GC y GE



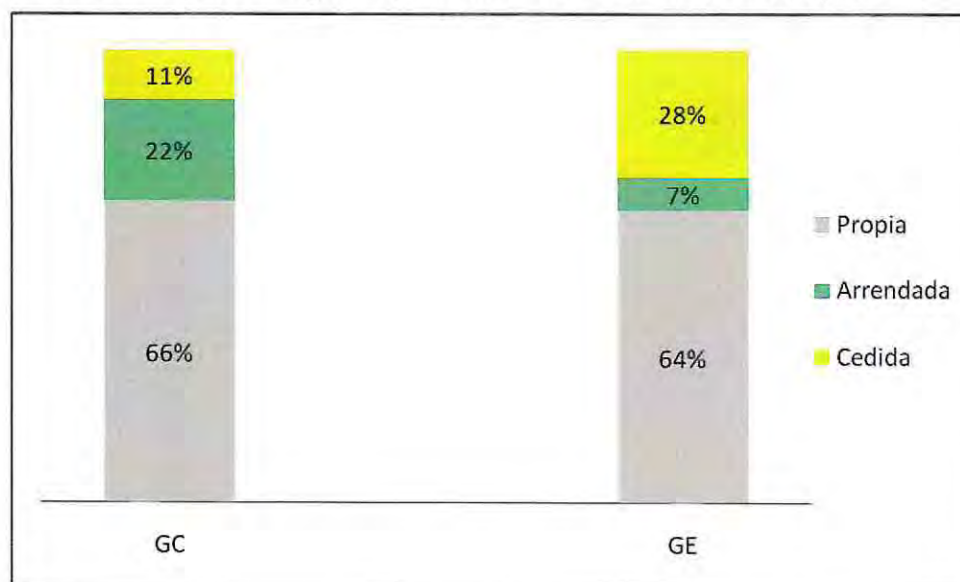
Con respecto a la variable “nivel de ingreso del adulto mayor” (gráfico 8), de la muestra del grupo control, el 0% se encuentra en el primer quintil, el 22% se encuentra en el segundo quintil (2 personas), 22% se encuentra en el tercer quintil (2 personas), 11% se encuentran en el cuarto quintil (1 persona) y 44% se encuentra en el quinto quintil (4 personas). En relación al grupo experimental, el 7% se encuentra en el primer quintil (1 persona), 36% se encuentra en el segundo quintil (5 personas), el 29% se encuentra en el tercer quintil (4 personas), el 21% se encuentra en el cuarto quintil (3 personas) y el 7% se encuentra en el quinto quintil (1 persona).

Gráfico 8 Variable Sociodemográfica, Nivel de Ingreso para GC y GE



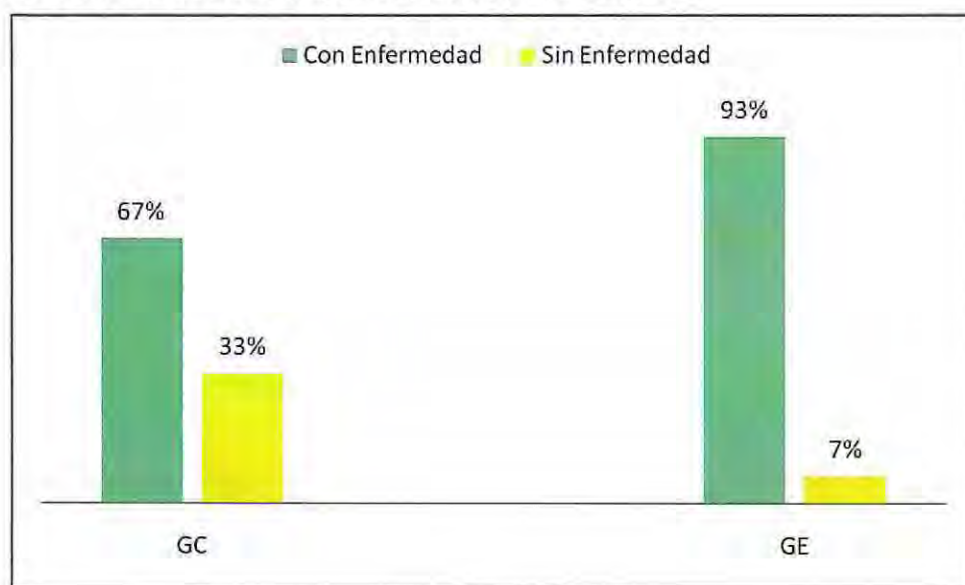
En relación a la variable “Situación de vivienda del adulto mayor” (gráfico 9), del 100% de la muestra del grupo control, el 67% tiene vivienda propia (6 personas), el 22% arrienda (2 personas), el 11% es cedida (1 persona) y el 0% vive en situación de allegado. En relación al grupo experimental, el 64% tiene vivienda propia (9 personas), el 7% arrienda (1 persona), el 29% es cedida (4 personas) y 0% vive en situación de allegado.

Gráfico 9 Variable Sociodemográfica, Situación de Vivienda para GC y GE



Finalmente, con respecto a la variable “Salud del adulto mayor”, como se aprecia en el gráfico 10, del 100% de la muestra del grupo control el 67% posee enfermedad médica crónica, correspondientes a 6 personas y el 33% no la posee, correspondientes a 3 personas. En cuanto al grupo experimental el 93% posee una enfermedad médica crónica, correspondientes a 13 persona y 7% no la posee, correspondientes a una persona. En este mismo sentido, en el grupo control el 67% utiliza medicamentos (6 personas) y el 33% no los utiliza (3 personas). En cuanto al grupo experimental el 86% utiliza medicamentos (12 personas) y el 14% no los utiliza (2 personas).

Gráfico 10 Variable Sociodemográfica, Salud para GC y GE



6.1.2 Análisis Comparativo de variables Sociodemográficas entre el Grupo Control y Grupo de Intervención, pre – Taller de Reminiscencia.

Los resultados obtenidos previos al desarrollo del Taller de Reminiscencia, como lo muestra la tabla 2, indicaron que para la mayoría de las variables analizadas no hubo diferencias significativas entre el Grupo Control y el Grupo Experimental. Por lo tanto, entre ambos grupos hubo equivalencia de participantes hombres y mujeres ($p=,136$), los rangos etarios fueron similares ($p=,440$), así como también el número de hijos ($p=,369$), número de personas que viven en el hogar ($p=,124$), estado civil ($p=,188$), escolaridad ($p=,055$), situación de vivienda ($p=,421$), salud ($p=,147$) y nivel socio económico ($p=,104$).

Tabla 2 Resumen de variables Sociodemográficas de la muestra.

		GC		GE		Est.	P
		N	%/ M (d.e)	N	%/ M (d.e)		
Genero	Hombre	0	0	3	21	X ² = 2,218	,136
	Mujer	9	100	11	79		
Edad		9	73,11 (5,37)	14	70,79 (7,72)	t= 7,87	,440
N° de Hijos		9	2,44 (2,13)	14	2 (2,48)	U= 48,500	,369
N° Personas que viven en el Hogar		9	1 (1,5)	14	2,07 (1,77)	U= 38,500	,124
Estado Civil	Soltero	3	33	1	7	X ² = 4,782	,188
	Casado	3	33	4	29		
	Separado	2	22	2	14		
	Viudo	1	11	7	50		
Escolaridad	Básica completa	0	0	6	42.8	X ² =5,798	,055
	Media completa	4	44	5	35.7		
	Estudio Superior	5	55	3	21.4		
Situación de Vivienda	Propia	6	66	9	64.2	X ² =1,728	,421
	Arrendada	2	22	1	7.1		
	Cedida	1	11	4	28.5		
Salud	Sin Enfermedad	3	33	1	7.1	X ² =2,616	,147
	Con Enfermedad	6	66	13	92.8		
NSE	Quintil I	0	0	1	7	X ² = 4,527	,104
	Quintil II	2	22	5	36		
	Quintil III	2	22	4	29		
	Quintil IV	1	11	3	21		
	Quintil V	4	44	1	7		

*p<0,05; GC=Grupo Control; GE=Grupo Experimental; Est.= Análisis estadístico utilizado; N= Número de personas; M= Media; d.e= Desviación Estándar.

6.1.3 Análisis descriptivos de variables clínicas pre- Taller de Reminiscencia

En este apartado se presentarán datos descriptivos de cada variable, tanto para el grupo control (GC) como para el grupo experimental (GE), previo a la realización del Taller de Reminiscencia. Como se observa en la tabla 3.

6.1.3.1 Autoestima

En la Escala de Autoestima de Rosenberg, se presentó para la muestra del grupo control, una media 35,67 puntos y una desviación estándar de 3,35 (rango 26- 40). En relación al grupo experimental, éste obtuvo una media 35, 29 puntos, con una desviación estándar de 3,64 puntos (rango 26-40). Para el Grupo Control, el porcentaje de integrantes con Autoestima Media correspondió al 11% (1 persona), y el porcentaje de personas con Autoestima Elevada correspondió al 89% (8 personas). En el caso del grupo experimental, el porcentaje de integrantes con Autoestima Media es de 7% (1 persona) y el porcentaje de personas con Autoestima Elevada correspondió al 93% (13 personas).

6.1.3.2 Calidad de Vida

En cuanto a la evaluación del Índice de Satisfacción Vital (LSI-A), se obtuvo en la muestra del grupo control una media de 15,67 puntos y una desviación estándar de 3,08 puntos. En el caso del grupo experimental, los sujetos obtuvieron una puntuación media 14,00 puntos, con una desviación estándar de 2,85 puntos.

En relación a las dimensiones de la muestra del grupo control, en la categoría Entusiasmo se obtuvo una media 3,44 (DE= 1,014). Por su parte, en la categoría Resolución se obtuvo una media de 1,78 puntos (DE=0,441). En la categoría Congruencia se obtuvo una media de 5,89 (DE= 1,269). En cuanto a la categoría Autoconcepto se obtiene una media de 2,89 puntos (DE= 0,333). Y finalmente, en relación a la categoría Tono Emocional se obtuvo una media de 1,67 puntos (DE= 1,225).

En cuanto a las dimensiones del Grupo Experimental, en la categoría Entusiasmo se obtuvo una media 3,36 (DE= 0,92). Por su parte, en la categoría Resolución se obtuvo una media de 1,43 puntos (DE= 0,75). En la categoría Congruencia se obtuvo una media

Tabla 3. Resumen de Variables Clínicas pre Taller de Reminiscencia.

		GC		GE		F	P
		N	M (d.e)	N	M (d.e)		
Autoestima	Escala de Autoestima de Rosenberg	9	36,67 (4,74)	14	35,29 (3,64)	0,047	,830
Calidad de Vida (Satisfacción Vital)	Índice de Satisfacción Vital (LSI-A):	9	15,67 (3,08)	14	14,00 (2,85)	0,199	,199
	Entusiasmo	9	3,44 (1,01)	14	3,36 (0,92)	0,045	,834
	Resolución	9	1,78 (0,44)	14	1,43 (0,75)	1,562	,225
	Congruencia	9	5,89 (1,26)	14	4,71 (1,68)	3,191	,089
	Autoconcepto	9	2,89 (0,33)	14	2,43 (0,75)	2,931	,102
	T. emocional	9	1,67 (1,22)	14	2,07 (0,99)	0,756	,394

*p<0,05; GC=Grupo Control; GE=Grupo Experimental; F=Anova de medidas repetidas; N= Número de personas; M= Media; d.e= Desviación Estándar.

6.2 Características de la muestra post aplicación del Taller de Reminiscencia

6.2.1 Análisis descriptivo de la variables Clínicas, post Taller de Reminiscencia.

En este apartado se presentarán los datos descriptivos de cada variable, asociados tanto a la evaluación realizadas al grupo Control y al grupo Experimental, luego de transcurridos dos meses desde la evaluación inicial sin intervención posterior, en el caso del grupo Control. Y en el caso del grupo Experimental, luego de transcurridos las 6 sesiones del Taller de Reminiscencia. Todos estos datos se exponen en la tabla 4.

6.2.1.1 Autoestima

En la segunda evaluación realizada mediante la utilización de la Escala de Autoestima de Rosenberg y de los resultados obtenidos de éste, se obtiene una media para la muestra del grupo control de 36,6 puntos, con una desviación estándar de 3,35 puntos (rango 30- 40). Por su parte el grupo Experimental se obtiene una media de 36

puntos, con una desviación estándar de 2,68 puntos (rango 30-40). Estos datos indican que de la muestra total, tanto del Grupo Control, como también del Grupo Experimental, se obtiene un 100% de Autoestima elevada, es decir, los 23 participantes tienen una Autoestima Elevada.

6.2.1.2 Calidad de Vida

En la evaluación del Índice de Satisfacción Vital los valores para la muestra del Grupo Control, se obtiene una media de 12,44 puntos, con una desviación estándar de 2,18 puntos. En cuanto al Grupo Experimental, se obtiene una media de 14,79 puntos, con una desviación estándar de 1,88 puntos.

Por último, las sub escalas del Índice de Satisfacción Vital, de la muestra del grupo Control, indican que Entusiasmo tuvo una media de 0,56 puntos (DE= 1,01), Resolución de Conflictos tuvo una media de 2 puntos (DE= 0), Congruencia obtiene una media de 5,44 (1,42), Autoconcepto obtuvo una media de 2,67 puntos (DE= 0,50) y Tono emocional obtuvo una media de 1,78 puntos (DE= 0,83). En cuanto a la muestra del Grupo Experimental, indican que Entusiasmo tuvo una media de 3,50 puntos (DE= 0,65), Resolución de Conflictos tuvo una media de 1,64 puntos (DE= 0,49), Congruencia obtiene una media de 5,14 (DE= 1,23), Autoconcepto obtuvo una media de 2,57 puntos (DE= 0,64) y finalmente, Tono emocional obtuvo una media de 1,93 puntos (DE= 0,82).

6.2.2 Análisis Comparativo de variables clínicas entre Grupo Control y Grupo Experimental, post Taller de Reminiscencia.

Los resultados obtenidos (tabla 4) demostraron que, al comparar a los participantes del Grupo Control versus el Grupo Experimental tras el periodo de intervención, éstos no diferían significativamente en la variable "Autoestima". Sin embargo, sí existía una diferencia significativa en la variable "Calidad de Vida".

En detalle, se apreció que para la variable de "Autoestima", ambos grupos no presentaron diferencias significativas en sus medias ($p=,604$).

En cuanto a la variable "Calidad de Vida", los resultados obtenidos en el Índice de Satisfacción Vital, a diferencia de la variable anterior, aumentó sus valores entre ambos grupos ($p=,013$). A nivel específico las sub escalas muestran que en Entusiasmo se obtuvo una diferencia significativa en sus medias ($p=,000$), Resolución de Conflictos se obtiene también, una diferencia no significativa ($p=,045$), Congruencia tampoco se obtiene una diferencia significativa ($p=,595$), Autoconcepto se obtiene un nivel de significación de $p=,712$, lo que no mostraría una diferencia significativa en sus medias, ni tampoco lo obtiene la sub escala Tono Emocional ($p=,675$).

Tabla 4. Resumen de Variables Clínicas post Taller de Reminiscencia en GC y GE

		GC		GE		F	P	1- β
		N	M (d.e)	N	M (d.e)			
Autoestima	Escala de Autoestima de Rosenberg	9	36,67 (3,35)	14	36,00 (2,68)	0,278	,604	,080
Calidad de Vida (Satisfacción Vital)	Índice de Satisfacción Vital (LSI-A):	9	12,44 (2,18)	14	14,79 (1,88)	7,456	,013*	,740
	Entusiasmo	9	0,56 (1,01)	14	3,50 (0,65)	72,685	,000**	1,0
	Resolución	9	2,00 (0)	14	1,64 (0,49)	4,565	,045*	,531
	Congruencia	9	5,44 (1,42)	14	5,14 (1,23)	0,291	,595	,081
	Autoconcepto	9	2,67 (0,50)	14	2,57 (0,64)	0,140	,712	,065
	T. emocional	9	1,78 (0,83)	14	1,93 (0,82)	0,181	,675	,069

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; GC=Grupo Control; GE=Grupo Experimental; F=Anova de medidas repetidas; 1- β = Potencia Estadística; N= Número de personas; M= Media; d.e= Desviación Estándar.

6.3 Análisis comparativo de variables clínicas pre y post Taller de Reminiscencia para grupo control y grupo experimental.

