



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Promoción de bienestar psicológico en adultos mayores

Camila Andrea Chaves Hoyos

Universidad Nacional de Colombia

Facultad Ciencias Humanas, Departamento de Psicología

Bogotá, Colombia

2020

Promoción de bienestar psicológico en adultos mayores

Camila Andrea Chaves Hoyos

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:

Magíster en Psicología Clínica

Directora:

Ph.D Magnolia del Pilar Ballesteros Cabrera

Línea de investigación en Salud

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología

Bogotá, Colombia

*“Yo les ofrecería a ustedes todos los ahorros
que tengo y mi pensión, a cambio del tiempo
que ustedes tienen”*

(Adulto mayor anónimo, 2015)

Agradecimientos

“Cualquier cosa que ustedes hagan, háganla con toda el alma como si fuera para Jehová” (Colosenses 3:23). Gracias a Jehová Dios por la vida y la salud con la que he podido realizar mis proyectos.

En el campo personal agradezco a mis padres, Adriana Hoyos y Drifelio Chaves, por haberme apoyado en todo aspecto y animado durante toda mi trayectoria en la Universidad y haber hecho posible que ahora sea una psicóloga clínica que disfruta de su ejercicio profesional. A mis abuelos, Sofía y Francisco Hoyos y Ana Hernández, quienes siempre han estado enseñándome desde sus experiencias y fueron la inicial motivación para escoger este tema para finalizar mi rol como estudiante y a Camilo González quien aunque presenció solo mis últimos años académicos me apoyó como si conociera toda mi trayectoria y siempre ha creído en mis capacidades.

Respecto a mi trayectoria académica doy gracias a los profesores que fueron guías profesionales que forjaron el conocimiento y las habilidades que me permiten ahora desempeñarme en mi campo profesional, especialmente a Mauricio Gallego y Magnolia Ballesteros quienes supervisaron los últimos pasos de mi desarrollo profesional. También a los participantes al taller que hace parte de este trabajo y finalmente a mis compañeros y amigos de mi carrera quienes también brindaron sus aportes prácticos y teóricos y acompañaron toda esta travesía universitaria con diversión y responsabilidad.

Resumen

La promoción del bienestar psicológico en el adulto mayor es fundamental para que la población tenga una vejez más saludable y esto potencie su calidad de vida. Se plantea el objetivo de analizar el cambio en el bienestar psicológico de la población, a partir de una intervención basada en el Modelo de Creencias en Salud. Esto se realiza mediante la aplicación de un taller de carácter psicosocial con una metodología investigativo-interventiva que a su vez permite hacer una comparación de resultados por grupos. Para el desarrollo y aplicación de esta intervención se tiene en cuenta la Terapia de Aceptación y Compromiso, la cual hace parte del trabajo clínico de la psicología. En la intervención participan 11 mujeres y 6 hombres con una edad media de 68,94 años, sin deterioro cognitivo. Como resultados se obtienen cambios en la forma en que los participantes perciben sus capacidades individuales, reconociéndose como más autónomos y ampliando sus posibilidades de acción y aprendizaje. Además logran una mayor organización de sus pensamientos y acciones para generar nuevas conductas acordes a sus intereses y valores. Por último, se concluye que el Modelo de Creencias en Salud es una fuente que ayuda para determinar cómo actúa una persona frente a una problemática, y es una guía para abordar la forma en que se toman decisiones y se asumen nuevas conductas.

Palabras clave: Dinámica de grupo, Comportamiento, Psicología Clínica, Salud mental, Vejez.

Abstract

The promotion of psychological well-being in the elderly is essential for the people to have a healthier old age and this enhances its quality of life. The objective is to analyze the change in the psychological well-being using the Health Belief Model. For this was applied a psychosocial workshop based-on an investigative-interventional methodology that in turn allows a comparison by groups. The Acceptance and Commitment Therapy, part of the psychological clinical work, was used to develop the intervention. Eleven women and six men participated in the intervention, with a mean age of 68.94 years, without cognitive impairment. As a result, there are changes in the way that participants perceive their individual abilities, recognizing themselves as more autonomous and expanding their possibilities for action and learning. They also achieve a greater organization of their own thoughts and actions to generate new behaviors according to their interests and values. Finally, it is concluded that the Health Belief Model is a source that helps to determine how a person acts in the face of a problem and is a guide to address the way in which decisions are made and new behaviors are assumed.

Keywords: Aging, Behavior, Clinical Psychology, Group Dynamics, Mental Health.

Contenido

	Pág.
Resumen	VI
Abstract.....	VII
Lista de tablas.....	XI
Lista de Figuras.....	XII
Introducción	1
1. Problema de investigación	4
1.1 Objetivos	5
1.2 Justificación.....	6
2. Marco conceptual.....	8
2.1 Vejez.....	8
2.2 Envejecimiento	14
2.3 Modelo de bienestar psicológico	18
2.4 Modelo de creencias en salud.....	25
2.5 Terapia de aceptación y compromiso	27
3. Metodología.....	32

3.1	El taller como técnica de investigación-intervención.....	34
3.2	Convocatoria y población	36
3.3	Aplicación	39
3.4	Registro.....	46
4.	Resultados	49
4.1	Actividades.....	49
4.1.1	Vulnerabilidad percibida a consecuencias de no tener conductas favorables de bienestar psicológico.....	49
4.1.2	Severidad percibida frente a no desarrollar el bienestar psicológico.	58
4.1.3	Efectos positivos de tener conductas relacionadas al bienestar psicológico ...	63
4.1.4	Obstáculos percibidos que impiden tener conductas favorables.....	68
4.1.5	Autoeficacia percibida frente toma de acciones para desarrollar bienestar psicológico.....	72
4.2	Deseos.....	76
4.2.1	Anteriores al taller.....	76
4.2.2	Posteriores al taller.....	78
4.3	Indicadores	80
5.	Análisis de resultados	83
5.1	Cambio en la percepción sobre el bienestar psicológico a partir de la intervención basada en el modelo de creencias en salud.	84
5.2	Comparación de intereses registrados en la lista de diez deseos anteriores y posteriores al taller.	87
5.3	Recursos y valores individuales que contribuyen al cambio percibido de las dimensiones del bienestar psicológico.....	90

6. Conclusiones.....	92
6.1 Recomendaciones.....	97
6.2 Consideraciones éticas adicionales	98
A. Anexo: Guías de desarrollo para cada sesión del taller	100
B. Anexo: Consentimiento informado	107
C. Anexo: Guía de entrevista de admisión semiestructurada	108
D. Anexo: Dilemas éticos hipotéticos	109
E. Anexo: Registro de asistencia a las sesiones del taller	110
F. Anexo: Indicador para la calificación de la sesión	111
G. Anexo: Transcripción de deseos antes y después del taller	112
Bibliografía.....	120

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. <i>Definiciones de Calidad de Vida</i>	20
Tabla 2. <i>Codificación de la población</i>	38
Tabla 3. <i>Descripción de actividades de sesión 1</i>	41
Tabla 4. <i>Descripción de actividades de sesión 2</i>	42
Tabla 5. <i>Descripción de actividades de sesión 3</i>	43
Tabla 6. <i>Descripción de actividades de sesión 4</i>	44
Tabla 7. <i>Descripción de actividades de sesión 5</i>	44
Tabla 8. <i>Descripción de actividades de sesión 6</i>	45
Tabla 9. <i>Escala de calificación para cada sesión</i>	47
Tabla 10. <i>Resumen de resultados respecto a la vulnerabilidad percibida</i>	57
Tabla 11. <i>Resumen de resultados respecto a la severidad percibida</i>	62
Tabla 12. <i>Resumen de resultados respecto a los beneficios percibidos</i>	67
Tabla 13. <i>Resumen de resultados respecto a las barreras percibidas</i>	71
Tabla 14. <i>Resumen de resultados respecto a la autoeficacia percibida</i>	75
Tabla 15. <i>Resultados de indicadores de sesión</i>	80

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. Apoyo visual para la exposición realizado por una asistente al taller	55
Figura 2. Resultado de la práctica de escritura con mano no dominante	55
Figura 3. Grupo A - Deseos previos al taller.	77
Figura 4. Grupo B - Deseos previos al taller	77
Figura 5. Grupo A – Deseos posteriores al taller	78
Figura 6. Grupo B - Deseos posteriores al taller	78

Introducción

Ya lo dice el conocido refrán: “no hay mal que dure cien años, ni cuerpo que lo resista”, pero, ¿Por qué? ¿Por qué se celebra con sorpresa que una persona sobrepase cierta edad en su vejez? ¿Qué se siente ser viejo? ¿Comprendo que yo mismo, o yo misma, estoy en constante envejecimiento? ¿Qué tan diferente es un adulto mayor a mí?

Por mi paso en el pregrado en Psicología en la Universidad Nacional de Colombia, al realizar el trabajo final para una materia, teníamos que escoger un tema libre. Junto con mi grupo decidimos profundizar en el tema de las relaciones de pareja en la adultez mayor, nos interesaba saber cómo las perciben ellos mismos y qué significado tienen para su vida. Dentro de las entrevistas que realizamos, una persona mayor nos mencionó la frase con la que encabezó este trabajo. Esto me generó un sentimiento de asombro y de intriga, como las preguntas iniciales, y: ¿Esta persona podría cambiar algo de su vida si tuviera más tiempo? ¿Acaso todos los adultos mayores pensarán algo similar? ¿Habrá quienes no tengan queja por el tiempo que ya no tienen?

Antes de realizar la investigación para dicho trabajo, nunca me había preguntado sobre la concepción que tienen los adultos mayores respecto a su sexualidad y sus relaciones de pareja. Tampoco dimensionaba la profundidad del conjunto de factores que determinan su calidad de vida, más allá de una salud física estable. Después de conocer los resultados de la investigación me surge el interés personal sobre ¿qué otros factores resultan importantes para esta población, para que sientan que tienen una buena vida? Pues el desarrollo de las

ciencias han demostrado que lo más importante no es que haya un aumento de la expectativa de vida, sino que sea posible envejecer manteniendo una calidad de vida adecuada (Camejo, 2011)

Como conclusiones a dicho trabajo, junto con mi grupo, encontramos que las decisiones y actitudes que toman los adultos mayores dependen de muchos factores, entre los que se encuentran los prejuicios que se crean alrededor de la vejez. También se encontró que la percepción que tienen de su vida amorosa es influenciada continuamente por su propia historia de vida, sus deseos, creencias, cultura, eventos vitales y cómo los han ido afrontando a lo largo del tiempo. Por otro lado, como parte de los resultados surge que el hecho de tener pareja en la vejez es fundamental para su bienestar subjetivo por la carga positiva afectiva de la compañía, el apoyo y el contacto (Chaves, Figueroa, Nieto, Parrado, Rodríguez, 2015). Estas conclusiones le dan paso a un primer acercamiento sobre por qué el tema de adultez mayor está tan lleno de prejuicios.

Muchos autores y estatutos legales describen las características poblacionales, las capacidades, los déficit, y demás factores, pero no a las personas, así que, ¿cómo se definen a sí mismos los adultos mayores? Este trabajo permitirá realizar un acercamiento a la definición y caracterización que hacen ellos sobre sí mismos y conocer desde su propia experiencia las necesidades y puntos centrales en los que se debe intervenir.

La problemática que recoge los aspectos mencionados y de la cual se parte para el desarrollo de la intervención, se dirige hacia cómo el trabajo de la psicología clínica puede

colaborar en procesos que mejoren el bienestar psicológico percibido en los adultos mayores desde el Modelo de Creencias en Salud (Maiman y Becker, 1974).

La aplicación de la intervención que busca el desarrollo del Modelo de Bienestar Psicológico (Ryff, 1989a y 1989b) en la población, se hace a partir de una revisión teórica sobre la vejez y el envejecimiento, se establece cuál es la situación actual en salud de esta población en Colombia, y se busca cómo aprovechar el Modelo de Creencias en Salud (Maiman y Becker, 1974) junto con factores de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) para fomentar el desarrollo de herramientas y recursos cognitivos y emocionales que favorecen una percepción de mejora en la calidad de vida de los participantes.

1. Problema de investigación

La vejez suele ser vista como una etapa de la vida donde se presenta decadencia en muchos aspectos: en la salud, en las relaciones sociales, en la situación económica, entre otras. Incluso se relacionan sentimientos de miedo hacia la vejez por su conexión con la mortalidad, esto hace que los adultos mayores se carguen de prejuicios frente a sí mismos y frente a su vida en general, lo cual termina afectado su salud mental y emocional (de Miguel y Fuentes, 2012).

Por su lado, el modelo médico vigente, que es una “medicina basada en evidencias, que ofrece soluciones para la población general, pero no necesariamente para un individuo en particular” (Oyarzun, 2017), es el encargado de abordar las problemáticas que tenga la población adulta mayor. Así que, en cualquier etapa de la vida, las intervenciones que propone el sistema de salud actual tienen como prioridad darle tratamiento farmacéutico o físico a las enfermedades, pero se minimiza el quehacer propio del consultante para aportar a su propia salud desde lo psicológico y lo emocional. Dentro de la población que ya es adulta mayor, esto repercute en una carencia de herramientas psicológicas para hacer frente a la vejez, y se les dificulta experimentar satisfacción al hacer una valoración o juicio global de sus vidas (Sarabia, 2009).

En otras palabras, hace falta un apoyo u orientación para la población adulta mayor, que le permita desarrollar estrategias de afrontamiento, tanto emocionales como cognitivas, para

hacer frente a la etapa vital en la que se encuentra con un mayor bienestar psicológico, desafío que puede asumir la psicología clínica.

A su vez, una aproximación teórica que permite analizar la forma en que las personas se relacionan con su salud, es el Modelo de Creencias en Salud, propuesto por Maiman y Becker (1974). En este modelo se vinculan las percepciones individuales respecto a la salud propia con la probabilidad de acción que tengan las personas para conducirse o adoptar cambios en su conducta que resulten en beneficio a su salud.

De ahí que surja el siguiente cuestionamiento: ¿Cómo colabora el modelo de creencias en salud con la psicología clínica, para generar cambios cognitivos y conductuales que promuevan el bienestar psicológico en la adultez mayor?

1.1 Objetivos

Objetivo general

Analizar clínicamente, desde el modelo de creencias en salud, los cambios cognitivos y conductuales alrededor del bienestar psicológico de un grupo de adultos mayores sin capacidad cognitiva comprometida, que viven en Bogotá.

Objetivos específicos

- Promover el desarrollo de habilidades y el cambio en la percepción sobre el bienestar psicológico en el grupo de adultos mayores mediante el diseño de una intervención de carácter psicosocial, basada en el modelo de creencias en salud.
- Comparar los cambios en los focos de interés de quienes participan en la intervención, con base en los deseos para su vida registrados individualmente antes y después del taller.
- Identificar, a partir de la Terapia de Aceptación y Compromiso, cómo los recursos y valores individuales contribuyen al cambio percibido de las dimensiones del bienestar psicológico de los participantes.

1.2 Justificación

Desde el campo de acción de la práctica clínica de la psicología se hace necesario incluir de una manera más amplia y directa al grupo de adultos mayores y abrirle las puertas a una intervención, ya sea de manera grupal o individual, que fortalezca su sentido de vida y aumente el valor que le da cada individuo a capacidad de aprendizaje y demás habilidades. En este sentido, resulta pertinente incluir la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) como una de las bases de esta investigación, ya que se enfoca en que la persona reconozca lo que está fuera de su control para que no se desgaste en lo que no puede cambiar, y más bien pueda comprometerse con acciones que le generen más satisfacción con la vida.

También resulta importante que cada persona reconozca y sea consciente de todos los factores, tanto internos como externos, que pueden ayudar o entorpecer su proceso y así aprovechar los beneficios que la intervención psicológica le brinde y además poder hacer frente a las barreras que se puedan presentar. De ahí que el modelo de creencias en salud (Maiman y Becker, 1974) se considere apropiado para dar una guía a los adultos mayores de cómo lo que cada uno piense o perciba sobre su bienestar, puede determinar en gran manera cómo va a actuar o comportarse frente al mismo.

Por otro lado, la consecución del bienestar psicológico (Ryff y Keyes, 1995) es esencial para que las personas logren mantenerse alineadas con sus objetivos de vida, para conservar la motivación de emprender acciones que les generen satisfacción personal y en general, para sentirse bien consigo mismas y mejorar su calidad de vida.

Por eso, la pertinencia de esta propuesta de tipo investigativo – interventiva se encuentra en contrarrestar el poco reconocimiento que le da el modelo médico actual al rol activo que tienen los adultos mayores en la promoción de su propia salud. Ya que el problema es que se tiende solo a prevenir riesgos para la salud del cuerpo y atender el deterioro cognitivo cuando ya está presente, pero no se promueve la salud mental, “porque cada paciente que acude a un médico requiere no sólo una atención personalizada, no sólo medicamentos específicos, sino muchas veces sólo ser escuchado” (Oyarzun, 2017, p. 660).

2. Marco conceptual

2.1 Vejez

Históricamente, el estudio psicológico sobre la vejez ha sido escaso a comparación de la bibliografía que se encuentra de cada etapa de la vida, y gran parte de las investigaciones que abordan la psicología de la vejez se centran en lo patológico (Villanueva, 2009).

A este respecto, Carmen Sarabia (2009) explica que en términos generales podría decirse que la evolución normal de la vejez está causada por la unión de cuatro factores:

1. El deterioro progresivo de las propias funciones físicas.
2. La declinación progresiva de las facultades y de las funciones mentales.
3. La transformación del medio familiar y de la vida profesional.
4. Las reacciones del sujeto ante estos diversos factores.

Y continúa mencionando que “las principales dificultades en la vejez son los problemas de salud, las pérdidas sociales y una mayor discrepancia entre las metas y las posibilidades de alcanzarlas. Contrariamente a la creencia general de que en la vejez se alcanza mayor felicidad, distintos estudios avalan lo contrario, hecho conocido como paradoja de la felicidad en la vejez” (Sarabia 2009, p.173).

Por su parte, la experta en psicología del desarrollo Kathleen Stassen Berger en su libro *The Developing Person Through the Life Span* (2014) comienza los capítulos relativos a la vejez comentando algunos prejuicios que existen alrededor de esta etapa de la vida, por ejemplo, relacionarla con estados de tristeza, depresión, debilidad, soledad, entre otros, los cuales pueden influir incluso en la percepción que tienen de sí mismos los adultos mayores.

Allí también expone (Berger. 2014) que existe una forma de racismo relativa a la edad: el viejismo, como traducción literal del *ageism* en inglés, generando el estereotipo de que la edad determina o define a la persona, pero que culturalmente no se acepta como una discriminación debido a que es una forma de diferencia social avalada por los medios de comunicación, por el sistema laboral y en ocasiones es incluso halagador marcar la diferencia de edades. Sin embargo, esto no compensa los sentimientos de incompetencia, insuficiencia o ansiedad que surgen a partir de esta segregación en la vejez.

Desde un punto de vista contrario, en la década de los noventa surge una perspectiva de investigación sobre la vejez que dirige su interés en resaltar y analizar las capacidades y desarrollo de esta población.

Por ejemplo, la anteriormente citada Berger (2014), destaca que contrario a lo que se asume con los prejuicios y estereotipos sobre la vejez, los adultos mayores pueden ser felices, activos y saludables. Si bien no desconoce las posibles pérdidas en sentido

sensorial por enfermedades o afectaciones en la memoria que aquejan a la minoría de la población, resalta que hay ganancias cognitivas en esta etapa de la vida, como lo es la creatividad y el aprendizaje.

Otros autores como Moragas (2004) y Fierro (1994) (como se cita en Villanueva, 2009) proponen una concepción de la vejez que se aleje de los prejuicios y más bien se centre en las aptitudes que se puedan potenciar o desarrollar y en una definición realista teniendo en cuenta las variables individuales de la población, como el desarrollo social o el origen de las personas. Además ambos convergen en que la vejez no se debe determinar a partir de una edad cronológica y mucho menos debe caracterizar a una población. Particularmente Fierro (1994) comenta que los adultos mayores que se mantienen activos y emprendedores generan cambios en su personalidad que los benefician emocionalmente (como se cita en Villanueva, 2009).

Asimismo, Fernández-Ballesteros comenta que la vejez no es un periodo de declive de habilidades y de deterioro de salud sino que al contrario, en ella “existe una importante capacidad de cambio y plasticidad [...], también de llevar al máximo las propias capacidades y compensar los déficit” (2011, p.1), es decir que cada persona es en parte responsable de cómo envejece y de su ciclo de vida. En este mismo sentido, en el año 2003 Teresa Orosa destacó en su tesis de maestría una nueva conceptualización del adulto mayor, pues las propone como personas que no solo viven pérdidas y decadencias, sino que también son capaces de lograr desarrollo, porque en la vejez surgen nuevas

formaciones psicológicas en la personalidad que permiten la regulación del comportamiento (como se cita en Camejo, 2011).

Como se ve, hay dos perspectivas principales desde las que se puede abordar la vejez: desde el deterioro de capacidades y la patología, o desde el reconocimiento de las limitaciones pero haciendo hincapié en las posibilidades de desarrollo de habilidades psicológicas, emocionales y sociales presentes en los adultos mayores. Así que como lo menciona Martínez et al. (2018), no hay acuerdo entre los criterios que definen ser viejo, ni dentro de la opinión pública, ni en la comunidad científica. Esto se debe a las diferencias en historias personales, experiencias, competencias, estados de salud y contextos en los que se da la vejez, a lo que se le suma la diversidad de paradigmas desde las que se puede abordar este tema (médico, filosófico, espiritual, teórico, psicológico, etc.).

