UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA

Programa de Doctorado en Psicogerontología: Perspectiva del Ciclo Vital

REMINISCENCIA INTEGRATIVA COMO MÉTODO DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS MAYORES VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN COLOMBIA

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:

Gladis Tatiana Navarro Garcia

DIRIGIDA POR:

Dr. Juan C Melendez Moral

Dra. M. Fernanda Reyes Rodriguez

Valencia julio 2024

Agradecimientos

Agradezco infinitamente a Juan Carlos Meléndez por su humanidad, don de servicio y especialmente sus enseñanzas y acompañamiento sin usted no lo hubiese logrado.

A María Fernanda Reyes Rodríguez, todo lo que sé se lo debo a usted, un millón de gracias por creer en mí, por apoyarme, ayudarme y darme se empujón que siempre me ayuda a dar un paso más, mi admiración y gratitud son eternos.

“En honor a todas las familias de las últimas décadas que viven las heridas de guerra invisibles a causa del conflicto armado en el Catatumbo, en especial a Cecilia y Mencho 1.992”

ÍNDICE

Prólogo. 1
Capítulo 1. Envejecimiento y vejez en Latinoamérica en tiempos de guerra 5
1. Conflicto armado y hechos victimizantes en Colombia, envejecimiento y vejez 8
2. Reporte Cuantitativo, víctimas del conflicto armado 10
3. Catatumbo como población objeto: Delimitación y descripción de la región..... 13
4. Política pública y programas reparación a víctimas conflicto armado en Colombia 14
Capítulo 2. Conflictos armados variables psicológicas amortiguadoras y consecuencias..... 17
1. Variables Amortiguadoras: como Recursos Psicológicos 22
1.1. Afrontamiento 25
1.2. Resiliencia..... 31
2. Variables Resultado: Afectación de los Recursos Psicológicos 39
2.1. Identidad 41
2.2. Bienestar 45
2.3. Depresión. 48
3. Consecuencias psicológicas del Conflicto Armado en Colombia 50
Capítulo 3. La terapia de reminiscencia 57
1. Reminiscencia como un enfoque narrativo 61
2. Funciones de la Reminiscencia..... 67
3. Programas de intervención con Reminiscencia 80
Capítulo 4. Material y método..... 89
1. Objetivos e hipótesis..... 92
1.1. Objetivo general..... 92
1.2. Objetivos específicos e hipótesis 92
2. Método..... 93
2.1. Participantes..... 94

2.2. Instrumento 97
2.3. Procedimiento 100
2.4. Consideraciones éticas 109
2.5. Análisis de datos 109
Capítulo 5. Resultados 111
1. Estadísticos descriptivos 113
2. Resultados modelos lineales mixtos 115
2.1. Depresión 115
2.2. Bienestar: Satisfacción Vital 116
2.3. Resiliencia 117
2.4. Dimensiones de estrategias de afrontamiento 118
2.5. Funciones de la reminiscencia 125
Capítulo 6. Discusión 133
Capítulo 7. Conclusiones 153
Capítulo 8. Referencias 159
ANEXO 1. Cuestionario de inclusión “Victima del conflicto armado en Colombia” 193

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Personas víctimas en el periodo de 1928 a 1985 en Colombia..... 11
Figura 2. Disponibilidad y uso de estrategias de control primario y secundario 35
Figura 3. Modelo circunflejo de Webster..... 71
Figura 4. Modelo integral de categorías y funciones de reminiscencia 73
Figura 5. Modelo de Funciones de Reminiscencia 76
Figura 6. Distribución de la muestra según la escolaridad..... 95
Figura 7. Características de la muestra según la situación actual 95
Figura 8. Estructura de las sesiones: Grupo Tratamiento..... 105
Figura 9. Diagrama proceso de investigación 108
Figura 10. Depresión: Medición grupo control y tratamiento..... 115
Figura 11. Bienestar: Medición grupo control y tratamiento 116
Figura 12. Resiliencia: Medición grupo control y tratamiento 117
Figura 13. Focalización solución del problema: Medición grupo control y tratamiento 118
Figura 14. Reevaluación positiva: Medición grupo control y tratamiento..... 119
Figura 15. Búsqueda de apoyo social: Medición grupo control y tratamiento 120
Figura 16. Expresión emocional abierta: Medición grupo control y tratamiento 121
Figura 17. Autofocalización negativa: Medición grupo control y tratamiento 122
Figura 18. Evitación: Medición grupo control y tratamiento..... 123
Figura 19. Religión: Medición grupo control y tratamiento 124
Figura 20. Identidad: Medición grupo control y tratamiento 125
Figura 21. Resolución de problemas: Medición grupo control y tratamiento..... 126
Figura 22. Preparación para la muerte: Medición grupo control y tratamiento 127
Figura 23. Reducción del aburrimiento interacción medición y grupo..... 128
Figura 24. Mantenimiento de la intimidad: Medición grupo control y tratamiento..... 129
Figura 25. Revivir la amargura: Medición grupo control y tratamiento 130

Figura 26. Conversación: Medición grupo control y tratamiento 131
Figura 27. Enseñar e informar: Medición grupo control y tratamiento 132

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipos de Reminiscencia y su función 70
Tabla 2. Plan de aplicación para diseño de investigación 93
Tabla 3. Estadísticas condición política social de los participantes 96
Tabla 4. Hechos victimizantes en la población adulta en el Catatumbo por grupos 96
Tabla 5. Programa de Reminiscencia integrativa y talleres en psicoeducación 103
Tabla 6. Denominación talleres de psicoeducación en salud 103
Tabla 7. Objetivos generales y específicos de los talleres de psicoeducación en salud 103
Tabla 8. Denominación sesiones programa de Reminiscencia 105
Tabla 9. Objetivos generales y específicos del programa en Reminiscencia Integrativa 106
Tabla 10. Medias y desviación depresión, bienestar y resiliencia 114
Tabla 11. Medias y desviación dimensiones de afrontamiento 114
Tabla 12. Medias y desviación de las funciones de reminiscencia 114
Tabla 13. Medias y contrastes para la variable dependiente depresión 115
Tabla 14. Medias y contrastes para la variable dependiente bienestar/satisfacción vital 116
Tabla 15. Medias y contrastes para la variable dependiente resiliencia 117
Tabla 16. Medias y contrastes para la variable focalizado en solución problemas 118
Tabla 17. Medias y contrastes para la variable dependiente reevaluación positiva 119
Tabla 18. Medias y contrastes para la variable dependiente búsqueda de apoyo social 120
Tabla 19. Medias y contrastes para la variable dependiente expresión emocional abierta 121
Tabla 20. Medias y contrastes para la variable dependiente autofocalización negativa 122
Tabla 21. Medias y contrastes para la variable dependiente evitación 123
Tabla 22. Medias y contrastes para la variable dependiente religión 124
Tabla 23. Medias y contrastes para la variable dependiente intimidad 125
Tabla 24. Medias y contrastes para la variable dependiente resolución problemas 126
Tabla 25. Medias y contrastes para la variable dependiente preparación muerte 127

Tabla 26. Medias y contrastes para la variable dependiente reducción aburrimiento..... 128
Tabla 27. Medias y contrastes para la variable dependiente mantenimiento intimidad..... 129
Tabla 28. Medias y contrastes para la variable dependiente revivir amargura 130
Tabla 29. Medias y contrastes para la variable dependiente conversación..... 131
Tabla 30. Medias y contrastes para la variable dependiente enseñar e informar..... 132

El envejecimiento de la población es un fenómeno demográfico que integra a nivel mundial nuevas configuraciones políticas, económicas y sociales, los reportes estadísticos estiman que en 2050 aproximadamente el 22% de la población serán personas mayores de 60 años, países como Europa y América del Norte han buscado la manera de integrar los acontecimientos y tendencias que surgen alrededor de los cambios que traen las nuevas generaciones. Para América Latina y el Caribe el aumento poblacional personas mayores es del 13,4% de la población total, se espera para 2030 un aumento poblacional del 16,5%, de igual manera la esperanza de vida aumenta es proporcional a estos valores (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2022). Unido a esto, en América Latina se estima que el 20% de los mayores necesitan algún tipo de atención especial, lo cual aumenta sustancialmente los factores asociados a la indefensión y desigualdad, ya que aproximadamente el 85% de los adultos mayores no tienen garantía para suplir sus necesidades básicas de vida (Barrientos, 2021). A esto también se suman los diferentes conflictos que por décadas han vivido los más mayores en edad, observándose un incremento de las situaciones de vulnerabilidad y desventajas sociales, políticas y económicas como la pobreza y la marginación social

(Rodríguez, 2000).

Así las cosas, en Colombia las consecuencias de la guerra armada han impactado la vida de las personas a lo largo del territorio, las secuelas de las situaciones bélicas han causado daño directo a la población civil sin diferenciar género y edad, el Registro Único de Victimas asegura el reporte de 8347566 de personas con hechos victimizantes que van desde la muerte hasta la perdida de bienes, para la mayoría de estas personas el acceso a los servicios de salud, educación y otros se ha convertido en una dificultad más, sumadas a la exposición constante a las acciones violentas, y a la ubicación geográfica de su residencia, el vivir en un área rural aumenta los factores de riesgo lo cual repercute en síntomas como la depresión, ansiedad y estrés catalogados como heridas invisibles de guerra (Luque, et al 2017). Los adultos mayores en Colombia son la población que en mayor medida ha presenciado el conflicto armado en el territorio nacional y el grupo de personas que mayor resistencia ha tenido que soportar sobre las acciones de guerra, lo que incrementa de alguna manera las consecuencias de adaptación y desajuste psicológico (Cerquera et al., 2019; Grupo de Memoria Histórica, 2013).

Por lo tanto, estudiar este fenómeno desde otra mirada se ha convertido en un reto motivador, ya que la psicología positiva ayuda a buscar nuevas alternativas para entender al ser humano en general y de forma específica el envejecimiento máxime desde lo complejo de una guerra. Esta tesis doctoral buscó implementar un programa basado en reminiscencia integrativa que promoviera la salud mental y fomentará el bienestar en un grupo de personas mayores víctimas del conflicto armado en Colombia. El programa basado en terapia de reminiscencia, se fundamentó en la revisión de acontecimientos de la vida pasada, siendo estos positivos o negativos, para dar un significado nuevo significado, encaminado a la búsqueda de la reconciliación entre el pasado y el presente para promover el sentido y el valor de la vida, aumentando la autoestima, la aceptación de sí mismo y de los demás en medio de una guerra que todavía continua.

Es por esto, que decidimos aplicar una intervención que hubiese sido aprobada como efectiva y eficaz sobre el bienestar en personas mayores (Bohlmeijer et al., 2007; Meléndez et al., 2015a), a la par que pudiera estimular el área cognitiva y del lenguaje en los adultos mayores (Watt y Wong, 1991). Asimismo, la intervención en reminiscencia también ha sido una excelente opción no farmacológica para la población adulta mayor para fortalecer las estrategias

de afrontamiento en adultos sin deterioro cognitivo (Satorres et al., 2018) y en la reducción de sentimientos de soledad y depresión (Meléndez et al., 2013 y 2015). También, en Colombia la eficacia de la reminiscencia integrativa fue validada por Navarro y Erazo (2019), quienes implementaron un programa en el cual los resultados revelaron un aumento significativo en el bienestar subjetivo, psicológico y la disminución sintomatología depresiva.

Además, este estudio buscó aumentar las funciones prosociales, la identidad, resolución de problemas y la preparación para la muerte, junto a esto la disminución del reavivamiento de la amargura, aburrimiento y el mantenimiento de la intimidad como claves en el desarrollo personal y psicológico de los adultos mayores colombianos.

En este sentido la implementación del programa en Reminiscencia Integrativa para los adultos mayores víctimas del conflicto armado de la región del Catatumbo ubicada al norte del departamento de Norte de Santander fue un reto personal y laboral, pero a la vez ha sido un estudio que pretende dar respuesta a la necesidad y a la solicitud que hace el Centro Nacional de Memoria Histórica para los profesionales de las ciencias sociales y de la salud para que trabajen con la población víctima del conflicto armado en la zona del Catatumbo: memorias de vida y dignidad.

CAPÍTULO 1

ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ EN LATINOAMÉRICA EN TIEMPOS DE GUERRA

Se estima que la población de 65 años y más aumentarán significativamente a nivel mundial; para el año 2050, Europa y América del Norte tendrán uno de cada cuatro habitantes con 65 años y más. El incremento poblacional también se concibe en África y Asia (Araníbar, 2001). En cuanto a los países de América Latina y el Caribe en 2022, viven 88,6 millones de personas mayores de 60 años en la región, que representan el 13,4% de la población total, proporción que llegará al 16,5% en 2030. Asimismo, la esperanza de vida para ambos sexos ha aumentado de 48,6 años en 1950 a 75,1 años en 2019. No obstante, el retroceso de 2,9 años en 2021 respecto de 2019 por el impacto de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), se espera que la esperanza de vida continúe aumentando en el futuro y llegue a 77,2 años en 2030 (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2022). Además, se debe tener en cuenta que aproximadamente de estos, un 20% requieran de algún tipo de cuidado o acompañamiento especial (Failache et al., 2022), que unido a un insuficiente apoyo social los situará en estado de indefensión y desigualdad (Parodi y Runzer-Colmenares, 2021). Se estima que el 85% de los adultos mayores en América Latina no tienen garantía en sus ingresos económicos (Barrientos, 2021).

Con relación a los diferentes conflictos bélicos y sociales acaecidos en Latinoamérica

en los últimos años, de forma general debe señalarse que estos han producido una gran vulnerabilidad en la población, la cual ha experimentado desventajas sociales, políticas y económicas a nivel individual o en comunidad como la pobreza, la marginación social, y afectaciones físicas o psicológicas (Rodríguez, 2000). Países como Chile y Argentina reportaron entre los años 1973 y 1990 una época de violencia política, ejercida por las Fuerzas Armadas, actos terroristas como la persecución, reclusión, secuestro, tortura y desaparición impusieron el terror, la participación popular se vio directamente afectada por la represión democrática, política y académica que se vivió en la época (Garmendia, 2011). Entre los años 1980 y el año 2000 Perú alcanzo 69.280 víctimas del conflicto armado por violencia política, esto incluye población civil de todas las edades (Mantilla Falcon, 2003).

De este modo, se puede afirmar que Latino América ha reportado cifras considerables de personas víctimas de conflictos armados internos, situando al estado como un agente que carece de las posibilidades de ofrecer protección social para sus habitantes, lo cual, representa un reto continuo para los gobiernos y las organizaciones, e invita a proponer, construir e implementar nuevos sistemas de protección para los adultos mayores y otros grupos poblacionales (Araníbar, 2001). Desde este marco de desprotección, parece necesario, focalizar los recursos existentes en los grupos poblacionales identificados en estado de vulnerabilidad para cumplir con las necesidades y requerimientos de las personas partiendo de las características particulares de cada país, región y población (Rodríguez, 2000), proporcionando sistemas de cuidado al envejecimiento en América Latina y el Caribe que aporten beneficios más estables y perdurables, bajo los parámetros de la igualdad con equidad antes de que para todos sea tarde (Villalobos et al., 2021).

1. Conflicto armado y hechos victimizantes en Colombia, envejecimiento y vejez.

El conflicto armado interno en Colombia ha sido tema de análisis político, social y económico en la comunidad internacional, debido a la complejidad de sus características (Amnistía Internacional, 2010). Las raíces ideológicas de este conflicto prolongado han tenido influencia de la Revolución cubana y la guerra fría. Los actores que participan en esta guerra irregular se constituyen con diferentes vértices, entre tantos están las Fuerzas Armadas

colombianas, grupos guerrilleros como las FARC, el ELN, M-19, EPL y las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC), entre otros (Arévalo, 2013).

El impacto y las secuelas de la guerra han involucrado directamente a la población civil sin diferenciar género y edad. Actualmente la Red Nacional de Información cuenta con 9.263.826 personas registradas, de las cuales el 96,41% son víctimas del conflicto armado, el 3,8% son víctimas de sentencias y el 76,16% tienen medidas de asistencia (Registro Único de Victimas, 2022). Esta guerra ha mantenido por varias décadas un lazo estrecho entre actividades legales e ilegales relacionadas a la agroindustria, la explotación de minerales y actividad productiva como el narcotráfico (Kurtenbach, 2004; Pizarro, 2004). Sumado a la recolección de dinero a través de la extorsión, secuestro y amenazas a campesinos, personas prestantes o en su defecto ciudadanos al azar en diferentes regiones del país (Arévalo, 2013). Todos estos hechos representan para Colombia daños a nivel sociopolítico, económico y ambientales de alto impacto, junto a la configuración de nuevas alianzas criminales entre servidores públicos, políticos, grupos subversivos y que ejercen la delincuencia común, convirtiéndose en una dificultad para llegar a la solución pacífica (Arévalo, 2013).

Por lo que se refiere a la cifras principales de este conflicto como consecuencia de la guerra armada, el Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH) reportó 6.069 colombianos despojados de sus tierras, 83.290 víctimas de actos terroristas, atentados, combates y hostigamientos, 380.952 ciudadanos amenazados, 8.831 en confinamiento, 24.789 víctimas con delitos contra la libertad y la integridad sexual, 169.201 en condición de desaparición forzada, 7.358.248 desplazados, 995.393 murieron por homicidio, 21.444 denunciaron lesiones personales físicas y 380 lesiones personales psicológicas, 11.382 se enfrentaron a minas antipersonal, munición sin explotar o artefacto explosivo, 112.868 perdieron sus bienes muebles o inmuebles, 36.578 fueron secuestradas, 10.787 torturadas y 7.431 niños, niñas y adolescentes vinculados al conflicto armado colombiano (CNMH, 2018).

Este conflicto armado también ha generado consecuencias en la población civil por más de 50 años, los datos del CNMH registran hechos victimizantes entre los años 1952 y 2003, y sitúa a los adultos mayores como la población que en mayor medida ha presenciado el conflicto armado en el país (Correa-Montoya et al., 2015). Los relatos de este grupo poblacional han proporcionado información relevante para construir la memoria histórica del país, “Voces de Mayores”, donde el CNMH pretende reconocer las experiencias de las víctimas mayores en el

marco del conflicto armado interno en Colombia (Arévalo, 2013).

Hechos políticos y sociales siguen presentes en la memoria de los colombianos, como la muerte de líderes sociales, el asesinato de los precandidatos presidenciales Jorge Eliecer Gaitán en 1948 y Luis Carlos Galán Sarmiento en 1989, la toma del Palacio de Justicia en Bogotá en 1985, o los genocidios, actos violentos, persecuciones políticas y el reclutamiento de niños y niñas por grupos al margen de la ley. Son alrededor de 8 décadas que han marcado la infancia, adolescencia y adultez de las personas mayores del hoy (Springer, 2012).

2. Reporte Cuantitativo, víctimas del conflicto armado en diferentes periodos de tiempo.

A continuación, se señalan algunos de los actos violentos de mayor relevancia registrados en el país desde 1928. De este modo entre el año 1928 a 1959 destacan la masacre de Las Bananeras en el año 1928 en el Magdalena, donde fueron asesinados 1800 trabajadores, la Masacre de Capitanejo en 1930 en Santander, con 15 asesinatos y 50 heridos, la masacre de los Tinigua en 1949 en el Meta, donde murieron 300 personas, en 1950 se reportan las masacres de Llano Mateo, San Cayetano, Altos de Ruedas y Alsacia en el departamento de Cundinamarca dejando 80 víctimas, en el año 1952 la masacre de Líbano en el Tolima dejó 1500 personas muertas y cientos de desplazados al interior del país, muchas de estas familias actualmente viven en la capital del país. Entre los años 1953 y 1954 se registran la masacre de San Pablo y la masacre de los estudiantes en Cundinamarca dejando 141 muertos (Arroyave, 2017; Gallón, 2017; Malagón-Kurka, 2008; Meneses y Gordones, 2007; Steiner, 2019; Uribe-Alarcon, 2018).

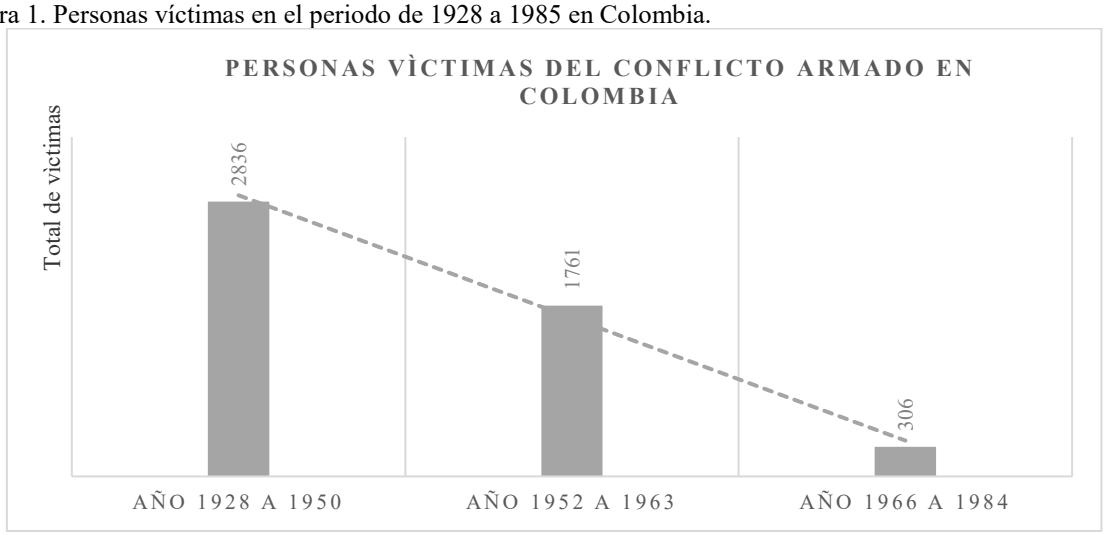
Continuando con el análisis del tiempo, en el año, 1962 se producen las masacres de la Cayetana en el Valle del Cauca y Peñas Blancas el Huila, en 1963 las masacres de Santa Bárbara en Antioquia y Totarito en el Tolima o en 1971 la masacre del 26 de febrero en la Universidad del Valle, en Valle del Cauca, dejando en este periodo de tiempo un total aproximado de 140 muertos. Entre los años 1981 a 1988 se registraron las masacres del Estadio Alfonso López en Santander, de Remedios y Segovia en Antioquia que dejaron más de 388 víctimas por homicidio, tortura, desaparición forzada y 43 heridos. Ya en 1990 se señalan las masacres de Pueblo Bello y del Bar Oporto en Antioquia y en la finca los cocos en el Valle del Cauca

reportando 93 personas muertas. En este periodo de tiempo la Constitución Política Colombiana incluye el término "Desaparición forzada" (Corte Constitucional de Colombia, 1991; Singelnstein, 2008).

En el año 1992 las masacres como las de Caño Sibao en el Meta y Villatina en Antioquia con 14 muertos la de la Chinita en Antioquia en 1994 con 37 víctima la de Mondoñedo en Bogotá Cundinamarca en 1996 con 6 víctimas, las masacres de Barrancabermeja en Santander y Machuca Antioquia en 1998 con 116 muertos o las de la Gabarra en Tibú Norte de Santander y el Playón de Orozco en el Magdalena en 1999 108 personas muertas señalan las ingentes y cercanas cantidades de víctimas de este conflicto (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2006; Fajardo, 2017).

Ya en pleno siglo XXI, Colombia sigue presentando múltiples masacres en diferentes zonas y regiones del país como la mascare de El Salado en el Bolívar con 200 víctimas, la de Macayepos en el Bolívar con 66 civiles muertos o la de Nueva Venecia Magdalena con 39 personas muertas (Gutiérrez et al., 2005; Peco y Peral, 2006; Registro Único de Victimas, 2022; Restrepo et al., 2006).

Figura 1. Personas víctimas en el periodo de 1928 a 1985 en Colombia.



Los actores de estos hechos victimizantes entre los periodos de tiempo de 1928 a 1960 se adjudica históricamente al Ejército Nacional, la Policía, grupos armados como los "Pájaros", los "Chulavitas", los "Cachiporros", las Guerrillas Liberales, los Conservadores. Sin embargo, desde 1961 a la actualidad algunos los actores de los hechos victimizantes cambian, siendo señalados el Ejército Nacional, la Policía, las FARC-EP, Militares y Paramilitares, Cartel de Medellín, ELN, las AUC, las Bacrim, Los Rastrojos, Los Cucarachos, el Gaula del Ejército, el

DAS, Águilas Negras, Clan del Golfo, Disidencias de las FARC-EP, Los Pelusos (Arévalo, 2013; Springer, 2012).

Hoy día, los grupos Étnicos con hechos victimizantes de gran relevancia en Colombia se concentran en personas mayores afrocolombianos, indígenas, gitanos y raizales y palenqueros. Los cinco departamentos que se encuentran dentro de las acciones del conflicto, así como el número de personas mayores víctimas son Antioquia con 1.868.183, el Valle del Cauca con 558.486, Bolívar 694.221, Magdalena 528.624, y Cesar con 454.036, siendo estos datos recolectados desde 1985 hasta la actualidad (Registro Único de Victimas, 2022). Por otro lado, se encuentran registrados en RUV 1.135.791 adultos mayores de 61 años y más, junto a las 3.722.918 personas adultas en el rango de edad entre 29 y 60 años, los cuales son considerados como "Los niños que crecieron en medio de la guerra" (Registro Único de Victimas, 2022), lo cual representa a los próximos adultos mayores víctimas del conflicto armado en Colombia (Correa-Montoya et al., 2015).

La exposición a acciones violentas de individuos, familias y comunidades, ha generado problemas considerables en la salud física y mental, no solo a las personas que viven en el área rural. Los efectos psicosociales también se evidencian en la población periférica, siendo expuestos constantemente a factores de riesgo relacionados con la guerra. Esta guerra armada ha generado en la mayoría de los casos dificultades considerables en el acceso a los servicios en salud, educación y a los derechos humanos universales (International Crisis Group, 2006). Otras investigaciones sustentan el riesgo actual que tienen las personas mayores de ser abandonadas y marginadas dentro de las acciones del conflicto, esto asociado a que presentan mayor resistencia u oposición al desplazamiento forzado de tierras, muchos de ellos se quedan en la zona de conflicto enfrentándose a importantes y directos riesgos (Arévalo, 2013; Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas [DANE], 2018; Taylor y Clark, 2010).

Investigaciones de relevancia consideran que los síntomas asociados a la depresión, ansiedad, estrés y pensamientos recurrentes (Médicos sin Fronteras, 2013; Venegas et al, 2017). Trascienden de manera negativa en consecuencias de adaptación y desajuste psicológico, como trastornos emocionales, del humor y del comportamiento, afectando los procesos del envejecimiento óptimo de los actuales y próximos adultos mayores, como heridas invisibles relacionadas con la guerra (Fundación Saldarriaga Concha, 2015).

3. Catatumbo como población objeto: Delimitación territorial y descripción de la región.

La Región del Catatumbo está ubicada en el Departamento de Norte de Santander y comprende aproximadamente el 50% del territorio con 11 municipios: Abrego, Convención, El Carmen, El Tarra, Hacarí, La Playa, Ocaña, San Calixto, Sardinata, Teorama y Tibú. La Región cuenta con dos resguardos indígenas, el pueblo Motilón – Barí localizado en los municipios El Carmen, Convención y Teorama, un segundo resguardo Catalaura - Barí ubicados en La Gabarra en el municipio del El Tarra. En la zona también residen grupos afrocolombianos, situados en su mayoría en las cabeceras municipales (Defensoría del Pueblo, 2006).

En cuanto al territorio geográfico, El Catatumbo se caracteriza por sus riquezas naturales, con dos reservas Nacionales que fomentan el turismo ecológico, el Área Natural Única Los Estoraques ubicada en el municipio de La Playa de Belén, con una extensión de 640 hectáreas y el Parque Nacional Natural Catatumbo - Barí, el cual se extiende hacia el norte del territorio con el Parque Nacional Serranía de Perijá en el país vecino República de Venezuela, con una distensión aproximada de 158.125 hectáreas. En la región también se encuentra la Zona de Reserva Forestal de la Serranía de Los Motilones con una extensión de 539.215 hectáreas en jurisdicción de los departamentos de Cesar y Norte de Santander, comprendiendo 18 municipios, de los cuales seis correspondientes a la región del Catatumbo, Convención, El Carmen, El Tarra, San Calixto, Teorama y Tibú. También es una región con grandes extensiones de tierras para el cultivo de diversos productos agrícolas, la ganadería y la explotación de en hidrocarburos (Carrascal et al., 2020).

Alrededor del año 1930, la colonización de la región del Catatumbo llego a su mayor momento; la llegada de empresas multinacionales petroleras mostró a los habitantes del país y la región nuevas oportunidades laborales, estas empresas cubrieron las necesidades básicas de los habitantes, la construcción de vías, escuelas y puestos de salud eran sinónimo de progreso para los habitantes en medio de un gobierno ausente. Por otro lado, los resguardos indígenas presenciaban la invasión de su territorio ancestral, la muerte, el sometimiento y el uso de la fuerza pública puso a los indígenas en estado de indefensión.

El Catatumbo desde los años ochenta es catalogado en el territorio colombiano como "Zona roja", la permanencia en la región de grupos guerrilleros como EPL hoy conocidos como

los Pelusos, el ELN, las FARC y los grupos paramilitares que surgieron en la provincia como los primeros de las autodefensas, el escuadrón de la muerte, la SAO, la Mano negra, Rambo y Muerte a Comunistas, junto a los grupos disidentes y otros al margen de la ley, han sido la causa del conflicto armado interno, teniendo como punto inicial la provincia de Ocaña, ampliándose a toda la región del Catatumbo (CNMH, 2018).

Así bien, los habitantes de la región en la época de los ochenta reportaron múltiples movilizaciones fomentadas por líderes sociales; las marchas y manifestaciones del año 1988 causaron muerte, silenciamiento y tortura de líderes y lideresas sociales, surgiendo ante estos hechos el desplazamiento forzado, el despojo de tierras y demás hechos victimizantes para la población civil rural y urbana del Catatumbo (CNMH, 2018).

Los grupos al margen de la ley ejercen desde la época hasta hoy el control social a través de la toma de poblaciones, el daño recurrente a infraestructuras como Alcaldías, Puestos o estaciones de Policía, la Registraduría, la voladura de oleoductos para el hurto de crudo, el uso de explosivos en el casco urbano, la quema de vehículos públicos y privados, el secuestro, la extorsión y el control del sector agropecuario con cultivos y producción ilícito de cocaína.

En Norte de Santander se registran 366.959 víctimas de las cuales 39.900 personas mayores como víctimas del conflicto armado interno, estas cifras solo comprenden los años de 1985 al 2019 (Registro Único de Victimas, 2022). La Organización de las Naciones Unidas (ONU), señala que en el Catatumbo entre los años 2016 y 2018 se reportaron más de 48.000 víctimas, con hechos victimizantes como el desplazamiento, reclutamiento, y asesinatos de los cuales 4843 son adultos mayores; entre los años 2019 a marzo de 2022 se han registrado 4.708 en este mismo rango edad (Carrascal, 2019; Human Rights Watch, 2019; Registro Único de Victimas, 2022).

4. Política pública y programas de reparación a víctimas para adultos mayores dentro del conflicto armado en Colombia

El Gobierno Colombiano supuestamente está en la obligación de garantizar, proteger y hacer cumplir los derechos de sus habitantes en el territorio nacional.

La ley 1448 de 2011 de Colombia fundamenta la política de atención asistencial y reparación a las víctimas del conflicto armado, con el programa de Atención Psicosocial y Salud

Integral, en asistencia en salud y rehabilitación física, mental y Psicosocial de la Ley de Victimas y Restitución de tierras en Colombia. Según esta ley:

> "*Se consideran víctimas, aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno*" (Ministerio de Justicia, 2011).

En este sentido la Organización Mundial de la Salud considera que la reparación a las víctimas no solo debe estar encaminada a la recuperación física y mental, sino también debe sustentarse de acuerdo con las características particulares de cada población, en cuanto a los aspectos psicosociales y diferenciales, los cuales deben estar encaminados a la recuperación de los proyectos de vida.

La ley 1448 basa su estructura en el enfoque diferencial, el envejecimiento y la vejez, también resalta las consecuencias que la guerra ha dejado en los adultos mayores en el país durante las últimas décadas. Este enfoque busca garantizar que la población reciba una atención integral, adecuada y efectiva. Para esto, los profesionales de las ciencias sociales y de la salud tienen el compromiso de capacitarse e informarse sobre los tipos de intervenciones que se ajusten a las diferentes personas y grupos poblacionales en cualquier momento del ciclo vital, también del contexto, región y cultura, teniendo en cuenta los cambios cognoscitivos, sensoriales y sociales propios de la edad misma. De esta manera los profesionales deben trabajar de forma oportuna en el tiempo en que sucede el hecho victimizante, así lo sustenta el informe de la Fundación Saldarriaga Concha, estas intervenciones deben ser validadas y aprobadas por la comunidad científica (Fundación Saldarriaga Concha, 2015).

En esta medida el Gobierno Nacional a través del Centro Nacional de Memoria Histórica hace un recorrido a través de los relatos de las víctimas del conflicto armado; lo cual busca dignificar a las personas, aprender de lo ocurrido en la guerra y trabajar conjuntamente, para la no repetición. Para muchas personas, recordar el pasado es un proceso reparador y sanador que ayuda a comprender quiénes somos (CNMH, 2018), siendo también una práctica que llegaba tarde, puesto que la memoria debe ser una estrategia para reclamar, transformar y construir tejidos de paz en el momento en que ha ocurrido el hecho victimizante, no después de que la memoria se ha perdido (Arévalo, 2013).

Colombia actualmente presenta problemas a nivel social, político y económico, junto al acceso a los servicios de salud, siendo las personas mayores las que mayor dificultad de acceso

tienen; es por esto que es fundamental a través de estrategias y de la unificación de esfuerzos interdisciplinarios, fomentar la participación social y la atención en salud mental a través de la investigación con grupos poblacionales de personas mayores (Keating et al., 2021).

Por lo cual el Gobierno Nacional establece la implementación de medidas de asistencia, atención y reparación integral a las víctimas del conflicto armado en el territorio colombiano (Ministerio de Justicia, 2011). El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral para Víctimas del Conflicto Armado (PAPSIVI) tiene como objetivo atender los impactos y daños a nivel psicosocial, físico y mental como resultados del conflicto armado interno en Colombia. El programa se implementó por primera vez en el año 2013 con una atención aproximada de 539.842 personas víctimas (Ministerio de Justicia, 2011; Ministerio de Salud y Protección Social y PAPSIVI, 2011).

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecen la necesidad de elaborar estrategias enfocadas a promover el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores en el marco del envejecimiento saludable, para esto se debe incrementar la participación ciudadana y la oportunidad laboral a la población mayor entre otras cosas (Martínez et al., 2021; OMS, 2013 2015; Tamayo et al., 2021). Siendo por tanto estas algunas de las líneas fundamentales de trabajo con este tipo de población máxime cuando se encuentran en situaciones como la señalada en la que el conflicto armado que viven determina no solo su pasad sino también su presente y futuro.

CAPÍTULO 2

CONFLICTOS ARMADOS VARIABLES PSICOLÓGICAS AMORTIGUADORAS Y SUS CONSECUENCIAS.

La guerra como suceso, ha dado lugar a múltiples transiciones personales, de este modo, el impacto y la gravedad de los hechos ha acabado generando conflictos no resueltos o cambios significativos y desestabilizadores que terminan en tensión o insatisfacción para las personas (Cáceres, 2020; Pérez-Blasco, 2013). Los hechos victimizantes que experimentan los sujetos de manera particular, influyen en la percepción de los acontecimientos, clínicamente esto se describe como estrés agudo o crisis (la crisis puede ser entendida como la forma extrema de una transición). De este modo debe entenderse que las situaciones diarias de la vida, modifican y reorganizan gradualmente los pensamientos, las emociones y la conducta de los sujetos.

Este planteamiento, confirma como los ambientes disruptivos y hostiles a los que se enfrentan las personas en el marco de los conflictos bélicos comprometen el desarrollo de los procesos psicológicos; este tipo de experiencias, altamente intensas, actúan como detonante de confusión y fragmentación en los recuerdos, y generan sentimientos de desamparo y pérdida del control sobre la propia vida (Pérez Blasco, 2013).

Así mismo, los estresores internos y externos dificultan los procesos de planificación, organización, aprendizaje, atención, memoria y facilitan la aparición de algunas patologías

como el trastorno de alimentación, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (Hewitt et., 2016; López López et al., 2016). Las respuestas metabólicas como alergias respiratorias, artritis, enfermedades cardiovasculares, el aumento de cortisol, depresión, trastornos del sueño y fatiga crónica también están asociados a aquellos entornos en los que el estrés es una característica intrínseca (Dallman et al., 2003; MacPherson et al., 2005).

A nivel estructural y cognitivo el lóbulo frontal, interpreta la información recibida del entorno, activando cambios bioquímicos y hormonales que afectan los sistemas endocrino e inmune, creando así el proceso crónico del estrés en el sistema nervioso. Este proceso ejerce cambios considerables en la estructura cerebral de las personas, y los daños neurológicos por estrés oxidativo (neurotoxinas) actúan directamente en el hipocampo (comprometiendo áreas asociadas a la memoria), sistema límbico, amígdala y corteza prefrontal, actuando sobre la gestión de emociones (Dhabhar y McEwen, 1997; Sapolsky et al., 2000).

Las personas víctimas de violencia sociopolítica y los adultos con trauma psicosocial en la infancia tienen mayor posibilidad de desarrollar trastorno de estrés postraumático (TEPT), habiéndose observado que la percepción de amenaza se mantiene, incluso tiempo después de experimentar el evento (Cudris et al., 2020). Según el DSM 5 (APA, 2013), la característica esencial de este trastorno es el desarrollo de síntomas tras la exposición a uno o más eventos traumáticos señalándose que la presentación clínica puede variar, basándose en algunas personas en la reexperimentación del miedo, y predominando los síntomas emocionales y de comportamiento, mientras que en otras sobresalen la excitación y la externalización de los síntomas reactivos, predominando los síntomas disociativos. El acontecimiento traumático se puede reexperimentar de diversas maneras, normalmente, se presentan recuerdos intrusivos del evento de forma recurrente e involuntaria siendo un síntoma común la reexperimentación de sueños angustiantes que repiten el evento en sí. Además, los estímulos asociados al trauma se evitan de un modo persistente, haciendo esfuerzos deliberados por evitar los pensamientos, los recuerdos, o los sentimientos, y evitando las actividades, objetos, situaciones o personas que le despiertan los recuerdos.

En esta misma línea debe señalarse que la coacción o amenaza externa que enfrentan las personas en zonas de guerra afectan a los mecanismos naturales de reacción ante situaciones hostiles, más aún cuando las victimas conviven en el mismo contexto social con sus victimarios,

el impacto de los daños psicológicos actúa sobre los procesos de aprendizaje y los recursos de soporte social y los procesos de adaptación a nivel general (Bandura, 1977)

Las consecuencias adaptativas y de desajuste psicológico afectan de manera importante a los procesos del envejecimiento de los adultos mayores. Asuntos como la perdida de seres queridos, las dificultades económicas, el divorcio, el desplazamiento forzado o el abandono, están también relacionados con la disminución de los niveles de calidad de vida. De entre estas sí que es importante señalar una de las situaciones resultantes de estos conflictos armados como es el desplazamiento forzado y el abandono de la tierra, que resultan en un profundo desarraigo modificando los roles y jerarquías familiares, afectando a los procesos de adaptación y generando carencia de recursos psicológicos, lo cual dificulta adaptarse a una nueva vida. Todo esto, hace que la mayoría de los adultos mayores decidan quedarse en esos lugares a pesar de las amenazas y riesgos que causa el conflicto armado (Grupo de Memoria Histórica, 2013; HelpAge, 2010). El analfabetismo, la falta de dinero, las dificultades de movilidad a lugares desconocidos, el hacinamiento y la discrepancia en las alternativas de empleo, y la ruptura de las redes sociales y afectivas, se refleja en el deterioro de las condiciones en salud física y mental, repercutiendo en las capacidades de afrontar las situaciones difíciles y de alto contenido emocional (Larizgoitia et al., 2011; Misión para la Transformación del Campo, 2015; Molina y Meléndez, 2006).

Sin embargo, factores como la personalidad, el contexto de desarrollo o la cultura, cumplen un rol mediador o modulador en los recursos psicológicos. Para los adultos mayores las experiencias y los años vividos son fundamentales en los procesos de interacción con los otros y en su capacidad adaptativa para hacer frente a los diferentes estresores, esta capacidad adaptativa está fundamentada entre otras variables en las denominadas estrategias de afrontamiento (Barrio del Campo, 2014; Folkman et al., 1987; Lazarus, 1993).

Las estrategias de afrontamiento actúan como recursos psicológicos y adaptativos que emplean las personas permitiendo gestionar las situaciones estresantes y traumáticas (Huijts et al., 2012) es decir, actúan como mecanismos de prevención y actuación conductual y cognitiva ante situaciones que resultan como emociones negativas (Tomás et al., 2012).

En este sentido el afrontamiento como estrategias para resistir el estrés de las situaciones que se presentan, junto a la capacidad de mantener la esperanza, el significado y la

perseverancia, se asocian a la capacidad de enfrentar las crisis, los eventos y situaciones traumáticas a pesar de las pérdidas y del dolor, y facilitan proyectarse al futuro independientemente de las pérdidas que se presentan (Cerquera y Pabón, 2016; Resnick y Inquito, 2011).

En este capítulo, se presentarán dos bloques de variables. En primer lugar, se analizan aquellas variables que tienen un carácter amortiguador frente a las situaciones estresantes y por tanto pueden ser entendidas como factores o recursos psicológicos que ayudarían a hacer frente a las situaciones vividas por las personas inmersas en conflictos bélicos o sociopolíticos con gran impacto en el desarrollo. Así, las estrategias de afrontamiento y la resiliencia serán analizadas como recursos. Después, se presentarán algunas variables resultados, como son la identidad, el bienestar y el estado de ánimo deprimido, dado que éstas, están asociadas tanto por su incremento como por su falta a ciertos trastornos de la salud mental que pueden ser consecuencia de la guerra y por tanto tiene sentido analizarlos en el marco del conflicto armado en el territorio colombiano.

1. Variables Amortiguadoras: como Recursos Psicológicos.

El envejecimiento se presenta de manera diferente para cada persona, los cambios emocionales, conductuales, físicos y cognitivos tienen correspondencia con el momento de la vida en que se encuentra la persona y el contexto en el que se desarrolla y su resolución y adaptación al cambio está determinada por los recursos psicológicos de que disponga (Clemente et al., 2009; Fernández et al., 2010; Meléndez et al., 2015a; Meléndez et al., 2020). Estos recursos clave para el óptimo envejecimiento y la salud mental se convierten en líneas principales para esta investigación, ya que de alguna manera estos mismos recursos son determinantes para amortiguar los efectos que trae el vivir en una zona de guerra.

Dentro de este marco de estudio, inicialmente esta investigación se centrará en dos variables determinantes como recursos psicológicos que son el afrontamiento y la resiliencia, exponiendo cómo se desarrollan estos procesos psicológicos que actúan como mecanismos de

defensa y facilitan el mantenimiento del control ante situaciones hostiles en respuesta a las demandas del entorno.

Desde los modelos biopsicosociales el estrés asociado a cambios orgánicos se entiende como una respuesta al ambiente que se mantiene en el tiempo a partir de la exposición continuada a diferentes estímulos o estresores, siendo este un interesante modelo explicativo a cómo las personas hacen frente a los sucesos disruptivos, eventos y situaciones que trae la guerra. Este modelo fue inicialmente planteado por Selye (1936) y se conceptualiza como Síndrome General de Adaptación (SGA). El modelo SGA se describe en tres etapas:

1. Primera etapa (reacción de alarma): esta etapa se identifica como la primera respuesta del individuo ante un evento inesperado activando su sistema de defensa. Se divide en dos fases: la de choque, que es la reacción inmediata ante la exposición al estímulo, que genera una respuesta fisiológica (aumento de la frecuencia cardiaca, aumento o disminución de la temperatura corporal, dolor abdominal y tensión muscular) generalmente momentánea; y la de contrachoque, que se entiende como la activación de la fase defensa ante la primera respuesta fisiológica.
2. Segunda etapa (resistencia): se plantea como el proceso de adaptación o habituación que tiene el sujeto ante la exposición a los estímulos estresores, lo cual causa una disminución de las respuestas automáticas (fisiológicas) y/o la resistencia a estímulos novedosos. Las respuestas automáticas que tiene el sistema de defensa en la primera etapa muestran una transformación, en algunos casos los cambios morfofisiológicos y bioquímicos desaparecen y en otros casos se mantienen.
3. Tercera etapa (agotamiento): esta etapa representa un agudo nivel de complejidad, la presencia de estresores con alta intensidad puede activar las respuestas automáticas asociadas a la primera etapa, lo cual genera la prolongación de las mismas, ya que no se efectúa una etapa de resistencia y/o adaptación de los estímulos.

De este modo, el estrés puede actuar como resultado a los eventos negativos en el marco de cualquier conflicto; diversas teorías sustentan que la ausencia de estímulos estresores no

garantiza la capacidad de gestionar, regular y equilibrar los pensamientos y emociones, sino que se atribuye a los mecanismos reguladores que componen las estrategias positivas de afrontamiento. de este modo, variables como el soporte social, los recursos cognitivos o el desarrollo personal, son componentes que pueden influir en la disminución del malestar emocional y en la resolución asertiva de situaciones problema (Macías et al., 2013).

En cuanto a los procesos de adaptación, el afrontamiento como variable mediadora amortigua los factores desadaptativos, buscando un equilibrio entre los procesos que valoran el malestar (situación de riesgo o amenaza), y los que se consideran recursos amortiguadores en el manejo del estrés (Cassaretto et al., 2003; Folkman et al., 1987; Lazarus, 2006; Mikulic y Crespi, 2008).

Factores como la edad y el género pueden determinar los procesos de afrontamiento. En relación a la edad, Trouillet et al. (2009) señalan que puede implicar cambios como la disminución del apoyo social y el aumento de los niveles de estrés percibido; estas modificaciones llevarían al adulto mayor a un mayor uso de un afrontamiento orientado a la emoción, evitando situaciones de estrés. Por otro lado, un estudio longitudinal demostró que el uso de ambos tipos de afrontamiento disminuye con la edad, excepto para el uso de la búsqueda de apoyo social, que se mantiene estable en el tiempo (Brennan et al., 2012). Por su parte Mayordomo et al. (2015) informan de que la edad no muestra relación con las estrategias de afrontamiento, sino que permanece estable a lo largo del tiempo a excepción de la estrategia religión, que mostró una relación significativa y positiva con la edad. Por lo que respecta al género, según Rose y Rudolph (2006) hombres y mujeres utilizan las mismas estrategias frente al estrés, para Tamres et al. (2002), los hombres presentan estrategias más orientadas al problema mientras que en las mujeres existe una tendencia u orientación a la emoción frente a las situaciones estresantes y se apoyan más en otros, ya sean amigos o familiares. El estudio de Kirchner et al. (2008) además informa que en los hombres se observa un mayor uso de evitación conductual que cognitiva, mientras que las mujeres utilizan esas dos tácticas de evitación con una muy similar frecuencia. Finalmente, el trabajo de Mayordomo et al. (2015) informo de diferencias en evitación, búsqueda de apoyo social y religión, que eran estrategias utilizadas por las mujeres.

Desde este planteamiento, es importante resaltar que las personas mayores cuentan con

mecanismos emocionales y cognitivos que, aunque sufren modificaciones significativas con el tiempo, pueden modificar aquellas situaciones desadaptativas que son resultado de eventos desagradables, así mismo, la disposición para adquirir nuevos recursos de afrontamiento facilita el envejecimiento satisfactorio (Taylor y Stanton 2007).

1.1. Afrontamiento.

Las temáticas relacionadas al afrontamiento han sido foco de estudio desde hace más de ocho décadas, inicialmente el enfoque tradicional orientaba el afrontamiento con procesos y teorías evolutivas de supervivencia humana y animal, estos conceptos desaparecen al incluirse factores como los pensamientos y las emociones, dando paso a los aportes psicológicos más recientes, los cuales centralizan el afrontamiento en la relación individuo-entorno, abriendo el camino a otras teorías que estudian el afrontamiento.

Desde la perspectiva de la psicología positiva se analiza el afrontamiento bajo tres dominios explicativos, el primero se centra en la cognición, que busca encontrar un significado al evento a través de valoraciones subjetivas; el segundo, direcciona al problema en lo conductual, confrontando la realidad y el manejo de los resultados; por ultimo está el dominio emocional, el cual representa el equilibrio a través de la regulación emocional y la reestructuración cognitiva (Carver et al., 1989; Lazarus y Folkman, 1986).

Estos esfuerzos cognitivos (pensamientos) y conductuales (acciones) controlan los recursos psicológicos positivos internos y externos, los cuales están en constante cambio y se vinculan a la capacidad de resistir para hacer frente a eventos o situaciones estresantes (Mattlin et al., 1990).

Ahora bien, en cuanto al análisis de estos recursos viene a colación la siguiente pregunta ¿Por qué las personas que viven eventos relacionados con la guerra y no tienen ayuda, en algunos casos no se dan por vencidas? El modelo de Wortman y Brehm (1975) ya respondía a este interrogante, ya que las teorías que sustentan la motivación como herramienta activa planteaba los mecanismos de afrontamiento para superar las problemáticas que causan dolor y enfado (Canguilhem, 1986).

Sin embargo, esta teoría necesita de explicaciones más específicas para comprender la relación que existe entre el afrontamiento y los procesos cognitivos y fisiológicos del estrés,

por tanto, Lazarus y Folkman (1986), presentan un modelo que resalta el estudio sobre el afrontamiento centrado en el problema (manejo del problema) y centrado en las emociones (regulación emocional), como mecanismos paralelos de adaptación que facilitan o reducen la respuesta adaptativamente eficaz frente al malestar emocional.