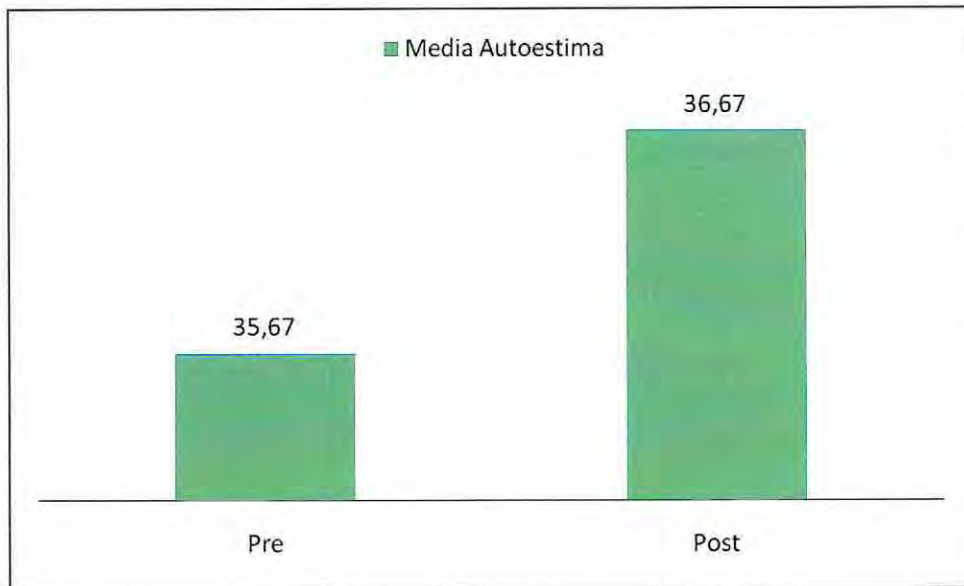
En este apartado se presenta la comparación de los resultados de base obtenidos tanto para el grupo control como para el grupo experimental, con sus respectivos puntajes tras las 6 semanas de duración del Taller de Reminiscencia (ver tabla 5)

6.3.1 Grupo Control, pre-post Taller de Reminiscencia

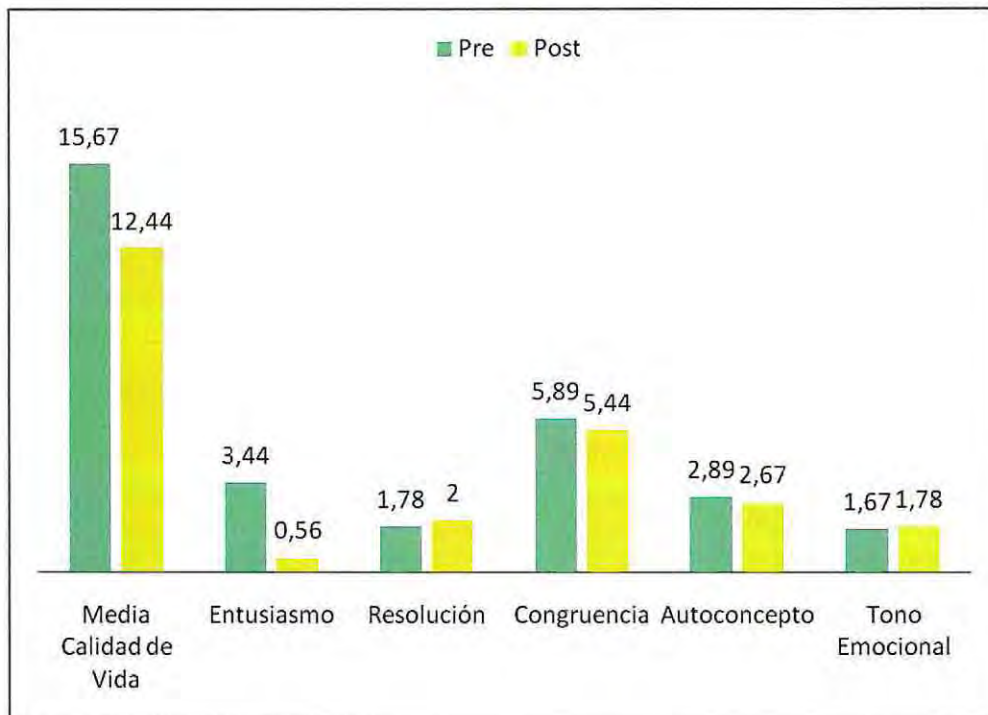
En "Autoestima", se observó una diferencia entre las medias (gráfico 11). Sin embargo, esta diferencia no fue considerada estadísticamente significativa ($p=,416$). Estos cambios se asocian a un aumento en el nivel de Autoestima, viéndose por ejemplo, que sólo una persona tuvo un cambio en sus niveles de Autoestima de acuerdo a criterios normativos, de tal forma que este aumento va desde la categoría media a elevada.

En cuanto a la variable "Calidad de Vida" (gráfico 12), existió un aumento significativo de las medias tanto del pre ($X=15,67$), como también del post ($X= 12,44$), observándose una disminución en las medias, correspondiente a una diferencia de 3,23 puntos. En cuanto a las sub dimensiones presentadas de esta variable, la única que mostro diferencias significativas entre el pre y el post ($p=,000$) fue la dimensión de Entusiasmo. Observándose una disminución en la media de 3,44 a 0,56 puntos. A diferencia de Resolución de Conflictos, Congruencia, Autoconcepto y Tono Emocional, que no mostraron un cambio significativo ($p=,290$; $p=,405$; $p=,470$; $p=,813$ respectivamente).

11 Comparación de Variable Clínica Autoestima Pre/Post para GC.



12 Comparación de Variable Clínica Calidad de Vida Pre/Post para GC.

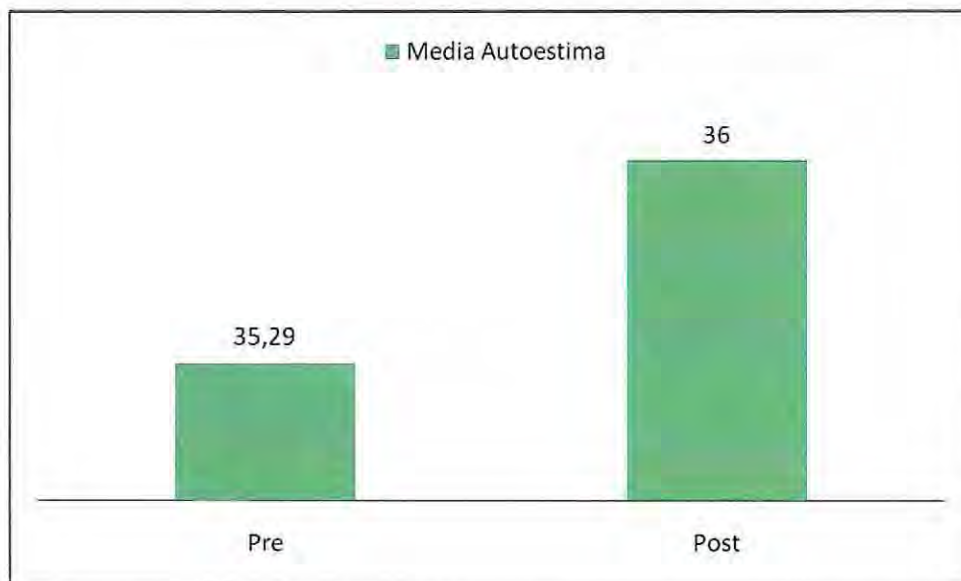


6.3.2 Grupo Experimental, pre-post Taller de Reminiscencia

En el análisis de la variable de "Autoestima" (gráfico 13), las diferencias encontradas en la comparación de las evaluaciones pre y post intervención revelaron que existió, a lo largo del proceso de aplicación del Taller de Reminiscencia, un aumento significativo ($p=,468$) en el desempeño para este grupo, lo que se refleja en el poco aumento de la media, correspondiente a una diferencia $-0,71$ puntos.

Así mismo, en los resultados de la variable "Calidad de Vida", como se muestra en el gráfico 14 no existieron diferencias significativas ($p=,413$). Obteniendo en el pre una media de 14 puntos y en el post una media de 14,79 puntos. En cuanto a las demás sub escalas de este instrumento no se observaron cambios significativos ($p=,697$; $p=,206$; $p=,318$; $p=,562$; $p=,705$, respectivamente).

13 Comparación de Variable Clínica Autoestima Pre/Post para GE.



14 Comparación de Variable Clínica Calidad de Vida Pre/Post para GE.

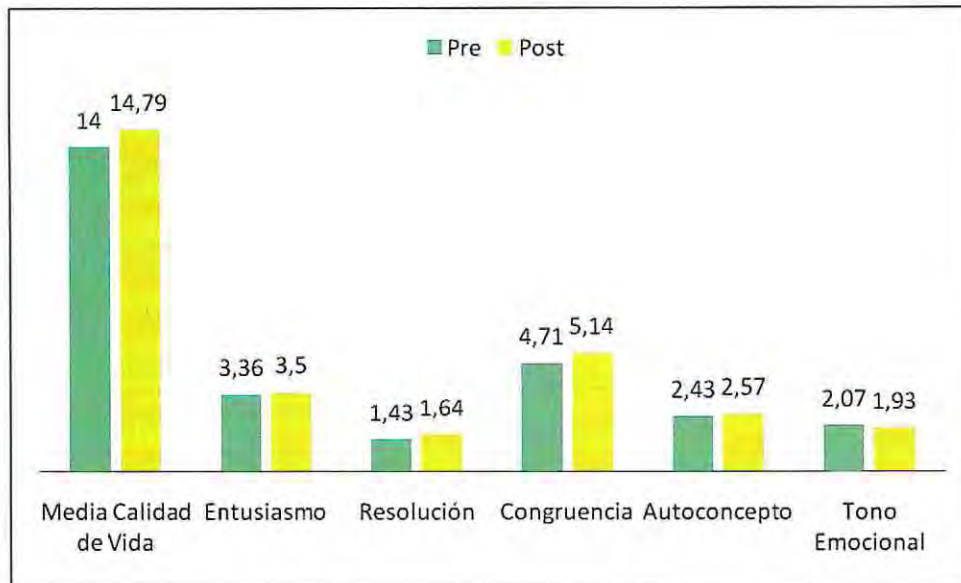


Tabla 5 Análisis Comparativo de variables clínicas Pre/Post para GC y GE.

		Evaluación				F	P	1-β
		Pre		Post				
		M	d.e	M	d.e			
Escala de Autoestima de Rosenberg	GC	35,67	4,74	36,67	3,35	0,688	,416	,124
	GE	35,29	3,64	36,00	2,68	0,546	,468	,109
Índice de Satisfacción Vital (LSI-A):	GC	15,67	3,08	12,44	2,18	7,550	,012*	,745
	GE	14,00	2,85	14,79	1,88	0,413	,413	,126
Entusiasmo	GC	3,44	1,01	0,56	1,01	40,860	,000**	1,0
	GE	3,36	0,92	3,50	0,65	0,155	,697	,066
Resolución	GC	1,78	0,44	2	0	1,180	,290	,179
	GE	1,43	0,75	1,64	0,49	1,706	,206	,239
Congruencia	GC	5,89	1,26	5,44	1,42	0,723	,405	,128
	GE	4,71	1,68	5,14	1,23	1,045	,318	,164
Autoconcepto	GC	2,89	0,33	2,67	0,50	0,540	,470	,108
	GE	2,43	0,75	2,57	0,64	0,347	,562	,087
T. Emocional	GC	1,67	1,22	1,78	0,83	0,057	,813	,056
	GE	2,07	0,99	1,93	0,82	0,148	,705	,066

*p<0,05; **p<0,01; GC=Grupo Control; GE=Grupo Experimental; F=Anova de medidas repetidas; 1-β=Potencia Estadística; N= Número de personas; M= Media; d.e= Desviación Estándar.

VII DISCUSIÓN

7.1 Variables Sociodemográficas

En relación a los adultos mayores participantes del estudio, grupo control y grupo experimental no presentan diferencias significativas en ninguna de las variables demográficas medidas, por ende, los grupos son comparables previo al inicio del taller. Además, se ha demostrado en otras investigaciones, que los factores demográficos no modifican los efectos de la Terapia de Reminiscencia (Bohlmeijer, Kramer, Smit, Onrust&Marwijk, 2008). Esto permite justificar en base a los resultados que las diferencias reportadas al momento post intervención se deben al efecto del Taller de Reminiscencia implementado en este estudio.

Al comparar la muestra con las características socio demográficas de la población chilena, se evidenció que alrededor de un 47,8% de ellos se ubicó en el rango entre los 60-70 años, esto va en concordancia con la información recogida por el MINSAL, que señala que el porcentaje mayoritario de adultos mayores autovalentes equivalente al 85%, se encuentra en el rango de 65-69 años de edad. Del mismo modo, a mayor edad aumentan las personas categorizadas en riesgo de dependencia y con dependencia, observándose que la autovalencia disminuye a un 47% en el grupo de personas mayores de 80 años y más. Entonces, autovalencia y edad van en dirección inversa: conforme aumenta la segunda, disminuye la primera (MINSAL, 2012).

La distribución por "género" de la muestra total del presente estudio refleja un predominio del género femenino. El estudio del SENAMA indica que las mujeres menores de 70 años presentan menor prevalencia de dependencia en relación a los hombres, situación que se revierte sobre los 70 años donde la prevalencia del grupo femenino aumenta a más del 57% (SENAMA, 2009). Si bien el 100% de los participantes del grupo experimental de la presente investigación sin importar género fueron categorizados como autovalentes, el 28,5% de la muestra fue categorizado como autovalente con riesgo de dependencia, donde el 50% fueron mujeres y el 50% fueron hombres.

El análisis de la variable “con quién vive actualmente” arroja que la muestra del presente estudio mayoritariamente se compone por un 73,9% de personas que viven con alguien, seguido por un 26,1% que viven solas. En el mismo sentido, el estudio realizado por SENAMA, las personas tienden a compartir más el hogar mientras más bajo sea el nivel de funcionalidad. El mayor porcentaje de personas (16,2%) que viven solas son autovalentes; mientras que, el mayor porcentaje de personas (92,1%) que viven con alguien son dependientes (SENAMA, 2009). Los datos del Taller de Reminiscencia nos permiten comprender el alto porcentaje de los participantes que viven solas, pues el ser autovalentes les permite realizar sus actividades cotidianas con normalidad.

Con respecto a la variable “escolaridad”, en la muestra total del estudio el 39,1% se reflejó un predominio de cursos de Educación Media; lo anterior se explica en el estudio de SENAMA constatado en la asociación dependencia y años de estudio, confirmando que para cualquier grado de severidad de dependencia siempre es mayor la prevalencia a menor grado de escolaridad. Asimismo, el 37,8% de las personas mayores sin dependencia tienen más de 8 años de escolaridad, lo que se traduce en que alcanzaron a cursar como mínimo la Educación Media (SENAMA, 2009).

La variable “situación laboral” del Taller de Reminiscencia indica que el empleo en las personas mayores favorece los factores asociados al mantenimiento de la funcionalidad, el ejercicio de roles, la valoración social y el sentimiento de autoeficacia y autonomía. En este mismo sentido, los datos de SENAMA expresan que del total de personas mayores del país, el 20% se encuentra ocupada en algún empleo, a diferencia del 79,1% que se encuentra desocupado (SENAMA, 2009). Esto es similar a la información obtenida de la muestra total del presente estudio, donde sólo un adulto mayor tiene empleo, siendo mayores las personas jubilada y dueñas de casa con un 43,4%.

De acuerdo a los resultados del SENAMA, el 64,1 % de los adultos mayores con dependencia percibe ingresos menores a \$130.657 (SENAMA, 2009). Sin embargo, de acuerdo a la categorización del presente estudio la variable “nivel socioeconómico” (NSE), el 30,5% de la muestra total se encuentra en el segundo quintil, es decir, un ingreso per cápita hasta \$118.854; lo anterior habla de que en los participantes del estudio la vulnerabilidad económica no sería un factor determinante en la prevalencia de dependencia.

Además, el presente estudio indica que de los adultos mayores participantes el 72,5% es autovalente o autovalente en riesgo de dependencia y posee alguna enfermedad crónica. Asimismo, los indicadores del SENAMA señalan que el 82,6% de la muestra total presenta alguna enfermedad médica crónica y sólo un 27,5% de las personas mayores sin dependencia no declaran tener una enfermedad médica crónica (SEMAMA, 2009). Se considera entonces, que existe una estrecha relación entre dependencia y presencia de enfermedades médicas crónicas, las habilidades funcionales van disminuyendo a medida que avanza la edad debido principalmente a la aparición de diversas enfermedades crónicas, deterioro cognitivo y cambios psicosociales (Duran, Orbegoz, Uribe-Rodríguez & Uribe Molina, 2008).

Finalmente, el análisis de las características de la muestra del presente estudio indica que sólo el nivel socioeconómico difiere con las estadísticas nacionales, no siendo una variable determinante en la pérdida de funcionalidad del grupo. Lo anterior, permite concluir que los participantes del estudio comparten de manera general las características socio demográficas de la población autovalente.

7.2 Variables clínicas

7.2.1 Autoestima

En el análisis de la primera variable no se constató un aumento significativo en las medias de Autoestima respecto a la primera evaluación, desconfirmando así la primera hipótesis planteada en esta investigación (ver página10). Este resultado coincide con hallazgos hechos en estudios previos, como el realizado por Cook (1991), el cual consistió en un diseño experimental con una muestra de 41 residentes de un hogar de ancianos de 65 años o más, quienes conformaron el grupo experimental y grupo control, participando de un Taller de Reminiscencia grupal con una duración de 16 semanas. Los resultados obtenidos no mostraron un aumento en las medias de manera significativa.