Ahora, específicamente en el caso de Colombia, si bien es cierto que hay leyes en las que se establece un orden y aplicación de garantías para la atención de salud y de derechos, es solamente hasta el año 2008 en el que se define a un adulto mayor, limitándose a describirle como “aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más” (Ley 1251, 2008).

Cabe resaltar que incluso antes de delimitar legalmente a la población, que se considera ha llegado a la vejez, para procurar la protección, promoción y defensa de sus derechos, el

Legislador 15 años atrás, primero establece los requisitos para que un adulto mayor pueda pensionarse de su actividad laboral, sin tener en cuenta los parámetros reales y subjetivos que entrañan la definición de un adulto mayor. El artículo 33 de la Ley 100 de 1993 estipula que para que una persona pueda obtener su jubilación y pensión debe cumplir con dos requerimientos:

1. Haber cumplido cincuenta y cinco (55) años de edad si es mujer o sesenta (60) años si es hombre.

A partir del 1o. de enero del año 2014 la edad se incrementará a cincuenta y siete (57) años de edad para la mujer, y sesenta y dos (62) años para el hombre.

2. Haber cotizado un mínimo de mil (1000) semanas en cualquier tiempo.

A partir del 1o. de enero del año 2005 el número de semanas se incrementará en 50 y a partir del 1o. de enero de 2006 se incrementará en 25 cada año hasta llegar a 1.300 semanas en el año 2015.

Continuando con la regulación al aspecto laboral de los adultos mayores en Colombia, en la Ley 1821 de 2016 se establece que, para personas que desempeñan funciones públicas, la edad máxima para retiro forzoso es de 70 años; el sector privado se encuentra acogido por el artículo 2 de dicha ley bajo el mismo criterio de edad. Esto confirma que aunque médica y legalmente ser viejo esté determinado por un rango de edad, las funciones físicas y psicológicas permiten la continuación de trabajo según lo disponga cada persona, su contexto y circunstancias de vida. Es decir, con la jubilación de la actividad laboral no se asume que la capacidad laboral o activa de la persona termine.

En adición al panorama legal nacional, en la ley 1276 del 2009, se estipulan dos cosas que es importante resaltar. En primer lugar, que haciendo una modificación a cómo se caracteriza a un adulto mayor en Colombia, se establece que no necesariamente es una persona de 60 años en adelante, sino que “a criterio de los especialistas [...], una persona podrá ser clasificada dentro de este rango, siendo menor de 60 años y mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen”. Y en segundo lugar, que el servicio de orientación psicosocial se prestará solamente de manera preventiva para mitigar efectos de patologías que surgen en la tercera edad y sólo de ser necesario se remitirán a entidades de salud social (artículo 7). De tal manera que las intervenciones que brinda el Sistema de Salud Nacional están pensadas en las enfermedades y en el deterioro de capacidades, y no en la potencialización y desarrollo de habilidades o funciones que también puedan mejorar su salud y calidad de vida.

En la práctica, el Ministerio de Salud y Protección Social colombiano propone programas y propuestas que se centran en factores del ambiente y del contexto, las cuales están dirigidas a intervenciones a los cuidadores que acompañan a la población mayor, y hacia la integración familiar y social que, desde el entorno, se les debe dar. También se enfocan en tener jornadas de actividad física, brindar soporte mediante conformación de redes de voluntariado para apoyo a los adultos mayores, fomentar el autocuidado y la reducción de riesgos y programas de transformación de prejuicios desfavorables ante la vejez (Min Salud, 2016).

Todas estas especificaciones y normativas permiten delimitar y organizar a la población adulta mayor que a nivel nacional se encuentra dentro de las características de vida saludable, vida productiva laboral y jubilación. Sin embargo, según el último Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizado en el 2015 en Colombia, se muestra que a pesar de ya no encontrarse dentro de la edad funcional que establece la Ley, el 60% de los participantes mayores de 60 años aún trabajan porque tienen la necesidad del dinero, y el 7.5% porque aún se quieren sentir útiles (Min Salud, 2015). Estos hechos demuestran que es imperativo ampliar la concepción del adulto mayor, teniendo en cuenta sus factores personales, socioculturales, económicos y psicológicos al momento de establecer regulaciones que los afecten y programas estatales que los cobijen.

Como dato agregado, en cuanto a la densidad de la población en el país, este estudio SABE permite establecer que la cifra de personas mayores de 60 años representó el 11 % de la población colombiana, y estimó que para el año 2020 ese porcentaje aumentaría al 12,5 % (Min Salud, 2015). A este respecto, el más reciente censo nacional (DANE, 2018) indicó que para el año 2018 el porcentaje de personas mayores de 60 años es de 13,4%. Lo cual consolida la idea de que la población está envejeciendo y más de lo que se espera.

2.2 Envejecimiento

A diferencia del término de vejez que es una etapa delimitada del ciclo vital, el envejecimiento se entiende como un *proceso* de cambios psicológicos, biológicos y físicos que ocurre durante toda la vida, inicia al momento de la concepción, continúa con el

desarrollo del curso de vida y culmina en la muerte. Involucra cambios funcionales a nivel cognitivo, funcional, emocional, entre otros, los cuales afectan en todos sus roles y contextos a las personas (Sarabia, 2009).

Cabe resaltar que al hablar de “cambios” no se hace referencia a una disminución de capacidades o a emprender un camino hacia la decrepitud, por ejemplo, el psicólogo estadounidense K. Warner Schaie (1983) destaca un estudio longitudinal en el que se muestra incremento en la capacidad intelectual y cognitiva de los adultos mayores. A su vez en 1991 Paul y Margaret Baltes ofrecen “una formulación [...] cuya idea esencial es que el envejecimiento exitoso depende del esfuerzo selectivo aplicado a dominios en los cuales se mantiene potencial de desarrollo y que dicho esfuerzo puede resultar en optimización de la funcionalidad, compensando las pérdidas ocasionadas por el envejecimiento” (como se cita en Liberalesso, 2007, p.58). Estos autores sustentan que la disminución de ciertas capacidades que se presentan con el envejecimiento en algunas personas se debe a factores contextuales y personales, no por el hecho de tener muchos años de vida.

De hecho, en el estudio de Berlín, Paul Baltes y Karl Mayer (ed. 2001) mencionan que de todas las áreas en las que se desenvuelven los adultos mayores en su vida, con el paso del tiempo el factor de la participación social es el que muestra mayor disminución, seguido por el decaimiento de su influencia socioeconómica. Pero resaltan que el funcionamiento cognitivo de la población no se encuentra dentro de los factores que entran en declive por

ser parte de la tercera edad, aclaran que las discapacidades que se presentan en el adulto mayor pueden estar, más bien, determinadas por factores genéticos.

En este sentido, en investigaciones más recientes, la Doctora Rocío Fernández-Ballesteros (2011), psicóloga experta en investigación en adultez mayor, hace referencia al “envejecimiento saludable”. A este concepto se le considera como multidimensional en salud ya que comprende tanto los aspectos físicos, como los mentales, sociales, de seguridad y participación de los adultos mayores. Es importante resaltar que la autora recalca la necesidad de englobar en este concepto el carácter subjetivo del bienestar individual (Fernández-Ballesteros. 2011).

A escala internacional, el proyecto europeo de FUTURAGE establece el “envejecimiento saludable” como uno de los cinco apartados que deben encabezar las líneas de investigación con perspectiva multidisciplinar. Este es un ejemplo de que la academia internacional considera importante la investigación sobre el envejecimiento, ya que se pueden brindar mejoras en el funcionamiento cognitivo, además de prevenir riesgos a la salud y en desarrollar conductas saludables y mantener o aumentar la participación social de la población (Rodríguez, 2011). Así que abordar el envejecimiento, con el objetivo de promover un bienestar general, requiere un trabajo detallado en el amplio conglomerado de factores que componen la vida y la calidad de la misma, ya que este proceso biológico se va construyendo con base a los aspectos sociales, políticos, de salud, ambientales, económicos, materiales, emocionales y psicológicos que envuelven a las personas en el transcurso de su vida.

Por otro lado, la OMS (2018 p.1) da un punto de vista sobre el envejecimiento que parte de la perspectiva biológica que se liga a la idea de decaimiento de capacidades. Hace énfasis en que las afecciones físicas y mentales, junto con la morbilidad que aflige a la población mayor, son “consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo”. Sin embargo, su definición entra en concordancia a los aportes de Schaie (1983) y Baltes (ed. 2001) al mencionar que los cambios que se presentan en el envejecimiento no se pueden caracterizar como lineales, uniformes o generales a toda la población, pues elementos como el sexo, la etnia, la educación recibida, factores genéticos, entre otros, influyen en la forma de envejecer, así que se encuentra que hay diversidad en cómo se alcanza y se vive la vejez (OMS, 2018).

Respecto a investigaciones que se estén adelantando actualmente sobre envejecimiento, en España, inició desde 2009 el Estudio Longitudinal Envejecer en España (Proyecto ELES). Es un proyecto interdisciplinar cuyo objetivo es hacer un seguimiento a lo largo de 20 años de cohortes de población española nacidas antes de 1960 y pretende, entre otras cosas, analizar tendencias y medir la contribución relativa de la multitud de factores que afectan al proceso de envejecimiento y ofrecer resultados basados en la evidencia científica que faciliten la planificación de políticas sanitarias y sociales a medio y largo plazo (Matia Instituto Gerontológico y CCHS, 2009-2012)

En Colombia desde el año 2013 anualmente el Ministerio de Salud y Protección Social organiza los Encuentros Nación Territorio (ETN) que son una estrategia de vinculación y participación para difundir políticas públicas sobre envejecimiento y vejez en el país (Min Salud, s.f).

Así que para resumir la diferenciación entre los conceptos de vejez y envejecimiento, Fernández-Ballesteros, R (2004, p.1), menciona el punto clave: “La vejez es un estado en la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital. Tanto la vejez como el envejecimiento humano son objetos de conocimiento multidisciplinarios en el sentido en el que el individuo humano es un ente bio-psico-social. Por esta razón, el [...] viejo es un sujeto de conocimiento psicológico.”

En este sentido, el presente trabajo se desarrolla a partir de la postura que entiende la vejez como una etapa de la vida en la que se pueden desarrollar y potenciar capacidades psicológicas y cognitivas, así como la perspectiva del envejecimiento que afirma que los cambios degenerativos que se presentan en ese proceso no se deben al aumento en la edad en sí mismo, sino como consecuencia conjunta con otros factores más individuales.

2.3 Modelo de bienestar psicológico

Para comprender la relación entre el bienestar psicológico con la calidad de vida y su diferencia con el bienestar subjetivo, es necesario definir cada concepto porque suelen

confundirse entre sí, ya que de cierta manera todos hacen alusión a la satisfacción percibida de una persona respecto a sí misma y su entorno.

Anita Liberalesso (2002) explica de forma clara dicha relación al comentar que el bienestar psicológico es solo una parte del universo de la calidad de vida. Mientras que el bienestar subjetivo da cuenta del cómo y porqué las personas viven de manera positiva sus vidas, realizando una evaluación profunda del sentido de las expectativas del entorno y personales, habilidades, valores, creencias, competencias y sentimientos personales.

Frente a este concepto de bienestar subjetivo, Campbell, Converse y Rodgers, (1976, como se cita en Camejo, 2011) sugieren que existen dos dimensiones que acoge el bienestar subjetivo; la cognitiva y la afectiva, relacionando los conceptos de felicidad y satisfacción en esta última dimensión como escalas que permiten determinar el nivel de bienestar que presenta una persona.

Esta dicotomía que compone el bienestar, parte de lo que Norrish y Vella-Brodrick (2008) comprenden como bienestar hedónico y bienestar eudamónico, siendo lo hedónico la satisfacción con la vida global, o lo que entiende la psicología positiva como felicidad, alegría o vida placentera, mientras que lo eudamónico da cuenta del desarrollo de potencialidades, lo cual da un sentido de autorrealización y propósito en la vida, el significado de la vida en sí misma. De tal forma que, el bienestar subjetivo, que se basa en el hedonismo, es una valoración de la vida en general, mientras que el bienestar

psicológico, que parte de una postura eudamónica, pretende un buen desarrollo personal y realización de objetivos personales (Meléndez, Agustí, Delhom, Rodríguez, y Satorres, 2018). Así que aunque no son términos excluyentes entre sí, tampoco son idénticos.

Por su parte, la calidad de vida implica múltiples variables y contextos pertinentes de análisis, como lo son el bienestar subjetivo y el psicológico, para hacer una evaluación completa de la satisfacción con la existencia de sí mismo, por eso es un concepto multidisciplinar y multidimensional, de ahí que sean muchas las consideraciones o aproximaciones para definirla. En una revisión teórica Urzúa y Caqueo-Urizar (2012, p. 62) sintetizan las principales definiciones para este concepto de la siguiente manera:

Tabla 1. *Definiciones de Calidad de Vida*

Referencia	Definición según autores
Ferrans 1990	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Hornquist 1982	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural
Shaw 1977	Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la

	persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida.
Lawton 2001	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
Haas 1999	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
Bigelow et al 1991	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
Calman 1987	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
Martin y Stockler 1998	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
Opong et al 1987	Condiciones de vida o experiencia de vida.

Entonces, la calidad de vida es un concepto amplio que integra la interacción entre la satisfacción de vida y las condiciones objetivas de vida con factores como la salud, el cuidado familiar, las actividades laborales o recreativas, la satisfacción de las necesidades de relación social (Sarabia, 2009).

En el caso de la tercera edad, Camejo (2011) plantea que de manera general el concepto de calidad de vida debe estudiar y tener en cuenta aspectos como: el estado de salud, factores de riesgo presentes, predicción de discapacidades, la estabilidad económica, la actividad cotidiana y el bienestar subjetivo, entre otros. Además Liberalesso (2002) menciona que la calidad de vida en la vejez depende en gran parte del mantenimiento de mecanismos de autorregulación.

De igual forma algunos investigadores convergen con esta perspectiva, pues consideran que para entender lo que implica la calidad de vida se debe partir desde el punto de vista de cómo perciben las personas sus propias condiciones materiales y ambientales de vida, cómo las valora el individuo y cómo ve que estos aspectos influyen en su propia salud (Dueñas, 2007; Browne, 2003; Font, 2000; Patrick y Erickson, 1993; Giutsi, 1991, como se cita en Camejo, 2011). Ejemplo de estas condiciones pueden ser el tipo de alimentación a la que se tiene acceso, su economía, la cantidad de ejercicio físico que le es posible realizar, la relación familiar o social con la que cuenta, la cultura en la que se desenvuelve, la calidad del medio ambiente, entre otros.

En resumen, la calidad de vida es un concepto que abarca todos los factores de la vida, pues es un sistema de percepción y valoración individual sobre los elementos propios del contexto que influyen en la salud, y sobre otras variables que son propias de la persona o que la afectan. En cambio el bienestar subjetivo es solo una de esas variables que son modificables por el individuo y sobre las que tiene mayor agencia y responsabilidad de cómo las maneja.

Respecto al bienestar psicológico en particular, su principal exponente es la psicóloga Carol Ryff, quien basa su trabajo también desde la perspectiva filosófica de la felicidad, interpretada no como un fin en sí mismo, sino como un subproducto de otras actividades (Ryff y Keyes, 1995; Liberalesso, 2002.). Así que el bienestar psicológico implica más que sentirse feliz y satisfecho con la vida (Ryff y Keyes, 1995), involucra cambios de perspectivas y cambios en el comportamiento que una persona incluye en su vida y así logra sentirse bien y sentirse plena.

Bajo esta base, Ryff (1989a y 1989b) propone un modelo de bienestar psicológico que consta de 6 factores que se enmarcan en las características de las que debe gozar una persona que se encuentre en un ideal de salud mental y madurez:

1. *Autoaceptación*, se refiere a tener una actitud positiva de sí mismo, incluso reconociendo los aspectos negativos que se tengan.
2. *Autonomía*, la cual implica que la persona tenga independencia y control en la regulación de su propia conducta.
3. *Control ambiental*, abarca la capacidad de elegir, modificar, controlar o crear un entorno que se ajuste a las expectativas o necesidades que tenga la persona.
4. *Crecimiento personal*, mantener un desarrollo individual, explotar las habilidades y potenciales que cada persona tiene. Se entiende como el alcance continuo de logros y cumplimiento de metas a lo largo de la vida.

5. *Propósito en la vida*, aplica al hecho de darle un significado a su propia vida, tener un sentido para ella o un objetivo principal por cumplir.
6. *Relaciones positivas con otros*, donde se resalta la importancia de la calidez y confianza en las relaciones interpersonales.

Años más tarde en una revisión al modelo, Ryff y Keyes (1995) encuentran que las dimensiones de autoaceptación y control ambiental se correlacionan significativamente, de tal manera que se podrían combinar en una sola dimensión, abriendo la posibilidad a reducir al modelo a cinco factores. Sin embargo, al hacer un análisis desde la estructura del curso de vida, se reafirma la diferencia de estos factores a partir de las características generales de las edades de las personas.

Ya que el bienestar psicológico pretende un perfeccionamiento de las propias habilidades y consecución de la realización personal, tomando como referencia el plano afectivo de la satisfacción emocional que se obtiene mediante el autoconocimiento y conductas encaminadas hacia el logro de aspiraciones personales, es menester de la psicología contribuir para que en la adultez mayor se mantenga en motivación para hacer y ser todo lo que se pueda. Además de intervenir sobre los prejuicios de los que ya se expuso existen en la vejez, junto con una aceptación ajustada a la realidad de las capacidades y límites físicos y cognitivos. Pues de acuerdo con Camejo (2011) es fundamental brindar la posibilidad de mejorar el bienestar integral de las poblaciones y no solamente buscar que su vida sea larga.

2.4 Modelo de creencias en salud

Este modelo teórico es uno de los más usados para explicar comportamientos en salud a partir de un conjunto de creencias y valoraciones de una persona hacia un contexto específico (San Pedro y Roales-Nieto, 2003). Plantea que para que una persona decida tomar acciones que le beneficien en su salud, primero toma en cuenta su percepción de susceptibilidad a enfermar y la severidad que cree que pueda tener la enfermedad para sí misma. Para ello se basa en dos variables principales: el valor cognitivo que una persona le atribuye a una meta y la estimación de probabilidad de que una de las acciones que emprenda consiga esa meta (Maiman y Becker, 1974).

Aplicando estos componentes a la consecución del bienestar psicológico que se plantea en la presente intervención, estos elementos se traducen en la importancia que le atribuye el adulto mayor a tener una perspectiva positiva de su vida y la probabilidad que aplique nuevas conductas o cambie algunas que ya tiene para lograrlo.

En cuanto a los componentes del modelo, son cuatro las dimensiones que se tienen en cuenta para el desarrollo de las posibles hipótesis (Maiman y Becker, 1974):

1. *Severidad percibida*: creencias sobre la gravedad de contraer alguna enfermedad o de no tratar una ya existente. Estas consecuencias pueden ser clínicas como la muerte, una incapacidad o sensación de dolor, o pueden ser sociales como reducción en relaciones familiares o sociales.

2. *Susceptibilidad percibida*: Valoración que hace una persona sobre su propia vulnerabilidad a enfermar, esta valoración varía desde creer que es poco probable contraer una enfermedad, a considerar siempre un alto riesgo de enfermar.
3. *Barreras percibidas*: Obstáculos o aspectos negativos que se presentan ante la ejecución de una conducta en salud, por ejemplo el costo económico o que sea doloroso.
4. *Beneficios percibidos*: Factores que le brindan sensación de seguridad o efectividad respecto a las conductas que se piensan poner en práctica.

En caso en que las barreras y los beneficios percibidos tengan un juicio de valor equitativo, la persona puede acudir a lo que algunos autores han denominado claves para la acción, que son estímulos considerados “imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones, tales como, síntomas físicos o percepciones corporales o de origen externo como “recomendaciones de los medios de comunicación de masas, recordatorios de los servicios de salud, consejos de amigos, etc.” (San Pedro y Roales-Nieto, 2003, p.6).

Aunque generalmente el modelo de creencias en salud ha sido adaptado principalmente por la psicología de la salud, y se aplica característicamente en investigaciones alrededor de las enfermedades físicas como el sida, cáncer de pulmón, trastornos cardíacos y hábitos de adicciones como el consumo de tabaco entre otros (San Pedro y Roales-Nieto, 2003), en la práctica de la psicología clínica también es relevante porque permite hacer una evaluación a la conducta. Al contar con elementos cognitivos como la percepción, es posible determinar, por ejemplo, la inflexibilidad psicológica que podría preceder a

adquisiciones de patrones de comportamiento, o dificultades respecto a identificación de valores que son los que encaminan la conducta.

Por otro lado, si bien la autoeficacia no se contempla como un factor en la teoría del modelo de creencias en salud, y de hecho cuenta con su propio modelo que propuso Bandura en la década de los setenta (1977), sí está muy relacionada con la percepción y las creencias de sí mismo que pueden afectar la toma de decisiones y las probabilidades de tomar acción con base a ellas, lo cual es afín a lo que plantea el modelo de creencias en salud. Con base a los procesos cognitivos o psicológicos, Bandura (1977, p.191) establece que la autoeficacia puede ser modificada, y a su vez “las expectativas de eficacia personal determinan si se iniciará el comportamiento de afrontamiento, cuánto esfuerzo se hará y cuánto tiempo se sostendrá frente a obstáculos y experiencias aversivas.”

