



FLACSO (Argentina)

Maestría en Psicología Cognitiva y Aprendizaje

**Efectos de un taller de Danza Movimiento Terapia sobre el Bienestar Psicológico de
Personas Mayores en Buenos Aires Argentina**

Marysol García Piedra

Maralia Reca

Gisela Delfino

ABRIL 2024

Esta investigación, va dedicada a todas mis abuelas, como les decía al acudir a las sesiones de Danza Movimiento Terapia con ellas, a esas mujeres ancianas sabias llenas de amor, de conocimiento, de gratitud a la vida y de inmensas ganas de compartir todo su ser.

Agradezco profundamente a Dios, a mis pilares en esta vida, mis padres, mi tía quienes me han dado a lo largo de todos estos años su apoyo incondicional y han estado presentes conmigo en cada tropiezo y cada triunfo, siempre echándome porras y no permitiéndome claudicar.

Agradezco a mis grandes maestras de Danza Movimiento Terapia, a Maralia Reca principalmente, quien sin pensarlo dos veces me invitó en aquel 2013 a una sesión y me brindó toda su confianza y apoyo para que aprendiera sobre esta bella terapia creativa, de la cual quedé enamorada.

Agradezco a todos mis maestros de la FLACSO, de quienes obtuve una inmensidad de aprendizajes, que aplico en mi actividad profesional. A mi directora Maralia Reca, y codirectora Gisela Delfino, porque a pesar de los años, creyeron y confiaron en mí, al brindarme su respuesta en todo momento, compartirme sus conocimientos y darme su apoyo para poder alcanzar una meta profesional.

Agradezco a la Secretaría de Educación de Veracruz, por las facilidades otorgadas para mi estancia en Buenos Aires y para la culminación de este postgrado.

Finalmente, agradezco a mis amistades, quienes estuvieron de principio a fin conmigo, preguntando de manera persistente cómo iban los avances de mi documento.

Resumen

La presente investigación se llevó a cabo en el año 2015, en un Hogar de ancianas ubicado en la periferia de la Ciudad Capital Federal; de Buenos Aires, Argentina, en la zona de Mataderos. Consistió en un experimento longitudinal, que abarcó un año de enero a diciembre, mediante la aplicación de un taller de Danza Movimiento Terapia (DMT) que permitiera reconocer los efectos de éste en el Bienestar Psicológico de un grupo de nueve mujeres adultas mayores. Se presentan los resultados obtenidos pre y post tratamiento del taller, así como de la aplicación de una escala para medir la satisfacción con la vida, el *Pemberton Happiness Index* (PHI) que mide el Bienestar (general, eudaimónico, hedónico, social y la experiencia del bienestar). Obteniendo un valor de 7.7 por arriba de la media, lo que significaría una satisfacción positiva. Además, se presentan los efectos que repercutieron del taller de DMT en algunas dimensiones sobre el Bienestar psicológico. También se menciona de manera superficial la representación social que las mujeres adultas mayores tenían sobre la DMT. A pesar de que la investigación tiene años de haberse realizado, es importante debido a la población con la que fue hecha y por los hallazgos encontrados.

Palabras clave: Danza Movimiento Terapia, Bienestar Psicológico, Personas Mayores.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
 CAPÍTULO 1. DANZA MOVIMIENTO TERAPIA(DMT).....	8
1.1 Orígenes y antecedentes de la Danza Movimiento Terapia	8
1.1.1 Cuerpo, danza, movimiento y terapia.....	13
1.2 Qué es la Danza Movimiento Terapia	35
1.2.1 Una mirada desde la Psicología del Desarrollo y la Psicología Cognitiva	35
1.2.2 Conceptualización de la Danza Movimiento Terapia.....	44
1.2.3 Principios y elementos de la Danza Movimiento Terapia	46
1.3 La Danza Movimiento Terapia en Argentina.....	57
 CAPÍTULO 2. BIENESTAR PSICOLÓGICO	61
2.1 Historia y conceptualización	61
2.2 Modelo teórico: Bienestar Hedónico y Bienestar Eudaimónico	69
2.2.1 Bienestar Eudaimónico Psicológico	73
2.3 Bienestar psicológico en adultos mayores	79
 CAPÍTULO 3. PERSONAS MAYORES.....	86
3.1 Quiénes son las Personas Mayores.....	86
3.1.1 Ancianidad y Vejez	89
3.1.2 Envejecimiento.....	94
3.2 Espacios de participación y reconocimiento	102

3.3 Personas mayores en Argentina	109
---	-----

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 113

4.1 Planteamiento del problema.....	113
-------------------------------------	-----

4.2 Objetivos.....	115
--------------------	-----

4.2.1 Objetivo general.....	115
-----------------------------	-----

4.2.2 Objetivos específicos.....	116
----------------------------------	-----

4.2.3 Preguntas de investigación.....	116
---------------------------------------	-----

4.3 Hipótesis	117
---------------------	-----

4.4 Diseño metodológico	117
-------------------------------	-----

4.5 Población y muestra	121
-------------------------------	-----

4.6 Técnicas de recolección de datos y procedimiento de análisis	124
--	-----

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS..... 128

CONCLUSIONES.....	171
--------------------------	------------

REFERENCIAS.....	177
-------------------------	------------

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se llevó a cabo en el año 2015, en un Hogar de ancianas ubicado en la periferia de la Ciudad Capital Federal; de Buenos Aires, Argentina, en la zona de Mataderos. Consistió en un experimento longitudinal, mediante la aplicación de un taller de Danza Movimiento Terapia (DMT) que permitiera reconocer los efectos de éste en el Bienestar Psicológico de un grupo de personas mayores, principalmente mujeres.