Esto se condice con el estudio realizado por Stevens (1992), cuyo propósito fue evaluar el efecto de la reminiscencia en la depresión y la Autoestima reportada. El estudio utilizó un diseño experimental pre y post intervención, en el cual 24 adultos mayores que viven en un hogar de retiro fueron elegidos aleatoriamente para conformar el grupo control

y experimental. El Taller de Reminiscencia tuvo una duración de 6 sesiones. Para medir la Autoestima, utilizaron la escala Rosenberg, siendo el mismo cuestionario utilizado en esta investigación. Con respecto a los resultados se observó una diferencia de 0,75 en las medias del pretest y posttest en el grupo experimental.

Asimismo, Chin (2007) realizó un meta-análisis con un total de 15 estudios que fueron revisados con adultos mayores con más de 50 años, con un total 424 sujetos de los cuales 220 recibieron Terapia de Reminiscencia y 204 no recibieron un tratamiento. Dentro de las variables evaluadas se encontraba la Autoestima, la cual experimentó un aumento de la media de 0,55.

Por otro lado, los estudios previamente señalados realizaron además una comparación entre el grupo experimental y el grupo control con respecto a la variable Autoestima, no encontrándose un aumento en las medias, al igual que los resultados encontrados en el presente estudio. Esto desconfirma la tercera hipótesis, la cual indica que los Adultos Mayores participantes del Taller de Reminiscencia presentarán un aumento significativo en la medias de Autoestima en comparación con el grupo control.

De esta manera la evidencia empírica previamente presentada muestra que, si bien existe una tendencia al aumento en las medias de esta variable, en diversos estudios revisados, no resultan ser estadísticamente significativas.

Las razones planteadas por la autora Stevens-Ratchford (1992) indican que la falta de resultados significativos puede deberse a la alta valoración de sí mismo de los participantes al inicio de la intervención, la cual tiende a mantenerse bajo circunstancias normales.

7.2.2 Calidad de Vida (Satisfacción Vital)

A partir de los resultados obtenidos por el grupo experimental se observó que, en el presente estudio, no hubo un aumento en las medias de satisfacción vital, desconfirmando así la segunda hipótesis. Esto se condice con lo mencionado por Chao, Liu, Wu, Jin, Chu, Huang, Clark, (2006), en donde realizaron un estudio conformado por un grupo control y otro experimental en donde se evaluó a partir de un pretest y posttest la

variable Satisfacción Vital. La muestra se conformó por 12 personas en ambos grupos entre los 65 y 85 años de edad. Con respecto a los resultados del estudio se observaron cambios en el grupo experimental en las medias con una significación de $p=.245$.

Por su parte, Chin (2007), a quien citamos anteriormente, muestra que, de un meta-análisis realizado con 5 estudios que midieron la variable Satisfacción Vital, no hubo diferencias significativas en el grupo experimental, al igual que el estudio previamente mencionado de Cook (1991).

Con respecto a la comparación entre los sujetos del grupo experimental y control del presente estudio, éstos no aumentaron de manera significativa en la variable Satisfacción Vital, desconfirmando así la cuarta hipótesis (ver página 10). Esto debido a que, si bien fue posible observar diferencias significativas entre ambos grupos, éstas se dieron no por el aumento de la media del grupo experimental, sino que por la disminución significativa de la media en el grupo control. Estos resultados son relevantes para el presente estudio, por lo tanto sus implicancias serán explicadas de forma más detallada más adelante.

Según Chin (2007) Satisfacción de Vida es el juicio global de la vida al igual que la Autoestima, es considerada más consistente y estable en el tiempo, a raíz de esto un evento o experiencia puede tener menos impacto en esta variable. Por lo tanto, es posible esperar que la Terapia de Reminiscencia no produzca cambios significativos en la satisfacción vital de los sujetos.

7.2.3 Análisis Comparativo de las variables Autoestima y Calidad de Vida en el Grupo Experimental

En base a lo evidenciado en el presente estudio, es posible sugerir que las razones por las cuales no hubo un cambio significativo en las variables Autoestima y satisfacción vital, son las siguientes:

Los participantes del grupo experimental del presente estudio, ya tienen una alta valoración de sí mismos en la variable Autoestima en el inicio del taller, impidiendo que en el posttest pudiera haber un cambio significativo. Este resultado es similar a lo reportado

por Cook (1991), en donde los participantes puntuaron alto en la variable ya mencionada, limitando la posibilidad de aumentar significativamente la puntuación en la variable.

Otra razón, planteada en el mismo estudio, es la intensidad de las sesiones, lo cual se entiende por duración y tiempo de la intervención; y así también la regularidad de la asistencia de los participantes pudieron haber sido algunas de las razones para justificar la falta de cambios significativos en las variables del estudio. A partir de lo anterior, se hipotetiza que el presente estudio presentó algunas de estas características en donde la duración del Taller de Reminiscencia fue de 6 sesiones de una hora, en donde solo 8 personas asistieron de forma regular a todas las sesiones (100% de asistencia) de un total de 19 participantes al iniciar el taller.

Por otro lado, Chin (2007), en su estudio ya mencionado anteriormente, también plantea algunas razones por las cuales no existieron cambios significativos en las variables después de la Terapia de Reminiscencia. Esta revisión muestra que aquellos Adultos Mayores que recibieron Terapia de Reminiscencia experimentaron más felicidad y una disminución de sus síntomas depresivos que aquellos que no, la superioridad clínica de esta terapia no se vio extendida al aumentar la Satisfacción Vital, ni la Autoestima de los Adultos Mayores. Una posible explicación para estos resultados es la diferencia en la naturaleza de estos constructos psicológicos.

La Autoestima es el juicio personal que le hacemos a aquellos atributos que son consistentes en el tiempo (Chin, 2007), las características estables de estas experiencias auto-evaluativas hace más difícil poder detectar cambios en la Autoestima global de los sujetos después de la implementación de ciertas intervenciones orientadas a aumentar esta variable, e incluso si se realiza una intervención que sea más extendida en el tiempo. Por otro lado, los estados de humor y las emociones, como la depresión, reflejan reacciones en una línea en donde los eventos están pasando en el momento, lo que provoca que sean capaces de cambiar y ser más susceptibles a los eventos del exterior. A raíz de lo anterior, es razonable esperar que los niveles de depresión se vean mayormente afectados por la Terapia de Reminiscencia, más que los .

Con respecto a la Satisfacción Vital, que es el juicio global de nuestra vida, al igual que la Autoestima, es considerada más consistente y estable en el tiempo (Chin, 2007). Un evento o experiencia podría tener menos impacto en la Satisfacción Vital, sin embargo

afectaría el nivel hedónico sustancialmente. Finalmente la autora concluye que es difícil esperar cambios sustanciales a través de la Terapia de Reminiscencia en la variable Satisfacción Vital.

Por otro lado, en dos investigaciones realizadas por Karimi, Dolatshahee, Momeni, Khodabakhshi, Rezaei and Kamrani (2010) y por Melendez, Charco, Mayordomo, Sales (2013) encontraron cambios significativos en las variables y calidad de vida. Al analizar las posibles razones de los resultados obtenidos, por un lado podemos observar una muestra mayor en comparación al presente estudio, de 29 y 34 participantes respectivamente; y por el otro lado los participantes se caracterizaban por residir en un hogar de ancianos. Los autores, plantean que las personas institucionalizadas tienen menos probabilidades de enfrentar desafíos que aquellos insertos en la comunidad, lo que no se condice con el presente estudio en donde los participantes pertenecían a una junta de vecinos, haciendo entonces que disminuyan las probabilidades de producirse cambios en las variables previamente mencionadas.

7.2.4 Análisis Comparativo de las variables Autoestima y Calidad de Vida en el Grupo Control

En cuanto a la variable Autoestima del grupo control, no presentó cambios en las medias. Este resultado es esperable pues se considera que los cambios deben presentarse en el grupo intervenido, no obstante, esto tampoco se presentó. Por lo tanto, se puede concluir que el Taller de Reminiscencia no resulta ser efectivo en esta variable.

En relación a la segunda variable "Calidad de Vida" del grupo control, ésta presenta cambios significativos en sus medias. Se esperaba que la variable presentada se mantuviera en el tiempo, no obstante ésta disminuye significativamente en relación al grupo que obtuvo la intervención. Por lo tanto se concluye que el Taller de Reminiscencia tiene carácter preventivo en esta variable.

Es importante destacar que en la literatura existente no se encuentran estudios de reminiscencia desde el enfoque preventivo en las variables desarrolladas en este estudio, sino que orientadas desde la sintomatología depresiva. (Bohlmeijer, 2007)

7.3 Fortalezas y limitaciones del estudio

7.3.1 Limitaciones

La investigación posee baja potencia estadística en las variables de Autoestima ($1-\beta=,080$) y Calidad de vida ($1-\beta=, 0740$), por tanto, es posible que debido al número reducido de la muestra ($n=23$) no se hayan detectado diferencias significativas entre el grupo control y grupo experimental en el período post intervención.

La muestra fue seleccionada por conveniencia, no cumpliendo así criterios de validez externa. Asimismo, los participantes del grupo experimental y de control no fueron asignados de manera aleatoria, sino que fueron agrupados de acuerdo a la institución a la que pertenecían. Por ende, no todas las personas tuvieron la oportunidad de pertenecer al Taller de Reminiscencia.

En relación al grupo control, a las personas no les fueron aplicados los instrumentos de depresión y funcionalidad pertenecientes a la batería de selección de los participantes del Taller de Reminiscencia. Lo anterior por razones prácticas, escasez de tiempo y falta de espacio apropiado para administrar todos los instrumentos psicométricos. Esto conlleva una limitación, pues no podemos asegurar que los participantes del grupo control sean "autovalentes", de acuerdo a los criterios establecidos para este estudio.

En relación al grupo de control, existieron dificultades para contactar a todos los participantes en el período post-intervención, no pudiendo localizar a tres de los participantes. Lo anterior implicó diferencias en el tamaño de grupo experimental y grupo control.

En relación al Taller de Reminiscencia, el manual en el cual se basó la intervención establece 12 sesiones, sin considerar las sesiones de evaluación (Pre/Post). Sin embargo, la contingencia condicionó el desarrollo del Taller de Reminiscencia limitando su extensión a sólo 6 sesiones, lo cual pudo haber afectado logros y resultados significativos en la muestra. Hay controversia en relación al número apropiado de sesiones; algunos autores consideran que a los adultos mayores les toma más tiempo cambiar (Knigh, 1988 en Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers & Smit, 2007), por lo que las intervenciones a largo plazo serían más efectivas (Jané & Llopis, 2002 en Bohlmeijer et al,

2007). Mientras que, un estudio meta-análisis sugiere que 6 a 8 sesiones parecen ser suficientes para revisar la propia vida (Haight & Haight, 2007 en Pinguart & Forstmeier, 2012).

En relación al Taller de Reminiscencia, el manual en el cual se basó la intervención no sugiere un número determinado de personas, por lo anterior, se aceptó a todos los interesados conformando un grupo total de 19 participantes. Debido a lo anterior, en las sesiones con mayor asistencia se vieron dificultades en el manejo de grupo y la ejecución de las actividades. Del mismo modo, al ser un grupo numeroso existieron altas tasas de inasistencia, rotación y deserción, lo que también pudo haber afectado la efectividad de la intervención. El estudio de Chao et al(2008) sugiere que un pequeño número de participantes(8-10) es recomendado para facilitar las interacciones dentro del grupo, añadiéndole un 20% de deserción (Polit & Hungler, 1991 en Chao et al, 2006), por ende, para su investigación fueron elegidas doce personas para el grupo experimental y de control (Yalom, 1983 en Chao et al, 2006).

No fue posible realizar seguimiento a las personas que fueron parte del Taller de Reminiscencia por ser un estudio limitado al período académico. En relación a este punto, la mayoría de las investigaciones en Reminiscencia no evalúan los efectos a largo plazo (Bohlmeijer et al, 2007). No obstante, destaca el estudio de Watt & Cappeliez (2000), quienes realizaron seguimiento una vez finalizada la intervención de Reminiscencia, reportando que el grupo experimental mantenía los efectos luego de los tres meses (Watt & Cappeliez, 2000). De igual forma, el meta-análisis de Song, Chen, Xu, Sun (2014) afirma que los efectos se mantienen hasta los tres meses, pero luego de un período de seis meses desaparecen (Song et al, 2014).

7.3.2 Fortalezas

Es un estudio planteado con enfoque preventivo, dirigido a conocer el efecto de la intervención como factor protector de la vejez. Por lo anterior, permite complementar las investigaciones actuales en Reminiscencia, centradas prioritariamente en disminuir o detener el efecto de las patologías prevalentes en este grupo etario.

El Taller de Reminiscencia presentado en esta investigación es pionero en evaluar el efecto de la intervención en población autovalente. Lo anterior, permite dar pie a nuevas investigaciones que exploren los beneficios que podría tener la implementación de esta técnica en personas mayores con estas características.

Parece necesario mencionar que todos los instrumentos utilizados en este estudio cuentan con estandarización en Chile, además de ser validados para adulto mayor, lo que permite asegurar la pertinencia y confiabilidad de los resultados obtenidos.

En cuanto al diseño de la investigación, el realizar un estudio de medias repetidas permite trabajar con una muestra más reducida, debido a que la persona funciona como su propio control pre y post intervención. Por otra parte, el estudio se adecua a las investigaciones a nivel internacional pues la mayoría cuenta con grupo de control. Además, en la particularidad de esta investigación, permite inferir que la efectividad del Taller de Reminiscencia aplicado al grupo experimental se encuentra en mantener estableces la variable de Calidad de Vida analizada, lo que justifica el carácter preventivo del estudio.

VIII CONCLUSION

El objetivo principal de la presente investigación fue evaluar la eficacia del Taller de Reminiscencia en un grupo de adulto mayores autovalentes de la ciudad de Valparaíso. En particular, se buscó determinar el efecto de la intervención piloto en las variables de Autoestima y Calidad de Vida de los participantes.

Referente a los resultados, no se encontraron diferencias significativas en las medias de Autoestima y Calidad de vida del grupo experimental, desconfirmando así la primera y segunda hipótesis de este estudio. Lo anterior, implica que no existieron diferencias en el grupo experimental post intervención.

No se encontraron diferencias significativas en las variables de Autoestima y Calidad de vida del grupo experimental en comparación con el grupo control, desconfirmando así la tercera y cuarta hipótesis de este estudio. Lo señalado, muestra que no existieron diferencias entre los grupos post intervención, por lo tanto, el Taller de Reminiscencia no fue efectivo en el aumento de las variables medidas.

Las medias de Autoestima se mantuvieron en el grupo control. No obstante, resultados interesantes se obtuvieron en las medias de Calidad de Vida de este grupo, debido a que dicha variable disminuyó significativamente post intervención. Lo expuesto permite establecer que el Taller de Reminiscencia mantiene los índices de Calidad de vida.

Con respecto a los beneficios de la Reminiscencia, se ha descubierto que es una técnica segura, fácil y simple de administrar por los terapeutas e investigadores (Song, Shen, Xu & Sun, 2014). Además, la Reminiscencia es una intervención atractiva y no estigmatizante (Bohlmeijer, Valenkamp, Westerhof, Smit & Cuijpers, 2005). Por otra parte, como herramienta terapéutica, la evidencia muestra que su utilización mejora la sintomatología depresiva (Watt & Cappeliez 2000), mejora los síntomas de la demencia tipo Alzheimer (Salazar, 2008-2010) y muestra resultados positivos en las variables asociadas al envejecimiento como el humor y el bienestar general. (Meléndez, Charco, Mayordomo & Sales, 2011).

Asimismo, respecto a la eficacia del Taller de Reminiscencia como estrategia terapéutica preventiva, Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers & Smit (2007) comparan la Terapia de Reminiscencia versus la Revisión de Vida. Ésta última es más estructurada y enfocada en puntos de inflexión positivos como negativos. Los resultados del meta-análisis señalan que la Revisión de Vida sería más efectiva en la mejora del bienestar psicológico de adultos mayores en relación a la simple Reminiscencia. En esta misma línea Pinquart & Forstmeier (2012), señalan que se deben tener expectativas realistas acerca de los bajos efectos que esta terapia tiene en el aumento del bienestar psicológico y la calidad de vida de personas con problemas de salud mental, no así cuando se utiliza de manera preventiva, lo que finalmente justifica la pertinencia de esta investigación.

A raíz de lo mencionado, la experiencia piloto del Taller de Reminiscencia implementado en este estudio permite determinar que si bien la intervención no resulta ser efectiva en el aumento de las variables medidas, permite mantener la segunda. Es decir, el Taller de Reminiscencia previene disminuciones en la Calidad de vida de los adultos mayores autovalentes.