Por esta razón la autoeficacia percibida se toma en cuenta en la aplicación de la intervención que se plantea en la presente investigación como un factor mediador entre las expectativas sobre sí mismo, la conducta consecuente y el contexto en el que se encuentre la persona.

2.5 Terapia de aceptación y compromiso

Así como los modelos ya presentados acuden a una interacción entre la conducta y el entorno para explicar algún fenómeno psicológico, en el campo práctico de la psicología

clínica se encuentran varios modelos de intervención que tienen en cuenta dicha interacción.

Dentro de las llamadas terapias de tercera generación o contextuales se encuentra la terapia de aceptación y compromiso (ACT) que cuenta con la mayor efectividad en procesos psicoterapéuticos por su evidencia empírica (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, Ed 2001). Esta terapia enfoca su trabajo en la identificación de valores a partir de la teoría de marcos relacionales (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, Ed 2001), lo cual lleva a aceptar lo que esté fuera del control de la persona y que se comprometa con desarrollar acciones que estén acordes a las cosas que le son importantes en su vida.

La teoría de marcos relacionales (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, Ed 2001) expone que el ser humano tiene la capacidad de asociar diferentes estímulos o eventos privados (pensamientos, emociones, recuerdos, sensaciones) con otros estímulos, asociaciones que se pueden dar a partir de relaciones arbitrarias, las cuales descritas en detalle pueden presentar una explicación a las reacciones emocionales o pensamientos desadaptativos. Las principales relaciones que estos autores proponen para dos estímulos diferentes son: coordinación (A igual a B), oposición (A lo opuesto de B), distinción (A diferente a B), jerarquía (A mayor que B), tiempo (A antes o después que B), espacio (aquí vs allá), causalidad (A porque B) y deícticas (yo diferente de otros).

Según la teoría, esto se da a partir de la conducta gobernada por reglas, es decir, se establece una relación entre el pensamiento y el lenguaje para poder prever las

consecuencias de un comportamiento determinado y tomar decisiones con base a cogniciones personales y a reglas que provienen de terceros. Los tres tipos de conducta gobernada por reglas son las siguientes:

1. **Pliance:** Conducta reforzada socialmente desde una perspectiva subjetiva de ese otro de lo que está bien o no hacer, las personas externas proveen la contingencia arbitraria de la conducta y con base a la consecuencia la otra persona desarrolla la conducta.
2. **Tracking:** También es una conducta regulada por consecuencias pero no establecidas por otros, son contingencias naturales que la propia persona lo largo de su vida aprendió a considerarlas como útiles para sí misma.
3. **Augmenting:** En esta se modifica las características reforzantes de la contingencia, es decir, el hecho de que la consecuencia influya en la conducta ya no depende simplemente de las propiedades del estímulo sino de lo que la persona considera que es más conveniente para ella según lo que considere importante para sí misma.

Ya que las reglas verbales se encuadran en un contexto, relacionado con una conducta y una consecuencia, es importante aclarar que un buen uso de las reglas verbales tiene la ventaja de evitar aprender algo desagradable a partir de la experiencia de otros, no solo con la relación entre estímulos vivenciados por sí mismo. Por ejemplo, para saber que el fuego quema no es necesario experienciarlo sino bastaría con que alguien lo enseñe mediante el lenguaje. Sin embargo las reglas verbales también pueden establecer relaciones

problemáticas o desadaptativas para las personas cuando las relaciones arbitrarias entran en conflicto con otras relaciones o expectativas.

Otro factor relevante a tener en cuenta son tres dimensiones del Yo, como (1) contenido referido a los eventos privados, es decir, lo que cada persona siente, piensa, cree, sus expectativas, sus evaluaciones o razones sobre algo, como (2) proceso o de autoconciencia que es el que observa, el que logra diferenciarse de sus propios eventos privados y comprende que no es lo que lo definen como persona sino que son una parte de sí mismo, y por último, como (3) contexto, el cual permite diferenciarse de otros y se establece como un mismo yo en diferentes contextos. Por eso esta teoría es fundamental para ACT, pues las técnicas que propone esta terapia buscan deshacer esas relaciones disfuncionales, esto se logra mediante procesos que permitan la flexibilidad psicológica (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999).

En este sentido Harris (2019) hace una de las más recientes explicaciones del *hexaflex*, el cual es el conjunto de los seis métodos con los que se puede conseguir flexibilidad psicológica para poder adoptar nuevas relaciones o formas de ver las cosas y en consecuencia poder realizar acciones diferentes a las habituales que estén en función de objetivos personales. Estos procesos son:

1. Conectar con el momento presente: Vincular la atención del consultante hacia el aquí y el ahora, ser consciente de la propia experiencia tal como están ocurriendo ahora.

2. Identificación de valores: Escoger la dirección hacia la que quiere enfocar su vida, determinar qué es lo que más le importa a la persona, que le brinden motivación o un significado a su propia vida.
3. Compromiso con acciones: Moldear o fortalecer patrones de conducta que estén en concordancia a lo que identifica como valioso.
4. Yo como contexto: Toma de perspectiva de sí mismo como observador de su entorno y diferenciarse de la experiencia psicológica de otros.
5. Defusión: Observar los pensamientos en lugar de observar desde los pensamientos, es decir, notar los eventos privados sin dejarse capturar por ellos y poder decidir sin prejuicios.
6. Aceptación: Abrirse completamente a la experiencia, identificar lo que se puede cambiar y lo que no, esto permite comprender el efecto del comportamiento a corto y a largo plazo (análisis funcional).

Las técnicas o estrategias que demuestran resultados efectivos como evidencia empírica y que son con las que se lleve a cabo el desarrollo de dichos procesos son varias, pueden ser metáforas, preguntas reflexivas, ejercicios experienciales, ejercicios de mindfulness, entrenamiento de habilidades, entre otros (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, Ed 2001; Ruiz, 2010).

3. Metodología

Se plantea una propuesta de carácter investigativo-interventivo ya que esta metodología permite un análisis interpretativo de los datos. Con esta metodología, la construcción de conocimiento se levanta en conjunto con el investigador y con el sujeto que participa en el estudio, pues cada uno es experto desde la teoría y la experiencia, respectivamente; ya que la práctica y la investigación no son excluyentes, sino que más bien se complementan (Bry, 2000).

Para ello se busca adquirir conocimiento a partir de la práctica aplicada de teoría psicológica a un grupo que puede ser susceptible a un fenómeno psicológico, como lo es no desarrollar el bienestar psicológico individual, lo cual se puede abordar desde la práctica clínica. La propuesta de intervención es la realización de un taller grupal, como herramienta de recolección de información e intervención, con el que se pretende lograr cambios en las percepciones y perspectivas de los asistentes respecto al bienestar psicológico.

Abordar un escenario conversacional de tipo reflexivo en el diseño del taller permite “la creación de sistemas emergentes para el cambio [...] y obtener transformaciones de los sistemas intervenidos e involucrados en la calidad de la salud mental” (Estupiñán, González y Serna, 2006, p. 23). Es decir, al tener cada participante al taller acceso a relatos significativos de pares, que explican realidades diferentes a la propia sobre una misma

problemática o concepto, se sustenta una base para que cada uno pueda flexibilizar su relación con la situación y abrir la posibilidad a relacionarse diferente con ella, es decir, abre la posibilidad de cambio. Por eso, el desarrollo del taller también cuenta con narrativas de la experiencia de vida de los participantes, lo cual favorece la transformación y cambios porque pueden aportar nuevas alternativas dirigidas a soluciones y la resignificación de problemáticas (Angarita, 2012). Estas narrativas pueden estar enfocadas hacia experiencias personales, o referirse a familiares u otros contextos.

Si bien esta intervención no surge a partir de un diagnóstico de los participantes, la psicología clínica permite realizar una evaluación y tratamiento sobre los factores ambientales o conductuales que afectan la salud mental o emocional de los consultantes, herramientas igualmente fundamentales en el marco psicosocial. Pues al especificar una problemática, ante la cual es apropiado realizar una intervención, la psicología clínica ayuda a potenciar los recursos de la población y de su entorno para aprovechar los beneficios que la transformación o cambio puede ofrecerle a los individuos.

Para este efecto, se realiza una entrevista a los adultos mayores interesados en el taller en la que se abordan las expectativas que tienen al participar, valores psicológicos presentes, perspectiva sobre la vejez y los aspectos de su calidad de vida más afectados, de esta manera se identifica a las personas que actualmente necesitan más la intervención y se delimita el grupo asistente.

Posteriormente se llevan a cabo las 6 sesiones establecidas del taller, cada una corresponde a uno de los aspectos del modelo teórico del bienestar subjetivo (Ryff 1989), y a su vez se desarrolla a partir de las dimensiones que configuran el modelo de creencias en salud (Maiman y Becker, 1974).

También se planteó una línea base de evaluación según lo que cada participante considera importante en su vida actual, cada uno registró sus deseos antes y después del taller. A partir de estos registros se delimitan dos grupos: quienes asistieron a todas las sesiones, y quienes no pudieron asistir a todas las sesiones; esto con el fin de comparar y analizar si hay cambios en sus deseos o no después de la intervención.

A continuación se presentan las fases de desarrollo establecidas para la realización del taller.

3.1 El taller como técnica de investigación-intervención

El taller tiene como objetivo principal instruir a la población participante con conocimientos y habilidades prácticas que potencien su bienestar psicológico. Esto se logra mediante unos objetivos particulares que vinculan los modelos teóricos del bienestar psicológico y creencias en salud anteriormente referidos, que son los pilares de la propuesta:

- Identificar la vulnerabilidad percibida de los participantes a las consecuencias de no tener conductas que estén en función de su propio bienestar psicológico.

- Distinguir las consecuencias que consideran los participantes que se pueden presentar al no desarrollar los factores que conforman el bienestar psicológico.
- Proporcionar conocimientos sobre el efecto positivo de tener conductas relacionadas con el bienestar psicológico propio.
- Indagar sobre los posibles obstáculos que les impiden a los participantes tener conductas favorables.
- Brindar alternativas para mejorar la autoeficacia percibida de la población frente a las acciones que ellos mismos puedan realizar para desarrollar su bienestar psicológico.

Estos objetivos guiaron el desarrollo de cada sesión y permitieron organizar la información que se presenta.

El taller es de carácter participativo y se organiza en 6 sesiones (Anexo A), cada sesión se realiza de manera semanal, cuenta con dos horas de duración y el tema central de cada una es uno de los factores propios del modelo de bienestar psicológico, a saber:

- Sesión N° 1. Relaciones positivas con otros
- Sesión N° 2. Autoaceptación
- Sesión N° 3. Autonomía
- Sesión N° 4. Control ambiental
- Sesión N° 5. Crecimiento personal
- Sesión N° 6. Propósito en la vida

El orden de presentación de los factores de modelo corresponde a una consideración del tipo de conductas gobernadas por reglas, los conceptos que tengan mayor relación con el primer tipo de regulación, pliance, para poder conectar mejor la relación de contingencias, y finalizar con las dimensiones que requieren un mayor número de habilidades enseñadas y se pueda establecer una relación con estímulos a partir de una regulación tipo augmenting.

3.2 Convocatoria y población

Mediante una convocatoria masiva por un correo electrónico dirigido a la facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá, informando sobre la apertura del taller gratuito que promueve el bienestar psicológico en adultos mayores que brinda el Servicio de Atención Psicológica (SAP) de la Universidad Nacional de Colombia, se logra contactar con estudiantes, profesores y administrativos de la Universidad, que a su vez transmiten la información a sus amigos, padres o abuelos que podrían estar interesados en participar en el taller.

Se logró un grupo de interesados de 31 personas, a las que se les brindó el consentimiento informado (Anexo B) de manera verbal, y se les realizó una entrevista semiestructurada de admisión (Anexo C) con el objetivo de caracterizar la situación actual de las personas y su relacionamiento con la problemática, así que da cuenta de cómo se encuentra la persona a nivel emocional actualmente, cuáles son sus creencias respecto a sí mismo y probabilidades percibidas de acción de conductas en salud.

Para la realización de la entrevista las personas fueron citadas previamente con un horario específico, se desarrolló de manera individual por la psicóloga a cargo del taller y la duración de la entrevista fue de aproximadamente 30 minutos. No se presentaron situaciones de crisis emocionales en ninguna de las personas entrevistadas. Después de realizada la entrevista se le solicita a los participantes que registren los 10 deseos para su vida en orden de prioridad, lo cual toma alrededor de 10 minutos.

Los admitidos se escogieron bajo los siguientes criterios:

- Ser mayor de 60 años.
- No tener diagnóstico de capacidades cognitivas comprometidas o deterioradas.
- No estar institucionalizados permanentemente por alguna incapacidad o inhabilidad física.
- Presentar vulnerabilidad o afectación en dos o más factores de la calidad de vida.
- Contar con una pronta necesidad de adquisición de habilidades que les permita hacer frente a su contexto de una manera más adaptativa

Al terminar el conjunto de entrevistas se analizó la información recogida y se escogió como participantes a las personas que contaron con menos habilidades desarrolladas de autonomía, con mayor necesidad de adquirir elementos que contribuyan a su bienestar psicológico y quienes contaron con menos satisfacción con la vida, lo cual se refiere en su narrativa.

El grupo final de admitidos fue de 17 personas, con un promedio de edad de 68,94 años, siendo 6 hombres y 11 mujeres. Dentro del grupo total se encontraron 3 parejas de casados que asistían juntos, 3 mujeres viudas y 5 divorciadas. La mayoría son pensionados o ya no trabajan, solo una de las mujeres aún tiene una actividad laboral.

Para efectos de análisis de datos, se realiza la codificación (Tabla 2) de la población por el orden alfabético de su nombre y apellido, además se determina el grupo de asistencia al taller, para el objetivo de comparación que se refirió anteriormente. Hay 7 personas que no han sido asignadas a ningún grupo debido a que no contestaron ninguno o solo uno de los formatos de deseos, por lo cual no se puede hacer la comparación correspondiente de los cambios de antes y después de la intervención.

Tabla 2. *Codificación de la población*

Identificación	Sexo	Edad	Estado Civil	Grupo
P1	Mujer	76	Casada	No aplica
P2	Mujer	74	Viuda	A
P3	Hombre	83	Casado	No aplica
P4	Mujer	64	Casada	B
P5	Hombre	63	Casado	B
P6	Hombre	68	Casado	B
P7	Mujer	75	Divorciada	B
P8	Hombre	64	Casado	No aplica
P9	Hombre	63	Casado	No aplica
P10	Mujer	66	Divorciada	B
P11	Mujer	64	Viuda	A

P12	Mujer	69	Divorciada	A
P13	Mujer	63	Casada	No aplica
P14	Mujer	67	Divorciada	A
P15	Mujer	64	Divorciada	A
P16	Mujer	68	Viuda	No aplica
P17	Hombre	81	Viudo	No aplica

3.3 Aplicación

Los aspectos éticos tomados en cuenta para la realización del taller se relacionan con lo estipulado en la Resolución 8430 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud de la República de Colombia, para una investigación con riesgo mínimo. El consentimiento informado que se presentó de manera verbal a cada una de las personas antes de realizar entrevista, teniendo en cuenta lo registrado en el Anexo B. Una vez resueltas las dudas emergentes, se acordó que es posible comenzar con el taller y la persona autorizó el uso de información relevante para fines académicos de manera anónima.

Cada sesión comienza con la explicación teórica del factor del modelo de bienestar psicológico (Ryff 1989) como tema central. Se aclaran dudas y se promueve participación de los asistentes a través de preguntas que buscan identificar la percepción de vulnerabilidad o afectación en cada uno de los factores analizados, también se analizan las barreras que dificultan la toma de decisiones a favor de cambiar actitudes o pensamientos que mantienen el estilo de vida que no promueve el desarrollo de bienestar psicológico.

El taller además se nutre de un intercambio de experiencias y reflexiones por parte de los asistentes, lo cual puede ampliar las perspectivas individuales y algunas creencias del grupo sobre la problemática que se aborda y la forma de afrontarla, así que una vez identificados estos aspectos, se comentan y evalúan algunas experiencias de los participantes que hayan compartido voluntariamente. También se agregan metáforas (Stoddard y Afari, 2014) o ejemplos propuestos por quien guía el taller, que estén relacionados con el desarrollo de flexibilidad de acercamiento o entendimiento de la situación. Así, es posible realizar la promoción de perspectivas positivas sobre los beneficios del cambio fomentando la motivación para adquirir conductas saludables y finalmente realizar orientación sobre cómo sobrellevar y superar las barreras o consecuencias no deseables con ayuda de las herramientas que se presentan en el taller.

En una segunda parte de las sesiones, se realizan actividades prácticas y dinámicas con las que se busca que los participantes integren la adquisición de conocimientos sobre los factores que potencian su propio bienestar psicológico y las herramientas para que puedan implementar en su vida cotidiana. Esto implica presentar alternativas de moldeamiento o fortalecimiento de patrones de comportamiento que mantengan a la persona comprometida con alcanzar sus metas o cumplir sus intereses. Estas actividades son:

Sesión N°1: Relaciones positivas con otros

Tabla 3. Descripción de actividades de sesión 1.

Actividad	Desarrollo	Objetivos
<p>a. Escribir individualmente dos verdades y una mentira sobre sí mismo.</p>	<p>a. -Cada persona escribe en una hoja, de manera anónima, dos verdades y una mentira sobre sí mismo/a en el orden que desee, sin compartir la información con nadie.</p> <p>-Posteriormente en una mesa redonda que reúna la totalidad de participantes, una persona comparte las frases que escribió, los oyentes participan mencionando según su criterio cuál es la mentira.</p> <p>-Finalmente la persona que comparte las frases revela cuál es la mentira y las demás personas del grupo comentan las razones por las que escogieron como mentira la frase por la que se decidieron.</p> <p>-Se realiza la misma secuencia con todos los participantes.</p>	<p>Determinar qué tan fácil o difícil le resulta a cada uno confiar en alguien o no predisponerse.</p> <p>Identificar lo sencillo que es hacerse una idea de alguien con poca información, lo cual es la base del trato que se le dará a esa persona.</p> <p>Promover una perspectiva de respeto ante el punto de vista de otra persona aunque no se esté de acuerdo con esta.</p>
<p>b. Escoger un secreto personal que esté en disposición de compartir a otra persona.</p>	<p>b. En una hoja cada participante escribe un secreto que esté en disposición de compartirle a un desconocido y se lo da a una persona de su elección.</p> <p>-El que entrega la hoja debe confiar en que quien la reciba no le va a decir el contenido a nadie.</p> <p>-La persona que recibe la hoja se compromete a no leerla hasta llegar a casa,</p>	

no compartir el contenido con nadie y a devolverla en la siguiente sesión a su dueño, con una opinión empática sobre el secreto escrita en la misma hoja.

Sesión N°2: Autoaceptación

Tabla 4. Descripción de actividades de sesión 2.

Actividad	Desarrollo	Objetivos
Anotar y compartir tres fallas o defectos personales	<p>-Cada persona escribe en forma de lista y anónimamente, tres fallas o defectos de sí mismos que más les afecte.</p> <p>-Se recogen los escritos, se mezclan en una urna, y se distribuyen aleatoriamente asegurando que nadie tome la que ha escrito.</p> <p>-Cada participante le lee en voz alta al grupo una de las fallas de la hoja que tomó, como si fuera una falla propia y comenta los problemas que le causaría si la tuviera.</p> <p>-El grupo le aporta a la persona que leyó, opciones de solución a la situación. De tal forma que la persona que sí escribió esa falla se ve beneficiada de esos aportes, los pueda asumir o emplear en su vida sin haberse expuesto públicamente.</p> <p>-Se realiza la misma secuencia con todos los participantes.</p>	<p>Fomentar la empatía con las necesidades o dificultades de otros.</p> <p>Flexibilizar la relación con los propios inconvenientes o eventos privados, para aumentar la posibilidad de tomar conductas saludables que permitan mejorar la percepción del bienestar individual</p>

Sesión N°3: Autonomía

Tabla 5. Descripción de actividades de sesión 3.

Actividad	Desarrollo	Objetivos
Analizar y tomar posición frente a dilemas éticos hipotéticos (Anexo D)	<p>-A cada participante se le entrega escrita una de dos situaciones hipotéticas que implica un dilema ético, la cual que no tiene una solución correcta establecida.</p> <p>-Los dilemas exponen riesgo en la vida de una o varias personas. En uno de los dilemas hay que matar a una persona para salvar a otras, o no matar a nadie pero esto implica que todos mueran.</p> <p>-El otro dilema implica la decisión de salvarse a sí mismo junto con un grupo pequeño de personas, o arriesgarse a salvar a más personas pero con la posibilidad de morir en el intento.</p> <p>-Una vez leído el dilema y dado el tiempo para que cada persona decida qué haría, cada uno hace la presentación de la solución del caso asignado, exponiendo cuales son los puntos que tuvo en cuenta y cómo llegó a la decisión final.</p> <p>-Se genera un debate grupal a partir de las opiniones de los participantes sobre los puntos determinantes para las decisiones tomadas</p>	<p>Identificar lo que más le importa a una persona (valores) y por qué.</p> <p>Observar la relación entre los valores individuales y la toma de decisiones de cada uno.</p> <p>Resaltar el respeto por la autonomía y decisiones de otro, en las que posiblemente no se esté de acuerdo.</p>

Sesión N°4: Control Ambiental**Tabla 6.** Descripción de actividades de sesión 4.

