

ARTÍCULOS ORIGINALES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA

FECHA DE RECEPCIÓN: 5 de noviembre de 2020

FECHA DE ACEPTACIÓN: 1 de marzo de 2021

FECHA DE PUBLICACIÓN: 27 de mayo de 2021

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca Salud Investiga "Dr. Abraam Sonis", Dirección de Investigación para la Salud, Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:
marina.cuello.psi@gmail.com

Registro Nacional de Investigaciones en
Salud N°: IS002256

INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA POSITIVA EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A CENTROS DE JUBILADOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Positive Psychology intervention in older adults attending senior centers in Buenos Aires city.

* Marina Inés Cuello¹. Dra. en Psicología.
Lina Grasso¹. Dra. en Psicología.

¹ Universidad Católica Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: En la vejez adquieren particular importancia problemáticas como la soledad, la pérdida de agilidad física y los cambios en el rol social. El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de un programa de intervención en Psicología Positiva para disminuir los síntomas de depresión y aumentar el bienestar psicológico y social en adultos mayores (60-91 años) que acuden a centros de jubilados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. MÉTODOS: La muestra se compuso de 73 personas distribuidas equitativamente en dos grupos: intervención y control. Se trató de un diseño cuasi experimental, de medidas repetidas pretest-postest. RESULTADOS: Se aplicó un ANOVA mixto 2 x 2, con el momento de la medición (pretest, postest) como factor de medida repetida y la condición experimental (intervención, control) como factor de grupo, hallándose un efecto principal de la condición experimental en el puntaje de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). El indicador de síntomas depresivos fue más bajo en la fase postest, pero solo para el grupo que recibió la intervención. Las puntuaciones de la escala de bienestar psicológico y social no evidenciaron cambios estadísticamente significativos. DISCUSIÓN: el grupo que recibió la intervención evidenció una disminución de los síntomas de depresión. Se recomienda evaluar el impacto de la intervención sobre otras variables, verificar la continuidad de los efectos a largo plazo y profundizar el estudio en población clínica.

PALABRAS CLAVE: Promoción de la Salud; Psicología Positiva; Depresión; Bienestar; Adulto Mayor.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Problems like loneliness, loss of physical agility and social role changes become particularly important in old age. The objective of the study was to evaluate the impact of Positive Psychology interventions on the alleviation of depression symptoms, and the improvement of psychological and social well-being in elderly people (aged 60-91 years old) that attend senior centers in the city of Buenos Aires. METHODS: The sample consisted of 73 older adults (87.7% women), equally distributed in two groups: intervention and control. The design was quasi-experimental, with repeated measures pre-test/post-test. RESULTS: A 2 x 2 mixed ANOVA was applied, with the time of measurement (pre-test, post-test) as repeated measurement factor and the experimental condition (intervention, control) as a group factor. There was a main effect of the experimental condition on the Geriatric Depression Scale (GDS) score: the depressive symptom indicator was lower during post-test phase, but only for the intervention group. Scores in psychological and social well-being did not show any statistically significant change. DISCUSSION: the intervention group showed a reduction of depression symptoms. It is recommended to evaluate the impact of the intervention on other variables, check long-term effects, and deepen the study in clinical population.

KEY WORDS: Health Promotion; Positive Psychology; Depression; Well-being; Elderly.

INTRODUCCIÓN

En la vejez, es frecuente la comorbilidad de enfermedades somáticas, la disminución de las funciones cognitivas y la presencia de acontecimientos vitales adversos. Particular importancia adquieren problemáticas como la soledad, la pérdida de agilidad física y la experimentación de cambios en el rol social^{1,2}.

En lo que respecta a los trastornos afectivos en la tercera edad, la depresión suele ser la causa más frecuente de sufrimiento emocional^{3,4}. Este grupo etario padece síntomas que no llegan necesariamente a cumplir los criterios de diagnóstico de un trastorno depresivo, lo que se conoce como depresión subclínica. Se trata de un trastorno que afecta a casi 1 de cada 10 adultos mayores y tiene un impacto considerable en la calidad de vida, por lo que es preciso prevenirlo³.