Una intervención preventiva en el ámbito de la salud mental funciona enfocándose en la reducción de factores de riesgo y aumentando los protectores. Además, tiene por objetivo reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de los trastornos mentales, disminuyendo el impacto que ejerce alguna enfermedad mental en la persona afectada, sus familias y la sociedad (Mrazek & Haggerty, 1994 en OMS, 2004). Se ha demostrado que una alta satisfacción vital está asociada con la buena salud (Bellis, Lowey, Hughes, Deacon, Stansfield & Perkins, 2012). De manera específica, se considera a la satisfacción vital, el bienestar psicológico y el bienestar social como indicadores de salud mental (Keyes, 2005 en Zubieta & Defino, 2010).

“Si hubiera que limitarse a un factor, uno solo, indudablemente pertinente a la salud mental, profusamente estudiado en la psicología contemporánea, habría que quedarse con el de bienestar personal o satisfacción en la vida. Es razonable, por eso, reconocer al bienestar como primer indicador y dimensión principal pertinente a la salud mental, y acaso, además, como elemento por sí mismo constitutivo o integrante de ella. Desde luego, no es posible definir la salud mental sin alguna referencia al bienestar personal o a una felicidad que incluye cierto grado de calidad en experiencias vitales

satisfactorias" (Fierro, 2004 p.7). Por tanto, el mantener altos los niveles de satisfacción vital mediante la participación a Taller de Reminiscencia implementado se convierte en un factor protector que previene el desarrollo de trastornos psicológicos.

Por otro lado, en una visión prospectiva, se invita revisar aquellos aspectos metodológicos con el fin de ampliar y enriquecer los aportes del Taller de Reminiscencia. Así, se plantea realizar investigaciones que determinen un número apropiado de sesiones y participantes para la efectividad de esta intervención. Asimismo, se sugiere realizar estudios que contemplen seguimiento, tal como indica Bohlmeijer (2007), quien recomienda realizar seguimiento tres meses y un año después de la intervención, lo que permite aumentar la comprensión de los reales efectos y si éstos son significativos o no.

De igual manera, se propone realizar más estudios que evalúen los efectos de la Reminiscencia en Chile, dado a que existe un alto número de investigaciones a nivel internacional, no así en el plano nacional. De esta forma, se podrá identificar el comportamiento de este tipo de intervenciones en una población local, que podrían ser la base de un nuevo tipo de intervención que esté basado en evidencias.

Asimismo, este estudio permite dar directrices para futuras investigaciones que evalúen el efecto de la Reminiscencia con carácter preventivo, de forma que se cuente con suficientes datos empíricos que permitan demostrar que ésta puede ser una herramienta terapéutica eficaz en el área de la prevención además de la patología.

Finalmente, los resultados de esta experiencia piloto permiten concluir que el Taller de Reminiscencia implementado sería una herramienta terapéutica eficaz en adultos mayores autovalentes, previniendo disminuciones de la Calidad de Vida y actuando como factor protector de trastornos psicológicos prevalentes en este grupo etario. Las implicancias de la investigación son interesantes, pues el Taller de Reminiscencia podría ser considerado como una intervención psicosocial válida para la implementación de políticas públicas nacionales relacionadas con el adulto mayor.

IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, Rosa; Bueno, Belén. (2010). "*Reminiscencia con distintos tipos de recuerdos autobiográficos: efectos sobre la reducción de la sintomatología depresiva en la vejez*". En *Psicothema*, Sin mes, 213-220.
- Alvear, A. (2010) "*Residencia y centro de atención diario para ancianos*". Tesis para optar a título de arquitecto, Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Arquitectura, Quito, Ecuador.
- Barrueto, C; Landy, I; Villanueva, E (2012). "*Perfil sociodemográfico del adulto mayor frágil inasistente a control anual de EMPAM, en el cesfam de niebla el año 2011*". Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al grado de Licenciado en Enfermería. Universidad Austral de Chile, Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina.
- Bellis, M. Lowey, H. Hughes, K. Deacon, L. Stanfield, J & Perkins, C. (2012). "*Variations in risk and protective factors for life satisfaction and mental wellbeing with deprivation; a cross-sectional study*". *BMC Public Health*, 12:492.
- Berbel, A., Ortiz, A. y Aguado, R. (2011). "*Protocolo terapéutico de la demencia*" en *Medicine*. 2011; 10(76):5178-82.
- Bohlmeijer, Valenkamp, Westerhof, Smit & Cuijpers (2005). "*Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot project*." *Aging and mental health*. Neatherlands. 302-304.
- Bohlmeijer E, Roemer M, Cuijpers P & Smit F. (2007). "*The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: a meta-analysis*". *Aging and Mental Health* 11:291-300 (83 ref)
- Bohlmeijer, E. (2007). "*Reminiscence and depression in later life (Dissertation)*". Amsterdam: Faculty of Psychology and education, Vrije Universiteit.

- Boreal (2011). "Estudio de recopilación, sistematización y descripción de información estadística disponible sobre vejez y envejecimiento en Chile. "
- Caetano, C. & Pardo, V. (2009). "Intervenciones psicosociales y de soporte básico en la demencia en la enfermedad de Alzheimer" en Revista de Psiquiatría Uruguay; 73(2):169-184.
- Chao, S., Liu, H., Wu, C., Jin, S., Chu, T., Huang, T., & Clark, M. (2006)."The effects of group reminiscence therapy on depression, self esteem, and life satisfaction of elderly nursing home residents" en The Journal Of Nursing Research: JNR, 14(1), 36-45.
- Chin, A. (2007). "Clinical effects of reminiscence therapy in older adults: a meta-analysis of controlled trials". Journal of Occupational Therapy. Hong Kong.
- Concha, Silva, L. (2009). "Modelo psicosocial y envejecimiento: análisis, reflexividad y posibilidades en programas y políticas de la tercera edad". En Revista Chilena de Terapia Ocupacional, 0(4), Pág. 35 - 40. doi:10.5354/0717-6767.2004.160.
- Cook, A. (1991). "The Effects of Reminiscence on Psychological Measures of Ego Integrity in Elderly Nursing Home Residents". Archives of Psychiatric Nursing, Vol. V, No. 5 (October), 1991: pp. 292-298
- Cummins, R. A. (2005). "Moving from the quality of life concept to a theory" en Journal of Intellectual Disability Research. 49, 699-706. doi:10.1111/j.1365 2788.2005.00738.x
- Díaz, E. & Sosa, A. (2010). "Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve". MEDISAN, 14 (6), 20/07-28/08/2010.
- Durán, D. Valderrama, L. Uribe-Rodriguez, A. & Molina, J. (2008). "Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores" en Revistas Científicas. Vol 7 N°1 263-270.

- Etchemendy, Ernestina; Baños, Rosa María; Botella, Cristina; Castilla, Diana (2010). *"Programa de revisión de vida apoyado en las nuevas tecnologías para las personas mayores: Una aplicación de tecnologías positivas"*. En *Escritos de Psicología*, Vol. 3, nº 2, pp. 1-7. ISSN 1989-3809.
- Escarabajal, M. D. (2010, febrero). *"Intervenciones no farmacológicas en pacientes con demencia"*. Documento presentado en el 11º Congreso Virtual de Psiquiatría, Universidad de Jaén, Andalucía, España.
- Fierro, A. (2004) *"Salud mental, personalidad sana, madurez personal. Ponencia en el congreso internacional de psicología "¿hacia dónde va la Psicología?"*. Santo Domingo, 3-5 Septiembre. Universidad de Málaga.
- Fuentes, P. & Slachevsky, A. (2005). *"Enfermedad de Alzheimer: actualización en terapia farmacológica"*. *Revista Médica de Chile*, 133(2), 224-230.
- Gloria, M & Albala, C (1999). *"Minimal State Examinations (MMSE) del estudio de demencia en Chile: Análisis estadístico"*. En Proyecto Sabe 7, Organización Panamericana de Salud. División de Salud y Desarrollo Humano, Coordinación de Investigaciones.
- González, F., Franco, M., Jiménez, F., Bernate, M., Parra, E., Toribio, J., Solís, A., Losada, R. y Cid T. (2012). *"Programas psicosociales de intervención cognitiva en población con signos de deterioro cognitivo leve (DCL): Revisión de efectos y eficacia"*. 6 (1): 10.7714/cnps/6.1.205.
- González-Hernández, Aguilar, Oporto, Araneda, Vásquez & von Bernhardi (2009). *"Normalización del "Mini-Mental State Examination" según edad y educación, para la población de Santiago de Chile"*. En *Revista Memoriza.com* 2009; 3:23-34. ISSN 0718-7203.
- Haas, B. (1999). *"Clarification and integration of similar quality of life concepts"* en *Journal of nursing Scholarship*. 31, 215-220.

- Hoyl, Valenzuela & Marín (2008). *"Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la"*
- Jara Madrigal Marisol (2003) *"La estimulación cognitiva en personas adultas mayores"*. En Revista cúpula; 10.
- Karimi, H. Dolatshaheeb, B. Momenia, K. Khodabakshic, A. Rezaeid, M. & Kamranie, A. (2010). *"Effectiveness of integrative and instrumental reminiscence therapies on depression symptoms reduction in institutionalized older adults: An empirical study"*. Aging & Mental Health Vol. 14, No. 7 881-887
- Latorre P, José Miguel, et al. (2003). *"Memoria autobiográfica y depresión en la vejez: entrenamiento en el recuerdo de acontecimientos positivos en ancianos con sintomatología depresiva"*. Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+I, nº 13.
- Marín L, Pedro Paulo, Guzmán M, José Miguel, & Araya G, Alejandra. (2004). *"Adultos Mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son?"* Revista médica de Chile, 132(7), 832-838.
- Marín L, Pedro Paulo, Hoyl M, Trinidad, Gac E, Homero, Carrasco G, Marcela, Duery D, Patricio, Petersen C, Kristina, Cabezas U, Mauricio, Dussailant L, Catalina, & Castro H, Sergio. (2004). *"Evaluación de 1.497 adultos mayores institucionalizados, usando el «sistema de clasificación de pacientes RUG T-18."* En Revista médica de Chile, 132(6), 701-706.
- Meléndez, J. Charco, L. Mayordomo, T & Sales, A. (2011). *"Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults."* Psicothema 2013. Volumen 25 N° 3 pag. 319-323. Universidad de Valencia
- Meurer, S. T., Luft, C. B., Benedetti, T. R., & Mazo, G. Z. (2012). *"Validade de construto e consistencia interna da escala de Autoestima de Rosenberg par aumapopulacao de idosos brasileiros praticantes de atividades fisicas. Motricidade,"* (4), 5.

- Ministerio de Salud [MINSAL] (2014). *"Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores"*.
- Ministerio de Salud [MINSAL] (2014). *"Programa Nacional de salud de las personas adultas mayores" (Borrador)*. Ministerio de Salud, Subsecretaría de salud pública, División de prevención y control de enfermedades departamento de ciclo vital, Programa nacional de salud del adulto mayor. Gobierno de Chile.
- Montilla, Esteban (2009). *Viviendo la tercera edad: un modelo integral de consejería para el buen envejecimiento*. 56-57.
- Navarro, Bravo, Beatriz; Latorre, Postigo, José Miguel; López-Torres, Hidalgo, Jesús & Pretel, Fernando Andrés (2008). *"Memoria autobiográfica y entrenamiento en revisión de vida como método de mejora del estado de ánimo en la vejez."* En Revista Clínica de Medicina de Familia 2008; 2 (4): 171-177.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. Consejo Económico y Social (2014) *"Tendencias Demográficas en el mundo."* E/CN.9/2014/3.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004). *"Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud Depto. de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht"*. Ginebra. ISBN 92 4 159215 X
- Organización Mundial de la Salud. (1992) *"CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico"*. Madrid: Meditor.
- Oliver, A., Navarro, E., Meléndez, J., Molina, C. & Tomás, J. (2009). *"Modelo de ecuaciones estructurales para predecir el bienestar y la dependencia funcional en adultos mayores de la República Dominicana"* en Revista Panamericana de Salud Pública, 26(3), 189-196

- Ortega, P y Del Rocio, P. (2011). *“Terapia ocupacional y recreativa: Estrategias para mejorar la Calidad de Vida de los adultos mayores del hogar de ancianos San José de la unidad de Cariamanga”*. Tesis de grado previo la obtención del título de magister en gestión y desarrollo social. Universidad Técnica Particular de Loja.
- Pinquarta, M. & Forstmeierb, S. (2012). *“Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis”*. En *“Aging & Mental Health”*. Vol. 16, No. 5, July 2012, 541–558. Department of Psychology, Philipps University, Marburg, Germany; Department of Psychology, University of Zurich, Zurich, Switzerland.
- Ramos Martín, J. (2012). *“Autoestima y Trastornos de Personalidad de lo Lineal a lo Complejo”* en *Clinica Y Salud*, 23(2), 123.
- Rojas-Barahona, Cristian A, Zegers P, Beatriz, & Förster M, Carla E. (2009). *“La escala de Autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores”*. *Revista médica de Chile*, 137(6), 791-800.
- Salazar, Villanea, Mónica (2008). *“Estudio de las características de la memoria autobiográfica en la vejez: la reminiscencia en sujetos sin deterioro cognitivo y en sujetos con Demencia tipo Alzheimer”*. En Tesis Doctoral. Ciencias socialesDPBPMCC. Tesis del Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad de Salamanca.
- Salazar, Villanea, Mónica (2010). *“La Reminiscencia como estrategia de intervención gerontológica: Un ejemplo de investigación básica y aplicada”*. En III Congreso Internacional de Gerontología 15 al 17 Noviembre 2010, San José Costa Rica.
- Salazar Villanea Mónica (2012). *“Neuropsicología y envejecimiento: El potencial de la memoria autobiográfica en investigación e intervención clínica”*. *Revista costarricense de Psicología*. Ene-dic 2012, Vol. 31, N.os 1-2, p. 123-146
- Sepúlveda R, Catalina, Rivas, Edith, Bustos M, Luis, & Illesca P, Mónica. (2010). *“Perfil Socio-Familiar en Adultos Mayores Institucionalizados: Temuco, Padre las Casas y Nueva Imperia”*. En *Ciencia y enfermería*, 16(3), 49-61.

- Serrano, Selva, Juan Pedro (2002) *"Entrenamiento en Memoria Autobiográfica sobre Eventos Positivos Específicos en Ancianos con Síntomas Depresivos"*. En Tesis Doctoral presentada al Departamento de Psicología de la Universidad de Castilla la Mancha para la Obtención del Título de Doctor.
- Servicio Nacional del Adulto mayor [SENAMA] (2011). *"Plan integral de envejecimiento positivo para Chile 2012-2025"*.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA] (2009). *"Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores."*
- Song, D. Shen, Q. Xu, T. & Sun Q. (2014). *"Effects of group reminiscence on elderly depression: A meta-analysis"*. International Journal of Nursing Science. Zhejiang. China.
- Stevens, R. (1992). *"The Effect of Life Review Reminiscence Activities on Depression and Self-Esteem in Older Adults"*. The American Journal of Occupational Therapy. Volume 47, Number.5
- Schweitzer, Pam & Brunce, Errollyn (2008) *"Remembering Yesterday, Caring Today. Reminiscence in Dementia Care"*. Editoria Jessica Kingsley Publishers, 116 Pentonville Road, London N1 9JB, UK, ISBN 978 1 84310 649 4.
- Urzúa, Alfonso; Caqueo-Urizar, Alejandra (2012). *"Calidad de Vida: Una revisión teórica del concepto"* en Terapia Psicológica, Vol. 30, Nº 1, 61-71.
- Van Weert, J. & Bensing, J. (2009) *"Estimulación multisensorial (Snoezelen) integrada en la asistencia de la demencia a largo plazo"* Informaciones Psiquiátricas. Revista Hospitalarias; 195-196.
- Watt, L. Cappeliez, P. (2000). *"Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: Intervention strategies and treatment effectiveness."* Aging & Mental Health, 4:2, 166-167

- Webster, Jeffrey Dean; Bohlmeijer Ernst T, Westerhof & Gerben J. (2010). "*Mapping the Future of Reminiscence: A Conceptual Guide for Research And Practice*". En *Research on Aging* 32(4) 527–564© The Author(s) 2010 Reprintsand permission: [sagepub.com/journalsPermissions.nav](http://roa.sagepub.com).DOI:10.1177/0164027510364122.
<http://roa.sagepub.com>. SAGE.
- Wilhelm, K., Martin, G., & Miranda, C. (2012). "*Autoestima profesional: competencia mediadora en el marco de la evaluación docente.*" *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Ninez Y Juventud*, (1), 339.
- Woods, B., Spector, A. E., Jones, C. A., Orrell, M. y Davies, S. P. (2005). *Reminiscence therapy for dementia.Cochrane Database of Systematic Reviews.Dementia and Cognitive Improvement Group*.doi: 10.1002/14651858.CD001120.pub2
- Woods, B. (1996). "*Cognitive approaches to the management of dementia*" en R.Morris (Ed.), *The Cognitive Neuropsychology of Alzheimer-type Dementia* (pp.310-326). New York, EEUU: Oxford University Press.
- Zegers, Rojas-Barahona & Förster (2009). "*Validez y Confiabilidad del Índice de Satisfacción Vital (LSI-A) de Neugarten, Havighurst & Tobin en una Muestra de Adultos y Adultos Mayores en Chile*". En *Terapia Psicológica* 2009, Vol. 27, N° 1, páginas 15-26.
- Zubieta, E. & Delfino, G. (2010). "*Satisfacción con la vida, Bienestar psicológico y Bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires*". Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Secretaria de investigaciones. Anuario de investigaciones vol. 17. 277-283

X ANEXOS

Anexo 1: Pauta Sesiones del Taller de Reminiscencia

Sesiones de Reminiscencia

Esquema de las sesiones

Las sesiones están organizadas de manera cronológica y basadas en etapas claves de la vida que la mayoría de la gente ha experimentado. Los acontecimientos importantes de cada actividad serán registrados en la "Bitácora de los recuerdos". El Taller de Reminiscencia tiene una duración de 6 sesiones que se describen a continuación:

1. Introducción
2. Infancia y días en el Colegio
3. Primer trabajo y vida laboral
4. Bodas
5. Próxima generación: Hijos y Nietos
6. Celebrando la vida

Sesión 1: Introducción

Objetivos:

- Introducir la reminiscencia para generar interés y entusiasmo.
- Iniciar proceso de reminiscencia
- Promover interacciones entre los participantes para generar confianza y sentimiento de grupo

Desencadenantes de la sesión:

- Fotografías de la ciudad
- Mapas del área

- Certificados de nacimiento y matrimonio,
- Bitácora de Recuerdos (Libro de asistencia)

Actividad Inicial: Apertura

Recibir y darle la bienvenida a cada participante y agradecerles por el esfuerzo de ir al taller. Llevarlos a sus asientos, y reunirlos en dos grupos de 8 personas. En cada grupo estará un miembro del equipo (facilitador) para trabajar con ellos. Cada facilitador se asegurará de que cada participante tenga una etiqueta con su nombre y fomentará conversaciones informales. Cuando el grupo esté armado y completo, se llama a todos a formar un círculo con las sillas, se les dará la bienvenida formal y se les informará que se seguirán viendo una vez a la semana por las próximas 7 sesiones. Se comunica al grupo que se espera compromiso y constancia con la asistencia al taller y sus compañeros.