Actividad	Desarrollo	Objetivos
Analizar situaciones que se caracterizan como logros o fracasos	<p>-Se le solicita al grupo que propongan algunas situaciones de la vida cotidiana o familiar que se consideren éxitos o fracasos</p> <p>-A continuación se le pide participación al grupo para que a estas situaciones les adjudiquen explicación de causas internas o externas. Es decir, que el hecho de que sea éxito fracaso es por mérito personal o del entorno</p> <p>-También se indica que identifiquen en los escenarios planteados, qué se podría modificar por sí mismo y qué no está bajo el control personal.</p> <p>-Se les pregunta cómo afrontarían cada situación si la vivenciaran y cuáles habilidades personales o límites propios estarían implicados.</p>	<p>Aclarar cuál es la relación entre lo que se puede y no puede controlar cada persona.</p> <p>Fomentar una visión de aceptación frente a lo que no se puede cambiar.</p>

Sesión N°5: Crecimiento personal**Tabla 7.** Descripción de actividades de sesión 5.

Actividad	Desarrollo	Objetivos
Realizar actividades que	-Se proponen cinco ejercicios, de los cuales cada participante debe escoger uno que no	Resaltar el beneficio emocional y satisfacción

signifiquen auto- reto	sepa hacer, o sobre el que no tenga experiencia o conocimiento: 1. Presentarse en un idioma diferente 2. Aprenderse una canción nueva y cantarla 3. Escribir con la mano izquierda. 4. Utilizar internet para buscar un tema de interés 5. Aprender sobre un tema que no conoce y hacer una breve exposición al grupo explicándolo. -Los resultados se presentan en la siguiente sesión.	de aprender algo nuevo sin importar la edad. Aprovechar y estimular la capacidad de aprendizaje con la que cuentan los participantes. Motivar a la acción sobre cosas nuevas y alternativas.
---------------------------	--	--

Sesión N°6: Propósito en la vida

Tabla 8. Descripción de actividades de sesión 6.

Actividad	Desarrollo	Objetivos
Explorar y recordar intereses personales	-Se les invita a todos los participantes que piensen en alguna actividad que solían realizar en algún momento de su vida y que quisieran retomar, o que se planteen un nuevo interés que quiera emprender ahora. -Una vez identificada esa actividad de manera individual, se le presenta a cada participante un formato para que complete con lo que quiera establecer como nuevo propósito a cumplir, respondiendo específica y claramente a las siguientes preguntas:	Reflexionar sobre cuáles son las capacidades y habilidades individuales que se pueden retomar. Elaborar nuevas relaciones con sus contenidos cognitivos y eventos privados, que les permita tener perspectivas distintas a

1. ¿Cuál es mi meta?	las habituales y
2. ¿Por qué quiero lograrlo?	beneficiosas en su salud
3. ¿Qué beneficios obtendré?	mental y emocional.
¿Cuáles obstáculos se pueden presentar?	
4. ¿Cómo conseguiré mi meta?	Fomentar toma de
5. ¿Quizá he dejado olvidado o de lado algún sueño que he tenido?	decisión o acción acorde a lo desarrollado en el
6. ¿Cómo podría yo retomar su significado ahora?	taller.

3.4 Registro

A las personas escogidas como participantes se les solicita que registren una lista de 10 deseos que tengan en su vida actual. Este registro previo al inicio del taller permite plantear una línea base de información que se compara con una segunda toma de registro de los 10 deseos individuales, luego de haber tomado el taller. La comparación de estos resultados es uno de los insumos que permite el análisis interpretativo que se pretende en este documento.

Esta comparación se realiza en dos grupos distintos, por un lado, las personas que asistieron a todas las sesiones del taller, y por el otro, las personas que aunque registraron sus deseos antes de comenzar y una vez finalizado el taller, no pudieron asistir a todas las sesiones.

Por otra parte, se realiza una evaluación de cada sesión la cual da cuenta de cómo perciben los asistentes la organización, la claridad y el desarrollo del taller. Esto permite tener también registrados cuántos participantes hubo por sesión, y realizar un seguimiento a la deserción (Anexo E).

Para realizar la evaluación final del taller por parte de los asistentes, se le solicita cada uno que por favor califique cada sesión según el cumplimiento de los factores y objetivos que la componen (Anexo F). Es un formato de escala Likert en la que se debe marcar con una X la calificación según su criterio según la escala de evaluación que se establece de la siguiente manera:

Tabla 9. *Escala de calificación para cada sesión*

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

El puntaje máximo de calificación para cada sesión corresponde a la cantidad de evaluadores que respondieron el formato de indicador de cumplimiento de la sesión. El resultado que indica qué tanto se cumplieron los objetivos según los participantes, corresponde a la media de las respuestas que afirman estar totalmente de acuerdo con la afirmación que se plantea para calificar. Así, el porcentaje de satisfacción da cuenta del nivel de agrado que percibieron los asistentes con lo expuesto y realizado en las sesiones.

Por último, la tercera fuente de insumo de información son los resultados de las actividades propuestas en cada sesión, las cuales se describen a continuación en los resultados.

Cabe resaltar que las actividades se plantean con el fin de afianzar de manera individual los recursos cognitivos y emocionales que ofrece la aplicación de los modelos teóricos que subyacen al taller. Además de aprovechar las herramientas clínicas que favorecen la posibilidad de cambio.

4. Resultados

4.1 Actividades

Todos los asistentes a cada sesión participaron voluntariamente y de manera completa en las actividades planteadas. Los resultados se basan en la información compartida públicamente en las sesiones como lo son experiencias de los participantes, ejemplos propuestos por ellos, reflexiones realizadas que surgen en el grupo, devoluciones hechas a la tallerista y observaciones que realiza la tallerista de la dinámica que sale del grupo.

Las actividades realizadas en cada sesión son evaluadas bajo el alcance de los objetivos específicos para el taller, los cuales han sido especificados en el diseño. A continuación se presentan los resultados desagregados por cada sesión, y los resultados obtenidos según cada objetivo propuesto, la identificación de los participantes para cada sesión se establece en el Anexo C.

4.1.1 Vulnerabilidad percibida a consecuencias de no tener conductas favorables de bienestar psicológico

Sesión N°1. Relaciones positivas con otros

En la actividad de dos verdades y una mentira, los participantes mostraron seguridad al escoger cuál era la mentira expresada por sus compañeros. Una vez que la persona reveló cuál era realmente su mentira, a los demás participantes les costó creer que no era la frase que habían elegido.

Esto hizo que hicieran consciencia de la inflexibilidad que presentan al hacerse una idea de una persona, y darse cuenta que los pensamientos que se generan no necesariamente son ciertos. Se mencionaron casos de cómo algunos de ellos (P2, P6) han generado y perpetuado prejuicios sobre alguien, por ejemplo por su lugar de origen.

Respecto a la actividad de compartir un secreto, los participantes lograron determinar que les resulta difícil qué aspectos compartir de su privacidad, y también se les dificultó confiar en alguien que no conocen. Al momento de decidir a quién le entregarían su escrito, lo dudaron un tiempo y al recibir el escrito de la otra persona preferirían no tener que comentar algo al respecto posteriormente.

Los participantes percibieron su vulnerabilidad a no tener relaciones positivas, en el hecho de que en su contexto cotidiano tienen relaciones que podrían mejorar, principalmente con algún miembro de su familia. Es decir, se sienten vulnerables a tener malas relaciones interpersonales con otros significativos. Además comentan que su trato hacia otros suele basarse en lo que piensan de esas personas, sin preguntarse si es posible que estén equivocados o en hacer algo para cambiar ese pensamiento.

Sesión 2. Autoaceptación

Los participantes a esta sesión se sintieron cómodos con la dinámica de anonimato de la actividad, y se sintieron más libres de dar su opinión cuando se expresó una falla, porque no se la dirigían a alguien en particular y porque surgieron temas que eran comunes a varios de ellos, así que las devoluciones serían útiles para más de una persona.

Los temas de conflictos entre familiares fueron los que generaron mayor discusión sobre cómo los maneja cada uno y cuál debería ser la forma más conveniente de hacerlo. Esto hizo que el grupo en general perdiera el uso de la palabra, y las intervenciones fueron interrumpidas. A raíz de esta situación se llega al acuerdo junto con la tallerista de que cada intervención en las actividades tendrá un límite de tiempo y los asistentes se comprometieron a respetar el momento de hablar del otro. Además se toma este ejemplo de lo que sucede para retomar el tema de la sesión anterior y demostrar cómo se pueden afectar las relaciones positivas con otros, así recalcar la importancia de fomentar la empatía y el respeto por la opinión de otras personas. En cuanto a las discusiones que se generaron, quienes más participaron (P5, P6, P9) ofrecieron sus disculpas hacia quienes interrumpieron o acallaron (P7, P10, P15), esto favoreció la alianza del grupo.

Inicialmente los participantes no perciben vulnerabilidad frente a no tener conductas que favorezcan la autoaceptación porque no hay conocimiento del término y de lo que implica. Después de ser explicado, los participantes se centran en la severidad de las consecuencias de ser vulnerables, pero no logran identificar claramente qué factores los hace vulnerables.

Como severidad prevén situaciones que se desencadenarían por no desarrollar autoaceptación, y como vulnerabilidad se determina la probabilidad de que efectivamente, cada uno puede no autoaceptarse.

Sesión 3. Autonomía

Aunque solamente se presentaron dos casos hipotéticos en los que está en peligro la integridad física propia y la de otras personas (Anexo D), las respuestas para cada dilema fueron muy variadas. Se notó una tendencia en las mujeres (P4, P11, P12, P16) a tener en cuenta la integridad física de las personas en peligro, incluso sobre la propia; prepondera en ellas el valor del cuidado y de la eficiencia. Mientras que los hombres (P5, P6, P8) intentaron encontrar estrategias que no eran obvias, aunque presentaran riesgos adicionales. Por ejemplo propusieron que para el primer dilema (Anexo D) no atacar a ningún secuestrado sino al secuestrador; en el caso del segundo dilema (Anexo D) no acercase demasiado a los naufragos y más bien mandar una soga para acercar a los que pudieran, pero con la alternativa de poder soltar la soga en caso de que se volcara el bote salvavidas en el que se encontrarán. Esto responde a que, acudiendo a valores de eficacia y recursividad es que los hombres centraron sus decisiones en estos casos.

En las respuestas de los participantes se encuentra una mayor vulnerabilidad percibida en las mujeres a carecer de autonomía y les toma más tiempo que a los hombres decidirse hacia alguna solución. De hecho surgen experiencias en las que cuentan como algo que marcó su vida, principalmente siendo casadas, fue la dependencia y subordinación en muchos aspectos. Una señora en particular (P10) comentó que aún en la actualidad, a pesar

de vivir sola hace muchos años, aún siente que no tiene control sobre su vida. Sin embargo por parte de los hombres no se considera ninguna vulnerabilidad a no ser autónomos.

Sesión 4. Control ambiental

La actividad de identificar y analizar situaciones para determinar la causa de logro o fracaso, fue de fácil desarrollo para el grupo y se encontró concordancia en las interpretaciones y participaciones de los asistentes. Dos personas (P5, P6) voluntariamente propusieron ejemplos de sus experiencias personales para que fueran analizadas por el grupo, esto denota una mayor integración e involucramiento con el taller y con sus participantes.

Después de que otros participantes (P7, P10) compartieran públicamente en el grupo algunas experiencias detalladas sobre cómo ellos mismos han decidido cambiar algo que solían hacer o pensar, y resaltaron que se sintieron mejor al obtener resultados y logros que no hubieran podido alcanzar si no hubieran modificado alguna conducta, se logra que el resto del grupo evidencie la importancia de ser más conscientes de la necesidad de potenciar y desarrollar las capacidades individuales. Por ejemplo, una de las experiencias (P10) fue haber aguantado maltrato por parte de la pareja por mucho tiempo, hasta que tomó acción y se separó. Haciendo énfasis en las dificultades que ella encontró con su decisión, se aprovechó para puntualizar la importancia de saber determinar qué puede cambiar uno mismo y qué no.

Inicialmente no se percibe vulnerabilidad en el grupo pues se asume que las experiencias de vida o que las cosas que pasan se han dado por alguna razón (una causa propia o externa). No se valora la capacidad acción para generar cambio, la cual permite obtener resultados diferentes. Sin embargo, después de escuchar las vivencias de sus pares, el grupo identifica que ser vulnerables implica no identificar qué se puede cambiar de su entorno para sentirse mejor en él.

Sesión 5. Crecimiento personal

La presentación de las actividades se realiza al iniciar la última sesión del taller. Se encontró un gran compromiso de los participantes (P1-P7, P10-P12, P14, P15) con las actividades propuestas, pues todos hicieron la presentación de lo que prepararon.

Resaltan tres casos: inicialmente la exposición de una señora (P7) que hizo carteleras (Figura 1), aportó videos e hizo impresiones sobre la cultura egipcia, acudió a sus conocimientos y experiencia como profesora para realizar de una manera muy dinámica su presentación. Otro caso relevante fue el cambio de disposición de uno de los señores (P3), pues al momento de escoger un ejercicio para realizar, mencionaba que prefería no hacer ninguno porque no lo iba a lograr, sin embargo en la siguiente sesión fue el primero que se ofreció a presentar su ejercicio. El otro caso que sobresale es el de una señora (P14) que decidió practicar la escritura con su mano no dominante y presentó el avance de sus ejercicios en la semana, en la figura 2 se muestra el resultado.



Figura 1. Apoyo visual para la exposición realizado por una asistente al taller

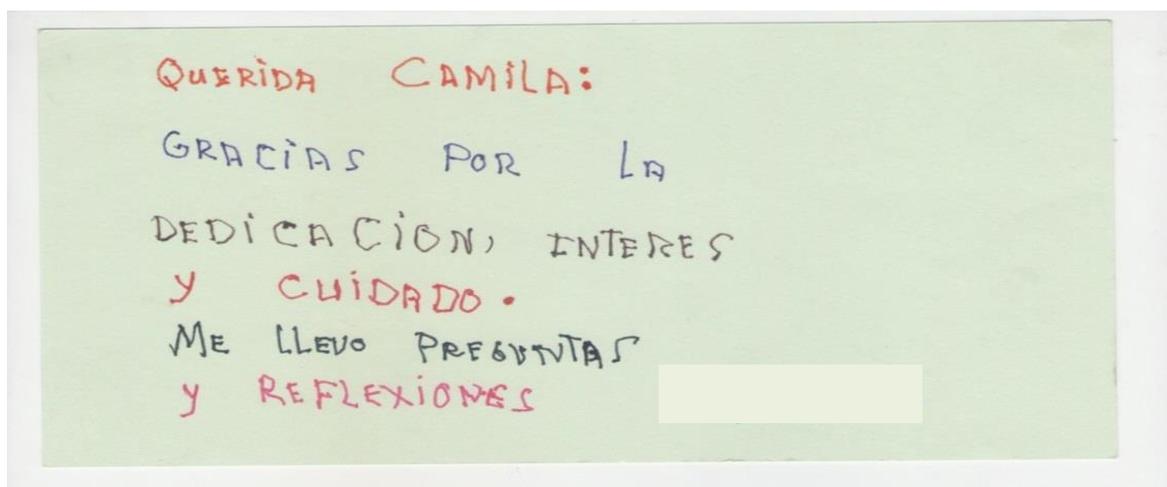


Figura 2. Resultado de la práctica de escritura con mano no dominante

Antes de realizar los ejercicios que cada uno eligió, los participantes no percibían ninguna vulnerabilidad frente a no tener conductas que les permitiera desarrollar su crecimiento personal, pues acogían el pensamiento de que ya hicieron lo que se necesitaba para la vida y que no tiene sentido aprender algo nuevo a su edad. Sin embargo, después de haber realizado dichas actividades y de haber recibido comentarios por parte de sus pares que refuerzan la conducta de aprender algo nuevo, mencionaron que disfrutaron mucho haber hecho estas actividades y que después de hacerlas sí perciben vulnerabilidad frente a no lograr alegría o satisfacción con las cosas que pueden hacer, o a perderse de algo nuevo que les genere beneficios emocionales.

Sesión 6. Propósito en la vida

Algunos (P2, P3, P12) quisieron compartir cuáles son algunos intereses personales que han dejado de lado o que han olvidado cómo hacían algunas cosas que les gustaban y aunque reconocerlo les generó algo de tristeza, también hacía que se motivaran a retomarlos.

Algunas de las actividades que comentaron fueron: retomar conocimientos de idiomas que tenían, volver a coser, volver a leer libros de su interés, retomar el plan de tener una nueva casa propia, viajar a lugares donde siempre han querido conocer, entre otros.

Ya que el formato que se les dio para que pudieran estructurar mejor el plan para retomar intereses era personal, no se solicitó la exposición de los detalles de cómo lo aplicarían. A pesar de ello, de manera voluntaria algunos (P4, P6, P10) comentaron que ya saben por

dónde empezar, que se sienten motivados a hacerlo y que usarán ese esquema de planeación para nuevos propósitos que puedan surgir.

Una de las participantes (P15) que asiste a algunos voluntariados comentó lo bien que se siente al hacer algo diferente en su rutina, establecer relaciones de amistad con personas que comparten sus intereses y de hecho invita a los demás a asistir, algunos aceptan y proponen que todos deben estar en contacto para volverse a reunir porque sienten que establecieron una buena red de apoyo entre ellos, así que se abrió un grupo de contacto por chat entre ellos.

En cuanto a la vulnerabilidad comentaron que se sienten susceptibles a quedarse estancados, a no explotar las habilidades y capacidades que tengan o que puedan descubrir.

Tabla 10. *Resumen de resultados respecto a la vulnerabilidad percibida*

Sesión	Vulnerabilidad Percibida
Relaciones positivas	Frente a tener malas relaciones interpersonales principalmente con miembros de su familia.
Autoaceptación	Encuentran dificultad para diferenciar entre vulnerabilidad y severidad. Se ven vulnerables a inflexibilidad cognitiva que no les permita desarrollar autoaceptación
Autonomía	Los hombres no consideran que sean vulnerables a no ser autónomos. Las mujeres sí se perciben como limitadas a lo largo de su vida.

Control ambiental	Inicialmente no se percibe vulnerabilidad. Es percibida después de escuchar relatos de pares que evidencian la necesidad de ser más conscientes de las capacidades individuales para hacer cambios en el entorno.
Crecimiento personal	Inicialmente no se percibe vulnerabilidad pues se encuentra un pensamiento generalizado de que a su edad no tiene un valor agregado aprender algo nuevo. Se percibe vulnerabilidad a no sentirse mejor consigo mismos después de realizar ejercicios que les generaron satisfacción personal
Propósito en la vida	Encuentran que son vulnerables a no explotar su potencial de habilidades y consecución de objetivos.

4.1.2 Severidad percibida frente a no desarrollar el bienestar psicológico.

Sesión 1. Relaciones positivas con otros

Los participantes se centran en las experiencias de conflictos entre familiares que han tenido, para comentar que si no se tiene paz con los que lo rodean, nadie logra estar tranquilo, tema que resulta común a la totalidad del grupo. Esto se evidencia en ejemplos puntuales de diferentes conflictos que, comentan, han tenido algunos del grupo con sus hermanos o parejas (P1, P2, P6, P7 y P10), y en afirmaciones de los demás participantes de que han vivido situaciones similares a las comentadas. De tal forma que todos consideran que son serias las consecuencias de no tener buenas relaciones con las personas y se motivan a cambiar su conducta en algo que les sea posible; porque ya han visto que al no hacer cambios, los conflictos perduran en el tiempo, las familias se dividen e incluso se

ven afectadas hasta las generaciones más jóvenes de la familia que no están involucradas en las problemáticas iniciales.

Sesión 2. Autoaceptación

Como se había comentado en el apartado anterior, los participantes solapan la vulnerabilidad con la severidad de las consecuencias. La principal consecuencia que percibe el grupo es que si no se busca un sentido de autoaceptación, se ve altamente afectada de manera negativa la autoestima debido a los sentimientos de culpa, depresión, ansiedad, entre otros, que genera la rumiación del pensamiento. En palabras de una de las participantes a esta segunda sesión del taller: *“darle vueltas a las cosas que a uno lo lastiman y uno se siente peor”* (P10).

Por otro lado, resaltan que es muy posible perder de vista las cosas que uno puede cambiar para mejorar y seguir siendo inflexibles en muchas cosas. Además de que pueden sentirse indefensos o inútiles y responder de manera reactiva debido a eso, haciendo daño a otros y a sí mismos.

Sesión 3. Autonomía

Debido a los varios ejemplos de experiencias personales que comentan algunos de los participantes (P4, P7, P15, P16), el grupo concluye que si no se desarrolla autonomía se mantiene un carácter débil y manipulable, lo cual generaría sentimientos de rabia, culpa o incompetencia frente a sí mismos. Consideran que es más probable que le hagan daño

emocional, o se aprovechen de una persona que no establezca límites personales, no tome decisiones por sí misma, o su estado de ánimo dependa de su relación con otros, y esta persona sentiría una vida insatisfactoria. Lo cual va en contra de las expectativas que tienen actualmente de su vida, plasmadas en el registro inicial de sus deseos, y en contra de la salud mental y emocional que desean tener.