1.1.1. El afrontamiento y la teoría transaccional del estrés.

Para fortalecer los criterios epistemológicos de la teoría transaccional del estrés, en el campo de la psicología el modelo cognitivo se plantea como el proceso interno donde el sujeto percibe una situación particular que genera impacto, para posteriormente y a partir de la experiencia vivida almacenar esta información en los sistemas de memoria; de este modo el sujeto cuando sea necesario podrá evocar esa información almacenada para ser aplicada como herramienta para confrontar las nuevas experiencias. Esta idea es la que plantean Lazarus y Folkman (1986), mediante el modelo que se presenta a continuación y en el que se diferencian: antecedentes, procesos mediadores y por último los resultados:

En relación a los *Antecedentes*: esta categoría presenta dos condiciones: ambientales y personales. Las condiciones ambientales se entienden como un proceso de valoración, donde se facilitan o limitan recursos de alto potencial. Estos antecedentes están determinados por los siguientes criterios:

a. Novedad: aspecto que genera una alta atención hacia el suceso, desencadenando una percepción de amenaza o desafío.
b. Predictibilidad: relacionada al concepto de anticipación, los eventos que surgen de la guerra se identifican como sucesos impredecibles, de manera que generan malestar e incertidumbre debido a la falta de parámetros anteriores que faciliten su resolución.
c. Factores temporales: este criterio esta mediado por tres elementos, la inminencia o intensidad en la valoración en que se presenta el evento, es decir, la percepción que se tiene del mismo y como aumenta o disminuye la sensación de amenaza; la duración del evento, pudiendo diferenciar entre estresores crónicos y discretos; por último, el estado de incertidumbre que surge ante las diferentes probabilidades en que se va a presentar el evento.
d. Ambigüedad: relacionada con la valoración que se da a la ocurrencia del evento,

puede aumentar la sensación de amenaza, esto está relacionado con la predisposición del sujeto y su aprendizaje previo.

e. Cronología del acontecimiento: señalándose que existe una relación directa entre la edad y las vivencias, al no estar relacionada puede generar malestar emocional.

Siguiendo con los antecedentes y por lo que respecta a las características personales, se evidencia que los factores relacionados con los compromisos y las creencias actúan directamente sobre el sistema emocional de las personas. En esta medida, los aprendizajes que se adquieren en el transcurso de la vida, representar un banco de información de alto impacto, el cual puede ser negativo o positivo siendo la experiencia personal, las emociones y las particularidades individuales las que determinan su signo. En este sentido la valoración y evaluación cognitiva de una situación particular, se convierte en el resultado final de ese evento; es importante resaltar que este sistema no se da por sí solo, las metas individuales y la motivación son factores que determinan si la experiencia adquirida puede calificarse como positiva o negativa.

En lo que respecta a la adquisición de compromisos, el nivel de significancia va de la mano de la valoración particular que se hace del mismo; un compromiso en cualquier momento de la vida puede ser un detonante que se interprete como una amenaza o el soporte mental que necesita una persona para animarse actuar ante una situación con alto nivel de estrés, incluso, el factor que induce a un estado de vulnerabilidad. El modelo de Lazarus y Folkman (1986) sustenta la estrecha relación entre la vulnerabilidad y el momento del ciclo vital en el que se adquiere la responsabilidad, además, las experiencias, vivencias y emociones influyen en como las personas asumen compromisos.

En este sentido el sistema de creencias también tiene una fuerte influencia en la toma de decisiones, la lectura subjetiva del entorno esta mediada por un sistema de significados, donde el componente emocional no representa influencia alguna. Las valoraciones que realizan las personas de una situación particular, están gestionadas por las configuraciones cognitivas de manera colectiva o individual, estos procesos de aprendizaje compartido le dan significancia a la cultura y la cultura se gestiona a través del sistema de creencias. Así bien, las creencias también determinan el dominio y la confianza que se tiene sobre sí mismo, lo cual contribuye

a la toma de decisiones y el control personal. Por otro lado, a nivel cultural también se encuentran las creencias existenciales, donde temáticas como la religión, la ética y el sistema de valores favorecen la conservación de la esperanza y la preservación de la vida a pesar de las situaciones con alto contenido emocional. La segunda categoría, los procesos mediadores está determinada la evaluación o valoración diferenciándose tres: formas o procesos diferentes que interactúan:

a. Valoración primaria: hace referencia a la valoración directa sobre las consecuencias de una situación particular, se considera que existe afectación cuando está comprometido el bienestar de la persona. Se pueden diferenciar tres tipos de valoraciones: la irrelevante, que hace referencia a la ausencia de consecuencias entre el evento y el sujeto; la benigno-positiva que se direcciona a la percepción de consecuencias plenas o positivas para la persona; y la estresante, en la que se considera como un suceso altamente amenazante o nocivo, siendo este tipo de valoración el que facilita la capacidad adaptativa dado que el sujeto planea el futuro sobre las dificultades aprendidas, dentro del abanico de posibilidades de un entorno desafiante.
b. Valoración secundaria: es la evaluación subjetiva de un acontecimiento sobre lo que debe y puede hacerse, generando un resultado que queda en la memoria como una opción a utilizar en el futuro, estando mediada por el sistema de creencias personales y el acontecimiento mismo, de manera que su resultado exitoso podría reducir significativamente los niveles de estrés. En este tipo de valoración se pueden distinguir tres formas: la primera corresponde a la responsabilidad directa sobre el control y resultado de la meta trazada, si al finalizar la evaluación es positiva se identifica como merito, de lo contrario se denomina culpa; la segunda se direcciona al dominio que tiene el sujeto para responder a las demandas que trae la situación y el cumplimiento de las metas, en este sentido el sujeto evalúa la eficacia de su recurso para mantener o eliminar las acciones y pensamientos que refuerzan la relación que tiene la persona con el ambiente, a esto se le conoce como (afrontamiento potencial); por último, están las perspectivas futuras, las cuales manifiestan la necesidad de que se genere un cambio, este puede ser para mejorar o en su defecto empeorar.

c. Revaloración o reevaluación: hace referencia al proceso de retroalimentación sobre los resultados de un evento particular e involucra la valoración inicial de la situación. Esta nueva reflexión utiliza parte de los recursos, aprendizajes y percepciones que tiene la persona en ese momento, sin embargo, no garantiza la disminución o aumento en los niveles de estrés.

La tercera categoría, diferencia dos tipos de resultados. Los primeros se conocen como resultados a corto plazo, y hacen referencia a las respuestas inmediatas que tiene el individuo como estrategia adaptativa a una situación que representa estrés, estos resultados están cargados de componentes emocionales y pensamientos subjetivos como el afecto, con algunos comportamientos y cambios fisiológicos. Como segunda medida se identifican los resultados a largo plazo, a través de las representaciones emocionales que tienen los sujetos en el funcionamiento, los esquemas mentales se presentan de manera repetida y estable en el tiempo; los resultados interfieren de manera positiva o negativa y actúan directamente en el bienestar subjetivo de la persona.

1.1.2. Funciones de afrontamiento.

El concepto de afrontamiento para Lazarus y Folkman (1986), se entiende como los esfuerzos conductuales y cognitivos que realiza el sujeto para hacer frente al estrés, esto le permite manejar circunstancias internas o externas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos propios del individuo. Es aquí donde los procesos cognitivos juegan un papel importante en la selección de las estrategias de afrontamiento, ya que estas van de la mano con el sistema emocional (emociones negativas o positivas) y a su vez con los pensamientos (distorsiones cognitivas o pensamientos resolutivos).

Sandín y Chorot (2003) refieren que las situaciones estresantes que experimentan constantemente las personas actúan como variables o factores que intervienen de manera independiente sobre el desempeño de los mismos. La información que recibe el sujeto en la cotidianidad de su vida lo provee constantemente de información donde no hay ningún tipo de control particular, aquí también se involucran las expectativas de la sociedad, los aprendizajes del contexto, el sistema político, social y económico del que forman parte. En este sentido, las personas intentan modificar la dificultad elaborando estrategias con soluciones directas (afrontamiento centrado en el problema) las cuales, puede manejar o alterar el problema

aumentando o disminuyendo las consecuencias que trae esta elección. Por otro lado, cuando se afrontan las situaciones a través de las estrategias orientadas a la emoción, el sujeto tiende a enfocarse en gestionar las emociones que son desadaptativas, tales como irritabilidad, frustración, labilidad emocional y el manejo de la ira, ya que están exacerbadas por una desconfiguración en los pensamientos relacionados a las distorsiones cognitivas como la rumiación, el pensamiento polarizado y la auto-focalización negativa, entre otras.

Lazarus y Folkman sustentan que el proceso mental que rige la elección de la estrategia de afrontamiento se identifica como reevaluación cognitiva, y constituye la elaboración concreta de una reestructuración perceptual que parte del análisis de una situación particular. Las dos orientaciones de afrontamiento señaladas (direccionadas al problema o a la emoción) también se catalogan como estrategias activas o pasivas, siendo las primeras estrategias una forma de manejar el conflicto y obtener efectos positivos en adaptación, bienestar y salud mental, en cambio, en la forma pasiva, el sujeto puede carecer de estrategias para resolver el problema, lo cual le direcciona a establecer relaciones y acercamientos fundamentados en la evasión o la negación (Carver y Vargas, 2011; Park y Folkman, 1997).

En este sentido algunos autores como Tomás et al. (2012) refieren que el uso de estas estrategias difiere de cada persona, dado que el experimentar y afrontar experiencias y sucesos diferentes en cada momento del ciclo vital provee al sujeto de herramientas diversas y particulares que luego utilizará (Lazarus y DeLongis, 1983).

En lo que refiere a la población mayor, según algunos autores existe evidencia que las personas mayores tienen mejor capacidad en el manejo de las estrategias de afrontamiento en comparación con personas jóvenes, ya que reevalúan positivamente las situaciones estresantes, conflictivas y emocionales. La disminución de acontecimientos vitales y las actividades rutinarias que llegan con la edad y el envejecimiento también aportan a este proceso cognitivo (Carver y Connor-Smith, 2010; Folkman et al., 1987).

En esta línea destaca la teoría de selectividad socioemocional de Carstensen (1993) que sostiene que, a medida que se envejece, se establece más peso a favor de lo emocional y menos a la adquisición de nueva información y concluye que con la edad se tiende a ser más positivo, incrementado la capacidad de regulación emocional mediante autocontrol y las habilidades de gestión de las emociones. Recientemente Reed et al. (2014) han confirmado

este "efecto de positividad" en adultos mayores indicando la existencia de un incremento de la búsqueda de la gratificación emocional. Según Carstensen et al. (2000), con la edad, disminuyen en frecuencia y duración las emociones negativas, mientras que el afecto positivo se mantiene constante debido a que cuando se percibe el tiempo de modo limitado, se regula la conducta hacia la optimización del bienestar y consecución de un propósito en la vida que de significado. De este modo, los adultos mayores están motivados para procesar lo positivo de sus experiencias personales frente a los detalles negativos (Schryer y Ross, 2012, 2014).

También, tal y como señala Erikson (1982), las personas cuando están finalizando el ciclo vital, logran la integridad cuando aceptan el pasado y esto los lleva a encontrar un nuevo significado de la vida frente a la muerte. De esta manera se afrontan las situaciones que causan estrés y se favorece un envejecimiento optimo y la adquisición de la integridad, de ser lo contrario, la resolución fallida lleva a pensamientos y sentimientos de arrepentimiento y desesperación, lo cual dificulta los procesos cognitivos, emocionales y conductuales relacionados a la finalización de la vida que comprende el envejecimiento optimo (Dezutter et al., 2013; Wiesmann y Hannich, 2011).

También Meléndez et al. (2024) informan de la existencia de un factor latente de ajuste basado en el afrontamiento orientado a problemas (resolución de problemas, revalorización positiva y búsqueda de apoyo social), la autoeficacia y la resiliencia, que se relaciona positivamente con la integridad, indicando que el concepto de integridad implica el análisis y la evaluación de la propia experiencia vital, caracterizada como una tarea individual y personal en la que el individuo integra los acontecimientos de su propia vida (Erikson, 1982). De este modo tiene sentido que las estrategias de afrontamiento de reevaluación y resolución de problemas contribuyan a una mayor integridad; sin embargo, buscar apoyo social no es necesario. La búsqueda de apoyo social podría ser una estrategia que refuerza la propia revalorización positiva de la vida y apoya la resolución de problemas, actuando como refuerzo para el logro de la integridad y proporcionando coherencia a la propia experiencia vital.

1.2. Resiliencia.

El termino resiliencia surge inicialmente para dar respuesta a la cuestión de porqué en ciertas personas que eran evaluadas no se observaban síntomas asociados a trastornos psicológicos a pesar de las condiciones en que se encontraban y se observaba una alta

adaptación positiva y/o resistencia a la adversidad. Así, a este tipo de situaciones y específicamente a esta característica que desarrollaban estas personas se le atribuyo el termino resiliencia, el cual permitiría comprender como sobrevivían y superaban situaciones de desajuste emocional, social y político añadidas a vivir en condiciones de pobreza y violencia (Infante, 2005; Luthar et al., 2000).

A partir de posteriores análisis teóricos y epistemológicos nacieron nuevos interrogantes, direccionando la atención sobre como intervienen los factores relacionados con el temperamento, el desarrollo de la personalidad, los recursos psicológicos, la autoeficacia y el desarrollo social en las personas. Es decir, como las diferentes formas de afrontar estas circunstancias adversas podían llegar a ser consideradas como una oportunidad de aprendizaje, donde se involucraban directamente los mecanismos contextuales y de riesgo, evidenciándose que la resiliencia se presenta de manera individual, y donde la experiencia y el temperamento pueden intervenir como factores mediadores.

En este marco de definición del constructo de resiliencia, éste ha sido conceptualizado desde diversas perspectivas.

Un interesante planteamiento ha sido el que establece el concepto de resiliencia como una de las claves básicas de la adaptación. Esta forma de entender la resiliencia hace referencia al conjunto de adaptaciones exitosas donde el sujeto ha estado expuesto a factores de riesgo, resultando en una adaptación efectiva con baja susceptibilidad frente a futuros estresores ante las situaciones estresantes de la vida (Werner, 2000; Werner y Smith, 1982). La adaptación positiva como sinónimo de resiliencia, se fundamenta en dos factores principales, las condiciones de riesgo a las que se enfrenta el sujeto y las condiciones de protección o factores protectores. La adaptación se identifica fundamentalmente como el afrontamiento de una situación particular, sin pronosticar las consecuencias del mismo para el futuro.

También la resiliencia se ha conceptualizado como una capacidad. En este sentido, se identifica como el potencial que tienen las personas a lo largo del proceso evolutivo para hacer frente a las situaciones adversas de la vida, este potencial debe ser promovido desde la primera infancia, y como resultado del proceso se puede llegar superar diferentes situaciones que son hostiles o bien se es transformado por ellas.

Además, algunos planteamientos teóricos entienden la resiliencia como la unión de

factores internos y externos. En este sentido se identifica la resiliencia como un proceso multifactorial en el que intervienen las diferentes dimensiones del ser humano, como un conjunto de procesos sociales y psicológicos que posibilitan la vida sana de las personas, en medio de un ambiente inadecuado. De este modo, la resiliencia se construye en el tiempo a través de la combinación de factores como un proceso dinámico que está en constante desarrollo y en permanente interacción entre las características del individuo y su ambiente, permitiéndolo afrontar y superar los problemas del diario vivir (Rutter y Rutter, 1993). En cuanto a los factores internos el individuo protege su integridad al estar bajo presión, este componente se identifica como resistencia; por otro lado, los factores externos se conciben como la capacidad de manera individual o social para enfrentarse a las adversidades de manera aceptable (Vanistendael, 1994).

También la resiliencia se plantea como un proceso, describiendo la resiliencia como la unión entre los factores ambientales, de temperamento y de habilidad cognitiva en un sistema dinámico de situaciones adveras (Luthar y Cushing 1999). Estos componentes describen el concepto de resiliencia y perciben el desarrollo como una habilidad para dar respuestas positivas ante una situación de amenaza, y dinamizar los mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales. La resiliencia como proceso integra la correlación entre los factores de riesgo y de protección para el individuo, es decir, la construcción de una familia, el mantener un trabajo estable, una vejez sin enfermedades de base y una red de apoyo social óptima.

La resiliencia también se identifica como una habilidad innata para las personas, que se desarrolla a medida que avanza la vida, donde se involucran factores ambientales y algunos agentes externos; esta interacción entre sujeto y ambiente al mantenerse en el tiempo lleva al sujeto a un estado de resiliencia, pero que no es constante ni mucho menos definitivo. Así, las personas pueden llegar a ser resilientes en unas áreas de la vida y en otras no, lo cual indica que la resiliencia no es algo que se concluye, no es una meta final, por el contrario, es variable flexible en un equilibrio de fuerzas, donde intervienen las reacciones del sujeto hacia el ambiente, definidos en términos emocionales o conductuales, como un proceso de adaptación positiva en un marco de la hostilidad.

Así mismo, la resiliencia desde la adaptación positiva, se entiende como un recurso psicológico asociado a pensamientos de esperanza, donde las personas, construyen nuevos

significados a partir de una actitud perseverante, para proyectarse hacia el futuro y enfrentar perdidas y situaciones traumáticas (Cerquera y Pabón, 2016; Cortes, 2010; Utria et al., 2015), manteniéndose física y emocionalmente mejor a pesar de las dificultades que se presentan en el transcurso de la vida (Resnick y Inquito, 2011).

Por último, señalar que si bien la resiliencia ha estado principalmente relacionada con eventos y situaciones de violencia y hostilidad en las etapas de la niñez y la adolescencia con el objetivo de entender cuáles son las habilidades de las personas para resolver las problemáticas asociadas a un ambiente y contexto inapropiado (Jaramillo-Moreno y Cuevas, 2020; Vinaccia et al., 2007), esto no quiere decir que su análisis deba restringirse a los inicios del ciclo vital. Debemos tener en cuenta que los recursos que fortalecen los procesos de adaptación y el bienestar en cualquier momento del ciclo vital son determinantes para fomentar un desarrollo optimo, por tanto, estudiar esta variable en poblaciones como los adultos mayores y en situaciones altamente amenazantes como son las situaciones de guerra y amenaza personal son importantes ya que facilitan información que puede ser adaptada a otros contextos similares. Así, tal y como señalan Masten et al. (1995) o Rutter (1987), posibilitar el fortalecimiento de los procesos resilientes en las personas y el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, potencia los dominios particulares de variables directamente relacionadas a las emociones y la cognición. En este sentido, debe señalarse que la resiliencia funciona como un proceso inicial de resistencia direccionado a la desorganización que representa el traumatismo primeramente recibido, para luego ejecutar un proceso de reconstrucción y reparación natural de adaptación sobre aquel evento inesperado que trae consigo un trauma, lo cual conlleva una recuperación frente a la experiencia difícil (Vera et al., 2006).

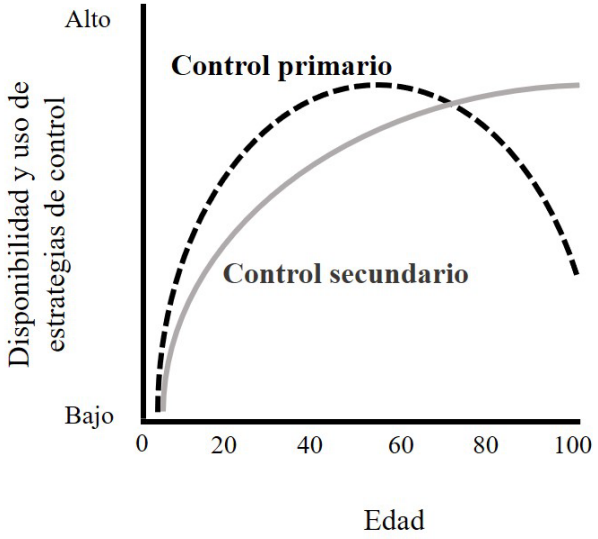
1.2.1. Factores que potencializan la resiliencia.

Es evidente el interés por comprender el funcionamiento de la resiliencia y las estrategias de afrontamiento en población adulta mayor, aunque las estrategias de afrontamiento están directamente relacionadas con la resiliencia, no se considera como una variable equivalente, (Greve y Staudinger, 2006). En este sentido según Greve y Staudinger (2006) entre los recursos directamente relacionados a la resiliencia, se encuentran el control personal, la autoeficacia, y la autoestima.

El control personal hace referencia a los esfuerzos cognitivos y conductuales que

realizan los sujetos en el transcurso de su ciclo vital, para equilibrar el control sobre sus propias conductas y motivaciones, pudiéndose diferenciar el control primario y el control secundario (ver Figura 5). En cuanto al control primario se entiende como la capacidad que tienen las personas para ejercer el control sobre su propio entorno, en este sentido cada sujeto reorganiza de manera particular sus metas y recursos, ya que en la mayoría de las situaciones no se tiene un control real sobre el mismo. En el caso de las personas que ejercen este tipo de control sobre la situación y el entorno, las consecuencias de lo que ocurre depende básicamente de sus propias conductas, pero justamente el deterioro producido por el envejecimiento o el que se produce en situaciones extremas como las que se viven en una guerra o zona de conflicto hace que este tipo de control falle y se deba pasar a un control de carácter secundario. El control secundario está relacionado no con la capacidad del individuo para influir en el mundo externo, sino con su capacidad para adaptar o acomodar sus propias metas, deseos y creencias para ajustarse a la situación, con la utilización de estrategias para cambiar su nivel de objetivos, el aplicar la negación o realizar una reinterpretación de la situación, siendo todas ellas fórmulas de acomodación adaptativa. El aumento de la edad está claramente relacionado con la utilización de este tipo de control (Schulz y Heckhausen, 1998) que se identifica con una forma de acomodación adaptativa donde la cognición y la percepción se relacionan a la capacidad para adaptar las metas, objetivos y creencias sobre la situación actual (Schulz y Heckhausen, 1996).

Figura 2. Disponibilidad y uso de estrategias de control primario y secundario a lo largo del ciclo vital.



Debe tenerse en cuenta que el envejecimiento implica una reducción de los recursos personales de acción y de las opciones evolutivas disponibles. Así, existe una tendencia

evolutiva, en la vejez, hacia un tipo de estrategias adaptativas sustentadas en mayor medida en la acomodación a las nuevas situaciones y no tanto en la asimilación (Brandtstädter y Renner, 1990). De este modo, este tipo de estrategias, se convierten en un sistema optimizador y compensador de los recursos del desarrollo.

De este modo, los mayores tienden bien a reajustar sus metas manteniendo tanto lo ya conseguido como lo disponible y posible, o bien sustituyen sus objetivos por otros más realistas, lo cual ayuda a optimizar los recursos y a tener un mayor control de la situación. En consecuencia, y mediante este tipo de estrategias, logran generar un ajuste de las preferencias y de las metas que, aun no siendo intencional, hace que el sujeto se adapte adecuadamente a la nueva situación, paliando la percepción de las restricciones situacionales o unos recursos personales insuficientes para conseguir metas antes valoradas.

En este sentido, también hemos de tener en cuenta que la reducción del tiempo que queda para conseguir las metas es un elemento fundamental en el reajuste de las mismas, ya que modifica las expectativas futuras, y lleva a establecer metas a más corto plazo y modestas. Los mayores intentan primordialmente conservar las cosas buenas, todavía disponibles y posibles en su presente y, en este sentido, envejecer, a través de estos movimientos de acomodación, deja de convertirse en una cuestión de ganar y alcanzar nuevos estados para pasar a ser fundamentalmente una cuestión de no perder lo que ya se tiene, manteniéndose ante un incierto futuro; también hemos de pensar que en muchos casos los mayores ya están disfrutando de las metas conseguidas a través de los años, con lo que mantenerlas se convierte en algo con sentido (Triadó, 2003).

La autoeficacia nace desde la teoría social cognitiva como una competencia mediada por los pensamientos, lo cual influye directamente sobre los sentimientos, pensamientos y acciones de las personas. Según Bandura (1994) la autoeficacia se refiere a la creencia que tienen las personas acerca de sus propias habilidades para realizar conductas que les permita alcanzar un objetivo de forma exitosa. Su desarrollo está basado en cuatro fuentes. La primera es la experiencia de dominio o logro y desempeño de la ejecución. En este sentido para reforzar la autoeficacia es necesario experimentar el éxito, siendo capaz de superar los obstáculos y dificultades de la situación. La segunda forma es a través de la experiencia indirecta mediante modelos sociales, o aprendizaje por observación. Cuando una persona ve que algo funciona u otra persona obtiene éxitos se genera una creencia que indica que desarrollando estrategias

similares se conseguirán los mismos resultados. Este mismo esquema es válido para evitar el fracaso. También, debe señalarse la importancia de la significación de los modelos dado que puede incrementar la posibilidad de generalización e imitación de competencia. Una tercera forma para fortalecer la autoeficacia es la persuasión social o persuasión verbal, sin embargo, debe señalarse que esta forma de mejorar la autoeficacia es más eficaz para disminuirla que para incrementarla. Por ello, además de transmitir valoraciones positivas, puede ser interesante de forma contingente facilitar la exposición a situaciones de éxito asegurado antes exponer a las personas a situaciones para las que no están preparadas aún. Finalmente, desarrollar las creencias de autoeficacia es importante reducir las reacciones de estrés y alterar sus emociones negativas que faciliten un pobre desempeño. Un estado de ánimo positivo mejora su autoeficacia.

Para Bandura (1977), las situaciones amenazantes tienden a evitarse siempre que se sobrepasen los propios recursos personales, en cambio, cuando el sujeto se auto-percibe con capacidad para manejar la situación puede involucrarse de forma eficaz para manejar la situación satisfactoriamente. Dos variables entran a formar parte de la evaluación de la situación, la expectativa de éxito y la de eficacia; en la primera el sujeto decide cuanto esfuerzo dedica a la situación y por tanto hasta qué punto es capaz de obtener el control si se esfuerza. En este sentido en las situaciones de conflicto existe una baja expectativa de éxito debido a la pérdida de control sobre la situación, generando por tanto una baja autoeficacia.

Respecto a la eficacia, según Bandura (1977, 1994), elementos como la dificultad ordenada y ascendente puede ser un elemento importante dado que el aprendizaje de estrategias iniciales a la situación facilitara que aunque se incremente en dificultad existirá una percepción de eficacia por la resolución de las etapas previas; sin embargo, cuando la situación es constantemente cambiante y no existen parámetros de generalización la eficacia se reduce puesto que la resolución va más allá de los dominios iniciales. Si trasladamos estos dos parámetros de eficacia a una situación de conflicto y guerra, podemos comprender que las expectativas de eficacia serán muy bajas no pudiendo desarrollarse fortalezas que faciliten que el sujeto persevere en sus esfuerzos por afrontar estas situaciones difíciles. Se ha evidenciado que aquellas personas que creen que no tienen poder para controlar los sucesos de su vida, no tendrán el más mínimo interés para actuar y afrontar las dificultades, por lo que ni siquiera lo intentarán (Bandura, 1977).

Diferentes estudios han señalado la importancia de la autoeficacia e informan que a pesar de que los adultos mayores puedan tener un nivel funcional negativo, podrían optimizar sus capacidades y recursos para apreciar de mejor manera su autoeficacia, logrando un mayor bienestar. Investigaciones como las de Qin et al., (2020) informa que el desarrollo de la autoeficacia en adultos mayores podría ser una estrategia que ayude a disminuir los efectos de la fragilidad en la satisfacción con la vida, que mejoren el funcionamiento físico Ilves et al. (2019). Además, ha mostrado relación con variables como el apoyo social (Acuña y González-Celis, 2011), el bienestar general (Toledano, 2016), el bienestar psicológico y la autoestima (Mesa-Fernández et al., 2020).

La autoestima es uno de los conceptos más complejos y difíciles de precisar dentro de la psicología, por lo que durante décadas la autoestima ha sido conceptualizada de forma vaga e imprecisa. La autoestima, es la actitud de la persona respecto a ella misma, y puede considerarse como un aspecto del auto-concepto, incluye juicios de valor sobre la competencia de uno mismo y los sentimientos asociados a esos juicios. Para Martorell et al. (1992), generalmente, el autoconcepto se define como el proceso mediante el cual, la persona percibe e interpreta sus propias características, así como sus reacciones, bien sean éstas de carácter emocional, bien sean de tipo conductual. Así concebido, el autoconcepto encierra aspectos cognitivos relacionados con la valoración que el individuo realiza y mantiene sobre sí mismo, y que manifiesta mediante aprobación o rechazo. Posiblemente, uno de los autores que primero definió este concepto fue James (1910) que indicó que el self es la suma de todo aquello que un individuo puede llamar propio. De este modo planteo una naturaleza dual del self, como objeto y como proceso. El self como objeto estaría definido por un autoconcepto espiritual que son los sentimientos y emociones percibidas por la persona (subjetivo e interno), por un autoconcepto social o las opiniones que los demás tienen de él, y el reconocimiento de la persona por parte de los demás y por un autoconcepto material que consistiría en los aspectos materiales que consideramos que forman parte de nosotros mismos. Desde su punto de vista el autoconcepto podría ser definido con la siguiente ecuación: autoconcepto = pretensión/éxito. De este modo, el autoconcepto estaría determinado, en gran parte, por las experiencias de éxito o fracaso del individuo. Sin embargo, aunque esta posición adoptada por James, y seguida por otros investigadores, sugiere que el autoconcepto está determinado por la percepción que el individuo tiene de su grado de logro, también es cierto que el grado de logro real influye sobre el

autoconcepto. Así pues, los individuos que poseen un buen concepto de sí mismos, tienden a aumentar el valor de su rendimiento, mientras que, por el contrario, los individuos con bajo autoconcepto, tienden a subestimar sus resultados (Martorell, 1986).

Por otra parte, si nos referimos a la autoestima en términos de autovaloración, aludimos a algo mucho más intrínseco, más esencial e incluye la consideración de uno mismo en cuanto dueño de sus propios actos y con un sentido de competencia que depende más de sí mismo que de la adecuación a ideales autoimpuestos o a las normas externas. La autoestima que deriva de este proceso de autovaloración, supone que el sujeto es consciente de sí mismo, de un yo sobre el que piensa positivamente. Supone además una aceptación de ese yo, de sí mismo, de su conducta, de sus logros o no logros, al margen de criterios externos o ideales autoimpuestos.

De este modo, la autoestima está hace referencia a un nivel de conocimiento que tiene una persona sobre sí misma. Diversas teorías encuentran afinidad entre el concepto que sustenta el autoestima con aquellas conductas adaptativas que promueven la confianza, seguridad, el auto concepto y valoración positiva sobre la propia vida, el autoestima es señalado como un recurso psicológico de gran importancia, lo cual estimula las capacidades de las personas a través de los pensamientos y las creencias, cuando prevalece la alta autoestima en la vida personal y el sujeto se enfrenta a situaciones de peligro y amenaza se activan las estrategias adaptativas como la aceptación de la situación o apoyo social, lo que permite disminuir el riesgo y los resultados adversos aceptar el apoyo social. Por otra parte, las personas con baja autoestima muestran dificultades a la hora de enfrentarse a situaciones que representan estrés, lo cual termina en malestar psicológico (Brandtstädter, 1999; Cicchetti y Rogosch, 1997; Greve y Staudinger, 2006).

2. Variables Resultado: Afectación de los Recursos Psicológicos.

Estudiar el impacto de la guerra interna en Colombia y en cualquier lugar del mundo requiere de una evaluación inicial de daños. Colombia desde el año 1985 ha invertido recursos para obtener un resultado aproximado de los mismos. Según reporta el Registro Único de Víctimas del Conflicto Armado en Colombia en febrero de 2024 existían 9639422 de Personas

reconocidas como víctimas, de las cuales 7586187 son Sujetos de atención, es decir víctimas que cumplen los requisitos para acceder a las medidas de atención y reparación establecidas en la Ley, y 2053235 son No sujetos de atención que se refiere a víctimas fallecidas, directas de desaparición forzada, homicidio y no activas para la atención. De los sujetos en atención aproximadamente un 52,4% son mujeres y un 11,6% tienen más de 60 años, siendo el evento que ocurren con mayor frecuencia el desplazamiento forzado (78,5%), seguido a una importante distancia por los homicidios, las amenazas, las desapariciones forzadas y el confinamiento forzado.

El Gobierno Nacional Colombiano ha centralizado la reparación de las víctimas a través de la remuneración económica y algunas acciones simbólicas, entre estas, la verbalización del dolor (contar la historia de los hechos es un acto de reconocimiento a la dignidad de los afectados y del conocimiento de los actos de barbarie que han vivido estas personas), lo que ha visibilizando variables como la pérdida o disminución de la capacidad para ver hacia el futuro, sentimientos de temor, culpa y soledad entre otras. También se ha conocido como algunas personas han tenido una segunda oportunidad, solo en algunos casos no se refleja evidencia de efectos negativos de alto impacto. Continuando con lo anterior, el Centro Nacional de Memoria Histórica, reporto en el 2013 diversas alteraciones de tipo psicológico, entre estas la perdida de la identidad y del tejido social, la desestructuración de familias y de comunidades completas, junto a esto la disminución del liderazgo y la capacidad para resolver problemas, lo que pone a los recursos psicológicos y demás condiciones mentales en un estado de ausencia de bienestar. Según la OMS el bienestar de las personas no solo es la ausencia de enfermedad o de movilidad física, sino que debe orientarse a entender y atender las múltiples dimensiones que enmarcan la vida de las personas en la búsqueda del bienestar individual y colectivo (OMS, 2013), esta definición involucra directamente a la población colombiana y de forma específica a aquellas que ha sido víctima del conflicto armado.

Paradójicamente los estudios sobre recursos psicológicos y sus afectaciones en el marco del conflicto armado se quedan cortos, solo unos cuantos han profundizado sobre estas variables (Mogollón et al., 2003). La evaluación del estado psicológico, cognitivo y emocional de las personas durante y después de los acontecimientos de la guerra, ha sido foco de estudio para algunos profesionales de las ciencias humanas, la divulgación de los resultados científicos ha

involucrado el análisis de variables asociadas a la gestión de emociones, resiliencia y estrategias de afrontamiento; estos trabajos, puede decirse que de forma general han concluido que se puede observar vulnerabilidad psicológica y desajuste emocional en las victimas, pero también se ha comprobado una predisposición a desarrollar algún tipo de trastorno mental (Obando et al., 2017).

Además, se señala que estos daños psicológicos no solo se limitan a lo individual, las afectaciones colectivas repercuten en la exacerbación de sentimientos asociados a la desconfianza, lo cual finaliza en la desintegración del tejido social, los líderes y lideresas sociales se desvinculan de sus propósitos y objetivos, junto a esto, el cambio de roles y jerarquías por disgregación familiar desencadenan otros tipos de violencia (económica, sexual, familiar, de genero) y se genera una importante dificultad en la construcción de nuevas relaciones afectivas, lo cual involucra de manera directa a las personas que han vivido el desplazamiento de tierras. Para las víctimas, el malestar psicológico resulta en la descomposición de la identidad social, lo cual repercute de manera directa en la construcción de la identidad, la consecución del bienestar y el desarrollo de un estado de ánimo negativo, como parte de los resultados de una guerra prolongada (Salas-Picón et al., 2019).

2.1. Identidad.

La identidad desempeña un papel vital en los conflictos políticos y sociales, ya que es una variable fundamental para el desarrollo tanto de los individuos como de las colectividades. Las identidades delimitan quiénes somos “nosotros” y también quiénes son “ellos”, y proporcionando legitimidad y confianza al sujeto.

En su uso más general, la identidad se refiere al sentido de uno mismo, es una forma en que los individuos se conocen y se entienden a sí mismos. Las identidades adquieren significado y valor en contextos y culturas específicas y ayudan a las personas a comprender quiénes son como individuos, como ocupantes de determinados roles y como miembros de una comunidad específica (Brubaker y Cooper, 2000). Los teóricos suelen distinguir entre la identidad personal, o autoidentidad, y la identidad colectiva o social. La identidad personal se centra en el sentido que un individuo tiene de sí mismo como persona autónoma y única. La identidad social se refiere a las facetas de la imagen de uno mismo que se derivan de la pertenencia a grupos destacados (Stets y Burke, 2000).

Dentro de la literatura sobre la identidad tres perspectivas clave conforman la

teorización sobre la relación entre el yo y la sociedad. La primera sostiene que las personas utilizan los eventos de su ciclo vital para "hacerse" a sí mismas; así pues, la identidad se convierte en un proyecto mediante la cual los individuos llegan a un sentido narrativo de sí mismos, creando un todo integrado de su pasado, presente y futuro (Connell, 1987). Una segunda perspectiva se centra en cómo se construye la identidad dentro de relaciones específicas, en un tiempo y lugar concretos, y la importancia de las comparaciones sociales. Desde esta perspectiva como los grupos utilizan las diferencias y similitudes entre ellos es básico para determinar la identidad (Tajfel y Turner, 1979). Una tercera perspectiva se centra en cuestiones de saliencia; si se parte de la base de que las personas pueden tener diversas identidades, es determinante explorar como se gestiona la intersección entre esas identidades y como esta intersección influye en creación de significados para el sujeto (Oakes 2002).

Los individuos tienen un sentido de sí mismos, una identidad que incorpora rasgos, atributos y habilidades particulares junto con autodescripciones y autoevaluaciones que, en conjunto, constituyen una identidad personal. Las personas quieren presentarse y ser vistas de forma congruente con su sentido del yo. Sin embargo, las circunstancias de los conflictos cuestionan el sentido de uno mismo. Este cambio puede incluir modificaciones en la percepción de sí mismo y del otro y estas amenazas a la identidad a menudo conducen a una mayor inflexibilidad, rigidez y respuestas defensivas, que a su vez intensifican o exacerban el conflicto.

Cuando pasamos del individuo al grupo, la cuestión de la identidad se traslada a las identidades sociales. Tajfel (1984) definió la identidad social como el aspecto del autoconcepto que proviene de la pertenencia a grupos. Los individuos necesitan/desean un sentido positivo de sí mismos y, por tanto, quieren que cuando sus grupos se comparan con otros grupos la valoración que se obtenga del grupo de pertenencia sea favorable.

Posiblemente en los conflictos armados como en otras situaciones donde se produce desplazamiento del hogar forzado, se rompe con el sentimiento de arraigo que sugiere el hogar y que ofrece la coordenada más importante de la identidad de un individuo. Según Fullilov (1996) los individuos necesitan un entorno "suficientemente bueno" en el que vivir, vinculándose a ese entorno a través de tres procesos psicológicos clave: el apego, la familiaridad y la identidad. El apego al lugar, que es un vínculo de cuidado mutuo entre una persona y un lugar querido. La familiaridad se refiere a los procesos por los que las personas desarrollan un

conocimiento cognitivo detallado de su entorno. La identidad de lugar se refiere a la extracción de un sentido del yo basado en los lugares en los que transcurre la vida. Cada uno de estos procesos psicológicos -apego, familiaridad e identidad de lugar- se ve amenazado por el desplazamiento, y pueden surgir problemas de nostalgia, desorientación y alienación. Además, el cambio de lugar suele llevar acompañado dos tipos de experiencias que no siempre son positivas, aquellas que se refieren a la condición material y aquellas relacionadas con la interacción cultural. El desplazamiento forzado no siempre facilita que se encuentre un nuevo lugar de hábitat materialmente ventajoso, ya que las personas desplazadas a menudo se ven obligadas a llevar una vida en la más absoluta pobreza. Por otra parte, a nivel cultural, el desplazamiento de unas zonas a otras como ha sido el caso del conflicto armado en Colombia ha implicado cambios culturales muy importantes en cuanto a forma de vida y valores. Al mismo tiempo, las personas desplazadas pueden esforzarse por construir un sentimiento de "hogar" en otro lugar, pero sin embargo siguen viviendo con la perpetua sensación de estar "fuera de lugar o excluidas". De este modo, este desplazamiento, acompañado de un sentimiento de pérdida y el anhelo de regresar al lugar de origen desestabilizan el arraigado sentimiento de identidad.

Para Dixon y Durrheim (2004) los momentos de cambio o transición, cuando el vínculo entre la persona y el lugar se ve amenazado, la importancia de la identidad de lugar se hace evidente. La pérdida del lugar tiende a provocar fuertes respuestas sociales y psicológicas precisamente porque implica una pérdida del yo y de la identidad personal. No es de extrañar que las experiencias vividas por las víctimas de los desplazamientos puedan ser devastadoras y se hayan caracterizado como una forma de duelo (Fried, 2000). Según Fullilove (1996) este tipo de acontecimientos provoca un profundo sentimiento de desorientación, ya que los individuos se ven obligados a adaptarse a un entorno extraño o a regresar a un lugar que ha sido profundamente alterado.

Un interesante marco teórico que da sentido a este concepto es el derivado de la teoría psicosocial del ciclo vital de Erikson (1982), y que plantea la identidad como un elemento central para un desarrollo adulto saludable. Para Erikson a partir de la adultez media el sujeto enfoca sus capacidades hacia la formación y transferencia de conocimiento y el desarrollo personal, siendo la responsabilidad un aspecto que acompaña todas las áreas y aspectos de la

vida. La transferencia constante de conocimientos y demás saberes se da a las nuevas generaciones, fortaleciendo por completo la generatividad. Como se ha señalado, la situación de conflicto armado y desplazamiento dificulta el desarrollo de una identidad completa de modo que difícilmente se puede no solo afrontar esta tarea sino lograr desarrollarla dado que una de las bases de la generatividad es el desarrollo de las generaciones futuras en base a la propia identidad. Por contra, se facilitará el estancamiento, que es la representación antagonista de la generatividad, las exigencias y responsabilidades que trae consigo la vida adulta y que pueden desencadenar un estado de vulnerabilidad y malestar psicológico. Estas personas presentan dificultades para generar aportes y conocimiento, lo que limita afectivamente la construcción y participación en grupos sociales, las relaciones afectivas fracasan con regularidad.

Para Coleman y Podolskij (2007) por desgracia, en una sociedad con prácticas y normas culturales que cambian rápidamente, la capacidad de las personas mayores para transmitir sus conocimientos y valores a la generación más joven es limitada. La consiguiente incapacidad percibida para influir en los más jóvenes afecta a la adquisición por parte del individuo de un sentido de generatividad, una preocupación por establecer y guiar a la siguiente generación, que Erikson postuló como la principal tarea psicosocial característica de la edad adulta media y que es necesaria para la transición con éxito a la etapa final de integridad.

En relación a la integridad, que sería la tarea propia de la última etapa del ciclo vital y que puede describirse como un proceso a través del cual los adultos mayores intentan encontrar sentido a sus vidas y reflexionan en un intento de integrar los acontecimientos positivos y negativos de su trayectoria vital también, la dificultad para desarrollar una identidad estable dificultara la consecución de esta tarea evolutiva.

Mantener una identidad coherente y saludable es fundamental para afrontar con éxito esta tarea. Su resolución, no solo facilita el acceso a los recursos psicológicos necesarios, sino que también proporciona una sensación de integridad personal. Este sentido de identidad permite a las personas aceptar los acontecimientos pasados, y contemplar vida desde una perspectiva coherente recordando el pasado y aceptando el propio ciclo vital como único (Kleijn et al., 2016).

En este sentido, resulta crucial minimizar la brecha entre las aspiraciones individuales y los logros alcanzados en la vida (Krause y Rainville, 2020). Este proceso implica buscar

activamente el sentido de la vida y reconciliarse con las experiencias pasadas que han moldeado nuestra identidad. La incapacidad para llevar a cabo esta tarea puede conducir a sentimientos de desesperanza, como señalan Kaap-Deeder et al. (2022), caracterizados por el arrepentimiento, la amargura y la decepción por una vida que parece no cumplir con las expectativas, acompañados por niveles elevados de remordimiento.

La crisis de integridad del yo y la desesperanza son desafíos especialmente relevantes durante el proceso de envejecimiento, cuando las personas se enfrentan a la reflexión sobre su vida y a la inevitabilidad de su propia mortalidad. Sin embargo, estas dificultades también pueden surgir en momentos de transición o crisis a lo largo de la vida adulta, especialmente cuando se confrontan con circunstancias difíciles asociadas al envejecimiento (Krause y Rainville, 2020). En tales momentos críticos, la capacidad para mantener una identidad sólida y encontrar significado en las experiencias pasadas se vuelve aún más crucial para preservar el bienestar emocional y psicológico.

2.2. Bienestar.

Dentro del ámbito del bienestar, la perspectiva hedonista del bienestar subjetivo ha sido tradicionalmente dominante, enfocándose en la maximización del placer y la minimización del dolor. En las últimas décadas, la psicología positiva ha emergido como un enfoque que busca fortalecer las cualidades humanas para enfrentar la adversidad. En el contexto colombiano, donde la violencia ha afectado profundamente la vida de millones, el estudio del bienestar se vuelve aún más relevante. La psicología positiva, propuesta por autores como Seligman y Csikszentmihalyi, (2000), busca identificar las virtudes humanas para mejorar la calidad de vida y el bienestar. En Colombia, esta perspectiva adquiere un significado particular dada la necesidad de encontrar fortalezas individuales y comunitarias para hacer frente al conflicto. Conceptos como optimismo, felicidad y satisfacción vital, integrantes del bienestar subjetivo, cobran una relevancia especial en contextos de violencia prolongada.

Veenhoven (1994) define el bienestar subjetivo como el grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida en términos positivos, es decir, en qué medida la persona está a gusto con su vida. Según este autor, para realizar este tipo de juicios, el individuo utiliza componentes tanto afectivos como cognitivos. Los elementos cognitivos se refieren a su nivel de satisfacción con la vida y representan la discrepancia entre los logros y las aspiraciones de

una persona. Posiblemente este sea un concepto central en el contexto del conflicto armado, dada la gran discrepancia que se produce. El componente afectivo se refiere, al agrado de la persona en relación con su estado de ánimo, emociones y sentimientos. Asimismo, una persona que considere haber tenido más experiencias emocionales placenteras que desgraciadas, percibirá su vida como deseable y positiva.

Según Diener et al. (1999), el bienestar subjetivo es una categoría amplia de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, dominios de satisfacción y juicios globales de satisfacción con la vida, teniendo en cuenta que el afecto puede ser clasificado como positivo, si implica emociones placenteras, o negativo, si implica una experiencia emocional que represente malestar psicológico o sufrimiento para la persona. Con respecto al mantenimiento del efecto, estos autores señalan que la mayoría de las investigaciones coinciden en concentrarse en estados de ánimo a largo plazo, más que en emociones momentáneas. Para ellos, por ejemplo, el balance emocional constituye el componente afectivo del bienestar subjetivo (Diener et al., 1999).

La satisfacción vital, que refleja la evaluación global de la vida, puede ser especialmente compleja en contextos de conflicto. La pérdida de hogar, seguridad y seres queridos plantea desafíos significativos para la percepción de la propia vida como satisfactoria. En Colombia, el bienestar subjetivo se convierte en una herramienta crucial para abordar las secuelas psicológicas del conflicto armado y el desplazamiento forzado. La capacidad de encontrar bienestar y significado en medio del sufrimiento es un acto de resistencia y una fuente de fortaleza para individuos y comunidades afectadas.

En el marco del conflicto armado y el desplazamiento forzado en Colombia, surge una perspectiva alternativa del bienestar conocida como bienestar psicológico. Esta concepción, en contraste con el enfoque hedonista centrado en la felicidad y la satisfacción vital, se centra en la realización personal y el florecimiento humano. Según Ryan y Deci (2001), el bienestar psicológico se basa en la búsqueda y consecución de valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, fomentando el crecimiento personal en lugar de simplemente buscar placer o evitar el dolor. Esta perspectiva eudaimonista del bienestar encuentra sus raíces en la filosofía aristotélica, donde la eudaimonía se define como la realización del potencial humano y la

autorrealización. En el contexto colombiano, marcado por décadas de conflicto armado y millones de desplazados forzosos, el bienestar psicológico adquiere una relevancia especial.

Aristóteles concebía la eudaimonía como la autorrealización de cada individuo en función de sus talentos y disposiciones, destacando la importancia de la acción y no solo del pensamiento. En un entorno de violencia y desplazamiento como el colombiano, la búsqueda de propósito y la autorrealización pueden ser actos de resistencia y trascendencia. Waterman (1993) vincula el bienestar eudaimónico con la expresión personal y la implicación significativa en las actividades realizadas, buscando una sensación de plenitud y sentido en lo que se hace. Esto cobra relevancia en un contexto donde la adversidad puede socavar la sensación de significado y conexión con las propias acciones.

Ryff y Keyes (1995) desarrollaron un marco integral del bienestar psicológico, que incluye dimensiones como tener un propósito en la vida, relaciones positivas con los demás, dominio del ambiente, autonomía, crecimiento personal y autoaceptación. Estas dimensiones son especialmente relevantes en un contexto de conflicto, donde encontrar significado, mantener relaciones significativas y mantener un sentido de control pueden ser desafíos significativos.

La autoaceptación, por ejemplo, va más allá de conocerse a uno mismo e implica mantener una actitud positiva hacia uno mismo, incluso reconociendo las limitaciones. En un contexto de desplazamiento y pérdida, la autoaceptación puede ser un rasgo de salud mental positiva y un indicador de resiliencia. Las relaciones positivas con los demás también son fundamentales en la construcción del bienestar psicológico. La capacidad de mantener relaciones cercanas y de confianza puede ser un amortiguador contra el aislamiento y la soledad, que están estrechamente relacionados con la salud mental y el bienestar. El dominio del ambiente, la autonomía, el propósito en la vida y el crecimiento personal también son dimensiones clave del bienestar psicológico en contextos de conflicto y desplazamiento. Estas dimensiones reflejan la capacidad de adaptarse, encontrar significado y seguir creciendo incluso en medio de la adversidad.

En resumen, la concepción eudaimonista del bienestar psicológico ofrece un marco integral para comprender y promover el bienestar en contextos de conflicto y desplazamiento forzado en Colombia. Estas dimensiones no solo son metas individuales, sino también

colectivas, ya que buscan fortalecer la resiliencia y la cohesión social en comunidades afectadas.

2.3. Depresión.

La depresión sigue siendo un diagnóstico clínico frecuente en Colombia, afectando a diversas franjas de la población. Según datos actualizados de la encuesta SABE Colombia (Borda et al., 2016; Quiñones, 2017), aproximadamente el 12,3 % de los colombianos experimentan algún tipo de sintomatología depresiva en algún momento de sus vidas. Este trastorno afecta especialmente a los adultos mayores y a los adolescentes, quienes son diagnosticados con mayor frecuencia. Las estadísticas revelan que el 15,8% de las personas diagnosticadas con depresión son adolescentes, mientras que el 16,4 % son hombres mayores y el 18,7 % son mujeres mayores de 60 años. Se observa un aumento significativo en el diagnóstico de depresión con sintomatología mayor entre las personas de 80 años, alcanzando un 34,5 %. Además, se destaca que, aunque las mujeres tienen una mayor prevalencia en el diagnóstico de depresión, el número de suicidios es más alto en el género masculino.

Estos datos reflejan la importancia de abordar la depresión en todas las etapas de la vida, así como la necesidad de implementar estrategias específicas de prevención y tratamiento, especialmente dirigidas a grupos de mayor riesgo, como los adultos mayores y los adolescentes. La atención a la salud mental debe ser una prioridad en Colombia, con programas integrales que aborden tanto los aspectos clínicos como sociales y culturales asociados con la depresión y otros trastornos mentales.