Actividad 1: Calentamiento

Cada persona dirá su nombre y una cosa que le gusta. Es de gran ayuda, que el facilitador de unos ejemplos al principio ("Hola mi nombre es Carmen y me gusta visitar a mis nietos").

Luego se irá uno por uno escuchando lo que tengan que decir, mientras el facilitador va repitiendo lo que dicen. También puede hacer conexiones con los gustos de otros participantes que sean similares ("A la señora Carmen le gusta visitar a sus nietos, y a la señora Graciela también"). Este ejercicio puede ayudar a que los participantes recuerden nombres y los relacionen con las personas por asociación.

Actividades principales

Actividad 2: Manteniendo los grupos del comienzo, cada participante intercambiará información sobre sus nombres. En cada grupo se espera que se hable de (se pueden escribir en una hoja que tendrá el facilitador de cada grupo):

- Nombres y Apellidos – De donde viene el nombre y quien lo escogió – Historia familiar del nombre – Asociaciones locales con los nombres – Sobrenombres – Como se le conoce en diferentes contextos y épocas (como le dicen en la casa o en el trabajo, cuando era pequeño) – Posibles cambios de nombres – Ver cómo la

gente se siente por tener su nombre – Qué nombre hubieran elegido para ellos mismos – Cualquier cosa que los participantes quieran decir sobre su nombre.

Actividad 3: Se invitará a los participantes a levantarse y que saluden a tantas personas como sea posible en la habitación, pueden hacerlo diciendo su propio nombre y usando diferentes maneras de saludar (saludando con la mano, hacer reverencias, dar la mano, con abrazos, con “highfives”, con pulgares arriba), ambos facilitadores demostrarán una forma de saludar para iniciar la actividad.

Tea Break: Té y Snacks

Actividad 4: Se juntan los mismos grupos de antes para que compartan relatos sobre su lugar de origen.

- ¿Cómo era el lugar? – Si fue en la ciudad o en el campo – Si fue una casa grande o un departamento o parcela – Si el clima era frío o caliente – Si su casa era ordenada o desordenada – Cualquier cosa que los participantes quieran decir del lugar donde se criaron.

Luego se discutirá con todo el grupo.

- a) Se invita a quien pueda recordar la dirección exacta de donde vivía.
- b) Se anotan todos los lugares mencionados en una hoja de papel grande (los facilitadores pueden hacer asociaciones entre participantes que hayan sido criados en lugares similares y hacer comentarios sobre esto)
- c) Se pide a los participantes recordar una canción de su infancia o del lugar donde se criaron. Se elegirá una canción que todos sepan y se invita a que todos la canten juntos.

Actividad Final: Cierre

Se da espacio a las personas para que puedan compartir cómo se sintieron en la sesión. A los participantes, se les entregará el programa del taller de reminiscencia, indicando fecha, tema y hora de las próximas sesiones. Luego, será explicado a todo el grupo el tema a tratar la próxima sesión “Infancia y días en el colegio”, se les pide a todos que traigan cualquier foto de la infancia y cosas relacionadas con el colegio, pueden ser: pruebas, premios, trofeos, fotografías u objetos. Se les agradece a todos por asistir.

Sesión 2: Infancia y días en el colegio

Objetivos

- Re experimentar sentimientos de la niñez
- Re experimentar aspectos positivos y negativos de la vida en el colegio.
- Incentivar el proceso de recuerdo colectivo.
- Reforzar el sentido de pertenencia al grupo

Desencadenantes de la sesión:

- Fotos familiares
- Un árbol genealógico de muestra
- Juegos de niñez, cuerda de saltar, canicas, yo-yos
- Pizarras
- Tiza
- Mochila de colegio
- Corbata, delantal o capa del colegio
- Cuerda para saltar

Actividad inicial: Apertura

El facilitador da la bienvenida a cada participante y agradece el esfuerzo de ir. Mientras va llegando la gente, se pregunta por lo que recuerdan y aprendieron de la sesión pasada, por ejemplo: algún sobrenombre de otro, el lugar de crianza de otro y la canción con la que finalizó la sesión anterior. Se invita a la gente a sentarse en dos grupos de 8 (preferentemente personas que tengan cosas común, acorde a la primera sesión) y se dan las etiquetas con los nombres.

Actividad 1: Calentamiento

Trabajando con grupos de 8, se invita a la gente a compartir las fotos o los objetos que trajeron. (Se debe considerar tener fotografías de bebés, niños o cualquier cosa que

pueda hacer recordar en caso de que a algún participante se le haya olvidado). Los facilitadores pueden llevar sus propias fotos y objetos para compartir. Cada persona podrá escoger una foto, objeto o dibujo, para que lo pongan en un collage colectivo (“Exhibición de la Niñez”). Se tomará una foto de todo el grupo junto con el collage. Simultáneamente se preparan los juegos de la infancia.

Actividades Principales

Actividad 2: Juegos de la Infancia.

Se organiza una exposición de juegos de infancia: canicas, pelotas, yo-yos, tarjetas, cartas, cuerda para saltar, ludo, juegos de mesa o cualquier juego de la época de los participantes. Se les invita a que elijan uno y jueguen entre ellos (esta es una buena oportunidad para hacer nuevos lazos entre participantes). Luego se invita a los participantes a que muestren los juegos y los enseñen a todo el grupo, que expliquen cómo se usaban (reglas, trampas, como se gana y como se pierde) y cuenten historias personales relacionadas con el juego.

Tea Break

Actividad 3: Se les pedirá a los participantes que se ubiquen en los puestos, como si estuvieran en el colegio (sillas ordenadas como en un salón de clases) y tener un registro de la gente que va entrando (“pasar lista”). Se pueden usar accesorios para contextualizar un aula de clases por ejemplo: capas, pizarras, tiza. Uno de los facilitadores representará el rol de profesor, esta persona usará frases como “Buenos días alumnos” y los participantes tendrán que decir “Buenos días profesor”, puede “pasar lista”, puede “retar” a los que hayan llegado tarde, etc.)

Actividad 4: El “profesor” sale de su rol y pregunta: “Si esta fuera su sala de clases de la infancia, ¿Qué habría en las paredes? ¿Qué muebles había en la sala y dónde? ¿Qué llevaría puesto el profesor/a? ¿Cómo el profesor/a llamaría la atención a un niño desordenado?” (Estas respuestas pueden ser anotadas en la “Bitácora de los recuerdos”)

Actividad 5: El “profesor” sale y entra del rol preguntando al grupo si alguno de ellos ganaron algún premio o trofeo en el colegio. Luego, estos participantes van al frente y el “profesor” les da el premio de nuevo (recreación), lo hace de la manera más formal posible con apretones de manos y aplausos de los demás participantes. (Esta puede ser

una oportunidad para que las personas puedan recordar éxitos pasados por ejemplo: deportes, asistencia perfecta, mejor compañero, etc.)

Actividad final: Cierre

Se da espacio a las personas para que puedan compartir cómo se sintieron. Luego se explica el tema de la próxima sesión: Primer trabajo y vida laboral. Se pide a los participantes que traigan uno o dos fotografías u objetos que estén relacionados con la vida laboral, pueden ser certificados, contratos, documentos, etc. El “profesor” agradece a todos por participar de la “clase”. Se despide de los participantes.

Sesión 3: Primer trabajo y vida laboral

Objetivos

- Explorar la diversidad existente en las experiencias laborales de los participantes.
- Recordar y apreciar el ser joven e inexperto en el primer trabajo.
- Apreciar habilidades y logros pasados de los participantes.
- Reforzar el sentido de pertenencia del grupo

Desencadenantes de la Sesión:

- Herramientas
- Regla de madera
- Máquina de escribir
- Dinero Antiguo
- Diplomas o Reconocimientos Laborales
- Delantales
- Tablas de lavar
- Overoles
- Libro de Asistencia de “Trabajo”

Actividad inicial: Apertura

Saludar y dar la bienvenida a cada participante a medida que van llegando. Una actividad opcional puede ser tener un registro de llegada imaginario (como cuando los trabajadores llegaban a su lugar de trabajo). Se puede usar un libro de asistencia de "trabajo".

Actividad 1: Calentamiento

Hacer con el grupo una especie de "máquina" donde cada participante sea una pieza de ésta. Cada uno agregará sonidos y movimientos relacionados con sus lugares de trabajo. Una persona empieza haciendo una simple acción repetitiva en el centro de un círculo imaginario (ejemplo: puede hacer un sonido de reloj). Otra persona entra al círculo y puede copiar la acción del que ya estaba dentro, o puede hacer una acción y sonido nuevo. Así, las demás personas se van integrando al círculo y se forma una "máquina" ruidosa.

Actividades Principales.

Actividad 2: Los participantes se sientan en un círculo para empezar una actividad de juego de roles. Se separan en grupos de 2 o 3 personas. Posteriormente uno de los participantes señala cuál fue su primer trabajo y el resto se prepara para recrearlo usando la mímica. Se le dará a cada grupo 5 minutos para crearlo y más tarde mostrarlo a todo el grupo. La finalidad de la actividad es que los demás adivinen qué trabajo es el que se está representando.

Actividad 3: Se vuelven a unir los grupos para trabajar todos juntos. Se les pregunta por su primer sueldo, en que se lo gastaron, cuánto dinero era y en qué moneda se les pagó. Se da la oportunidad de comentar libremente.

Tea Break

Actividad 4: Se vuelven a juntar los grupos previamente formados. Se hace uso de los materiales traídos por los participantes, de manera que se puedan recordar eventos relacionados con el trabajo. Tener además una selección de artículos apropiados, o disfraces disponibles (overoles, pañuelos, gorras, herramientas, una pala o una máquina de escribir). Para esto se puede usar la información obtenida en sesiones pasadas. Los grupos deberán preparar una escena corta sobre la vida laboral, para esto se tendrán que basar en los recuerdos de 1 o más personas del grupo. Es recomendable que cada

persona tenga un rol en la escena a representar y se debe alentar a los participantes a que usen todos los accesorios disponibles, o bien, improvisar aquellos accesorios que no estén. Se mostrarán las escenas a todo el grupo y se invitará a los observadores a comentar y decir lo que ven para poder identificar la escena. Se dará una ronda de aplausos a cada grupo.

Actividad final: Cierre

Se da espacio a las personas para que puedan compartir cómo se sintieron en la sesión y su momento favorito. Se anuncia el tema de la próxima semana: Bodas y Matrimonio. Se pide a las personas que traigan fotos de matrimonios, cartas de amor o poemas y solicita a dos voluntarios que representen el rol de novios. Tener especial atención con personas que nunca se han casado o estén viudas. Se les despide a todos personalmente.

Sesión 4: Bodas y Matrimonio

Objetivos

- Recordar las relaciones amorosas desde los inicios.
- Reforzar los lazos con las personas, tanto vivas o no.
- Rememorar los tiempos glamorosos en la vida de los participantes.
- Compartir experiencias en común.

Desencadenantes de la sesión:

- Certificados de matrimonio
- Anillos de matrimonio
- Fotos del matrimonio
- Muestras de regalos de matrimonio
- Cartas de amor

Actividad inicial: Apertura

Se les da la bienvenida a los participantes. Mientras llegan se les pregunta, (como en una boda de verdad) si son parientes de la novia o el novio. Se organizan las sillas en filas con espacio en el medio. Se les pide a los participantes que actúen como invitados a una boda, especulando sobre el vestido de la novia y como se sienten.

Actividad 1: Calentamiento

De manera voluntaria, una mujer y un hombre van al frente y realizan acciones como si se estuvieran preparando para ir a su matrimonio, y los demás participantes son parte de la ceremonia. (La mujer se peina, se maquilla, se pone lápiz labial, ve la longitud de su falda y las costuras. El hombre hace como que se afeita, se peina, pule los zapatos, además buscando el anillo de matrimonio).

Actividades Principales

Actividades 2: La pareja voluntaria jugará a ser "novios". A todos los demás se les pide que cumplan roles diferentes y que los representen en la ceremonia. Pueden ser el padrino, los padres de los novios, sacerdote, novia o novio despechada/o, amigo de tragos del novio y la madrina. Luego, se pide que los novios ingresen a su ceremonia (con la música apropiada) hasta el "altar" y son casados por el sacerdote. Los facilitadores entregan arroz o pétalos para tirar, y frases de buenos deseos para los novios. Todos posan para sacar fotos en grupo.

Luego, se les invita a las personas que compartan historias de matrimonios.

Actividad 3: Se separan en dos grupos de 8 personas, para que los participantes puedan compartir las fotos u objetos traídos desde la casa. Luego cada participante pondrá un objeto en una exhibición llamada "Noviazgo y matrimonio". Todo el grupo se junta y se invita a cada persona a agregar su contribución a la exhibición y se saca una foto. Además, se toma nota de las fechas en que cada participante se casó y se pone en un cuadro ordenándolos por fecha, junto con sus nombres).

Tea Break: (Servir champaña, torta de matrimonio).

Actividad 4: Todo el grupo hará una lista de regalos de boda para una pareja imaginaria, cada participante agregará algo a la lista. Además, se puede explorar los recuerdos sobre regalos de boda de los mismos participantes, sobre luna de miel y, si la gente está dispuesta, pueden compartir experiencias de la noche de bodas.

Actividad final: Cierre

Se da espacio a las personas para que puedan compartir cómo se sintieron en la sesión. Se les informa al grupo que la próxima semana el tema será: "La próxima generación" y se les pide que traigan fotografías de sus hijos, nietos, sobrinos, otros bebés que hayan conocido, cuidado o amado. Se dan las gracias y se despiden.

Sesión 5: La siguiente generación /Bebés y niños

Objetivos:

- Traer a la memoria experiencias asociadas al cuidado de bebés o niños y los recuerdos asociados con ello.
- Compartir estilos de crianza usados en el pasado.
- Revisar las competencias parentales y compararlas con las actuales.
- Reconocer recursos en las habilidades parentales.

Desencadenantes de la sesión:

- Mamaderas antiguas
- Pañales de tela
- Alfiler de gancho grande
- Baberos
- Sonajeros
- Ositos de peluche
- Libro del bebé
- Leche en polvo

- Traje de bautizo
- Revistas de tejido
- Fotos de bebé antiguas

Actividad inicial: Apertura

Se saluda a las personas a medida que van entrando y se les muestra al nuevo bebé (muñeco), en un coche o en brazos de un facilitador (un bebé real sería incluso mejor). Se invita a cada uno a elegir un nombre y un sexo para el bebé a medida que van entrando. Se insta a las personas a que vayan comentando el nombre y el sexo que eligieron para el bebé, también se les pide que se imaginen que son hadas madrinas y que pueden darle el regalo que quieran a ese bebé (ejemplo: mucho dinero, caricias, un medallón, un peluche, etc.)