Con base al ejercicio realizado de los dilemas éticos hipotéticos, percibieron que es muy importante tener presente que las decisiones que cada quien toma en la vida, pueden afectar a las demás personas de su entorno. Así que se evidencia la severidad en cuanto a que no desarrollar autonomía no solamente puede ser en detrimento de sí mismos, sino de sus otros significativos.

Sesión 4. Control ambiental

Se encontró que la tendencia del grupo está hacia a catalogar los éxitos en función de los esfuerzos y acciones personales, pero los fracasos adjudicarlos a factores externos. Por ejemplo, poder comprar una casa, sacarse la lotería, que los hijos puedan iniciar una carrera universitaria, se asumen como logros principalmente debido a los factores que ellos aportaron, pero a situaciones que se vivencian como fracasos, como deudas, separaciones de matrimonio, no terminaciones de proyectos, entre otros, sí se centran en explicaciones con base a actitudes de otras personas o elementos del ambiente. Cuando en realidad tanto en éxitos como en fracasos, están involucrados ambos, factores personales y externos.

El grupo (P1- P8, P10-P12, P14-P16) comenta que la gravedad de no ejercer una regulación en el ambiente, es que, si no se logran identificar las verdaderas capacidades y responsabilidades individuales, la persona entra en un bucle de culpabilidad hacia sí misma por cosas que no puede controlar o cambiar, lo cual hace que recaigan efectos negativos sobre su estado de ánimo y sus pensamientos. Otro punto que toman en cuenta es que no tener los límites de control claros, además de afectar su autonomía, puede volcarse al extremo de buscar tener control sobre aspectos que no le corresponden a la persona, y esto genera entonces, tensión en sus relaciones personales.

Sesión 5. Crecimiento personal

Antes de realizar los ejercicios que cada uno escogió, algunos participantes (P1, P2) se encontraban con mayor tendencia a la resignación a no poder aprender algo nuevo porque su pensamiento se dirigía hacia la utilidad práctica que esto les podría brindar. No percibieron la severidad de consecuencias de no tener conductas que desarrollen el crecimiento personal hasta que realizaron el ejercicio y notaron los resultados a nivel emocional que esto significó, pues se percibieron más proactivos y capaces, sensaciones que no habrían experimentado si no hubiesen realizado las actividades, y no se habrían sentido mejor consigo mismos.

A diferencia de la vulnerabilidad, que se encamina en este mismo sentido, la severidad se centra en las consecuencias de no darse la oportunidad de hacer algo diferente, las cuales son, no desarrollar mayor independencia, limitar su libertad de toma de decisiones, tener

sentimientos de frustración o continuar siendo inflexible con formas de pensar o actuar.

Mientras que la vulnerabilidad la percibieron como la posibilidad de que efectivamente, si no hacen un cambio ahora, podrían ser personas que terminen sus días sin realizar nuevas actividades que les generen sentimientos de satisfacción o realización.

Sesión 6. Propósito en la vida

Al hacer la presentación del formato que permite planificar específicamente los pasos para realizar todas las actividades que quieren hacer después del taller en adelante, una de las participantes comentó: “*me estoy perdiendo de cosas que podrían hacer mi vida más gratificante*” (P4) aunque no entró en detalles. Los demás participantes comentaron que se sienten identificados con esta frase y agregaron que gracias al taller se hicieron conscientes ello y de la necesidad que ahora tienen de hacer algo al respecto.

Similar a la severidad percibida en la sesión anterior, en este caso, se hace evidente en las consecuencias de no hacer algo diferente, solo que no frente a actividades que pueden ser inmediatas, sino frente a objetivos o proyectos que tengan un significado más profundo de realización para su propia vida.

Tabla 11. *Resumen de resultados respecto a la severidad percibida*

Sesión	Severidad Percibida
Relaciones Positivas	La severidad se enfoca en las consecuencias de no hacer cambios personales para mejorar las relaciones con sus familiares. Como son: se afectan a miembros de la familia que

	no están involucrados en los conflictos, hay distanciamiento que puede durar mucho tiempo y los efectos emocionales que esto conlleva en los participantes.
Autoaceptación	Rumiación cognitiva que genera estados emocionales indeseables. Inflexibilidad o fusión cognitiva con elementos que no permiten cambios personales positivos. Alta reactividad emocional que causa daño a otros.
Autonomía	Carecer de una independencia que prevenga la indefensión frente a personas o acciones que puedan causar daño. Frecuentes sentimientos de ira, frustración e impotencia.
Control ambiental	No poder delimitar lo que está dentro y fuera de sus capacidades y responsabilidades. Culparse a sí mismo por cosas que no puede controlar, lo cual recae en su estado de ánimo y pensamientos. Generar tensión en relaciones interpersonales por no tener claros los límites frente a otros.
Crecimiento personal	No poder conocer cosas o lograr objetivos que no sabían les generaría satisfacción y confort adicionales a su vida.
Propósito en la vida	Se asemeja a la severidad percibida de no desarrollar crecimiento personal, pero desde un plano más significativo en cuanto a sus valores.

4.1.3 Efectos positivos de tener conductas relacionadas al bienestar psicológico

Sesión 1. Relaciones positivas con otros

Al ver que los juicios u opiniones que cada uno se forma sobre las demás personas sientan las bases de cómo se relacionará con ellas, los participantes comprenden que ejercer mayor calidez, confianza y desarrollar flexibilidad cognitiva al momento de tratar con alguien es fundamental para mejorar o fortalecer relaciones interpersonales nuevas o ya existentes. Al aplicar esto en un ambiente cercano y de manera constante, se logra tener mayor unidad familiar, lo cual es el interés de todos.

Sesión 2. Autoaceptación

Aunque fue la autoaceptación el tema del que menos tenían conocimiento de lo que implica y la importancia de aplicarlo en su vida, logran encontrar varios beneficios que hacen que quieran ampliar su patrón conductual a este respecto. Los principales beneficios que quieren alcanzar son: fortalecer la seguridad en sí mismos y aprender a identificar qué se puede y qué no se puede cambiar de sus pensamientos y conducta, para no engancharse con pensamientos o emociones que les resultan desagradables y así lograr mayor manejo de regulación emocional.

También conectan los beneficios de esta sesión con los de la anterior, pues consideran que con la autoaceptación se logra delimitar y comunicar los propios límites de manera asertiva a los demás, y así mejorar también las relaciones interpersonales. Para lograr delimitar dichos límites, entienden que hay que estar en disposición de reconocer y aceptar en sí mismo sentimientos y emociones, tanto positivas como negativas. Esto se logró a partir del análisis grupal que se le hizo a la actividad de compartir defectos o fallas personales. Allí destacaron la dificultad generalizada de escoger cual defecto estarían

dispuestos a compartir en público, incluso con la garantía de que no se sabría de quien es. A raíz de esto, reflexionaron que si no están dispuestos a reconocer que hay cosas que deben cambiar y mejorar, será más difícil lograr autoaceptarse completamente, ya que hay factores que en definitiva no se pueden modificar, pero los acompañarán en sus vidas, por ejemplo aspectos físicos, o consecuencias de decisiones que se hayan tomado.

Sesión 3. Autonomía

Ya que de la actividad de la toma de decisiones sobre los dilemas que se presentaron surgieron observaciones respecto a los factores prácticos, cognitivos y emocionales que están envueltos al momento de hacerse cargo de alguna situación, resulta relevante y beneficioso para los participantes del grupo (P4, P7, P17) ampliar su perspectiva frente a sentirse responsable por sus propias acciones y decisiones en la vida y saber de lo que se es capaz. También piensan que es importante reconocerse como responsable de sí mismos, conocerse a mayor profundidad y aprender a respetar la autonomía de otros.

Sesión 4. Control ambiental

A partir de lo identificado en la actividad en cuanto a cómo le adjudican el juicio de éxito o fracaso a las situaciones, se dan cuenta (P3, P4, P14) que al aprender al distinguir y analizar las verdaderas fuentes de causalidad, permite ser más realista y moderado con las acciones que se llevan a cabo y con los cambios que lo implican a uno mismo o a alguien más. Un beneficio de esta distinción es que es posible soltar cargas emocionales de hechos o situaciones que no están en poder de cada uno cambiar o de asumir. Lo cual no quiere

decir que se vuelvan indiferentes a problemas o situaciones, sino más bien que pueden poner en práctica la flexibilidad, empatía, autoaceptación y autonomía que desarrollen.

Particularmente en esta sesión los asistentes (P1-P8, P10-P12, P14-P16) comprenden que las habilidades y beneficios que se adquieren al emprender acciones o moldear conductas que están relacionadas con un factor, pueden estar relacionadas con otros factores que forman el bienestar psicológico. Es decir, las habilidades que logren desarrollar según las que se proponen en cada sesión, las pueden utilizar para fomentar o potenciar otras que surgen como necesarias en otras sesiones, así se va complementando y mejorando su bienestar psicológico.

Sesión 5. Crecimiento personal

Al darse cuenta que fue posible proponerse la meta de realizar algo nuevo y efectivamente lograr hacerlo en un tiempo definido, se generaron expectativas sobre qué otras cosas podrían realizar por sí mismos. De hecho, algunos de los participantes (P7, P11, P12, P15) comentaron que aunque solo podían escoger un ejercicio para presentar, iban a tomar nota de todos porque se sentían motivados a realizarlos todos en otro momento.

De tal forma que el mayor beneficio percibido fue la posibilidad de ser más flexible y equilibrado en distintos aspectos de la vida. Esto se logra mediante adoptar una visión más abierta y realista de nuevas tareas, intereses o acciones que, llevadas a la práctica de una manera más estructurada y organizada, hace que surja de nuevo la motivación para

aprender o retomar intereses que han dejado en el pasado, o para explorar y encontrar capacidades que no sabían que tenían y aumentar su autoestima.

Sesión 6. Propósito en la vida

Los beneficios percibidos en este factor son muy similares a los beneficios que distinguen del crecimiento personal. La diferencia fundamental es que cada uno le agrega un valor especial al significado que tiene para sí mismo la realización de los planes que se haya propuesto para su presente y que son trascendentales para su vida en particular. Para el grupo (P1-P7, P10-P12, P14, P15) es gratificante poder darle un sentido vital a los objetivos que se planteen, lo cual fortifica la motivación y constancia que le dediquen a la realización de ellos.

Tabla 12. *Resumen de resultados respecto a los beneficios percibidos*

Sesión	Beneficios Percibidos
Relaciones Positivas	Desarrollar más calidez, confianza y flexibilidad para mejorar o fortalecer relaciones interpersonales, lo cual redundará en tener una mayor unidad familiar.
Autoaceptación	Aprender a identificar qué se puede y qué no se puede cambiar, para no fusionarse con pensamientos o emociones. Fortalecer la seguridad en sí mismo Lograr mayor regulación emocional de emociones positivas y negativas. Comunicar y delimitar los propios límites de manera asertiva.
Autonomía	Sentirse responsable por sus propias acciones y decisiones.

Control ambiental	<p>Adquirir seguridad al sentirse capaz de manejar mejor su propia vida y tener mayor control emocional sobre sí mismo.</p> <p>Se puede ser más realista y moderado con las decisiones y cambios.</p>
Crecimiento personal	<p>Soltar cargas de responsabilidad de aspectos que no le corresponden.</p> <p>Aprendizaje de cosas nuevas o retomar intereses independientemente de la edad que se tenga.</p> <p>Explorar y encontrar capacidades que no se sabía que se tienen, lo cual aumenta la autoestima.</p>
Propósito en la vida	<p>Ser más flexible y equilibrado en distintos aspectos de la vida.</p> <p>Motivación a encaminarse hacia un plan de vida realizable, no dejarlo solo como idea.</p> <p>Dar un significado más amplio y profundo a su presente, dejando de lado la rumiación sobre el pasado.</p>

4.1.4 Obstáculos percibidos que impiden tener conductas favorables

Sesión 1. Relaciones positivas con otros

El obstáculo con el que todos los asistentes a esta sesión coinciden y que surge de manera inmediata es el reconocimiento de que “uno suele tener prejuicios con las personas y con base a eso uno trata a la gente” (P2). Reconocer que cada uno puede tener fusiones cognitivas con que las ideas que uno se forma sobre algo o alguien son verdad, cuando en realidad pueden ser prejuicios o ideas basadas en estereotipos que no dan cuenta de las verdaderas características de las personas.

Otra barrera relacionada con lo anterior, es que perciben que generalmente no se tiene la disposición a ver y aceptar maneras alternativas de aproximarse y entender a las personas o las situaciones, lo cual denota inflexibilidad frente al cambio de pensamiento y conducta.

Sesión 2. Autoaceptación

La principal barrera percibida es haber tenido experiencias emocionales invalidadas que marcaron dificultades para la expresión de las mismas en momentos futuros. En general comentan que esto sucedió frecuentemente en la infancia (P3, P7, P15, P16) y que por esa razón ahora es más difícil actuar de una manera diferente o entender sus emociones desde un sentido más pleno.

Un obstáculo muy relacionado a lo anterior es la crítica o burla de otros significativos al momento de compartir algún sentimiento o emoción. A su vez, esto refuerza otro obstáculo identificado que es la inflexibilidad a aceptar defectos o cosas negativas, porque se asume que “si no soy escuchado entonces me impongo” (P5).

Finalmente, un factor que no propicia la adopción de conductas alternativas es no ver los resultados rápidamente de los cambios que se realizan.

Sesión 3. Autonomía

Principalmente son las mujeres (P4, P7, P10, P11) las que expresan tener limitaciones para ejercer su autonomía. Explican que la forma en la que fueron criadas y la familia que

construyeron con su esposo son algunos de los factores que les impide pensar en tener mayor autonomía actualmente, pues gran parte de su vida la vivieron en función de otros o de servir a otros. Frente a obstáculos percibidos para desarrollar autonomía no se obtuvo mayores aportes por parte de los hombres. La dificultad que comentó uno de ellos (P9) hizo referencia a cuando era menor de edad y estaba supeditado a la dirección y autoridad de sus padres, cuestión que evitó replicar en la crianza de sus hijos.

Sesión 4. Control ambiental

Los prejuicios hacia las personas y sus intenciones junto con las formas de pensar rígidas de los participantes, son los dos factores que sobresalen como limitantes para poder ejercer una conducta que resulte en un cambio de perspectivas para mejorar la forma de relacionarse con el entorno.

Sesión 5. Crecimiento personal

Al momento de escoger la actividad que cada quien desarrollaría, uno de los hombres participantes toma una postura negativa radical para elegir alguna de las actividades (P3), con el argumento de que no iba a tener tiempo de realizar el ejercicio. Ante la insistencia y refuerzo del grupo para que escogiera una, su respuesta fue “*ay no, eso para qué*”, haciendo alusión a que no es una actividad de utilidad para él.

Esto demostró en el grupo que uno de los principales obstáculos son los prejuicios sobre la vejez, al pensar que aprender una alguna habilidad o aproximarse a nuevas experiencias es un esfuerzo inútil porque la edad ya no permitirá hacerlo bien.

Sesión 6. Propósito en la vida

Al igual que los beneficios, los obstáculos son muy similares a los que encuentran en el crecimiento personal. Reconocen que las barreras en estos factores surgen de ellos mismos a partir de sus pensamientos, ya sean referentes a incapacidad, inutilidad, o de inflexibilidad frente a cómo se perciben a sí mismos de manera limitada.

Tabla 13. *Resumen de resultados respecto a las barreras percibidas*

Sesión	Barreras Percibidas
Relaciones Positivas	Prejuicios frente a los demás. Fusión e inflexibilidad cognitiva.
Autoaceptación	Invalidaciones al momento de compartir sus eventos privados. Inflexibilidad para aceptar defectos. No ver los resultados del cambio de manera inmediata.
Autonomía	Las mujeres encuentran diferentes limitaciones y restricciones en su crianza y con sus esposos. Los hombres no reportan barreras comunes para ellos.
Control ambiental	Inflexibilidad cognitiva.
Crecimiento personal	Prejuicios sobre la vejez.
Propósito en la vida	Percepción limitada sobre sí mismos y de que es tarde en su vida para hacer cambios.

4.1.5 Autoeficacia percibida frente toma de acciones para desarrollar bienestar psicológico

Sesión 1. Relaciones positivas con otros

La reflexión que se presenta luego del análisis de la actividad y de la explicación de este factor es que no es sencillo expresar y compartir las emociones o las cosas importantes a los demás (P5, P7, P12, P14), sin embargo todos se dieron cuenta que es posible hacerlo. Es viable en la medida de que logren anteponer el respeto a opiniones ajenas y evitar prejuicios al relacionarse con otro, así pueden promover un mejor ambiente interpersonal y mejorar su flexibilidad y empatía.

El compromiso que se mantuvo sobre recibir de forma amable y con consideración la intimidad de alguien más, fue fundamental para el desarrollo de la actividad, lo cual reforzó la confianza en que cada uno sí tiene la capacidad de lograr lo que se propone en términos de mejorar el relacionamiento con las demás personas.

Sesión 2. Autoaceptación

Uno de los logros de la actividad se centró en buscar la solución a problemas o defectos de otra persona, lo cual llevó a la conclusión de que también se puede hacer lo mismo con los propios, mediante el reconocimiento de que existe en cada uno la capacidad de cambio. Así surge la necesidad individual de análisis para identificar qué cambiar o qué reforzar en su pensamiento y en su conducta.

Sesión 3. Autonomía

Con la actividad se encuentra que las mujeres del grupo consideran como factor de decisión su preocupación por el bienestar de otros, mientras que los hombres basaron sus decisiones principalmente en lo que sería más práctico para la situación. Por ejemplo, las mujeres se centraron en pensar en las implicaciones ficticias que tendría su decisión, se mencionó incluso preocupación por las familias de las personas que están bajo riesgo (P4). Por otro lado, los hombres fueron más allá de la información que se presentaba y acudieron a alternativas que no se presentaban en los dilemas, como el hecho de no matar a uno de los secuestrados sino al secuestrador (P5, P8).

Se realiza la observación de que al tener en cuenta nuevos factores para tomar decisiones, cada persona puede hacer que sus acciones refuercen su autonomía ya que tienen un fundamento más sólido. Ante esto el grupo menciona estar de acuerdo aunque consideran que a veces no es fácil aceptar la perspectiva de otros (P2, P5, P7), sin embargo se aclara que tomar en cuenta otros aspectos no implica necesariamente estar de acuerdo con ellos y esto en sí mismo es ejercer autonomía.

Sesión 4. Control ambiental

Reconocen que al aprender a ser equilibrados con las causas de los hechos, es decir, al identificar claramente si los resultados dependen de sí mismos o de una fuente externa, se amplía la posibilidad de que sus acciones, pensamientos o emociones puedan ser más regulados al enfrentar el contexto, llegan a ser más adaptativos a las circunstancias y más

realistas en cuanto a las expectativas sobre próximas situaciones. Esto implica tener la capacidad de adecuar su conducta a situaciones que no sean del todo favorables y sacar provecho de ello como aprendizaje.

En este aspecto, la autoeficacia la vinculan lograr desarrollar habilidades de análisis personal, aceptación y flexibilidad en el pensamiento que les permitan hacer los cambios que identifiquen como necesarios para cada uno. Consideran que sin esas herramientas no es posible lograr un control del entorno aceptable, pues han podido identificar que hay varios aspectos personales que pueden mejorar y esa nueva perspectiva de sí mismos ya es entendida como autoeficacia.

Sesión 5. Crecimiento personal

Los resultados de la actividad mostraron que la motivación y el reforzamiento por parte de otros, fue de gran importancia para la percepción de autoeficacia en este aspecto (P1,P2, P11). En este caso, ver el compromiso de otros, recibir impulso o ánimo por parte de terceros aumentó la sensación de capacidad y el interés de realizar actividades nuevas. También se recoge que observar los resultados de acciones nuevas en pares, es un factor que motiva a la toma de acción y al aumento de autoeficacia percibida.

Sesión 6. Propósito en la vida

La autoeficacia percibida la dirigen hacia los cambios que quieren hacer en su cotidianidad. Ven posible (P4, P10, P14, 15) tomar acciones que estén acorde a sus valores

o cosas importantes ya que son conscientes tanto de los beneficios de hacerlo, como de las consecuencias de hacer cambios. Tener presentes cuales con los obstáculos y las herramientas que tienen para hacerles frente, hace que lleven a cabo sus objetivos y no se queden solamente en planes.

Tabla 14. *Resumen de resultados respecto a la autoeficacia percibida*

Sesión	Autoeficacia Percibida
Relaciones Positivas	No es fácil compartir a otros sus eventos privados, pero es posible hacerlo. Es posible anteponer el respeto a opiniones ajenas.
Autoaceptación	Si pueden encontrar soluciones a problemas ajenos, pueden hacerlo con los propios. Reconocen aspectos personales que pueden modificar o mejorar. Cuentan con la capacidad de hacer cambios y de aceptar lo inmodificable.
Autonomía	Considerar el punto de vista de otros al momento de tomar decisiones permite tener un criterio más fundamentado, lo cual redundará en seguridad en sí mismo.
Control ambiental	Aprender a identificar claramente y de manera realista la causalidad las situaciones hace que las afronten de una manera más adaptativa
Crecimiento personal	Recibir reforzamiento a la conducta aumenta la capacidad de acción y el interés por realizar actividades nuevas. Observar los resultados positivos en otros también motiva a la acción.
Propósito en la vida	Identificación de valores y actuar en conformidad a estos.