Se presentan los resultados obtenidos pre y post tratamiento del taller, así como de la aplicación de una escala para medir la satisfacción con la vida, el *Pemberton Happiness Index* (PHI) que mide el Bienestar (general, eudaimónico, hedónico, social y la experiencia del bienestar). También se menciona de manera muy superficial la representación social que las mujeres adultas mayores tenían sobre la DMT. La muestra seleccionada consistió en la participación voluntaria de 9 mujeres adultas mayores con edades de los 71 a los 92 años de edad.

Para fines de este documento se utiliza la palabra Danza Movimiento Terapia y su abreviatura (DMT) de manera indistinta, también en algunos párrafos se encontrará la palabra danzaterapia, debido a las diversas referencias consultadas sobre el tema. También se denominará personas mayores o bien mujeres adultas mayores por la población con la que se realizó la investigación.

El presente se compone de cinco capítulos, conclusiones, referentes y anexos. En el primer capítulo se aborda lo concerniente al origen, los antecedentes, elementos y principios de la Danza Movimiento Terapia así como su conceptualización, una comparación con la psicología del desarrollo y cognitiva y de un recorrido histórico de ésta en Argentina.

Para el capítulo dos se describe la historia y conceptualización del bienestar en sus

dos modelos teóricos principales hedónico y eudaimónico, enfocándome más en el segundo también denominado bienestar psicológico y su implicación en personas mayores.

En el capítulo tres se menciona sobre las personas mayores, quienes son y como a lo largo de la historia se ha tenido la conceptualización sobre ellos, constructos como ancianidad y vejez, los espacios de participación en los cuales se encuentran y como es la situación en Argentina.

Durante el capítulo cuatro se desarrolla la metodología y el diseño de esta investigación desde los objetivos, hasta las técnicas de recolección de datos y el procedimiento de análisis. En el capítulo cinco se dan a conocer los hallazgos encontrados, el análisis e interpretación de los resultados para finalmente aterrizar en las conclusiones obtenidas al finalizar este estudio. Se encuentran también, referencias y anexos que evidencian y dan cuenta del trabajo realizado.

CAPÍTULO 1. DANZA MOVIMIENTO TERAPIA (DMT)

1.1 Orígenes y antecedentes de la Danza Movimiento Terapia (DMT)

Una de las principales acciones del hombre para sobrevivir en este mundo tan complejo y cambiante es la capacidad para expresar y comunicar no sólo sus emociones, sentimientos, pensamientos y necesidades; también mediante ello, interactúa con otros seres, se desenvuelve y relaciona, a través de un enfoque sociocultural o histórico, con diversos entornos que le permiten generar, o modificar su aprendizaje o el de los demás.

De acuerdo con Vygotsky y colaboradores como Luria y Leóntiev, el ser humano va construyéndose a través de sus interacciones en un enfoque sociocultural, es decir se concibe a los procesos psicológicos como resultado de la interacción del individuo con su medio social y cultural en un momento histórico determinado (Rodríguez, 1999, p. 17); somos con el otro, crecemos y aprendemos; “entre adultos y niños, entre una generación de viejos y jóvenes, y entre iguales con mayor y menor desarrollo” (Rodríguez, 1999, p. 24). Estas interacciones son realizadas a través de la utilización de signos, como un medio para resolver un problema psicológico determinado tal como recordar, comparar algo, relatar cosas, elegir, etcétera.

Entre los distintos tipos de signos, es el lenguaje el que se convierte en el instrumento mediador fundamental de la acción psicológica. El lenguaje media la relación con los demás y con uno mismo. Tiene una naturaleza social, una función comunicativa y regula la relación que establecemos con las personas y con los objetos (Rodríguez, 1999, p. 25).

Esta relación mediada se lleva a cabo mediante un denominado proceso de interiorización que se traduce en la reconstrucción interna de una operación externa (Vygotsky, 1979; como se citó en Rodríguez, 1999, p. 25). Las diversas acciones del niño, por ejemplo, se convierten en funciones que después se expresarán en el lenguaje, a través de la identificación de que cada objeto tiene su nombre; de esta manera su vocabulario se comienza a incrementar y su mundo interior se expande; estableciendo así un habla de manera libre con las personas y su entorno.

Por citar un ejemplo, en el momento en que el niño señala un objeto sin saber todavía cómo referirse verbalmente al mismo, lo primero que aparece es el movimiento o gesto indicativo hacia la ubicación del objeto, lo que es interpretado por la madre como que el niño quiere dicho objeto, propiciándose con ello la interacción subsecuente. La madre etiqueta verbalmente las acciones y el niño posteriormente aprenderá a repetirlas. En este caso, se ha creado un espacio de intersubjetividad en el que las acciones y las comunicaciones que se han establecido son las que dan origen a los procesos psicológicos de orden superior, que no podrían originarse sin el apoyo directo de la intervención adulta (Rodríguez, 1999, p. 25).

Sin embargo, cuando la lengua oral no es suficiente, cuando un sujeto sólo señala o ejecuta un movimiento sin voz, el habla es insuficiente para comunicarse con el otro, por lo que es importante recurrir a diferentes recursos o medios para lograrlo, en este sentido, de acuerdo con Panhofer (2011) “las artes nos han ido ayudando durante la historia para comunicar y expresar lo que en palabras no siempre se puede decir. Saltamos de alegría, cantamos el *blues*, garrapateamos de rabia, pataleamos la ira y gritamos de dolor” (p. 239).

De esta manera, brindar una posibilidad de comunicación y expresión a la persona fue el origen de la Danza Movimiento Terapia (DMT), surgiendo entre los años 40's y 50's en Estados Unidos.

La historia de la DMT se remonta al año de 1942 cuando una coreógrafa y bailarina de nombre Marian Chace tiene la oportunidad de trabajar con pacientes con psicosis en el Hospital St. Elizabeth en Washington, zona Oeste de Estados Unidos; “se llamó danza para la comunicación. La danza como una manera de hacer contacto y expresión de sí mismo es considerada como su aportación más importante en el campo de la DMT” (Dorr y Jansen 2011, p. 266). Chace se da cuenta de la necesidad de establecer un canal de comunicación con ellos, sus pacientes, más allá de la oralidad, involucrando todo el cuerpo; percibe entonces, gestos y movimientos que le transmiten algo más.