Aunque el envejecimiento implica un gradual desgaste del funcionamiento del organismo, no significa necesariamente una involución en términos de salud física y mental. Hábitos clave como la actividad física y la nutrición adecuada, así como las relaciones familiares, los contactos sociales, la vivienda y la disponibilidad económica, pueden tener gran influencia en la calidad de vida durante la vejez^{4,5}. Según Lombardo², existen aspectos claramente positivos de la vejez, como el acopio de experiencia o el mayor tiempo libre, que le permitirían al adulto mayor una ampliación en la búsqueda de formas de realización personal. Esto puede darse, por ejemplo, a través de actividades en espacios de participación social significativa, como los centros de jubilados, aptos para desarrollar y afianzar vínculos y aprendizajes.

La implementación de talleres de Psicología Positiva puede enriquecer la promoción del envejecimiento saludable mediante experiencias emocionales y actividades cognitivas que propician la salud. Diversos metaanálisis han mostrado que las intervenciones en Psicología Positiva son eficaces, favorecen el bienestar y disminuyen los síntomas depresivos^{6,7} (por ejemplo, a través de programas para aumentar el optimismo, experimentar y expresar gratitud, ejercitar la capacidad de perdonar, efectuar ejercicios de relajación y conciencia plena, y escribir acerca de experiencias positivas^{8,9}). En adultos mayores los estudios son más escasos, pero igualmente prometedores: se ha hallado una disminución significativa en la sintomatología depresiva y un aumento en los niveles de satisfacción vital¹⁰ y felicidad¹¹. También se han realizado intervenciones en gratitud, con mejoras en el bienestar subjetivo y el florecimiento¹².

Estos resultados sugieren que un programa de intervención en Psicología Positiva aplicado en la región del estudio podría tener efectos benéficos en las personas de la tercera edad. El objetivo de este trabajo fue evaluar la eficacia de un programa piloto de intervención en Psicología Positiva para disminuir los síntomas de depresión y aumentar el bienestar psicológico y social en adultos mayores que acuden a centros de jubilados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

MÉTODO

Se eligió un diseño analítico cuasi experimental, de medidas repetidas pretest-postest, con grupo control. La población de estudio fueron adultos mayores de 60 años, autoválidos, de ambos sexos y residentes en CABA, que asistieran a centros de jubilados y quisieran participar voluntariamente en la investigación.

A fin de que los participantes contaran con las competencias necesarias para intervenir activamente en el taller y comprendieran las consignas de los cuestionarios, como criterio de inclusión se consideró que obtuvieran un puntaje igual o mayor a 26 en el Miniexamen del estado mental (MMSE, por sus siglas en inglés)¹³ y un puntaje no mayor a 9 en la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS, por sus siglas en inglés)¹⁴ en la etapa pretest.

La recolección de datos se llevó a cabo en ocho centros de jubilados distribuidos en distintas comunas de la ciudad. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, ya que se implementó en aquellos centros con los que tiene convenio la universidad a la que pertenecen las investigadoras.

Para los análisis estadísticos, solo se consideró como participantes del taller a aquellos que habían tenido al menos un 70% de asistencia. El grupo control fue conformado por personas que no participaron, ya sea porque el taller no se dictó en su centro de jubilados o porque no pudieron asistir a los encuentros.

Durante la etapa pretest se evaluó un total de 122 adultos mayores de 60 años, de los cuales 10 (8,19%) no cumplían el criterio de inclusión propuesto. A partir de las 112 personas restantes, se logró una muestra efectiva de 73 participantes (87,7% mujeres y 12,3% hombres), que cumplían las condiciones de inclusión y completaron los cuestionarios en ambas fases de evaluación. La muestra definitiva quedó conformada por 36 sujetos en el grupo intervención y 37 en el grupo control.

Se consideraron tres variables dependientes: síntomas depresivos, bienestar psicológico y bienestar social.

Según el Ministerio de Salud de la Nación¹⁵, la depresión se caracteriza por "un bajo estado de ánimo, que puede mostrarse de diferentes formas: tristeza, irritabilidad, falta de interés, sensación de falta de energía, fatiga, alteraciones del sueño, del apetito, dolor o molestias físicas, disminución de la atención y de la concentración".

El bienestar psicológico se puede definir como el funcionamiento psicológico óptimo¹⁶. En la presente investigación se operacionalizó mediante la escala de Bienestar Psicológico en Adultos (BIEPS-A)¹⁷, que lo evalúa a nivel global y desde una perspectiva de múltiples dimensiones: a) control de situaciones (se refiere a la capacidad de autocompetencia); b) aceptación de sí mismo (implica que la persona puede admitir múltiples aspectos propios); c) vínculos psicosociales (mide la capacidad de establecer buenos vínculos con otros); d) autonomía (se relaciona con la asertividad y la toma de decisiones de manera independiente); y e) proyectos (se refiere a la presencia de metas y proyectos en la vida).