En el año 2019, se estima que alrededor de 280 millones de personas en todo el mundo fueron afectadas por trastornos asociados con la depresión, lo que representa aproximadamente el 10% de la población global con algún tipo de enfermedad mental. Es importante destacar que los efectos psicopatológicos derivados de traumas relacionados con conflictos armados pueden perdurar en el tiempo.

Específicamente, para el género femenino, se ha observado que la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático pueden manifestarse incluso una década después de la experiencia traumática. Este fenómeno se ve exacerbado por la exposición continua a zonas de conflicto y eventos hostiles, sin embargo, todavía se sabe muy poco sobre cómo las diferentes características de los conflictos provocan formas específicas de psicopatología y deterioro psicológico en la población civil. Tal y como señalan Bell et al. (2012) los trabajos

epidemiológicos han demostrado que el TEPT es sólo una de las posibles consecuencias de los sucesos catastróficos y violentos, ya que el trauma aumenta el riesgo de padecer una amplia gama de trastornos psiquiátricos (Bonanno et al., 2010). Según estos autores los datos disponibles hasta la fecha sugieren que los conflictos armados tienen un poderoso efecto negativo en la salud mental de los civiles, además, debe tenerse en cuenta que la mayoría de estos datos proceden de estudios retrospectivos de conflictos de todo el mundo e informan de una clara asociación entre la violencia masiva y los malos resultados psicológicos a largo plazo en civiles adultos.

Aunque la investigación sobre los conflictos en curso es limitada, es particularmente sorprendente que haya muy poca investigación de América Latina, que, como región, tiene una larga historia de conflictos armados desde el siglo XX que, en algunos casos, ha continuado en el siglo XXI. Particularmente notable es el caso de Colombia, que ha vivido un conflicto armado desde 1964 el cual ha tenido un amplio impacto en la población civil, con denuncias generalizadas de abusos de los derechos humanos (International Committee of the Red Cross, 2010). Como consecuencia, Colombia es uno de los países del mundo con mayor número de desplazados internos por la violencia, estimados entre 3,3 y 4,9 millones de personas (Internal Displacement Monitoring Centre, 2011). Puertas et al. (2006) hallaron que casi el 30% de las personas desplazadas que vivían en un barrio marginal urbano presentaban un trastorno mental común. Richards et al. (2001) han notificado altos niveles de TEPT, a menudo con niveles igualmente altos de ansiedad y depresión comórbidas, en adultos desplazados por el conflicto armado. También estudios como el de Gómez-Restrepo et al. (2016) han resaltado la conexión entre la guerra armada y los trastornos mentales, subrayando la importancia de abordar no solo las consecuencias inmediatas de la violencia, sino también sus efectos a largo plazo en la salud mental de la población afectada.

Finalmente, Mejía et al. (2024) indican que el caso de Colombia es de particular interés ya que muchas víctimas del conflicto armado han desarrollado TEPT junto con trastornos emocionales comórbidos como trastorno de pánico y depresión después de la exposición repetida a la violencia (Castro-Camacho et al., 2023, 2019; Gómez-Restrepo et al., 2016). La violencia ha tenido importantes consecuencias para la salud mental, por ejemplo, entre el 5,9 % y el 16,4 % de las víctimas cumplieron con el corte clínico de ansiedad o depresión, el 33,5 % presentó abuso de alcohol. En cuanto a la comorbilidad del TEPT en muestras de víctimas en Colombia, un estudio sugiere que el 39 % de los desplazados internos con TEPT también

presentan Trastorno Depresivo Mayor (Torres Salazar et al., 2021); según Castro-Camacho et al. (2023) también existe una altísima comorbilidad de los sujetos con TEPT presentando Trastorno Depresivo Mayor (75 %), trastorno de pánico (45%) o quejas somáticas (45%).

Además, otras investigaciones destacan que algunas personas mayores presentan sintomatología asociada a la depresión, pero no cumplen con los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V; APA, 2013). Esto dificulta el diagnóstico oportuno y eficaz, ya que la depresión en adultos mayores es una patología del estado de ánimo que abarca diferentes dimensiones de la vida.

La evaluación longitudinal en la población mayor requiere una preparación especial por parte de los profesionales de la salud, debido a la asociación común entre el deterioro cognitivo y físico con otras patologías como la demencia y la discapacidad. La presencia de ideas relacionadas con la muerte o el suicidio en adultos mayores puede ser más difícil de identificar, ya que a menudo se atribuyen a la minusvalía asociada a la edad.

El estado de vulnerabilidad en los adultos mayores se asocia con factores de riesgo recurrentes, como la exposición constante a situaciones emocionales y de abandono a lo largo de la vida. Factores psicológicos como la soledad, el abandono y la angustia, así como factores sociales como la jubilación y el aislamiento social, pueden contribuir al desarrollo de trastornos mentales y discapacidades en la vejez (Luppa et al., 2010).

Diversos estudios han demostrado cómo los factores psicosociales, como el estrés postraumático y la exposición a eventos violentos, influyen en el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión en personas mayores (Torres Salazar et al., 2021). Aunque la depresión en esta población está subdiagnosticada, muchos de los síntomas depresivos se atribuyen erróneamente al deterioro cognitivo o a alguna forma de demencia, lo que aumenta el riesgo de suicidio y otras comorbilidades mentales insuficientemente tratadas.

3. Consecuencias psicológicas del Conflicto Armado en Colombia.

Abordar académicamente el conflicto armado en Colombia y sus consecuencias psicológicas, representa para la población en general un aporte significativo. Estudiar los componentes que amortiguan el impacto y las consecuencias en la población afectada, de alguna manera permite

entender como las variables psicológicas intervienen sobre las situaciones y experiencias dolorosas que llegan con la guerra, pero también ofrece pistas de que variables pueden ayudar a proteger a las víctimas de estos hechos favoreciendo la óptima adaptación.

La pertinencia de estos estudios, posibilita ir más allá de solo conocer estos factores, si no, también la construcción de estrategias que benefician a las personas y poblaciones víctimas. Aunque el investigar sobre estos fenómenos, podría parecer que requiera de un compromiso mayor que el meramente académico, el diseño de propuestas en intervención clínica con población mayor, necesita un importante nivel de rigurosidad y apropiación teórica para el real fortalecimiento de las comunidades, ya que los adultos mayores, como grupo poblacional representa para los países un desafío a nivel político y social que merece de atención y prioridad.

En este sentido y en el marco de este conflicto, los adultos mayores son una población especialmente sensible por sus propias características, Maxime cuando además se incluyen como población víctima del conflicto. Múltiples estudios reportan el aumento del envejecimiento en el mundo, el descenso en los índices de natalidad en personas jóvenes, el incremento de la longevidad, lo cual son un tema de interés para los gobiernos y la comunidad académica. Sin embargo, muchos de estos actuales problemas, queda reducidos a nada cuando hablamos de víctimas de un conflicto armado como el de Colombia. Conocer los factores que están directamente relacionados en la vejez, permite visibilizar a los mayores como actores que contribuyen al desarrollo de los países, ya que al reconocer y considerar las facultades adquiridas con la edad permite la integración de las políticas públicas y programas direccionados a potencializar estas habilidades. Así mismo, se establece como las nuevas generaciones todavía tienen mucho que aprender, y la población mayor mucho que enseñar. Esta investigación abre las puertas a ese paradigma.

Debe tenerse en cuanta que, en Colombia, hasta 2016, más de seis millones de personas se encontraban en situación de desplazamiento interno, principalmente a causa de la violencia asociada al narcotráfico interno, al conflicto político y también al conflicto armado. La violencia de esta naturaleza incluye robos, asesinatos, matanzas, torturas, secuestros, desapariciones forzadas, abusos, reclutamiento forzado de niños y jóvenes para servir en grupos militares y armados

Tal y como señala Lagos-Gallego et al. (2017) este conflicto armado y los

desplazamientos ha producido un cambio drástico en cuanto a los patrones culturales, disminuyendo la capacidad de resiliencia de los desplazados internos. Entre los cambios más destacados, uno de los primeros en aparecer sería el miedo, como consecuencia de tener que asumir valores totalmente diferentes a los propios y sobre todo en adultos mayores con valores y creencias muy arraigadas. El cambio de normas, de sistema de autoestima y la pérdida de posesiones personales, lugar de residencia, independencia, también juegan un papel importante a lo largo del proceso. El miedo, las pérdidas y las múltiples experiencias traumáticas continuadas, los lleva a sufrir reacciones emocionales intensas, morbilidad física, disminución de la esperanza de vida y mayor riesgo de presentar enfermedades mentales, en comparación con la población general (Crisp et al., 2012; Drury y Williams, 2012; Jack et al., 2014).

Entre los trastornos asociados al desplazamiento, el más frecuente es el TEPT. El estudio de Lagos-Gallego et al. (2017) ha demostrado una mayor presencia estadísticamente significativa del diagnóstico de TEPT, en la población desplazada en Colombia, en comparación con la población general. También el estudio de Tamayo Martínez et al. (2016) informa que existe un mayor porcentaje en las personas desplazadas colombianas, en relación con la presencia de problemas y trastornos mentales siendo del 16,4% frente a un 11,2% en población general; también hay mayores prevalencias de trastornos mentales del afecto, siendo del 11,3% frente a un 6,7%, así como de los diferentes trastornos de ansiedad (del 9,0% frente al 3,9%); finalmente en conducta suicida se ha observado en las personas desplazadas un 12,5% (frente al 6,6% de población general), porcentaje que también es mayor (51,5%) en comparación con población general (35,9%) para aquellas personas que lo han planeado o entre quienes lo han pensado.

En línea con estos datos y como señalan Bell et al. (2012) aunque los estudios sobre civiles tienden a centrarse en el impacto de la guerra sobre el riesgo de desarrollar un trastorno de estrés postraumático (TEPT), debe tenerse en cuenta que los efectos de los conflictos van más allá de los efectos directos de la violencia e incluyen una serie de dificultades que pueden ser igual de importantes a la hora de determinar la probabilidad de desarrollar una enfermedad mental. Particularmente notable es el caso de Colombia, que ha vivido un conflicto armado desde 1964 y ha tenido un amplio impacto en la población civil, con denuncias generalizadas de abusos de los derechos humanos.

En diversos estudios (Londoño et al., 2005; Richards et al., 2011) se han notificado altos niveles de TEPT, a menudo con niveles igualmente altos de ansiedad y depresión comórbidas, en adultos desplazados por el conflicto armado. Sin embargo, aún faltan investigaciones sobre la salud mental de los civiles residentes en medio de las zonas de conflicto activo en Colombia. Según Londoño et al. (2005) el conflicto armado debe entenderse como un evento personal de extraordinaria intensidad, repentino, dramático, imprevisible y fuera del control personal y por tanto tiene un importante carácter traumático. Además, puede llevar al desarraigo personal, la pérdida, la separación, la desintegración familiar, el sufrimiento mental y físico y el cambio social sustancial. Las personas que han vivido sometidas a estas situaciones sufren trastornos emocionales debido a la dificultad para desarrollar estrategias que faciliten su adaptación a la situación. Esta dificultad es posiblemente una de las bases para el incremento del riesgo de desarrollar graves problemas de salud mental entre los que destaca el suicidio y la ansiedad, aunque no hayan desarrollado TEPT. Richards et al. (2011) en su estudio informan de que el 41% de la muestra puntuó en el rango de depresión clínicamente significativa y que el 59% de los participantes indicó niveles de ansiedad clínicamente significativos sugiriendo que estas categorías de enfermedad mental merecen atención.

Una revisión sistemática desarrollada por Campo-Arias et al. (2014) que exploró la carga de los trastornos mentales comunes (ansiedad y depresión) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) entre las víctimas del conflicto armado, mostró una alta prevalencia de síntomas, posibles casos y casos confirmados de condiciones de salud mental entre los desplazados internos. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de la encuesta nacional de salud mental que informó que 1 de cada 10 adultos en Colombia cumple con los criterios para un trastorno mental (Goméz-Restrepo et al., 2015). Los hallazgos también confirmaron que la presencia de deterioro de la salud mental es mayor en las zonas afectadas por el conflicto y, entre las mujeres.

Sin embargo, se ha reconocido que muchas víctimas de la migración forzada provocada por el conflicto no desarrollan trastornos mentales a pesar de estar en situación de riesgo. Para Zamora-Moncayo et al. (2021) la resiliencia es un concepto que se ha investigado ampliamente en las últimas décadas para explorar los mecanismos subyacentes que permiten a los individuos hacer frente y superar las adversidades; esta permite abordar las experiencias en el conflicto

desde una lente que va más allá del victimismo y hacia las estrategias de afrontamiento. Sin embargo, tal y como señalan, la literatura existente en el contexto colombiano no explora la resiliencia y el afrontamiento entre las personas que fueron desplazadas internamente.

En lo que respecta al estudio sobre el afrontamiento resiliente, se ha observado que los adultos mayores no expresan impulsivamente sus emociones negativas en relación al conflicto, lo cual pone a este grupo como las personas que mejor presentan capacidad de aceptación y resiliencia al responder a este tipo de estresores. Es decir, las experiencias vividas a lo largo de la vida han servido para fortalecer sus recursos, es por esto que socialmente los adultos mayores son definidos desde las teorías implícitas como individuos sabios (Barrio del Campo, 2014).

Por otro lado, también se ha comprobado que la resiliencia durante el envejecimiento está directamente relacionada a la habilidad funcional que tienen las persona en ese momento de sus vidas, por lo que el rol familiar y el estado económico son fundamentales para el desarrollo de la misma, sin embargo las condiciones de vulnerabilidad como la pobreza, las condiciones sociales y ambientales son un impedimento para reevaluar de manera positiva las situaciones discrepantes (Cerquera et al., 2019). Otros autores han reportado que gran parte de los adultos mayores, evocan constantemente pensamientos negativos o perturbadores, también se evidencia una dificultad para buscar ayuda profesional, ya que esto no forma parte del abanico de sus opciones, prevaleciendo como estrategias de afrontamiento la religión, la esperanza y la búsqueda de apoyo social (Ramírez et al., 2016).

En cuanto a los estudios sobre estrategias de afrontamiento y género basados en población víctima de la guerra armada en Colombia existen resultados que muestran a la población femenina como aquella que presenta un mayor índice de solidaridad (Botero y Gutiérrez, 2014), y tanto hombres como mujeres, fortalecen las estrategias de afrontamiento a través de la perseverancia, la construcción de redes, la esperanza y el significado de la vida (Novoa y Escamilla, 2017), además las estrategias basadas en la religión y el apoyo social son recurrentes en ambos grupos.

Por otro lado, también se reportó que otra estrategia recurrente es el olvido, las personas refieren que recordar lo que paso en el marco del conflicto armado es algo duro y horroroso. Estas conductas de evitación tienden a aumentar con el tiempo tras el acontecimiento traumático incipiente (Foa et al., 2006), y el grado de aumento de la evitación puede diferenciar entre las

personas expuestas a un trauma que desarrollan TEPT y las que se recuperan. Los civiles expuestos a traumas y trastornos vitales como consecuencia de conflictos armados se enfrentan a graves retos en sus intentos de gestionar emociones, pensamientos y recuerdos desagradables. Además de los estímulos externos temidos, las personas pueden temer y evitar acontecimientos privados no deseados, como emociones desagradables, pensamientos y sensaciones corporales. Esta noción de evitación se desarrolla a partir de una incapacidad para tolerar estos acontecimientos y el deseo de controlarlos y extinguirlo estos acontecimientos (Hayes et al., 1996). El trastorno de estrés postraumático (TEPT), caracterizado por recuerdos intrusivos y ciclos de evitación y excitación, se ha diagnosticado en un amplio porcentaje de las víctimas evaluadas inmediatamente después de una agresión (Rothbaum et al., 1992).

También como plantean Salas Picon et al. (2023) aunque Colombia cuenta con un marco legal robusto y programas integrales de salud y atención psicosocial diseñados para la intervención de sobrevivientes del conflicto armado, no existe mucha información sobre cómo promover su bienestar potenciando sus fortalezas y reduciendo la ocurrencia de escenarios de revictimización. Los estudios realizados desde el marco de la Psicología Positiva reconocen a los supervivientes de conflictos armados más allá de sus patologías, centrándose en sus fortalezas (Moreno-Correa et al., 2019). En este sentido, sus recursos endógenos y exógenos, subjetivos y objetivos, pueden facilitar su readaptación como agentes políticos y sociales o, por el contrario, generar ecosistemas que conduzcan a su revictimización (Sarmiento-Marulanda et al., 2021). Los estudios también han demostrado que los conflictos armados provocan la ruptura de las redes de apoyo social, lo que conlleva un deterioro del bienestar general y de la calidad de vida (Moreno-Correa et al., 2019), es por tanto fundamental mantener las redes, ya que como se ha demostrado el apoyo social es un factor protector para la salud en general (Powell et al., 2020) y tiene una asociación positiva con la calidad de vida (Tarkar, 2021). El estudio de Salas Picon et al. (2023) mediante modelos de ecuaciones estructurales respaldó las hipótesis según las cuales niveles más altos de calidad de vida y apoyo social predicen niveles más altos de bienestar para los sobrevivientes y además, señalan que es necesario prestar atención a la forma en que las personas perciben su propio bienestar y cómo se sienten respecto a dicha percepción.

CAPÍTULO 3
LA TERAPIA DE REMINISCENCIA

La psicología positiva fue una de las primeras en cambiar la visión de la utilización del recuerdo como narrativa interna y las personas mayores tienen la capacidad de utilizar el pasado como una estrategia para vivir el futuro; estos procesos sobre la revisión de vida interconectados con las metodologías narrativas como la revisión de vida influyen en el bienestar y otros recursos psicológicos minimizando el estado de ánimo negativo, a la par que fortalecen ciertos procesos cognitivos que implican recuperar, obtener y divulgar narraciones sobre sí mismo, estimulan la memoria y moldean la identidad dando sentido a la vida a través de la memoria autobiográfica (Butler, 1963; Neisser, 1978; Squire y Schacter, 2003). Robert Butler (1963) resaltó la importancia que tienen los recuerdos sobre los procesos de adaptación de los adultos mayores, indicando que los recuerdos autobiográficos actúan ofreciendo información particular con atributos cognitivos y emocionales. La teoría de revisión de vida de Butler (1963) sustenta que el revivir el pasado prepara a los adultos mayores para el final de la vida; si bien debe señalarse que no siempre la revisión de vida favorece el envejecimiento exitoso, cuando estos sentimientos no se elaboran de manera adecuada, este modelo de intervención se queda corto al relacionar factores como la auto-comprensión, autoestima y la satisfacción con la vida (Birren, 1964; Coleman, 1986; Lewis y Butler, 1974; McMahon y Rhudick, 1964). Otros

autores como Cappeliez y O'Rourke (2006) o Serrano (2002) posteriormente modificaron estas técnicas de memoria autobiográfica desarrollando un formato más elaborado, el cual incluía el desarrollar un sentido positivo de aceptación de la vida, de reconciliación entre el pasado y el presente de sí mismo, y el equilibrio entre el ideal y la realidad como un tipo de reminiscencia. Mediante estas modificaciones, estos autores pretendían incluir técnicas psicológicas que facilitarán la disminución de creencias negativas sobre uno mismo y los demás, la integración entre el pasado y el presente, consiguiendo unos de los objetivos plateados como prioritarios que tenían que ver como se ha señalado con reforzar la identidad y aumentar la autoestima, permitir la reconciliación del pasado y el futuro, y establecer el aprendizaje de alternativas que minimizasen el autocastigo y los pensamientos negativos basados en la rumiación, proporcionando una salud mental positiva y reduciendo la sintomatología depresiva y el estado del ánimo negativo (Butler, 2002; Gibson, 2011; Meléndez et al., 2013; Meléndez et al., 2015b; Schacter, 1996; Webster y Haight, 2002; Webster et al., 2010; Westerhof et al., 2010).

En lo que respecta al análisis de los componentes que intervienen en la reminiscencia Butler (1963) como pionero de su estudio establece que la revisión de vida es un proceso psicológico natural de las personas que ayuda a elaborar de mejor manera la adaptación exitosa de los adultos mayores. Butler refiere que la revisión del pasado se realiza a cualquier edad y en cualquier momento del ciclo vital, con una mayor intensidad en la vejez temprana y en los momentos de crisis; de este modo, la teoría de Butler da origen al proceso de intervención terapéutica basado en recuerdos autobiográficos (Lewis y Butler, 1974), y más adelante queda englobado bajo el paradigma teórico de la psicología del ciclo vital, fundamentando el desarrollo evolutivo, bajo un modelo teórico que entre sus supuestos teóricos tal y como define Baltes (1987) se puede destacar que los recuerdos autobiográficos, al igual que el propio desarrollo, se producen a lo largo de la vida, es decir, es un proceso que tiene continuidad en el transcurso del ciclo vital; además, se fundamenta en la plasticidad cerebral, identificada como de recuperación que se incrementada a través de la estimulación y demás procesos mentales para logra evocar recuerdos significativos por algún periodo de tiempo, produciéndose bajo una estructura donde interactúan las variables contextuales, culturales, la historia y los aspectos particulares de cada individuo.

Schacter (1996) explica la importancia del recuerdo autobiográfico en el adulto mayor

como una estrategia que vincula componentes sociales y culturales, es decir, las memorias colectivas y la tradición oral se transmiten a través de los recuerdos elaborados y estructurados de sus propias biografías, el contar su propia historia representa para la persona mayor la capacidad de reunir, organizar y agrupar elementos dispersos de su vida personal a través del recuerdo, dando nuevos significados a la remembranza del pasado (Gusdorf, 1991). Para concluir, el término reminiscencia hace referencia al proceso de pensar o hablar sobre la propia experiencia de vida, al compartir recuerdos y reflexiones sobre las vivencias del pasado.

1. Reminiscencia como un enfoque narrativo.

Durante décadas, los enfoques narrativos han contribuido a las ciencias sociales la posibilidad de estudiar el comportamiento humano y su contexto, la narración oral se identifica como una técnica que evoca situaciones del pasado para resolver el presente, lo cual también ayuda a conocer el estado mental de las personas. Erik Erickson en su objetivo de estudiar el ciclo vital al completo mostró su interés en las tareas de desarrollo que a partir de la adultez y el envejecimiento estaban basadas en el recuerdo autobiográfico, así como en el nivel de aceptación de la propia vida; de este modo la revisión de la vida trae consigo la capacidad de fortalecer la integridad y de verbalizar las situaciones que por años afectan psicológicamente a las personas (Erikson, 1982). Es decir, el acto de narrar los acontecimientos de la vida ha permitido a la Psicología conocer aspectos relacionados a la personalidad la salud mental, el auto-desarrollo y algunas técnicas relacionadas a la memoria autobiográfica (Bohlmeijer et al., 2007; McAdams y Pals, 2006; McLean et al., 2007; Pasupathi et al., 2006).

El mismo planteamiento fue expuesto por Butler (1963), quien fue el primero en resaltar la importancia de la reminiscencia y la revisión de la vida en el proceso de adaptación de los adultos mayores. Butler basó sus argumentos en observaciones clínicas, notando un aumento de la reminiscencia, definida como el acto o proceso de recordar el pasado, en las personas de edad avanzada. Postuló que este fenómeno se debía a una experiencia interna o proceso mental universal de revisión de la propia vida. Concibió la revisión de la vida como un proceso natural

y espontáneo, caracterizado por el retorno gradual a la conciencia de experiencias pasadas, especialmente de conflictos no resueltos. Si bien reconoció que las personas de todas las edades pueden revisar su pasado ocasionalmente y que cualquier crisis puede desencadenar este proceso, Butler destacó que la revisión de la vida es más intensa y frecuente en la vejez temprana. Propuso que la creación de una autobiografía extensa podría asistir a los adultos mayores en esta tarea, permitiéndoles clarificar, profundizar y dar sentido a lo que han aprendido y adaptado a lo largo de toda una vida.

La reminiscencia se define como el proceso de pensar o contar a alguien experiencias pasadas que son personalmente significativas. Basándose en la sugerencia de Erikson (1982) y Butler (1963) de que la revisión de la propia vida es una tarea central de la vejez, la reminiscencia se ha utilizado cada vez más en adultos mayores como modo terapéutico para promover la autoaceptación y la salud psicológica.

Según Pinquart y Forstmeier (2012), diferentes formas de intervenciones de reminiscencia pueden tener diferente potencial para resolver estas tareas. Recientemente, Webster et al. (2010) y Westerhof et al. (2010) distinguieron entre reminiscencia simple, revisión de la vida y terapia de revisión de la vida.

Debemos partir de que la reminiscencia, como técnica terapéutica implica una relación interpersonal que permite evocar recuerdos y compartir experiencias vividas con otras personas, pudiéndose realizar de manera grupal e individual. La reminiscencia simple es principalmente una narración autobiográfica no estructurada cuyo objetivo es comunicar y enseñar o informar a los demás, recordar acontecimientos positivos del pasado y potenciar sentimientos positivos. En comparación con la reminiscencia simple, la revisión de vida es mucho más estructurada. La revisión de vida suele abarcar toda la vida y suele realizarse en formato individual. En lugar de limitarse a describir acontecimientos pasados (como en la reminiscencia simple), la revisión de la vida se centra en la (re)evaluación de los acontecimientos vitales y en la integración de los acontecimientos positivos y negativos en una historia vital coherente. A nivel conceptual la revisión de vida se establece como una forma de reminiscencia donde se utilizan los recuerdos pasados para solucionar situaciones del presente y proyectarse hacia el futuro de manera estructurada (Burnside y Haight, 1992; Kennedy y Tanenbaum, 2000). Por último, la terapia de revisión de vida se refiere al uso de la revisión de vida con personas con problemas graves de

salud mental, como la depresión. Se caracteriza por vincular la revisión de vida a una teoría clara de los factores causales de la depresión o la enfermedad mental. La terapia de revisión de vida se centra en reducir el rencor y el aburrimiento y promover una visión positiva del propio pasado. En resumen, las técnicas sobre la revisión de vida y de reminiscencia presentan aspectos comunes, pero con objetivos y procedimientos diferentes.

Por otra parte, los términos "reminiscencia" y "memoria autobiográfica" suelen utilizarse indistintamente de forma errónea. A pesar de algunas coincidencias significativas entre ambos conceptos, existen algunas diferencias importantes; según Bluck y Levine (1998), la memoria autobiográfica puede denominarse "un sistema que codifica, almacena y guía la recuperación de toda la información episódica relacionada con nuestras experiencias personales", mientras que la reminiscencia "es una forma en la que accedemos a esta información para su uso". Es decir, la reminiscencia es el acto o proceso de recordar episodios particulares o genéricos. Se reconocen claros solapamientos entre ambos enfoques en lo que respecta a las razones (o "funciones") del recuerdo.

Entre las funciones de esta técnica, destacan la de la identidad (es decir, utilizar la memoria para encontrar valor y significado) y la de resolución de problemas (recordar experiencias pasadas para resolver problemas presentes) como estrategias para la adaptación del sujeto frente a aquellos sucesos que implican resignificación de la existencia, en este sentido la reminiscencia puede convertirse en una manera de reactivar el pasado para mantener la identidad y fortalecer su propio "yo" con nuevas interpretaciones en el presente (Burnside y Haight, 1992; Kovach, 1991; Webster, 2003).

Contrariamente a esta idea, y tal y como se indicaba en aparados anteriores, el trastorno de estrés postraumático señala entre sus criterios diagnósticos la evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que se pone de manifiesto bien mediante la evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s), bien mediante la evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s). Se ha determinado que un factor que correlaciona con la adaptación satisfactoria de los supervivientes a los conflictos es la forma en

que evocan los recuerdos autobiográficos (Cappeliez y O'Rourke, 2006). Según Zimmermann y Forstmeier (2020) una clave importante en la consecución del satisfactorio envejecimiento es saber cómo las personas víctimas de conflictos humanos, como por ejemplo el Holocausto, se plantean la cuestión de cómo afrontan las tareas del desarrollo de Erikson propias de las últimas etapas de la vida. Se podría suponer que luchan con la tarea de integrar los recuerdos traumáticos en una narrativa vital coherente, ya que "la cantidad o la calidad de las pérdidas puede estar por encima de la capacidad del individuo" (Bar-Tur y Levy-Shiff, 1994). A menudo, los relatos de persecución y violencia sistemáticas sirven para educar a las generaciones futuras, para adquirir más conocimientos sobre la historia y para estudiar las consecuencias clínicas de la experiencia traumática masiva.

La revisión de Zimmermann y Forstmeier (2020) señala que, a pesar de la heterogeneidad de situaciones, incluso tras la experiencia de un trauma masivo y sistemático, las personas consiguen construir narrativas vitales adaptativas. Este logro está basado en la capacidad para utilizar sus recuerdos, que contienen tanto dolor como felicidad, de forma resiliente. De este modo se puede afirmar que un componente principal del envejecimiento con éxito es la adaptación a las circunstancias cambiantes de la vida. Los procesos de reminiscencia pueden ayudar a las personas mayores a afrontar este reto (Cappeliez y Robitaille, 2010; Ferring y Hoffmann, 2007) incluso después de la experiencia de un trauma masivo.

Retornando a Butler y la introducción al campo científico de esta técnica terapéutica que tiene como eje central la revisión de la vida y que actuaba como una manera natural de adaptación al envejecimiento, los avances significativos de la técnica han quedado reflejados en sujetos de edad avanzada en interesantes resultados que señalan la disminución de la sintomatología depresiva, en comparación para aquellos que no evocaban los recuerdos del pasado (Butler, 1996; McMahon y Rhudick, 1964). En la década de los 80 y con una sistemática de investigación con mayor validez, los beneficios de la terapia de la reminiscencia muestran resultados positivos en diversas variables del desarrollo personal; así, se observa en múltiples trabajos, una mejora significativa en los factores que determinan el bienestar y una reducción en las conductas de aislamiento en pacientes mayores, en este sentido Haight (1988) sostiene que traer recuerdos de manera estructurada, es una terapia efectiva para las personas confinadas en casa.

El programa en reminiscencia ha sido utilizado como un tipo de intervención no farmacológica para población mayor en todo el mundo, y las investigaciones desvelan resultados positivos sobre las variables que determinan el envejecimiento óptimo, el bienestar y el afrontamiento. Callado (2022) reportó cambios significativos en la disminución de sintomatología depresiva y un aumento importante para las variables del bienestar del grupo tratamiento. En este estudio participaron 34 mujeres residentes en un centro de atención para el adulto mayor, y el diseño metodológico estaba compuesto por dos grupos de comparación (control y reminiscencia) aplicándose medidas repetidas hasta tres meses después de la intervención. Asimismo, Gil et al. (2022) probaron la eficacia de la intervención en un grupo de 76 personas mayores en época de aislamiento por COVID-19; los resultados mostraron mejorías significativas en las variables de bienestar y afrontamiento, después de recibir la intervención en Terapia de Reminiscencia Integrativa, observándose además en los residentes una reducción significativa en los niveles de ansiedad y depresión, y una mejoría sobre los procesos cognitivos básicos y del afecto. En Colombia, Navarro y Erazo (2019), evaluaron la eficacia de la intervención en reminiscencia integrativa en dos grupos de adultos mayores no institucionalizados en dos ciudades colombianas. El estudio cuasi experimental contó con la participación de 70 personas mayores (35 para el grupo control y 35 en el grupo de tratamiento), las variables de medida fueron la satisfacción vital, el bienestar psicológico y la sintomatología depresiva, los datos se recogieron a través de una batería de pruebas psicométricas, antes de la intervención y dos meses después. Como resultados se evidenciaron cambios positivos para el grupo tratamiento, con una disminución porcentual significativa en la escala de depresión, para el grupo control no se reportaron cambios. También Noboa (2023) señala los beneficios terapéuticos de la técnica y la eficacia de la intervención sobre el envejecimiento activo, el bienestar y variables que intervienen en la salud mental, planteando que la terapia en reminiscencia integrativa también es un tratamiento que actúa sobre el deterioro cognitivo ayudando a estimular la memoria y a disminuir los síntomas de algún tipo de demencia. Autores como Pinquart et al. (2007) reportan que los beneficios de la intervención se mantienen en el tiempo y que ayudan a reducir conductas desadaptativas.

La atención a la salud mental desde el abordaje multidisciplinario trae consigo propuestas direccionadas a la reparación de afectaciones físicas y mentales de la población mayor, estas alternativas varían entre tratamientos farmacológicos como reguladores

conductuales y emocionales, hasta los no farmacológicos, existiendo un abanico de intervenciones bastante amplio. Los tratamientos y técnicas más reconocidas se direccionan a supuestos teóricos como son los cognitivos, cognitivo conductuales, de regulación emocional y sistémicos entre otros, la validez científica de estas propuestas es visible desde hace algunos años, las prácticas clínicas provistas en las universidades involucran factores relacionados a la edad y demás variables que intervienen en el envejecimiento, lo que da a las personas mayores la posibilidad de recibir una atención de calidad.

La revisión de estudios en Gerontología presenta datos robustos, pero con deficiencias a nivel teórico y estructural. Así, estos resultados presentan limitaciones a la hora de triangular los conceptos y los supuestos teóricos. Entre las principales limitaciones que llevan a esta confusión conceptual se pueden señalar: las dificultades en la elección y comprensión de los supuestos teóricos y la planeación de objetivos iniciales, la existencia de diseños metodológicos que carecen de claridad, la existencia de una desarticulación teórica de la intervención, con poca definición en las estrategias utilizadas en la ejecución de las sesiones, falta de entrenamiento de los profesionales así como de preparación previa, una escasez de instrumentos psicométricos adecuados, diseños experimentales basados falsaciones metodológicas y desarticulación teórica, de manera que como resultado final existe una disminución de los reales beneficios de la terapia (Chiang et al., 2010).

Sin embargo, solo en los últimos años, gracias a los avances en conocimientos y estudios más rigurosos, han surgido justificaciones sólidas que respaldan la implementación y el uso de la reminiscencia en la práctica de la salud mental. Durante la década de los 90, se profundizó nuevamente en los estudios sobre la utilidad de esta técnica, revelando su importancia en el desarrollo de la identidad personal (Webster, 1993) y en la búsqueda de significado en la vida (Wong, 1995). Además, se reconoció su capacidad para otorgar al adulto mayor un sentido de dominio, control, competencia y confianza en sí mismo, desempeñando un papel crucial en la resolución de problemas, la superación de experiencias traumáticas y el fomento de un envejecimiento saludable y satisfactorio.

En los últimos años, se han publicado diversos estudios que muestran resultados positivos derivados de una mayor sofisticación y clarificación conceptual en las tareas de recuerdo (Webster y Haight, 2002; Westerhof et al., 2010), aunque estos avances se han

observado de manera relativa en ámbitos clínicos y profesionales aislados. Según plantean Wong y Watt (1991), las discrepancias entre los investigadores a favor de la reminiscencia y los que están en contra podrían deberse a que la mayoría de los estudiosos en este campo han tratado la reminiscencia como un fenómeno unitario, sin especificar los diferentes tipos de reminiscencia involucrados (Watt y Wong, 1991). Es posible que distintos tipos de reminiscencia tengan diferentes efectos, por lo que un enfoque más productivo podría ser analizar qué tipos de reminiscencia están asociados con un envejecimiento exitoso y cuáles son los objetivos buscados.

En resumen, se puede afirmar que se dispone de cincuenta años de investigación y aplicaciones en reminiscencia y revisión de vida (Westerhof y Bohlmeijer, 2014). Según la narrativa anterior, se ha transitado desde los primeros trabajos centrados en la conceptualización de la reminiscencia hasta la demostración de los beneficios de su aplicación como terapia sistematizada. Además, se han obtenido conclusiones claras sobre los mejores ámbitos de aplicación, con una definición más precisa de los conceptos y medidas, así como estudios sobre los efectos (Haight, 1991). De este modo, los avances más significativos se han logrado en las últimas décadas (Haber, 2006; Westerhof et al., 2010).

2. Funciones de la Reminiscencia

Cuando definimos la reminiscencia de forma general nos referimos a la evocación de recuerdos sobre la propia vida, sin embargo, Bluck y Levine (1998), plantean una de las definiciones que mayor reconocimiento tiene a nivel científico. Para estos autores la reminiscencia es el acto o proceso volitivo o no volitivo de rememorar recuerdos de uno mismo en el pasado. Puede implicar el recuerdo de episodios particulares o genéricos que pueden o no haber sido olvidados previamente, y que van acompañados de la sensación de que los episodios recordados son relatos verídicos de las experiencias originales. Este recuerdo de la memoria autobiográfica puede ser privado o compartido con otras personas.

De este modo, parece claro que la reminiscencia es algo que nos ocurre a todos en

nuestra vida cotidiana, y por tanto se puede plantear como un fenómeno natural; además señala nuestros recuerdos pueden ser rememorados voluntariamente, incluso aquellos recuerdos que se creían olvidados pueden traerse al presente, pero, además, se plantea que recordar no sólo implica la simple evocación, sino también que los recuerdos se reconstruyen en relación con los esquemas existentes sobre el yo

Westerhof et al. (2010), indican que además la reminiscencia tiene diferentes formas, aunque las primeras taxonomías y medidas fueron limitadas y no se adoptaron de forma generalizada (Webster, 2003). Posiblemente uno de los primeros intentos sustanciales de desarrollar una taxonomía empírica de la reminiscencia sobre la base de investigaciones previas y utilizando el análisis de contenido de un gran corpus de datos de reminiscencia fue la realizada por Wong y Watt (1991).

Wong y Watt (1991) propusieron una clasificación direccionada a contribuir al envejecimiento satisfactorio, y elaboraron un esquema de codificación exhaustivo y fiable para clasificar las respuestas en los distintos tipos de reminiscencia, identificando seis formas

1. Reminiscencia integrativa: Se identifica como el proceso psicológico de aceptación y valoración del pasado (Butler, 1963), lo cual permite resolver los problemas pasados, a partir del equilibrio entre el ideal y la realidad que se vive en el presente (Birren, 1964; Lieberman y Tobin, 1983).

2. Reminiscencia instrumental: Está relacionada con el envejecimiento exitoso y la percepción subjetiva de competencia y continuidad (Lieberman y Tobin, 1983). Es decir, este tipo de reminiscencia involucra recuerdos retóricos de experiencias de logros y objetivos superados, lo cual invita al sujeto a utilizar esas estrategias de afrontamiento para resolver las problemáticas actuales que implican malestar emocional (Folkman et al., 1987).

3. Reminiscencia transmisiva. Esta direccionada a la transmisión del conocimiento personal en relación a la herencia y el legado personal. Es decir, las personas tienen la necesidad de transmitir sus pensamientos, valores tradicionales y sabiduría a través de la historia oral, lo cual da sentido a la vida y un efecto positivo en la adaptación

(Coleman, 1974; McMahon y Rhudick, 1964).

4. Reminiscencia escapista o defensiva: se establece como una predisposición a enaltecer las experiencias y logros del pasado de forma magnificada, las personas que tienden a utilizar este tipo de reminiscencia reconocen el deseo de volver al pasado, ya que generalmente desprecian el presente. En este sentido la reminiscencia escapista, aunque ayuda a estabilizar el estado mental, las personas mayores tienden a recrear el pasado de manera mítica convergiendo su autopercepción como sujetos fuertes y psicológicamente estables, los estudios empíricos reportan datos positivos asociados al aumento de la autoestima y su uso como una estrategia inmediata para la disminución del dolor por pérdidas o muerte. Aunque este tipo de reminiscencia también puede incidir en la disminución de los recursos psicológicos de afrontamiento obtenidos con la edad, por lo tanto, el uso de este tipo de reminiscencia no debe tener periodos prolongados de aplicación (Butler, 1963; Lewis, 1971; Lieberman y Tobin, 1983; LoGerfo, 1980-1981; McMahon y Rhudick, 1964).
5. Reminiscencia obsesiva: su origen nace de los pensamientos de culpa y dolor por vivencias y experiencias del pasado, lo cual se refleja en verbalizaciones recurrentes de amargura, lo cual contribuye de manera negativa como el estado de ánimo bajo, depresión, incluso al suicidio (Butler, 1963; Coleman, 1986; LoGerfo, 1980-1981).
6. Reminiscencia narrativa: es una manera declarativa de evocar el pasado a través de relatos autobiográficos, el contenido del relato no se somete a ningún tipo de interpretación o evaluación. La función de este tipo de reminiscencia tiene como características el rememorar información biográfica como fechas, lugares y la descripción de los mismos, por otro lado, se da con la narración de historias o anécdotas del pasado donde intervienen relatos simples de sucesos o acontecimientos. (LoGerfo, 1980-1981) La efectividad de este tipo de reminiscencia está asociada a la estimulación de la memoria y algunas funciones cognitivas, es poco el soporte teórico sobre la relación entre este tipo de reminiscencia narrativa y el envejecimiento exitoso.

Posteriormente, Webster (1993) planteó un avance teórico y estructural del modelo inicial de Wong y Watt (1991), sin embargo, señala algunas debilidades en cuanto a la evaluación y análisis de los resultados e identifica una inconsistencia metodológica entre la división taxonómica (tipo) y la (función) que cumple cada una de ellas. Posteriormente Webster (1997) desarrollo la *Reminiscence Functions Scale* (RFS), para medir la frecuencia e intensidad con que las personas utilizan los recuerdos del pasado, el presente y la relación y propósito de los mismos y la validó mediante análisis factorial exploratorio. La estructura factorial de la (RFS) propone ocho componentes divididos en identidad, resolución de problemas, preparación de la muerte, revivir amargura, mantenimiento intimidad, conversación, y enseñar-informar (ver tabla 1).

Tabla 1. Tipos de Reminiscencia y su función (Webster 1993, 1997)

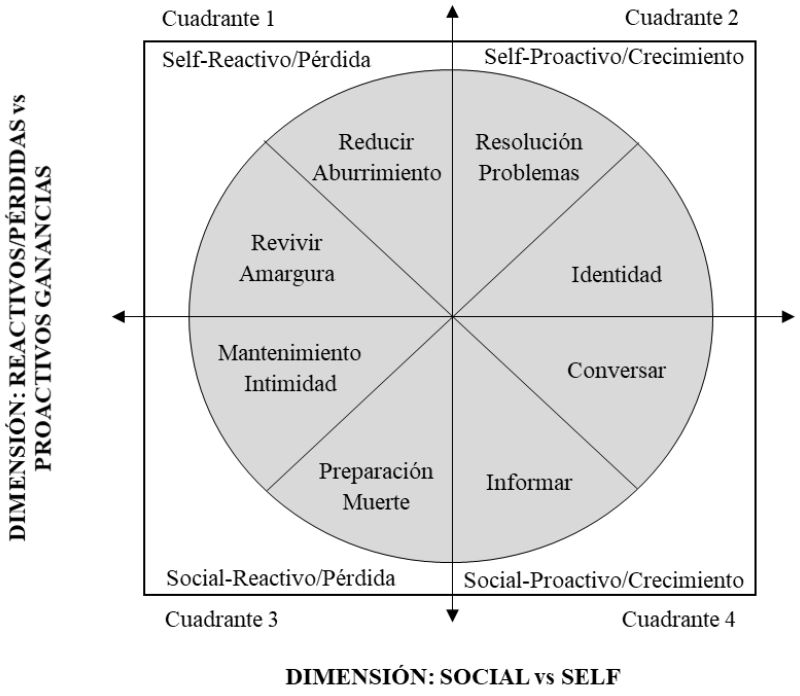
Wong y Watt (1991)	Webster (1993, 1997)	Funciones de la Reminiscencia
Instrumental	La resolución de problemas	Parte de las experiencias vividas por el sujeto para resolver y afrontar las problemáticas actuales.
Integrativa	Identidad	Pretende dar un sentido de relación entre el sujeto y su pasado
	Preparación de la muerte	Enfrenta los temas relacionados a la muerte con espiritualidad y serenidad.
	Mantenimiento intimidad	Evocar recuerdos de personas importantes que ya no están a través de un proceso cognitivo y emocional.
Escapista	Reducción Aburrimiento	El uso de recuerdos fantásticos, para "escapar" de situaciones particulares.
Obsesivo	Revivir la amargura	Recordar situaciones problemáticas pasadas.
Transmisiva	Enseñar e informar	Transmitir a una generación más joven experiencias, conocimientos y valores.
Narrativa	Conversatorio	Contar, describir de manera narrativa hechos pasados, así como dar información biográfica de personas, lugares y cosas, y sentir el placer de hacerlo.

Los resultados reportados por Webster (1997) fueron similares al estudio de Wong y Watt (1991), los datos correlacionales y la consistencia interna entre los factores son equivalentes a la escala original; además, las propiedades psicométricas de la escala de reminiscencia también han sido estudiadas posteriormente por diversos autores (Cappeliez, 2002; Cappeliez y O'Rourke 2006; Cappeliez et al., 2005; Webster y Gould, 2007), en este sentido disponer de una medida validad para el estudio de los tipos y la función de reminiscencia

han supuesto un interesante avance tanto en la evaluación de las personas como en la obtención de resultados científicos tras la aplicación de la técnica con propósitos terapéuticos.

Webster (2003), vuelve a reanalizar el modelo planteado y realizó un análisis factorial secundario y un análisis discriminante de las ocho funciones de la reminiscencia, proponiendo un modelo circunflejo que incorpora las funciones de reminiscencia organizadas en un modelo con dos ejes: el uno mismo frente a lo social y lo reactivo/orientado a la pérdida frente a proactivo/orientado al crecimiento. Las funciones de construcción de la identidad y resolución de problemas se sitúan en el cuadrante proactivo del yo, la conversación y la enseñanza/información en el cuadrante proactivo social, el mantenimiento de la intimidad y la preparación para la muerte en el cuadrante reactivo social, y el renacimiento de la amargura y la reducción del aburrimiento en el cuadrante reactivo del yo (ver Figura 3).

Figura 3. Modelo circunflejo de Webster (2003).



El cuadrante 1 self reactivo/pérdida, se refiere a los recuerdos de oportunidades dolorosas y perdidas (por ejemplo, reactivación de la amargura) o a los que se desencadenan como reacción a entornos poco estimulantes (por ejemplo, reducción del aburrimiento). Por el contrario, el cuadrante 2 referido al self proactivo/de crecimiento recoge aquellos recuerdos que tienen que ver con la cristalización del sentido de uno mismo (es decir, la identidad) y con el recuerdo de estrategias y éxitos anteriores en la resolución de problemas para hacer frente a los

acontecimientos actuales y futuros (es decir, la resolución de problemas). La atención parece centrarse en el uso proactivo de los recuerdos para mejorar el funcionamiento actual y futuro en términos de afrontamiento y clarificación cotidianos, y el desarrollo de un sentido de quiénes somos y cuál es nuestro lugar en el mundo.

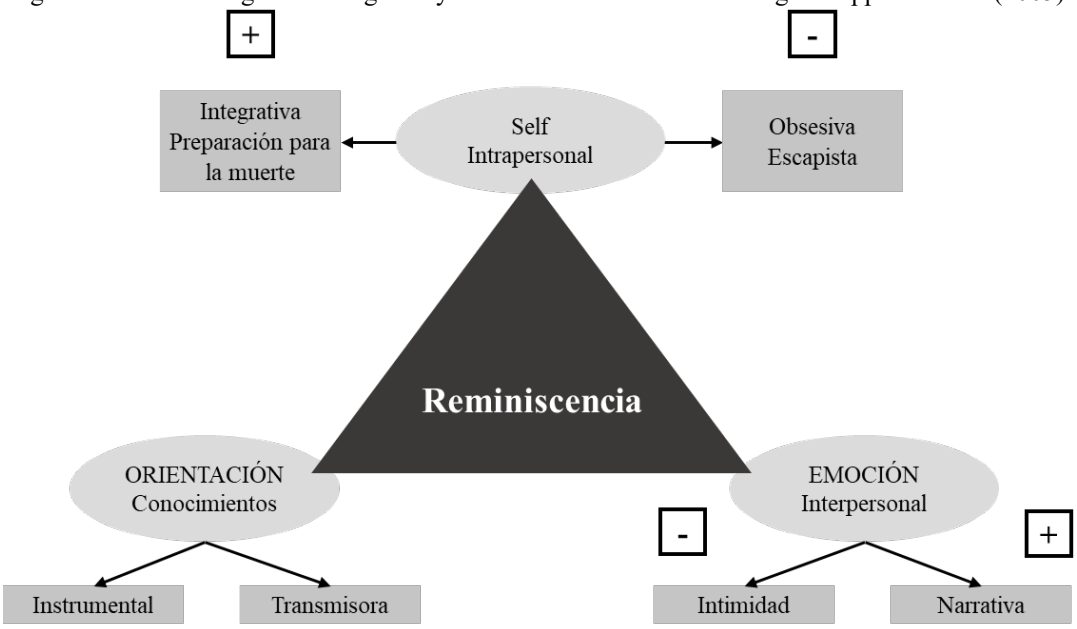
En el cuadrante 4, la categoría social-proactiva/de crecimiento, los recuerdos generados sirven para conectar con otras personas, establecer o mantener vínculos íntimos con personas significativas o transmitir información valiosa a compañeros, amigos y familiares (por ejemplo, enseñar/informar y conversar). Por el contrario, en el cuadrante 3, la categoría social-reactiva/pérdida, las funciones de la memoria se refieren al mantenimiento de las conexiones sociales con las personas que hemos perdido, por ejemplo, a través de la muerte o la separación física y/o emocional (mantenimiento de la intimidad) o para la preparación para la pérdida de otra persona, la muerte (preparación para la muerte). Sin embargo, como el propio autor señala esta interpretación es algo problemática para la función de preparación para la muerte. Dado que implica prepararse para la propia muerte, parece lógico que la preparación para la muerte refleje más una función del yo, como sugieren Bluck y Alea (2002). De hecho, la inspección de los elementos que constituyen el hecho de la preparación para la muerte sugiere que esto podría conceptualizarse como un tipo de resolución de problemas "existenciales". En este caso, la preparación para la muerte se asemeja en cierta medida a la resolución de problemas que es un elemento del cuadrante 2, es decir, proactivo/crecimiento, y que según algunas investigaciones están correlacionados.

Todas estas funciones definidas en el modelo de Webster (2003), se han intentado relacionar con la memoria autobiográfica, sin embargo, por ejemplo, el cuadrante que se refiere al self reactivo/perdida, no muestra una relación directa, sin embargo, se presenta como una categoría nueva que ofrece información de interés en el uso de la reminiscencia. En cambio, el cuadrante 2 si muestra una clara relación con las funciones tanto autodirectivas como directivas de la memoria autobiográfica y el cuadrante 4 que representa categoría social-proactiva/de crecimiento también está bien representada en la literatura de memoria autobiográfica como funciones sociales; finalmente se sugiere que la preparación para la muerte entraría dentro de la categoría de memoria autobiográfica del yo.