Chace se acercaba a los pacientes y se comunicaba a través del movimiento y la danza ajustándose al nivel cognitivo-emocional de cada uno. Muchos no utilizaban la expresión verbal y el movimiento era un canal de comunicación que abría multitud de posibilidades (Cigaran, 2009, p. 5).

Así, la danza se convirtió en un potente medio por el cual las personas con enfermedades mentales severas se comenzaban a comunicar; Chace hacía énfasis en la interrelación con la persona y el uso de la danza y el movimiento, incorporando la utilización del simbolismo, la fantasía, la improvisación y verbalización del movimiento activo a que diera lugar (Cigaran, 2009, pp. 5-6).

Curiosamente, así como Chace realizaba su trabajo y descubría las repercusiones de la danza en pacientes psicóticos, en el Oeste; del otro lado, en el Este de Estados Unidos se encontraba Mary Whitehouse, y Trudy Schoop, fundadoras de las distintas modalidades de la danza como terapia.

Whitehouse “trabajaba individualmente o en grupo con gente que quería descubrirse a sí misma en movimiento. Con estos clientes podía trabajar de una forma menos estructurada y con material inconsciente” (Dorr y Jansen, 2011, p. 267) fue influenciada por Mary Wigman y su análisis Jungiano introduciendo así, cinco conceptos claves de su metodología: sensación kinestésica, polaridad, imaginación activa, movimiento auténtico y la relación terapéutica. “La sensación kinestésica (*“kinesthetic awareness”*) corresponde a la sensación de autopercepción del propio físico *“self”*, el cual puede configurar un camino inconsciente” (Dorr y Jansen, 2011, p. 267). Años más tarde, su forma de intervenir fue denominada “movimiento en profundidad”, *movement in Depth*.

Para el caso de la polaridad, consideraba que la danza era una excelente manera de expresar los opuestos al mismo tiempo; de esta manera, con la sensación kinestésica y las polaridades, se forma la técnica de imaginación activa. Este concepto de Jung, estimula la liberación de las emociones conscientes e inconscientes, para Whitehouse, emociones en el cuerpo, los músculos, el tejido y articulaciones. Otras aportaciones fueron las de Trudi Schoop, quien creía que el cuerpo refleja el ser del sujeto, y las actitudes posturales y la alineación física contaba algo sobre la mente de la persona.

Blanche Evan, por su lado, consideraba que la agresión y la furia, se manifestaban en el cuerpo, la energía reprimida se desviaba en otros tipos de tensión, rigidez en un extremo y apatía en el otro. Ella desarrolló la denominada “técnica funcional” (Levy, 1988) con la cual utilizaba ejercicios para fortalecer la espina y alinearla como el fondo de toda acción, preparando a sus clientes a través del uso de las palabras, frases e imágenes que surgían al inicio de las sesiones, trabajaba por medio de ejercicios de alineación, uso del espacio, y el contacto con partes del cuerpo antes inconscientes, para la expresión de éste y la liberación de tensión haciendo que se sintieran más seguros al expresarse. (Dorr y Jansen, 2011, p. 269)

Otra de las pioneras en la DMT fue Liljan Espenak, para quien es necesario tomar en cuenta:

Los aspectos expresivos de la personalidad, en sus gestos, posturas y movimientos, constituyen una formación de la totalidad de la estructura: intelectual, emocional, inconsciente y somática. Espenak combina la teoría psicoanalítica de Adler (1933) con las teorías cuerpo-mente de Lowen, llamando a su trabajo terapia psicomotriz. Mas adelante adhiere a la Danza Movimiento Terapia, debido a la influencia que ejerció Chace sobre ella (Reca, 2011, p. 153).

Después de estos hallazgos y en vinculación con otras contribuciones de Carl Jung, Stern y Sullivan, por nombrar a algunos, se comienza a utilizar con más fuerza la danza en diversas instituciones de salud. Años más tarde, en 1960 se crea la Asociación Americana de Danza Terapia en Estados Unidos, bajo la necesidad de recuperar el proceso creativo no verbal como un canal de comunicación y expresión dentro del crecimiento de la persona

(Cigaran, 2009, p. 2). Finalmente, la Danza Movimiento Terapia fue definida en el año 1966 por la *American Dance Therapy Association (ADTA)*. Su principal planteamiento se enfoca en el Bienestar Psicológico de la persona, favoreciendo la relación y unificación de la mente y el cuerpo.

1.1.1 Cuerpo, danza, movimiento y terapia

Para identificar con mayor precisión el significado de la Danza Movimiento Terapia (DMT), es menester tener algunas claves de partida, en las cuales se sostiene esta disciplina, por ello la importancia de abordar de manera general concepciones y características sobre el cuerpo, la danza, el movimiento, y la terapia.

Cuerpo

El ser humano a lo largo de la historia, ha tenido diversas concepciones sobre sí mismo, y su forma de accionar en el mundo, otorgándole un valor muy alto a lo que su intelecto o cognición, es capaz de realizar; dejando de lado el área física, emocional y social que lo constituye; marcando una separación entre la mente y el cuerpo.

En la DMT uno de los abordajes principales es el cuerpo, no visto únicamente como comúnmente se presenta: como objeto, biológico, sintiente o como cuerpo político, histórico o metafórico, social o culturalmente aislado, dividido o simplemente pensante; sino que se estudia como un cuerpo encarnado, entendido en plenitud, sin segmentaciones, que es cuerpo, mente y emoción, e incluso para algunos autores espíritu. Es visto como herramienta

principal que comunica los diversos estados de la persona “unida a su medio, a sus raíces, que se mueve con naturalidad de forma funcional y sin esfuerzos superfluos y cuya respiración acompaña armónicamente y en consonancia, que se adapta a todas las situaciones sin esfuerzo” (Melas, s.f., p 12) es decir, tanto la persona vista de manera totalmente integral como en su contexto.