Actividad 1: Calentamiento

Copiar e imitar acciones relacionadas con el cuidado de los bebés (ejemplo: mecer al bebé, darle el remedio, motivarlos a caminar, etc.)

Actividades principales:

Actividad 2: El grupo elige un objeto de los que están exhibidos y se les pide hablar acerca de los recuerdos asociados con éste. Compartir historias con el grupo.

Actividad 3: Se pedirá a los participantes a que recuerden dichos o lo que se debía y no se debía hacer con respecto a la crianza de los niños (ejemplo: no acostumbrarlos a tomarlos en brazos, remedios caseros, horarios, etc.) y compartirlos con el grupo. Se motiva a compartir sus opiniones con respecto a la crianza de los hijos hoy en día y las diferencias que existen con respecto a su época.

Tea break: (Usar este break para recordar todas aquellas maneras brillantes de hacer que los bebés comieran, como “ahí viene el avión”, “una por la mamá”, etc.)

Actividad 4: El grupo regresa para bañar al bebé (se debe considerar tener fuentes, muñecos, ropa y toallas para cada grupo. Los facilitadores motivan al grupo para que compartan y hablen acerca de sus recuerdos acerca de bañar bebés o de cuando eran bañados cuando niños)

Actividad 5: El facilitador pregunta a los participantes si alguno de ellos ha tenido la experiencia de cuidar a un bebé. Cada participante habla acerca de ese bebé o niño que cuidaron y cuentan al grupo que ha pasado con ellos al crecer (esta es la oportunidad perfecta para que aquellas personas que han sido padres hablen con orgullo acerca de sus hijos. Es importante hacer que las personas que no tienen hijos se sientan partícipes, por lo tanto, se deben incluir sobrinos, sobrinas e hijos de amigos)

Actividad 6: En el mismo grupo se invitará a recordar canciones que les cantaban a los bebés y niños y los cuentos de hadas favoritos. Invitar a los participantes a cantarlas y a compartir los cuentos con el resto.

Actividad final: Cierre

Se da espacio a las personas para que puedan compartir cómo se sintieron en la sesión, además se les anuncia el tema de la última sesión "Celebrando la vida". Se les pide que traigan dos cartas: una descripción de sí mismos y una que cuente la experiencia vivida durante las sesiones del taller. Es importante decirles a las personas que estas cartas son el material para el cierre de taller y que serán compartidas con el grupo.

Sesión 6: Celebrando la Vida

Objetivos

- Darle a los participantes la oportunidad de explorar su experiencia durante el taller.
- Escuchar lo que las sesiones han significado para el grupo.
- Recordar como grupo acerca de los que han vivido durante las últimas semanas.
- Reafirmar al grupo y sus logros.
- Motivarlos a pensar positivamente acerca de si mismos.

Desencadenantes

- Fotos tomadas durante las sesiones.
- Video resumen de las sesiones pasadas.

Actividad inicial: Apertura

A medida que van llegando los participantes se les saluda y se les invita a pasar a observar las fotos de las sesiones anteriores que se encuentran exhibidas en las murallas.

Actividades principales

Actividad 1: El facilitador comienza contando la historia del grupo, recordándole a cada uno las actividades que realizaron.

Actividad 2: Invitar a aquellos participantes que así lo deseen a compartir la carta que han preparado para la sesión.

Actividad 3: A medida que cada persona va compartiendo su apreciación de sí mismo, el resto de los miembros puede ir añadiendo características que le han agradado de los participantes o actividades que han disfrutado juntos o como su presencia en el grupo ha hecho una diferencia.

Actividad 4: Línea de tiempo.

Los facilitadores ayudarán a los participantes a crear una línea de tiempo. Ésta debe incluir eventos cruciales y logros de su vida.

Tea Party (Mostrarles un video con el resumen de las actividades realizadas en las sesiones.

Se tomará té y comerán sándwiches. Los participantes podrán dar discursos y se pondrá música de fondo)

Actividad final: Cierre

Que el grupo proponga distintas maneras de despedirse. El facilitador les da las gracias formales a todos por el esfuerzo de asistir a las sesiones, participar de las actividades y por compartir sus historias. Se despide cariñosamente y de manera individual.

Anexo 2: Pauta Evaluación Expertos Taller de Reminiscencia

FECHA	

NOMBRE EVALUADOR

PAUTA EVALUACIÓN

TALLER DE REMINISCENCIA

La pauta de evaluación del Taller de Reminiscencia, es un instrumento que pretende medir cualitativamente los objetivos y actividades programados para la intervención.

A continuación, usted deberá la pertinencia de cada sesión marcando una de las opciones "SI" o "NO". En el caso de que su respuesta sea NO, deberá comentar por qué la sesión no se adecua y agregar sugerencias en el apartado correspondiente.

ANEXO: Se adjunta pauta de Taller de Reminiscencia para realizar la evaluación.

Sesiones Taller de Reminiscencia	Pertinencia	¿Por qué no se adecua?	Sugerencias
<p>1. INTRODUCCIÓN</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>		
<p>2. INFANCIA Y DÍAS EN EL COLEGIO</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>		

Sesiones Taller de Reminiscencia	Pertinencia	¿Por qué no se adecua?	Sugerencias
<p style="text-align: center;">3. PRIMER TRABAJO Y VIDA LABORAL</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>		
<p style="text-align: center;">4. BODAS</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>		

Sesiones Taller de Reminiscencia	Pertinencia	¿Por qué no se adecua?	Sugerencias
<p>5. HOGAR Y COCINA</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>		
<p>6. PRÓXIMA GENERACIÓN: HIJOS Y NIETOS</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>		

Sesiones Taller de Reminiscencia	Pertinencia	¿Por qué no se adecua?	Sugerencias
<p>8. CELEBRANDO LA VIDA</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>		

Anexo 3: Consentimiento Informado para participantes grupo experimental

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado "Implementación y evaluación de un Taller de Reminiscencia preventivo en adultos mayores autovalentes" cuyo investigador principal es Javier Morán. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. La investigación mencionada se realizará en el Centro comunitario San Roque, Valparaíso durante el año 2014

2. Relevancia del estudio y beneficios :

Nos vemos enfrentados a un rápido aumento de la población de Adultos Mayores, la cual se convertirá en mayoritaria en no mucho tiempo. Es por esto que es importante generar las condiciones para que el proceso de envejecer sea reorientado a un foco más positivo e integral.

Una de las intervenciones que ha captado gran interés por su efectividad ha sido la Reminiscencia, la cual es una técnica, que ha sido trabajada especialmente con adultos mayores. Esta técnica se justifica en la necesidad que tienen los adultos mayores de recordar el pasado y de conectarse con él. En este sentido, la intervención terapéutica en este grupo etario permitiría "clarificar, profundizar y encontrar el sentido de lo obtenido en toda una vida de aprendizaje y adaptación". Diversos estudios han señalado que el uso de la reminiscencia hace una diferencia en la percepción y la calidad de vida. Es por esto que con el uso de esta técnica se busca prevenir eventuales dificultades tanto físicas como cognitivas, además de entregar herramientas para socializar y visualizar esta etapa con mayor optimismo.

3. Objetivos

Evaluar la eficacia del Taller de Reminiscencia en el mejoramiento de la autoestima y de calidad de vida en adultos mayores.

4. En qué consiste su participación

Se les hará una invitación para ser partícipes de una charla psicoeducativa, Antes de ésta se le solicitara completar algunos cuestionarios sobre autoestima y calidad de vida, además de una encuesta de antecedentes demográficos. Con posterioridad y en el plazo aproximado de tres meses, se le solicitará completar nuevamente estos mismos instrumentos. Ambas son de participación voluntaria. Los participantes no recibirán algún pago monetario por ser parte de esta investigación.

5. Costos y pagos

Los participantes no presentaran costos en la presente investigación, además estos no recibirán pagos monetarios por ser parte del estudio.

6. Derechos del participante

En la situación de cualquier caso pesquisado catalogado como “de gravedad” durante la investigación, será derivado al Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, el cual está dirigido por el psicólogo Javier Morán (Mg).

El participante tiene derecho a manifestar cualquier duda a los investigadores en cualquier momento del estudio.

Así también, el participante tiene derecho a retirarse de la investigación si lo considera necesario, comunicándose al investigador principal y sabiendo que su retiro no lo perjudicará de ninguna manera, no incidirá en algún tratamiento que se le esté brindando, ni se interrumpirá su atención en el sistema de salud al que esté accediendo, si así fuera.

7. Reserva de la identidad del participante

El nombre del paciente se mantendrá en estricta confidencialidad y de ser necesario se le identificará con una letra.

8. Confidencialidad de los datos

El registro de los datos será reservado, sólo tendrán acceso a ellos tanto investigadores como tesis y serán resguardados por el investigador principal en archivos ubicados en su oficina en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso

9. Utilización y Publicación de los hallazgos

Los resultados de la investigación podrán ser divulgados o no, según lo estime el investigador, en publicaciones de tipo científica y/o académicas siempre preservando la identidad de los participantes

10. Evaluación Comité Bioética y contacto: Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370. Explicitar que si acepta participar, recibirá un ejemplar de este documento, firmado por el investigador.

11. En caso de aceptar participar, recibirá un ejemplar de este documento.

Javier Moran Kneer (Mg)
(32) 2508603
Javier.moran@uv.cl

Nombre Participante

Firma

Firma

Valparaíso, __ de ____ del 2014

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

Yo, _____, RUT____-__, declaro que el investigador principal Javier Morán, psicólogo y docente de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso ubicada en calle Avda. Brasil 2140, Valparaíso, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación " Implementación y evaluación de un Taller de Reminiscencia preventivo en adultos mayores autovalentes" que llevarán a cabo en Centro Comunitario San Roque de Valparaíso y cuáles son los procedimientos a los que seré sometido/a, y en qué consistirá mi participación De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. El objetivo de la investigación es evaluar la eficacia del Taller de Reminiscencia en el mejoramiento de la autoestima y de calidad de vida en adultos mayores y será útil porque se probará un taller nuevo de forma preventiva en adultos mayores autovalentes.
2. Mi participación es totalmente voluntaria y consistirá en ser partícipe de una charla psicoeducativa, Antes de ésta, completaré algunos cuestionarios sobre autoestima y calidad de vida, además de una encuesta de antecedentes demográficos. Con posterioridad y en el plazo aproximado de tres meses, completaré nuevamente estos mismos instrumentos. No recibiré algún pago monetario por ser parte de esta investigación.
3. La investigación no ofrece riesgo alguno para mí, si en algún momento me siento mal por participar tengo el derecho de hablar con el investigador y decirle sobre el problema para ver soluciones.
4. Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, mi nombre no será dado a conocer, en su lugar, se utilizarán iniciales y sólo podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.
5. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardando mi identidad. Además, entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.
6. No recibiré remuneración alguna por participar en este estudio
7. Si la evaluación a la que seré sometido, o cualquier otro hallazgo producto de esta investigación, o si el investigador principal así lo estimara, podré ser atendido en Centro de Atención Psicológica (CAPSI) ubicado en la Escuela de Psicología de la

Universidad de Valparaíso (Avda. Brasil 2140) por Javier Morán Kneer quien es el coordinador del centro.

8. Podré retirar mi participación si lo considerara necesario en cualquier momento sin que ello implique perjuicio alguno para mí
9. Si me surgiera alguna duda, podré consultarla al investigador principal y al co-investigador en cualquier momento de la investigación, a quienes podré contactar en el fono (32) 2508603 y el mail javier.moran@uv.cl.
10. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina ha evaluado esta investigación y podré contactar a alguno de sus integrantes a través de su secretaria administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, del que recibo una copia, firmo aceptando mi participación en esta investigación.

Javier Moran Kneer (Mg)
(32) 2508603
Javier.moran@uv.cl

Nombre Participante

Firma

Firma

Anexo 4: Consentimiento Informado para participantes grupo control

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado "Implementación y evaluación de un Taller de Reminiscencia preventivo en adultos mayores autovalentes" cuyo investigador principal es Javier Morán. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

12. La investigación mencionada se realizará en el Centro comunitario San Roque, Valparaíso durante el año 2014

13. Relevancia del estudio y beneficios :

Nos vemos enfrentados a un rápido aumento de la población de Adultos Mayores, la cual se convertirá en mayoritaria en no mucho tiempo. Por lo tanto, es importante generar las condiciones para que el proceso de envejecer sea dirigido hacia un foco más positivo e integral.

Una de las intervenciones que ha captado gran interés por su efectividad ha sido la Reminiscencia, la cual es una técnica, que incentiva a los adultos mayores a recordar el pasado y a conectarse con él. Estudios validan resultados positivos de esta técnica en adultos mayores con depresión y demencia; sin embargo, no se han evaluado efectos de la reminiscencia orientada a la prevención de trastornos psicológicos. Es por lo anterior, que esta investigación piloto pretende evaluar la eficacia del taller en dos variables protectoras de la vejez: autoestima y calidad de vida.

14. Objetivos

Evaluar la eficacia del Taller de Reminiscencia en el mejoramiento de la autoestima y de calidad de vida en adultos mayores.

15. En qué consiste su participación

Se le solicitará completar algunos cuestionarios sobre autoestima y calidad de vida, además de una encuesta de antecedentes demográficos. Con posterioridad y en el plazo aproximado de dos meses, se le pedirá llenar nuevamente estos mismos instrumentos. Su participación en esta investigación es voluntaria. En agradecimiento por su colaboración, se le invitará a participar a una sesión del taller de reminiscencia para conocer la modalidad de esta intervención, actividad que se llevará a cabo luego que complete los test por segunda vez. .

16. Costos y pagos

Los participantes no presentaran costos en la presente investigación, además estos no recibirán pagos monetarios por ser parte del estudio.

17. Derechos del participante

En la situación de cualquier caso pesquisado catalogado como "de gravedad" durante la investigación, será derivado al Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Escuela de

Psicología de la Universidad de Valparaíso, el cual está dirigido por el psicólogo Javier Morán (Mg).

El participante tiene derecho a manifestar cualquier duda a los investigadores en cualquier momento del estudio.

Así también, el participante tiene derecho a retirarse de la investigación si lo considera necesario, comunicándose al investigador principal y sabiendo que su retiro no lo perjudicará de ninguna manera, no incidirá en algún tratamiento que se le esté brindando, ni se interrumpirá su atención en el sistema de salud al que esté accediendo, si así fuera.

18. Reserva de la identidad del participante

El nombre del paciente se mantendrá en estricta confidencialidad y de ser necesario se le identificará con una letra.

19. Confidencialidad de los datos

El registro de los datos será reservado, sólo tendrán acceso a ellos tanto investigadores como tesis y serán resguardados por el investigador principal en archivos ubicados en su oficina en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso

20. Utilización y Publicación de los hallazgos

Los resultados de la investigación podrán ser divulgados o no, según lo estime el investigador, en publicaciones de tipo científica y/o académicas siempre preservando la identidad de los participantes

21. Evaluación Comité Bioética y contacto: Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370. Explicitar que si acepta participar, recibirá un ejemplar de este documento, firmado por el investigador.

22. En caso de aceptar participar, recibirá un ejemplar de este documento.

Javier Moran Kneer (Mg)
(32) 2508603
Javier.moran@uv.cl

Nombre Participante

Firma

Firma

Valparaíso, ___ de ____ del 2014

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

Yo, _____, RUT_____, declaro que el investigador principal Javier Morán, psicólogo y docente de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso ubicada en calle Avda. Brasil 2140, Valparaíso, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación " Implementación y evaluación de un Taller de Reminiscencia preventivo en adultos mayores autovalentes" que llevarán a cabo en Centro Comunitario San Roque de Valparaíso y cuáles son los procedimientos a los que seré sometido/a, y en qué consistirá mi participación De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

11. El objetivo de la investigación es evaluar la eficacia del Taller de Reminiscencia en el de la autoestima y de calidad de vida en adultos mayores y será útil porque se probará un taller nuevo de forma preventiva en adultos mayores autovalentes.
12. Mi participación es totalmente voluntaria y consistirá en completar algunos cuestionarios sobre autoestima y calidad de vida, además de una encuesta de antecedentes demográficos. Con posterioridad y en el plazo aproximado de dos meses, completaré nuevamente estos mismos instrumentos y podré participar de una sesión del taller de reminiscencia en agradecimiento por mi colaboración.
13. La investigación no ofrece riesgo alguno para mí, si en algún momento me siento mal por participar tengo el derecho de hablar con el investigador y decirle sobre el problema para ver soluciones.
14. Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, mi nombre no será dado a conocer, en su lugar, se utilizarán iniciales y sólo podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.
15. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardando mi identidad. Además, entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.
16. No recibiré remuneración alguna por participar en este estudio
17. Si la evaluación a la que seré sometido, o cualquier otro hallazgo producto de esta investigación, o si el investigador principal así lo estimara, podré ser atendido en Centro de Atención Psicológica (CAPSI) ubicado en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso (Avda. Brasil 2140) por Javier Morán Kneer quien es el coordinador del centro.