Siguiendo esta misma línea, Cappeliez et al. (2005) propusieron un modelo direccionado

a estimular los recuerdos autobiográficos de las personas en la vida adulta (ver Figura 4), bajo los criterios metodológicos de (Bluck y Alea, 2002), los supuestos teóricos planteados por Wong y Watt (1991), y las dimensiones propuestas por Webster (2003) para dar sentido a un modelo integral de las funciones de la reminiscencia. El modelo de integral incluye tres categorías. Self, Orientación, y Vinculación social.

Figura 4. Modelo integral de categorías y funciones de reminiscencia según Cappeliez et al. (2005).



En lo que respecta a la primera función principal, Self, las reminiscencias de este grupo son característicamente intrapersonales o privadas. En el lado positivo, se presentan las reminiscencias que fomentan la coherencia, el sentido y la continuidad del yo. Destacan la reminiscencia integradora y la reminiscencia para la preparación de la muerte como facetas positivas de la función del yo y que denotan un esfuerzo por obtener un sentido y un propósito en la vida. Estos dos tipos de reminiscencia implican la evocación, evaluación y síntesis de recuerdos positivos y negativos y, como tales, se corresponden con la noción de revisión de la vida (Webster y Haight, 1995). Aunque existe evidencia sobre los efectos en la reducción del miedo sobre la muerte, este tipo de reminiscencia también facilita el sentido de realización y plenitud.

El corolario negativo de estas funciones son las reminiscencias obsesivas y escapistas. La reminiscencia obsesiva, establece la lucha interna de un pasado negativo, el sujeto se siente incapaz de dejar a un lado estos recuerdos. En cuanto, a la reminiscencia escapista las personas

buscan consuelo al recordar eventos del pasado, con el ánimo de enfrentar un presente insatisfactorio que resulta en un futuro poco atractivo. Como tal, puede considerarse una táctica defensiva. Estas dos últimas funciones indican discontinuidad en el yo y fragmentación de la propia historia vital.

La segunda función principal es la orientación, en términos de conocimientos y experiencias personales recordados y compartidos. La reminiscencia instrumental reaviva estrategias anteriormente eficaces para afrontar situaciones vitales problemáticas, transiciones y crisis, ayuda a recordar episodios con alto contenido de estrés y aquellas estrategias de afrontamiento, lo cual permite restaurar aquellas estrategias eficaces para hacer uso de ellas ante las situaciones problema de la actualidad. La reminiscencia transmisiva se identifica como la acción de comunicar conocimientos, experiencias y aprendizajes a otros, como una lección de vida. Aunque estas dos funciones se refieren principalmente a la orientación y el afrontamiento, hay que reconocer que ambas implican una reactualización y un refuerzo del sentimiento de competencia personal o autoeficacia. Existe, por lo tanto, un cierto grado de solapamiento entre la función de orientación y la función del yo, en particular la reminiscencia integradora.

El tercer grupo de funciones de la reminiscencia tiene un vínculo intrínseco con las emociones. También son característicamente interpersonales, tanto la reminiscencia narrativa como la reminiscencia para el mantenimiento de la intimidad, y están asociadas a la continuidad de las relaciones. La reminiscencia narrativa, sirve para maximizar las oportunidades de experimentar afectos positivos en los encuentros sociales y tiene como finalidad estimular la memoria evocando historias, lo cual ayudará eventualmente aumentando sentimientos positivos que fortalezcan los procesos de adaptación y del afecto positivo para las interacciones sociales. Mantener el contacto con una persona fallecida a través de los recuerdos es la característica que define el mantenimiento de la intimidad; la emoción asociada suele ser la tristeza. Aunque de tono negativo, la tristeza puede ser una emoción adaptativa en contraste con la valencia negativa de los recuerdos característica de la reminiscencia obsesiva.

Los resultados reportados en este trabajo muestran la relación significativa entre la reminiscencia y el bienestar con la salud mental para las personas mayores, ya que este tipo de intervención involucra aspectos positivos (satisfacción vital) como negativos (psicopatología).

De este modo, las diversas funciones de la reminiscencia varían en su contribución relativa a la salud mental. Las frecuencias más altas de reminiscencia para revivir la amargura y reducir el aburrimiento se asocian con una menor satisfacción vital y una mayor angustia psiquiátrica. La reminiscencia para revivir acontecimientos perturbadores no resueltos puede reflejar un estilo de respuesta rumiativo centrado en uno mismo que mantiene la depresión (Ingram, 1990) y la reminiscencia para reducir el aburrimiento puede connotar una sensación de apatía y falta de propósito, o incluso una tendencia a volver a los buenos tiempos para escapar de un presente insatisfactorio (Wong, 1995). El aumento de la frecuencia de la reminiscencia de mantenimiento de la intimidad parece predecir el malestar psiquiátrico y sugiere la asociación con emociones negativas, posiblemente por la reactivación que produce de la pérdida y su asociación con un afecto negativo, posiblemente depresivo.

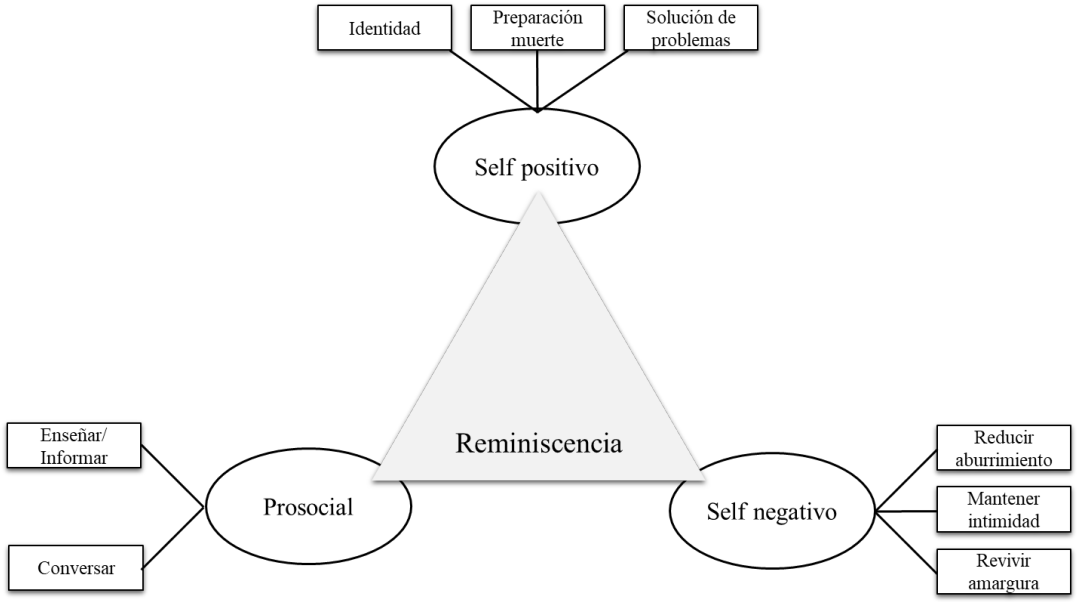
La reminiscencia para la preparación a la muerte predijo la satisfacción vital lo que sugiere que contribuye a abordar la cuestión de la propia mortalidad de forma constructiva. Esto encaja con el modelo global que considera la reminiscencia para la preparación a la muerte como una autofunción positiva. La reminiscencia narrativa puede estar asociada con un envejecimiento positivo ya que implica interacción con los demás lo cual puede ser una de las formas en que los adultos mayores mantienen la participación social para fomentar el bienestar (Carstensen et al., 1997).

La reminiscencia instrumental para resolución de problemas no está relacionada con la satisfacción vital o la angustia psiquiátrica en este estudio, sin embargo, está relacionada con la orientación y el afrontamiento, proporcionando estrategias y reactualizando un sentido de competencia personal que establece un vínculo con la salud mental. Es concebible que este tipo de reminiscencia pase a primer plano sólo cuando uno se encuentra con condiciones adversas que requieren un cambio, como las crisis vitales y las transiciones.

Finalmente, un resultado desconcertante de este trabajo fue la falta de relación entre la reminiscencia integrativa (identidad) y la satisfacción vital. La expectativa del modelo global era que la reminiscencia integradora, como faceta positiva de la función del yo, estaría asociada con la satisfacción vital, sin embargo, como señalan los autores pudo existir un problema de medida en cuanto a que los instrumentos no fueran sensibles a los procesos psicológicos relevantes para este tipo de reminiscencia.

Por otra parte, Cappeliez y O'Rourke (2006), establecen la necesidad de probar la eficacia del modelo en diferentes contextos de la salud física y mental de las personas en relación a la reminiscencia (ver Figura 5), y proponen un modelo revisado que consiste en tres amplias funciones de la reminiscencia: self positivo, self negativo y funciones prosociales., donde self positivo abarca las reminiscencias para la identidad, resolución de problemas y preparación de la muerte), self negativo (revivir amargura, reducción del aburrimiento, mantenimiento intimidad) y prosocial (enseñar-informar y conversación).

Figura 5. Modelo de Funciones de Reminiscencia de Cappeliez y O'Rourke (2006)



Las funciones positivas del self como la identidad y la preparación para la muerte suponen categorías basadas en la auto comprensión y suponen una búsqueda de sentido a través de la reflexión sobre la propia vida. Además, la preparación para la muerte ayuda a reducir la ansiedad ante la muerte y a acercarse al final de la vida con una sensación de plenitud y totalidad, este tipo de reminiscencia está altamente relacionado con la consecución de la integridad definida por Erikson e implica un acercamiento al envejecimiento óptimo. En relación a la reminiscencia orientada a la resolución de problemas, esta categoría debe ser observada desde una perspectiva positiva y motivadora, fundamentada en el desarrollo del individuo desde sus propias competencias y capacidades, a partir de la evaluación y síntesis de los recuerdos personales. Estos hallazgos son consistentes con los reportados por Bluck et al. (2005) y Webster (1993), quienes encontraron superposición entre la resolución de problemas

y la identidad e indican que las reminiscencias sobre problemas, planes y metas están intrínsecamente vinculadas con el significado, la continuidad y el sentido de identidad, lo cual presenta una asociación directamente significativa con la salud física y mental. Este hallazgo también tiene una conexión directa con la práctica clínica y plantea que la promoción de la reminiscencia instrumental con personas mayores deprimidas (similar a la resolución de problemas) mejora la autoeficacia mediante la consolidación de la propia historia personal, de forma coherente, unida a una visión de uno mismo como competente.

Por lo que respecta a las funciones negativas del self, estas son revivir la amargura, reducción del aburrimiento y mantenimiento de la intimidad. Revivir la amargura está altamente relacionada con la angustia de rememorar situaciones del pasado, este tipo de recuerdos lleva al sujeto a permanecer en un estado de frustración por las metas no alcanzadas. Además, la reducción de aburrimiento representa una evasión del presente por situaciones no resueltas del pasado. Finalmente, el Mantenimiento de la Intimidad puede connotar un proceso de duelo problemático; superar la pérdida de una persona importante puede conllevar sentimientos negativos recurrentes; de hecho, la reminiscencia para el mantenimiento de la intimidad se ha relacionado con reacciones de duelo prolongadas (Coleman, 1986). Este tipo de reminiscencias parecen tener un carácter desadaptativo y tienen como característica común de estas que la persona que las rememora está atrapada en persistentes cavilaciones sobre el pasado, habiéndose demostrado su relación con algunos desordenes de tipo psicológico y bajos niveles de bienestar psicológico (O'Rourke et al., 2011).

Finalmente, la categoría prosocial incluye las reminiscencias para conversar y para enseñar-informar a otros y según presentan una alta relación con la regulación emocional (Alea y Bluck, 2003) y con la teoría de la selectividad socioemocional (Carstensen et al., 2003). Así, la reminiscencia conversacional facilita a los sujetos la oportunidad de sentir emociones positivas al compartir con otras personas experiencias vividas y la de enseñar-informar facilita el desarrollo de pensamientos que integran aprendizajes y enseñanzas que enmarcan sabiduría. De este modo este tipo de funciones involucran al adulto mayor en un estado de generatividad y compromiso con la bienestar físico y mental de las próximas generaciones, interpretándose de manera positiva o negativa a nivel emocional (Erikson, 1982) y como un factor importante para el bienestar psicológico de los mayores (McAdams y Logan, 2004). Webster y McCall

(1999) informaron de que las reminiscencias para conversar y para enseñar/informar a otros se asocian típicamente con emociones positivas. Además, en un estudio sobre reminiscencias en un contexto natural, se observó que la reminiscencia conversacional, con mayor frecuencia, desencadenaba y potenciaba las emociones positivas (Cappeliez et al., 2008). La recientemente demostrada variabilidad temporal de las funciones prosociales (en contraste con la estabilidad de las funciones del yo) proporciona un apoyo tangencial a la idea de que las reminiscencias prosociales están influidas por el contexto en el momento de la evocación, tanto social como emocional (O'Rourke et al., 2017).

Cappeliez y O'Rourke (2006) ponen a prueba esta categorización de funciones de reminiscencia y demuestran mediante modelos de ecuaciones estructurales la estrecha relación de las diferentes reminiscencias y la salud física y mental de las personas mayores. Se evidencia que el modelo de tres funciones de reminiscencia (self positivo, self negativo y función prosocial) es el que mejor explica las variables de satisfacción vital, sintomatología depresiva, salud percibida y condiciones de salud en relación a los procesos psicológicos. Específicamente, las funciones del self-positivo y self-negativo muestran una relación significativa en la salud mental con resultados acordes a su signo, aunque la función prosocial no parece tener relación directa con la salud mental. Como explicación a este último resultado, los autores señalan que estas reminiscencias tienen principalmente una influencia a corto plazo sobre los estados, como el estado de ánimo y las emociones, en el momento de recordar y en torno a él, sin un efecto demostrable sobre la salud física y mental a más largo plazo. Además, existen menos oportunidades para el uso espontáneo de estas funciones de reminiscencia, ya que requieren la presencia de compañeros, a diferencia de los otros modos de reminiscencia que ocurren en privado y prácticamente en cualquier momento. En otras palabras, las funciones prosociales dependen más del contexto.

Además, también aportan un interesante apoyo a los principios básicos de la teoría de la adaptación cognitiva (O'Rourke, 2002), ya que se evidencian asociaciones directas y significativas entre la memoria autobiográfica y la salud; se ha demostrado que el recuerdo autobiográfico positivo predice la salud de los adultos mayores en investigaciones correlacionales (O'Rourke, 2005) y longitudinales (O'Rourke, 2002).

Posteriormente Ros et al. (2016), mediante modelos de ecuaciones estructurales

pusieron a prueba diferentes modelos de funciones de reminiscencia y demostraron que los resultados señalan que el modelo de tres funciones de la reminiscencia (funciones self positivas, self negativas y prosociales) propuesto por Cappeliez y O'Rourke (2006) es el que explica mejor la variable latente de síntomas de problemas de salud mental medidos utilizando variables de satisfacción vital, sintomatología depresiva y desesperanza; además, mientras que los dos primeros tipos de funciones explican de forma directa la salud mental, no se encontró relación significativa entre la función prosocial y la salud mental.

Según estos autores la relación entre la preparación para la muerte y el ajuste en la obtención de la integridad del ego en las etapas finales del ciclo vital, la aplicación de reminiscencias basadas en resolución de problemas como estrategia de afrontamiento altamente relacionada con la predicción del bienestar y el uso de la reminiscencia de identidad para analizar patrones de coherencia en la propia vida son elementos determinantes para conseguir un envejecimiento satisfactorio y la salud tanto física como mental (Cappeliez y O'Rourke, 2006). Así, las reminiscencias que incluye la función self positivo tiene un impacto directo positivo en el envejecimiento, promoviendo la adaptación y el bienestar en los adultos mayores.

En cambio, las reminiscencias de la función de self negativas son fundamentalmente desadaptativa y tiende a estar relacionada con altas tasas de trastornos psicológicos y bajos niveles de bienestar psicológico (O'Rourke et al., 2011). Cappeliez et al. (2005) sugieren que un patrón de reminiscencia basado en revivir la amargura y reducir el aburrimiento tiende a relacionarse con una menor satisfacción vital y un mayor trastorno emocional. Dado que el mantenimiento de la intimidad se centra en la pérdida de personas significativas, conlleva el procesamiento recurrente de sentimientos negativos (Cappeliez y O'Rourke, 2006), que tienden a generar estados de ánimo depresivos y trastornos psicológicos (Cappeliez et al., 2005).

Por último, Ros et al. (2016) señalan que las reminiscencias de la función prosocial afectan a la gestión de las emociones bien al maximizar las oportunidades de experimentar emociones positivas en los encuentros sociales, optimizando el bienestar, bien dada la relación con el concepto de generatividad, referido a la preocupación por establecer y guiar a la siguiente generación (Erikson, 1982), que se considera un predictor de satisfacción vital en los adultos mayores. Por lo que respecta a la no relación con la salud mental, indican que no se debe descartar que puedan tener un impacto indirecto en la salud mental a través de su asociación

con las otras funciones, ya que los resultados muestran una fuerte correlación entre la función prosocial y las funciones de self positivo y self negativo.

3. Programas de intervención con Reminiscencia

Los programas basados en terapia de reminiscencia han sido aplicados como un tipo de intervención no farmacológica para población mayor en todo el mundo, estas investigaciones desvelan resultados positivos sobre las variables psicológicas que facilitan la consecución del envejecimiento óptimo, el bienestar y el afrontamiento. La eficacia de este tipo de intervención ha sido estudiada en las últimas décadas con fines terapéuticos para la salud mental así como para el desarrollo de oteas variables de mejora personal, en estas investigaciones han participado tanto hombres como mujeres, y generalmente han sido incluidos sujetos con edades superiores a los 60 años y con estados cognitivos en los que no existía deterioro o este no era significativo principalmente, en relación a la institucionalización, se ha aplicado tanto a muestras institucionalizadas como a aquellas que viven en comunidad. Los estudios que involucran población mayor con algún tipo de deterioro cognitivo o de algún tipo de demencia en estados iniciales, la terapia de reminiscencia ha sido utilizada con fines terapéuticos para estimular procesos cognitivos de la memoria autobiográfica y principalmente para disminuir la sintomatología depresiva que en muchos casos suele ir unida a la demencia

En relación a las características técnicas de los programas a nivel teórico y estructural, se observa una evolución en cuanto a la preparación de los contenidos que integran la intervención, el formato para su aplicación y el número de las sesiones, que varía de acuerdo al diseño y estructura propuesta por los investigadores. Diversas investigaciones muestran beneficios para ambos formatos (individual y grupal), siendo la sesión individual una opción positiva de adaptación a las necesidades del participante, este formato podría invitar al dialogo de experiencias con alto contenido emocional, en lo que corresponde a las sesiones grupales; Pinquart y Forstmeier (2012), señalan que la conformación de grupos enmarca el desarrollo de habilidades asociadas el intercambio social entre los participantes. Ambos formatos promueven la continua calidad de la intervención, por lo cual deben estar dirigidas y supervisadas por

profesionales, que faciliten el cumplimiento de los objetivos de su aplicación, así como la correcta aplicación de las diferentes técnicas que se implementen en los programas. En cuanto al número de sesiones, los programas de intervención actuales se componen de 6 y 10 sesiones, con un tiempo de duración estimado para el desarrollo de las sesiones oscila entre 30 y 60 minutos para su aplicación.

En relación al diseño y tipo de investigación se encuentran algunos ensayos aleatorios, estudios con diseños metodológicos experimentales y cuasi experimentales simples o medidas repetidas pre post y grupos de comparación. En la actualidad la mayoría de estudios presentan herramientas de medición con mayor soporte científico y el análisis de estos resultados muestran modelos estadísticos novedosos que miden los efectos del programa y demás interacciones entre variables de estudio en salud mental para población mayor mostrando la importancia de seguir incluyendo este tipo de investigaciones para contribuir al campo científico.

En los últimos años diversos meta-análisis y revisiones señalan la importancia de la terapia de reminiscencia. Diversos estudios han demostrado que el uso de grupos de reminiscencia puede ayudar a los adultos mayores a desarrollar nuevas relaciones y satisfacer necesidades psicosociales y de desarrollo. La terapia de reminiscencia puede utilizarse para aumentar la socialización, reducir el aislamiento, aumentar la autoestima, prevenir o reducir la depresión, aumentar la satisfacción vital y mejorar la adaptación social.

La revisión de Liu et al. (2021) indica que en relación a los resultados de este tipo de intervención se puede afirmar que de forma consistente una gran parte de las revisiones concluyen que los síntomas depresivos de los adultos mayores se aliviaron significativamente después de la intervención con terapia de reminiscencia (Hsieh y Wang, 2003). Además, según Shin et al. (2023) también se ha comprobado que la terapia de reminiscencia también tiene un impacto positivo en el bienestar psicológico de los adultos mayores, incluida la satisfacción con la vida, la soledad, la ansiedad y la felicidad (Chiang et al., 2010; Viguer et al., 2017); a medida que disminuyen los síntomas de depresión, la puntuación de satisfacción vital mejora significativamente en el grupo de tratamiento en comparación con el grupo de control.

De este modo, se sugiere que cada vez existe mayor evidencia en relación a los factores psicológicos positivos, como la calidad de vida y la satisfacción vital, así como la gestión de la salud no sólo de los adultos mayores con demencia o aquellos que están institucionalizados,

sino también de los adultos mayores sin patología que siguen viviendo en la comunidad. Incluso, algunos trabajos informan de la correlación que puede existir entre estas variables psicológicas positivas con la función cognitiva, así como con el estado físico, y se sugiere que, a largo plazo, la terapia de reminiscencia puede servir como piedra angular para prevenir la demencia de los adultos mayores que viven en comunidad, y gestionar su salud física/psicológica para mejorar y mantener su calidad de vida y su satisfacción vital. Por lo tanto, la terapia de reminiscencia es un método de intervención muy eficaz no sólo para los adultos mayores con problemas de función cognitiva o demencia, sino también para aquellos que viven en sus domicilios domicilio.

En relación con las diversas formas de reminiscencia, según el modelo de Cappeliez y O'Rourke (2006), las funciones del self positivo abarcan tanto aquellas reminiscencias que contribuyen al desarrollo positivo de la identidad como aquellas orientadas a la resolución de problemas. Estas reminiscencias son conceptualmente cercanas a las de tipo integrativo, las cuales tienen como objetivo una reevaluación constructiva de las interpretaciones y emociones ante acontecimientos autodefinitorios pasados. La reminiscencia integrativa, por ende, es un proceso que fomenta la aceptación de uno mismo y de los demás, la resolución de conflictos y la reconciliación, un sentido de significado y autoestima, y la integración del presente y el pasado (Wong, 1995).

La reminiscencia integrativa implica un proceso mediante el cual los individuos procuran aceptar los acontecimientos negativos del pasado, resolver los conflictos pasados, reconciliar la discrepancia entre el ideal y la realidad, identificar un patrón de continuidad entre el pasado y el presente, y encontrar sentido y valor en la vida tal como fue vivida (Butler, 1963; Erikson, 1982; Wong, 1995). Estos recuerdos abordan directamente los pensamientos negativos sobre el yo, el mundo y el futuro (Beck et al., 1979), mientras que los estilos de procesamiento de la información enfatizan las atribuciones causales para los eventos negativos, lo que puede respaldar el estado de ánimo negativo y los síntomas conductuales de la depresión.

Una revisión vital integradora brinda a las personas la oportunidad de examinar alternativas que puedan contradecir las autoevaluaciones negativas asociadas a la visión pesimista que tienen de sí mismos o de partes de sus vidas. Asimismo, contrarresta la tendencia a generalizar el pensamiento y las opciones negativas, así como a ignorar la información positiva, al fomentar interpretaciones más equilibradas de los eventos pasados (Hollon y

Garber, 1990).

Tal y como se plantea desde la perspectiva del ciclo, cada etapa representa momentos de ganancias y pérdidas, lo que implica revisar tanto las experiencias positivas como negativas del desarrollo propio. De este modo, los individuos pueden descartar las evaluaciones globales y sobregeneralizadas de su memoria autobiográfica basada en experiencias negativas de sí mismos y asociadas a la depresión y empezar a desarrollar una visión realista y adaptativa de sí mismos que incorpore tanto atributos positivos como negativos.

De este modo, la reminiscencia integrativa puede interrumpir la activación de esquemas depresivos que influyen en la autodefinición y ofrece la oportunidad de una reatribución equilibrada y realista de la responsabilidad en situaciones de autoculpabilidad y autocrítica, ayudando a resolver conflictos pasados y a reducir la tendencia de los individuos a atribuir las causas de los acontecimientos negativos a factores internos, estables y globales. La reminiscencia integrativa da la oportunidad de revisar las causas y consecuencias de los acontecimientos que han experimentado a lo largo de su vida, lo que lleva al desarrollo de un nuevo conjunto de creencias sobre el yo que son menos absolutas y reflejan la apertura a explicaciones alternativas.

En este contexto, resulta esencial, entre otras actividades, enfocarse en evocar recuerdos vinculados a estrategias de afrontamiento pasadas (Watt y Cappeliez, 2000). Estos recuerdos abarcan la planificación y ejecución de acciones para superar situaciones difíciles, así como alcanzar metas personales o ayudar a otros a lograrlas (Watt y Wong, 1991). Cuando las personas se perciben capaces de enfrentar los eventos adversos en su entorno, es menos probable que los consideren una amenaza para sí mismos o para personas significativas, y más probable que los vean como desafíos superables (Lazarus y Folkman, 1984). Esta perspectiva orientada hacia los desafíos motiva a las personas a adoptar enfoques activos y centrados en la resolución de problemas para modificar las situaciones. Por otro lado, la percepción de baja autoeficacia y autoestima a menudo conduce a estrategias de evitación que se relacionan negativamente con el bienestar psicológico y el afrontamiento efectivo. La reminiscencia integrativa puede mejorar la autoestima y la percepción de control al recordar experiencias pasadas en las que las personas se sintieron competentes y capaces de manejar su entorno.

Un aspecto clave de la adaptación radica en ajustar los objetivos y roles conforme cambian las circunstancias. La persistencia en esfuerzos infructuosos debido a la falta de

cambios necesarios puede afectar negativamente la adaptación y reducir la autoestima al enfrentarse a metas inalcanzables.

La reminiscencia puede influir positivamente en las estrategias de afrontamiento al promover la selección de respuestas adaptativas. Investigaciones recientes sugieren que los adultos mayores que enfrentan la depresión exitosamente tienden a utilizar estrategias activas y centradas en la resolución de problemas. La reminiscencia puede alentar estas estrategias de afrontamiento activo, pero también puede facilitar el afrontamiento emocional, especialmente en situaciones inmodificables (Folkman et al., 1986). Estrategias de afrontamiento útiles incluyen la reevaluación positiva del estrés, la aceptación de la responsabilidad y el deseo de resolver problemas, así como el distanciamiento emocional.

Meléndez et al. (2015) señalan que la reminiscencia involucra dos procesos terapéuticos cruciales para facilitar la adaptación del individuo. En primer lugar, recordar estrategias pasadas y aplicar las más exitosas en el presente. En segundo lugar, minimizar los recuerdos de evasión y formular un plan de acción para resolver la situación de manera óptima. Estos procesos mejoran la capacidad de adaptación y son útiles para enfrentar situaciones estresantes, mejorar el autocontrol y reunir recursos para la resolución activa de problemas.

Estudios han demostrado que la aplicación de la terapia de reminiscencia tiene efectos significativos en la adaptación, fortaleciendo la capacidad para enfrentar crisis, sostener estrategias efectivas de afrontamiento y adaptarse a los cambios y pérdidas asociadas con esta etapa de la vida. Esto sugiere una tendencia evolutiva en la vejez hacia una estrategia adaptativa que permite ajustarse a las nuevas circunstancias y metas realistas para optimizar los recursos y mantener el control sobre la situación.

Watt y Cappeliez (2000) argumentan que las habilidades de resolución de problemas promovidas por la reminiscencia pueden ilustrarse a través de las experiencias vitales de las personas mayores. Los recuerdos instrumentales hacen que los estresores sean manejables al identificar posibilidades de adaptación y desarrollar nuevas metas apropiadas. Esto reduce el estrés y permite enfrentar las experiencias negativas con una mejor orientación y un enfoque dinámico para la resolución de problemas.

La resolución de problemas está estrechamente relacionada con el bienestar, ya que aquellos que la utilizan tienen más probabilidades de mantener el bienestar en situaciones que requieren adaptación (Tomás et al., 2012). Recordar episodios de resolución eficaz de

problemas refuerza la autoeficacia y recuerda a la persona su capacidad para afrontar circunstancias difíciles. En este sentido, la reminiscencia puede influir positivamente promoviendo respuestas adaptativas centradas en el problema o en la emoción.

Según Satorres et al. (2018) la reminiscencia en adultos mayores desempeña un papel importante en la adaptación al ayudar a las personas a conocer los recursos de que disponen para afrontar las situaciones de la vida. La contribución de la reminiscencia al envejecimiento satisfactorio puede explicarse por el desarrollo de cuatro procesos: la formación de la identidad y su continuidad, la mejora del sentido de la vida y la coherencia, la preservación del sentido de dominio y la promoción de la aceptación y la reconciliación (Bohlmeijer et al., 2007). La reminiscencia puede mejorar la adaptación al centrarse en los recursos internos y en recordar qué estrategias fueron eficaces en el pasado y cuáles pueden ayudar a las personas mayores a afrontar los cambios y las pérdidas actuales. Para Satorres et al. (2018) la reminiscencia desempeña un papel en el afrontamiento de acontecimientos vitales críticos y, por tanto, en el mantenimiento de la salud mental y recomiendan específicamente centrarse en este tipo de reminiscencias de resolución de problemas con personas con síntomas de ansiedad.

Posiblemente, la reminiscencia como técnica podría tener un efecto terapéutico dada la historia de conflicto armado interno que atraviesa Colombia, y que implica una serie de necesidades para las comunidades que han soportado el peso de la guerra. Mientras que, en materia de reparación a las víctimas, el gobierno se ha centrado en una reparación material y financiera, en contraposición existe un panorama preocupante consecuencia de la violencia formulada que ha impactado sobre los diferentes actores del conflicto y que muestra cifras alarmantes de diagnósticos como depresión, ansiedad y estrés postraumático en poblaciones víctimas del conflicto armado en Colombia.

La materia prima necesaria para este fin, surge de las narraciones de vivencias, hechos y víctimas experimentadas por los sujetos de los acontecimientos. Las narraciones son fragmentos de historia personal que buscan organizar, clasificar, representar y afrontar de manera efectiva, para el recuerdo singular lograr un desarrollo satisfactorio en la última etapa del desarrollo.

Sin embargo, no existe mucha literatura que haya aplicado esta técnica sobre las víctimas de los conflictos armados. El estudio de O'Rourke et al. (2015) con adultos mayores supervivientes del Holocausto señala que los traumas sufridos en los primeros años de vida no

parecen alterar fundamentalmente los vínculos estructurales entre las funciones de la reminiscencia y la salud, por lo que el modelo a priori puede ser válido. Aunque autores como Sales et al. (2013) indican que para aquellos que han experimentado un trauma de gran magnitud podría ser más saludable no razonar sobre sus vidas pasadas y simplemente seguir adelante y asumir que uno puede cambiar el futuro en lugar de tratar de dar sentido a un pasado que carecer de sentido, tal y como Barel et al. (2010) afirman juiciosamente, esta idea no debe ocultar el hecho de que algunos supervivientes pueden necesitar una atención especial, ya que los retos de la vejez pueden reactivar los recuerdos de sus graves traumas tempranos (David y Pelly, 2003)

De manera específica en conflictos armados Wu (2011) demostró el efecto positivo e inmediato de la reminiscencia integrativa en grupo centrada en una reevaluación constructiva del pasado sobre la autoestima, la satisfacción vital y los síntomas depresivos entre veteranos mayores institucionalizados tras una intervención de 12 semanas concluyendo que este parece ser un enfoque terapéutico eficaz. La terapia de reminiscencia incluye el análisis y la discusión de experiencias pasadas. Narrar una experiencia traumática puede permitir a una persona reevaluar y revalorizar el trauma de una manera más adaptativa (Smorti, 2011). De forma coherente con los resultados antes expuestos Ching-Teng et al. (2020) señalan que la terapia de reminiscencia en grupo consiguió aumentar la confianza y la satisfacción vital y reducir los síntomas depresivos y concluyen que parece que la aplicación de sesiones de reminiscencia en grupo para adultos mayores con demencia de residencias de veteranos puede desempeñar un papel importante en la salud mental.

Por el contrario, según Akdağ et al. (2023) la reminiscencia de tipo obsesivo (es decir, la reminiscencia negativa de uno mismo) podría impedir el procesamiento del trauma y, por tanto, aumentar los síntomas de estrés postraumático, incluidos los pensamientos y recuerdos intrusivos relacionados con el trauma (Bohanek et al., 2005). La reminiscencia obsesiva implica remordimientos sobre el pasado y objetivos inalcanzables, en los que el individuo queda atrapado en una rumiación intrusiva sobre aspectos negativos del pasado. Esto impide un procesamiento coherente del acontecimiento traumático y reduce la oportunidad de revalorizar el trauma de forma más adaptativa. En línea con este argumento, la rumiación obsesiva se asocia con mayores niveles de angustia, depresión y ansiedad (Nolen-Hoeksema, 2000).

Tal y como se ha planteado, y basándonos en los modelos de reminiscencia, las

funciones positivas del self pueden estar relacionadas con el TEPT, ya que facilitan el procesamiento del trauma. Por el contrario, las funciones negativas del self están más fuertemente asociadas con el TEPT. Las características desadaptativas de la rumiación negativa del self también pueden aumentar las valoraciones negativas sobre el acontecimiento y los elementos asociados (Ehlers y Clark, 2000; Tedeschi y Calhoun, 2004). Además, la naturaleza intrusiva y rumiativa de aquellas reminiscencias negativa del self pueden perjudicar el procesamiento del trauma, lo que puede dar lugar a una representación incoherente del acontecimiento traumático. En el modelo tripartito (Cappeliez y O'Rourke, 2006), las reminiscencias prosociales no implican revisar el pasado, sino que proporcionan oportunidades para experimentar afectos positivos en encuentros con otras personas en el presente.

Como señala Sadavoy (1997) el envejecimiento va acompañado de la revisión de la propia vida para evaluar las ganancias y las pérdidas y encontrar un significado (Butler, 1963). Por lo tanto, un enfoque narrativo y basado en la reminiscencia como el mencionado podría satisfacer muy bien la necesidad natural de las personas mayores de revisar sus vidas (Pinquart et al., 2007). La mayoría de los estudios sobre la eficacia de la reminiscencia se centran en la depresión; sin embargo, faltan estudios de eficacia que evalúen el efecto de la terapia sobre los síntomas relacionados con el estrés provocado por la situación de conflicto en personas mayores que han sufrido acontecimientos traumáticos a lo largo de su vida. Aunar un enfoque basado en la revisión de vida, evaluando los logros y las pérdidas y encontrando un sentido, y un enfoque centrado en el trauma para reconstruir los recuerdos de los acontecimientos traumáticos y transformarlos en una narrativa coherente ofrece un marco para procesar los recuerdos relacionados con el trauma e integrarlos en una historia de vida coherente (Forstmeier et al., 2020).

CAPÍTULO 4
MATERIAL Y MÉTODO

Esta investigación implementó un programa basado en reminiscencia integrativa para promover la salud mental y el bienestar en un grupo de personas mayores víctimas del conflicto armado en la región del Catatumbo en Colombia. Se buscó intervenir en las consecuencias que la guerra dejó en las personas adultas mayores y no en el hecho, actores o móvil victimizante, bajo los parámetros del enfoque diferencial al envejecimiento y la vejez. Para este trabajo fue fundamental tener en cuenta el marco normativo colombiano como el derecho a la salud mental, la atención asistencial y a la vida digna (Corte Constitucional, Sent. T-760, 2008; Ley 1616 de 2013) que determina el marco legal en la ley 1448 de 2011 de Colombia,

Esta tesis doctoral se fundamentó en el programa de intervención en Reminiscencia integrativa evaluado en Colombia por Navarro y Erazo (2019), quienes implementaron un programa de 8 sesiones en 72 personas mayores bajo un diseño cuasi-experimental en dos ciudades colombianas.

1. Objetivos e hipótesis

1.1. Objetivo general.

Aplicar un programa de Reminiscencia integrativa para mejorar el bienestar de un grupo de personas mayores que han sido víctimas del conflicto armado en Colombia, para lo cual se proponen dos grupos de comparación.

1.2. Objetivos específicos e hipótesis.

Objetivo específico 1

Conocer si la aplicación de una intervención de Reminiscencia integrativa en un grupo de adultos mayores reduce los niveles de **estado de ánimo negativo**.

> H1. Se encontrarán diferencias entre el grupo tratamiento y el grupo de comparación al finalizar el programa en estado de animo, con una reducción del mismo en el grupo tartamiento.

Objetivo específico 2

Estudiar si la intervención en terapia de Reminiscencia integrativa fomenta el **bienestar subjetivo (satisfacción vital)** en los adultos mayores que reciben la intervención.

> H2. Los adultos mayores que reciban la intervención en reminiscencia integrativa al finalizar el programa presentarán mayor bienestar subjetivo.

Objetivo específico 3

Identificar si la intervención en terapia Reminiscencia integrativa promueve la **resiliencia** en los adultos mayores que reciben la intervención.

> H3. Los adultos mayores que reciban la intervención en reminiscencia integrativa al finalizar el programa presentarán mayor resiliencia.

Objetivo específico 4

Identificar en que dimensiones de las estrategias de afrontamiento se observan cambios significativos tras recibir la intervención basada en terapia de reminiscencia.

> H4. Los adultos mayores que reciban la intervención en reminiscencia integrativa presentarán modificaciones positivas en las estrategias relacionadas con el afrontamiento orientado a los problemas.

Objetivo específico 5

Incrementar las funciones relacionadas con el self positivo en el grupo de adultos

mayores que reciben la intervención

H5. Los adultos mayores que participen en la intervención en reminiscencia integrativa al finalizar el programa mostraron un aumento en las funciones relacionadas con el self positivo.

Objetivo específico 6

Minimizar las funciones relacionadas con el self negativo en los adultos mayores que reciben la intervención

H6. Los adultos mayores que recibieron la intervención en reminiscencia integrativa al finalizar el programa mostraron una disminución en las funciones relacionadas con el self negativo.

Objetivo específico 7

Fomentar la función prosocial en el grupo de adultos mayores que reciben la intervención

H7. Los adultos mayores que recibieron la intervención en reminiscencia integrativa al finalizar el programa mostrarán un aumento en las dimensiones de la función pro social

2. Método

Se realizó un estudio cuasi-experimental con un diseño 2x3, como factor independiente se contó con un grupo tratamiento y un grupo control, y un factor de medidas relacionadas de tres niveles: pre-test, post-test y una tercera medición de seguimiento a los dos meses de finalizada la aplicación (ver Tabla 2). Las variables dependientes fueron el afrontamiento, bienestar, resiliencia, funciones de reminiscencia y la depresión. La intervención se aplicó en 8 sesiones, la intervención se basó en la desarrollada por Navarro y Erazo (2019).

Tabla 2. Plan de aplicación para diseño de investigación.

	PRETEST	**S1**	**S2**	**S3**	**S4**	**S5**	**S6**	**S7**	**S8**	**POST TEST**	**SEG**
GT	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
GC	X	X		X		X		X		X	X

Nota: GC= Grupo control; GT= Grupo tratamiento; S= Sesión; SEG = Seguimiento.

2.1. Participantes.

La muestra estuvo compuesta por un total de 120 personas de 60 años y más de nacionalidad colombiana (75% mujeres y el 25% hombres), oriundas de la región del Catatumbo en Norte de Santander, la muestra se calculó para obtener una potencia mínima de $\beta = .80$ (Cohen, 1988). El grupo control estuvo conformado por el 44,2% (64,2% mujeres y 35,8% hombres) y el 55,8% por el grupo tratamiento (83,6% mujeres y 16,4% hombres). El promedio de edad de los participantes fue de 72,00 años (*DE*= 7,91) con un rango de edad entre los 60 y 98 años. Se encontraron diferencias en los grupos respecto a la edad ($t_{(119)}$= 100,89; $p < 0,001$), por lo tanto los grupos no fueron equivalentes respecto a esta variable.

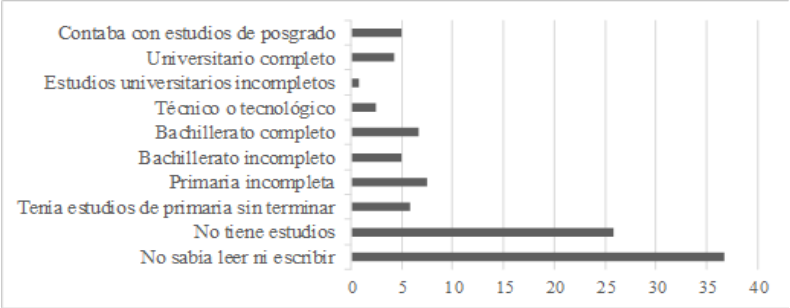
En relación a las puntuaciones obtenida en el *Mini Mental State Examination* (MMSE; Folstein et al., 1975), todos los participantes cumplieron con los puntos de corte determinados para Colombia por Roselli et al. (2000), las personas con estudios obtuvieron puntuaciones mayores o iguales a 24 y sin estudios que no sabían leer ni escribir con un puntaje mayor o igual a 17. En promedio se encontró una puntuación en el MMSE de 24,17 con una *DT* de 2,96 (Grupo Control *M* = 22,81 *DT* =1,74; Grupo Tratamiento *M* = 25,25 *DT* =3,28).

En cuanto al estado civil de los participantes, el 40,0% era casado, 4,2% soltero, 38,3% viudo y el 17,5% separado o divorciado. Con respecto al nivel socioeconómico el 68,3% estaba en estrato 1 (bajo-bajo), el 12,5% en estrato 2 (bajo), el 18,3% en estrato 3 (medio-bajo) y el 0,8% en estrato 4 (medio). Colombia, maneja un sistema de estratificación socioeconómica que permite clasificar las tarifas de los servicios públicos fundamentales para el diario vivir. El Gobierno nacional busca beneficiar de manera significativa a los usuarios con recursos socio-económicos bajos con subsidios económicos que aplican sobre el cobro de los servicios públicos, los predios de mayor costo garantizan el recurso a las viviendas que se encuentran en sectores de menor costo. La clasificación para la estratificación de las viviendas consta de seis niveles, (a) estrato 1: bajo-bajo, (b) estrato 2: bajo, (c) estrato 3: medio-bajo, (d) estrato 4: medio, (e) estrato 5: medio alto; y, (f) estrato 6: alto. Para la región del Catatumbo predominan los estratos uno, dos, tres y cuatro, los cuales se organizan en el sector urbano y rural (Ley 142, 1994).

Acerca de la escolaridad el 36,7% no sabía leer ni escribir, el 25,8% no tiene estudios, pero sabe leer y escribir, 5,8% estudios de primaria sin terminar, 7,5% primaria incompleta, 5,0% bachillerato incompleto, 6,7% bachillerato completo, 2,5% Técnico o tecnológico, 0,8% estudios universitarios incompletos, 4,2% universitario completo, y el 5% contaba con estudios

de posgrado (Ver figura 6).

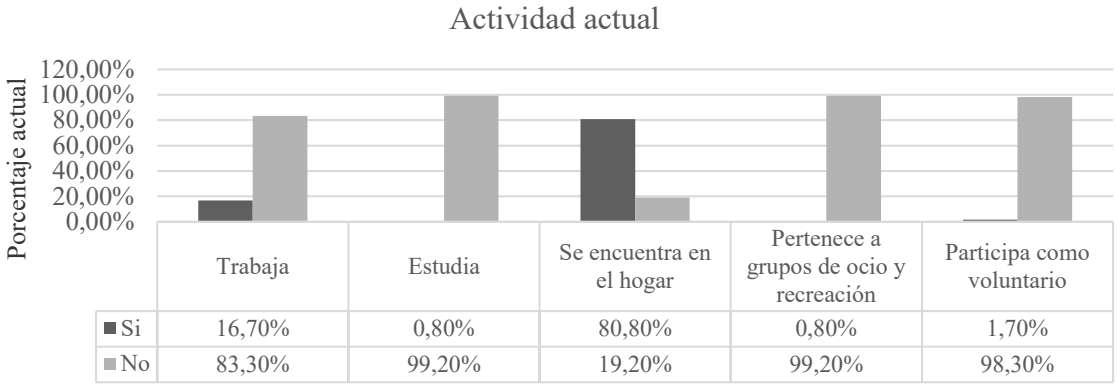
Figura 6. Distribución de la muestra según la escolaridad



Sobre la tenencia de hijos el 5,8% reportaron no tener hijos, en promedio los hijos de los participantes han muerto o cuentan estar desaparecidos. En lo que refiere al estado de salud el 84,2% señalaron tener algún tipo de enfermedad. Por otro lado, refieren que el 35,0% vivía solo o en un cuarto en alquiler, solo el 12% tiene compañía permanente de familiares, el 21,7% con esposa o esposo, 18,3% con hijos, 15% con hijos y esposo o esposa y el 10% con otros familiares. Sobre el nivel de ingresos el 84,2% recibe menos de SSMLV (para Colombia el SMLV es de aproximadamente USD$350), es decir la mayoría de los participantes recibía subsidio al adulto mayor por el estado (lo cual corresponde a menos de €20 euros mensuales), solo el 3,3% son beneficiados con el sistema pensional.

En cuanto a la ocupación el 8,3% tenía trabajo profesional, 7,5% trabajo técnico, 31,7% trabajo no calificado, 52,5% estaba en el hogar. En lo que respecta a las características socioeconómicas actuales de los participantes se identifica que el 16,7% trabaja actualmente, el 80,8% se encuentra en el hogar y el 1,7% participa como voluntario (ver Figura 7).

Figura 7. Características de la muestra según la situación actual



	Trabaja	Estudia	Se encuentra en el hogar	Pertenece a grupos de ocio y recreación	Participa como voluntario
Si	16,70%	0,80%	80,80%	0,80%	1,70%
No	83,30%	99,20%	19,20%	99,20%	98,30%

En lo que respecta la condición política social de la muestra, el 100% de los participantes se considera víctimas del conflicto armado interno en Colombia, el 53,3% victima directa, el 45,8% victima indirecta, el 0,8% el afectado es un familiar, vecino o amigo. (ver Tabla 3)

Tabla 3. Estadísticas condición política social de los participantes

		Grupo Control	Grupo Tratamiento
Se considera victima	Si	100,0%	100,0%
	No	0,0%	0,0%
Hecho victimizante	Victima directa	50,9%	55,2%
	Victima indirecta	47,2%	44,8%
	El afectado es un familiar, vecino, amigo	1,9%	0,0%

Los hechos victimizantes de mayor predominio se reportan de la siguiente manera: el abandono o despojo de tierras con el 28,3%, Acto terrorista, atentados, combates, enfrentamientos, hostigamiento 30%, amenazas 28,3%, confinamiento 4,2%, Desaparición forzada 8,3%, desplazamiento forzado 6,7%, homicidio 25%, lesiones personales físicas 0,8%, lesiones personales psicológicas 47,5%, minas antipersonal, munición sin explotar y artefacto explosivo improvisado 1,7%, perdida de bienes muebles o inmuebles 21,7%, secuestro 10%, sin información 1,7%, tortura 1,7%, vinculación de niños, niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados 10% (Ver tabla 4).

Tabla 4. Hechos victimizantes en la población adulta en el Catatumbo por grupos.

		Grupo Control	Grupo Tratamiento
Abandono o despojo de tierras	Si	32,1%	25,4%
	No	67,9%	74,6%
Acto terrorista, atentados, combates, enfrentamientos, hostigamiento	Si	18,9%	38,8%
	No	81,1%	61,2%
Amenaza	Si	43,4%	16,4%
	No	56,6%	83,6%
Confinamiento	Si	0,0%	7,5%
	No	100,0%	92,5%
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	Si	0,0%	0,0%
	No	100,0%	100,0%
Desaparición forzada	Si	9,4%	7,5%
	No	90,6%	92,5%
Desplazamiento forzado	Si	5,7%	7,5%
	No	94,3%	92,5%
Homicidio	Si	28,3%	22,4%
	No	71,7%	77,6%
Lesiones personales físicas	Si	1,9%	0,0%
	No	98,1%	100,0%
Lesiones personales psicológicas	Si	41,5%	52,2%
	No	58,5%	47,8%
Minas antipersonal, munición sin explotar y artefacto explosivo improvisado	Si	3,8%	0,0%
	No	96,2%	100,0%
Perdida de bienes muebles o inmuebles	Si	22,6%	20,9%
	No	77,4%	79,1%
Secuestro	Si	9,4%	10,4%
	No	90,6%	89,6%
Sin información	Si	1,9%	1,5%
	No	98,1%	98,5%
Tortura	Si	3,8%	0,0%
	No	96,2%	100,0%
Vinculación de niños, niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados	Si	9,4%	10,4%
	No	90,6%	89,6%

Criterios de inclusión/exclusión. Los criterios de inclusión fueron tener 60 años y más, ambos sexos, no estar institucionalizados, sin deterioro cognitivo (diferente al de la edad misma), que les permitiera responder con claridad a los test en la recolección de los datos, como cribado de deterioro cognoscitivo se implementó el *Mini Mental State Examination*, (Roselli et al., 2000). De acuerdo a los puntos de corte que propone el autor, se incluyeron en el estudio las personas con estudios primarios con puntuaciones mayores o iguales a 24, para alfabetos sin estudios con puntuaciones mayores o iguales a 21 y para analfabetas con puntuaciones mayores o iguales a 17/28, esta prueba fue validada en Colombia por Roselli et al. (2000). Las personas que presentaron una puntuación menor fueron remitidas para valoración en su centro de salud.

En cuanto a la condición política social se vincularon al estudio participantes, que presentaron un hecho victimizante en cualquier momento de la vida como consecuencia del conflicto armado en la región del Catatumbo Colombia, para lo cual se diligenció un formato de clasificación. Necesariamente no debían estar inscritos en la Unidad Nacional de Víctimas.

Como criterios de exclusión estaba la presencia de déficit sensorial auditivo o visual y/o algún tipo de discapacidad física de consideración que no haya sido corregida con el uso de audífonos, gafas, muletas o sillas de ruedas; que no permitiera la participación activa en el transcurso de la investigación, también estar diagnosticado con un trastorno psiquiátrico grave y la inasistencia al 20% de las sesiones de la intervención y no haber vivido un hecho victimizante en algún momento de la vida.