En la filosofía de la DMT, por tanto, se sugiere reconocer que los conocimientos se logran a través de diversas modalidades que “incluyen” el cuerpo, reconocer el saber de la persona desde donde se encuentra para avanzar hacia otras posibilidades, alentando al sujeto a interrogarse y reflexionar.

Más que incluirlo “el cuerpo es el principal instrumento de trabajo, porque a través de él es que podemos llegar a la totalidad del ser” (Aberastury, 2014, p.19); para otros, el cuerpo es un conjunto de sistemas y aparatos, un cuerpo definido como una máquina perfecta que le permite al sujeto moverse en la tierra.

El cuerpo, a través de todos sus sensores es capaz de recibir información que emerge alrededor de él, mediante la respiración y los cinco sentidos básicos, o más, dependiendo de otros autores. A través de la sensopercepción, la propiocepción e interocepción, que le llevan a evocar imágenes, recuerdos o ideas.

Así, después de recibir la información y procesarla (codificando y decodificando) expresa lo sintiente y pensante mediante diversos lenguajes, ya sea verbal: oral o escrito, o no verbal: mediante la expresión corporal y gesticulación. Hay incluso, en ésta última,

algunos gestos que se podrían llamar universales pues son muy reconocidos, ubicándolos en un nivel macro, consolidados como tal a partir de significados sociales y que dan cuenta de emociones; por ejemplo, la sonrisa para demostrar alegría, el gesto de sorpresa, el de tristeza o de enojo; o al afirmar o negar algo al mover la cabeza.

También se puede hablar de aquellos gestos propios de pequeños grupos o comunidades, ejemplo de ello, son las distintas formas de saludar. En algunos países sólo con estrechar la mano, en otros con un beso en la mejilla y en unos más con al saludar con dos besos o simplemente haciendo una reverencia; por otro, lado existe también la Lengua de Señas o Signos que ocupan las Comunidades de Personas Sordas.

A nivel diminuto se encuentran las microexpresiones. “son expresiones que aparecen y desaparecen del rostro en una fracción de segundo, a veces tan rápido como 1/30 de segundo” (Matsumoto, 2013, p. 124). Éstas, probablemente representan emociones que se pretenden ocultar, aunque también pueden ser signos de estados emocionales rápidamente procesados. También hay gestos impostados y hay gestos espontáneos. Este último gesto, natural (el espontáneo), remite a un lugar más verdadero, propio de cada ser, gesto genuino, no contaminado, transparente. Con todo lo anterior, se puede afirmar que uno de los elementos importantes en DMT, sino es que el principal, es el cuerpo, que involucra los sentidos, la sensopercepción, respiración, la expresión corporal, las posturas y gesticulaciones.

Danza y movimiento

De acuerdo con Nicolás et., al., (2010), el concepto de danza, tiene diversas acepciones, algunos autores dan más significado a la parte expresiva y afectiva que la sucesión de movimientos puede representar, mientras que otros se inclinan más por denominarla como el conjunto de las acciones corporales y mentales ordenadas coherentemente. También, se podría definir en congruencia con la traducción del sánscrito de la palabra danza por “anhelo de vivir” y traspasando los límites de la actividad exclusivamente corporal (p. 42).

Para García Ruso (1997):

La danza es una actividad humana universal, pues se ha realizado en todas las épocas, espacios geográficos y es practicada por personas de ambos sexos y de todas las edades; *motora*, ya que utiliza el cuerpo humano como medio de expresión de ideas, emociones y sentimientos; *polifórmica*, porque se presenta en diferentes formas (arcaicas, clásicas, modernas...); *polivalente*, pues puede tener dimensiones artísticas, educativas, terapéuticas, de ocio; y *compleja*, ya que en ella interactúan factores biológicos, psicológicos, sociológicos, históricos, estéticos, además de ser simultáneamente expresión/técnica y actividad grupal/colectiva (Citado en Nicolás, et. al., 2010, p. 43).

Es así que, el término de danza es multidimensional y en algunas ocasiones utilizado como sinónimo de baile, sin embargo, la diferenciación entre ambos términos, de acuerdo

con Soto (2008) y con base en la historia de la danza moderna; radica en que por danza se entiende algo de tipo artístico, o que tiene algún tipo de nobleza o de valor superior o elevado; mientras que el baile es una práctica común sin pretensiones elevadas, o algo comercial, que se justifica por el comercio en juego (p. 49).

A su vez, al hablar de danza se hace alusión de una técnica y manejo de un lenguaje expresivo-corporal mientras que el baile remite a una coreografía o forma/estilo de bailar determinado (Nicolás, et. al, 2010, p. 42).

Finalmente, en el abordaje de esta investigación fueron consideradas las concepciones que autores como Rudolf Laban y Maralia Reca han expuesto a lo largo del tiempo; para Laban la danza es más el “lenguaje de la acción que de la emoción; un conjunto de acciones corporales y mentales ordenadas coherentemente. La danza puede ser considerada como la poesía de las acciones corporales en el espacio” (Laban, 1978, p. 43).

De acuerdo con Reca (2005) “La danza es la más fundamental de las artes, ya que envuelve la expresión directa de uno mismo a través del propio cuerpo” (p. 20). A través de la historia, ésta se ha percibido desde varias aristas, en rituales que acompañan a los elementos de la naturaleza, en ofrendas a los Dioses, con un *chaman* o médico, como actividad de curación, al transformar el sufrimiento físico y mental; en la religión, en celebraciones de comunidad, de la propia cultura o bien como actividad artística o educativa (Reca, 2005, p. 57).