18. Podré retirar mi participación si lo considerara necesario en cualquier momento sin que ello implique perjuicio alguno para mí
19. Si me surgiera alguna duda, podré consultarla al investigador principal y al co-investigador en cualquier momento de la investigación, a quienes podré contactar en el fono (32) 2508603 y el mail javier.moran@uv.cl.
20. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina ha evaluado esta investigación y podré contactar a alguno de sus integrantes a través de su secretaría administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, del que recibo una copia, firmo aceptando mi participación en esta investigación.

Javier Moran Kneer (Mg)
(32) 2508603
Javier.moran@uv.cl

Nombre Participante

Firma

Firma

Anexo 5: Escala de Depresión Geriátrica Yesavage

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA Yesavage

Elija la respuesta que mejor describa como se ha sentido la última semana

Preguntas	Respuesta	Puntaje
*1 ¿Se considera satisfecho de su vida?	SI	NO
2 ¿Ha ido abandonando muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO
3 ¿Se aburre a menudo?	SI	NO
4 ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
*5 ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6 ¿Tiene miedo que le pueda ocurrir algo malo?	SI	NO
*7 ¿Está contento la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8 ¿Se siente a menudo desvalido?	SI	NO
9 ¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?	SI	NO
10 ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas?	SI	NO
*11 ¿Piensa que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
12 ¿Se siente muy inútil como está en este momento?	SI	NO
*13 ¿Se siente lleno de energías?	SI	NO
14 ¿Siente su situación como sin esperanzas?	SI	NO
15 ¿Cree que la mayoría está mejor que usted?	SI	NO
PUNTAJE TOTAL		

Puntuación: Un punto cuando responde "NO" a las respuestas marcadas con asterisco. Un punto cuando corresponda "SI" al resto de las preguntas.

Anexo 6: Evaluación Funcional del Adulto Mayor EFAM

EFAM-Chile - PARTE A Discrimina entre Autovalente y Dependiente

INSTRUCCIONES	ITEM	PUNTAJE
1. ¿Puede bañarse o ducharse?	Puede bañarse o ducharse	
	Incapaz	0
	Con alguna ayuda	3
2. ¿Es Ud. capaz de manejar su propio dinero?	Sin ayuda	6
	Es capaz de manejar su propio dinero	
	Incapaz	0
3. ¿Puede Ud. tomar sus propios medicamentos?	Con alguna ayuda	3
	Sin ayuda	6
	Puede usted tomar sus propios medicamentos	
4. ¿Prepara Ud. Su comida?	Incapaz	0
	Con alguna ayuda	3
	Sin ayuda	6
5. ¿Puede hacer las tareas de la casa?	Preparación de la comida	
	Es incapaz de...	0
	Con alguna ayuda	3
6. Aplique Minimental Abreviado. Indique con un círculo en columna izquierda el puntaje obtenido. Marque la ponderación correspondiente (misma línea), en columna derecha.	Sin ayuda	6
	Puede hacer las tareas de la casa	
	Es incapaz de ...	0
7. Escolaridad. Pregunte por los años de escolaridad cumplidos	Lo hace con alguna ayuda	3
	Lo hace sin ayuda	6
	MMSE	
	>13	0
8. El Adulto Mayor de pie intentará tomar un objeto realizando máxima extensión de brazos sobre su cabeza.	13 a 14	3
	15 a 17	4
	18 a 19	6
	Años de escolaridad	
	0 a 1	0
	2 a 3	1
	4 a 5	2
6 a 8	3	
9. En posición de pie, encucillarse, tome el objeto desde suelo.	8 a 10	4
	11 a 12	5
	13 ó más	6
	Con los brazos extendidos lo máximo posible sobre los hombros, tomar con ambas manos un objeto	
TOTAL	No lo logra	0
	Presenta dificultad con ambas manos para lograrlo	2
	Lo logra sin dificultad con una mano	4
	Lo logra sin dificultad con ambas manos	6
TOTAL	De pie y derecho, agáchese, tomar un objeto desde el suelo y levantarse	
	Le cuesta mucho encucillarse y no lo logra	0
	Se encucilla bien pero tiene dificultad para tomar el objeto y levantarse	2
	Se encucilla y toma el objeto sin dificultad, pero le cuesta levantarse espontáneamente	4
TOTAL	Se encucilla y toma el objeto y se levanta sin dificultad	6

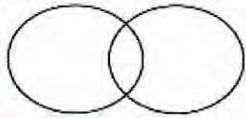
PARTE B

Discrimina entre Autovalentes con y sin riesgo

INSTRUCCIONES	ITEM	PUNTAJE
1. Tomar la presión arterial. Los medicamentos deben ser los indicados por el médico tratante	Presión arterial	
	PA normal, sin antecedentes HTA	13
	PA normal, con diagnóstico previo, en control y con medicamentos	13
	PA normal, con diagnóstico previo, sin control pero con medicamentos	9
	PA normal, con diagnóstico previo, con o sin control y sin medicamentos	6
	PA elevada, sin antecedentes HTA	3
	PA elevada y con diagnóstico previo, con o sin control o sin medicamentos.	0
2. ¿Tiene Ud. diagnóstico de Diabetes? Los medicamentos deben ser los indicados por el médico tratante	Diabetes	
	Sin diabetes	13
	Diagnosticada, en control y con medicamentos	6
	Diagnosticada, sin control o sin medicamentos	3
3. ¿Lee Ud. diario, revista o libro?	Lee diario, revista o libro	
	Casi nunca o nunca	0
	De vez en cuando	2
	Una vez por semana	5
	2 ó 3 veces por semana	7
4. Copie puntaje de MMSE aplicado.	MMSE	
	13 a 14	5
	15 a 18	7
	19	9
5. ¿En el último mes se ha sentido deprimido o "bajoneado" que nada logra animarlo?	En el último mes se ha sentido deprimido	
	Casi todo el tiempo	0
	Bastante seguido	2
	Casi nunca	7
6. En el último mes se ha sentido Ud. muy nervioso, ansioso o angustiado? Marque una sola alternativa.	En el último mes se ha sentido nervioso o angustiado	
	Casi todo el tiempo	0
	Bastante seguido	2
	Casi nunca	7
	Nunca	9
TOTAL		

Anexo 7: Evaluación Cognitiva MMSE Abreviado

EVALUACION COGNITIVA (MMSE ABREVIADO)

<p>1. Por favor, dígame la fecha de hoy.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Anote un punto por cada respuesta correcta</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">BIEN</td> <td style="text-align: center;">MAL</td> <td style="text-align: center;">N.S</td> <td style="text-align: center;">N.R</td> </tr> <tr> <td>Mes</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Día mes</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Año</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Día semana</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>N.S = No sabe N.R = No responde</p> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p>		BIEN	MAL	N.S	N.R	Mes					Día mes					Año					Día semana				
	BIEN	MAL	N.S	N.R																						
Mes																										
Día mes																										
Año																										
Día semana																										
<p>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer.</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">CORRECTA</td> <td style="text-align: center;">NO SABE</td> </tr> <tr> <td>Arbol</td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td>Avión</td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>Número de repeticiones</p>		CORRECTA	NO SABE	Arbol			Mesa			Avión															
	CORRECTA	NO SABE																								
Arbol																										
Mesa																										
Avión																										
<p>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés:</p> <p style="text-align: center;">1 3 5 7 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto. Ej: 9 7 5 3 1 = 5 puntos</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100px;">Respuesta Entrevistado</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td>Respuesta Correcta</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </table> <p>N° de dígitos en el orden correcto ↓</p> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	Respuesta Entrevistado						Respuesta Correcta	9	7	5	3	1													
Respuesta Entrevistado																										
Respuesta Correcta	9	7	5	3	1																					
<p>4. Le voy a dar un papel; tómelolo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóqueselo sobre las piernas:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.</p> </div>	<p>Ninguna acción 0</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Correcto</td> </tr> <tr> <td>Toma papel con la mano derecha</td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td>Dobla por la mitad con ambas manos</td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td>Coloca sobre las piernas</td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p>		Correcto	Toma papel con la mano derecha		Dobla por la mitad con ambas manos		Coloca sobre las piernas																		
	Correcto																									
Toma papel con la mano derecha																										
Dobla por la mitad con ambas manos																										
Coloca sobre las piernas																										
<p>5. Hace un momento le lei una serie de 3 palabras y Ud., repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden.</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">CORRECTO</td> <td style="text-align: center;">INCORRECTO</td> <td style="text-align: center;">NR</td> </tr> <tr> <td>Arbol</td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td>Avión</td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p>		CORRECTO	INCORRECTO	NR	Arbol				Mesa				Avión												
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																							
Arbol																										
Mesa																										
Avión																										
<p>6. Por favor copie este dibujo:</p> <p>Muestre al entrevistado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción está correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad. Contabilice un punto si el dibujo está correcto.</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">CORRECTO</td> <td style="text-align: center;">INCORRECTO</td> <td style="text-align: center;">NR</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 25px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p>		CORRECTO	INCORRECTO	NR																					
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																							
<p>Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6</p>	<p style="text-align: right;">Suma total = <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">El puntaje máximo obtenible es de 19 puntos.</p> <p style="text-align: center;">Normal = ≥14 Alterado = ≤13</p>																									

Anexo 8: Encuesta de Datos Sociodemográficos

FECHA		

NOMBRE

ENCUESTA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. ANTECEDENTES PERSONALES

1.1 Sexo

1 Hombre

2 Mujer

1.2 Edad

Años
cumplidos

--	--

1.3 Estado civil actual

1 Soltero/a

2 Casado/a

3 Conviviente

4 Separado/a o
Anulado/a

5 Viudo/a

2. ANTECEDENTES FAMILIARES

2.1 ¿Tiene pareja?

1 No

2 Sí

¿Tiene hijos?

2.2 (Indicar número de hijos de ser afirmativa la respuesta)

1 No

2 Sí

¿Cuántos?

--	--

2.3 ¿Con quién/es vive actualmente?
(Marcar más de una opción si fuese el caso)

- 1 Vive solo/a
- 2 Con el/la esposo/a o pareja
- 3 Vive con los padres
- 4 Vive con los hijos
- 5 Vive con otros familiares
- 6 Vive en la calle o sin residencia fija
- 7 Desconocido
- 8 Otros _____

2.4 ¿Cuántas personas viven con usted?

Número de personas

3. NIVEL EDUCACIONAL

3.1 Nivel de escolaridad

- 0 Sin instrucción
- 1 Básica Incompleta
- 2 Básica Completa
- 3 Media Incompleta
- 4 Media Completa
- 5 Técnica Superior Incompleta
- 6 Técnica Superior Completa
- 7 Universitaria Incompleta
- 8 Universitaria Completa

3.2 ¿Hasta qué edad estudió?

Años

¿Qué estudió?

3.3 (En en el caso de estudios técnicos o superiores)

<hr/>

4. NIVEL SOCIOECONÓMICO

Situación laboral

4.1 (Si hubiese más de una, considere la situación que ocupa la mayor parte del tiempo del/de la encuestado/a)

- 1 Dueña de casa
- 2 Estudiante
- 3 Jubilado/a o Pensionado/a
- 4 Con trabajos ocasionales o inestables
- 5 Con trabajo estable o empleado
- 6 Cesante
- 7 Otra situación: _____

Nivel de ingresos económicos

4.2 (Se considera el ingreso per cápita de la familia)

	Quintil	Desde	Hasta
0	I	\$0	\$70.966
1	II	\$70.967	\$118.854
2	III	\$118.855	\$182.793
3	IV	\$182.794	\$333.909
4	V	\$333.910	----

4.3 La vivienda familiar es:

- 1 Propia
- 2 Arrendada
- 3 Cedida
- 4 Situación de Allegados

5. SALUD

5.1 ¿Posee enfermedad médica crónica?

1 No

2 Sí

Especificar cuál o cuáles

5.2 ¿Toma algún medicamento?

1 No

2 Sí

Especificar cuál o cuáles

5.3 ¿Ha sufrido algún accidente?

1 No

2 Sí

Especificar cuál o cuáles

Anexo 9: Pauta Evaluación Expertos Encuesta de Datos Sociodemográfica

FECHA	

NOMBRE EVALUADOR

PAUTA EVALUACIÓN

ENCUESTA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

TALLER DE REMINISCENCIA

La encuesta de datos sociodemográficos, es un instrumento que tiene por objetivo recolectar información sobre las características de los adultos mayores participantes del Taller de Reminiscencia. Ha sido elaborada en base a cinco áreas: Antecedentes personales, antecedentes familiares, nivel educacional, nivel socioeconómico y salud.

A continuación, usted deberá evaluar la pertinencia de los datos solicitados, marcando las opciones SI o NO. En el caso de que su respuesta sea NO, deberá comentar por qué el dato no se adecua y agregar sugerencias. Se añade un apartado final de evaluación y aportes generales al instrumento.

I ANTECEDENTES PERSONALES

Datos Encuesta Sociodemográfica	Pertinencia	¿Por qué no se adecua?	Sugerencias
Sexo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Edad	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Estado civil actual	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

1 Hombre
2 Mujer

Años cumplidos

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

1 Soltero/a
2 Casado/a
3 Conviviente
4 Separado/a o Anulado/a
5 Viudo/a

II ANTECEDENTES FAMILIARES

Datos Encuesta Sociodemográfica	Pertinencia	¿Por qué no se adecua?	Sugerencias
¿Tiene pareja? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> 1 No 2 Sí </div>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Tiene hijos? (Indicar número de hijos de ser afirmativa la respuesta) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> 1 No 2 Sí ¿Cuántos? <input style="width: 40px;" type="text"/> </div>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Con quién/es vive actualmente? (Marcar más de una opción si fuese el caso)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
<ol style="list-style-type: none"> 1 Vive solo/a 2 Con el/la esposo/a o pareja 3 Vive con los padres 4 Vive con los hijos 5 Vive con otros familiares 6 Vive en la calle o sin residencia fija 7 Desconocido 8 Otros _____ 			

II ANTECEDENTES FAMILIARES				
Datos Encuesta Sociodemográfica		Pertinencia	¿Por qué no se adecua?	Sugerencias
¿Cuántas personas viven con usted?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Número de personas <input style="width: 40px; height: 20px; margin: 2px 5px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; margin: 2px 5px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; margin: 2px 5px;" type="text"/> </div>	SI <input style="width: 40px; height: 20px; margin-left: 10px;" type="text"/> NO <input style="width: 40px; height: 20px; margin-left: 10px;" type="text"/>		

III NIVEL EDUCACIONAL

Datos Encuesta Sociodemográfica		Pertinencia	¿Por qué no se adecua?	Sugerencias
Nivel de escolaridad	1 Sin instrucción 2 Básica Incompleta 3 Básica Completa 4 Media Incompleta 5 Media Completa 6 Técnica Superior Incompleta 7 Técnica Superior Completa 8 Universitaria Incompleta 9 Universitaria Completa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
	¿Hasta qué edad estudió?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Años <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> </div>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

III NIVEL EDUCACIONAL			
Datos Encuesta Sociodemográfica	Pertinencia	¿Por qué no se adecua?	Sugerencias
<p>¿Qué estudió? (En el caso de estudios técnicos o superiores)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>		