4.2 Deseos

La cantidad de asistentes que completaron el ejercicio de registrar sus deseos antes y después de terminar el taller son en total 10 personas, de este total se hace la división en dos grupos de la siguiente manera:

Grupo A: 5 mujeres, asistieron a todas las sesiones del taller (P2, P11, P12, P14, P15).

Grupo B: 5 personas en total, 3 mujeres (P4, P7, P10), 2 hombres (P5, P6). Cuatro de ellos no asistieron a dos sesiones, y una persona falló solo a una sesión (P7).

El registro completo de asistencia a las sesiones del taller se encuentra en el Anexo E.

La presentación de lo expresado por los participantes se organiza con una transcripción de manera individual y anónima. Para efectos de organización gráfica, a cada deseo registrado se le realiza una correspondencia con uno factores del modelo de bienestar psicológico (Anexo G):

- Relaciones positivas con otros = 1
- Autoaceptación = 2
- Autonomía = 3
- Control ambiental = 4
- Crecimiento personal = 5
- Propósito en la vida = 6

4.2.1 Anteriores al taller

El mayor factor en común es que se encuentra preponderancia en deseos de salud para sí mismos y para sus familiares, conjuntamente las frases suelen ser muy generales respecto a lo que se refieren.

Las dimensiones que sobresalen en cantidad en ambos grupos son la de propósito en la vida y la de control ambiental, solo una persona hace referencia a dos deseo referente a la autoaceptación.

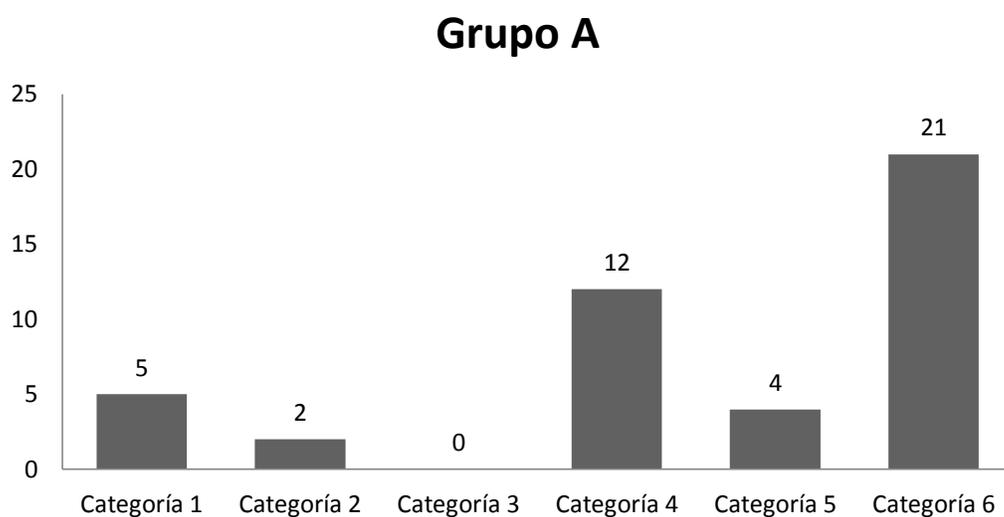


Figura 3. Grupo A - Deseos previos al taller.

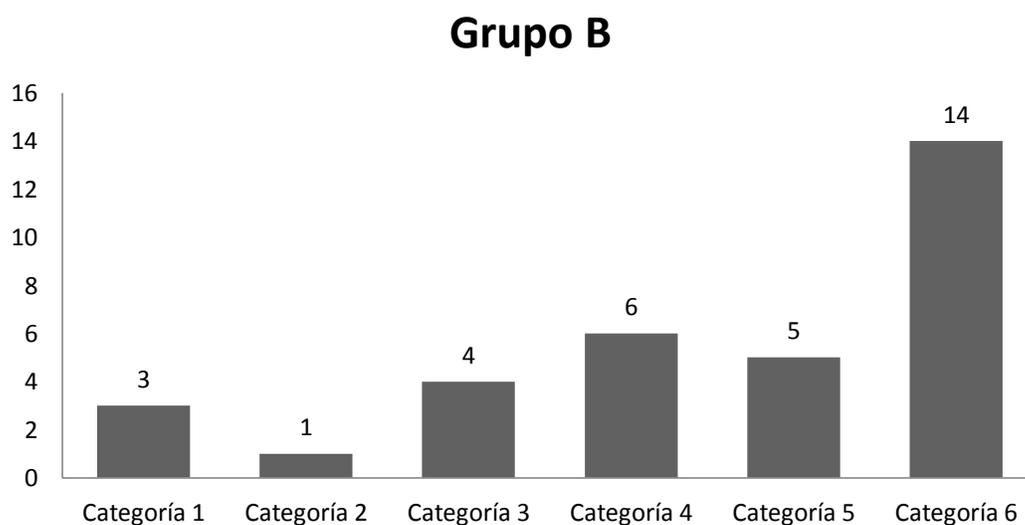


Figura 4. Grupo B - Deseos previos al taller

4.2.2 Posteriores al taller

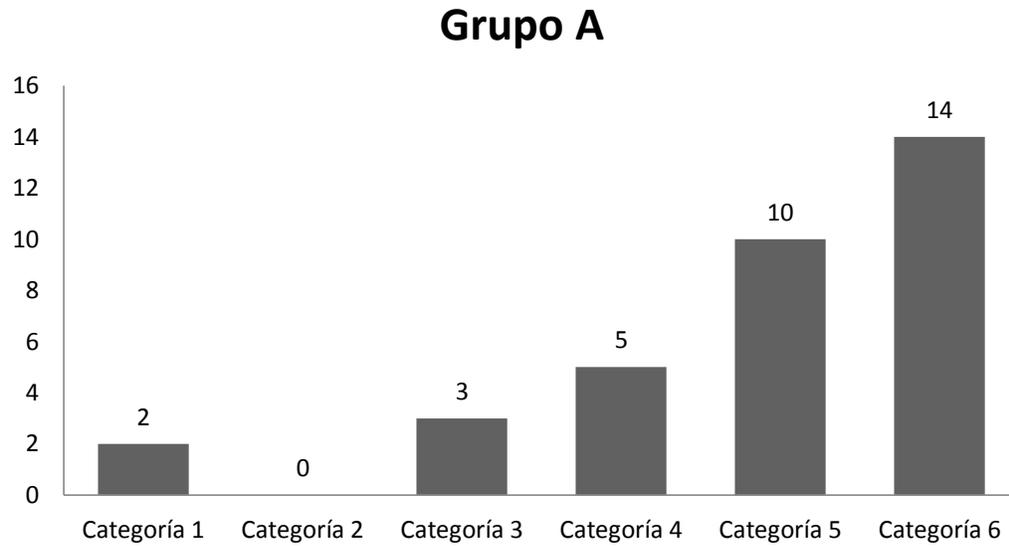


Figura 5. Grupo A – Deseos posteriores al taller

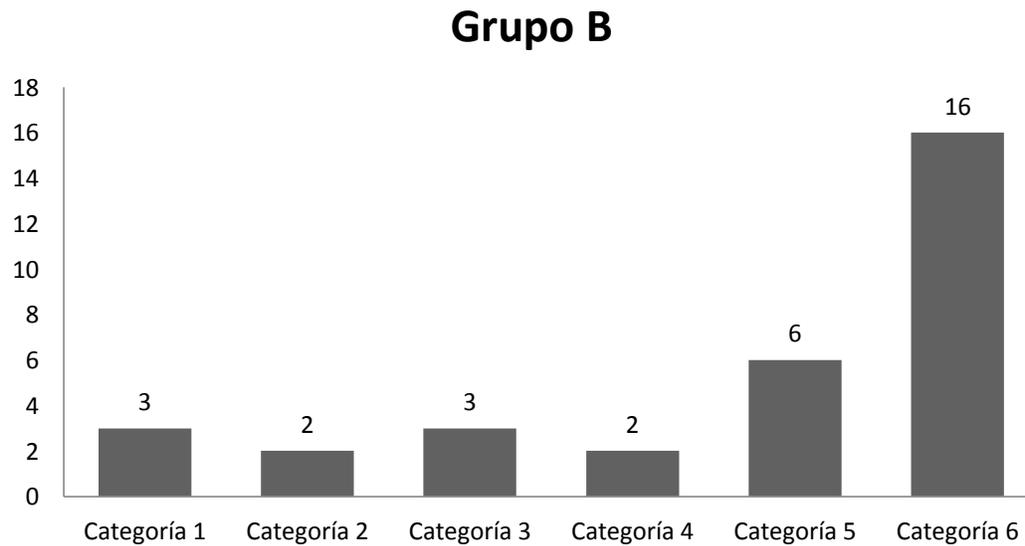


Figura 6. Grupo B - Deseos posteriores al taller

Comparando los deseos registrados el grupo A antes del taller con los que el mismo grupo registra después de haber asistido al taller, se encuentra una gran variación en el contenido de los deseos que se expresan y se plantean, principalmente respecto a lo que es el crecimiento personal. Se refleja un pensamiento más dirigido hacia la acción, a la autonomía y al crecimiento personal sin que esto genere culpa por pensar más en sí mismas. En la última sesión del taller comentan que han aprendido a pensar en sí mismas, sacar tiempo para ellas y plantearse nuevos retos personales sin sentirse mal por dejar en segundo plano a sus familiares en algunos aspectos (P10, P11). Asimismo, después de la intervención, la estructura de los deseos es más puntual y detallada lo cual deja ver que se ha hecho más conciencia de las propias capacidades, habilidades y limitaciones de cada una, así como una mayor identificación de valores y moldeamiento de conducta que les permitirá tener una mejor calidad de vida si deciden adoptar cambios en sus acciones y conductas según lo que identificaron.

En contraste, respecto a los cambios que presentó el grupo B después de haber asistido al taller, no se encuentra una variación significativa en los factores que plantea el bienestar psicológico, el mayor cambio se presenta en el factor de control ambiental. En general el contenido de los deseos no cambia drásticamente, como sí ocurre en el grupo A, son los mismos, aunque sí se evidencia una mayor planificación y estructura para conseguirlos.

Así que la diferencia principal entre el grupo que sí asistió al taller completo con el que no lo hizo, se refleja en cómo establecen sus prioridades en la vida, en la jerarquía que le dan

a sus valores. Sin embargo, entre los dos grupos sí se encontró una similitud transversal, la cual es la satisfacción por aprender cosas nuevas. Todos (grupo A y grupo B) manifestaron su disposición e interés en participar en más talleres grupales.

4.3 Indicadores

La asistencia de los participantes a cada sesión varió, y fueron siete personas las que asistieron al taller completo. Ya que la evaluación de las sesiones era voluntaria, no todos los asistentes la realizaron, de ahí que el resultado de la calificación no contemple la totalidad de opiniones. Como se comentó anteriormente, la puntuación máxima corresponde a la cantidad de evaluadores que hubo para cada sesión.

Tabla 15. *Resultados de indicadores de sesión*

Sesión	Asistentes	Evaluadores	Media de calificación	Porcentaje de satisfacción
Relaciones positivas con otros	11	9	7,6	84,4%
Autoaceptación	17	13	10,25	78,8%
Autonomía	15	14	13,8	98,5%
Control ambiental	15	13	12,2	93,8%
Crecimiento Personal	12	12	10,4	86,6%
Propósito en la vida	13	11	11	100%

Se observa que la sesión que refleja mayor satisfacción es la última, correspondiente a propósito en la vida, seguida de la tercera sesión en la que se trató el tema de la autonomía. En caso contrario, la sesión que menos satisfacción fue la segunda sesión que estuvo enfocada en la autoaceptación, esto se debió al poco control en el manejo de tiempo de las intervenciones, pues las discusiones se prolongaban o la participación duraba más de tres minutos, lo cual entorpecía el desarrollo de la sesión o limitaba el tiempo para otras intervenciones o actividades.

En términos generales, la satisfacción de los participantes con el taller depende en gran medida del compromiso que cada uno le haya dedicado y qué tanto se identifique cada uno con las vulnerabilidades, los beneficios, las barreras y la severidad de las consecuencias de no ejercer conductas en salud. Así como los consultantes que al participar activamente en su proceso psicoterapéutico son capaces de cambiar y obtienen resultados que satisfacen sus expectativas (Rodríguez-Morejón, 2016), de igual manera la intervención psicoterapéutica que se realice, sea individual o grupal, debe acogerse como el catalizador del cambio que está en función de cómo la aprovecha el participante.

La sesión que obtuvo menor puntaje fue la de la autoaceptación, es probable que se deba a vacíos en la explicación teórica o a una baja identificación de beneficios y alta percepción de barreras frente a desarrollar esta dimensión en la vida personal de cada uno. De hecho en el registro de los deseos individuales es la dimensión a la que menos se hace referencia en ambos grupos, esto puede indicar que hayan prejuicios sobre sí mismos que se

mantengan o que se requiera ya un proceso individual para exponer y analizar desde la individualidad cuales son las cosas en la historia de vida que no permiten que actualmente se conciba un acercamiento a la autoaceptación.

En contraste, las sesiones que obtuvieron mayor calificación fueron las de propósito en la vida y autonomía, lo cual es consecuente con los resultados del registro posterior de los deseos del grupo A. Este grupo muestra tener mayor interés en desarrollar autonomía y estructura con más detalle sus planes a futuro después de haber asistido al taller, lo cual da cuenta de haber logrado cambios en la perspectiva de estas personas sobre sí mismos a partir de los procesos que propone el hexaflex para la flexibilidad psicológica (Harris, 2019) y también proporciona un sentido de autoeficacia percibida más alta debido a un mayor dominio conceptual y a un aprendizaje de fuentes confiables, como profesionales y pares, que exhortan y motivan a lograr cambios (Bandura, 1977).

Como resultado agregado a las actividades que se plantearon para el desarrollo del bienestar psicológico, se encontró un factor no contemplado en la formulación del taller que fue el fortalecimiento de redes sociales, y de apoyo entre los participantes. Se observó el surgimiento de algunas amistades dentro de los participantes; de hecho al finalizar el taller se le solicitó a la psicóloga encargada que se abriera la posibilidad de abrir un grupo virtual de mensajería instantánea (whatsapp) para que todos pudieran estar comunicados entre sí.

5. Análisis de resultados

Una vez culminado el taller y habiendo obtenido los resultados, se propone un trabajo de análisis interpretativo para revelar y describir las características propias del proceso que permite desarrollar el bienestar psicológico.

De esta manera es posible aportar con conocimiento práctico al saber profesional de la psicología clínica. Un aporte que parte de un trabajo conjunto, pues también se nutre de los saberes que aporte el consultante. De tal forma que se abra la posibilidad a que en la práctica clínica no se aplique simplemente un tratamiento a un individuo, sino que el terapeuta mantenga también una perspectiva de un proceso que pueda cumplir los objetivos clínicos colaborando con su consultante quien tiene su propia conducta, forma de pensar y forma de entender su realidad.

Los siguientes apartados corresponden a cada uno de los objetivos específicos con los que se busca dar respuesta a la pregunta problema de esta investigación.

5.1 Cambio en la percepción sobre el bienestar psicológico a partir de la intervención basada en el modelo de creencias en salud.

Los resultados discriminados a partir de las actividades realizadas en las seis sesiones del taller dan cuenta de qué tanta rigidez cognitiva fue posible flexibilizar en el grupo. Los principales temas en los que se presentan fusiones cognitivas van dirigidas a los obstáculos percibidos, de hecho fue la dimensión que más fácilmente lograron identificar, esto se relaciona con la historia de vida y con lo que la teoría de marcos relacionales define como reguladores verbales de la conducta (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, Eds., 2001).

También se evidencia en el grupo que es natural que la aproximación a factores nuevos o desconocidos evoque sus propios prejuicios sobre la vejez, como pensar que aprender a esa edad no va servir para algo útil o práctico, y esto sumado al pensamiento “ya estoy pasado de años y no puedo aprender nada nuevo” (P3). Estas son las principales limitaciones que los adultos mayores encuentran frente a un reto nuevo para ellos. Lo cual entra en concordancia con lo que resaltan Berger (2014) y Sarabia (2009) respecto a la forma en que se puede concebir la vejez por parte de los mismos adultos mayores, relacionada con el detrimento de capacidades.

Las reglas verbales que más peso tienen en el grupo son de tipo tracking, es decir que su conducta suele estar en función de un reforzamiento a partir de las contingencias de su

propia conducta a lo largo de su vida (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, Ed 2001). La historia de vida de cada participante marcó transversalmente todas las intervenciones y participaciones que hicieron en el taller, sus percepciones y puntos de vista estaban totalmente relacionados hacia sus eventos privados. Esto repercutió en la forma en la que percibían las experiencias de sus pares, pues la fusión cognitiva con sus pensamientos hizo que inicialmente no logran entender las decisiones y formas de actuar de los demás. Lo cual cambió al fomentar un contacto con un sentido más amplio del Yo y tomar la perspectiva desde el otro, como se vio principalmente en los cambios de perspectivas frente a la autoaceptación, la autonomía y el control ambiental, lo cual corresponde a una relación de carácter deíctico de los marcos relacionales (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, Ed 2001).

Otro punto relevante surge de cómo divisan su propia vulnerabilidad frente a problemáticas relacionadas con sus familiares. Fomentar la toma de perspectiva del yo contexto hace que los beneficios percibidos cobren mayor significado, pues al lograr observar los eventos privados sin fusionarse con ellos se desarrolla un sentido de respeto y empatía por el otro. Así que al sentirse vulnerables a perpetuar o formar conflictos con otros significativos, se genera la motivación de cambiar algo en sí mismo para que esto no suceda.

Una de las técnicas que más efecto tuvo en el grupo fueron las metáforas utilizadas en las presentaciones de los factores del bienestar psicológico, respecto al aumento de beneficios

percibidos. Se utilizaron algunas de metáforas recogidas por Stoddard y Afari (2014) para defusión cognitiva, conciencia del momento presente e identificación de valores, como las hojas flotantes en un arroyo en movimiento que consiste en usar la imaginación para escribir pensamientos en hojas que flotan y ver cómo se van en la corriente del arroyo sin volver. La observación de pensamientos, con la que con ayuda de una respiración pausada y controlada se hace conciencia de las sensaciones en el cuerpo y de los pensamientos que surgen sin la intención de modificarlos o darles un juicio valorativo. Y la remodelación de la casa que plantea cambios o elecciones dirigidas a valores.

Con ellas la identificación de valores aumentó y se consolidó mayor flexibilidad frente a moldear nuevos patrones de conducta. Esto está relacionado con dos factores adicionales, por un lado con una regulación verbal tipo *augmenting* la cual modifica el valor de refuerzo de un estímulo, es decir, aumentó la probabilidad de que los valores derivados de las metáforas actúen como influenciadores para el cambio de conducta. Y por otro lado, con las claves para la acción que propone el modelo de creencias en salud, pues es un estímulo externo que colaboró en el cambio de percepciones frente a una situación de rigidez cognitiva (Harris, 2019).

Los ejemplos personales que voluntariamente los participantes le compartían al grupo sobre sus experiencias, tuvo significativa repercusión en la autoeficacia percibida para quienes escuchaban, lo cual está en concordancia con lo que menciona Bandura (1977) respecto a los procesos psicológicos. Pues las expectativas del cambio propio varían según

cuánto esfuerzo se prevé que se debe ejercer para lograrlo, y las experiencias mostraban que no era mayor al que ya ponen a sus conductas habituales y en cambio las consecuencias de aplicar el cambio son perdurables, por ejemplo la asistencia al voluntariado que le genera gran satisfacción a quien lo realiza.

Por otra parte, la autoaceptación fue la dimensión transversal a todas las demás, pues el reconocimiento que hacen sobre la necesidad de identificar lo que se puede y no se puede cambiar (Harris, 2019) es importante para poder desarrollar al máximo las habilidades de autoregulación y flexibilidad cognitiva. Además, el hecho de que la sesión de crecimiento personal fuera en la que el grupo lograra integrar la relevancia de cada dimensión en su propia vida, entra en concordancia con los resultados que muestra Ryff y Keyes (1995) respecto a la reducción de los factores de autoaceptación y crecimiento personal ya que se correlacionan significativamente.

5.2 Comparación de intereses registrados en la lista de diez deseos anteriores y posteriores al taller.

Es muy relevante la diferencia de resultados de quienes asistieron a todo el taller (grupo A) y de quienes no pudieron hacerlo (grupo B). Analizar esta diferenciación es importante porque permite determinar qué tanto influye la intervención en los cambios de perspectivas

de las personas y qué tan efectivo resulta acceder al modelo de bienestar subjetivo de manera holística.

En primer lugar, los valores que demuestran tener las personas a partir de sus deseos se enfocan en diferentes direcciones en cada grupo. El grupo A demuestra tener menor interés en controlar o preocuparse por lo que no puede cambiar y en ampliar el desarrollo de actividades que les permitan tener mayor crecimiento personal. Esto da cuenta de un proceso ligado a la manera activa y colaborativa de involucrarse con la intervención (Rodríguez-Morejón, 2016), y al desarrollo de la autoeficacia y a la autoaceptación, lo cual es el resultado de empezar a ejercer una mayor flexibilidad psicológica al haber asistido a todo el taller y demuestra el complemento que tienen las dimensiones del modelo de bienestar psicológico (Ryff y Keyes, 1995).