2.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados en el estudio para la recolección de información comprenden un cuestionario de inclusión "Victima del conflicto armado en Colombia" Registro Único de Víctima. (2018), un Cuestionario de Datos Personales CPD y seis escalas psicométricas:

A. Cuestionario de inclusión "Victima del conflicto armado en Colombia" (ver anexo 1): El cuestionario se utilizó para establecer la condición política social del participante al considerarse o no víctima del conflicto armado interno en Colombia. En cuanto al hecho victimizante se presentaron las opciones: víctima directa, indirecta o que el afectado haya sido un familiar, vecino o amigo. En referencia al

móvil por el cual fue afectado el participante se dieron las categorías: Abandono o Despojo Forzado de Tierras; Acto terrorista / Atentados / Combates / Enfrentamientos / Hostigamientos; Amenaza; Confinamiento; Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado; Desaparición forzada; Desplazamiento forzado; Homicidio; Lesiones personales físicas; Lesiones personales psicológicas; Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado; Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles; Secuestro; Sin información; Tortura; Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes a Actividades Relacionadas con grupos armados. La información para su construcción se revisó de las características expuestas por el Registro Único de Víctima en Colombia (2018).

B. Cuestionario datos socio-demográficos: El cuestionario se utilizó para conocer las condiciones sociales y demográficas de los participantes las variables que se midieron sexo, edad, estado civil, nivel socio-económico y estrato social, escolaridad, tenencia de hijos, lugar de vivienda, personas con las que vive actualmente, ingresos económicos actuales, nivel de ingresos, ocupación actual y anterior, percepción actual del estado de salud valorado en una escala de 1 a 10, salud y presencia de enfermedades, datos de contacto participante y acudiente.

C. *MiniMental State Examination* (MMSE; Folstein et al., 1975): El cuestionario identificó el deterioro cognitivo en la población adulta mayor, se evaluaron las funciones de orientación temporo-espacial, memoria de trabajo y de corto plazo, habilidades de cálculo, lenguaje y praxis. En Colombia la escala fue validada por Roselli et al., (2000), el autor reporto un 92,3% de sensibilidad y 53,7%, en especificidad del MMSE, los puntos de corte son de acuerdo al nivel de escolaridad: 21 para personas con más de 6 años de estudio, 24 para personas con 7-12 años de estudio y 27 para personas con menos de 12 años.

D. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage: La Escala de depresión geriátrica – GDS se utilizó para evaluar depresión en personas mayores, las dimensiones que evalúa la escala son irritabilidad, pensamientos angustiosos, afecto, aislamiento y juicios negativos. El instrumento consta de treinta ítems. Yesavage et al. (1983). En Colombia la escala fue validada por Gómez y Campo (2008) quienes estudiaron en

105 adultos mayores colombianos la consistencia interna, confiabilidad de constructo y la estructura factorial de la GDS-15 y de la GDS-5. La GDS-5 tuvo mejor respuesta psicométrica que la GDS-15.

E. Bienestar Subjetivo—Satisfacción con la Vida Diener: La Escala de Satisfacción con la vida mide la dimensión cognoscitivo-valorativa del bienestar subjetivo, se evalúa el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su vida, a través de cinco preguntas. La escala fue diseñada por Diener et al. (1985) Se ha traducido a diferentes idiomas entre esos el español (Atienza et al., 2000). En Colombia Reyes (2017) evaluó la validez de la escala en una muestra de 617 personas mayores, a través de un análisis Factorial confirmatorio, y encontró un adecuado índice de ajuste para el modelo de medición, así como una alta consistencia interna ($\alpha = 0{,}80$).

F. Escala Breve de Afrontamiento Resiliente (BRCS; Sinclair y Wallston, 2004)): La escala buscó identificar recursos personales de afrontamiento resiliente, conductas de afrontamiento del dolor, bienestar psicológico y el estrés de una manera adaptativa. Se utilizo la versión adaptada al castellano por Tomas et al. (2012). La Consistencia interna, validez y confiabilidad del BRCS se demostró a través de un estudio con dos muestras de individuos con artritis reumatoide (ns = 90 y 140). En el estudio los participantes recibieron una intervención cognitivo-conductual, los resultados del test-retest mostraron el afrontamiento resiliente en las personas y la disminución en los niveles de factores estresantes relacionados con la enfermedad. El BCRS es usado para identificar en una muestra poblacional la necesidad de recibir intervenciones direccionadas a mejorar habilidades de afrontamiento resilientes.

G. Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE; Sandín y Chorot, 2003): El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés evaluó siete estilos básicos de afrontamiento: focalización en la solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión. El cuestionario CAE, fue validado para su uso en población mayor española por Tomas et al. (2013), se comprobó la validez diferencial y de criterio, mediante un análisis factorial confirmatorio, la homogeneidad de los ítems y los

alfas de cada dimensión del afrontamiento son adecuadas, las correlaciones ítem-dimensión es media 0.50; en cuanto a los resultados de los factores son focalización en la solución de problemas 0.79; reevaluación positiva 0.75; búsqueda de apoyo social es 0.86; expresión emocional abierta 0.70 ;en autofocalización negativa 0.68;; en evitación 0.65; y en en religión 0.91.

H. Escala de Funciones de reminiscencia (RFS; Webster, 1993): La escala de funciones de reminiscencia es un instrumento diseñado para evaluar el uso de la reminiscencia a través de la relación entre las funciones de la memoria y la salud mental, la escala está compuesta por 43 ítems y dividida en ocho categorías agrupadas en tres grandes funciones: a. función de self positivo: Identidad, para encontrar significado y continuidad en la vida; Resolución de problemas, para revisar las estrategias de afrontamiento anteriores; Preparación de la muerte, para reducir el miedo a la muerte y afrontar la propia muerte; b. función de self negativo: Reducción del aburrimiento, para mantener una forma de activación cuando la persona no está ocupada o estimulada; Mantenimiento de la intimidad, para mantener la memoria de una persona difunta; Revivir la amargura, para reactivar recuerdos de viejas injusticias y las experiencias negativas; c. función prosocial: Conversación, como contenido de la interacción social; Enseñar/Informar, para informar a otros sobre la vida en el pasado. La estructura factorial y las propiedades psicométricas del RFS fueron estudiadas por Ros et al. (2016), en una muestra de 364 personas mayores de sesenta años en España, los resultados encontrados presentan una estructura compuesta por ocho factores, los puntajes de confiabilidad se encuentran entre 0,73 a 0,87. Los autores eliminan tres ítems de la escala original, a través del modelo de ecuaciones estructurales se encontraron los factores de reminiscencia organizados en tres factores de segundo orden, el factor autopositivo se relaciona negativamente y el factor autonegativo se relaciona positivamente con síntomas de problemas de salud mental; lo cual considera el modelo de tres factores de la reminiscencia como el mejor predictor de la salud mental.

2.3. Procedimiento.

El procedimiento se dividió en ocho fases Convocatoria, Selección de los participantes, recolección de firmas y aplicación de pruebas psicométricas, selección de los grupos, aplicación del programa en reminiscencia y recolección de datos, auto evaluación y coevaluación,

avaluación post-test 1, avaluación post-test 2, organización y Análisis de datos.

A. Primera fase: Convocatoria. El estudio se realizó en los municipios El Carmen, Guamalito, la Playa de Belén, Abrego, Ocaña y algunos corregimientos y caseríos aledaños en la región del Catatumbo en Norte de Santander. En esta primera fase, se contactaron Alcaldías, organizaciones y comunidades que trabajaban con personas mayores víctimas del conflicto armado. Por correo electrónico se enviaron cartas de invitación para participar en la investigación. Seguido de esto, se organizó una reunión ejecutiva con las entidades que respondieron a la solicitud, la Alcaldía de los municipios El Carmen y Guamalito; El Museo Antón García de Bonilla en Ocaña y algunos lideres y representantes sociales de juntas de acción comunal, participaron a través del equipo de trabajo "Programa Adulto mayor" y grupos de asociaciones "Lideres Campesinos del Catatumbo". Los temas relacionados en el primer encuentro se direccionaron a los objetivos generales y específicos de la propuesta, cronograma de actividades, proceso de ejecución, presentación y generalidades del programa de intervención "Reminiscencia Integrativa" y talleres en Psicoeducación en salud, convocatoria pública y abierta para población adulta mayor víctima, a través de vídeos difundidos en redes sociales, tarjetas de invitación personalizadas y llamadas telefónicas; por último, se socializaron las responsabilidades y corresponsabilidades de cada una de las partes.
B. Segunda fase: Selección de los participantes, recolección de firmas de consentimientos informados y aplicación de pruebas psicométricas. En cuanto al desarrollo de la segunda fase, inicialmente se gestionó el proceso de inscripción de las personas interesadas cada institución adscrita, se contactaron los adultos mayores y fueron invitados a una primera reunión, donde se explicó el propósito del estudio, los principios de confidencialidad, voluntariedad y los criterios de inclusión, también se aclaró que podían retirarse del estudio en cualquier momento sin perder derechos ni beneficios, el desarrollo, procedimiento y responsabilidades de ambas partes también fueron socializadas. Para la selección de los participantes, se aplicaron dos instrumentos de inclusión inicial, el cuestionario "Victima del conflicto armado en Colombia" seleccionó en primera instancia la población requerida para el estudio, seguido de este, se aplicó el cuestionario *Mini Mental State Examination* (MMSE), el cual identificó el deterioro cognitivo en la población

adulta mayor, las personas que obtuvieron resultados por debajo de lo esperado, fueron remitidos a valoración en su centro de servicios en salud. En lo que respecta a los resultados de los cuestionarios 12 personas no se consideraron víctimas del conflicto armado, 41 sujetos no cumplieron con la puntuación mínima requerida del MMSE, otros tenían un diagnóstico de enfermedad neurológica como alzhéimer y ACV en etapa avanzada y 14 personas con sospecha de DCL, 7 personas tenían menos de 60 años, lo cual no les permitía continuar en el estudio. También se aplicó el cuestionario de datos personales CDP y la primera evaluación pre-test, la batería de pruebas psicométricas consto de seis escalas de medición, la aplicación fue de manera individual: Bienestar Subjetivo-Satisfacción con la vida (Atienza et al., 2000); Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Gómez y Campo, 2008); Escala Breve de Afrontamiento Resiliente (BRCS; Tomas et al., 2012); Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE; Tomas et al., 2013); y la Escala de Funciones de reminiscencia, (Ros et al., 2016). Al final de la jornada se explicó qué sucedería con los datos y resultados obtenidos de cada participante, también se dio información de las personas o entidades que podían contactar en caso de tener dudas, por último, se manifestó a las personas mayores que esta investigación hasta el momento no ha presentado riesgos o molestia alguna, se programó una segunda jornada para terminar la aplicación de las escalas.

C. Tercera fase: Selección de Grupos. En total se eligieron 120 adultos mayores en la región del Catatumbo, los cuales fueron divididos entre Grupo Control, GC con 53 participantes y Grupo Tratamiento GT con 67 participantes, la elección de los grupos se realizó bajo los criterios de conveniencia, disposición, preferencia y disponibilidad de cada participante. La inscripción y selección a los grupos se realizó de la misma manera para todos los municipios del Catatumbo.
D. Cuarta fase: Aplicación del programa y recolección de datos. Para el grupo Tratamiento se realizó el programa de intervención basado en la terapia de reminiscencia integrativa con la propuesta validada para Colombia por Navarro y Erazo (2019) la cual se realizó en ocho semanas, la muestra se organizó por grupos de aproximadamente 8 personas y una sesión semanal. En cuanto al grupo Control, las personas mayores recibieron cuatro talleres de psicoeducación en salud como beneficio de su participación, los temas tratados se direccionaron a la higiene del

sueño, prevención de caídas, hábitos alimenticios y de eliminación saludables. las temáticas en cada taller, se adecuaron a la idiosincrasia, cultura, lenguaje y población adulta mayor de la región del Catatumbo, con una ejecución en tiempo de 4 semanas, con encuentros quincenales, la población se dividió en grupos de aproximadamente de 10 personas, al final de cada encuentro los participantes recibieron un folleto con información como producto de cada taller. En cuanto a la organización, aplicación y ejecución de la intervención en reminiscencia integrativa y talleres en psicoeducación, se realizó de igual manera en cada uno de los municipios de la región (ver Tabla 5).

Tabla 5. Programa de Reminiscencia integrativa y talleres en psicoeducación.

	SEMANAS DE TRABAJO								**TOTAL**
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	
GT	Sesión 1	Sesión 1	Sesión 1	Sesión 1	Sesión 1	Sesión 1	Sesión 1	Sesión 1	8 sesiones
GC	Taller 1		Taller 1		Taller 1		Taller 1		4 talleres

Nota: GT=Grupo tratamiento; GC=Grupo control.

Las temáticas, objetivos generales y específicos planteados en los talleres de psicoeducación en salud corresponden a las actividades descritas en el estudio propuesto por Navarro y Erazo (2019) se presentan en las Tablas 6 y 7:

Tabla 6. Denominación talleres de psicoeducación en salud

Número de la sesión	**Nombre de la sesión**
Primera	Hábitos alimenticios saludables
Segunda	Hábitos de eliminación saludables
Tercera	Higiene del sueño
Cuarta	Prevención de caídas

Tabla 7. Objetivos generales y específicos de los talleres de psicoeducación en salud, Navarro y Erazo (2019)

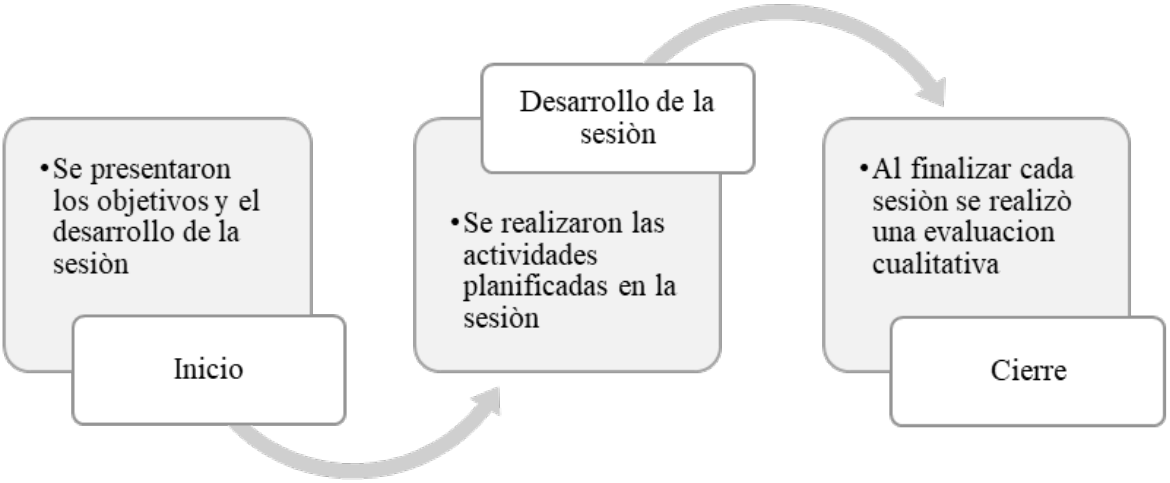
Sesión 1: Hábitos alimenticios saludables
Objetivo General.
Fomentar en las personas adultas mayores nuevas estrategias de vida en cuento a la prevención de posibles enfermedades mediante el buen uso de los hábitos alimenticios saludables. Restrepo et al (2006)
Objetivos Específicos.
• Explicar la importancia de la moderación del consumo de sal para prevenir la hipertensión. • Explicar la importancia de moderar consumo de azúcar para prevenir diabetes e incremento de peso. • Explicar la importancia de incrementar el consumo frutas, verduras y legumbres y fibra. • Explicar la importancia de disminuir el el consumo de grasa (carnes rojas, vísceras, mariscos, frituras, leche entera) para evitar un incremento del colesterol y prevenir la arteriosclerosis. • Explicar la importancia de aumentar la ingesta de calcio a través de productos lácteos descremados para prevenir la osteoporosis. • Explicar la importancia de no omitir comidas, comer a las mismas horas, masticar bien los alimentos y no comer rápido.

Sesión 2: Hábitos de eliminación saludables
Objetivo General.
Suministrar información acerca de actividades y ejercicios para prevenir y/o disminuir incontinencias urinarias.
Objetivos Específicos.
• Enseñar a fortalecer la musculatura pélvica realizando los ejercicios de Kegel o también llamados ejercicios del suelo pélvico, que consiste en la realización de contracciones activas y regulares de la musculatura del suelo pélvico, estas contracciones se hacen sin contraer los músculos de las nalgas, abdominales, vientre y muslos. • Informar sobre la importancia de consumir una dieta equilibrada, enfatizando en el consumo de más fibra (para el buen funcionamiento intestinal y alto consumo de agua. • Resaltar la importancia de realizar actividad física de acuerdo a las capacidades particulares. • Explicar la importancia de moderar el consumo de café o té.
Sesión 3. Higiene del sueño
Objetivo General.
Suministrar información acerca de la importancia de un sueño reparador y de algunas actividades y rutinas para lograrlo. Miro et al (2005)
Objetivos Específicos.
• Informar las posibles causas de alteraciones de los patrones normales de sueño. • Informar la importancia de comer liviano en la noche (dos horas antes de acostarse). • Informar la importancia de no ver televisión ni fumar antes de la hora de dormir. • Informar la importancia de moderar o no tener siestas durante el día y tener un mismo horario para acostarse y levantarse. • Explicar la importancia de realizar ejercicio físico cotidiano de acuerdo a las capacidades particulares y 5 horas antes de acostarse a dormir. • Explicar la importancia de evitar el consumo de café, té y alcohol y bebidas que contienen cafeína. • Informar la importancia de dormir en una habitación con una temperatura agradable (ni muy fría ni muy cálida) que evite entrada de luz y ruidos del exterior. • Explicar la importancia de usar la cama solo para dormir o tener relaciones erótico sexuales.
Sesión 4. Prevención de caídas
Objetivo General.
Suministrar información para prevenir caídas dado que éstas pueden ser relativamente frecuentes en adultos mayores y tienen consecuencias que pueden ser muy graves. Cruz et al (2014)
Objetivos Específicos.
• Informar sobre recomendaciones prácticas que se pueden (y deben) realizar en casa para prevenir caídas. • Informar sobre recomendaciones prácticas que se pueden (y deben) realizar fuera de la casa, especialmente en las calles y parques para prevenir caídas.

Con respecto a la implementación de la intervención en Reminiscencia integrativa, se utilizaron técnicas y estrategias direccionadas activar la memoria, junto a las estructuras cerebrales como el hipocampo, corteza prefrontal, amígdala y tálamo, los cuales intervienen en el proceso intersináptico, a través de estímulos sensoriales auditivos, verbales, kinésicos y visuales. Los elementos utilizados para el desarrollo de cada sesión fueron fotografías, objetos, texturas, música y aromas; los cuales cumplieron la función de evocar recuerdos, emociones y pensamientos en las personas mayores. La intervención en Reminiscencia se construyó bajo los criterios epistemológicos del enfoque cognitivo conductual, direccionado a fortalecer los procesos neurológicos como la memoria, la intervención clínica se enfocó bajo la técnica de

estimulación y reestructuración cognitiva mediante una terapia de grupo, evocando recuerdos de épocas en distintos momentos de la vida, iniciando en la niñez y hasta la actualidad.

Figura 8. Estructura de las sesiones: Grupo Tratamiento.



La intervención en Reminiscencia integrativa que se aplicó durante el proceso terapéutico estaba compuesta por una caja de herramientas con un manual guía para Psicólogos donde se encontraba el paso a paso de cada sesión, también un libro de actividades para cada persona mayor y material diverso como corazones (rompecabezas en mitades en madera), imágenes de época antigua de Colombia y la región del Catatumbo (fotografías), juegos lúdicos (trompo, coca, pasques, laso, yoyo, pirinola), sobres y papel para cartas, fotografías para collage (objetos antiguos y nuevos), fragancias con diferentes aromas.

La planeación y organización de cada sesión estaba compuesta por un bloque temático la denominación o título orientado a una época de la vida, actividades, objetivo general, objetivos específicos y desarrollo de los mismos (ver Tabla 8).

Tabla 8. Denominación sesiones programa de Reminiscencia

Número de la sesión	**Nombre de la sesión**
Primera	Introducción a la Reminiscencia
Segunda	Hechos históricos y hechos populares
Tercera	Relaciones interpersonales
Cuarta	Fechas importantes
Quinta	Trabajo y labores
Sexta	Juguetes, juegos, cine y publicidad
Séptima	Recordando a la abuela
Octava	Música y recuerdos

Tabla 9. Objetivos generales y específicos del programa en Reminiscencia Integrativa (Navarro y Erazo, 2019)

Sesión 1: Introducción a la reminiscencia.
Objetivo General.
Generar bienestar emocional a través del recuerdo de anécdotas en las diferentes etapas de la vida.
Objetivos Específicos.
• Estimular la memoria remota episódica de acontecimientos agradables vividos en la infancia • Inducir a los participantes a evocar acontecimientos agradables vividos en la adolescencia • Incentivar la memoria remota episódica de eventos agradables vividos en la adultez • Motivar a rememorar acontecimientos agradables vividos en la vida actual y fomentar la iniciativa en la participación mediante el dialogo en la realización de las diferentes actividades.
Sesión 2: Hechos Históricos y Fiestas Populares.
Objetivo General.
Rememorar acontecimientos del pasado para aflorar sentimientos y emociones positivos reforzando los vínculos sociales mediante la narrativa de sus tradiciones, compartiendo vivencias y experiencias para promover la identidad personal y social de los adultos mayores.
Objetivos Específicos.
• Establecer mediante los recuerdos la estimulación de la memoria semántica evocando diferentes conocimientos sobre hechos socio históricos alusivos al pueblo o ciudad donde se reside • Reconocer mediante la memoria auto biográfica historias familiares de acontecimientos agradables vividos como viajes y paseos populares • Estimular el lenguaje y la intervención social mediante el diálogo de vivencias en viajes y paseos • Relatar sobre los acontecimientos más relevantes conocidos sobre las diferentes fiestas patronales del lugar donde reside resaltando las fechas más representativas • Estimular la memoria retórica sobre sobre sus conocimientos o vivencias en las diferentes fiestas nacionales y locales que se viven en familia y que también son representativas en otras regiones del país y participar positivamente en las actividades planteadas para la ejecución de la sesión.
Sesión 3. Relaciones Interpersonales.
Objetivo General.
Fomentar la participación activa, el apoyo social y familiar, para la interacción positiva con el grupo, promoviendo así la integridad, sociabilidad y apertura a las relaciones interpersonales.
Objetivos Específicos.
• Estimular la memoria autobiográfica por medio de fotografías familiares • Fomentar la interacción en el desarrollo de actividades de apoyo intrafamiliar como el brindar la ayuda necesaria en la recolección de objetos de valor propio como lo son las fotografías • Recordar cómo se constituía en las anteriores etapas de la vida los lazos sociales y como se construían las relaciones con los amigos y demás • Fomentar los recuerdos de las experiencias positivas de las relaciones amorosas del pasado y establecer las diferencias entre las relaciones afectivas de antes en comparación con las actuales • Estimular la memoria para recordar hechos y experiencias del pasado el primer amor • Revalidar la autoconfianza, seguridad y autonomía para afrontar los cambios • Evocar y contener emocionalmente los duelos para la preparación inminente para la muerte.
Sesión 4. Fechas Importantes
Objetivo General.
Identificar sentimientos y acontecimientos específicos y agradables del pasado y cómo esos sentimientos pueden mejorar su vida actual.
Objetivos Específicos.
• Evocar y reconocer mediante estímulos sensoriales recuerdos de fechas y eventos especiales • Inducir la memoria a recordar y relatar sucesos que han sido trascendentales para la vida como fechas especiales e importantes en las diferentes etapas • Establecer mediante los recuerdos anecdóticos los rituales correspondientes a la celebración de las diferentes fechas y eventos especiales y como se diferencian hoy día a los actuales • Estimular la memoria semántica a través de la identificación de signos y símbolos representativos de las diferentes fechas y eventos especiales • Fomentar la participación grupal en la construcción de la memoria colectiva junto con el autorreconocimiento en las experiencias vividas en el pasado.

Sesión 5. Trabajo y Labores.
Objetivo General.
Establecer temáticas como oficios y empleos dw épocas pasadas, para trabajar los aspectos positivos y no tan positivos del yo, dando mayor relevancia a los positivos dejando atrás la autoinculpación y autocrítica.
Objetivos Específicos.
• Estimular la memoria ubicándose en tiempo y espacio proyectando los recuerdos en el desempeño de la evolución laboral • Recordar cómo se realizaban las tareas domésticas y laborales de las anteriores generaciones; junto con la discriminación de género y como se diferencian hoy día esos trabajos con los desempeños laborales y domésticos de las personas de edad actual • Compartir colectivamente con los recuerdos los aprendizajes transgeneracionales • Construir a través de recuerdos colectivos nuevos conocimientos sobre los avances tecnológicos que facilitan el trabajo hoy día.
Sesión 6. Juguetes, Juegos, Cine y Publicidad.
Objetivo General.
Mantener y reforzar la autoestima, revelando la experiencia, sabiduría y la adaptación hacia los cambios sociales y tecnológicos de las últimas etapas de los adultos mayores fomentando como elementos fortalecedores de vida sus recuerdos positivos.
Objetivos Específicos.
• Estimular mediante actividades lúdicas la percepción táctil para fortalecer el reconocimiento de objetos alusivos a juegos infantiles • Estimular la memoria semántica a partir de los conocimientos obtenidos socialmente como son los juegos comunes de chicos y chicas • Compartir mediante el relato sus experiencias personales y familiares en la participación de juegos festivos y competitivos • Estimular la gnosis auditiva a través de la percepción de estímulos sensoriales auditivos referentes a los diferentes avances tecnológicos como radio y televisión • Recordar los avances más significativos de las últimas décadas del cine y la publicidad.
Sesión 7: Recordando a la Abuela.
Objetivo General.
Recordar las personas significativas del pasado estimulando los diferentes tipos de memoria, reconociendo su árbol genético en el antes y el ahora, junto al establecimiento de los diferentes vínculos familiares y sociales.
Objetivos Específicos.
• Estimular la memoria semántica, para recordar personas importantes, que representaban los vínculos sociales y familiares • Identificar aprendizajes transgeneracionales familiares y sociales de épocas pasadas y actuales • Rememorar a través de muebles y objetos típicos de la época utilizados por los abuelos • Fomentar la transferencia de conocimientos de adultos mayores a familiares.
Sesión 8. Música y Recuerdos.
Objetivo General.
Despertar afectos y experiencias positivas a través de la música e imágenes.
Objetivos Específicos.
• Rememorar la historia de la música a partir de décadas pasadas, evocar recuerdos y emociones a través de la historia musical • Estimular la memoria retórica desde la reminiscencia para evocar recuerdos importantes de la vida pasada y usar la música como estrategia de regulación emocional • Realizar cierre de actividades de reminiscencia con adultos mayores.

E. Quinta fase: Auto Evaluación y Coevaluación. Al finalizar el proceso de intervención y psicoeducación se realizó la fase de evaluación, coevaluación y

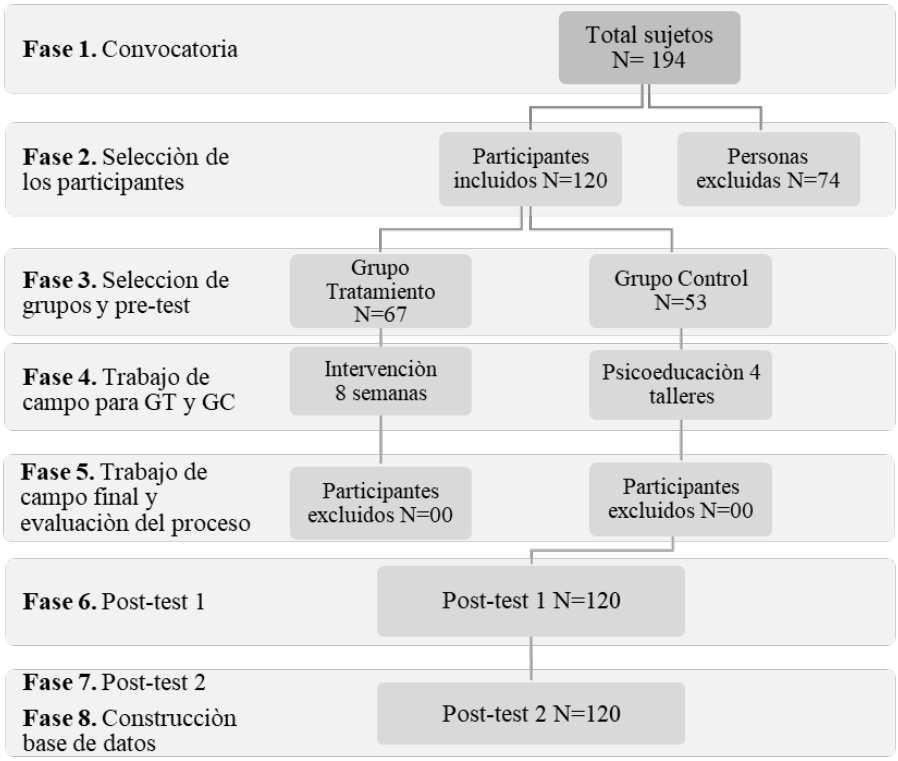
heteroevaluación, para conocer la percepción de las personas al participar en el estudio. Esta evaluación ayudó a identificar facultades o falencias del proceso.

F. Sexta fase: Evaluación post-test 1. En la segunda evaluación post-test 1, se aplicó la batería de pruebas psicométricas utilizadas en la recolección de datos inicial a todos los participantes, la cual consto de seis escalas de medición, la aplicación también fue de manera individual: Bienestar Subjetivo-Satisfacción con la vida (Atienza et al., 2000); Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Gómez y Campo, 2008); Escala Breve de Afrontamiento Resiliente (BRCS; Tomas et al., 2012); Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE; Tomas et al., 2013); y la Escala de Funciones de reminiscencia, (Ros et al., 2016).

G. Séptima fase: Evaluación post-test 2. Pasados dos meses, se contactaron y citaron nuevamente a los participantes, se aplicaron las pruebas post-test 2 que son las mismas del pre-test y post-test 1, a ambos grupos.

H. Octava fase: Organización y Análisis de datos. En la última fase se organizaron y digitaron los resultados de la batería de pruebas psicométricas propuestas para medir las variables cuantitativas, con los resultados obtenidos de las pruebas pre-test, post-test 1 y post-test 2, se construyó la base de datos. El análisis de los datos dio respuesta a los objetivos propuestos para la investigación.

Figura 9. Diagrama proceso de investigación.



2.4. Consideraciones éticas.

La investigación estuvo fundamentada por los principios y consideraciones que establece la ley 1090 de 2006 del código Deontológico y Bioético que reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología y demás políticas que protegen la participación y manejo de personas víctimas del conflicto armado en el territorio colombiano. En el estudio inicialmente se socializaron los objetivos, las fases del proceso de investigación, la aplicación de protocolos para la recolección de los datos y cada uno de los procedimientos; así mismo, se explicó el uso del consentimiento informado, la finalidad que tendrían los resultados esperados y la confidencialidad de los mismos, luego se firmó de manera libre el consentimiento informado cada participante recibió el acompañamiento de manera individual para mejor entendimiento. La información recolectada como nombres, apellidos, fechas y datos personales no se revelaron públicamente, fueron guardados bajo los criterios de la confidencialidad de la información, ya que cada sujeto fue reemplazado por un código, con ello también se expuso que podían retirarse del estudio en cualquier momento sin dar explicación alguna.

En lo que respecta a las actividades del estudio no se implementaron técnicas invasivas que pusiera en riesgo la vida e integridad de los participantes, las dificultades presentadas no estaban más allá de las que se dan del diario vivir, se informó a los participantes que no hay evidencia que demuestre riesgos ni molestias reportadas o conocidas en este tipo de estudios, para el trabajo de campo se incluyeron los principios de la *American Psychological Association* (2003) y demás lineamientos que contempla el trabajo con población mayor. Los participantes y entidades involucradas en la investigación aceptaron su colaboración sin esperar algún tipo de remuneración económica, más allá de recibir los beneficios de la intervención en RI o la información recibida en los talleres en psicoeducación en salud. No se identificó ningún conflicto de intereses por parte de la investigadora y demás personas colaboradoras en el estudio.

2.5. Análisis de datos.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21 y el programa R (R Core Team, 2016) para los análisis estadísticos. Inicialmente se realizó el análisis de los resultados estadísticos descriptivos característicos de la muestra para ambos diseños. Se realizaron modelos lineales mixtos se ajustaron para evaluar el efecto de la intervención en las variables psicológicas de

afrontamiento, bienestar, resiliencia, funciones de reminiscencia y el efecto del tratamiento en reminiscencia integrativa y depresión. Se ajustó un modelo para cada una de las variables dependientes.

En todos los casos los modelos tuvieron la siguiente estructura, los factores que se incluyeron: Grupo, Medición y una interacción entre el grupo y la medición (Grupo*medición). Para todos los modelos el participante fue incluido como un factor aleatorio con interceptos aleatorios. En todos los casos se usó el método *Satterthwaite* para estimación de los grados de libertad. La distribución de los residuos fue más cercana a una distribución normal para todos. Es importante notificar que el modelo de resiliencia los residuos muestran asimetría, sin embrago, la distribución es la más probable. Esto se probó con la función *check distribution* del paquete *performance* (Lüdecke et al., 2021) dado que, es el método más utilizado y preciso en la comparación de grupos y pruebas post-hoc, para el estudio de los efectos simples de las medidas en el tiempo pre-test y los momentos post-test 1 y 2. Se aplicaron los ajustes de Bonferroni para estudiar los efectos simples de las medidas pretratamiento como post en cada grupo, así como los de las interacciones. Cómo cálculo de tamaño del efecto se utilizó Eta al cuadrado parcial (η^2p) considerando 0,01 como un efecto bajo, 0,06 efecto moderado y 0,14 un efecto alto (Cohen, 1988).

CAPÍTULO 5
RESULTADOS

Primero se muestra brevemente las medias y desviaciones típicas de la medición pre-test, post-test 1 y post-test 2 de las escalas por grupo y grupo-medición, los resultados iniciales se analizan a través de la estadística inferencial para las variables y descripción sociodemográfica de la muestra y demás variables dependientes

El tercer apartado presenta los modelos lineales mixtos para las variables que determinan la escala de depresión geriátrica de Yesavage, las variables psicológicas de afrontamiento, bienestar, resiliencia, funciones de reminiscencia y el efecto del tratamiento en Reminiscencia integrativa para dar respuesta a los objetivos e hipótesis propuestos.

1. Estadísticos descriptivos.

A continuación, se presentan los resultados promedio de los diferentes cuestionarios y escalas de evaluación resueltos por los participantes en las Tablas 10, 11 y 12.

Tabla 10. Medias y desviación estándar de las medidas de las escalas de depresión, bienestar subjetivo y resiliencia por grupo.

	Escala de depresión geriátrica de Yesavage							Bienestar – Satisfacción vital					
	Pre		Post 1		Seguimiento			Pre		Post 1		Seguimiento	
	M	*DE*	*M*	*DE*	*M*	*DE*		*M*	*DE*	*M*	*DE*	*M*	*DE*
GC	6,42	3,38	6,30	3,28	7,47	3,48	GC	22,1	5,34	22,1	5,59	21,4	5,48
GT	5,12	3,72	0,61	1,23	0,16	0,44	GT	23,5	6,17	29,3	4,59	29,6	4,49

	Resiliencia (BRCS)					
	Pre		Post 1		Seguimiento	
	M	*DE*	*M*	*DE*	*M*	*DE*
GC	3,45	0,73	3,39	0,74	3,39	0,74
GT	3,44	0,77	4,44	0,59	4,44	0,59

Nota: GC = Grupo control; GT = Grupo Tratamiento

Tabla 11. Medias y desviación estándar de las medidas de las dimensiones de afrontamiento al estrés grupo.

	Focalizado en la solución del problema							Reevaluación positiva					
	Pre		Post 1		Seguimiento			Pre		Post 1		Seguimiento	
	M	*DE*	*M*	*DE*	*M*	*DE*		*M*	*DE*	*M*	*DE*	*M*	*DE*
GC	12,0	6,18	11,84	5,94	11,03	5,87	GC	16,3	3,34	16,1	3,39	15,9	3,39
GT	12,5	5,16	21,34	2,32	21,53	2,22	GT	15,8	3,53	17,5	1,83	17,4	1,81

	Búsqueda de apoyo social							Expresión emocional abierta					
	Pre		Post 1		Seguimiento			Pre		Post 1		Seguimiento	
	M	*DE*	*M*	*DE*	*M*	*DE*		*M*	*DE*	*M*	*DE*	*M*	*DE*
GC	11,9	7,28	11,7	7,24	11,5	7,29	GC	9,00	5,11	9,36	5,40	9,74	5,45
GT	11,0	7,23	19,6	3,86	19,8	3,71	GT	9,43	6,27	5,43	3,31	5,37	3,23

	Autofocalización negativa							Evitación					
	Pre		Post 1		Seguimiento			Pre		Post 1		Seguimiento	
	M	*DE*	*M*	*DE*	*M*	*DE*		*M*	*DE*	*M*	*DE*	*M*	*DE*
GC	14,5	3,53	14,7	3,34	15,0	3,43	GC	14,3	5,21	14,2	5,16	13,9	5,04
GT	13,2	4,58	9,22	3,05	9,19	3,13	GT	13,0	4,60	17,1	2,68	17,3	2,78

	Religión					
	Pre		Post 1		Seguimiento	
	M	*DE*	*M*	*DE*	*M*	*DE*
GC	19,8	4,64	19,6	4,46	19,5	4,42
GT	17,9	6,01	19,0	4,16	19,2	4,11

Nota: GC = Grupo control; GT = Grupo Tratamiento

Tabla 12. Medias y desviación estándar de las medidas de las funciones de la escala de reminiscencia grupo.

	Identidad							Resolución de problemas					
	Pre		Post 1		Seguimiento			Pre		Post 1		Seguimiento	
	M	*DE*	*M*	*DE*	*M*	*DE*		*M*	*DE*	*M*	*DE*	*M*	*DE*
GC	3,18	1,08	3,09	1,09	3,00	1,05	GC	3,25	0,96	3,20	0,97	3,15	0,95
GT	3,08	1,31	5,01	0,69	5,04	0,72	GT	2,92	1,11	4,54	0,72	4,57	0,70

	Preparación para la muerte							Reducción del aburrimiento					
	Pre		Post 1		Seguimiento			Pre		Post 1		Seguimiento	
	M	*DE*	*M*	*DE*	*M*	*DE*		*M*	*DE*	*M*	*DE*	*M*	*DE*
GC	2,63	1,21	2,56	1,17	2,45	1,11	GC	3,47	0,86	3,42	0,89	3,36	0,89
GT	2,62	1,21	4,86	0,73	4,94	0,71	GT	2,76	0,96	3,46	1,06	3,46	1,08

	Mantenimiento de la intimidad							Reavivamiento de la amargura					
	Pre		Post 1		Seguimiento			Pre		Post 1		Seguimiento	
	M	*DE*	*M*	*DE*	*M*	*DE*		*M*	*DE*	*M*	*DE*	*M*	*DE*
GC	4,30	1,11	4,31	1,13	4,33	1,13	GC	3,68	0,91	3,71	0,85	3,82	0,84
GT	3,90	1,28	4,56	0,74	4,55	0,72	GT	3,31	1,56	1,53	0,72	1,50	0,71

	Conversación							Enseñar e informar					
	Pre		Post 1		Seguimiento			Pre		Post 1		Seguimiento	
	M	*DE*	*M*	*DE*	*M*	*DE*		*M*	*DE*	*M*	*DE*	*M*	*DE*
GC	3,28	0,98	3,20	0,91	3,17	0,87	GC	3,42	0,98	3,37	1,02	3,30	1,02
GT	2,95	1,19	4,95	0,63	4,99	0,66	GT	3,38	1,25	4,98	0,75	5,02	0,69

2. Resultados modelos lineales mixtos

Se ajustaron modelos lineales mixtos parea evaluar el efecto de la intervención en las variables psicológicas de depresión, bienestar, resiliencia y funciones de reminiscencia, se ajustó un modelo para cada una de las VD. En todos los casos los modelos tuvieron la siguiente estructura como factores se incluyeron: Grupo, Medición y Grupo*medición. Para todos los modelos el participante fue incluido como un factor con interceptos aleatorios. En todos los casos se usó el método Satterthwaite para estimación de los grados de libertad.

2.1. Depresión.

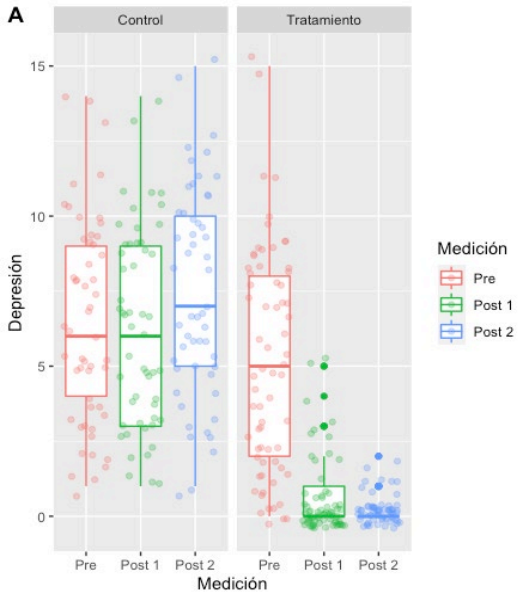
Los resultados mostraron un efecto principal significativo tanto para grupo ($F_{(1,11)}$ = 106,20; p < 0,001) como para el factor relacionado de medición ($F_{(2,23)}$= 66,25; p < 0,001), además se encontró una interacción significativa entre Grupo*medición ($F_{(2,23)}$ = 104,60; p < 0,001). En el grupo control no se encontraron diferencias entre el pre y post 2, como en el post1 y Post 2. Respecto al grupo tratamiento, se encontraron diferencias entre el pre-post 1 y post 2 (ver Tabla 13). No se encontraron diferencias entre el post1 y post 2 en el grupo tratamiento, lo que sugiere un mantenimiento del efecto del tratamiento dos meses después de la intervención. Los efectos de interacción se observaron en los cambios en entre pre y post1 del grupo tratamiento (ver Figura 10).

Tabla 13. Medias estimadas y contrastes para cada medición por grupo para la variable dependiente depresión.

Grupo	Medición	*MME*	*EE*	*IC 2,5%*	*IC 97,5%*	Contraste	*T*
Control	Pre	6,34	0,39	5,57	7,12	Pre-Post1	0,36
	Post 1	6,23		5,46	7,00	Pre-Post2	-3,33*
	Post 2	7,42		6,65	8,19	Post1-Post2	-3,69**
Tratamiento	Pre	5,12	0,34	4,44	5,79	Pre-Post1	15,81***
	Post 1	0,61		-0,06	1,29	Pre-Post2	17,38***
	Post 2	0,16		-0,51	0,84	Post1-Post2	1,57

Nota: MME= medias marginales estimadas; EE= error estándar, *p < 0,01; **p < 0,001; ***p < 0,0001. En todos los casos *gl* =189.

Figura 10. Depresión: Medición grupo control y tratamiento.



2.2. Bienestar: Satisfacción Vital.

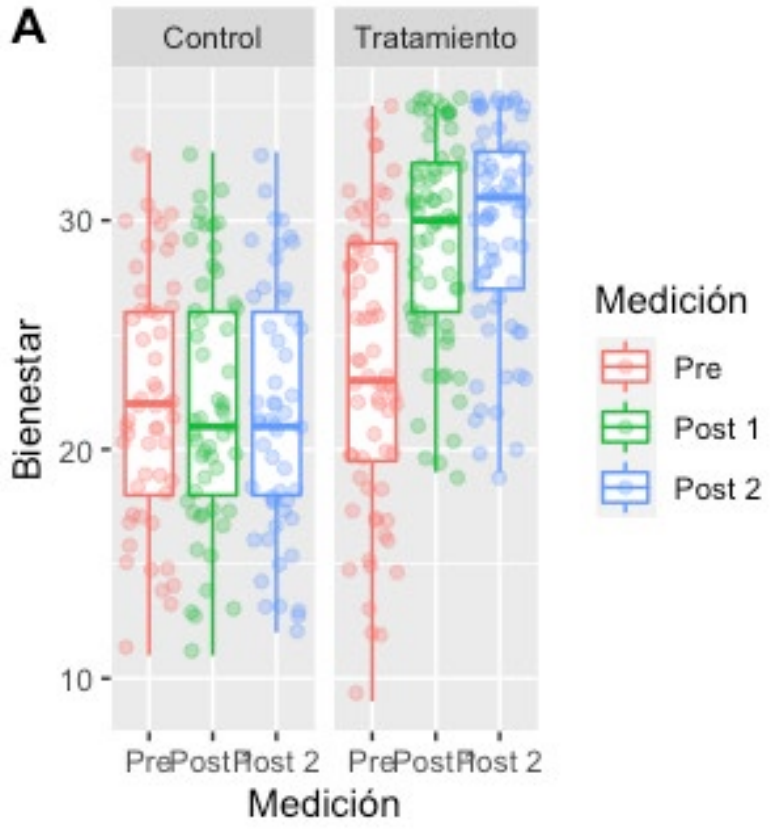
Los resultados mostraron un efecto principal significativo para grupo ($F_{(1,11)}$ = 34,30; p < 0,001), adicionalmente se encontraron diferencias entre las tres mediciones ($F_{(2,23)}$= 125,26; p < 0,001) y una interacción entre Grupo*medición ($F_{(2,23)}$ = 163,68; p < 0,001). En el grupo control no se encontraron diferencias entre ninguna de las mediciones. Respecto al grupo tratamiento, se encontraron diferencias entre el pre-post 1 y post 2 (ver Tabla 14). No se encontraron diferencias entre el post1 y post 2 en el grupo tratamiento, lo que sugiere un mantenimiento del efecto del tratamiento dos meses después de la intervención (ver Figura 11).

Tabla 14. Medias estimadas y contrastes para cada medición por grupo para la variable dependiente bienestar – satisfacción vital.

Grupo	Medición	*MME*	*EE*	*IC 2,5%*	*IC 97,5%*	Contraste	*t*
Control	Pre	22,2	0,73	20,7	23,6	Pre-Post1	0,126
	Post 1	22,1		20,7	23,6	Pre-Post2	2,329
	Post 2	21,5		20,0	22,9	Post1-Post2	2,203
Tratamiento	Pre	23,5	0,64	22.3	24.8	Pre-Post1	-21,51***
	Post 1	29,3		28.0	30.6	Pre-Post2	-22,67***
	Post 2	29,6		28.4	30.9	Post1-Post2	-1,16**

Nota: MME= medias marginales estimadas; EE= error estándar, *p < 0,01; **p < 0,001; ***p < 0,0001. En todos los casos gl =131.

Figura 11. Bienestar: Medición grupo control y tratamiento.



2.3. Resiliencia.

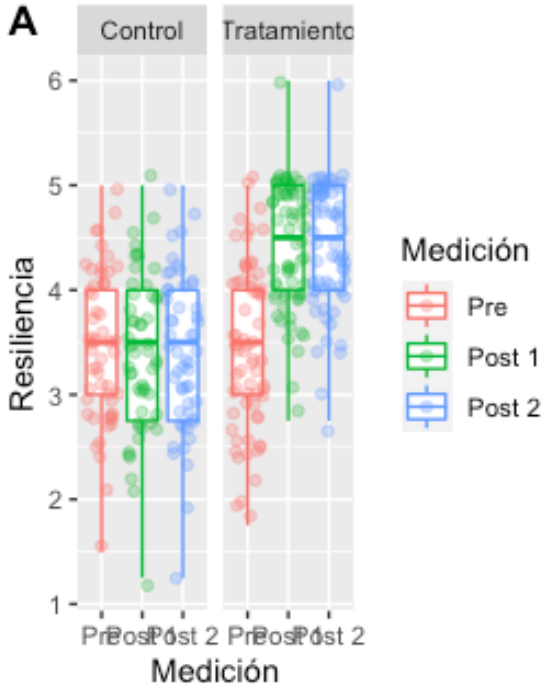
Los resultados mostraron un efecto principal significativo para grupo ($F_{(1,11)}$ = 30,96; p < 0,001). El grupo tratamiento presentó mayores niveles de resiliencia, adicionalmente se encontraron diferencias entre las tres mediciones ($F_{(2,23)}$= 133,29; p < 0,001) y una interacción entre Grupo*medición ($F_{(2,23)}$ = 168,08; p < 0,001). En el grupo control no se encontraron diferencias entre ninguna de las tres mediciones. Respecto al grupo tratamiento, se encontraron diferencias entre el pre-post 1 y pre-post 2 (ver Tabla 15). No se encontraron diferencias entre el post1 y post 2 en el grupo tratamiento, lo que sugiere un mantenimiento del efecto del tratamiento dos meses después de la intervención. El efecto de interacción sugiere que las personas del grupo tratamiento presentaron mayores niveles de resiliencia en la medición post y seguimiento en comparación con el pretest (ver Figura 12).

Tabla 15. Medias estimadas y contrastes para cada medición por grupo para la variable dependiente Resiliencia.

Grupo	Medición	*MME*	*EE*	*IC 2,5%*	*IC 97,5%*	Contraste	*t*
Control	Pre	3,46	0,09	3,27	3,65	Pre-Post1	1,158
	Post 1	3,40		3,21	3,59	Pre-Post2	1,158
	Post 2	3,40		3,21	3,59	Post1-Post2	0,000
Tratamiento	Pre	3,44	0,08	3,27	3,61	Pre-Post1	-22,705***
	Post 1	4,44		4,27	4,61	Pre-Post2	-22,705***
	Post 2	4,44		4,27	4,61	Post1-Post2	0,000

Nota: MME= medias marginales estimadas; EE= error estándar, *p < 0,01; **p < 0,001; ***p < 0,0001. En todos los casos gl = 140.

Figura 12. Resiliencia: Medición grupo control y tratamiento.