IV NIVEL SOCIOECONÓMICO

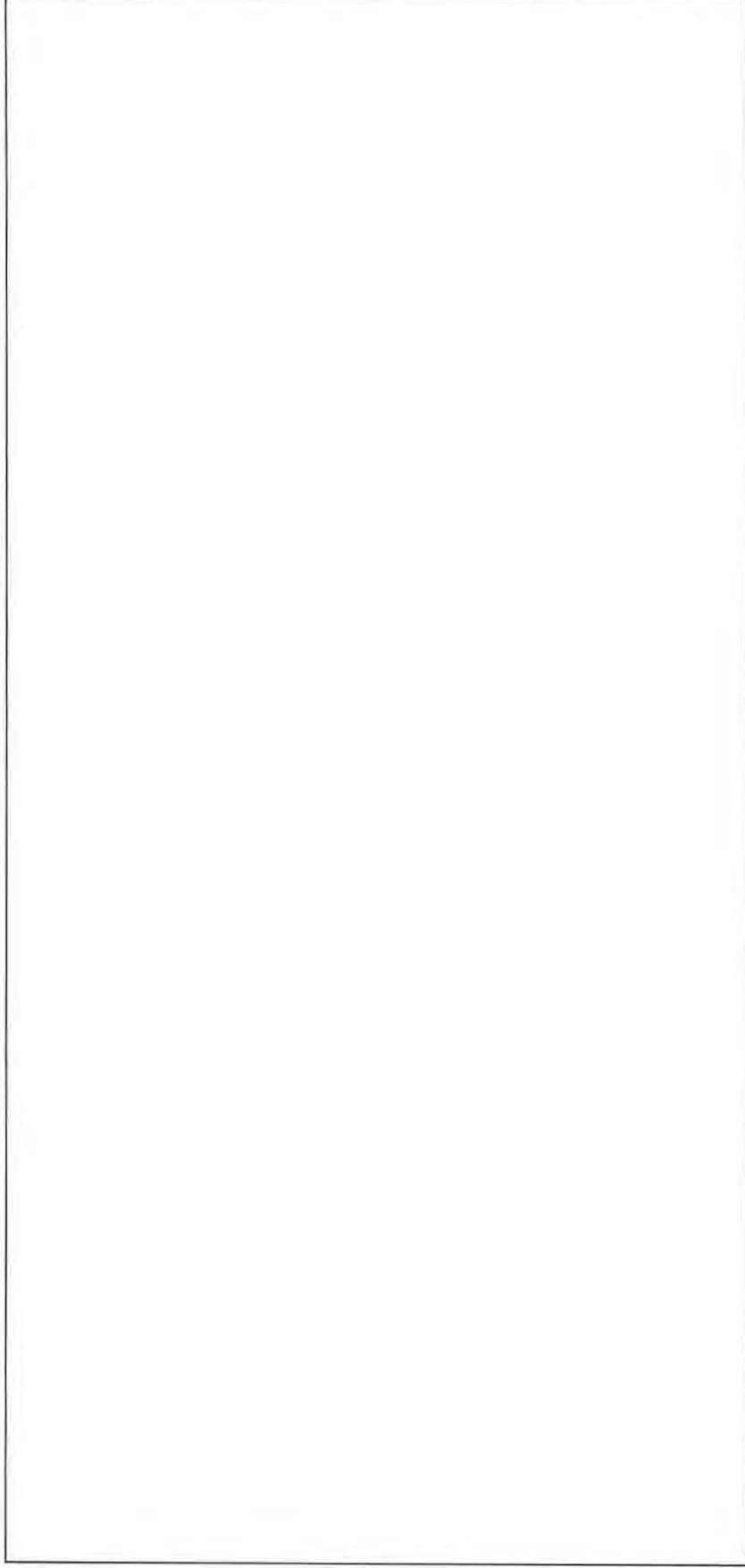
Datos Encuesta Sociodemográfica		Pertinencia	¿Por qué no se adecua?	Sugerencias																		
Situación laboral (Si hubiese más de una, considere la situación que ocupa la mayor parte del tiempo del/de la encuestado/a)	1 Dueña de casa 2 Estudiante 3 Jubilado/a o Pensionado/a 4 Con trabajos ocasionales o inestables 5 Con trabajo estable o empleado 6 Cesante 7 Otra situación: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																				
	Nivel de ingresos económicos (Se considera el ingreso per cápita de la familia)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Quintil</th> <th>Desde</th> <th>Hasta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 I</td> <td>\$0</td> <td>\$70.966</td> </tr> <tr> <td>2 II</td> <td>\$70.967</td> <td>\$118.854</td> </tr> <tr> <td>3 III</td> <td>\$118.855</td> <td>\$182.793</td> </tr> <tr> <td>4 IV</td> <td>\$182.794</td> <td>\$333.909</td> </tr> <tr> <td>5 V</td> <td>\$333.910</td> <td>-----</td> </tr> </tbody> </table>	Quintil	Desde	Hasta	1 I	\$0	\$70.966	2 II	\$70.967	\$118.854	3 III	\$118.855	\$182.793	4 IV	\$182.794	\$333.909	5 V	\$333.910	-----	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Quintil	Desde	Hasta																				
1 I	\$0	\$70.966																				
2 II	\$70.967	\$118.854																				
3 III	\$118.855	\$182.793																				
4 IV	\$182.794	\$333.909																				
5 V	\$333.910	-----																				

IV NIVEL SOCIOECONÓMICO											
Datos Encuesta Sociodemográfica	Pertinencia	¿Por qué no se adecua?	Sugerencias								
<p>La vivienda familiar es</p> <table border="1"> <tr> <td>1 Propia</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 Arrendada</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 Cedida</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4 Situación de Allegados</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1 Propia	<input type="checkbox"/>	2 Arrendada	<input type="checkbox"/>	3 Cedida	<input type="checkbox"/>	4 Situación de Allegados	<input type="checkbox"/>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>		
1 Propia	<input type="checkbox"/>										
2 Arrendada	<input type="checkbox"/>										
3 Cedida	<input type="checkbox"/>										
4 Situación de Allegados	<input type="checkbox"/>										

V SALUD																	
Datos Encuesta Sociodemográfica	Pertinencia	¿Por qué no se adecua?	Sugerencias														
<p>¿Posee alguna enfermedad crónica?</p> <table border="1"> <tr> <td>1 No</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 Sí</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Especificar cuál o cuáles</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> </table>	1 No	<input type="checkbox"/>	2 Sí	<input type="checkbox"/>	Especificar cuál o cuáles		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>		
1 No	<input type="checkbox"/>																
2 Sí	<input type="checkbox"/>																
Especificar cuál o cuáles																	
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	

V SALUD			
Datos Encuesta Sociodemográfica	Pertinencia	¿Por qué no se adecua?	Sugerencias
<p>¿Toma algún medicamento?</p> <p>1 No</p> <p>2 Sí Especificar cuál o cuáles</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> _____ _____ _____ _____ </div>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>		
<p>¿Ha sufrido algún accidente?</p> <p>1 No</p> <p>2 Sí Especificar cuál o cuáles</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> _____ _____ _____ _____ </div>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>		

¿Agregaría un área y/o pregunta adicional a la encuesta de datos sociodemográficos? Si su respuesta es afirmativa, describa cuál sería su aporte al instrumento.



Anexo 10: Escala de Autoestima Rosenberg

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- α).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Anexo 11: Índice de Satisfacción Vital (LSI-A)

ÍNDICE DE SATISFACCIÓN VITAL (LSI-A)

Ítem	Desacuerdo	De acuerdo
1. A medida que pasan los años, las cosas parecen mejores de lo que yo pensé que serían		
2. He tenido más oportunidades en la vida que la mayoría de las personas que conozco.		
3. Esta es la etapa más monótona de mi vida.		
4. Soy tan feliz como cuando era más joven.		
5. Mi vida podría ser más feliz de lo que es ahora.		
6. Estos son los mejores años de mi vida.		
7. La mayoría de las cosas que hago son aburridas o monótonas		
8. Espero que en el futuro me ocurran algunas cosas interesantes y placenteras.		
9. Las cosas que hago son tan interesantes para mí como lo eran antes.		
10. Me siento viejo y un tanto cansado.		
11. Siento mis años, pero no es algo que me moleste.		
12. Al mirar mi vida hacia atrás, me siento bastante satisfecho		
13. No cambiaría mi vida pasada aunque pudiera.		
14. Comparado con otras personas de mi edad, he tomado muchas decisiones tontas en mi vida.		
15. Comparado con otras personas de mi edad, tengo una buena apariencia.		
16. He hecho planes para hacer cosas dentro de este mes o este año.		
17. Cuando pienso en mi vida pasada, me doy cuenta que no conseguí la mayor parte de las cosas importantes que quise.		
18. Comparado con otras personas, me siento abatido demasiado frecuentemente		
19. He conseguido gran parte de lo que esperé de mi vida		
20. A pesar de lo que la gente dice, la mayoría de las personas están poniéndose peores, no mejores		

Anexo 12: Evaluación Taller de Reminiscencia

06/12/2014

Facilitador: La idea ahora es que cada uno pueda compartir; luego de haber visto las fotos de las sesiones anteriores y que nos ayudaron un poquito a traer a la memoria lo que hicimos en las otras actividades; nos gustaría que nos comentaran cuál fue su favorita o el momento favorito.

Sujeto 1: Todas, sobre todo los inicios, porque había una incertidumbre, en lo personal, porque a pesar que confío en ustedes, decía "ojalá vengan" "ojalá cumplan con el compromiso" y aprovecho esta instancia para pedir las disculpas de la sesión anterior porque estaba anunciada la lluvia y la teletón. Y como somos todos ya de la tercera edad entonces estábamos todos bien complicados. Agradezco a todos y a todas que hayan cumplido con su compromiso, esos han sido mis mejores momentos, cuando veo que hay más de quince, dieciséis, porque la directiva se gastó un dineral en llamar a la gente. Entonces lo bueno es eso, las felicito a todos los que han cumplido con su compromiso.

Facilitador: Gracias Don Juan. ¿Señora Gilda?

Sujeto 2: Me gustó todo pero especialmente la época de colegio. Era una época linda y que no se puede vivir nunca más.

Facilitador: Gracias Señora Gilda. ¿Marianela?

Sujeto 3: En el principio cuando hicieron lo de la encuesta me costó. Algunos parámetros los encontré tontos, pero si, en realidad me ha gustado todo. Así como se usa la palabra reminiscencia, hay una canción que se llama reminiscencia, eso.

Sujeto 4: Yo no estuve del principio, pero me hizo reír lo gocé el del matrimonio. Bonito porque me reí bastante y fue un momento muy lindo, no sé. Esa fue la parte que más me gustó del taller.

Sujeto 5: A mí me gustó todo, cuando ustedes empezaron y uno iba recordando cuando uno iba al colegio hacían distintas maneras de recordarlo. Uno decía que vivía en Punta

Arenas, pero me gustó, fue todo muy bonito y gracias. El que más me gustó fue el de la guagua, porque uno recuerda a los hijos cuando son pequeños, es muy bonito me gustó, muchas gracias por la invitación.

Sujeto 6: Para mí fueron todas importantes, aunque yo falté a dos nada más, pero contentísima con todo lo que hemos participado y vivido acá. Lo que más me gustó a mí fue cuando recordé la infancia, la época de nuestros estudios, en el campo, etc. recordar como criamos a nuestros hijos, todo muy bonito así que muchas gracias.

Sujeto 7: Para mí todas las actividades me gustaron porque me hicieron recordar, porque a veces uno vive la vida tan que no se acuerda lo que pasó atrás. Me gustaron todas las épocas pero la que más me gustó fue la del matrimonio y hoy día me gustó la de la guagua también.

Sujeto 8: Yo participé más de las reuniones, estuvieron todas bonitas sobre todo la del matrimonio, todos nos reímos hartos, cuando íbamos creciendo.

Sujeto 9: A mí me gustaron todas las sesiones, gracias por la invitación y lo pasé súper bien, todo súper bien, el grupo nos hemos afiatado bien. Uno aprende a conocer mejor a las personas en estas cosas, además de que aprende uno, uno recuerda, uno con estas cosas hace más memoria. Lo que me gustó hartos fue lo del matrimonio, lo del amor, los pololos, uno se acuerda cuando era lola. Lo del matrimonio me gustó porque no me gusta ver cosas tristes, entonces cuando cambio la tele, como supongamos cuando hay películas cosas así tristes yo la cambio, por eso fue un momento grato por lo mismo, porque todos nos reímos, la pasamos tan bien, me encantó lo del matrimonio, por como estábamos sentados, por el padre, jajajaja. Así que gracias, gracias chiquillos.

Sujeto 10: Por esto yo también estoy muy agradecida, nos aprendimos a conocer como personas, como vecinas, yo también falte algunas sesiones y lo otro sirvió para que sacáramos las cosas que teníamos dentro, que nunca las sacamos. Hay cosas que uno cree obvias y no sabe por qué y después perdona. Todo lo que hicieron precioso y les deseo que les vaya muy bien.

Sujeto 11: Si, estuvo muy lindo todo. Aquí uno hace una familia, porque aquí todos somos una familia y el matrimonio de don Juan (risas).

Sujeto 1: Amalia, yo creo que vamos a tener que repetirlo (risas).

Facilitador: Señora Teresa a usted ¿qué es lo que más le gustó?

Sujeto 12: A mí me gustaron ustedes, todos, el sacerdote (risas). Su manera de ser, actuar, porque nosotros aquí tenemos la mayoría sus buenos añitos, estamos en una diferencia tremenda con ustedes. Igual ustedes se animaron con nosotros y se mezclaron con las cosas buenas y malas, pero también estaban con nosotros. Muchas gracias por todo, por el esfuerzo.

Sujeto 13: Yo en verdad tengo poco que opinar porque fui a 3 sesiones no más, pero de todas maneras me gustó venir porque recordar siempre es bueno. Me gustó el taller cuando hablaban del colegio, porque es hermoso eso, las cosas que pasaban. Hoy día recordar las hijas y las nietas que están ahora, esto es para recordar. Afortunadamente uno recuerda lo bueno, así que son buenos recuerdos, yo creo que hace bien, sobre todo para entender acerca de esos tiempos, que no eran como ahora, pero entender que tienen muchas anécdotas, los tiempos cambian son otras realidades.

Sujeto 14: A pesar de que tuve inconvenientes no sé si en una o dos veces, pero me gustaron mucho todas las semanas que yo pude asistir. Fue todo muy bonito, sobre todo la época escolar, adolescencia, todas esas cosas que estuvimos recordando, tiempos bonitos, me gustó mucho. Además a pesar de que nos conocemos de vista, especialmente compartimos mucho ahora, hay cosas que antes, el saludo y nada más. Así es que por eso gracias a ustedes pudimos compartir con todos los vecinos.

Sujeto 15: Me gustó todo todo, el compañerismo de todos y a ustedes el agradecimiento y la paciencia, que tuvieron con todo este grupo, porque le dicen a las cuatro y llegan a las cuatro y media, impuntuales para todo (risas), pero estuvo todo muy bonito, muchas gracias.

Facilitador: Ahora les vamos a dar el espacio para que puedan compartir qué les pareció el Taller... Qué fue lo que más les gustó o lo que menos... Qué les deja esta experiencia... Sólo las personas que lo deseen ¿A alguien le gustaría?

Sujeto 3: Yo agradezco porque fue un compañerismo hacia las personas mayores que hizo que nos sintiéramos unidos, nos pudimos escuchar... Los jóvenes, ya no lo escuchan a uno... hubo una unión espiritual...Somos del mismo barrio, pero a veces ni nos saludábamos... me gustó que hubiera calor humano, eso me gusto... El grupo fue muy carismático, acogedor, éramos siempre todos, no existió nadie que se apartó.El mejor recuerdo que me llevo es la sesión del matrimonio... jajajjaa... fue lo mejor, me reí mucho...

Facilitador: Muchas gracias ¿Alguien más quiere compartir?

Sujeto 2: Yo les doy las gracias a las personas que están aquí, mucho compañerismo, me di cuenta que somos muy solidarios entre nosotros, cuando faltaba uno, andábamos después buscando que le había pasado... lo otro es que es muy bonito el taller, me gusto a mí...Porque ustedes fueron cómplices con uno, entonces yo considero que eso fue súper lindo, así que gracias chicos y chicas

Facilitador: Muchas gracias

Sujeto 4: Uno aprende a compartir, a conocer como es la gente. Yo hasta antes de venir al taller, solo conocía a la Mónica y había visto pasar al caballero, pero el resto no tenía idea ni como se llamaban y eso que vivo hartos años aquí... fue bien bonito porque uno aprende a compartir con las personas y ojalá que se repita ... muchas gracias chiquillos

Facilitador: Muchas gracias ¿Alguien más que quisiera compartir?

Sujeto 7: Yo no soy vecina de ustedes, pero pienso que el taller cumplió mas de las expectativas que yo tenía, ya que creo cumplió con el objetivo de unir a los vecinos, ya que las personas de la tercera edad con frecuencia se van quedando solos, entonces esto genera un lazo muy importante... que se inició ahora y hay que mantenerlo... eso es al menos lo que yo vi, en lo poquito que pude participar

Facilitador: ¿Alguien más que quisiera compartir?

Sujeto 5: Esto de la reminiscencia es bonito, siento que uno empieza a activar la cabeza, uno se empieza a acordar de cosas que habían quedado ahí...Entonces además de lo lindo que se genera como grupo... Para mí como persona el taller se vuelve muy enriquecedor... Creo que si la cabeza esta buena, la salud va a estar buena.

Facilitador: A alguien más le pasó que el haber recordado le haya producido algo, como decía ella quizás después en la casa se acordaron... o hace rato que no desempolvaban esos recuerdos que tienen o hace rato que no los comentaban...

Sujeto 6: Yo quiero agradecer porque nos hicieron pasar muy buenos momentos y eso nos hace falta a los adultos mayores.

Facilitador: Muchas gracias. Ya, ahora tiene su espacio (haciendo referencia al presidente de la junta de vecinos Blanco Encalada).

Sujeto 1: Gracias... infinitas gracias a todos, porque esto ha sido un triunfo para nosotros... Empezamos de cero... teníamos este puente de juventud que nos abrió las puertas y empezar a llamarnos y preguntarnos "hola, como está tu marido, tu hijo"... hemos podido crear una mística...Ustedes finalmente son los que tienen más ganas de seguir viviendo... Lo mejor es que ahora estamos preocupados de nosotros, antes era un "hola" nomas... hemos ido avanzando en la comunidad. Y para terminar, nuevamente agradezco a esta nueva hornada de jóvenes, el presente de Chile, sabemos que ustedes lo han hecho con mucho cariño...