Por su parte, el bienestar social representa la satisfacción de las personas con el medio en el desempeño de sus tareas, como ciudadanos, trabajadores o vecinos, y capta la percepción sobre el funcionamiento social y el ambiente¹⁸.

Los instrumentos de recolección de datos fueron los siguientes:

- Cuestionario sociodemográfico desarrollado para la presente investigación: Indaga edad, sexo, estado civil, grupo de convivencia, nivel educativo, ocupación actual y ocupación anterior.
- MMSE¹³: Consiste en una serie de pruebas que evalúan orientación (autopsíquica, en tiempo y lugar), memoria de corto y largo plazo (fijación y recuerdo diferido), atención, lenguaje (comprensión verbal y escrita, expresión verbal —repetición y articulación— y expresión escrita), praxias (por comando escrito y verbal) y habilidad visuo-constructiva. Existen distintos puntajes de corte según región, edad y nivel educativo¹⁹.
- GDS^{14,20}: Es una de las escalas más utilizadas para el despistaje de depresión en población mayor de 65 años. Consta de 15 reactivos para evaluar síntomas depresivos en el adulto mayor. Es autoadministrable y dicotómica (con opción de respuesta sí/no). La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0 a 15 (de 0 a 5, normal; de 6 a 9, depresión leve; de 10 a 15, depresión moderada a severa).
- Escala BIEPS-A¹⁷: Evalúa el bienestar a nivel global y desde múltiples dimensiones. Consta de 13 afirmaciones sobre las cuales el sujeto puede responder “De acuerdo”, “Ni acuerdo, ni desacuerdo” o “En desacuerdo”. Permite obtener desde un puntaje mínimo de 13 hasta un máximo de 39.
- Escala de bienestar social de Keyes^{18,21,22}: Evalúa la percepción que las personas tienen sobre cinco aspectos del entorno social: a) integración social, entendida como la calidad de las relaciones mantenidas con la sociedad y la comunidad; b) aceptación social, relacionada con atribuir honestidad, bondad, y amabilidad a otros miembros de la sociedad; c) contribución social, en el sentido de que se tiene algo útil que ofrecer al mundo; d) actualización social, referida a la confianza en el progreso y el desarrollo; y e) coherencia social, referida al nivel de entendimiento de la dinámica social y la preocupación por saber lo que ocurre en el mundo. Está compuesta por 33 ítems con un continuo de respuesta de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo).

En lo que respecta al procedimiento, en primer lugar se contactó a la Secretaría de Integración Social para Personas Mayores del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para informarle del proyecto y pedir autorización para dirigirse a los centros de jubilados. Ocho centros accedieron a participar del estudio: cinco pusieron a disposición tiempo y espacio para el dictado de los talleres y tres decidieron intervenir como controles. Se proporcionó el consentimiento informado y la hoja de información a aquellos interesados en participar.

La investigación se dividió en tres etapas:

1) Etapa pretest: Las personas firmantes del consentimiento fueron entrevistadas y evaluadas con el cuestionario sociodemográfico, el MMSE y la escala GDS. Si cumplían los criterios de inclusión, se les pedía que completaran la escala BIEPS-A y la escala de bienestar social. Quienes necesitaron ayuda para completar las escalas, fueron asistidos por el investigador.

2) Etapa intervención: Los talleres de Psicología Positiva fueron impartidos en cinco centros por una de las psicólogas a cargo de la presente investigación. El taller consistió en ocho encuentros grupales de aproximadamente una hora de duración cada uno (una vez por semana a lo largo de dos meses y medio). Se estableció un cupo máximo de 20 participantes. En los encuentros se realizaron las siguientes actividades:

- Primer encuentro: Introducción a la Psicología Positiva. Presentación de investigaciones sobre felicidad y bienestar. Ejercicio: identificación y programación de actividades placenteras para la semana.
- Segundo encuentro: Bienestar psicológico y creatividad. Collage grupal con identificación de cosas positivas/ agradables que se valoran en la vida. Ejercicio para el hogar: “las tres bendiciones”. Durante una semana, los participantes debían escribir sobre tres cosas o hechos positivos que le habían sucedido durante el día.
- Tercer encuentro: Serenidad y espiritualidad. Presentación de las emociones positivas, identificación de las emociones más experimentadas diariamente. Serenidad: identificación de estrategias de afrontamiento. Preguntas dialécticas para encontrar un camino propio hacia la espiritualidad.
- Cuarto encuentro: Fortalezas y virtudes del carácter. Identificación de las fortalezas personales distintivas.
- Quinto encuentro: Satisfacción personal, orgullo. Reconocimiento de cualidades y éxitos propios. Presentación y debate sobre la resiliencia.
- Sexto encuentro: Construcción del “árbol de la autoestima”. Actividad plástica individual, basada en lo trabajado en encuentros anteriores.
- Séptimo encuentro: Gratitud como agradecimiento duradero, beneficios a nivel intra e interpersonal. Ejercicio: Redacción de una carta de gratitud.
- Octavo encuentro: Cierre del taller. Recapitulación de temas. Devolución de los participantes.

3) Etapa posttest: Tres meses después de la evaluación pretest, se les solicitó a los participantes de ambos grupos que volvieran a completar las escalas GDS, BIEPS-A y de bienestar social.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Católica Argentina. Para asegurar la confidencialidad de la información, los datos de la muestra fueron anonimizados: cada cuestionario fue codificado con un número identificador. Con la información recogida en los instrumentos, se diseñó una base de datos en el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 18).

En primera instancia se aplicó estadística descriptiva para analizar los datos sociodemográficos. Con la finalidad de evaluar el cambio en las variables dependientes, se obtuvieron las medias y las desviaciones típicas de cada variable en los participantes que habían recibido el programa de intervención y el grupo control, en la fase pretest y postest. Para evaluar la eficacia de la intervención, los datos fueron analizados mediante modelos lineales generales: se utilizó un análisis de varianza (ANOVA) mixto 2 x 2, con el momento de la medición (pretest, postest) como factor de medida repetida y la condición experimental (intervención, control) como factor de grupo. Dicho análisis se aplicó sobre los puntajes totales y sobre las dimensiones de la escala. En caso de significancia, se reportó el eta parcial cuadrado (ηp^2) como medida del tamaño del efecto. En caso de interacción significativa, se examinaron las diferencias entre condiciones mediante comparaciones pareadas para muestras relacionadas (Bonferroni ajustado, $p < 0,0125$).

RESULTADOS

La muestra definitiva estuvo compuesta por 73 participantes residentes en CABA, con edades comprendidas entre los 60 y los 91 años: 36 en el grupo intervención (media de edad: 77,31; desviación estándar: 7,12) y 37 en el grupo control (media de edad: 75,84; desviación estándar: 6,56). El análisis de diferencias de medias para muestras independientes no indicó diferencias significativas entre los grupos según edad, $t(71) = 0,916$, $p = 0,363$; ni en el puntaje total obtenido en el MMSE, $t(71) = -1,161$, $p = 0,249$. En la Tabla 1 se presentan los datos sociodemográficos con una comparación entre ambos grupos.

En la fase pretest, se realizaron comparaciones de medias entre ambas condiciones experimentales para corroborar que no existieran diferencias significativas en las variables dependientes. Al analizar los resultados, no se encontraron diferencias significativas en los puntajes totales de depresión, $t(71) = -0,071$, $p = 0,944$; bienestar psicológico, $t(71) = 0,808$, $p = 0,422$; ni bienestar social, $t(71) = -0,619$, $p = 0,538$, entre ambos grupos. Los resultados obtenidos en la fase pretest y postest pueden observarse en la Tabla 2.

En el caso de los síntomas de depresión, se encontró un efecto principal de la condición experimental, $F(1,71) = 2,833$, $p < 0,000$, $\eta p^2 = 0,038$. En general, las puntuaciones fueron menores en la fase postest. A su vez, dicho efecto fue calificado por una interacción significativa con la condición experimental, de manera tal que el descenso en el indicador de síntomas depresivos fue más bajo en la fase postest pero solo para los participantes en el grupo que recibió la intervención, $p < 0,001$. La diferencia de medias postest para el grupo control no mostró diferencias significativas, $p = 0,69$. El tamaño del efecto asociado a la interacción fue de medio a grande²³, $\eta p^2 = 0,12$, lo que sugiere que la intervención realizada explica una parte significativa de la varianza total de la muestra.