2.4. Dimensiones de estrategias de afrontamiento.

2.4.1. Estrategia Focalización para la solución del problema.

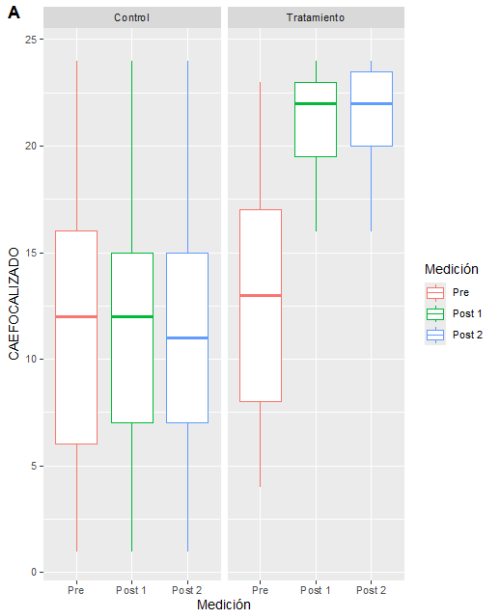
Los resultados mostraron un efecto principal alto para la medición grupo ($F_{(1,11)} = 68,04$; $p < 0,001$), adicionalmente se encontraron diferencias entre las tres mediciones ($F_{(2,23)} = 166,28$; $p < 0,001$) y una interacción entre Grupo*medición ($F_{(2,23)} = 217,13$; $p < 0,001$). En el grupo control no se encontraron diferencias entre el pre y ninguno de las dos mediciones post, no entre el post1 y Post 2. Respecto al grupo tratamiento, se encontraron diferencias entre el pre-post 1 y post 2 (ver Tabla 16). No se encontraron diferencias entre el post1 y post 2 en el grupo tratamiento, lo que sugiere un mantenimiento del efecto del tratamiento dos meses después de la intervención (ver Figura 13). En cuanto al efecto del tratamiento en la focalización para la solución del problema, el efecto de interacción muestra un efecto significativo para el grupo tratamiento las tres medidas (ver Tabla 16) y el mantenimiento del mismo dos meses después de la intervención (ver Figura 13).

Tabla 16. Medias estimadas y contrastes para el efecto del tratamiento por medidas para la variable dependiente focalizado en la solución del problema.

Grupo	**Medición**	***MME***	***EE***	***IC 2,5%***	***IC 97,5%***	**Contraste**	***t***
Efecto	Pre	12,2	0,44	11,4	13,1	Pre-Post1	-16,35***
Tratamiento	Post 1	16,6		15,7	17,5	Pre-Post2	-15,16***
	Post 2	16,3		15,4	17,1	Post1-Post2	1,19

Nota: MME= medias marginales estimadas; EE= error estándar, *$p < 0,01$; **$p < 0,001$; ***$p < 0,0001$. En todos los casos $gl = 150$.

Figura 13. Focalizado en la solución del problema: Medición grupo control y tratamiento.



2.4.2. Estrategia Reevaluación positiva.

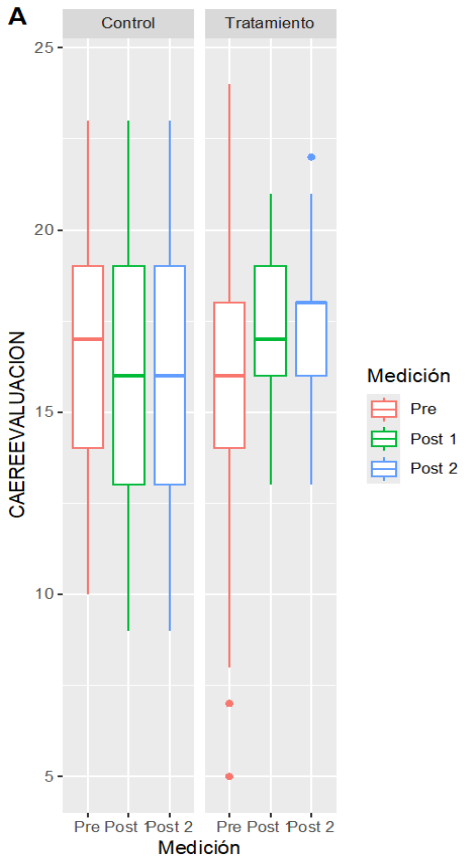
Los resultados mostraron un efecto principal bajo para el factor grupo ($F_{(1,11)}$ = 2,08; p < 0,001) entre las mediciones ($F_{(2,23)}$= 7,76; p < 0,001) y una interacción entre Grupo*medición ($F_{(2,23)}$ = 21,06; p < 0,001). En el grupo control no se encontraron diferencias ninguna de las mediciones; mientras que el en el tratamiento, se encontraron diferencias entre el pre, el post 1 y post 2 (ver Tabla 17). No se encontraron diferencias entre el post1 y post 2 en el grupo tratamiento, lo que sugiere un mantenimiento del efecto del tratamiento dos meses después de la intervención (ver Figura 14).

Tabla 17. Medias estimadas y contrastes para cada medición por grupo para la variable dependiente reevaluación positiva

Grupo	Medición	*MME*	*EE*	*IC 2,5%*	*IC 97,5%*	Contraste	*T*
Control	Pre	16,4	0,40	15,6	17,2	Pre-Post1	1,13
	Post 1	16,1		15,3	16,9	Pre-Post2	1,91
	Post 2	15,9		15,1	16,7	Post1-Post2	0,78
Tratamiento	Pre	15,8	0,35	15,1	16,5	Pre-Post1	-7,02***
	Post 1	17,5		16,8	18,2	Pre-Post2	-6,58***
	Post 2	17,4		16,7	18,1	Post1-Post2	0,43

Nota: MME= medias marginales estimadas; EE= error estándar, *p < 0,01; **p < 0,001; ***p < 0,0001. En todos los casos gl = 159.

Figura 14. Reevaluación positiva: Medición grupo control y tratamiento.



2.4.3. Estrategia Busqueda de apoyo social

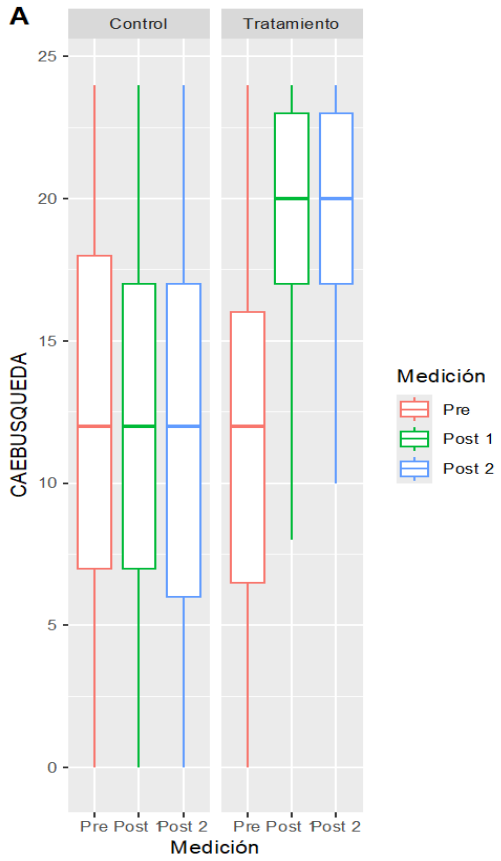
Los resultados mostraron un efecto principal para grupo ($F_{(1,11)} = 21{,}84$; $p < 0{,}001$), las tres mediciones ($F_{(2,23)} = 151{,}02$; $p < 0{,}001$) y una interacción entre Grupo*medición ($F_{(2,23)} = 174{,}17$; $p < 0{,}001$). En el grupo control no se encontraron diferencias entre el pre y post 2, como en el post1 y Post 2. Respecto al grupo tratamiento, se encontraron diferencias entre el pre-post 1 y post 2 (ver Tabla 18). No se encontraron diferencias entre el post1 y post 2 en el grupo tratamiento, lo que sugiere un mantenimiento del efecto del tratamiento dos meses después de la intervención (ver Figura 15).

Tabla 18. Medias estimadas y contrastes para cada medición por grupo para la variable dependiente búsqueda de apoyo social.

Grupo	Medición	*MME*	*EE*	*IC 2,5%*	*IC 97,5%*	Contraste	*t*
Control	Pre	11,9	0,86	10,16	13,6	Pre-Post1	0,55
	Post 1	11,6		9,93	13,3	Pre-Post2	0,91
	Post 2	11,5		9,78	13,2	Post1-Post2	0,36
Tratamiento	Pre	11,0	0,75	9,50	12,5	Pre-Post1	-23,27***
	Post 1	19,6		18,10	21,1	Pre-Post2	-23,92***
	Post 2	19,8		18,33	21,3	Post1-Post2	-0,64

Nota: MME= medias marginales estimadas; EE= error estándar, *$p < 0{,}01$; **$p < 0{,}001$; ***$p < 0{,}0001$. En todos los casos $gl = 137$.

Figura 15. Búsqueda de apoyo social: Medición grupo control y tratamiento.



2.4.4. Estrategia Expresión emocional abierta.

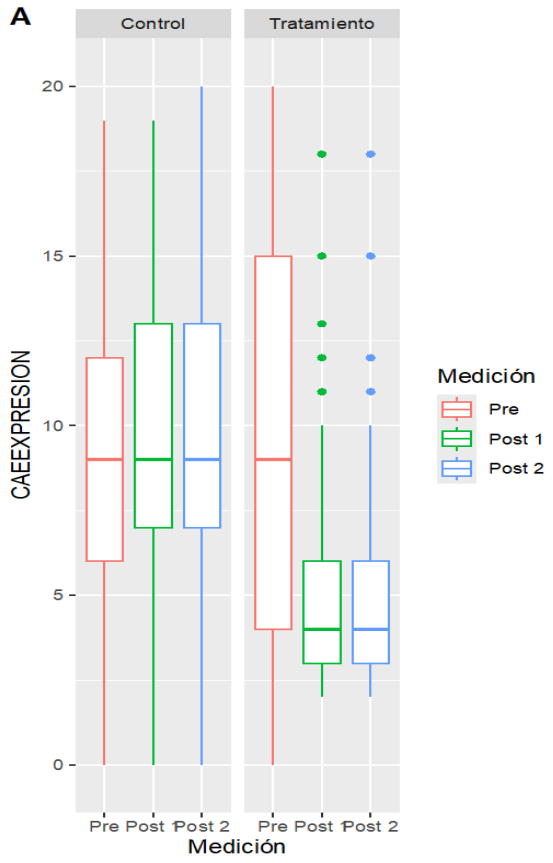
Los resultados mostraron un efecto principal medio para la grupo ($F_{(1,11)}$ = 8,62; p < 0,001), medición ($F_{(2,23)}$= 28,61; p < 0,001), así como un efecto de interacción entre Grupo*medición ($F_{(2,23)}$ = 49,97; p < 0,001). En el grupo control no se encontraron diferencias entre ninguna de las mediciones. Respecto al grupo tratamiento, se encontraron diferencias entre el pre, el post 1 y post 2 (ver Tabla 19). No se encontraron diferencias entre el post1 y post 2 en el grupo tratamiento, lo que sugiere un mantenimiento del efecto del tratamiento dos meses después de la intervención (ver Figura 16).

Tabla 19. Medias estimadas y contrastes para cada medición por grupo para la variable dependiente expresión emocional abierta.

Grupo	Medición	*MME*	*EE*	*IC 2,5%*	*IC 97,5%*	Contraste	*T*
Control	Pre	8,85	0,67	7,52	10,17	Pre-Post1	-0,91
	Post 1	9,21		7,88	10,54	Pre-Post2	-1,88
	Post 2	9,60		8,27	10,92	Post1-Post2	-0,96
Tratamiento	Pre	9,43	0,59	8,26	10,60	Pre-Post1	11,38***
	Post 1	5,43		4,26	6,60	Pre-Post2	11,55***
	Post 2	5,37		4,20	6,54	Post1-Post2	0,17

Nota: MME= medias marginales estimadas; EE= error estándar, *p < 0,01; **p < 0,001; ***p < 0,0001. En todos los casos gl = 149.

Figura 16. Expresión emocional abierta: Medición grupo control y tratamiento.



2.4.5. Estrategia Autofocalización negativa.

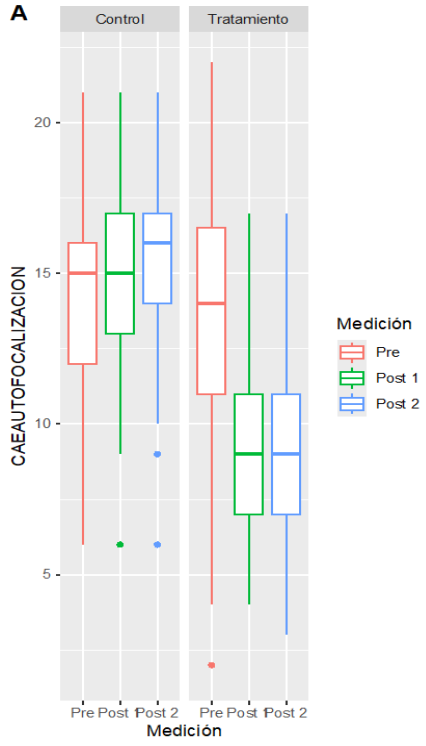
Los resultados mostraron un efecto principal para grupo ($F_{(1,11)}$ = 46,58; p < 0,001) y entre las mediciones ($F_{(2,23)}$= 46,73; p < 0,001), así como una interacción entre Grupo*medición ($F_{(2,23)}$ = 66,12; p < 0,001). Al revisar el efecto de interacción, se encontró que en el grupo control no se encontraron diferencias entre ninguna de las tres mediciones, mientras que en el grupo tratamiento, se encontraron diferencias entre el pre-post 1 y pre y post 2 (ver Tabla 20). No se encontraron diferencias entre el post1 y post 2 en el grupo tratamiento, lo que sugiere un mantenimiento del efecto del tratamiento dos meses después de la intervención. En la Figura 17 se puede observar que hubo una disminución en la autofocalización negativa en el grupo tratamiento después de la intervención.

Tabla 20. Medias estimadas y contrastes para cada medición por grupo para la variable dependiente de. autofocalización negativa

Grupo	Medición	*MME*	*EE*	*IC 2,5%*	*IC 97,5%*	Contraste	*t*
Control	Pre	14,46	0,49	13,49	3,71	Pre-Post1	-0,52
	Post 1	14,63		13,66	3,65	Pre-Post2	-1,58
	Post 2	14,98		14,00	3,59	Post1-Post2	-1,05
Tratamiento	Pre	13,21	0,43	12,35	2,99	Pre-Post1	13,77***
	Post 1	9,22		8,36	3,69	Pre-Post2	13,87***
	Post 2	9,19		8,33	3,69	Post1-Post2	0,10

Nota: MME= medias marginales estimadas; EE= error estándar, *p < 0,01; **p < 0,001; ***p < 0,0001. En todos los casos gl = 159.

Figura 17. Autofocalización negativa: Medición grupo control y tratamiento.



2.4.5. Estrategia Evitación.

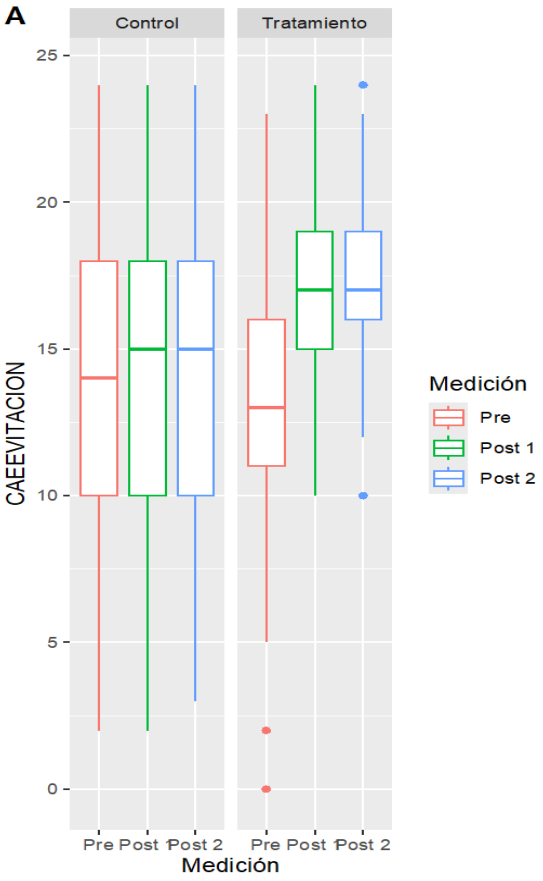
Los resultados mostraron un efecto principal para grupo ($F_{(1,11)}$ = 5,193; p < 0,001), las tres mediciones ($F_{(2,23)}$= 44,86; p < 0,001) y una interacción entre Grupo*medición ($F_{(2,23)}$ = 56,32; p < 0,001). En el grupo control no se encontraron diferencias entre el pre y post 2, ni entre el post1 y Post 2. Respecto al grupo tratamiento, se encontraron diferencias entre el pre-post 1 y post 2 (ver Tabla 21). No se encontraron diferencias entre el post1 y post 2 en el grupo tratamiento, lo que sugiere un mantenimiento del efecto del tratamiento dos meses después de la intervención (ver Figura 18).

Tabla 21. Medias estimadas y contrastes para cada medición por grupo para la variable dependiente evitación.

Grupo	Medición	*MME*	*EE*	*IC 2,5%*	*IC 97,5%*	Contraste	*T*
Control	Pre	14,2	0,59	13,1	15,4	Pre-Post1	0,31
	Post 1	14,1		12,9	15,3	Pre-Post2	0,95
	Post 2	13,9		12,7	15,1	Post1-Post2	0,63
Tratamiento	Pre	13,0	0,52	11,9	14,0	Pre-Post1	-12,85***
	Post 1	17,1		16,0	18,1	Pre-Post2	-13,41***
	Post 2	17,3		16,2	18,3	Post1-Post2	-0,56

Nota: MME= medias marginales estimadas; EE= error estándar, *p < 0,01; **p < 0,001; ***p < 0,0001. En todos los casos gl = 151.

Figura 18. Evitación: Medición grupo control y tratamiento.



2.4.7. Estrategia Religión.

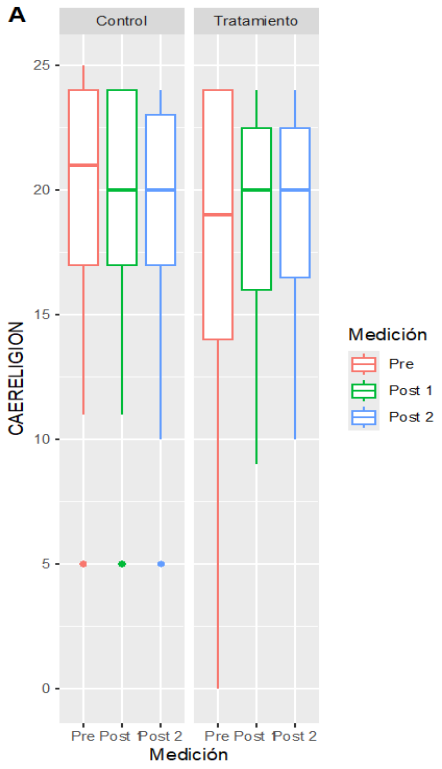
Los resultados mostraron un efecto principal para grupo ($F_{(1,11)}$ = 1,46; p < 0,001), medición ($F_{(2,23)}$= 2,49; p < 0,001) y una interacción con efecto medio entre Grupo*medición ($F_{(2,23)}$ = 4,82; p < 0,001). En el grupo control se encontraron diferencias entre el pre y post 2, como en el post1 y Post 2. Respecto al grupo tratamiento, se encontraron diferencias entre el pre-post 1 y post 2 (ver Tabla 22). No se encontraron diferencias entre el post1 y post 2 en el grupo tratamiento, lo que sugiere un mantenimiento del efecto del tratamiento dos meses después de la intervención (ver Figura 19). En cuanto al efecto del tratamiento de afrontamiento en la religión se evidencia un efecto significativo para las tres medidas (ver Tabla 22) y el mantenimiento del mismo dos meses después de la intervención (ver Figura 19).

Tabla 22. Medias estimadas y contrastes para cada medición por grupo para la variable dependiente religión.

Grupo	Medición	*MME*	*EE*	*IC 2,5%*	*IC 97,5%*	Contraste	*t*
Control	Pre	19,8	0,65	18,5	21,1	Pre-Post1	0,35
	Post 1	19,7		18,4	21,0	Pre-Post2	0,61
	Post 2	19,6		18,3	20,9	Post1-Post2	0,255
Tratamiento	Pre	17,9	0,57	16,8	19,1	Pre-Post1	-3,27
	Post 1	19,0		17,9	20,2	Pre-Post2	-3,67
	Post 2	19,2		18,0	20,3	Post1-Post2	-0,40

Nota: MME = medias marginales estimadas; EE = error estándar, *p < 0,01; **p < 0,001; ***p < 0,0001. En todos los casos gl = 147.

Figura 19. Religión: Medición grupo control y tratamiento.



2.5. Funciones de la reminiscencia.

2.5.1. Función de Identidad.

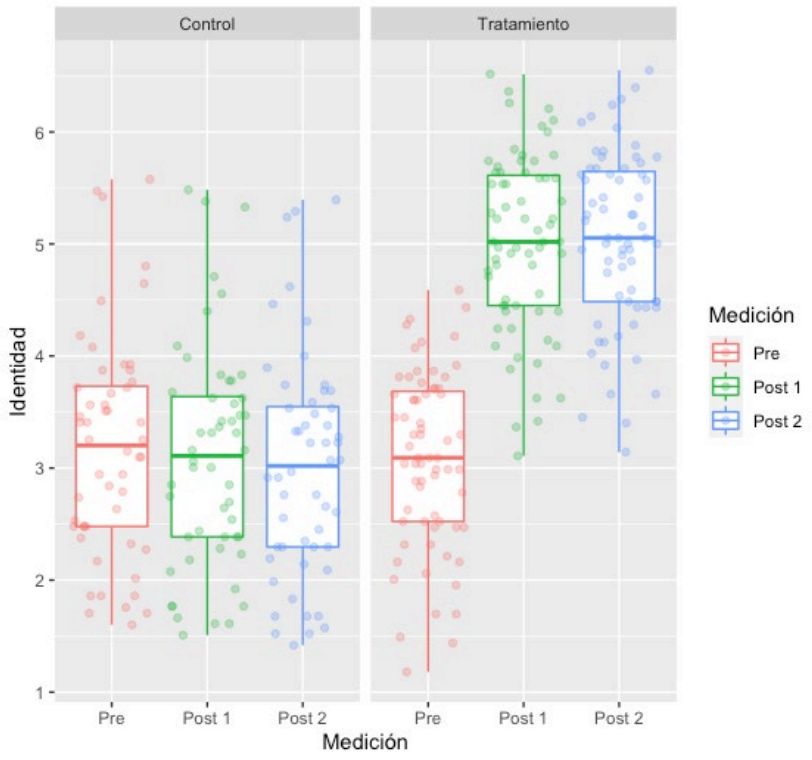
Los resultados mostraron un efecto principal significativo para grupo ($F_{(1,11)}$ = 53,54; p < 0,001), las tres mediciones ($F_{(2,23)}$= 167,71; p < 0,001) y una interacción entre Grupo*medición ($F_{(2,23)}$ = 223,21; p < 0,001). En el grupo control no se encontraron diferencias entre el pre y post 2, como en el post1 y Post 2. Respecto al grupo tratamiento, se encontraron diferencias entre el pre-post 1 y post 2 (ver Tabla 23). No se encontraron diferencias entre el post1 y post 2 en el grupo tratamiento, lo que sugiere un mantenimiento del efecto del tratamiento dos meses después de la intervención (ver Figura 20). En cuanto al efecto del tratamiento en la identidad se evidencia un efecto significativo para las tres medidas (ver Tabla 23) y el mantenimiento del mismo dos meses después de la intervención (ver Figura 20).

Tabla 23. Medias estimadas y contrastes para cada medición por grupo para la variable dependiente intimidad.

Grupo	Medición	*MME*	*EE*	*IC 2,5%*	*IC 97,5%*	Contraste	*t*
Control	Pre	3,19	0,14	2,91	3,46	Pre-Post1	1,08
	Post 1	3,09		2,82	3,37	Pre-Post2	2,13
	Post 2	3,00		2,73	3,28	Post1-Post2	1,04
Tratamiento	Pre	3,08	0,12	2,84	3,32	Pre-Post1	-25,58***
	Post 1	5,01		4,76	5,25	Pre-Post2	-26,04***
	Post 2	5,04		4,80	5,29	Post1-Post2	-0,46*

Nota: MME = medias marginales estimadas; EE = error estándar, *p < 0,01; **p < 0,001; ***p < 0,0001. En todos los casos gl = 151.

Figura 20. Identidad: Medición grupo control y tratamiento.



2.5.2. Función de Resolución de problemas.

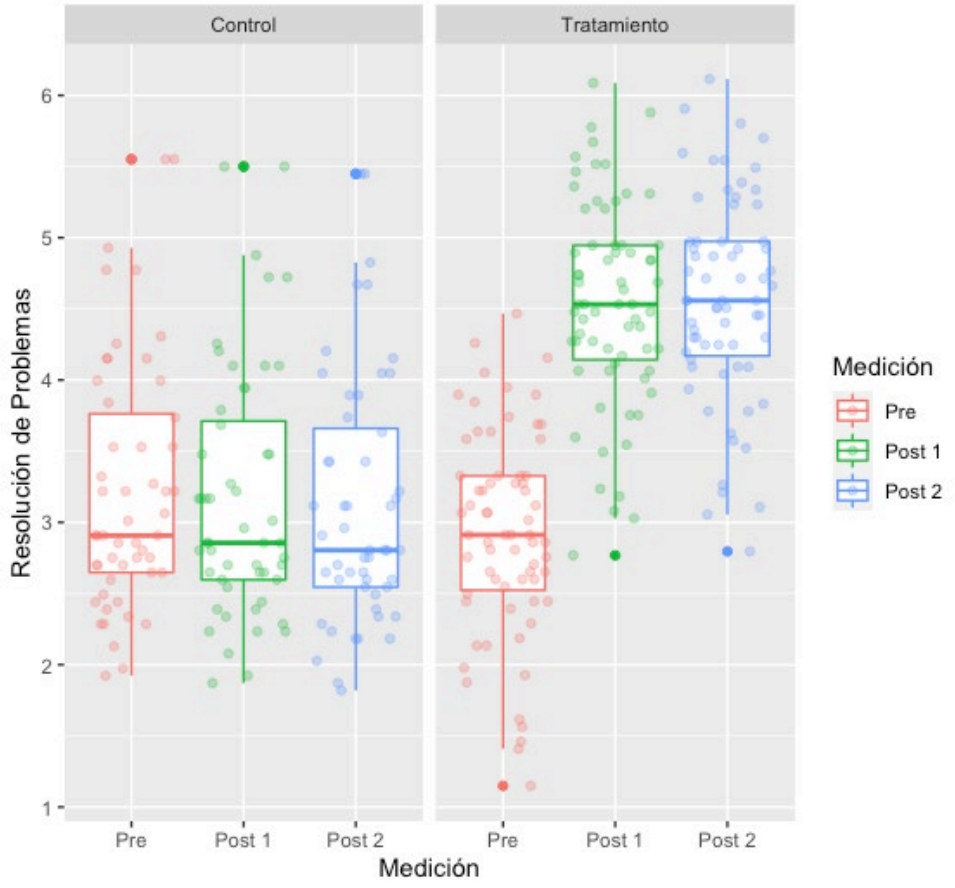
Los resultados mostraron un efecto principal significativo para grupo ($F_{(1,11)}$ = 28,35; p < 0,001), las tres mediciones ($F_{(2,23)}$= 163,37; p < 0,001) y una interacción entre Grupo*medición ($F_{(2,23)}$ = 197,55; p < 0,001). En el grupo control no se encontraron diferencias entre el pre y post 2, como en el post1 y Post 2. Respecto al grupo tratamiento, se encontraron diferencias entre el pre-post 1 y post 2 (ver Tabla 24). No se encontraron diferencias entre el post1 y post 2 en el grupo tratamiento, lo que sugiere un mantenimiento del efecto del tratamiento dos meses después de la intervención (ver Figura 21).

Tabla 24. Medias estimadas y contrastes para cada medición por grupo para la variable dependiente resolución de problemas.

Grupo	Medición	*MME*	*EE*	*IC 2,5%*	*IC 97,5%*	Contraste	*t*
Control	Pre	3,22	0,12	2,98	3,47	Pre-Post1	0,68
	Post 1	3,17		2,93	3,72	Pre-Post2	1,37
	Post 2	3,12		2,87	3,37	Post1-Post2	0,68
Tratamiento	Pre	2,92	0,11	2,70	3,14	Pre-Post1	-24,64***
	Post 1	4,54		4,32	4,76	Pre-Post2	-25,05***
	Post 2	4,57		4,35	4,79	Post1-Post2	-0,41*

Nota: MME = medias marginales estimadas; EE = error estándar, *p < 0,01; **p < 0,001; ***p < 0,0001. En todos los casos gl = 149.

Figura 21. Resolución de problemas: Medición grupo control y tratamiento.



2.5.3. Función de Preparación para la muerte.

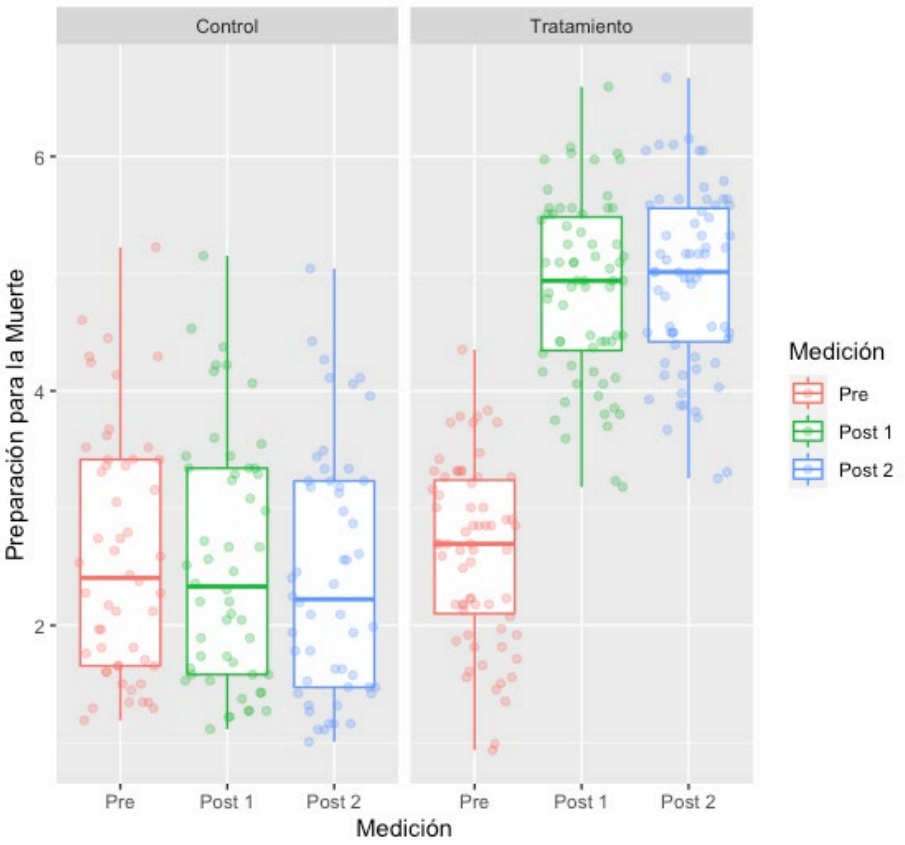
Los resultados mostraron un efecto principal significativo para grupo ($F_{(1,11)}$ = 82,99; p < 0,001), las tres mediciones ($F_{(2,23)}$= 237,02; p < 0,001) y una interacción entre Grupo*medición ($F_{(2,23)}$ = 298,07; p < 0,001). En el grupo control no se encontraron diferencias entre el pre y post 2, como en el post1 y Post 2. Respecto al grupo tratamiento, se encontraron diferencias entre el pre, post 1 y post 2 (ver Tabla 25). No se encontraron diferencias entre el post1 y post 2 en el grupo tratamiento, lo que sugiere un mantenimiento del efecto del tratamiento dos meses después de la intervención (ver Figura 22)

Tabla 25. Medias estimadas y contrastes para cada medición por grupo para la variable dependiente preparación para la muerte.

Grupo	Medición	*MME*	*EE*	*IC 2,5%*	*IC 97,5%*	Contraste	*t*
Control	Pre	2,60	0,14	2,32	2,88	Pre-Post1	0,86
	Post 1	2,53		2,25	2,81	Pre-Post2	2,13
	Post 2	2,42		2,14	2,70	Post1-Post2	1,27
Tratamiento	Pre	2,62	0,12	2,37	2,86	Pre-Post1	-29,72***
	Post 1	4,86		4,61	5,11	Pre-Post2	-30,71***
	Post 2	4,94		4,69	5,18	Post1-Post2	-0,98**

Nota: MME = medias marginales estimadas; EE = error estándar, *p < 0,01; **p < 0,001; ***p < 0,0001. En todos los casos gl = 150.

Figura 22. Preparación para la muerte: Medición grupo control y tratamiento



2.5.4. Función de Reducción del aburrimiento.

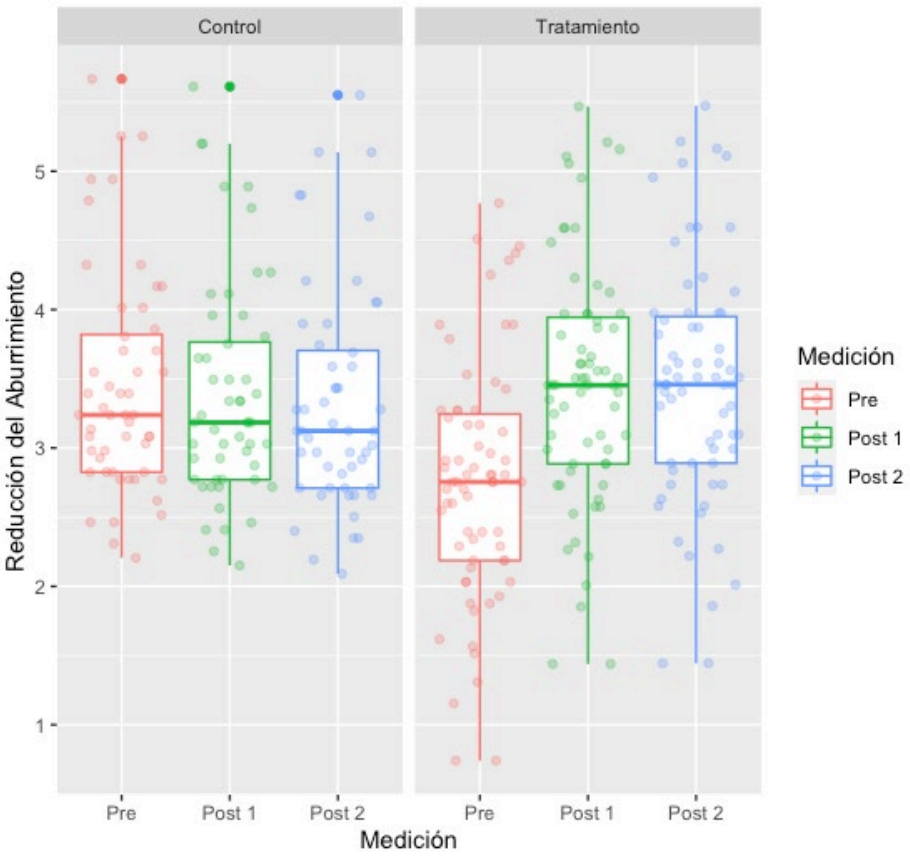
Los resultados mostraron un efecto principal para grupo ($F_{(1,11)}$ = 0,93; p < 0,001), las tres mediciones ($F_{(2,23)}$= 21,53; p < 0,001) y una interacción entre Grupo*medición ($F_{(2,23)}$ = 35,00; p < 0,001). En el grupo control no se encontraron diferencias entre ninguna de las mediciones. Respecto al grupo tratamiento, se encontraron diferencias entre el pre-post 1 y post 2 (ver Tabla 26). No se encontraron diferencias entre el post1 y post 2 en el grupo tratamiento, lo que sugiere un mantenimiento del efecto del tratamiento dos meses después de la intervención (ver Figura 23).

Tabla 26. Medias estimadas y contrastes para cada medición por grupo para la variable dependiente reducción del aburrimiento.

Grupo	Medición	*MME*	*EE*	*IC 2,5%*	*IC 97,5%*	Contraste	*t*
Control	Pre	3,44	0,13	3,18	3,71	Pre-Post1	0,66
	Post 1	3,39		3,12	3,65	Pre-Post2	1,41
	Post 2	3,33		3,06	3,59	Post1-Post2	0,74
Tratamiento	Pre	2,76	0,11	2,52	2,99	Pre-Post1	-9,71***
	Post 1	3,46		3,22	3,69	Pre-Post2	-9,78***
	Post 2	3,46		3,23	3,69	Post1-Post2	-0,06**

Nota: MME = medias marginales estimadas; EE = error estándar, *p < 0,01; **p < 0,001; ***p < 0,0001. En todos los casos gl = 151.

Figura 23. Reducción del aburrimiento interacción medición y grupo.



2.5.5. Función de mantenimiento de la intimidad

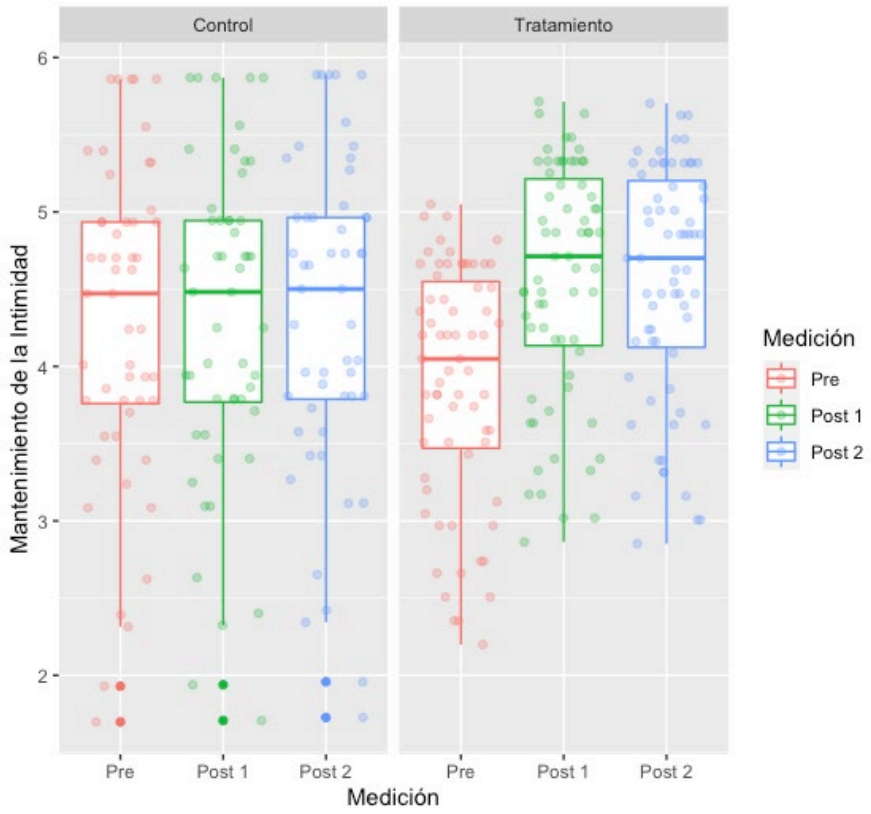
Los resultados mostraron un efecto principal bajo para grupo ($F_{(1,11)} = 0.03$; $p < 0{,}001$), las tres mediciones ($F_{(2,23)}$= 21,26***; $p < 0{,}001$) y una interacción entre Grupo*medición ($F_{(2,23)} = 18{,}94$***; $p < 0{,}001$). En el grupo control no se encontraron diferencias entre ninguna medición, mientras que en el grupo tratamiento, se encontraron diferencias entre el pre, el-post 1 y el post 2 (ver Tabla 27). No se encontraron diferencias entre el post1 y post 2 en el grupo tratamiento, lo que sugiere un mantenimiento del efecto del tratamiento dos meses después de la intervención (ver Figura 24).

Tabla 27. Medias estimadas y contrastes para cada medición por grupo para la variable dependiente mantenimiento de la intimidad.

Grupo	Medición	*MME*	*EE*	*IC 2,5%*	*IC 97,5%*	Contraste	*t*
Control	Pre	4,29	0,14	4,00	4,57	Pre-Post1	-0,10
	Post 1	4,30		4,01	4,58	Pre-Post2	-0,32
	Post 2	4,32		4,03	4,60	Post1-Post2	-0,21
Tratamiento	Pre	3,90	0,12	3,65	4,15	Pre-Post1	-8,37***
	Post 1	4,56		4,31	4,81	Pre-Post2	-8,23***
	Post 2	4,55		4,30	4,80	Post1-Post2	0,14**

Nota: MME = medias marginales estimadas; EE = error estándar, *$p < 0{,}01$; **$p < 0{,}001$; ***$p < 0{,}0001$. En todos los casos $gl = 153$.

Figura 24. Mantenimiento de la intimidad: Medición grupo control y tratamiento.



2.5.6. Función de reavivamiento de la amargura.

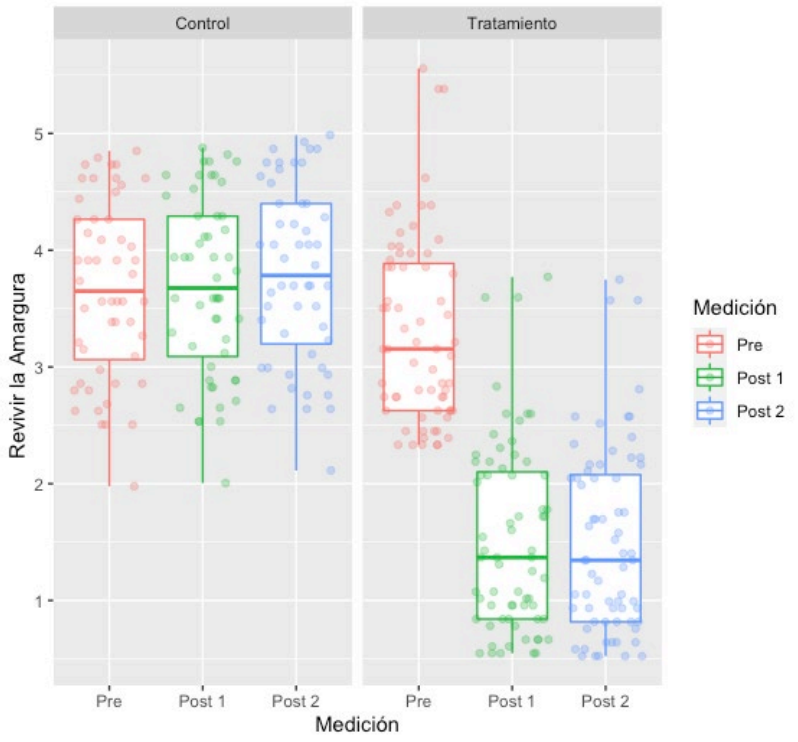
Los resultados mostraron un efecto principal significativo para grupo ($F_{(1,11)}$ = 95.42***; $p < 0{,}001$). El grupo experimental presentó menores niveles en el reavivamiento de la amargura en todas las mediciones, adicionalmente se encontraron diferencias entre las tres mediciones ($F_{(2,23)}$= 100,18***; $p < 0{,}001$) y una interacción entre Grupo*medición ($F_{(2,23)}$ = 120,15***; $p < 0{,}001$). En el grupo control no se encontraron diferencias entre ninguna de las tres mediciones. Respecto al grupo tratamiento, se encontraron diferencias entre el pre-post 1 y post 2 (ver Tabla 28). No se encontraron diferencias entre el post1 y post 2 en el grupo tratamiento, lo que sugiere un mantenimiento del efecto del tratamiento dos meses después de la intervención (ver Figura 25).

Tabla 28. Medias estimadas y contrastes para cada medición por grupo para la variable dependiente Revivir la amargura.

Grupo	Medición	*MME*	*EE*	*IC 2,5%*	*IC 97,5%*	Contraste	*t*
Control	Pre	3,67	0,13	3,40	3,94	Pre-Post1	-0,25
	Post 1	3,70		3,42	3,97	Pre-Post2	-1,28
	Post 2	3,80		3,53	4,08	Post1-Post2	-1,02
Tratamiento	Pre	3,31	0,12	3,07	3,55	Pre-Post1	19,27***
	Post 1	1,53		1,29	1,77	Pre-Post2	19,52***
	Post 2	1,50		1,27	1,74	Post1-Post2	0,25*

Nota: MME = medias marginales estimadas; EE = error estándar, *$p < 0{,}01$; **$p < 0{,}001$; ***$p < 0{,}0001$. En todos los casos $gl = 175$.

Figura 25. Revivir la amargura: Medición grupo control y tratamiento.



2.5.7. Conversación

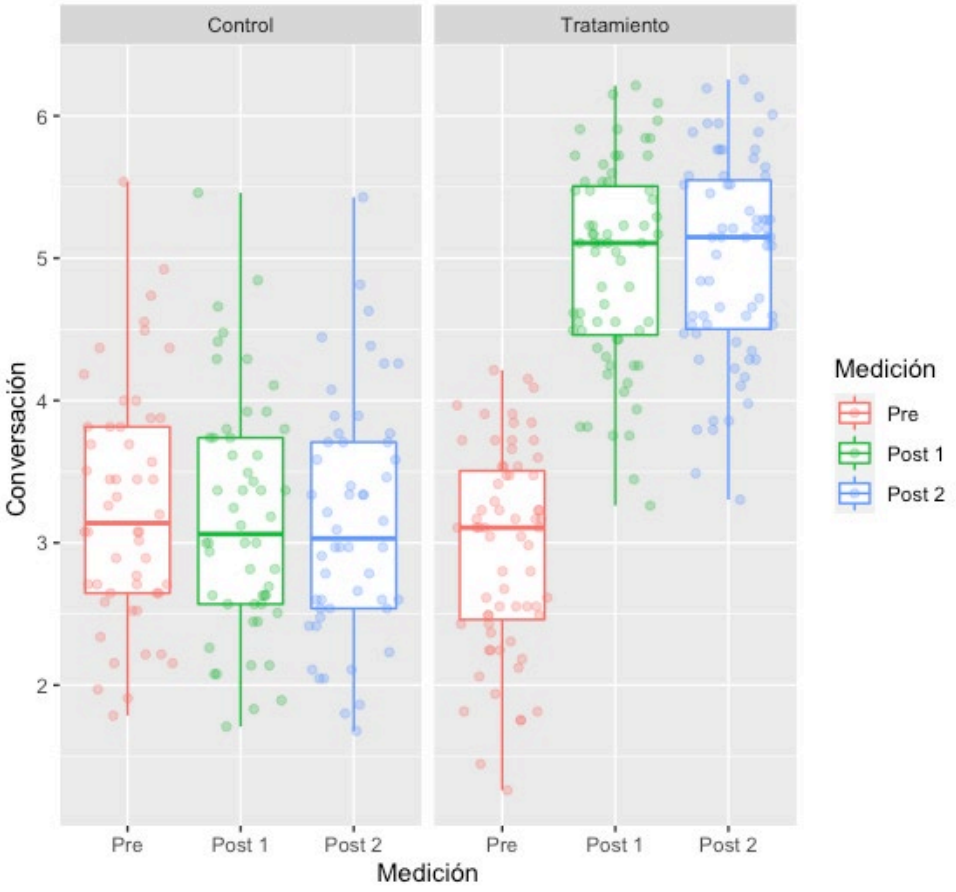
Los resultados mostraron un efecto principal significativo para grupo ($F_{(1,11)}$ = 51,31; p < 0,001), las tres mediciones ($F_{(2,23)}$= 225,73; p < 0,001) y una interacción entre Grupo*medición ($F_{(2,23)}$ = 271,25; p < 0,001). En el grupo control no se encontraron diferencias entre ninguna de las tres mediciones. Respecto al grupo tratamiento, se encontraron diferencias entre el pre, el post 1 y el post 2 (ver Tabla 29). No se encontraron diferencias entre el post1 y post 2 en el grupo tratamiento, lo que sugiere un mantenimiento del efecto del tratamiento dos meses después de la intervención (ver Figura 26).

Tabla 29. Medias estimadas y contrastes para cada medición por grupo para la variable dependiente conversación.

Grupo	**Medición**	***MME***	***EE***	***IC 2,5%***	***IC 97,5%***	**Contraste**	***t***
Control	Pre	3,26	0,12	3,01	3,50	Pre-Post1	0,97
	Post 1	3,18		2,94	3,43	Pre-Post2	1,36
	Post 2	3,15		2,91	3,39	Post1-Post2	0,39
Tratamiento	Pre	2,95	0,10	2,73	3,16	Pre-Post1	-28,86***
	Post 1	4,95		4,73	5,16	Pre-Post2	-29,47***
	Post 2	4,99		4,78	5,21		0,60**

Nota: MME = medias marginales estimadas; EE = error estándar, *p < 0,01; **p < 0,001; ***p < 0,0001. En todos los casos gl = 154.

Figura 26. Conversación: Medición grupo control y tratamiento



2.5.8. Función enseñar e informar.

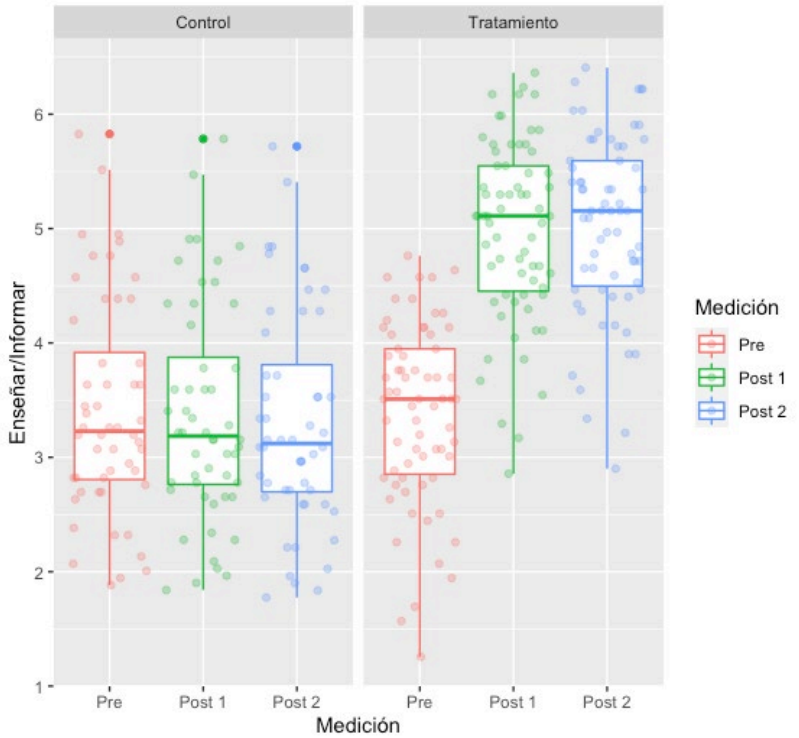
Los resultados mostraron un efecto principal significativo para grupo ($F_{(1,11)}$ = 42,35***; p < 0,001), las tres mediciones ($F_{(2,23)}$= 152,34***; p < 0,001) y una interacción entre Grupo*medición ($F_{(2,23)}$ = 234,18***; p < 0,001). En el grupo control no se encontraron diferencias entre ninguna de las tres mediciones. Respecto al grupo tratamiento, se encontraron diferencias entre el pre-post 1 y post 2 (ver Tabla 30). No se encontraron diferencias entre el post1 y post 2 en el grupo tratamiento, lo que sugiere un mantenimiento del efecto del tratamiento dos meses después de la intervención (ver Figura 27).