En el aspecto educativo, por citar un ejemplo, la danza permite el desarrollo integral

del sujeto, a través de las siguientes funciones:

- La función de conocimiento, tanto de sí mismo como del entorno circundante.
- La función anatómico-funcional, mejorando e incrementando la propia capacidad motriz y la salud. ·
- La función lúdico-recreativa. ·
- La función afectiva, comunicativa y de relación.
- La función estética y expresiva. ·
- La función catártica y hedonista, que considera el movimiento rítmico como liberador de tensiones. ·
- La función cultural (García Ruso citado por Nicolás, et., al., 2010, p. 44).

Con base en las anteriores premisas sobre la danza, es importante mencionar los elementos que la integran, que de acuerdo con Dallal (2007) son: el cuerpo humano, el espacio, el movimiento, el impulso del movimiento (sentido-significación), el tiempo (ritmo, música), la relación luz-oscuridad, la forma o apariencia y el espectador-participante (p.20).

A continuación, se mencionan algunos de ellos, el cuerpo, ya referido en párrafos anteriores, el espacio, y el movimiento; no obstante, todos los elementos son partícipes de una u otra manera durante el desarrollo de las sesiones de DMT.

El espacio presenta diversas acepciones ya sea espacio físico, geográfico, político o lingüístico, en este sentido representa aquella extensión que ocupa la materia o bien es la colección de objetos o sujetos entre los que se pueden establecer relaciones. En cuanto al espacio coreográfico y de acuerdo con Sampedro (1999):

Su interpretación no es sólo objeto de la danza, está presente en otros estratos de la cultura y la ciencia, y son estudiados por otras áreas de conocimiento que aportan mucha información como la antropología, la proxémica o la praxeología motriz (citado en Botana, Sampetro y Castro, p. 7).

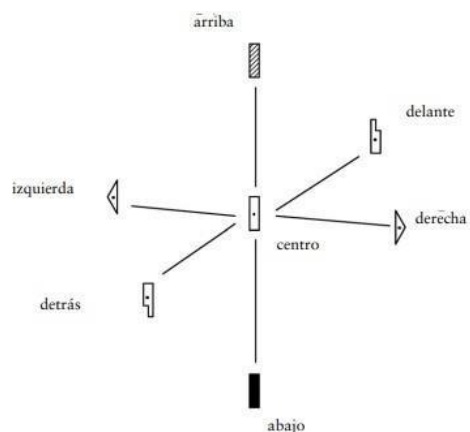
Trabajar con el espacio como lo hace la DMT permite desbloques más complejos de alcanzar que de manera consciente, tener presente el espacio implica un compromiso del cuerpo en el aquí y el ahora; en este sentido, la danza se percibe más que como disciplina artística como una cuestión de participación humana tanto personal, social y cultural. Por ello la necesidad de su abordaje.

Al hablar del espacio, es importante mencionar sus tres áreas básicas, alrededor del cuerpo: Alta (A) por encima del cuerpo, Media/Mediana (M) alrededor del cuerpo, Baja (B) por debajo de la cintura.

A su vez, para el análisis del movimiento, de acuerdo con (Idárraga, s/f) existen 3 ejes y planos del cuerpo humano, que resultan de la relación con las dimensiones del espacio: la dimensión vertical, con su dirección arriba-abajo, la dimensión horizontal con su dirección derecha e izquierda y la dimensión sagital con su dirección adelante y atrás. Ver Figura 1.

Figura 1

Direcciones unidimensionales

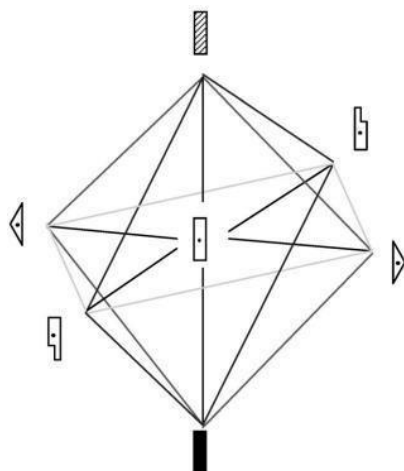


Nota: La figura muestra las direcciones unidimensionales existentes. Fuente: Ros, 2009, p. 354.

Al unir dos direcciones opuestas y pasar por el centro del cuerpo, se crean los ejes: (vertical, horizontal y sagital) que se cruzan formando una cruz dimensional. Ver Figura 2.

Figura 2

Cruz dimensional

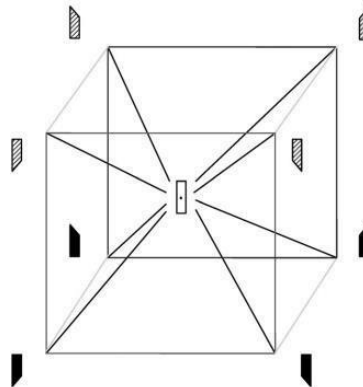


Nota: La figura muestra las direcciones bidimensionales existentes. Fuente: Ros, 2009, p. 354.

Si imaginamos los ejes que, pasando por el centro del cuerpo, se inclinan hacia los vértices de un cubo imaginario que contiene el cuerpo y hacemos que los movimientos tengan esta dirección, podremos construir un tipo de movimiento menos estable que el anterior (Ros, 2009, p. 355). Ver Figura 3.

Figura 3

Cubo imaginario

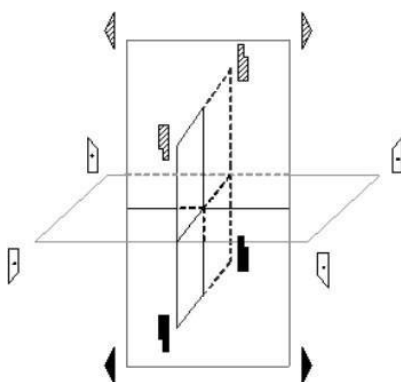


Nota: La figura muestra las direcciones tridimensionales, que forman cuatro direcciones del cubo. Fuente: Ros, 2009, p. 355.