Con respecto al bienestar psicológico, no se hallaron efectos de los factores para el puntaje total de la escala [pretest/postest: $F(1,71) = 0,581$, $p = 0,448$; condición experimental: $F(1,71) = 2,449$, $p = 0,122$], ni de la interacción entre ellos. Sin embargo, según el análisis por dimensión, la condición experimental afectó los puntajes en vínculos psicosociales, $F(1,71) = 4,061$, $p = 0,048$, $\eta p^2 = 0,054$. Las puntuaciones fueron mayores para el grupo intervención que para el grupo control, con independencia

TABLA 1. Datos sociodemográficos de la muestra, comparación entre condiciones experimentales.

Variable	Categorías	Grupo intervención (n = 36)		Grupo control (n = 37)	
		Frecuencias	%	Frecuencias	%
Sexo	Femenino	35	97,2	29	78,4
	Masculino	1	2,8	8	21,6
Estado civil	Casado	3	8,3	7	18,9
	Soltero	3	8,3	5	13,5
	Separado o divorciado	8	22,2	9	24,3
	Viudo	22	61,1	13	43,2
Grupo de convivencia	Solo	24	66,7	20	54,1
	En pareja	3	8,3	9	24,3
	Con hijos	8	22,2	5	13,5
	Con otros	1	2,8	3	8,1
Nivel educativo	Básica	3	8,3	1	2,7
	Primaria	9	25	10	27
	Secundaria	16	44,4	14	37,8
	Superior	8	22,2	12	32,4
Ocupación actual	Trabaja	2	5,6	6	16,2
	No trabaja	34	94,4	31	83,8
Ocupación anterior	Ama de casa	4	11,1	4	11,1
	Empleado	23	63,9	26	70,3
	Profesional	9	25	7	18,9

TABLA 2. Medias, desviación estándar de las variables dependientes y comparación entre grupos en las fases pretest y posttest: análisis de la interacción grupo por fase.

Variable	Dimensión	Grupo intervención (n = 36)		Grupo control (n = 37)		gl§	F	p [¶]
		Media Pretest* (DE [†])	Media Postest [‡] (DE)	Media Pretest (DE)	Media Postest (DE)			
Síntomas de depresión	Puntaje total GSD**	3,53 (2,75)	1,75 (1,88)	3,57 (2,01)	3,41 (2,86)	71	9,795	0,003 ^{¶¶}
Bienestar psicológico	Control	8,36 (1,04)	8,72 (0,56)	8,38 (0,98)	8,54 (0,8)	71	1,039	0,311
	Autonomía	8,25 (1,2)	8,17 (1,18)	7,89 (1,22)	7,81 (1,07)	71	0,00	0,993
	Vínculos	8,75 (0,5)	8,89 (0,31)	8,59 (0,76)	8,51 (0,87)	71	2,018	0,160
	Proyectos	10,75 (1,31)	10,89 (1,5)	10,70 (1,59)	10,59 (1,46)	71	0,501	0,482
	Puntaje total BIEPS-A ^{##}	36,11 (2,61)	36,67 (2,49)	35,57 (3,1)	35,46 (2,52)	71	1,278	0,262
Bienestar social	Integración	25,5 (3,31)	26,03 (3,19)	26,14 (3,65)	25,92 (3,48)	71	1,974	0,164
	Aceptación	23,22 (5,57)	23,11 (5,34)	23,46 (5,44)	23,03 (5,45)	71	0,135	0,714
	Contribución	20,78 (3,45)	20,81 (3,73)	20,97 (3,78)	21,03 (3,43)	71	0,002	0,968
	Actualización	15,58 (3,62)	15,47 (3,69)	15,51 (3,42)	14,97 (3,73)	71	0,298	0,587
	Coherencia	15,56 (4,19)	16,75 (4,77)	16,7 (4,95)	18,03 (9,18)	71	0,006	0,937
	Puntaje total	100,64 (13,97)	102,17 (14,69)	102,78 (15,58)	102,97 (16,25)	71	0,295	0,588

* Pretest: momento previo a la intervención; † DE: desviación estándar; ‡ Posttest: momento posterior a la intervención; § gl: grado de libertad intragrupos (para todas las variables, = 1); || F: prueba F de Fisher; ¶ p: nivel de significancia más pequeño que conduce al rechazo de la hipótesis nula; ** GSD: escala de depresión geriátrica de Yesavage; ††: efecto de interacción grupo por fase significativo para medidas repetidas, $p < 0,005$; ## BIEPS-A: escala de Bienestar Psicológico en Adultos.

del momento de la medición. Asimismo, se encontró un efecto del momento de la medición sobre las dimensiones de aceptación y control, $F(1,71) = 7,191$, $p = 0,009$, $\eta p^2 = 0,092$. Las puntuaciones fueron mayores en la fase posttest en comparación con la fase pretest, con independencia de la condición experimental. No se encontraron efectos significativos ni de la interacción entre los factores para el resto de las dimensiones de la escala de bienestar.