Tabla 30. Medias estimadas y contrastes para cada medición por grupo para la variable dependiente enseñar e informar.

Grupo	Medición	*MME*	*EE*	*IC 2,5%*	*IC 97,5%*	Contraste	*t*
Control	Pre	3,41	0,13	3,15	3,68	Pre-Post1	0,55
	Post 1	3,37		3,10	3,64	Pre-Post2	1,40
	Post 2	3,30		3,04	3,57	Post1-Post2	0,85
Tratamiento	Pre	3,38	0,11	3,15	3,62	Pre-Post1	-23,64***
	Post 1	4,98		4,75	5,22	Pre-Post2	-24,30***
	Post 2	5,03		4,79	5,26	Post1-Post2	-0,66*

Nota: MME = medias marginales estimadas; EE = error estándar, *p < 0,01; **p < 0,001; ***p < 0,0001. En todos los casos gl = 146.

Figura 27. Enseñar e informar: Medición grupo control y tratamiento.



CAPÍTULO 6
DISCUSIÓN

A lo largo de este documento se ha descrito el impacto de la guerra a nivel político-social, psicológico y la relación de los acontecimientos sobre la integridad de las personas adultas mayores a nivel físico y mental, de una guerra que no discrimina sexo y edad. En las últimas décadas la población Latinoamericana experimentó un desequilibrio en todos sus niveles, los índices de pobreza y marginación social aumentaron, países como Chile, Argentina y Perú reportaron entre los años 1973 y el año 2000 más de 69.280 civiles víctimas como consecuencia de la violencia política vivida en la época (Garmendia, 2011; Mantilla Falcon, 2003; Rodríguez, 2000). Para Colombia las cosas no son tan diferentes, la situación de conflicto armado en el territorio es considerada como uno de los conflictos armados internos con mayor permanencia en el mundo. Las consecuencias y el impacto de esta guerra han permanecido en el tiempo por más de 50 años, lo que ubica a los adultos mayores como la población que ha vivido de manera permanente el conflicto en todos los momentos de su ciclo vital. Por esto, el desarrollo de esta investigación, estuvo orientada a trabajar por la salud mental de las personas mayores víctimas del conflicto armado. Realizar una intervención novedosa, diseñada a partir de las particularidades y necesidades contextuales de la población mayor y evaluarla, genera alternativas basadas en evidencia para la intervención en salud mental de las personas mayores

afectadas por la guerra armada en la región del Catatumbo en Colombia.

Esta investigación está centrada en evaluar el efecto de una intervención basada en Reminiscencia Integrativa para la promoción de un grupo factores de protección psicológica, así como variables que resultan afectadas por los diferentes factores que trae consigo el fenómeno de la guerra, como la depresión geriátrica. Para esto, se realizó un estudio cuasiexperimental, con un factor independiente que contó con un grupo tratamiento y un grupo control, y un factor de medidas relacionadas de tres niveles: pre-test, post-test y una tercera medición de seguimiento a los dos meses de finalizar la aplicación de la intervención. Los datos se analizaron a través de modelos lineales mixtos, para evaluar los efectos de la intervención en las variables psicológicas de depresión, bienestar, resiliencia y funciones de reminiscencia. Para responder a las hipótesis se planteó la estructura de factores por grupo y medición (pre, post y seguimiento), así como interacciones entre el factor grupo y el momento de la medición, el participante se incluyó como un factor con interceptos aleatorios. A continuación, se discutirán los resultados para dar respuesta a los objetivos e hipótesis propuestos, a la luz de la teoría.

En relación al primero de los objetivos el presente estudio evaluó la efectividad de la reminiscencia integrativa en la reducción de los niveles de estado de ánimo negativo, específicamente la depresión, en un grupo de adultos mayores. Los resultados mostraron diferencias significativas en los niveles de depresión entre el grupo de tratamiento y el grupo control, con una reducción notable en el grupo de tratamiento. No se encontraron diferencias significativas en el grupo control entre las mediciones pre y post, mientras que, en el grupo de tratamiento, las diferencias entre las mediciones pre y post fueron significativas, sugiriendo un efecto positivo de la intervención. Los hallazgos confirman la hipótesis planteada (H1), indicando que la intervención de reminiscencia integrativa tiene un impacto significativo en la reducción de los niveles de depresión en adultos mayores. La reducción observada en el grupo de tratamiento sugiere que el programa es efectivo para mejorar el estado de ánimo de los participantes. La interacción significativa entre grupo y medición refuerza la conclusión de que las diferencias observadas se deben a la intervención y no a otros factores.

Es relevante que no se encontraron diferencias significativas entre las mediciones post y post2 en el grupo de tratamiento, lo que sugiere que los efectos positivos de la intervención

se mantuvieron hasta dos meses después de su finalización. Esto es crucial, ya que indica que la intervención no solo tiene un impacto inmediato, sino también un efecto duradero en el bienestar emocional de los adultos mayores. Estos resultados son consistentes con estudios previos que han demostrado la efectividad de las intervenciones de reminiscencia en la mejora del estado de ánimo y la reducción de la depresión en adultos mayores. En población colombiana por Navarro y Erazo (2019) demostraron que estimular la memoria a través de los recuerdos también ayuda a disminuir sintomatología depresiva. Asimismo, Noboa (2023) reporta resultados similares como la mejora del sistema emocional en personas mayores después de recibir la intervención.

También Alonso et al., (2010) mostraron que la aplicación de programas de reminiscencia integrativa para adultos mayores ayuda a la recuperación de recuerdos autobiográficos tanto positivos como negativos, que facilitan la reducción de la sintomatología depresiva. De igual manera Shellman et al., (2009) y Zhou et al. (2011) sustentan la eficacia de la intervención en adultos mayores que viven en comunidad con sintomatología depresiva. También se ha reportado el mantenimiento del efecto hasta tres meses después del tratamiento (Bohlmeijer et al., 2009).

El segundo objetivo pretendía evaluar si la intervención en reminiscencia integrativa aumentaba la satisfacción vital en los adultos mayores que recibieron la intervención. Los resultados mostraron un efecto principal significativo tanto para el grupo como para el factor de medición y se encontró una interacción significativa entre. En el grupo control, no se encontraron diferencias significativas entre ninguna de las mediciones, mientras que, en el grupo de tratamiento, se encontraron diferencias significativas entre las mediciones pre-post 1 y seguimiento. No se encontraron diferencias significativas entre post 1 y post 2 en el grupo de tratamiento, lo que sugiere un mantenimiento del efecto del tratamiento dos meses después de la intervención.

Estos hallazgos confirman la hipótesis planteada (H2) y rechaza la hipótesis nula, indicando que la intervención de reminiscencia integrativa tiene un impacto significativo en la mejora del bienestar subjetivo en términos de satisfacción con la vida en los adultos mayores. La mejora observada en el grupo de tratamiento sugiere que el programa es efectivo para aumentar la satisfacción vital de los participantes. La interacción significativa entre grupo y

medición refuerza la conclusión de que las diferencias observadas se deben a la intervención y no a otros factores externos.

De este modo, el programa ha facilitados que los adultos mayores presenten una manera más positiva de evaluar el juicio global de la vida, estos resultados también fueron reportados por Fortuna (2016) y Navarro y Erazo (2019). Aunque es importante establecer que los factores asociados al bienestar subjetivo no se dan por si solos, variables como las emociones y el desarrollo cognoscitivo van de la mano con la manera en que se evalúa la satisfacción vital, las respuestas emocionales de las personas y la evaluación global de la vida se enmascara con los estados emocionales que las personas tienen al momento de ser evaluadas, ya que al revisar la vida en momentos de crisis puede reflejar un juicio subjetivo de la variable (Diener et al., 1999).

Así bien, los resultados de esta investigación muestran como la intervención en reminiscencia integrativa actúa sobre los recursos psicológicos de las personas mayores en momento de crisis, es decir, la valoración de la vida después de la intervención se gestiona de manera más objetiva, lo cual es una disminución sobre las reacciones emocionales automáticas de las personas, mostrando mayor estabilidad en la satisfacción con la vida de manera objetiva. Estos mismos resultados fueron reportados por Nomura y Hashimoto (2006) tras aplicar ocho sesiones de terapia de reminiscencia en personas mayores que vivían en un centro comunitario, asimismo Pinquart y Forstmeier (2012) reportan el efecto de la intervención para las variables relacionadas al bienestar. Por último, es de destacar que no se encontraron diferencias significativas entre las mediciones post y seguimiento en el grupo de tratamiento, lo que sugiere que los efectos positivos de la intervención se mantuvieron hasta dos meses después de su finalización. Este hallazgo es crucial, ya que indica que la intervención no solo tiene un impacto inmediato, sino también un efecto duradero en el bienestar subjetivo de los adultos mayores. Estos resultados son consistentes con estudios previos que han demostrado la efectividad de las intervenciones de reminiscencia en la mejora del bienestar subjetivo en adultos mayores. Los resultados del estudio sugieren que las intervenciones de reminiscencia integrativa pueden ser una herramienta valiosa en la atención a adultos mayores, especialmente aquellos que buscan mejorar su bienestar subjetivo.

El tercer objetivo buscó evaluar si la intervención en terapia de reminiscencia integrativa promueve la resiliencia en adultos mayores víctimas del conflicto armado. Los resultados

revelaron un efecto principal significativo para el grupo, indicando que el grupo de tratamiento mostró mayores niveles de resiliencia en comparación con el grupo control. Además, se encontraron diferencias significativas entre las tres mediciones y una interacción significativa. Mientras que en el grupo control no se observaron diferencias significativas entre las mediciones, el grupo de tratamiento mostró diferencias significativas entre pre y post así como entre pre y seguimiento. No se encontraron diferencias entre post y seguimiento en el grupo de tratamiento.

Estos resultados aprueban la hipótesis planteada (H3) para esta variable rechazando la hipótesis nula, lo que demuestra que la intervención en reminiscencia integrativa actúa mejorando los recursos personales de afrontamiento resiliente y están en línea con la literatura existente que destaca la importancia de las intervenciones de reminiscencia para el desarrollo de habilidades de afrontamiento resilientes en adultos mayores. La resiliencia puede mostrarse inicialmente como una resistencia o confusión psíquica, para posteriormente preparar al individuo a ejecutar un proceso de reconstrucción y reparación natural de adaptación sobre el evento inesperado que trae consigo un trauma, observar mejoras en esta variable es determinante en adultos mayores que han sido víctimas de un conflicto armado como es el sufrido por los adultos mayores del Catatumbo. Las habilidades de afrontamiento resiliente como recurso psicológico fortalecen los procesos de adaptación de aquellas personas que han vivido en lugares de estrés bélico y una mayor exposición a diferentes factores de riesgo (MacPherson et al., 2005). El tener mejores recursos psicológicos permite en un mejor manejo de futuros estresores ante las situaciones estresantes de la vida (Vera et al., 2006; Werner, 2000; Werner y Smith, 1982). Por último, este estudio concluye que el tener una adaptación más positiva ayudará a los mayores afrontar situaciones venideras sin pronosticar consecuencias para el futuro.

En relación al cuarto objetivo que estudiaba los efectos de las estrategias de afrontamiento la intervención basada en terapia de reminiscencia ha mostrado efectos positivos significativos en diversas dimensiones del afrontamiento en los adultos mayores víctimas del conflicto armado en el Catatumbo. Las estrategias orientadas al problema, como la focalización para la solución del problema, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social, mejoraron notablemente, indicando un enfoque eficaz en el fortalecimiento de habilidades adaptativas y

confirmando la hipótesis planteada (H4). Por otro lado, las estrategias orientadas a la emoción, como la expresión emocional abierta, la autofocalización negativa, la evitación y el uso de la religión, también mostraron cambios positivos, aunque con matices que sugieren áreas para una mayor profundización. Estas conclusiones sugieren que la intervención no solo mejora las capacidades de afrontamiento orientadas a problemas, sino que también contribuye a la regulación emocional, promoviendo un manejo más equilibrado del estrés y los desafíos emocionales.

Por lo que se refiere a las dimensiones, y ya de forma específica la focalización para la solución del problema que evaluó la capacidad de los adultos mayores para enfrentar y resolver problemas de manera activa y orientada a la solución mostró un efecto fue consistente a lo largo del tiempo, con un mantenimiento del incremento dos meses después de la intervención. Estos resultados sugieren que la intervención basada en terapia de reminiscencia tuvo un impacto positivo significativo en la capacidad de los adultos mayores reforzando la hipótesis que planteaba que la intervención mejoraría las estrategias de afrontamiento orientadas a los problemas. La mejora en la focalización para la solución del problema refleja una habilidad crítica para manejar de manera efectiva los desafíos y las dificultades, lo cual es especialmente relevante en la población de adultos mayores que enfrenta situaciones estresantes y cambios en su vida cotidiana y máxime en víctimas de un conflicto armado. Un aspecto notable es el mantenimiento del efecto a lo largo del tiempo, con mejoras significativas observadas no solo inmediatamente después de la intervención sino también en la medición de seguimiento. Esto indica que la intervención no solo fue eficaz en el corto plazo, sino que también contribuyó a un cambio duradero en la forma en que los participantes abordan los problemas. La mejora en la focalización para la solución del problema es congruente con la literatura que indica que las intervenciones basadas en la reminiscencia y otras terapias similares pueden promover habilidades de afrontamiento más efectivas en adultos mayores. Estudios previos han mostrado que las intervenciones que fomentan la reflexión sobre experiencias pasadas y la resolución de problemas pueden fortalecer las estrategias de afrontamiento (Meléndez et al., 2015b)

La dimensión de reevaluación positiva que estudia la capacidad de los adultos mayores para reinterpretar situaciones estresantes de manera que les permitan encontrar aspectos positivos o significativos en ellas un efecto principal bajo para grupo, pero significativo para

las mediciones, y la interacción. Los resultados indican que la intervención en terapia de reminiscencia tuvo un efecto positivo significativo en la capacidad de los adultos mayores para llevar a cabo una reevaluación positiva de situaciones estresantes. Este hallazgo es relevante porque la mejora de esta dimensión permite a los individuos reinterpretar sus experiencias difíciles de una manera que puede reducir el malestar y aumentar el bienestar general. La capacidad para encontrar aspectos positivos en situaciones adversas puede contribuir a una mayor resiliencia y adaptación en la vida diaria, especialmente en situaciones estresantes como son las vividas en un conflicto armado. Además, el mantenimiento del efecto de la intervención, evidenciado por la mejora continua en la reevaluación positiva desde el post hasta el seguimiento, sugiere que las habilidades aprendidas durante la intervención no solo tuvieron un impacto inmediato, sino que también se integraron en el manejo de las situaciones estresantes a lo largo del tiempo. La capacidad de mantener la reevaluación positiva en el tiempo es crucial para el bienestar emocional a largo plazo, ya que permite a los adultos mayores continuar encontrando significados positivos en sus experiencias y manejar mejor las situaciones adversas (Butler, 1963; Erikson, 1982; Wong, 1995).

En relación a la dimensión de búsqueda de apoyo social los resultados indicaron un efecto principal significativo para el grupo, así como diferencias significativas entre las tres mediciones) y una interacción entre grupo y medición, donde el grupo tratamiento mostró un aumento significativo en la búsqueda de apoyo social desde el pretest hasta las mediciones post, con un efecto mantenido en el seguimiento dos meses después de la intervención. Estos resultados sugieren la efectividad de la terapia para aumentar la búsqueda de apoyo social en los adultos mayores afectados por el conflicto armado en Colombia. La búsqueda activa de apoyo social es una estrategia de afrontamiento clave que puede ayudar a los individuos a gestionar el estrés y las dificultades asociadas con eventos traumáticos, como el conflicto armado. La intervención parece haber facilitado que los participantes reconocieran la importancia de recurrir a sus redes sociales para recibir apoyo emocional y práctico, lo cual es crucial en contextos de trauma y adversidad. La capacidad para mantener y utilizar la búsqueda de apoyo social a lo largo del tiempo es importante para el manejo sostenido del estrés y la mejora de la calidad de vida, especialmente en poblaciones afectadas por eventos traumáticos prolongados. El contexto del conflicto armado en Colombia puede haber influido significativamente en la importancia y la utilización del apoyo social. Los adultos mayores

víctimas del conflicto armado a menudo enfrentan un mayor estrés y dificultades emocionales debido a experiencias traumáticas y pérdidas significativas. En este contexto, la búsqueda de apoyo social puede ser particularmente relevante como una forma de obtener ayuda, consuelo y recursos adicionales para enfrentar las secuelas del conflicto. La intervención en terapia de reminiscencia puede haber facilitado una mayor apertura y disposición para buscar apoyo en un contexto donde la red social puede ser una fuente crucial de resiliencia y recuperación. Los resultados presentados en esta investigación tienen similitud a los reportados por Wu (2011) quien demostró el efecto positivo de la terapia en reminiscencia integrativa en un grupo de personas víctimas del conflicto armado.

De forma general en relación a las dimensiones de afrontamiento orientado al problema se puede afirmar que las situaciones de guerra y hechos victimizantes que experimentaron los mayores en el Catatumbo influyeron sobre la percepción de los acontecimientos de la vida diaria, el estrés agudo modifica gradualmente los pensamientos, las emociones y la conducta de las personas en momentos de crisis. Este estudio demuestra que al estimular los recuerdos de la vida pasada utilizando técnicas como la reminiscencia se obtienen mejores niveles de afrontamiento, ya que al rememorar acontecimientos vividos se puede lograr un cambio más positivo en la estructura de los pensamientos, mostrando una evaluación de la vida misma más positiva, permitiendo la confrontación de la realidad al focalizar la solución del problema desde la acción, lo cual ayuda de manera automática a disminuir los pensamientos subjetivos. Es decir, al confrontar la realidad de la vida y encontrar en los acontecimientos del pasado una respuesta positiva se obtiene una realidad más objetiva y una mejor regulación de las emociones (Carver et al., 1989; Lazarus y Folkman, 1986), aunque el uso de estas estrategias puede ser diferente para cada persona (Tomás et al., 2012) ya que la experiencia y los sucesos vividos en cada etapa de la vida, dan a los mayores herramientas diversas y particulares que luego utilizará (Lazarus y DeLongis, 1983). Autores como Meléndez et al. (2013) muestran que, al mejorar los niveles asociados a los recursos psicológicos, como las estrategias de afrontamiento orientadas la resolución de problemas, una revalorización más positiva de la vida y la búsqueda de apoyo social, se da un aumento sobre los factores relacionados a la autoeficacia y la resiliencia mejorando a su vez el a la vida (Woods et al., 2005; Woods et al., 2012).

Por lo que se refiere las dimensiones orientadas a la emoción, en la expresión emocional

abierta las medias marginales estimadas se redujeron en el grupo tratamiento lo que sugiere que los participantes eran capaces de expresar menos abiertamente sus emociones después de la intervención y que esta tendencia se mantenía dos meses después. En el contexto de las estrategias de afrontamiento, esta dimensión puede ser considerada desadaptativa si implica una expresión descontrolada o inadecuada de las emociones. La disminución en la puntuación podría interpretarse positivamente, indicando que los participantes están aprendiendo a regular sus emociones de manera más efectiva. Una reducción en la expresión emocional abierta podría reflejar una mayor capacidad para manejar y procesar las emociones sin la necesidad de externalizarlas constantemente. En el caso de adultos mayores que han experimentado trauma, como las víctimas del conflicto armado en Colombia, la regulación adecuada de las emociones es crucial. Una menor expresión emocional abierta puede significar que los participantes están desarrollando estrategias más efectivas para manejar sus sentimientos de manera interna, evitando la sobrecarga emocional que podría surgir de una expresión desmedida. Esto puede llevar a una mayor estabilidad emocional y bienestar general. Además, la intervención podría estar ayudando a los participantes a encontrar un equilibrio saludable en la expresión de sus emociones, permitiendo una mejor adaptación a sus circunstancias. La literatura sobre regulación emocional sugiere que una expresión emocional descontrolada puede ser perjudicial para el bienestar. Por lo tanto, una disminución en la expresión emocional abierta podría ser indicativa de una mejor capacidad para regular las emociones, lo cual es generalmente considerado positivo en la gestión de emociones y estrés.

Los resultados también muestran una disminución significativa en la autofocalización negativa en el grupo tratamiento después de la intervención. La autofocalización negativa es una estrategia desadaptativa que implica centrarse en los defectos personales y fallos, lo cual puede llevar a un aumento en el estrés y disminuir el bienestar general. La reducción en las puntuaciones en esta dimensión es, por tanto, un resultado positivo. Indica que los participantes están disminuyendo su tendencia a evaluar negativamente a sí mismos, lo cual es una señal de mejora en la percepción y gestión de sus propios problemas y dificultades. Al reducir la autoevaluación negativa, los participantes pueden experimentar una mayor autoaceptación y una disminución en la autocrítica destructiva, lo que contribuye a una mejor salud mental y emocional. Esto es particularmente relevante en el contexto de adultos mayores afectados por el conflicto armado en Colombia. En este sentido, los participantes podrían estar desarrollando

una mayor autoestima y autoaceptación como resultado de la intervención ya que la intervención podría estar ayudando a cambiar su perspectiva sobre sí mismos, centrándose más en aspectos positivos o neutrales en lugar de en sus fallos.

Respecto a la evitación los resultados muestran que en el grupo tratamiento, la estrategia se incrementó significativamente con diferencias entre el pretest y las mediciones post y seguimiento. Para los adultos mayores afectados por el conflicto armado en Colombia, la evitación puede haber servido como un mecanismo para manejar el estrés inmediato durante el proceso de intervención. En situaciones agudas, evitar la exposición a recuerdos o situaciones estresantes puede proporcionar un alivio temporal y permitir que los individuos se adapten emocionalmente a la intervención. El aumento observado en la evitación en el grupo tratamiento podría indicar que los participantes están utilizando esta estrategia para manejar el impacto emocional de la intervención, especialmente cuando se enfrentan a recuerdos dolorosos del conflicto armado. Este aumento puede reflejar una respuesta adaptativa a las demandas emocionales de la terapia de reminiscencia, donde la evitación ofrece una forma de reducir el malestar inmediato. A pesar de que la evitación puede ser útil a corto plazo, su uso prolongado puede tener implicaciones negativas. La evitación crónica está asociada con un menor enfrentamiento de problemas, lo cual puede llevar a una acumulación de estrés y una falta de desarrollo de habilidades efectivas de afrontamiento. El hecho de que no se observaran diferencias entre el post y seguimiento sugiere que el efecto de evitación se mantuvo, pero a largo plazo, podría ser necesario complementar la intervención con estrategias que fomenten el afrontamiento directo.

Finalmente, los resultados de la estrategia religión muestran un aumento significativo en el grupo tratamiento desde el pretest hasta el post y el seguimiento. Aunque la religión puede ofrecer consuelo y apoyo emocional, en este contexto podría considerarse una estrategia de afrontamiento desadaptativa porque puede involucrar pensamientos mágicos o creencias que no necesariamente promueven soluciones prácticas a problemas reales. Las estrategias basadas en la religión pueden llevar a una pasividad o dependencia excesiva en la intervención divina o en la fe, en lugar de enfrentar activamente los problemas y buscar soluciones concretas, si bien, la religión a menudo juega un papel importante en la vida de los individuos mayores, proporcionando un sentido de propósito y consuelo en tiempos de estrés. El aumento

significativo en la estrategia de religión indicaría que la intervención puede haber facilitado un mayor compromiso con prácticas religiosas entre los participantes. Esto podría ser un indicio de que los participantes encontraron en su fe un recurso valioso para enfrentar el impacto emocional de la intervención y del conflicto armado. La literatura sugiere que las estrategias de afrontamiento basadas en la religión pueden ser adaptativas, especialmente en contextos de adversidad y estrés prolongado (Alzugaray et al., 2023). La religión puede proporcionar apoyo emocional, sentido de comunidad y esperanza, lo cual es consistente con el aumento observado en esta dimensión.

En relación a los objetivos cinco, seis y siete, se presenta a continuación la discusión en relación a las Funciones de Reminiscencia y cómo el uso de la reminiscencia puede influir en la salud mental y el bienestar emocional de los adultos mayores. Evaluar estas funciones permite comprender cómo la reminiscencia puede ser utilizada de manera efectiva para apoyar a los adultos mayores en su desarrollo personal y su bienestar psicológico. A través de este enfoque, buscamos analizar los efectos de la intervención en reminiscencia integrativa sobre estas funciones y discutir los resultados obtenidos en relación con la teoría y la práctica en el campo del envejecimiento y la salud mental.

Los resultados obtenidos para las funciones relacionadas con el self-positivo (H5) tras la intervención en reminiscencia integrativa destacan un impacto significativo y sostenido en los adultos mayores. En particular, la intervención ha demostrado ser efectiva en mejorar las funciones relacionadas con el self positivo en adultos mayores, promoviendo una mayor identidad personal, capacidad de resolución de problemas y preparación para la muerte. Estos resultados sugieren que el uso de la reminiscencia como herramienta terapéutica puede ser beneficioso para fortalecer el bienestar emocional y psicológico en esta población. Resultados similares fueron reportados por Bluck et al. (2005) y Webster (1993), quienes mostraron que este tipo de reminiscencias están intrínsecamente vinculadas con el significado, la continuidad y el sentido de la identidad, relacionándose directamente con la salud física y mental, mejorando los procesos internos psicológicos de autoeficacia y una mejor percepción de sí mismo.

Los resultados obtenidos en relación con la Función de Identidad reflejan un impacto significativo de la intervención en reminiscencia integrativa sobre la percepción de la identidad en los adultos mayores. Los análisis estadísticos muestran que el grupo de tratamiento

experimentó mejoras significativas en la función, evidenciadas por un aumento notable en las puntuaciones desde la medición pre-intervención hasta el post y el seguimiento. Esta mejora no solo fue significativa, sino que el efecto se mantuvo de manera consistente dos meses después de la intervención. El incremento en la función de identidad en el grupo de tratamiento sugiere que la reminiscencia integrativa puede ser una herramienta poderosa para ayudar a los adultos mayores a reafirmar y encontrar continuidad en su sentido del yo y su historia personal. Desde una perspectiva teórica, estos resultados son consistentes con la literatura existente que sostiene que la reminiscencia puede proporcionar una plataforma para que los individuos mayores revisen y reafirmen su identidad personal. La capacidad de conectar el pasado con el presente y encontrar significado en las experiencias vividas ayuda a mantener un sentido de continuidad personal, lo cual es crucial para el bienestar psicológico en la vejez. Además, el mantenimiento del efecto a largo plazo resalta la importancia de la reminiscencia no solo como una estrategia temporal, sino como una intervención que puede tener beneficios duraderos en la construcción y preservación de la identidad en la vida de los adultos mayores.

Los resultados obtenidos para la Función de Resolución de Problemas también revelan efectos positivos significativos en los adultos mayores víctimas del conflicto que participaron en el programa. El análisis muestra un incremento sustancial en las puntuaciones de esta función en el grupo de tratamiento y esta mejora se mantuvo consistente dos meses después de la intervención, lo que indica un efecto duradero en la capacidad de los participantes para utilizar la reminiscencia como una herramienta para resolver problemas facilitando el uso de estas experiencias para desarrollar y aplicar estrategias de afrontamiento efectivas frente a problemas actuales. La reminiscencia puede ser una herramienta útil para la resolución de problemas al permitir a los individuos reflexionar sobre soluciones anteriores y adaptar esas estrategias a situaciones presentes. La capacidad de revisar y reconfigurar experiencias pasadas puede ofrecer una perspectiva valiosa y prácticas efectivas para abordar desafíos actuales, contribuyendo así a un mayor sentido de competencia y autoeficacia en la vida diaria. Este impacto positivo y duradero subraya la relevancia de incorporar la reminiscencia como una estrategia clave en programas dirigidos a promover el bienestar y la capacidad de afrontamiento en la vejez y en personas que han sido víctimas de un conflicto armado.

Los resultados de la intervención en reminiscencia integrativa para la Función de

Preparación para la Muerte indican una mejora significativa en los adultos mayores del grupo de tratamiento siendo este hallazgo particularmente relevante dado el contexto de los participantes, que incluye no solo su avanzada edad, sino también su experiencia como víctimas del conflicto armado en Colombia. Esta función se refiere a la capacidad de utilizar la reminiscencia para enfrentar el miedo a la muerte y prepararse para el final de la vida. En el caso de los adultos mayores afectados por el conflicto armado, la preparación para la muerte puede estar íntimamente ligada a experiencias traumáticas y pérdidas significativas, lo que hace que el proceso de enfrentar la propia mortalidad sea aún más complejo. Los resultados sugieren que la intervención en reminiscencia integrativa ha sido efectiva en proporcionar a los participantes una forma de explorar y reconciliar sus sentimientos sobre la muerte, ayudándoles a enfrentar el final de la vida con mayor serenidad y aceptación, asimismo Satorres et al. (2021) reportan resultados positivos sobre las variables adaptativas en personas mayores.

La reminiscencia integrativa, al ofrecer un espacio para revisar y procesar experiencias pasadas, puede haber proporcionado un medio para que los participantes reconciliaran sus experiencias de vida con sus expectativas y temores sobre la muerte. Dado que estos adultos mayores han vivido experiencias traumáticas asociadas con el conflicto armado, la capacidad de prepararse para la muerte podría haber sido especialmente desafiante. La intervención parece haber proporcionado un contexto de apoyo y reflexión que ha facilitado este proceso de preparación, al ayudar a los participantes a integrar sus experiencias de vida y enfrentar el final de la vida con una mayor sensación de paz y resolución.

La intervención en reminiscencia integrativa ha demostrado ser efectiva en la reducción de las funciones relacionadas con el self-negativo (H6), ofreciendo beneficios tangibles en la reducción del aburrimiento, el mantenimiento de la intimidad emocional y la disminución de la amargura. Estos hallazgos sugieren que la reminiscencia integrativa no solo ayuda a los adultos mayores a enfrentar desafíos emocionales negativos, sino que también proporciona un contexto de apoyo y reflexión que facilita la mejora en áreas clave del bienestar psicológico. La capacidad de la intervención para reducir las funciones negativas del self es especialmente importante dado el contexto complejo de los participantes, incluidos sus antecedentes de trauma y sufrimiento asociado con el conflicto armado.

La intervención en reminiscencia integrativa ha tenido un impacto significativo en la

función de reducción del aburrimiento entre los adultos mayores participantes. Los resultados muestran que, a diferencia del grupo control, el grupo de tratamiento experimentó una mejora notable en la reducción del aburrimiento desde la medición previa hasta las mediciones posteriores. Este efecto es especialmente relevante dado que el aburrimiento en los adultos mayores puede ser indicativo de una falta de estimulación cognitiva y social, aspectos críticos para su bienestar general. El aumento en la ocupación mental y el estímulo cognitivo proporcionado por la intervención sugiere que la reminiscencia integrativa ofrece una manera efectiva de mantener a los adultos mayores comprometidos y activos. Al promover la revisión y reflexión sobre experiencias pasadas, la intervención no solo combate el aburrimiento, sino que también fomenta una mayor activación cognitiva y emocional. La estabilidad de este efecto durante dos meses posteriores a la intervención indica que los beneficios obtenidos son duraderos, proporcionando una base sólida para el mantenimiento de la activación mental y la reducción del aburrimiento a largo plazo. Dado que la reducción del aburrimiento contribuye a la mejora general en la calidad de vida y el bienestar emocional, estos resultados subrayan la efectividad de la reminiscencia integrativa como una herramienta valiosa para enriquecer la vida de los adultos mayores. La capacidad de la intervención para mitigar el aburrimiento y ofrecer una forma significativa de ocupación mental destaca su importancia en la promoción de un envejecimiento activo y satisfactorio.

Los resultados la función de Mantenimiento de la Intimidad indican una mejora significativa en el grupo de tratamiento, mostrando un aumento en su capacidad para mantener la memoria de personas significativas en sus vidas de forma adaptativa. Esta mejora es destacable dado que los participantes son adultos mayores y víctimas del conflicto armado en Colombia. En su caso, el mantenimiento de la intimidad no solo involucra la preservación de recuerdos valiosos, sino también la conexión con experiencias y relaciones que han sido profundamente impactadas por traumas y pérdidas. Además, los resultados sugieren que los beneficios se han sostenido a lo largo del tiempo, subrayando la efectividad de la intervención en apoyar la preservación de relaciones significativas y recuerdos importantes. Esto no solo contribuye a la estabilidad emocional de los participantes, sino que también refuerza la importancia de la reminiscencia en la consolidación de la identidad y la continuidad personal.

Para la Función de Reavivamiento de la Amargura se obtuvo una reducción significativa

en los niveles de reavivamiento de recuerdos de injusticias y experiencias negativas en el grupo de tratamiento en comparación con el grupo control. Este hallazgo es particularmente relevante para los participantes del grupo tratamiento ya que el reavivamiento de la amargura puede estar estrechamente vinculado a recuerdos dolorosos y traumas asociados con el conflicto. La intervención en reminiscencia integrativa parece haber sido efectiva en reducir la intensidad de estos recuerdos negativos, facilitando una forma más saludable de procesar experiencias difíciles. Asi, la intervención ha proporcionado a los participantes, herramientas para revisar y reinterpretar sus experiencias pasadas de manera menos dolorosa. Esto puede haber contribuido a una mayor capacidad para enfrentar el pasado sin dejarse abrumar por él, permitiendo a los participantes vivir con menos carga emocional y resentimiento y posiblemente ha facilitado un cambio hacia una perspectiva más equilibrada y menos cargada emocionalmente. Este efecto positivo contribuye a una mejor salud mental y bienestar emocional, destacando la importancia de esta intervención en el contexto de experiencias traumáticas y pérdidas significativas.

La intervención en reminiscencia integrativa ha tenido un impacto notable en la función prosocial de los adultos mayores (H7), como se refleja en las dimensiones de conversación y enseñar/informar. Estas dimensiones son cruciales para fomentar la participación social y mantener un sentido de propósito en la vida cotidiana, especialmente en la vejez.

La intervención en reminiscencia integrativa ha mostrado un impacto notable en la función de conversación entre los adultos mayores, especialmente en el contexto único de los participantes como víctimas del conflicto armado. La intervención facilitó una notable mejora en la habilidad de los participantes para conversar, con diferencias significativas observadas entre el pre y el post, y mantenidas en el seguimiento. Esto sugiere que la reminiscencia integrativa no solo mejoró la capacidad de los adultos mayores para interactuar de manera significativa, sino que también contribuyó a la sostenibilidad de estos beneficios, con efectos perdurables hasta dos meses después de la intervención. La capacidad de participar en conversaciones significativas puede ofrecerles una forma de procesar sus experiencias y compartir sus historias, lo que puede ser crucial para su recuperación emocional y social. La intervención proporcionó un espacio para que los participantes reflexionaran sobre sus vivencias y compartieran su perspectiva, lo que puede haber ayudado a mitigar el impacto del aislamiento social y promover una mayor sensación de conexión y pertenencia. Estos resultados

destacan la importancia de incorporar la reminiscencia integrativa en los programas de apoyo para adultos mayores, especialmente para aquellos que han sido víctimas de conflictos. Mejorar la capacidad para participar en conversaciones significativas puede tener efectos profundos en su bienestar emocional y social, ayudándoles a enfrentar y superar los desafíos del aislamiento y el trauma, estos resultados también son similares a los presentados en otras investigaciones (Forstmeier et al., 2020).

Finalmente, en la función de enseñar/informar se obtuvieron diferencias notables entre las mediciones pre, post y seguimiento y la intervención mejoró de manera significativa la capacidad de los participantes para enseñar e informar a otros sobre sus experiencias y conocimientos pasados. Como víctimas del conflicto armado, muchos adultos mayores han acumulado una riqueza de experiencias y conocimientos sobre la historia y las realidades de su vida, que a menudo permanecen sin compartir. La capacidad de enseñar e informar puede proporcionarles una forma de recuperar su voz y contribuir al entendimiento y la memoria colectiva de su comunidad. Además, compartir sus experiencias puede ser una forma de dar sentido a sus vivencias y encontrar un propósito en el proceso de transmitir su legado a las generaciones futuras. Incorporar la función de enseñar/informar en programas dirigidos a adultos mayores, especialmente aquellos que han vivido situaciones extremas como el conflicto armado para un aspecto significativo de las intervenciones. Facilitar el proceso de compartir conocimientos y experiencias no solo enriquece la vida de los participantes, sino que también contribuye a la preservación de la memoria histórica y al fortalecimiento de la identidad cultural y comunitaria.

Esta investigación presenta varias limitaciones que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, la muestra utilizada en el estudio puede no ser representativa de toda la población de personas mayores víctimas del conflicto armado en Colombia, lo que limita la generalización de los resultados a diferentes subgrupos dentro de esta población. Además, la homogeneidad de la muestra podría haber influido en los resultados, haciendo que estos no sean aplicables a un espectro más amplio de individuos con características demográficas diversas. En segundo lugar, el periodo de seguimiento de dos meses, aunque muestra efectos sostenidos a corto plazo, puede no ser suficiente para evaluar la durabilidad de los beneficios de la intervención en reminiscencia integrativa a largo plazo. La falta de un seguimiento más prolongado impide

conocer si los efectos positivos observados se mantienen con el tiempo o si se requieren intervenciones adicionales para sostenerlos. Por último, la naturaleza auto-reportada de algunas medidas podría introducir sesgos de respuesta, ya que los participantes pueden haber respondido de manera que percibieron como socialmente deseable en lugar de reflejar sus verdaderas experiencias y sentimientos.

Para futuras investigaciones, se sugiere ampliar la muestra para incluir una mayor diversidad de participantes, tanto en términos de características demográficas como en experiencias de vida relacionadas con el conflicto armado. Esto permitirá una mayor generalización de los resultados y una mejor comprensión de cómo diferentes subgrupos pueden beneficiarse de la intervención. Asimismo, sería beneficioso extender el periodo de seguimiento para evaluar la durabilidad de los efectos de la intervención a largo plazo y determinar si se necesitan sesiones de refuerzo para mantener los beneficios. Además, se podrían incorporar métodos de evaluación más objetivos, como observaciones directas o evaluaciones realizadas por terceros, para complementar las medidas auto-reportadas y reducir el riesgo de sesgos de respuesta. Por último, explorar la integración de la reminiscencia integrativa con otras intervenciones terapéuticas podría ofrecer un enfoque más holístico y potencialmente más efectivo para apoyar a las personas mayores víctimas del conflicto armado en su proceso de envejecimiento saludable.

CAPÍTULO 7
CONCLUSIONES

1. Los participantes mostraron una disminución significativa en los síntomas de depresión tras la intervención. Esto evidencia el impacto positivo de la reminiscencia integrativa en la salud mental, proporcionando una herramienta eficaz para reducir la depresión en adultos mayores afectados por el conflicto armado.
2. La intervención resultó en un aumento de la satisfacción con la vida y de la resiliencia entre los participantes. Al facilitar la reconciliación con experiencias pasadas y promover una visión más positiva del futuro, la reminiscencia integrativa ha mejorado la percepción general de bienestar y satisfacción de los adultos mayores, así como su capacidad de resiliencia.
3. La intervención en reminiscencia integrativa ha mostrado ser efectiva en mejorar las habilidades de afrontamiento de los adultos mayores víctimas del conflicto armado en el Catatumbo. Las estrategias de afrontamiento orientadas al problema, como la focalización para la solución del problema, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social, mostraron mejoras significativas.

4. La reminiscencia integrativa ayudó a los participantes a consolidar su identidad personal y continuidad, permitiéndoles reflexionar sobre sus experiencias pasadas y compartir sus historias, lo cual es crucial para su recuperación emocional.
5. La intervención en reminiscencia integrativa facilitó a los adultos mayores la revisión de sus estrategias de afrontamiento anteriores, permitiéndoles evaluar y aprender de sus experiencias pasadas. Esto les proporcionó herramientas valiosas para enfrentar desafíos presentes y futuros.
5. La intervención resultó en una mejora significativa en la función de preparación para la muerte en los adultos mayores del grupo de tratamiento. Esto es particularmente relevante considerando su contexto de víctimas del conflicto armado en Colombia, ayudándoles a enfrentar el final de la vida con mayor serenidad y aceptación.
6. Los adultos mayores que recibieron la intervención mostraron una disminución significativa en la función de reducción del aburrimiento. Esto es especialmente relevante para los participantes que han experimentado el aislamiento y la falta de estimulación como consecuencia del conflicto armado.
7. La intervención ayudó a los participantes a mantener la memoria de seres queridos fallecidos y a procesar el duelo de manera más saludable. Esta mejora en el mantenimiento de la intimidad refleja un mejor manejo de la pérdida y el luto, crucial para su estabilidad emocional.
8. Hubo una notable disminución en la función de revivir la amargura, reduciendo la reactivación de recuerdos de viejas injusticias y experiencias negativas. Esto es particularmente significativo para los adultos mayores que han vivido traumas asociados con el conflicto armado, ayudándoles a liberarse de sentimientos persistentes de resentimiento y amargura.
9. Las funciones de conversación y enseñar/informar mostraron mejoras significativas, fomentando la participación social y el sentido de propósito en la vida cotidiana de los adultos mayores. Estas mejoras son cruciales para la estabilidad emocional y la

recuperación social de los participantes.

10. Los resultados indicaron que los efectos positivos de la intervención se mantuvieron dos meses después de finalizada, sugiriendo la durabilidad del impacto de la reminiscencia integrativa en las funciones evaluadas.
11. La intervención contribuyó a la regulación emocional de los participantes, reduciendo la intensidad de recuerdos negativos y traumáticos. Esto facilitó una forma más saludable de procesar experiencias difíciles, disminuyendo la carga emocional y el resentimiento.
12. La reminiscencia integrativa proporcionó a los adultos mayores una forma de explorar y reconciliar sus sentimientos y experiencias traumáticas relacionadas con el conflicto armado, ayudándoles a enfrentar el final de la vida con mayor serenidad y aceptación.
13. La intervención demostró ser útil para proporcionar un contexto de apoyo y reflexión, permitiendo a los participantes integrar sus experiencias de vida y encontrar significado y aceptación, a pesar de las difíciles circunstancias que han enfrentado.

CAPÍTULO 8
REFERENCIAS

Acuña Gurrola, M. D. R., y González Celis Rangel, A. L. (2010). Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues, 2*, 71-81. https://doi.org/10.5460/jbhsi.v2.2.26792

Akdağ, S., Korkmaz, B., Tiftik, T., & Uzer, T. (2023). Ruminative reminiscence predicts COVID-related stress symptoms while reflective reminiscence and social reminiscence predict post-COVID growth. *Current Psychology*. https://doi.org/10.1007/s12144-023-04750-7

Alea, N., & Bluck, S. (2003). Why are you telling me that? A conceptual model of the social function of autobiographical memory. *Memory, 11*, 165-178. https://doi.org/10.1080/741938207

Alonso, R., Duarte, E., Pereira, H., y Esgalhado, M. (2010). Construcción de un programa individual de reminiscencia para mayores con Demencia residentes en una institución. International *Journal of Developmental and Educational Psychology, 2*, 643-650.

Alzugaray Ponce, C., Fuentes Aguilar, A., Villagrán Valenzuela, L., & Moraga Torres, R.

(2023). La adversidad y sus consecuencias psicosociales, comunitarias y exclusión social. *Rumbos TS, 18*, 117-138.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.

American Psychological Association (2003). *Guidelines for psychological practice with older adults*. APA. Recuperado de http://www.apa.org/practice/guidelines/older-adults.pdf

Amnistía Internacional (2010). *Informe 2010: El estado de los derechos humanos en el mundo*. Amnistía Internacional. Descargado el 30 de noviembre de 2023 de https://www.amnesty.org/es/documents/pol10/002/2010/es/

Araníbar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de población de la CEPAL.

Arévalo, B. (2013). Grupo de Memoria Histórica (GMH), ¡Basta ya! Colombia: Memorias de Guerra y Dignidad, Imprenta Nacional. *Revista Historia y Justicia, 9*, 235-242. https://doi.org/10.4000/rhj.6237

Arroyave, E. O. (2017). *Tecnologías de poder, alteridades y prácticas genocidas en Colombia entre 1980 - 2010. Exterminios masivos, dentro y fuera de la guerra* [Tesis de doctoral, Universidad de Antioquia]. Universidad de Antioquia.

Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2000). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema, 12*(2), 314-319.

Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology, 23*, 611-626. https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review 84*, 191-215. https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). Academic Press.

Barel, E., Van Ijzendoorn, M. H., Sagi-Schwartz, A., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2010). Surviving the Holocaust: A meta-analysis of the long-term sequelae of a genocide.

Psychological Bulletin, 136, 677-698. https://doi.org/10.1037/a0020339

Barrientos, A. (2021). Desigualdades en la seguridad del ingreso en la vejez en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública, 45*, e85. https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.85

Barrio del Campo, J. (2014). Envejecimiento saludable. Aportaciones para la activación cerebral. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 7*, 541-549.

Bar-Tur, L., & Levy-Shiff, R. (1994). Holocaust review and bearing witness as a coping mechanism of an elderly holocaust survivor. *Clinical Gerontologist, 14*, 5-16. https://doi.org/10.1300/J018v14n03_02

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.

Bell, V., Méndez, F., Martínez, C., Palma, P. P., & Bosch, M. (2012). Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. *Conflict and Health, 6*, 1-8. https://doi.org/10.1186/1752-1505-6-10

Birren, J. E. (1964). *The psychology of aging*. Prentice Hall.

Bluck, S., & Alea, N. (2002). Exploring the functions of autobiographical memory: Why do I remember the autumn? In J. D. Webster, & B. K. Haight (Eds.), *Critical advances in reminiscence work: From theory to application* (pp. 61-75). Springer Publishing Company.

Bluck, S., & Levine, L. J. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: A catalyst for reminiscence theory development. *Ageing & Society, 18*, 185-208. https://10.1017/S0144686X98006862

Bluck, S., Alea, N., Habermas, T., & Rubin, D. C. (2005). A tale of three functions: The self-reported uses of autobiographical memory. *Social Cognition, 23*, 91-117. https://doi.org/10.1521/soco.23.1.91.59198

Bohanek, J. G., Fivush, R., & Walker, E. (2005). Memories of positive and negative emotional events. *Applied Cognitive Psychology, 19,* 51-66. https://doi.org/10.1002/acp.1064

Bohlmeijer, E., Kramer, J., Filip, S., Onrust, S., & Marwijk, H. (2009). The effects of integrative reminiscence on depressive symptomatology and mastery of older adults. *Community Mental Health Journal, 45*, 476-484. https://doi.org/ 10.1007/s10597-009-9246-z.

Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health, 11*, 291-300. https://doi.org/10.1080/13607860600963547

Bonanno, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K., & Greca, A. M. L. (2010). Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. *Psychological Science in the Public Interest, 11*, 1-49. https://doi.org/10.1177/1529100610387

Borda, M. G., González, J. C. A., David, D. G., González, E. M., y Cano, C. A. (2016). Dolor en el anciano: calidad de vida, funcionalidad y factores asociados. Estudio SABE, Bogotá, Colombia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 51*, 140-145. https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.07.001

Botero, A. y Gutiérrez, M. (2014). *Mecanismos de afrontamiento al conflicto armado en mujeres de la región del sur de bolívar-Colombia*. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Javeriana]. Pontificia Universidad Javeriana Repositorio: https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/19071/BoteroBermudezAnaMaria2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Brandtstädter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging, 5*, 58-67. https://doi.org/10.1037/0882-7974.5.1.58

Brandtstädter, J. (1999). The self in action and development: Cultural, biosocial, and ontogenetic bases of intentional self-development. In J. Brandtstädter, & R. M. Lerner (Eds.), *Action y self-development: Theory and research through the life span* (pp. 37-65). Sage Publications, Inc.

Brennan, P., Holland, J., Schutte, K., & Moos, R. (2012). Coping trajectories in later life: A 20-year predictive study. *Aging and Mental Health, 16*, 305-316. https://doi.org/10.1080/13607863.2011.628975

Brubaker, R. & Cooper, F. (2000). Beyond identity. *Theory and Society, 29*, 1-47.

Burnside, I., & Haight, B. K. (1992). Reminiscence and life review: Analysing each concept. *Journal of Advanced Nursing, 17*, 855-862. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb02008.x

Butler, R. N. (1963). The life-review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry, 26*, 5-76. https://doi.org/10.1080/00332747.1963.11023339

Butler, R. N. (2002). The life review. *Journal of Geriatric Psychiatry, 35*, 7-10.

Cáceres Mendoza, A. E. *(2020). Conflicto armado y estado de derecho en Colombia. Un análisis diacrónico* [Tesis doctoral, Universidad Nacional de Colombia]. Universidad Nacional de Colombia Repositorio: https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/79192

Callado, D. M. (2022). *Reminiscencia integrativa en personas mayores que viven en residencias*. [Tesis doctoral, Universidad de Valencia]. Universidad de Valencia Repositorio: https://rodrigo.uv.es/handle/10550/81207

Campo-Arias, A., Oviedo, H. C. y Herazo, E. (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos y Trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 43*, 177-185. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.003

Canguilhem, G. (1986). *Lo normal y lo patológico.* Siglo veintiuno.

Cappeliez, P. (2002). Cognitive-reminiscence therapy for depressed older adults in day hospital and long-term care. In J. D. Webster, & B. K. Haight (Eds.), *Critical advances in reminiscence work: From theory to application* (pp. 300-313). Springer Publishing Company.