A partir de los tres ejes iniciales imaginamos que pasan tres planos (vertical, sagital y horizontal), y que son los referentes de los movimientos bidimensionales (pared), se obtiene una serie de puntos nuevos (Ros, 2009, p. 255). Ver Figura 4.

Figura 4

Planos



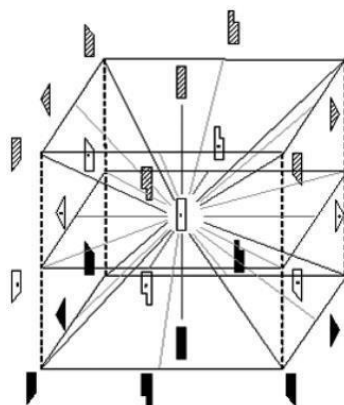
Nota: La figura muestra las direcciones incluyendo el centro y los planos, que forman la puerta, la mesa y la rueda. Fuente: Ros, 2009, p. 355.

De acuerdo con Preston 1963, cuando las dimensiones primaria y secundaria de cada plano se unen en el espacio, forman cuatro vértices, denominadas como el plano de la puerta, de la mesa y de la rueda referente a estos planos, algunos sujetos se mueven de manera cómoda en uno o dos de ellos, por lo que se puede decir que cuando se encuentran en la utilización del plano “puerta” (verticalidad), ésta representa un modo de estar en el mundo, de presencia; cuando utiliza sobre todo el plano de la “mesa” (horizontal) representa un modo de comunicación y por último al utilizar la “rueda” (sagital) representa la acción, el avanzar, la decisión (White, 2008, p. 247).

Al juntar todos los puntos, incluido el centro: los seis de la cruz dimensional, los ocho del cubo, y los trece de los tres planos, llegamos a sumar un total de veintisiete puntos que forman el cubo siguiente, denominado también cubo de Rudolf Laban. Ver figura 5.

Figura 5

Cubo de Rudolf Laban

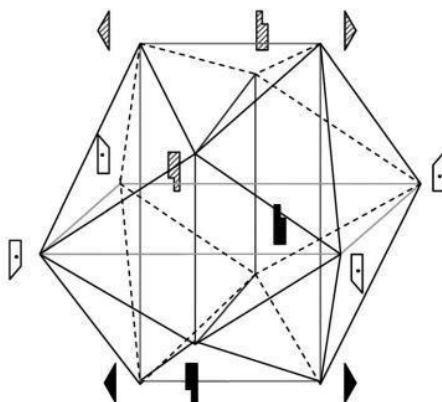


Nota: La figura muestra las 27 direcciones existentes. Fuente: Ros, 2009, p. 355.

Finalmente, al tener las direcciones unidimensionales, bidimensionales y tridimensionales se obtiene la *Kinesfera*. Ver figura 6.

Figura 6

Kinesfera



Nota: La figura muestra las direcciones posibles dentro de la kinesfera. Fuente: Ros, 2009, p. 355.

En este sentido, y debido a que puesto que el estudio del espacio de acuerdo con Laban (1984) se realiza desde el punto de vista de la persona que baila, y a partir de su cuerpo

se crea a su alrededor la denominada *Kinesfera* o espacio tridimensional en el que ese cuerpo puede moverse (Ilari, & De Castro, 2019, p. 2), y que se utiliza en la ciencia del movimiento o la kinesiología y por tanto tiene implicaciones motrices. Se considera que:

Kinesfera es un territorio aislado del espacio general, que acompaña al bailarín vaya donde vaya. *Kinesfera* y bailarín tienen un mismo centro, desde el que sale la energía a través del movimiento y el foco (lugar hacia el que se dirige la atención principal; generalmente se refiere a la dirección de la mirada) (Sampedro y Botana, 2010, p. 102).

Con base en lo anterior, también es preciso considerar al eje como “una línea recta alrededor de la cual rota un objeto. En el cuerpo humano se entienden las articulaciones como ejes y los huesos como objetos que rotan alrededor de ellas en un plano perpendicular al eje” (Idarrága, s.f.)

Existen tres ejes principales y la rotación se describe como si ocurriera en un plano alrededor del eje que es perpendicular al plano y lo atraviesa por todo su centro:

- 1 Eje horizontal corresponde al plano sagital, que divide al cuerpo en lado derecho y lado izquierdo. Sus movimientos: flexión – extensión.
- 2 Eje vertical corresponde al plano horizontal (transversal) y divide al cuerpo en arriba y abajo. Sus movimientos de rotación.
- 3 Eje sagital corresponde al plano frontal, divide al cuerpo en adelante y atrás. Sus movimientos: abducción y aducción e inclinaciones (Idarrága, s.f.)

Derivado de la información presentada anteriormente sobre el espacio, es preciso aclarar que los participantes de una sesión de DMT, no son exclusivamente bailarines, sino que parte de estos fundamentos radican en identificar como el sujeto se mueve o es movido, ese cuerpo que se desplaza con su energía, hacia una dirección específica o varias.

Por lo anterior, y para que no existieran controversias sobre la aplicación de la Danzaterapia (como también se le denominaba en sus inicios) se introduce la conceptualización de Movimiento, siento entonces el movimiento un elemento clave en las sesiones de DMT.

Según Panhofer (2011) la primera asociación de DMT y sus integrantes, la definieron como:

La utilización planificada de cualquier aspecto de la danza con el propósito de ayudar a la integración física y psíquica del individuo (*ADTA*, 1966). En este tiempo, el término no contenía la palabra “movimiento”, que llegó años más tarde para especificar que el movimiento más simple, y sin necesidad de entenderse como un baile complejo o coreográfico, podía ser utilizado en la DMT (Levy, 1988) (p. 246).