Por último, no se hallaron efectos de los factores para el puntaje total de la escala de bienestar social [pretest/posttest: $F(1,71) = 0,486$, $p = 0,488$; condición experimental: $F(1,71) = 0,196$, $p = 0,659$], ni de la interacción entre ellos. El análisis por dimensión tampoco reveló efectos significativos de los factores, $p > 0,16$.

DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos, se observa que los efectos globales de la intervención aplicada fueron eficaces para reducir la sintomatología depresiva. Estos hallazgos coinciden con otras investigaciones realizadas con adultos mayores, las cuales señalan la efectividad de intervenciones basadas en la Psicología Positiva en esta población^{11,12,24}. Es fundamental advertir que la presente intervención no constituye un tratamiento clínico para la depresión, sino que explora los potenciales beneficios de efectuar este tipo de actividades en centros comunitarios. En futuros estudios, conviene investigar el impacto a nivel clínico de los cambios obtenidos, así como la eficacia del taller sobre otros indicadores de malestar psicológico, como la ansiedad o la insatisfacción con la vida, y su impacto en el largo plazo.

En relación con la influencia de la intervención en el bienestar psicológico, si bien el puntaje total de la escala BIEPS-A aumentó en promedio en el grupo intervención

en la fase posttest en comparación con el grupo control, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. La principal limitación a este respecto fue un efecto de techo en las puntuaciones obtenidas, ya que toda la muestra presentó niveles altos de bienestar psicológico desde el inicio del estudio. En la etapa pretest ambos grupos obtuvieron puntajes medios cercanos a 36 (sobre un máximo de 39 en la escala). Similarmente, en un estudio realizado en Mar del Plata²⁵, los adultos mayores alcanzaron un puntaje promedio de 34,7. Los hallazgos muestran que en la tercera edad el bienestar psicológico global presenta niveles elevados en los diversos aspectos que lo integran, y que no declinaría con la edad²⁶. A partir de lo hallado, en futuros estudios sería conveniente desarrollar y utilizar instrumentos de medición diseñados específicamente para adultos mayores y con sensibilidad al cambio de aquellos aspectos abordados en el programa.

Por su parte, no se hallaron cambios significativos en la variable de bienestar social. Una posible explicación es que la escala apuntaría a medir percepciones más vinculadas a cuestiones macrosociales, que exceden el alcance del taller propuesto; por ejemplo, evalúa creencias respecto al rol de los individuos dentro de la sociedad, su percepción del Gobierno, su comprensión del mundo y su relación con otros ciudadanos, por lo que se entiende que puedan ser creencias y actitudes no tan susceptibles de modificación si no van acompañadas de grandes cambios sociales o gubernamentales. En vista de estos resultados, resulta fundamental seguir indagando sobre esta variable en la población de adultos mayores.

Es importante señalar que la muestra fue mayoritariamente femenina (87,7% de mujeres). Este dato es representativo de la realidad observada en los centros de jubilados, ya

que, como señala Brigeiro²⁷, existe una baja adhesión de los hombres a las propuestas de convivencia e integración que caracterizan a estos espacios. La evidencia sugiere que las personas mayores que participan en actividades extrafamiliares presentan una mejor adaptación al medio, mayor satisfacción y una mejor calidad de vida que el resto de sus congéneres²⁸. Por ejemplo, Krzemien²⁹ halló una correlación positiva entre participación social y salud en mujeres adultas mayores, lo cual sugiere que muchos aspectos de la depresión y el deterioro pueden deberse más a la falta de actividad y al aislamiento social que al proceso de envejecimiento. En tal sentido, el rol de la actividad social es un factor importante en la promoción de un envejecimiento saludable y activo, y es un desafío poder integrar también a los hombres en este tipo de programas.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, una de las dificultades halladas fue el desgranamiento de la muestra. Adicionalmente, se observó cierta variabilidad en la asistencia al taller, debida a factores como condiciones climáticas, viajes, enfermedades, etc., que dificultaron el compromiso de algunos participantes para concurrir a todos los encuentros de manera continuada.