En segundo lugar, las acciones comprometidas que surgen del grupo A se muestran más concretas y organizadas que las del grupo B. Esto puede estar relacionado con una mayor conexión con el flujo de experiencias actuales, es decir con la conexión con el momento presente, y con la posibilidad de que las acciones comprometidas aumenten en el grupo A, pues es probable que las creencias que ahora tienen los motiven a tomar más acciones relacionadas con su salud (Maiman & Becker, 1974).

Adicionalmente, un punto particularmente común a ambos grupos, fue el deseo de vivir sus últimos años de vida en compañía de personas significativas, ya sea familiar, social o de pareja. Por ejemplo, el deseo de “Tener una familia, no vivir siempre sola” (Grupo B,

P7), entra en concordancia con los resultados obtenidos del trabajo investigativo de Chaves et al (2015) y con Fernandez-Ballesteros (2011), respecto a lo que buscan los adultos mayores en la última etapa de su ciclo vital, esto es, tener compañía afectiva para la satisfacción y su desarrollo personal.

Así como para los resultados favorables de un caso individual de psicoterapia es fundamental la continuidad de asistencia y la alianza con el proceso, para una intervención de carácter grupal es importante mantener la secuencia del desarrollo de las sesiones. El carácter psicosocial del proceso puede inducir a la concepción de que se trabajan temas que son de minorías o que no alcanza las necesidades o intereses individuales (Liberalesso Neri, 2002) y por eso no se genere la conexión necesaria por parte del asistente. Por eso, para evitar la deserción y conseguir una mayor adhesión al taller es fundamental que el tallerista conecte personalmente con cada participante, no solamente promover la identificación de valores en la persona, sino que esos valores sean un recurso valioso también para el tallerista, y en el caso clínico para el terapeuta.

Un punto sobresaliente del comportamiento en cuanto a asistencia del grupo total, es decir de las 17 personas admitidas, es que, en el transcurso de todas las sesiones la no asistencia y/o deserción fue menor al 25% (Anexo E). Lo cual evidencia que el interés de la población para mejorar su conducta y percepción, fue fundamental para potenciar el cambio en la perspectiva del bienestar psicológico, pues, el compromiso del consultante con la intervención es una fuente principal que determina los resultados de los procesos

psicológicos (Rodríguez-Morejón, 2016). De hecho, como iniciativa de los participantes, surge la propuesta a la Universidad Nacional de Colombia, de abrir más espacios de interacción grupal para la población mayor de carácter psicosocial, a los cuales estarían comprometidos e interesados en asistir.

5.3 Recursos y valores individuales que contribuyen al cambio percibido de las dimensiones del bienestar psicológico.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) permite una forma de aproximarse a las creencias de los participantes mediante lo que ellos consideran importante en su vida, es decir, sus valores. En general, los participantes caracterizan los valores de aceptación y flexibilidad como transversales a todos los factores del bienestar psicológico para lograr integrarlos y aprovechar los beneficios que este brinda, lo cual entra en consonancia con la explicación de Harris (2019) del hexaflex sobre los procesos que permiten alcanzar una adaptabilidad y autorregulación adecuada.

A pesar de que las percepciones frente al bienestar psicológico se generan de manera individual, compartir historias y narrativas entre ellos hace que se fusionen en una realidad compartida. Así se observa que el cambio que cada uno realiza de manera independiente en su vida, tiene algunas raíces en cómo se construyó la dinámica del grupo en un contexto compartido, que es el tiempo y asistencia que dedicaron al taller. Pues de allí surge el deseo de sanar o de cambiar, lo cual traspasa las barreras personales cuando se resignifican

a partir de los aportes de otros con quienes se siente identificación de grupo (Estupiñán et al., 2006; Salazar, 2011).

Igualmente, desde una mirada contextual, los recursos entendidos como atributos personales o propiedades del entorno que contribuyen a la resignificación o transformación de problemáticas y dificultades (Angarita, 2012), fueron una clave para la acción en esa intervención.

Esto se evidencia en que los adultos mayores lograron identificar de manera clara las dimensiones que contempla el Modelo de Creencias en Salud (Maiman & Becker, 1974), junto con la autoeficacia percibida, a partir de las actividades realizadas y de lo que cada uno aportó sobre sus conocimientos y experiencia, lo cual hizo que la resistencia al cambio del grupo disminuyera. En consecuencia la disposición de cada participante a modificar su conducta aumente y esto brinda mayor seguridad de que se presente mantenimiento de sus acciones comprometidas.

6. Conclusiones

Inicialmente se hace la pregunta de cómo se perciben a sí mismos los adultos mayores, esta investigación y trabajo práctico permitió hacer un acercamiento al autoconcepto de la población y se encontró que se definen principalmente según su historia de vida individual y sobre lo que quieren ver en sus seres queridos, es decir, en la trascendencia que tengan en su entorno, como se registró en los deseos antes y después de la intervención. Se encuentra en menor grado, un foco de interés hacia las metas específicas personales a mediano o largo plazo y de acuerdo con la literatura revisada, se halla un nivel alto de afectos positivos, deseos de aprender cosas nuevas y una gran capacidad de cambio y plasticidad (Fernández-Ballesteros, 2011).

La teoría muestra dos perspectivas diferentes de cómo abordar a la población adulta mayor, una que se enfoca en los déficits y decadencia que pueden acompañar a la vejez debido a factores exógenos a la edad (Sarabia, 2009); y otro abordaje que resalta las capacidades cognoscitivas de la población, fomenta autonomía y entiende al adulto mayor como una persona aún en desarrollo (Villanueva, 2009; Fernández-Ballesteros, 2001; Berger, 2014). Por eso el papel de la psicología clínica, con sus diferentes corrientes, es de asumir el desafío de dar soporte y amparo a la salud mental y orientación a los procesos conductuales del ser humano, mediante evaluaciones e intervenciones. Así que debe promover y hacer énfasis en mantener y desarrollar los procesos cognitivos y habilidades personales que generan satisfacción con la vida, mejoran el autoconcepto y aumentan la

calidad de vida, independientemente de la edad o de la etapa del ciclo vital en el que se encuentren las personas que acuden a ella. Particularmente en la vejez, que es en la que se centró este trabajo, la psicología clínica puede contribuir en que la población adulta mayor pueda asumir una perspectiva más activa y satisfactoria de sí misma y desarrolle más sus capacidades y habilidades para que el final de la vida cuente con mayor felicidad personal.

Al hacer un paralelo de la intervención realizada con el trabajo clínico individual se demuestra la necesidad de generar más empatía hacia la experiencia de vida y no centrarse solo en la problemática de la población, es importante no abandonar la humanidad al abordar un caso y no ser solo psicólogo aplicando técnicas con evidencia empírica. El psicólogo debe crecer a partir de la historia de la disciplina y no quedarse con sus bases dirigidas hacia el tratamiento de las patologías (Liberalesso Neri, 2002), debe fomentar más interés por la individualidad de sus consultantes.

Los resultados de esta investigación muestran que lo anterior se ve reforzado mediante el desarrollo de las habilidades y procesos que propone la terapia de aceptación y compromiso, y se demuestra que es posible derribar gran parte de los prejuicios alrededor de la vejez al ampliar la perspectiva del Yo contenido y Yo contexto, junto con una conexión al presente más adaptativa y funcional (Hayes, Strosahl y Wilson, 2009).

Esto fue posible al cumplir con los objetivos planteados tanto para el taller como para el análisis de los resultados gracias a la integración que permiten los factores comunes entre

los modelos escogidos para la aplicación y evaluación del taller. Además se obtuvieron resultados no contemplados, como lo fue el sentido de amistad emergente entre los participantes y el deseo de seguir asistiendo a talleres similares al presentado.

Así que de cara a la pregunta que abre esta investigación, ¿Cómo colabora el modelo de creencias en salud con la psicología clínica, para generar cambios cognitivos y conductuales alrededor del bienestar psicológico, en la adultez mayor? El análisis realizado permite responder que tanto la psicología clínica como el Modelo de Creencias en Salud (Maiman y Becker, 1974) tienen en común que desarrollan su trabajo teniendo en cuenta aspectos tanto del individuo como de su entorno, lo cual a su vez, permite identificar recursos y potencializarlos para poder hacer frente a los obstáculos que se presenten al momento de generar cambio.

Así que, la base teórica que brinda el Modelo en Creencias en Salud (Maiman y Becker, 1974), aplicada de manera práctica en una intervención de corte cognitivo-conductual con base en la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), abre la posibilidad a los adultos mayores de organizar y clarificar la forma en que se relacionan con sus recursos psicológicos y emocionales para poder modificarlos o potenciarlos y así encaminar sus pensamientos y conducta hacia acciones más beneficiosas y adaptativas en su salud mental.

Esta dinámica enmarcada en el ámbito del bienestar psicológico en la vejez, funciona como un motivador en la población para acoger conductas en salud mental que afianzan su

rol como agentes activos en su propósito de mantener una buena calidad de vida (Ryff, 1989a). En otras palabras, un trabajo conjunto entre la psicología clínica y el modelo de creencias en salud cuenta con herramientas psicológicas y contextuales, que se acoplan de una manera efectiva al momento de generar motivación para que los adultos mayores puedan cambiar la forma en que se relacionan con su propio bienestar psicológico y así logren acoger comportamientos que sean afines a su salud y a lo que cada uno considere importante en su vida.

Ahora, en cuanto al cumplimiento de los objetivos específicos propuestos se concluye que:

1. Para lograr la promoción del bienestar psicológico en el adulto mayor a través de una intervención psicosocial, resulta vital determinar cómo se presenta la vulnerabilidad de no desarrollar los aspectos del bienestar psicológico en la población, cómo entienden la severidad de las consecuencias de no desarrollarlos, y cuáles son los beneficios y los obstáculos que advierten que tendrán si lo desarrollan. Una vez reconocidos estos factores fue posible que cada uno los organice para tomar decisiones que dan cuenta de una nueva perspectiva sobre la importancia de brindarle atención a su salud mental y emocional, así poder adoptar cambios en su conducta que estén en función de mejorar su propia salud.
2. Participar en la intervención completa, es decir, asistir a todas las sesiones del taller que abarcaron todos los factores del bienestar psicológico, fue fundamental para evidenciar cambios significativos en la jerarquía y en el contenido de los deseos de los participantes. Lo cual confirma que las dimensiones del bienestar psicológico

no son excluyentes como habilidades, sino que se complementan unas a otras para lograr una satisfacción más profunda con la vida (Ryff y Keyes, 1995).

3. La contribución de los recursos personales y valores individuales en el proceso de cambio se da a partir de la transformación de los mismos. Pues es necesario que sean enfocados a los nuevos propósitos y objetivos de la persona para que se comprometa a adoptar conductas en salud, a aceptar los cambios necesarios y a mantenerse motivado a continuar relacionándose consigo mismo y con el entorno desde la nueva perspectiva del bienestar psicológico.

De tal manera que respondiendo al objetivo general, para lograr cambios cognitivos y conductuales de la población alrededor del bienestar psicológico, se requiere de los adultos mayores una evaluación y reconocimiento objetivo de sus propios aspectos a mejorar, junto con una disposición personal a ser flexible para pensar y actuar de manera diferente a como lo ha hecho la mayor parte de su vida.

Por último, se propone la reflexión de que ya que todos estamos en un proceso de envejecimiento, resulta apropiado que el psicólogo clínico fomente desde su terapia, el desarrollo de habilidades del modelo de bienestar psicológico en todos sus consultantes, para que cuando las actuales y nuevas generaciones seamos los adultos mayores, ya tengamos de antemano las herramientas que nos van a permitir a nosotros mismos construir nuestra calidad de vida desde lo interno y no depender tanto de lo externo para sentirnos satisfechos con la vida que hayamos vivido y nos falte por vivir. Así que es posible y necesario derrumbar los prejuicios que acompañan a la vejez para que esta

población pueda tener un mejor bienestar psicológico, y es un deber del psicólogo clínico promoverlo en sus consultantes, sean adultos mayores o no.

6.1 Recomendaciones

Los siguientes aspectos podrían tenerse en cuenta al momento de realizar en un futuro una investigación similar a la que se presentó en este documento.

1. Tener en cuenta la diferenciación que hacen Ryff y Keyes (1995) en cuanto al sexo y la edad de los participantes para comparar los resultados de cómo se asumen las diferentes dimensiones del bienestar psicológico según estos criterios sociodemográficos.
2. Como propuesta para una futura realización del taller, se propone un acompañamiento de personal de apoyo para la realización del taller, asegurando que sea una persona que esté dentro de la formación en psicología en la línea clínica, de una corriente diferente a la cognitivo-conductual. Esto con el fin de poder presentar un criterio más objetivo frente a los resultados y nutrir la intervención desde otra perspectiva que permita ampliar la discusión y alcance de la investigación.
3. Se recomienda que la persona que realice el taller tenga experticia en manejo de grupos o de lo contrario, que se limite la participación por sesiones a un máximo de 12 personas para disminuir los inconvenientes que se presentan por manejo de tiempo o debates dentro del grupo

4. Como propuesta de una continuación de esta investigación se plantea hacer énfasis en el seguimiento longitudinal de los cambios que mantengan los participantes del taller en su vida cotidiana.
5. Construir nuevos espacios grupales que abarquen el desarrollo de habilidades psicológicas, dirigidos a adultos mayores, por parte de la Universidad Nacional de Colombia.

6.2 Consideraciones éticas adicionales

1. Ya que no todas las personas que se presentaron como interesadas para tomar taller fueron escogidas, se les brindó la opción de que si quisieran tratar su problemática pronto, pudieran tomar un servicio de psicoterapia individual y serían remitidos al lugar donde tomarla.
2. No se solicitó el aval del comité de ética institucional de la Universidad Nacional de Colombia, pero el taller contó con una supervisión de un profesor adscrito a esta Alma Máter, ya que la realización de este taller hizo parte de la práctica final de la maestría de la psicóloga que presenta este trabajo, y bajo el aval del Servicio de Atención Psicológica (SAP) de la Universidad Nacional de Colombia, lugar donde se realizó el taller. Esta información también se dio a los participantes antes de ser escogidos para que la tuvieran en cuenta a la hora de decidir si participan o no.
3. A modo de retroalimentación para el grupo al que se dirigió la intervención, se le entrega a cada asistente un resumen escrito de cada sesión en el que se recogen los principales conceptos y herramientas abordadas para que puedan tener un recurso

físico al que pueden acudir en caso de que requieran recordar o aplicar en su cotidianidad lo trabajado en el taller (Anexo A).

4. Se consideraron los parámetros éticos y legales para el territorio colombiano estipulados en la Resolución 8430 de 1993 emitido por el Ministerio de Salud de Colombia para la investigación en salud. Y las consideraciones de la labor del psicólogo decretados en la Ley 1090 de 2006 en cuanto a investigación con participantes humanos, y el artículo 36 que establece los deberes del psicólogo con las personas objeto de su ejercicio profesional.

A. Anexo: Guías de desarrollo para cada sesión del taller

SESION N°1 - *Relaciones Positivas con otros*

CALIDAD DE VIDA	BIENESTAR SUBJETIVO
5 Dominios: bienestar físico, bienestar material, bienestar social, bienestar emocional+psicológico, y desarrollo+actividad	6 Factores: Autoaceptación, Autonomía, Control Ambiental, Crecimiento personal, Propósito en la vida y Relaciones positivas
Componentes Objetivos y Subjetivos	Netamente Subjetivo
Son percepciones individuales	
Según la evaluación y valor que le dé, tomo mis decisiones y en mis conductas de salud	

En mis relaciones personales:

1. Puedo ser flexible frente a lo que yo pienso de otros: puedo cambiar mis prejuicios frente a lo que creo que es una persona, frente a su comportamiento o sus intenciones.
2. Una relación sana requiere confianza de ambas partes: yo puedo ofrecer mi confianza en ocasiones y debo respetar la confianza que me den

3. Si hay algo que no me agrada y lo quiero expresar, puedo ser flexible en buscar la manera de cómo decirlo cálidamente.
4. En caso en que me digan algo con lo que no estoy de acuerdo, puedo respetar y tratar de entender el punto de vista de la otra persona.
5. En situaciones específicas de conflicto, puedo autoreflexionar en: ¿Qué tan fácil me queda ponerme en los zapatos de otro para una próxima ocasión? ¿Qué pude haber hecho diferente? ¿Me quedó realmente clara la opinión del otro o me quedé con mi propia idea?
6. Otro: _____

SESION N° 2 - Autoaceptación

AUTOCONCEPTO	AUTOACEPTACIÓN	AUTOESTIMA
Definición o percepción de sí mismo	Reconocimiento de sí mismo	Aprecio de sí mismo
Idea de cómo somos física emocional y psicológicamente	Actitud Positiva a pesar de los aspectos negativos que se tengan	Resultado emocional que depende de si nos gusta cómo nos vemos y si nos aceptamos
Es realista, no exagera ni minimiza características personales	Ayuda a valorar el pasado pues es fuente de aprendizaje	Se refleja en el presente y en lo que estoy haciendo ahora para lograr cambios que quiero
La puedo modificar	Yo decido cuando la aplico	Se forma desde la infancia
No es estático, puede variar según las circunstancias		

Cómo mejoro mi autoaceptación:

1. Evitar el perfeccionismo y los pensamientos que limitan y nos hacen ver como víctimas o débiles
2. Identificar cuáles son mis recursos para enfrentar problemas, todos tenemos recursos, voy a encontrar los míos
3. Revisa cuales son en detalle los pensamientos que tengo sobre mí mismo/a que me generan malestar. ¿Puedo cambiar algo para que disminuya el malestar? Si no puedo cambiar nada, ¿logro enfocar mis pensamientos hacia lo que me parece más importante?
4. Tener presente que aceptarme no es simplemente “quererme” sino que implica estar consciente de todos los sentimientos, opiniones, sensaciones y actitudes que tengo y que he acumulado a lo largo de mi vida.
5. Ser objetivo y realista al decidir qué voy a cambiar para aceptarme de mejor manera y comprometerme con el cambio.
6. Si definitivamente no puedo cambiar algo, voy a evitar juzgarlo
7. No insensibilizarse ante experiencias difíciles, reconocer el dolor ayuda a liberarlo

Otro: _____

SESION N° 3 - *Autonomía*

Qué es:

1. Capacidad de ponerme normas
2. Tomar decisiones con base a mis normas
3. Poder defender mi postura frente a otros
4. Reconocer mis capacidades y aprovecharlas al máximo

Cómo aplicarla:

1. Identificando hacia qué objetivos dedicaré mis pensamientos y acciones.
2. Premeditando obstáculos y planeando cómo superarlos
3. Aceptando lo que no puedo cambiar y enfocándome en lo que sí puedo hacer
4. Respetando los límites y metas que me plantee a mí mismo/a
5. Tomar nuevas obligaciones, responsabilidades o actividades
6. Adquirir opiniones fundamentadas, documentadas y con argumentos, sin ser inflexible

Dónde y cómo la aplicaré yo: _____

SESIÓN N° 4 – Control Ambiental

Definición: habilidad para manejarnos en un entorno difícil, teniendo la capacidad de adaptarnos a las distintas circunstancias no favorables que van surgiendo.

Locus de Control: lugar donde posicionamos las cosas que nos pasan sean malas o buenas. INTERNO (Destreza, habilidades, personalidad, defectos y virtudes) – EXTERNO (Suerte, Karma, Política, Los demás)

A. ERROR 1

	Positivo (Logros)	Negativo (Fracasos)
Interno	X	
Externo		X

B. ERROR 2

	Positivo (Logros)	Negativo (Fracasos)
Interno		X
Externo	X	

Es una persona autoprotégido, creída, sin capacidad para reconocer defectos, cerrada al aprendizaje

Es una persona indefensa, maleable, tendiente a la depresión, y suele tener baja autoestima

C. EL IDEAL (con situaciones que controlo)

	Positivo (Logros)	Negativo (Fracasos)
Interno	X	X
Externo		

D. EL MIO

	Positivo (Logros)	Negativo (Fracasos)
Interno		
Externo		

Es una persona consciente de sus capacidades, de lo que puede cambiar y de lo que no

SESIÓN N°5 – Crecimiento Personal

- El crecimiento es un proceso continuo y a veces imperceptible
- Requiere estar dispuesto a aprender y a afrontar retos

PRINCIPIOS

1. Saber cuándo actuar y cuando no: Hay que aprender a ser pacientes y esperar para actuar
2. Asumir mis responsabilidades por lo que he hecho, no he hecho o he dejado de hacer: prever consecuencias y aceptar incluso que si el resultado no es el esperado.
3. Tener equilibrio: Prestar atención tanto a la parte psicológica como a la física, la social, la espiritual y la de ocio
4. Tener flexibilidad: no es dejarse llevar por las circunstancias sino adaptarse a ellas.
5. Hacer lo que quiero, debo y puedo: aprovechar las ventajas que nos brinda un contexto sin depender de él, no depender del contexto.
6. Ser consistente.
7. Enseñarme a mí mismo: Saber desaprender y retarme

TIPOS DE DESAPRENDIZAJE: Estructural (dirigido a cambios que me definen como persona o que hacen parte de mi personalidad) y Superfluo (enfocado en hábitos que quiero adquirir o modificar)

8. ¿Qué voy a aprender desde hoy?
-

SESION N° 6 – *Propósito En La Vida*

1. Verlo como una necesidad para mí mismo/a
2. Identificar detalladamente mis intereses – abirme a experiencias nuevas
3. Marcarme metas realistas, claras y que pueda asumir

4. Lograr darle un significado a mi pasado a mi presente y a mi futuro principalmente
 5. ¿En qué voy a enfocar mi sentido vital?
 6. ¿Cuál es mi meta?
 7. ¿Por qué quiero lograrlo?
 8. ¿Qué beneficios obtendré?
 9. ¿Cuáles obstáculos se pueden presentar?
 10. ¿Cómo conseguiré mi meta?
 11. ¿Quizá he dejado olvidado o de lado algún sueño que he tenido? ¿Cómo podría retomar su significado ahora?
-

B. Anexo: Consentimiento informado

Consentimiento informado Taller Sabor a mí

El taller de Promoción de Bienestar Psicológico en adultos mayores desarrollado en el Servicio de Atención Psicológica pretende brindar conocimiento y desarrollar en los participantes habilidades que les permitan identificar y fortalecer recursos personales que sean útiles en su vida para aportar a su calidad de vida. Para lograr esto se requiere de la participación voluntaria de los participantes, una buena disposición frente a la puntualidad, responsabilidad y cumplimiento en las diferentes actividades asignadas.