Así, Melas (s.f.) define el movimiento como el proceso de modificación de la localización en relación al entorno, es a su vez, el hecho de que dos centros de gravedad varíen su distancia entre sí (pp. 16-17). Un movimiento natural, ejecutado de forma óptima, sucede si “la relación entre liberación de energía y efecto es lo más favorable posible, o sea, cuando la energía empleada obtiene el resultado pretendido con la menor pérdida de energía

posible, pérdida causada” (Melas, s.f., p. 19) por ejemplo, al superar obstáculos ajenos al objetivo.

De esta manera, en concordancia con los elementos antes mencionados. Una de las principales contribuciones de Laban es el *Laban Movement Analysis* (LMA), Análisis del Movimiento de Laban, a través del cual se observa el movimiento del cuerpo en conexión con el entorno (o espacio): esquemas espaciales, recorridos y líneas de tensión espacial. “El trayecto que realiza el cuerpo o una parte del cuerpo en el aire son líneas de tensión que, si bien están en el pensamiento del ejecutor, también pueden estar en la del espectador” (Ros, 2009, p. 353).

El LMA es un lenguaje o sistema que fue creado por Rudolf Laban, que se utiliza para entender, observar, describir y anotar todas las formas de movimiento, permite describir las conexiones del cuerpo, la dinámica del movimiento producido por el esfuerzo muscular, la forma, la interpretación y la documentación del mismo. La utilizan principalmente bailarines, atletas y fisioterapeutas. Este sistema es conocido como *Laban/ Bartenieff Movement Analysis*, *Laban Movement Studies*. Debido a las diversas contribuciones que hicieron Irmgard Bartenieff y Warren Lamb, discípulos de Laban, al incorporar el Effort- Shape (Esfuerzo-Forma): estudio de la dinámica del movimiento (Ros, 2009, p. 350).

El LMA también denominado *Labanotation*, tiene cuatro categorías: cuerpo, espacio, esfuerzo y forma. Al hablar del cuerpo y espacio, se retoman aspectos mencionados con anterioridad y de acuerdo con Ros (2009), incluye el análisis de algunas categorías como:

1. El inicio del movimiento, empezando desde una parte específica del cuerpo (conducciones).
2. Conexión entre las diferentes partes del cuerpo.
3. Secuencialización del movimiento entre las partes del cuerpo.
4. Esquemas de organización del cuerpo y de su conectividad, llamado también *Patterns of Total Body Connectivity*, *Developmental Movement Patterns*, o *Neuromuscular Patterns* (p. 351)

De acuerdo con Fishman (2001):

La noción de forma introducida por Warren Lamb implica que cuando se realiza un esfuerzo un cambio correspondiente se da en la forma. La forma describe el “dónde” del movimiento, es decir dónde están las partes del cuerpo posicionadas en relación al espacio. Las formas clasificadas son: flujo de la forma, implica que el observador ve las partes del cuerpo alejándose del centro o acercándose al mismo. Direccionalidad del movimiento: significa que el recorrido del movimiento en el espacio es “arc like” o “spoke like”. En forma (shaping) es la adaptación o el moldeado o modulación del movimiento como por ejemplo, al sostener a un bebé. Irmgard Bartenieff, pionera en danzaterapia fue quien introdujo estos conceptos en Estados Unidos (p. 3).

Lamb con base en los estudios de Laban creó el *Movement Pattern Analysis* (MPA) Análisis de Patrones de Movimiento que permite observar y determinar las características del movimiento de un individuo para tomar decisiones, a través del análisis de su

comportamiento. Otra contribución a la DMT, en estos aspectos es la que realizó Judith Kestenberg, quien contribuyó con el *Kestenberg Movement Profile* (KMP) Perfil de movimiento Kestenberg (Moore & Davies, 2014, p. 131).

En lo referido al esfuerzo, Laban define cuatro factores presentes en todo movimiento: tiempo, peso, espacio y flujo, cada uno de ellos tiene polaridades, las de lucha y las indulgentes. El tiempo: súbito/ sostenido; es la cualidad que describe la actitud interior del sujeto con respecto a la duración o a la continuación del movimiento, es decir, la **decisión**; por ejemplo lo súbito o repentino puede ser una urgencia o una sorpresa, y lo sostenido un alargamiento, continuidad o persistencia. En acciones cotidianas al tocar una estufa caliente o la huida ante algún peligro es súbita, mientras que una caminata en el parque sin prisa es sostenida.

En el factor peso: pesado/ liviano; corresponde a la actitud interior del que se mueve con o contra la gravedad, de una forma cualitativa, no cuantitativa, es decir, **la intención**; por ejemplo, lo pesado o firme (fuerte o resistente) o lo liviano o suave (delicado, ligero). En las acciones cotidianas, golpear a alguien, dar un puñetazo, o por el contrario acariciar a un recién nacido.

En tanto al espacio: directo/ indirecto; éste describe la actitud interior del que se mueve hacia el entorno, es decir, la **atención**; por ejemplo, lo directo (dirección rectilínea) o lo indirecto o flexible (dirección ondulada). En acciones cotidianas ensartar una aguja es un movimiento directo, mientras que caminar por una calle transitada esquivando a las personas genera un movimiento indirecto.

Por último, el flujo: contenido/ libre, responsable de la continuidad de los movimientos, la facilidad, contención o precisión; es decir, **la acción**; por ejemplo, lo contenido o controlado (tenso) o lo libre, fluido o relajado. En una acción cotidiana al caminar sobre una superficie rocosa, se contiene el flujo y por el contrario balancearse se puede considerar como un movimiento libre (White, 2008, pp. 251-252).

La combinación de los cuatro factores siempre se produce en un movimiento, que realiza el sujeto, sin embargo, generalmente hay uno o varios que destacan más que otros. En este sentido si un esfuerzo se produce por dos factores principalmente, revela estados internos de la mente (Laban, 1960; Preston, 1963) lo que produce en la vida cotidiana características como: despierto (espacio y tiempo) y soñador (flujo y peso); lejano (espacio y flujo) y próximo (peso y tiempo), y estable (espacio y peso) y móvil (tiempo y flujo) (White, 2008, p. 253).