Por tratarse de un estudio piloto, los resultados obtenidos se consideran un primer acercamiento a la evaluación de un programa de intervención en Psicología Positiva para adultos mayores en los centros de jubilados de CABA, donde no existe mayor evidencia de la efectividad de intervenciones dirigidas a esta población. En futuros estudios, se sugiere contemplar la aplicación de alguna intervención alternativa al grupo control.

Asimismo, es importante señalar que, si bien los participantes eran autoválidos y no tenían un deterioro cognitivo mayor, la batería utilizada (MMSE) es una prueba de tamizaje

que no permite discriminar normalidad de deterioro cognitivo leve¹⁹. Por lo tanto, los resultados obtenidos deben ser interpretados en este contexto. Las futuras investigaciones deberían utilizar test de rastillaje con mayor sensibilidad al deterioro leve, así como considerar la existencia de factores de riesgo vascular, el uso de medicamentos y las quejas cognitivas, entre otros factores que podrían influir en el rendimiento. Asimismo, sería interesante ahondar en el estudio comparativo de antecedentes de factores protectores como actividad física o artística, que podrían haber influido en el resultado de la intervención.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

El taller fue diseñado para contribuir en dos niveles. Por un lado, se apuntó a fomentar el desarrollo social, ya que se realizaron actividades grupales educativas y recreativas, de intercambio y conexión empática con otros, facilitando el sentido de pertenencia a un grupo de pares y fortaleciendo los vínculos sociales. Por otro lado, se buscó afirmar el desarrollo individual: se brindaron herramientas para promover el autoconocimiento y la autoestima, mejorar el estado de ánimo y el bienestar psicológico, aumentar la frecuencia de emociones positivas, y desarrollar competencias y fortalezas personales. Pese a ser modesta en su alcance, la presente investigación permite demostrar la efectividad de dichas intervenciones para reducir los síntomas de depresión.

Dada la escasez de intervenciones basadas en la Psicología Positiva dirigidas a personas mayores, el presente trabajo sienta precedente a nivel local y denota que este tipo de programa puede ser una estrategia complementaria en la promoción de la salud mental.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Cuello MI, Grasso L. Intervención en psicología positiva en adultos mayores que asisten a centros de jubilados de la Ciudad de Buenos Aires. *Rev Argent Salud Pública*. 2021;13:e45. Publicación electrónica 27 de May 2021.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ ITinoboras C. Condiciones de vida de las personas mayores. Acceso y desigualdad en el ejercicio de derechos (2010-2017). Buenos Aires: Educa; 2018.

² Lombardo E. Psicología positiva y psicología de la vejez. *Intersecciones teóricas*. *Psicodebate* [Internet]. 2013 [citado 18 Mar 2021];13:47-60. Disponible en: <https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/361>

³ Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [citado 18 Mar 2021]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf

⁴ Drenowski A, Evans WJ. Nutrition, physical activity, and quality of life in older adults: summary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2001 [citado 18 Mar 2021];56 Supl 2:89-94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11730242/>

⁵ Salinas Martínez F, Cocca A, Mohamed K, Vicianá Ramírez J. Actividad física y sedentarismo: repercusiones sobre la salud y calidad de vida de las personas mayores. *Retos*. *Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*. 2010;17:126-129.

⁶ Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive

psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 [citado 18 Mar 2021];13(1):119. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23390882/>

⁷ Sin N, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *J Clin Psychol* [Internet]. 2009 [citado 18 Mar 2021];65(5):467-487. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19301241/>

⁸ Cuadra-Peralta A, Veloso-Besio C, Ibergaray Pérez M, Rocha Zúñiga M. Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión. *Terapia Psicológica* [Internet]. 2010 [citado 18 Mar 2021];28(1):127-134. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262647700_Resultados_de_la_psicoterapia_positiva_en_pacientes_con_depresion

⁹ Seligman MEP. *Florecer. La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. Ciudad de México: Océano; 2014.