Cappeliez, P., & O'Rourke, N. (2006). Empirical validation of a model of reminiscence and health in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 61*, 237-244. https://doi.org/10.1093/geronb/61.4.P237

Cappeliez, P., & Robitaille, A. (2010). Coping mediates the relationships between reminiscence and psychological well-being among older adults. *Aging & Mental Health, 14*, 807-818. https://doi.org/10.1080/13607861003713307

Cappeliez, P., Guindon, M., & Robitaille, A. (2008). Functions of reminiscence and emotional

regulation among older adults. *Journal of Aging Studies, 22*, 266-272. https://doi.org/10.1016/j.jaging.2007.06.003

Cappeliez, P., O'Rourke, N., & Chaudhury, H. (2005). Functions of reminiscence and mental health in later life. *Aging & Mental Health, 9*, 295-301. https://doi.org/10.1080/13607860500131427

Carrascal, A. M. (2019). El desplazamiento forzado interno en la región del Catatumbo: Vulneración masiva de derechos. *Reflexión Política, 21,* 94–107. https://doi.org/10.29375/01240781.3467

Carstensen, L. L. (1993). Motivation for social contact across the lifespan: A theory of socioemotional selectivity. In J. E. Jacobs (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 209-254). University of Nebraska Press.

Carstensen, L. L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation & Emotion, 27*, 103-123. https://doi.org/10.1023/A:1024569803230

Carstensen, L. L., Gross, J. J., & Fung, H. H. (1997). The social context of emotional experience In K. W. Schaie, & M. P. Lawton (Eds.) *Annual review of gerontology and geriatrics, Vol. 17. Focus on emotion and adult development* (pp. 325-352). Springer Publishing Company.

Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U., & Nesselroade, J. R. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 644-655. https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.4.644

Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology, 61*, 679-704. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352

Carver, C. S., & Vargas, S. (2011). Stress, coping, and health. In H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford Handbook of health psychology* (pp. 162-188). Oxford University Press.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 267-283. https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267

Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. y Valdéz, N. (2003). Stress and coping among psychology students. *Revista de Psicología, 21*, 363-392.

https://doi.org/10.18800/psico.200302.006

Castro-Camacho, L., Barlow, D. H., García, N., Farchione, T. J., Idrobo, F., Rattner, M., Quant, D. M., González, L., & Moreno, J. D. (2023). Effects of a contextual adaptation of the unified protocol in multiple emotional disorders in individuals exposed to armed conflict in Colombia: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 80*, 991-999. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.2392

Castro-Camacho, L., Rattner, M., Quant, D. M., González, L., Moreno, J. D., & Ametaj, A. (2019). A contextual adaptation of the Unified Protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders in victims of the armed conflict in Colombia. *Cognitive and Behavioral Practice, 26*, 351-365. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.08.002

Centro Nacional de Memoria Histórica (2018). *Cifras: los registros estadísticos del conflicto armado colombiano*. CNMH. http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/micrositios/un-viaje-por-la-memoria-historica/pdf/cifras.pdf

Cerquera, A. M., Matajira, Y. J., Romero, K. L. y Peña, A. J. (2019). Estrategias de afrontamiento y resiliencia en adultos mayores víctimas del conflicto armado colombiano. *Tesis Psicológica, 14*, 66-82.

Cerquera, A. y Pabón, D. (2016). Resiliencia y variables asociadas en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. *Revista Colombiana de Psicología, 25*, 33-46. https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.44558

Chiang, K. J., Chu, H., Chang, H. J., Chung, M. H., Chen, C. H., Chiou, H. Y., & Chou, K. R. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. I*nternational Journal of Geriatric Psychiatry, 25*, 380-388. https://doi.org/10.1002/gps.2350

Ching-Teng, Y., Ya-Ping, Y., Chia-Ju, L., & Hsiu-Yueh, L. (2020). Effect of group reminiscence therapy on depression and perceived meaning of life of veterans diagnosed with dementia at veteran homes. *Social Work in Health Care, 59*, 75-90.

Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology, 9*, 797-815.

Clemente, A., Tartaglini, M. y Stefani, D. (2009). Estrés psicosocial y estilos de afrontamiento

del adulto mayor en distintos contextos habitacionales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 18*, 69-75.

Cohen, J. (1988). *Statistic power analysis in the behavioral sciences.* Erlbaum.

Coleman, P. G. (1974). Measuring reminiscence characteristics from conversation as adaptive features of old age. *International Journal of Aging and Human Development 5*, 281-294. https://doi.org/10.2190/2BH0-NRMW-TY8Q-DE

Coleman, P. G. (1986). *Aging and reminiscence processes: Social and clinical implications*. Wiley.

Coleman, P. G., & Podolskij, A. (2007). Identity loss and recovery in the life stories of Soviet World War II veterans. *The Gerontologist, 47*, 52-60. https://doi.org/10.1093/geront/47.1.52

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2022). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores*. CEPAL.

Connell, R. W. (1987). *Gender and Power*. Polity Press.

Correa-Montoya, L., Martínez-Restrepo, S., Enríquez, É., Pertuz, M. C., Montoya, S. y Acevedo, M. I. (2015). *Las personas mayores víctimas del conflicto armado*. Editorial Fundación Saldarriaga Concha.

Corte Constitucional de Colombia (1991). *Constitución Política de Colombia.* Gobierno de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co

Corte Interamericana de Derechos Humanos (2006). *Caso de la masacre de pueblo bello vs. Colombia sentencia de 31 de enero de 2006*. CIDH. Recuperado el 26 de mayo de 2020 de https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_140_esp.pdf

Cortés, J. (2010). La resiliencia: Una mirada desde la enfermería. *Ciencia y Enfermería, 16*, 27-32. https://doi.org/10.4067/S0717-95532010000300004

Crisp, J., Morris, T., & Refstie, H. (2012). Displacement in urban areas: New challenges, new partnerships. *Disasters, 36*, S23-S42. https://doi.org/10.1111/j.1467-7717.2012.01284.x

Cudris Torres, L., Guzmán Maciel, C. G., Gonzalez Mendoza, A. L., Silvera Torres, L. y Bolaño Acosta, L. (2020). Malestar psicológico en víctimas de violencia sexual, intrafamiliar y del conflicto armado. *Tempus Psicológico, 3*, 81-102.

https://doi.org/10.30554/tempuspsi.3.1.2878.2020

Dallman, M. F., Pecoraro, N., Akana, S. F., La Fleur, S. E., Gomez, F., Houshyar, H., Bell, M. E., Bhatnagar, S., Laugero, K. D., & Manalo, S. (2003). Chronic stress and obesity: A new view of "comfort food". *Proceedings of the National Academy of Sciences, 100*, 11696-11701. https://doi.org/10.1073/pnas.1934666100

David, P., & Pelly, S. (2003). *Caring for aging Holocaust survivors: A practice manual*. Baycrest Centre for Geriatric Care.

Defensoría del Pueblo (2006). Situación social y ambiental de la región del Catatumbo Norte de Santander. Defensoría del Pueblo. Recuperado el 4 de octubre de 2021 de https://www.defensoria.gov.co/documents/20123/1394305/XXVI-Informe-del-Defensor-del-Pueblo-al-Congreso.pdf/259c0106-f0b4-7bc8-ef9f-6b892c149d20?t=1650925685226

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (2018). *Censo Nacional de Población y Vivienda*. DANE. https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018

Dezutter, J., Wiesmann, U., Apers, S., & Luyckx, K. (2013). Sense of coherence, depressive feelings and life satisfaction in older persons: A closer look at the role of integrity and despair. *Aging and Mental Health, 17*, 839-843. https://doi.org/10.1080/13607863.2013.792780

Dhabhar, F. S., & McEwen, B. S. (1997). Acute stress enhances while chronic stress suppresses cellmediated immunity in vivo: A potential role for leukocyte trafficking. *Brain, Behavior, and Immunity. 11,* 286-306. https://doi.org/10.1006/brbi.1997.0508

Diener, E., Emmons, R. Larsen, R., & Griffin, S., (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*. 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*, 276-302. https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276

Dixon, J., & Durrheim, K. (2004). Dislocating identity: Desegregation and the transformation of place. *Journal of Environmental Psychology, 24*, 455-473.

https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2004.09.004

Drury, J., & Williams, R. (2012). Children and young people who are refugees, internally displaced persons or survivors or perpetrators of war, mass violence and terrorism. *Current Opinion in Psychiatry, 25*, 277-284. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328353eea6

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319-345. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0

Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. Norton.

Failache, E., Katzkowicz, N., Méndez, F., Parada, C. y Querejeta, M. (2022). *Envejecimiento y cuidados: principales características para cinco países de América latina*. Banco de Desarrollo de América Latina.

Fajardo, J. A. (2017). *La masacre de La Cantarrana: tensiones políticas y bandolerismo.* Recuperado el 26 de mayo de 2020 de https://repository.usta.edu.co/handle/11634/4328

Fernández Ballesteros, R., Zamarrón Casinello, M., López Bravo, M., Molina Martínez, M., Díez Nicolás, J., Montero López, P. y Schettini del Moral, R. (2010). Envejecimiento con éxito: Criterios y predictores. *Psicothema, 22*, 641-647.

Ferring, D., & Hoffmann, M. (2007). Still the same and better off than others? Social and temporal comparisons in old age? *European Journal of Ageing, 4*, 23-34. https://doi.org/10.1007/s10433-007-0045-5

Foa, E. B., Stein, D. J., & McFarlane, A. C. (2006). Symptomatology and psychopathology of mental health problems after disaster. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*(Suppl 2), 15-25.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 992-1003. https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992

Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging, 2*, 171-184. https://doi.org/10.1037/0882-

7974.2.2.171

Folstein, M., Folstein, S., & Mc Hugh, P. (1975). Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinical. *Journal of Psychiatric Research, 12*, 189-198. https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6

Forstmeier, S., van der Hal, E., Auerbach, M., Maercker, A., & Brom, D. (2020). Life review therapy for holocaust survivors (LRT-HS): Study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry, 20*, 1-13. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02600-5

Fortuna Terrero, F. B. (2016). *Reminiscencia en adultos mayores no institucionalizados de república dominicana: seguimiento de una intervención* [Tesis doctoral, Universidad Universidad de Valencia]. Universidad de Valencia Repositorio: https://roderic.uv.es/items/b12857f5-2212-432a-948b-29c30d0d9db1

Fried, M. (2000). Continuities and discontinuities of place. *Journal of Environmental Psychology, 20*, 193-205. https://doi.org/10.1006/jevp.1999.0154

Fullilove, M. T. (1996). Psychiatric implications of displacement: Contributions from the psychology of place. *American Journal of Psychiatry, 153*, 1516-1523. https://doi.org/10.1176/ajp.153.12.1516

Fundación Saldarriaga Concha y Fedesarrollo. (2015). *Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones*. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Recuperado el 15 de septiembre de 2021 de https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/Mision-colombia-Envejece-Completo.pdf

Gallón, G. (2017). Crisis y reajuste del esquema de concentración económica en Colombia 1980-1985. *Revista Controversia, 130*, 51-80. https://doi.org/10.54118/controver.v0i130.443

Garmendia, F. (2011). La violencia en América Latina. *Anales de la Facultad de Medicina, 72*, 269-276.

Gibson, F. (2011). *Reminiscence and life story work: A practice guide*. Jessica Kingsley Publishers.

Gil, I. G., Costa, P. J., Bobrowicz-Campos, E., Silva, R. M., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2022). Effectiveness of reminiscence therapy versus cognitive stimulation therapy in older adults with cognitive decline: A quasi-experimental pilot study. *Nursing Reports,*

12, 339-347. https://doi.org/10.3390/nursrep1202003

Gómez, C. y Campo A. (2008). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): Estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica, 10*(3), 735-743.

Goméz-Restrepo, C., Escudero, C. y Matallana, D. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Ministerio de Salud de Colombia. Recuperado el 19 de septiembre de 2023 de https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/ field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color. pdf

Gómez-Restrepo, C., Tamayo-Martínez, N., Buitrago, G., Guarnizo-Herreño, C. C., Garzón-Orjuela, N., Eslava-Schmalbach, J., de Vries, E., Rengifo, H., Rodríguez, A. y Rincón, C. J. (2016). Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 45*, 147-153. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.11.001

Greve, W., & Staudinger, U. M. (2006). Resilience in later adulthood and old age: Resources and potentials for successful aging. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 796-840). John Wiley & Sons, Inc.

Grupo de Memoria Histórica (GMH). (2013). ¡*Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad*. Imprenta Nacional. Recuperado el 15 de septiembre de 2021 de http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/basta-ya-colombia-memorias-de-guerra-y-dignidad-2016.pdf

Gusdorf, G. (1991). Condiciones y límites de la autobiografía. *Anthropos: Boletín de Información y Documentación, 29*, 9-18.

Gutiérrez, F., Wills, M. E. y Sánchez, G. (2005). *Nuestra guerra sin nombre. Transformaciones del conflicto en Colombia*. Universidad Nacional de Colombia

Haber, D. (2006). Life review: Implementation, theory, research, and therapy. *International Journal of Aging and Human Development, 63*, 153-171. https://doi.org/10.2190/DA9G-RHK5-N9JP-T6

Haight, B. K. (1988). The therapeutic role of structured life review process in homebound

elderly subjects. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 43*, 40-44. https://doi.org/10.1093/geronj/43.2.P40

Haight, B. K. (1991). Reminiscing: The state of the art as a basis for practice. *The International Journal of Aging and Human Development, 33*, 1-32. https://doi.org/10.2190/F8YP-D4X5-MV9M-CGMH

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152-1168. https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152

HelpAge. (2010). *Obligados a cambiar de horizontes: desplazamiento forzado, un enfoque diferencial para las personas adultas mayores en Cali, Colombia*. La Paz: HelpAge International. Recuperado el 8 de junio de 2023 de https://www.helpage.org/silo/files/obligados-a-cambiar-de-horizontesdesplazamiento-forzado-un-enfoque-diferencial-para-las-personas-adultas-mayores-encali-colombia.pdf

Hewitt Ramírez, N., Juárez Fernando, P., Baños Arturo, J., Guerrero Luzardo, J., Romero Chávez, Y. M. y Salgado Castilla, A. M. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología, 25*, 125-140. https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.49966

Hollon, S. D., & Garber, J. (1990). Cognitive therapy for depression: A social cognitive perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin, 16*, 58-73. https://doi.org/10.1177/0146167290161005

Hsieh, H. F., & Wang, J. J. (2003). Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 40*, 335-345. https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00101-3

Huijts, I., Kleijn, W. C., van Emmerik, A. A., Noordhof, A., & Smith, A. J. (2012). Dealing with man-made trauma: The relationship between coping style, posttraumatic stress, and quality of life in resettled, traumatized refugees in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 71-78. https://doi.org/10.1002/jts.21665

Human Rights Watch (2019). *La Guerra En El Catatumbo. Abusos de grupos armados contra civiles colombianos y venezolanos en el noreste de Colombia*. Human Rights Watch Recuperado el 25 de septiembre de 2021 de https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/colombia0819sp_web_0.pdf

Ilves, O. E., Hermsen, L., van der Wouden, J. C., Holla, J., van der Leeden, M., Smalbrugge, M., Leone, S. S., van der Horst, H. E., & Dekker, J. (2019). Are changes in pain, cognitive appraisals and coping strategies associated with changes in physical functioning in older adults with joint pain and chronic diseases? *Aging Clinical and Experimental Research, 31*, 377-383. https://doi.org/10.1007/s40520-018-0978-x

Infante, F. (2005). La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En A. Melillo y E. Suárez (Comp.), *Resiliencia descubriendo las propias fortalezas* (pp. 31-54). Paidós.

Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin, 107*, 156-176. https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.156

Internal Displacement Monitoring Centre (2011). *Colombia: A profile of the internal displacement situation 2011*. Norwegian Refugee Council.

International Committee of the Red Cross (2010). *Annual Report*. ICRC.

International Crisis Group (2006). *Colombia: ¿Hacia la paz y hacia la justicia?* Informe sobre América Latina No. 16. ACNUR. Recuperado el 25 de octubre de 2021 http://www.acnur.org/t3/uploads/media/COI_1337.pdf

Jack, H., Masterson, A. R., & Khoshnood, K. (2014). Violent conflict and opiate use in low and middle-income countries: A systematic review. *International Journal of Drug Policy, 25*, 196-203. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.11.003

James, W. (1910). *Psychology: the briefer course*. Holt.

Jaramillo-Moreno, R. A. y Cuevas Ramírez, C. A. (2020). Panorama científico de la relación entre la violencia intrafamiliar y de género y la resiliencia familiar: Posibilidades, retos y límites. *Diversitas: Perspectivas en Psicología, 16*, 113-130.

Kaap-Deeder, Jvd., Vermote, B., Waterschoot, J., Soenens, B., Morbee, S., & Vansteenkiste, M. (2022). The role of ego integrity and despair in older adults' well-being during the

Covid-19 crisis: The mediating role of need-based experiences. *European Journal of Ageing, 19*, 117-129. https://doi.org/10.1007/s10433-021-00610-0

Keating, N. C., Rodríguez Mañas, L., y de Francisco, A. (2021) Hacia el envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe: ¿no dejar a nadie atrás? *Revista Panamericana de Salud Pública, 45*, e120. https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.120

Kennedy, G. J., & Tanenbaum, S. (2000). Psychotherapy with older adults. *American Journal of Psychotherapy, 54*, 386-407. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2000.54.3.386

Kirchner, T., Forns, M., Muñoz, D., & Pereda, N. (2008). Psychometric properties and dimensional structure of the Spanish version of the Coping Responses Inventory-Adult Form. *Psicothema, 20*, 902-909.

Kleijn, G., Post, L., Witte, B. I., Bohlmeijer, E. T., Westerhof, G. J., Cuijpers, P., & Verdonck-De Leeuw, I. M. (2016). Psychometric characteristics of a patient reported outcome measure on ego-integrity and despair among cancer patients. *PLoS ONE, 11*, 4-11. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156003

Kovach, C. (1991). Reminiscence: Exploring the origins, processes, and consequences. *Nursing Forum, 26*, 14-20. https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.1991.tb00884.x

Krause, N., & Rainville, G. (2020). Age differences in meaning in life: Exploring the mediating role of social support. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 88*, 104008. https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104008

Kurtenbach, S. (2004). *El papel de los actores externos en la contención de la violencia en Colombia*. Instituto de Estudios Iberoamericanos.

Lagos-Gallego, M., Gutierrez-Segura, J. C., Lagos-Grisales, G. J., & Rodriguez-Morales, A. J. (2017). Post-traumatic stress disorder in internally displaced people of Colombia: an ecological study. *Travel Medicine and Infectious Disease, 16*, 41-45. https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2017.02.008

Larizgoitia, I., Izarzugaza, I., Iraurgi, I., Ballesteros, J., Forero, C., Markez, I., y Alonso, J. (2011). Impacto de la violencia colectiva en la salud. Resultados del estudio ISAVIC en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria, 25*, 108-114. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.09.019

Lazarus, R. (2006). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. Springer Publishing Company.

Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future*. Psychosomatic Medicine, 55,* 234-247.

Lazarus, R. S., & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist, 38*, 245-254. https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.3.245

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

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Ediciones Martínez Roca.

Lewis, C. N. (1971). Reminiscing and self-concept in old age. *Journal of Gerontology 26*, 240-243. https://doi.org/10.1093/geronj/26.2.240

Lewis, M. I., & Butler, R. N. (1974). Life-review therapy. Putting memories to work in individual and group psychotherapy. *Geriatrics, 29*, 165-173.

Lieberman, M. A., & Tobin, S. S. (1983). *The experience of old age: Stress, coping and survival*. Basic Books

Liu, Z., Yang, F., Lou, Y., Zhou, W., & Tong, F. (2021). The effectiveness of reminiscence therapy on alleviating depressive symptoms in older adults: A systematic review. *Frontiers in Psychology, 12*, 709853. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.709853

LoGerfo, M. (1980-1981). Three ways of reminiscence in theory and practice. *International Journal of Aging and Human Development, 12*, 39-48. https://doi.org/10.2190/CBKG-XU3M-V3JJ-LA0Y

Londoño, N. H., Muñiz, O., Correa, J. E., Patiño, C. D., Jaramillo, G., Raigoza, J., Toro, L., Restrepo, D. A. y Rojas, C. (2005). Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría, 34*, 493-505.

López López, W., Pérez Durán, C. y Pineda-Marín, C. (2016). Relación entre el perdón, la reconciliación y la salud mental de las víctimas de la violencia socio - política. *Revista de Victimología, 3*, 142-159.

Lüdecke, D., Ben-Shachar, M. S., Patil, I., Waggoner, P., & Makowski, D. (2021). performance: An R Package for assessment, comparison and testing of statistical models. *Journal of Open Source Software, 6*(60), 3139.

https://doi.org/10.21105/joss.03139

Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., Weyerer, S., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2010). Age-and gender-specific prevalence of depression in latest-life–Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 136*, 212-221. https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.033

Luthar, S. S., & Cushing, G. (1999). Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptation*s (pp. 129-160). Kluwer Academic Publishers.

Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*, 543-562. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164

Macías, M. A., Madariaga Orozco, C., Zambrano, J. y Valle Amarís, M. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe, 30*,123-145.

MacPherson, A., Dinkel, K., & Sapolsky, R. (2005). Glucocorticoids worsen excitotoxin-induced expression of pro-inflammatory cytokines in hippocampal cultures. *Experimental Neurology, 194*, 376-383. https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2005.02.021

Malagón-Kurka, M. M. (2008). Dos lenguajes contrastantes en el arte colombiano: nueva figuración e indexicalidad, en el contexto de la problemática sociopolítica de las décadas de 1960 y 1980. *Revista de Estudios Sociales, 31*, 16-33. https://doi.org/10.7440/res31.2008.01

Mantilla Falcón, J. (2003). La Comisión de la Verdad y Reconciliación en el Perú y la perspectiva de género: principales logros y hallazgos, responsable. *Revista Instituto Interamericano de Derecho Humanos*, *45*, 323-365.

Martínez, R., Morsch, P., Soliz, P., Hommes, C., Ordunez, P. y Vega, E. (2021). Esperanza de vida, esperanza de vida saludable y carga de enfermedad en personas mayores en las Américas, 1990-2019: un estudio de base poblacional. *Revista Panamericana de Salud Pública 45*, e114. https://doi.org/10.26633/rpsp.2021.114

Martorell, M. C. (1986). Autoconcepto: teoría y método. *Universitas Tarraconenesis, 8*, 103-115

Martorell, M. C., Flores, P., Silva, F. y Navarro, A. (1992). Autoconcepto: Adaptación española del SDQ-II de Marsh y Barnes. *Revista de Psicología de la Educación, 3*, 65-88.

Masten, A. S., Coatsworth, J. D., Neemann, J., Gest, S. D., Tellegen, A., & Garmezy, N. (1995). The structure and coherence of competence from childhood through adolescence. *Child Development, 66*, 1635-1659. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1995.tb00956.x

Mattlin, J. A., Wethington, E., & Kessler, R. C. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior, 31*, 103-122. https://doi.org/10.2307/2137048

Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E., y Blasco, C. (2015). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de Psicología (Internet), 8*(3), 26-32.

McAdams, D. P., & Logan, R. L. (2004). What is generativity? In E. de St. Aubin, D. P. McAdams, & T. C. Kim (2004). *The generative society: Caring for future generations* (pp. 15-31). American Psychological Association.

McAdams, D. P., & Pals, J. L. (2006). A new Big Five: Fundamental principles for an integrative science of personality. *American Psychologist, 61*, 204-217. https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.3.204

McLean, K. C., Pasupathi, M., & Pals, J. L. (2007). Selves creating stories creating selves: A process model of self-development. *Personality & Social Psychology Review, 11*, 262-278. https://doi.org/10.1177/1088868307301

McMahon, A. W., & Rhudick P. J. (1964). Reminiscing: Adaptational significance in the aged. *Archives of General Psychiatry 10*, 292-298. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720210074011

Médicos sin Fronteras. (2013). *Las heridas menos visibles: Salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia*. Médicos sin fronteras Recuperado el 18 de septiembre de 2021 de https://www.doctorswithoutborders.org/latest/las-heridas-menos-visibles-salud-mental-violencia-y-conflicto-armado-en-el-sur-de-colombia

Mejía, N. G., Lommen, M. J., Ernst, A. F., & Castro-Camacho, L. (2024). A network analysis exploration of PTSD, depression, somatic complaints, and anxiety disorders in a colombian sample of victims of the armed conflict. *Journal of Affective Disorders*

Reports, 16, 100756. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100756

Meléndez, J. C., Delhom, I., Satorres, E., & Bueno-Pacheco, A. (2024). Psychological dimensions that explain integrity in older adults: Examination of a structural model. *Clinical Gerontologist, 47,* 307-315. https://doi.org/10.1080/07317115.2023.2226643

Meléndez, J. C., Fortuna, F. B., Sales, A., & Mayordomo, T. (2015a). Effect of integrative reminiscence therapy on depression, well-being, integrity, self-esteem, and life satisfaction in older adults. *The Journal of Positive Psychology, 10*, 240-247. https://doi.org/10.1080/17439760.2014.936968

Meléndez, J. C., Fortuna, F. B., Sales, A., & Mayordomo, T. (2015b). The effects of instrumental reminiscence on resilience and coping in elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 60*, 294-298. https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.12.001

Meléndez, J., Charco, Mayordomo, T., & Galán, A. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema, 25*, 319-323. https://doi.org/10.7334/psicothema2012.253

Meléndez, J., Delhom, I. y Satorres, E. (2020). Las estrategias de afrontamiento: Relación con la integridad y la desesperación en adultos mayores. *Ansiedad y Estrés, 26*, 14-19. https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.12.003

Meneses, L. E. y Gordones, G. (2007). Reseña de Arqueología de la represión y la resistencia en América Latina (1960-1980). *Boletín Antropológico, 25*, 449-455.

Mesa-Fernández, M., Pérez-Padilla, J., Nunes, C. y Menéndez, S. (2019). Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciência & Saúde Coletiva, 24*, 115-124. https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35302016

Mikulic, I. y Crespi, M. (2008). Adaptación y validación del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de Investigaciones, 15*, 305-312.

Ministerio de Justicia (2011). *Decreto 4800 de 2011. Por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones*. Gobierno de Colombia. Recuperado el 22 de julio de 2021 de https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/decreto4800reglamentarioleyvictimas.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social y PAPSIVI (2011). *Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas*. Gobierno de Colombia. Recuperado el 09 de febrero de 2022 de https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas_PAPSIVI.aspx#:~:text=El%20PAPSIVI%20constituye%20la%20l%C3%ADnea,%C3%A9ste%20los%20sujetos%20de%20reparaci%C3%B3n

Misión para la Transformación del Campo. (2015). *El mercado laboral rural en 2013. En Informe para la Misión para la Transformación del Campo*. Colombia: Departamento Nacional de Planeación. https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Agriculturapecuarioforestal%20y%20pesca/Mercado%20Laboral%20Rural.pdf

Mogollón Pérez, A. S., Vázquez Navarrete, M. y García Gil, M. D. (2003). Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Revista Española de Salud Pública, 77*, 257-266.

Molina, C. y Meléndez, J. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Geriátrika, 22*, 97-105.

Moreno-Correa, J. C., Salas-Picón, W. M. y Valenzuela-Bonilla, E. B. (Eds.). (2019). *En el iris de los invisibles: Una mirada al bienestar psicológico, calidad de vida y apoyo social de población víctima del conflicto armado*. Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia.

Navarro, G. y Erazo, H. (2019). *Eficacia de una intervención: reminiscencia integrativa y bienestar en personas mayores de dos ciudades colombianas*. [Tesis de Maestría, Universidad el Bosque]. Universidad el Bosque Repositorio: https://repositorio.unbosque.edu.co/server/api/core/bitstreams/3ea0640b-488b-42b3-a259-f1f24a8d63d4/content

Neisser, U. (1978). Anticipations, images, and introspection. *Cognition, 6*, 169-174. https://doi.org/10.1016/0010-0277(78)90021-5

Noboa, K. D. (2023). La terapia de reminiscencia como coadyuvante en el deterioro cognitivo del adulto mayor. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, 4*, 4412-4418. https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.579

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 504-511. https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504.

Nomura, N., & Hashimoto, T. (2006). Group reminiscence therapy for Japanese elderly community. *The Japanese Journal of Psychology, 77*, 32-39. https://doi.org/10.4992/jjpsy.77.32

Novoa, L. y Escamilla, D. (2017). La memoria del conflicto armado en Bucaramanga: análisis de una experiencia investigativa desde las voces de las víctimas. *El Ágora USB, 17*, 497-512. https://doi.org/10.21500/16578031.2884

O'Rourke, N. (2002). A social cognitive model of well-being among older adults. *Constructivism in the Human Sciences, 7*, 65-80.

O'Rourke, N. (2005). Personality, cognitive adaptation, and marital satisfaction as predictors of well-being among older married adults. *Canadian Journal on Aging, 24*, 211-224. https://doi.org/10.1353/cja.2005.0081

O'Rourke, N., Bachner, Y. G., Cappeliez, P., Chaudhury, H., & Carmel, S. (2015). Reminiscence functions and the health of Israeli Holocaust survivors as compared to other older Israelis and older Canadians. *Aging and Mental Health, 19*, 335-346. https://doi.org/10.1080/13607863.2014.938607

O'Rourke, N., Cappeliez, P., & Claxton, A. (2011). Functions of reminiscence and the psychological well-being of young-old and older adults over time. *Aging and Mental Health, 15*, 272-281. https://doi.org/10.1080/13607861003713281

O'Rourke, N., King, D. B., & Cappeliez, P. (2017). Reminiscence functions over time: Consistency of self-functions and variation of prosocial functions. *Memory, 25*, 403-411. https://doi.org/10.1080/09658211.2016.1179331

Oakes, P. (2002). Psychological groups and political psychology: a response to Huddy's critical examination of social identity theory. *Political Psychology, 23*, 809-824. https://doi.org/10.1111/0162-895X.00308

Obando, L., Salcedo, M. y Correa, L. (2017). La atención psicosocial a personas víctimas del conflicto armado en contextos institucionales de salud pública. *Psicogente, 20*, 382-397.

http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2559

Organización Mundial de la Salud (2013). *Informe Anual*. OMS. Recuperado el 03 de febrero de 2022 https://www.paho.org/annual-report-d-2013/Chapter3_es.html

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. OMS. Recuperado el 03 de febrero de 2022 https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042

Park, C., & Folkman, S. (1997). Meaning in the Context of Stress and Coping. *Review of General Psychology, l*, 115-144. https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.2.

Parodi, J. F. y Runzer-Colmenares, F. M. (2021). Impacto del soporte social sobre la movilidad limitada en personas mayores de comunidades altoandinas peruanas. *Revista Panamericana de Salud Pública, 45*, e88. https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.88

Pasupathi, M., Weeks, T., & Rice, C. (2006). Reflecting on life: Remembering as a major process in adult development. *Journal of Language and Social Psychology 25*, 244-263. https://doi.org/10.1177/0261927X0628942

Peco, M. y Peral, L. (2006). *El conflicto de Colombia. Ministerio de Defensa*. Imprenta Ministerio de Defensa.

Pérez Blasco, J. (2013). *Aprender de los grandes Cambios vitales*. Universitat de Valéncia.

Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging and Mental Health, 16*, 541-558. https://doi.org/10.1080/13607863.2011.651434

Pinquart, M., Duberstein, P. R., & Lyness, J. M. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: A meta-analysis. *Aging and Mental Health, 11*, 645-657. https://doi.org/10.1080/13607860701529635

Pizarro, E. (2004). *Una democracia asediada. Balance y perspectivas del conflicto armado en Colombia*. Grupo Editorial Norma.

Powell, T. M., Shin, O. J., Li, S. J., & Hsiao, Y. (2020). Post-traumatic stress, social, and physical health: A mediation and moderation analysis of Syrian refugees and Jordanians in a border community. *PloS One, 15*, e0241036. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241036

Puertas, G., Ríos, C., & del Valle, H. (2006). The prevalence of common mental disorders in

urban slums with displaced persons in Colombia. *Revista Panamericana de Salud Publica, 20*, 324-330. https://doi.org/10.1590/s1020-49892006001000005

Qin, W., Xu, L., Sun, L., Li, J., Ding, G., Wang, Q., Zhang, J., & Shao, H. (2020). Association between frailty and life satisfaction among older people in Shandong, China: The differences in age and general self-efficacy. *Psychogeriatrics, 20*, 172-179. https://doi.org/10.1111/psyg.12482

Quiñones, J. C. G. (2017). *Sabe Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento*. *Carta Comunitaria, 25*, 24-35.

Ramirez, N. H., Juárez, F., Baños, A. J. P., Luzardo, J. G., Chávez, Y. M. R., Castilla, A. M. S., y Amaya, M. V. V. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología, 25*, 125-140. https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.49966

Reed, A. E., Chan, L., & Mikels, J. A. (2014). Meta-analysis of the age-related positivity effect: age differences in preferences for positive over negative information. *Psychology and Aging, 29*, 1-15. https://doi.org/10.1037/a0035194

Registro Único de Victimas (2022). https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394

Resnick, B., & Inquito, P. (2011) The Resilience Scale: Psychometric properties and clinical applicability in older adults. A*rchives of Psychiatric Nursing, 25*, 11-20. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.05.001

Restrepo, J. A., Spagat, M. y Vargas, J. F. (2006). *El conflicto colombiano: ¿quién hizo que a quién? un enfoque cuantitativo*. Universidad del Rosario.

Reyes, M. (2017). Determinantes del bienestar en la vejez en población colombiana. [Tesis Doctoral. Universidad de Valencia]. Universidad de Valencia Repositorio: http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/59239/Tesis%20Mar%C3%ADa%20Fernanda%20Reyes.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Richards, A., Ospina-Duque, J., Barrera-Valencia, M., Escobar-Rincón, J., Ardila-Gutiérrez, M., Metzler, T., & Marmar, C. (2011). Posttraumatic stress disorder, anxiety and depression symptoms, and psychosocial treatment needs in Colombians internally displaced by armed conflict: A mixed-method evaluation. *Psychological Trauma:*

Theory, Research, Practice, and Policy, 3, 384-393. https://doi.org/10.1037/a0022257

Rodríguez, J. (2000). *Vulnerabilidad demográfica: Una faceta de las desventajas sociales*. Comisión Económica para América latina y el Caribe (CEPAL).

Ros, L., Meléndez, J. C., Webster, J. D., Mayordomo, T., Sales, A., Latorre, J. M., & Serrano, J. P. (2016). Reminiscence functions scale: Factorial structure and its relation with mental health in a sample of Spanish older adults. *International Psychogeriatrics, 28*, 1521-1532. https://doi.org/10.1017/S1041610216000326

Rose, A. J., & Rudolph, K. D. (2006). A review of sex differences in peer relationship processes: potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys. *Psychological Bulletin, 132*, 98-131. https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.98

Roselli, D., Ardila, A., Pradilla, G., Morillo, L., Bautista, L., Rey, O., Camacho, M. y GENECO (2000). El examen mental abreviado (Mini-Mental State Examination) como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Revista de Neurología, 3*0, 428-432.

Rothbaum, B.O., Foa, E.B., Riggs, D.S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475. https://doi.org/10.1002/jts.2490050309

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*, 316-331. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x

Rutter, M., & Rutter, M. (1993). *Developing minds: Challenge and continuity across the life span*. Basic Books.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52*, 141-166. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 719-727. https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719

Sadavoy, J. (1997). Survivors: A review of the late-life effects of prior psychological trauma. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 5*, 287-301.

https://doi.org/10.1097/00019442-199700540-00004

Salas Picon, W. M., Avendaño-Prieto, B. L., & Gonzalez-Mendez, R. (2023). Predicting Psychological Well-being in Survivors of Armed Conflict in Colombia. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 32*, 365-381. https://doi.org/10.1080/10926771.2022.2112342

Salas Picón, W., Pérez Correa, K., Vásquez Campos, J., Echeverri Londoño, M. y Moreno Correa, J. (2019). Bienestar psicológico de los sobrevivientes del conflicto armado: Una arista de la salud mental. *Duazary, 16*, 307-318. https://doi.org/10.21676/2389783X.2962

Sales, J. M., Merrill, N.A., & Fivush, R. (2013). Does making meaning make it better? Narrative meaning making and well-being in at risk African-American adolescent females. *Memory, 21*, 53-66. https://doi.org/10.1080/09658211.2012.706614

Sandín, B., y Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 8*, 39-53. https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941

Sapolsky, R. M., Romero, L. M., & Munck, A. U. (2000). How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions. *Endocrine Reviews, 21*, 55-89. https://doi.org/10.1210/edrv.21.1.0389

Sarmiento-Marulanda, L. C., Aguilera-Char, A. A., González-Gil, C., & López-López, W. (2021). Psychosocial rehabilitation experiences of women victims of armed conflict in Montes de María, Colombia. *Archives of Public Health, 79*, 31. https://doi.org/10.1186/s13690-021-00548-w

Satorres, E., Delhom, I., & Meléndez, J. C. (2021). Effects of a simple reminiscence intervention program on the reminiscence functions in older adults. *International Psychogeriatrics, 33*, 557-566. https://doi.org/10.1017/S1041610220000174

Satorres, E., Viguer, P., Fortuna, F. B., & Meléndez, J. C. (2018). Effectiveness of instrumental reminiscence intervention on improving coping in healthy older adults. *Stress and Health, 34*, 227-234. https://doi.org/10.1002/smi.2776

Schacter, D. L. (1996). *Searching for memory. The brain, the mind, and the past*. Basic Books.

Schryer, E., & Ross, M. (2012). Evaluating the valence of remembered events: The importance of age and self-relevance. *Psychology and Aging, 27*, 237-242. https://doi.org/10.1037/a0023283

Schryer, E., & Ross, M. (2014). Does the age-related positivity effect in autobiographical recall reflect differences in appraisal or memory? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 69*, 548-556. https://doi.org/10.1093/geronb/gbt047

Schulz, R. & Heckhausen, J. (1998). Emotion and control: A life span perspective. In K. W. Schaie, & M. P. Lawton (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics: Emotion and adult development* (pp. 185-205). Springer.

Schulz, R., & Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist, 51*, 702-714. https://doi.org/10.1037/0003-066X.51.7.702

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 1*, 5-14. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5

Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature, 138*, 32-32. https://doi.org/10.1038/138032a0

Serrano, J. P. (2002). *Entrenamiento en memoria autobiográfica sobre eventos positivos específicos en ancianos con síntomas depresivos*. [Tesis Doctoral, Universidad de Castilla La Mancha]. Universidad de Castilla La Mancha Repositorio: https://ruidera.uclm.es/items/a6cea044-96cc-4c6d-8b56-da8a7db5ac7d

Shellman, J. M., Mokel, M., & Hewitt, N. (2009). The effects of integrative reminiscence on depressive symptoms in older African Americans. *Western Journal of Nursing Research, 31*, 77-786. https://doi.org/10.1177/0193945909335863

Shin, E., Kim, M., Kim, S., & Sok, S. (2023). Effects of reminiscence therapy on quality of life and life satisfaction of the elderly in the community: A systematic review. *BMC Geriatrics, 23*, 420. https://doi.org/10.1186/s12877-023-04001-1

Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment, 11*, 94–101. https://doi.org/10.1177/1073191103258144.

Singelnstein, F. (2008). *El impacto de los grupos paramilitares sobre la propiedad de la*

tierra en Colombia entre los años 1980-2008. Observatorio Geográfico América latina. Descargado el 8 de octubre de 2021 de http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal12/Geografiasocioeconomica/Geografiacultural/116.pdf

Smorti, A. (2011). Autobiographical memory and autobiographical narrative: What is the relationship? *Narrative Inquiry, 21*, 303310. https://doi.org/10.1075/ni.21.2.08smo

Springer, N. (2012). *Como corderos entre lobos. Del uso y reclutamiento de niñas, niños y adolescentes en el marco del conflicto armado y la criminalidad en Colombia*. Springer.

Squire, L., & Schacter, D. (2003). *Neuropsychology of memory*. The Guilford Press.

Steiner, C. (2019). *Imaginación y poder: El encuentro del interior con la costa en Urabá, 1900-1960*. Editorial Universidad de Antioquia.

Stets, J. E. & Burke, P. J. (2000). Identity theory and social identity theory. *Social Psychology Quarterly, 63*, 224-237. https://doi.org/10.2307/2695870

Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías Sociales*. Herder.

Tajfel, H., & Turner, J.C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. G. Austin, & S. Worchel (Eds.), *The Social Psychology of intergroup relations* (pp. 33-47). Brooks-Cole.

Tamayo Martínez, N., Rincón Rodríguez, C. J., de Santacruz, C., Bautista Bautista, N., Collazos, J., & Gómez-Restrepo, C. (2016). Mental problems, mood and anxiety disorders in the population displaced by violence in Colombia: Results of the National Mental Health Survey 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatria, 45*, 113-118. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.004

Tamayo, F. J., Baracaldo, L. I., Valencia, S. L., Ortega, D. y Giraldo, M. M. (2021). Índice de envejecimiento activo en Colombia: análisis basado en la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE Colombia 2015). *Revista Panamericana de Salud Pública, 45*, e69. https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.69

Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review, 6*, 2-30. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_

Tarkar, D. P. (2021). Perceived social support and life satisfaction: A mediating role of quality

of life. *Turkish Journal of Computer and Mathematics Education, 12*, 1839-1845.

Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 129-153. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520.

Taylor, S., & Clark, F. (2010). *Obligados a cambiar de horizontes: Desplazamiento forzado, un enfoque diferencial del adulto mayor en Cali, Colombia*. HelpAge International. Descargado el 17 de junio de 2020 de https://www.helpage.org/silo/files/obligados-a-cambiar-de-horizontes-desplazamiento-forzado-un-enfoque-diferencial-para-las-personas-adultas-mayores-en-cali-colombia.pdf

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*, 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Toledano, A. (2016). *Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividad en relación con la Autoeficacia y Bienestar.* [Tesis Doctoral, Universidad de Málaga]. Universidad de Málaga Repositorio: https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/14324

Tomas, J. M., Meléndez, J. C., Sancho, P., & Mayordomo, T. (2012). Adaptation and initial validation of the BRCS in an elderly Spanish sample. *European Journal of Psychological Assessment, 28*, 283-289. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000108

Tomás, J. M., Sancho, P. y Meléndez, J. C. (2013). Validación del Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) para su uso en población mayor española. *Behavioral Psychology/Psicologia Conductual, 21*, 103-122.

Tomás, J. M., Sancho, P., Meléndez, J. C., & Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: A structural equation modeling approach. *Aging & Mental Health, 16*, 317-326. http://doi.org/10.1080/13607863.2011.615737

Torres Salazar, Y. M.., Mejia Jaimes, L. Conde, C. A. y Bothelo de Oliveira, S. (2021). Víctimas del desplazamiento forzado: Comorbilidad entre trastorno por estrés postraumático (TEPT) y depresivo mayor (TDM). *Informes Psicológicos, 21*, 133-149.

Triadó, M. C. (2003). *Envejecer en entornos rurales*. Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+I, nº 19.

Trouillet, R., Gana, K., Lourel, M. &. Fort, I. (2009). Predictive value of age for coping: The role of self-efficacy, social support satisfaction and perceived stress. *Aging and Mental Health, 13*, 357-366. https://doi.org/10.1080/13607860802626223

Uribe Alarcón, M. V. (2018). *Antropología de la inhumanidad: Un ensayo interpretativo sobre el terror en Colombia*. Ediciones Uniandes-Universidad de los Andes

Utria, L., Amar, J., Martínez, M., Colmenares, G. y Crespo, F. (2015). *Resiliencia en mujeres víctimas del desplazamiento forzado*. Editorial Universidad del Norte.

Vanistendael, S. (1994). *Resilience: A few key issues*. International Catholic Child Bureau.

Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial, 3*, 87-116.

Venegas, R., Gutierrez, A. y Caicedo, M F. (2017). Investigaciones y comprensiones del conflicto armado en Colombia. Salud mental y familia. *Universitas Psychologica, 16*, 1-10. https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-3.icca

Vera, B., Carbelo, B. y Vecina Jiménez, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo, 27,* 40-49.

Viguer, P., Satorres, E., Fortuna, F. B., & Meléndez, J. C. (2017). A follow-up study of a reminiscence intervention and its effects on depressed mood, life satisfaction, and well-being in the elderly. *The Journal of Psychology, 151*, 789-803. https://doi.org/10.1080/00223980.2017.1393379

Villalobos, P., Mathur, M., González-Bautista, E. Browne, J., Hommes, C. y Vega, E. (2021). Implementación de sistemas de cuidados a largo plazo en las Américas: Una estrategia regional. *Revista Panamericana de Salud Pública, 45*, e86. https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.86

Vinaccia, S., Quiceno, J. M. y San Pedro, E. M. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología, 16*, 139-146.

Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 678-691. https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.4.678

Watt, L. M., & Cappeliez, P. (2000). Integrative and instrumental reminiscence therapies for

depression in older adults: Intervention strategies and treatment effectiveness. *Aging & Mental Health, 4*, 166-177. https://doi.org/10.1080/13607860050008691

Watt, L. M., & Wong, P. T. P. (1991). A taxonomy of reminiscence and therapeutic implications. *Journal of Gerontological Social Work, 16*, 37-57. https://doi.org/10.1300/J083v16n01_04

Webster, J. D. (1993). Construction and validation of the Reminiscence Functions Scale. *Journals of Gerontology, 48*, 256-262. https://doi.org/10.1093/geronj/48.5.P256

Webster, J. D. (1997). The reminiscence function scale: A replication. *International Journal of Aging and Human Development, 44*, 137-148. https://doi.org/10.2190/AD4D-813D-F5XN-W0

Webster, J. D. (2003). The reminiscence circumplex and autobiographical memory functions. *Memory, 11*, 203-215. ttps://doi.org/10.1080/741938202

Webster, J. D. y Haight, B. K. (1995). Memory lane milestones: Progress in reminiscence definition and classification. In B. K. Haight, & J. D. Webster (Eds.), *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods, and applications* (pp. 273-286). Taylor & Francis.

Webster, J. D., & Gould, O. (2007). Reminiscence and vivid personal memories across adulthood. *The International Journal of Aging & Human Development, 64,* 149-170. https://doi.org/10.2190/Q8V4-X5H0-6457-544

Webster, J. D., & Haight, B. K. (2002). *Critical advances in reminiscence work: From theory to application.* Springer.

Webster, J. D., & McCall, M. (1999). Reminiscence functions across adulthood: A replication and extension. *Journal of Adult Development, 6*, 73-85. https://doi.org/10.1023/A:1021628525902

Webster, J. D., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2010). Mapping the future of reminiscence: A conceptual guide for research and practice. *Research on Aging*, *32*, 527-564. https://doi.org/10.1177/0164027510364122

Werner, E. E. (2000). Protective factors and individual resilience. In J. P. Shonkoff & S. J.

Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 115-132). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511529320.008

Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible. A study of resilient children.* McGraw-Hill.

Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2014). Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review: State of the art and new directions. *Journal of Aging Studies, 29*, 107-114. https://doi.org/10.1016/j.jaging.2014.02.003

Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., & Webster, J. D. (2010). Reminiscence and mental health: A review of recent progress in theory, research, and intervention. *Ageing and Society, 30*, 697-721. https://doi.org/10.1017/S0144686X09990328

Wiesmann, U., & Hannich, H. J. (2011). A salutogenic analysis of developmental tasks and ego integrity vs. despair. *The International Journal of Aging and Human Development, 73*, 351-369. https://doi.org/10.2190/AG.73.4.e

Wong, P. T. P. (1995). The processes of adaptive reminiscences. In B. K. Haight, & J. D. Webster (Eds.) *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods, and applications* (pp. 23-36). Taylor & Francis.

Wong, P. T. P., & Watt, L. M. (1991). What types of reminiscence are associated with successful aging? *Psychology and Aging, 6*, 272-279. https://doi.org/10.1037/0882-7974.6.2.272

Woods B., Spector A.E., Jones C.A., Orrell M., & Davies S.P. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Review, 2*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001120.pub2.

Woods, R., Bruce, E., Edwards, R., Elvish, R., Hoare, Z., Hounsome, B., Keady, J., Moniz-Cook, E. D., Orgeta, V., Orrell, M., Rees, J., & Russell, I. T. (2012). Reminiscence groups for people with dementia and their family caregivers –effectiveness and cost-effectiveness pragmatic multicenter randomized trial. *Health Technology Assessment, 16,* 1-116. https://doi.org/10.3310/hta16480.

Wortman, C. B., & Brehm, J. W. (1975). Responses to uncontrollable outcomes: An integration of reactance theory and the learned helplessness model. *Advances in Experimental*

Social Psychology, 8, 277-336. https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60253-1

Wu, L. F. (2011). Group integrative reminiscence therapy on self-esteem, life satisfaction and depressive symptoms in institutionalised older veterans. *Journal of Clinical Nursing, 20*, 2195-2203. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03699.x

Yesavage J. A., Brink T. L., Rose T. L., Lum O., Huang V., Adey M., & Leirer V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research, 17*, 37-49.

Zamora-Moncayo, E., Burgess, R. A., Fonseca, L., González-Gort, M., & Kakuma, R. (2021). Gender, mental health and resilience in armed conflict: listening to life stories of internally displaced women in Colombia. *BMJ Global Health, 6*, e005770. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005770

Zhou W., He, G., Gao, J., Yuan, Q., Feng, H., & Zhang, C. K . (2011). The effects of group reminiscence therapy on depression, self-esteem, and affect balance of Chinese community-dwelling elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 54*(3), e440-7. https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.12.003

Zimmermann, S., & Forstmeier, S. (2020). From fragments to identity: Reminiscence, life review and well-being of holocaust survivors. An integrative review. *Aging & Mental Health, 24*, 525-549. https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1525608

ANEXO 1

Cuestionario de inclusión "Victima del conflicto armado en Colombia"

Cuestionario de inclusión "Victima del conflicto armado en Colombia"

Registro Único de Víctima. (2018)

Nombre: _____

1. Se considera usted víctima del conflicto armado interno en Colombia:

Sí____ No ____

2. Si su respuesta es positiva seleccione dentro de la siguiente escala el hecho victimizante del cual usted fue afectado:

Victima directa _____

Victima indirecta _____

El afectado es un familiar, vecino, amigo _____

3. Señale el móvil por el cual usted fue afectado:

____ Abandono o Despojo Forzado de Tierras

____ Acto terrorista / Atentados / Combates / Enfrentamientos / Hostigamientos

____ Amenaza

____ Confinamiento

____ Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado

____ Desaparición forzada

____ Desplazamiento forzado

____ Homicidio

____ Lesiones personales físicas

____ Lesiones personales psicológicas

____ Minas Antipersonal, Munición sin Explotar y Artefacto Explosivo improvisado

____ Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles

____ Secuestro

____ Sin información

____ Tortura

____ Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes a Actividades Relacionadas con grupos armados