El taller es dirigido por una estudiante de la maestría en Psicología clínica que ofrece la universidad Nacional de Colombia y los datos recolectados en él serán empleados con fines académicos para evaluar la efectividad de la intervención.

Como riesgo, es posible que el desarrollo de las seis sesiones del taller se vinculen temas sensibles para algunas personas que puedan desencadenar en crisis emocionales, frente a lo cual la responsable del taller realizará una labor de contención y de ser pertinente realizarán la respectiva remisión al proceso de psicoterapia individual. La información obtenida en el proceso es confidencial y será una herramienta fundamental para el informe final, por lo que se requiere de su sinceridad y responsabilidad con el proceso.

De igual forma, si se tiene alguna duda sobre el taller puede hacer preguntas en cualquier momento durante el proceso y serán resueltas en la brevedad posible y puede retirarse en cualquier momento del taller si así lo desea sin ningún tipo de repercusiones.

Acepto participar voluntariamente en este taller, afirmando que he sido informado(a) del objetivo del mismo.

C. Anexo: Guía de entrevista de admisión semiestructurada

ENTREVISTA DE ADMISIÓN – TALLER SABOR A MI

NOMBRE _____

EDAD _____ OCUPACIÓN _____

1. ¿Cómo se define a sí mismo? - Indagar por estado de ánimo actual y percepción de autoestima
2. ¿Qué me puede decir de cómo son sus relaciones familiares y sociales? - Ampliar sobre formas de comunicación
3. ¿Hay algo que modificaría de su calidad de vida o de usted mismo?
4. ¿Cómo define su salud actual, qué opiniones tiene sobre su salud?
5. ¿Qué piensa sobre la importancia del bienestar emocional?
6. ¿Cómo cree que se podrían lograr los cambios que ud busca?
7. ¿Le gustaría poder alterar el paso del tiempo? ¿Qué haría y por qué?
8. ¿Qué es de lo que más se siente orgulloso o satisfecho?
9. ¿Cómo le gusta que lo recuerden los demás?
10. ¿Qué es lo más importante que usted considera que ha dejado en su familia y en su entorno hasta ahora?
11. ¿Cuáles son sus razones y expectativas al tomar un taller que promueve habilidades para mejorar el bienestar que pueda tener sobre sí mismo?

D. Anexo: Dilemas éticos hipotéticos

DILEMA DEL BUQUE: Un transatlántico, un barco capaz de navegar varios días o semanas sin tocar tierra, está lleno de pasajeros y en medio del océano cuando sufre un golpe provocado por un proyectil. Choca directamente en la sala de máquinas del barco, así que comienza a hundirse y hay muy pocos botes salvavidas. Uno de los botes aún tiene espacio para salvar gente, pero se aleja rápidamente del buque para evitar sufrir daños. A lo lejos se escuchan gritos y voces de auxilio, aunque los pasajeros del bote salvavidas saben que si se acercan pueden socorrer a más personas, también saben que corren el riesgo de volcar. ¿Deben los pasajeros del bote arriesgar su salvación para recoger a más pasajeros?

DILEMA DEL PERIODISTA: Un periodista de un periódico reconocido va a realizar un reportaje a pueblos indígenas en el Amazonas. Una vez ha llegado a la selva, es secuestrado por una tropa de guerrilleros que lo dirigen hacia su campamento. Los secuestradores tienen allí a otras diez personas. El jefe del grupo armado, le entrega una pistola al periodista y le dice: “Si matas a una de estas personas dejaré libres a las nueve restantes incluido tú, pero si no lo haces, mataremos a los diez”. ¿Qué debe hacer el periodista?

E. Anexo: Registro de asistencia a las sesiones del taller

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17
S 1	Sí	Sí	Sí	-	-	-	-	-	Sí	Sí	Sí	Sí	-	Sí	Sí	-	Sí
S 2	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	-									
S 3	Sí	-	-	Sí	Sí	-	Sí	Sí	Sí	Sí							
S 4	Sí	-	Sí	Sí	Sí	-	Sí	Sí	Sí	-							
S 5	Sí	Sí	Sí	-	-	-	Sí	-	Sí	-	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	-
S 6	Sí	-	-	Sí	Sí	Sí	-	Sí	Sí	-	-						

La asistencia especificada para cada sesión es:

Relaciones positivas (S1): 10 asistentes.

Autoaceptación (S2): 16 asistentes.

Autonomía (S3): 14 asistentes.

Control ambiental (S4): 14 asistentes.

Crecimiento personal (S5): 11 asistentes.

Propósito en la vida (S6): 12 asistentes.

*Porcentaje de asistencia total al taller: 75.2% sobre el 100% que es las 17 personas a las 6 sesiones.

F. Anexo: Indicador para la calificación de la sesión

SESION #___

Por favor califique la sesión de hoy según el cumplimiento de los factores y objetivos que la componen, marcando con una X la calificación según su criterio. Siendo 1= Totalmente en desacuerdo, 2= Parcialmente en desacuerdo, 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4= Parcialmente de acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo.

	1	2	3	4	5
Se definió el tema de manera clara					
Siento que entendí claramente la información					
La actividad que se realizó fue acorde al objetivo de la sesión					
La información que recibí la voy a aplicar en mi vida cotidiana					
Tomar acciones acordes a la información me traerá beneficios					

G. Anexo: Transcripción de deseos antes y después del taller

Grupo A – Deseos previos al taller.

Participante	Deseos	Categoría
P2	Tener mejor salud.	6
	Hacer cosas que me genere ingresos.	6
	Poder Tener mejor relación con mis nueras.	1
	Que mis hijos tengan trabajo todos.	4
	Poder viajar.	6
	Que hubiese una mejor relación entre mis hijos, aunque no es mala falta más comunicación.	1
	Mejorar la relación con mis hermanos.	1
	Hacer actividades que me generen acompañamiento.	6
P11	Tener salud, para una vejez tranquila.	6
	La felicidad de mi familia.	4
	Que mi hijo X pueda cumplir con sus sueños y proyectos.	4
	Que mis hijos sean felices.	4
	Que pueda vivir mucho tiempo en compañía de mi esposo.	6
	Que mi hija X pueda ser feliz, que tenga tranquilidad y que se le quiten todos sus miedos.	4
	Que mi hija X cumpla sus sueños.	4
	Que mi hijo X sea feliz.	4
	Un viaje largo cerca al mar.	6
	Que el negocio de mi esposo siga bien y que prospere.	4
P12	Conocer París, Lyon y Arles.	6
	Terminar de conocer los llanos colombianos y el	6

	Amazonas.	
	Aprender el frivolidé.	5
	Aprender a pintar acuarela y óleo.	5
P14	Tener buenas relaciones con mis hijas.	1
	Estar bien de salud.	6
	Tener paz mental.	2
	Estar bien espiritualmente.	2
	Poder dejar huella cuando me vaya.	6
	Hacer algo significativo por la naturaleza.	6
	Mi proyecto de vida: Tener mis abejas.	6
	Estructurarme más como persona.	5
	Viajar con mis hijas.	6
	Tener una finca en clima templado.	6
P15	Tener buena salud.	6
	Tener muchos años para estar en familia.	6
	Tener una mejor calidad de vida.	6
	Estar juiciosa haciendo deporte.	6
	Comer bien.	6
	Que mi hija pueda terminar Doctora.	4
	Que mi nieto sea un ser humano muy bueno.	4
	Tener a mi madre con buena salud.	4
	Estar unidos con mi familia.	1
	Estar siempre al lado de mi hijo.	4

Grupo B - Deseos previos al taller

Participante	Deseos	Categoría
P4	Crear nuevamente mi empresa y sentirme útil y activo física y mentalmente.	6
	Comprar casa para cada una de mis hijas y verlas	6

	estables económicamente.	
	Culminar mis días con tranquilidad y estabilidad económica.	6
	Tener un sitio tranquilo y rodeado de naturaleza para vivir mi jubilación.	6
	Desarrollar y emprender actividades en Guadalajara para involucrar a la familia de mi hija para verlos prosperar.	6
	Ver que mi madre pase sus últimos días tranquila y lúcida junto a mi hermana.	4
	Lograr un cambio de forma de pensar de mi esposa para que tenga sanidad mental y física.	4
	Poder compartir lo más posible con mis hijas y nietos a través de un mejor entendimiento.	1
	Lograr una mejor unión familiar libre de malos recuerdos y resentimientos.	1
	Que no sufran mis familiares cuando ya no esté con ellos.	4
P5	Poder conformar una empresa donde pueda entregar toda mi experiencia aeronáutica y dejarla a mis hijos.	6
	Poder viajar por el mundo, especialmente Europa, Japón y China.	6
	Poder mejorar la vivienda para ofrecer más comodidad a mi familia.	4
	Poder cambiar mi vehículo por un último modelo.	4
	Poder aprender Python y otros lenguajes de programación.	5
	Dictar clases de aeronáutica en la universidad donde estuve trabajando.	6
	Poder desarrollar un proyecto electrónico que pueda	6

	ayudar a la humanidad.	
	Lograr un estado físico que me permita ganar un campeonato.	6
	Dominar varios idiomas.	5
P6	Disfrutar de salud.	6
	Estar tranquila en todo aspecto.	6
	Poder realizar lo que he querido y he pospuesto por años.	6
	Seguir compartiendo con mis hijos, nietos y esposo	1
	Soltar emociones que sé que no me benefician.	2
P7	Prepararme profesionalmente.	5
	Aprender otro idioma.	5
	Ayudar de alguna manera a otras personas.	4
P10	Mejorar mi estado de ánimo, pues me estoy deprimiendo con frecuencia.	3
	Mejorar mi salud.	6
	Aprender a vivir sola y disfrutar de lo que la vida me brinda.	5
	Recuperar mi autoestima pues noto que ha disminuido, tal vez por la falta de interacción con otras personas.	3
	Recuperar mi alegría y entusiasmo por todas las cosas, siento apatía y desinterés en la vida.	3

Grupo A - Deseos posteriores al taller

Participante	Deseos	Categoría
P2	Que Dios me dé la oportunidad de ver muy grandes a mis dos últimos nietos.	6
	Tener una mejor salud para poder trabajar o hacer muchas cosas y así ayudar a mis hijos.	6

	Viajar.	6
	Poder comprar un apartamento en Bucaramanga.	6
	Tener una mejor comunicación con mis sobrinos.	1
	Aprender a tocar guitarra o cualquier instrumento de cuerda.	5
	Que tengamos todos mucha salud y trabajo.	4
P11	Aprender experiencias nuevas que me llenen de satisfacción.	5
	Saber entender y comprender que se tiene una meta en esta vida para mejorar cada día.	6
	Aprender cosas nuevas que me aporten para estar cada día mejor.	5
	Tener una vida larga llena de salud, tranquilidad con mis seres queridos.	6
	Ser feliz a pesar de las dificultades que se nos presenten a lo largo del camino.	4
P12	Conocer Leticia y Medellín.	6
	Viajar a Europa, especialmente Francia y Suiza	6
	Aprender a hablar francés.	5
	Enseñar todo lo que sé de costura y bordado.	6
P14	Mi sueño: hacer algo por la humanidad, trascender, tener mis abejas.	6
	Cuidarme mental, espiritual y físicamente.	5
	Tener ojalá siempre pensamientos positivos.	3
	Tratar de no disgustar con las personas más cercanas (hijas, familiares y particulares).	4
	Hacer lo que a mí me gusta: culturizarme.	6
	Aprender a tocar guitarra o tiple.	5
	Entrar a un voluntariado.	6
	No preocuparme por las cosas que no se han hecho	4

	realidad (venta de mi casa).	
	Tener una excelente relación con mis hijas.	1
	Antes de morirme, viajar al mar con ellas ya que no se me han dado las condiciones.	6
P15	Hacer ejercicio.	5
	Cambiar mi genio.	3
	Comer mejor.	5
	Estar más ocupada.	3
	Asistir a más talleres.	5
	Poder ayudar a mi hija.	4
	Conocer varios países.	6
	Hacer yoga.	5

Grupo B - Deseos posteriores al taller

Participante	Deseos	Categoría
P4	Lograr superar la fragilidad económica.	6
	Dejar realizados algunos sueños de mis hijos, dándoles herramientas y solidez para su nueva vida.	4
	Superar mi confort y reactivarme comercial y económicamente y físicamente.	6
	Concluir con mis objetivos de vida familiar y superar las malas decisiones que causaron dolor a las personas de mi entorno familiar.	4
	Viajar por el mundo adquiriendo nuevos conocimientos y vivencias con recuerdos para mi solitaria vejez.	6
P5	Poder compartir mis conocimientos aeronáuticos con las generaciones recientes.	6
	Poder establecer mejores relaciones personales con	1

	mis hermanos y que exista un mayor entendimiento.	
	Lograr un mayor entendimiento de mi esposa.	1
	Ser propietario de una empresa familiar donde junto con mis hijos y esposa podamos compartir a la sociedad un emprendimiento que cubra nuestras profesiones.	6
	Realizar un crucero con mi familia.	6
	Poder desarrollar un proyecto electrónico innovador y práctico.	6
P6	Aprendí y me di cuenta que tengo ahora todo el tiempo necesario para realizar mis propósitos que postergué en mi vida.	6
	No mirar hacia el pasado con intranquilidad o incomodidad por hechos que me molestaron.	2
	Quiero vivir el día a día como viene, aunque lo hago generalmente pero mis pensamientos que me asaltaban a veces no me permitirían tener una buena relación conmigo misma, porque entendí que solamente yo vivía con mis fantasmas que ya los demás no tenían.	2
	Seguir agradeciendo y disfrutando de mi familia dándome mi tiempo aunque a veces se me olvidaba dejar tiempo para mí.	6
P7	Hablar otros idiomas.	5
	Saber otra vez decidir y manejar mi tiempo y mi vida.	3
	Aprender a manejar mis relaciones interpersonales.	1
	Poder pensar en mí.	3
	Aprender a pintar con diferentes técnicas.	5
	Poder poner en uso todas mis habilidades.	3
	Tener una familia, no vivir siempre sola.	6
	Aprender a vivir.	6

P10	Fortalecer mi voluntad para llevar a cabo todo lo que me propongo, me falta persistencia.	5
	Mejorar mi estado de salud, a través del ejercicio y control de alimentos.	6
	Mejorar mi inglés y francés que los tengo descuidados.	5
	Aprender sobre el manejo de las nuevas tecnologías (computador, celular, etc.).	5
	Escribir por fin el libro de poemas que tanto he querido.	6
	Escribir el libro de cuentos.	6
	Continuar con la mente dispuesta a aprender nuevas cosas.	5
	Viajar a otros países: Perú, Canadá, Japón.	6
	Organizar mejor mi presupuesto para terminar el mes sin deudas.	6

Bibliografía

Angarita, S. L. A. (2012). Una propuesta de tipo investigativo-interventivo para construir resiliencia. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 8(2), 391-406.

Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (Eds.). (2001). *The Berlin aging study: Aging from 70 to 100*. Cambridge University Press.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.

Berger, K. S. (2014). *The developing person through the life span*. New York, NY: Worth Publishers.

Bry, E. R. (2000). Mezclando técnicas. La investigación interventiva. *La Trama de la Comunicación*, 6, 43-49.

Camejo Lluch, R. (2011). Influencia del bienestar subjetivo en la calidad de vida de adultos mayores. El Cid Editor Recuperado de

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/unalbogsp/reader.action?docID=3194513>

Chaves, C., Figueroa G., Nieto, D., Parrado, L., Rodríguez L. (2015) Relaciones de pareja en la adultez mayor. *Universidad Nacional de Colombia*

Congreso de Colombia (23 de diciembre de 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. [Ley 100 de 1993] DO: 41.148.

Congreso de Colombia (6 de septiembre de 2006). Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. [Ley 1090 de 2006] DO: 46383.

Congreso de Colombia. (27 de noviembre de 2008). Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. [Ley 1251 de 2008] DO: 47.186.

Congreso de Colombia. (5 de enero de 2009). A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida. [Ley 1276 de 2009] DO: 47.223.

Congreso de Colombia. (30 de diciembre de 2016). Por la cual se modifica la edad máxima para el retiro forzoso de las personas que desempeñan funciones públicas. [Ley 1821 de 2016] DO: 50.102.

DANE. (2018). Censo nacional de población y vivienda 2018. República de Colombia: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

De Miguel Negro, A., & Fuentes, C. L. C. (2012). Evaluación del componente afectivo de las actitudes viejistas en ancianos: escala sobre el Prejuicio hacia la Vejez y el Envejecimiento (PREJ-ENV). *International journal of psychology and psychological therapy*, 12(1), 69-83.

Estupiñán, J., González, O., & Serna, A. (2006). Historias y narrativas familiares en diversidad de contextos. *Dossier* (2), 22-28.

- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Envejecimiento saludable. *In Congreso sobre envejecimiento: La investigación en España, Madrid* (pp. 9-11).
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. *Encuentros multidisciplinares*.
- Harris, R. (2019). ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. *New Harbinger Publications*.
- Hayes, S. C, Barnes-Holmes, D, & Roche, B.(Eds.).(2001). Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change. *New York: Guilford Press*.
- Liberalesso Neri, A. (2007). El legado de Paul B. Baltes a la psicología: el paradigma life span aplicado al desarrollo y al envejecimiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 413-417.
- Liberalesso Neri, A. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva; en América Latina. *Revista latinoamericana de Psicología*, 1(1), 55-74.
- Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2(4), 336-353.
- Martínez Pérez, T., González Aragón, C., Castellón León, G., & González Aguiar, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida:¿ éxito o dificultad?. *Revista Finlay*, 8(1), 59-65.

-
- Matia Instituto Gerontológico y CCHS. (2009-2012). Estudio Longitudinal Envejecer en España. Recuperado de <http://proyectoeles.es/>
- Meléndez, J. C., Agustí, A. I., Delhom, I., Rodríguez, M. F. R., & Satorres, E. (2018). Bienestar subjetivo y psicológico: comparación de jóvenes y adultos mayores
Subjective and psychological well-being: young and older adults' comparison. *Summa Psicológica UST*, 15, 18-24.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (4 de octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
[Resolución 8430 de 1993]
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). SABE Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. Resumen Ejecutivo.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Adulto mayor, vida y dignidad. Boletín de prensa N° 172 de 2016 <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Adulto-mayor-vida-y-dignidad.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (s.f). Envejecimiento y vejez – Encuentros Nación Territorio. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez-ENT.aspx>
- Norrish, J. M., & Vella-Brodrick, D. A. (2008). Is the study of happiness a worthy scientific pursuit?. *Social Indicators Research*, 87(3), 393-407.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11205-007-9147-x>

OMS. (2018). Envejecimiento y salud. Artículo de 5 de febrero

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Oyarzun Ebensperger, E. (2017). Crisis del modelo medico actual. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(6), 659-665.

Rodríguez-Morejón, A. (2016). El cliente en psicoterapia: contribución al resultado terapéutico. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 32(1), 1-8.

Rodríguez Rodríguez, V. F. (2011). Prioridades de la investigación sobre envejecimiento en Europa. Resultado de la consulta en España. Madrid: Informe Portal Mayores, (107).

Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727

Ryff, C. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.

Ryff, C. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081

- San Pedro, E. M., & Roales-Nieto, J. G. (2003). El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91-109.
- Salazar, J. A. A. (2011). The group intervention: A reading of the concepts of Enrique Pichon Riviere. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14(3), 194-228.
- Sarabia Cobo, C. M. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*, 20(4), 172-174
- Schaie, K. W. (1983). The Seattle Longitudinal Study: A 21-year exploration of psychometric intelligence in adulthood. *Longitudinal studies of adult psychological development*, 64(135), 484-493.
- Stoddard, J. A., & Afari, N. (2014). *The Big Book of ACT Metaphors: a practitioner's guide to experiential exercises and metaphors in Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
- Villanueva Claro, M. (2009). Abordaje histórico de la psicología de la vejez. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(3), 0-0.