¹⁰ Cuadra-Peralta A, Veloso-Besio C, Puddu-Gallardo G, Salgado-García P, Peralta-Montecinos J. Impacto de un programa de psicología positiva en sintomatología depresiva y satisfacción vital en adultos mayores. *Psicología: Reflexão e Crítica* [Internet]. 2012 [citado 18 Mar 2021];25(4):651-652. Disponible en:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722012000400003&script=sci_abstract&tlng=es

¹¹ Jiménez MG, Izal M, Montorio I. Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Suma Psicológica* [Internet]. 2016 [citado 18 Mar 2021];23(1):51-59. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-suma-psicologica-207-articulo-programa-mejora-del-bienestar-personas-S0121438116000059>

¹² Killen A, Macaskill A. Using a gratitude intervention to enhance well-being in older adults. *J Happiness Stud* [Internet]. 2015 [citado 18 Mar 2021];16(4):947-964. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10902-014-9542-3>

¹³ Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* [Internet]. 1975 [citado 18 Mar 2021];12(3):189-198. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1202204/>

¹⁴ Yesavage JA, Brink TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* [Internet]. 1982-1983 [citado 18 Mar 2021];17(1):37-49. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7183759/>

¹⁵ Ministerio de Salud de la Nación. Manual de autocuidado para mayores de 60 años [Internet]. Buenos Aires: MSAL; 2016 [citado 18 Mar 2021]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001176cnt-2018-01-22_manual-autocuidado-personas-adultas-mayores.pdf

¹⁶ Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1995 [citado 18 Mar 2021];69(4):719-727. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7473027/>

¹⁷ Casullo M. Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica. Buenos Aires: Paidós; 2002.

¹⁸ Keyes CLM. Social well-being. *Soc Psychol Q*. 1998;61(2):121-140.

¹⁹ Butman J. El "Mini Mental State Examination" en Español. Normas para Buenos Aires. *Revista Neurológica Argentina* [Internet]. 2001 [citado 18 Mar 2021];26(1):11-15. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/255664013_El_Mini_Mental_State_Examination_en_Espanol_Normas_para_Buenos_Aires

²⁰ Martínez de La Iglesia J, Onís Vilches M, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam* [Internet]. 2002 [citado 18 Mar 2021];12(10):26-

40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000003

²¹ Blanco A, Díaz D. El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema* [Internet]. 2005 [citado 18 Mar 2021];17(4):582-589. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2005-14013-007>

²² Zubieta EM, Delfino GI. Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones* [Internet]. 2010 [citado 18 Mar 2021];17:277-283. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139946018.pdf>

²³ Richardson JTE. Eta squared and partial eta squared as measurements of effect size in educational research. *Educ Res Rev* [Internet]. 2011 [citado 18 Mar 2021];6:135-147. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1747938X11000029?via%3Dihub>

²⁴ Melendez Moral JC, Fortuna Terrero FB, Sales Galan A, Mayordomo Rodriguez T. Effect of integrative reminiscence therapy on depression, well-being, integrity, self-esteem, and life satisfaction in older adults. *J Posit Psychol* [Internet]. 2015 [citado 18 Mar 2021];10(3):240-247. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2015-07411-006>

²⁵ Soliveres VC, Sabatini MB, Scolini M, Goris Walker G. Evaluación del bienestar psicológico en adultos mayores y adultos jóvenes de la ciudad de Mar del Plata. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación, VI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR [Internet]. Buenos Aires: Facultad de Psicología - UBA; 2010 [citado 18 Mar 2021]. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-031/88.pdf>

²⁶ Liberalesso Neri A. Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva en América Latina. *Rev Latinoam Psicol* [Internet]. 2002 [citado 18 Mar 2021];34(1-2):55-74. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80534205.pdf>

²⁷ Brigeiro M. "Envejecimiento exitoso" y "tercera edad": Problemas y retos para la promoción de la salud. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2005 [citado 18 Mar 2021];23(1):102-109. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215401009>

²⁸ Amadasi E, Tinoboras C. El desafío de la diversidad en el envejecimiento. Familia, sociabilidad y bienestar en un nuevo contexto. Buenos Aires: Educa; 2016.

²⁹ Krzemien D, Lombardo E. Espacios de participación social y salud en la vejez femenina: estudio interdisciplinario. *Estudios Interdisciplinarios sobre o Envelhecimento* [Internet]. 2003 [citado 18 Mar 2021];5:37-55. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/267242193_Espacios_de_participacion_social_y_salud_en_la_vejez_femenina



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.