La combinación de los tres factores se denominan impulsos y son cuatro estados del sujeto altamente expresivos: “pasión (sin utilización del espacio), visión (sin peso), encantamiento (sin tiempo) y acción (sin flujo). El flujo libre o contenido suele acompañar al impulso a la acción, y entonces se designa como acción de pleno esfuerzo (Bartenieff, 1980)” (White, 2008, p. 253).

El impulso de la acción, es decir, la combinación del (espacio, peso y tiempo) con afinidades espaciales, resultan en ocho esfuerzos básicos o impulsos del movimiento:

flotar, golpear o arremeter, deslizar, dar latigazos, palpar, retorcer, sacudir y empujar.
(White, 2008, p. 254).

En cada uno de los anteriores movimientos, además, el sujeto realiza posturas, gestos, sonidos, ejecuta acciones que comunican. Sin embargo, a lo largo del crecimiento y desarrollo del ciclo vital, el cuerpo del sujeto se va descuidando y deteriorando el instinto del movimiento y al “manipular erróneamente sus funciones se ha perturbado el equilibrio del balance corporal, que es el elemento vital más importante para el movimiento” (Melas, s.f., p. 7).

Esto se observa por ejemplo de manera más precisa en el ámbito educativo, cuando se es bebé el sujeto se mueve y su curiosidad nata le lleva a explorar todo lo que tiene alrededor.

La experiencia perceptiva directa del cuerpo es permanente, a diferencia de los otros objetos físicos y de las personas del entorno. Las personas y los objetos van y vienen; el cuerpo no, desde el nacimiento, el propio cuerpo es el compañero de todas las experiencias psicológicas (Rochat, 2001, pp. 51-52).

Sin embargo, cuando el bebé crece e ingresa al sistema educativo, en el jardín de infantes existen algunas limitaciones corpóreas regidas propiamente por el contexto al seguir las reglas y “obedecer” como el no levantarse del asiento designado, estar sentado durante toda la sesión y permanecer casi sin moverse más que para ocasiones especiales o la clase de educación física.

En educación básica (primaria y secundaria) el sistema limita más el movimiento del sujeto. De igual manera sucede al pasar por la adolescencia donde surgen infinidad de cambios; y finalmente en la adultez y vejez. Por todo lo anterior, la DMT, se propone entre sus objetivos, descubrir en cada sujeto esa expresión, movimiento o gesto espontáneo ligado a un contexto, y situaciones particulares, como vínculo de comunicación. El gesto que manifieste lo verdadero de nuestro ser, ese significado interno que toma cuerpo y habla, se comunica, a través del movimiento.

Así pues, al ejecutar un movimiento y en conjunto con la respiración, estos de cierto modo tienen un impacto en el comportamiento psíquico, y así al ser libre de expresarse, cuerpo, mente y emoción, e incluso espíritu, con toda la historia del sujeto éste se vuelve capaz de crear una danza propia.

Por lo tanto, las implicaciones que se tienen para un cuerpo humano, un sujeto que se mueve, significa un desplazamiento de su centro de gravedad, el cual se representa como un sostén y fuerza determinado en el espacio. A través del movimiento se es posible la conexión primero para con uno y después para con otros.

Finalmente, con base en lo descrito y tomando en cuenta el significado que se le ha dado a la danza en diversos ámbitos y principalmente con relación a la psicología del desarrollo, para Español (2016):

La danza, especialmente en la danza improvisada, no figurativa, que no corresponde a una coreografía previa como el *Contac*, el movimiento no es vehículo a través del

cual se haga referencia a alguna otra cosa; el movimiento no transcribe el pensamiento, sino que es el pensamiento mismo. El concepto de *pensar en movimiento* se orienta a la fenomenología del movimiento: es una forma de ser en el mundo, de tomarlo momento a momento y de vivirlo directamente en movimiento (p.114).

Terapia

La palabra griega *therapeuin* significaba originalmente, además de “curar” y “tratar”, “formar” y “educar”, en este sentido, para Hölter y Panhofer (2005) la terapia está ligada a la curación; y los esfuerzos de formación e introspección son objeto de la pedagogía, así la danza educativa forma parte del “arte de enseñar” mientras que la DMT se encarga del “arte de curar”, y su objetivo se centra en los conflictos individuales y en la realización de un trabajo biográfico a fondo (pp 29-31).

Así pues, existe la diferencia entre los conceptos de educación y de terapia; la primera, la educación escolar, principalmente, recae en el ámbito del aumento de la competencia y, en el caso de la terapia, y en especial en la psicoterapia, en el ámbito del control emocional y de la formación de relaciones (Hölter y Panhofer, 2005, pp. 29-31).

En las antiguas civilizaciones por ejemplo, la religión, la medicina, el arte, la música y la danza eran inseparables, de este modo, al mencionar el concepto de terapia, para fines de este trabajo se definen las Terapias Artístico Creativas que son:

Aquellas disciplinas que estudian, desarrollan y aplican técnicas, estrategias y métodos para establecer una relación de ayuda socioemocional mediante uno o varios lenguajes artísticos para poder así atender a las necesidades socio afectivas y del desarrollo integral de cada persona y poder abordar las dificultades o alteraciones emocionales y/o conductuales significativas que puedan presentarse (Hernández, 2011, p. 22).

La esencia de estas terapias “reside en el resultado terapéutico de la actividad de crear algo” Dalley (1987; como se citó en Hernández, 2011) ese crear se lleva a cabo justamente a través de un proceso creativo que involucra entre otras, diversas actividades de juego, pues este nos va a permitir discriminar mejor lo objetivo de lo subjetivo, lo interno de lo externo, lo real de lo imaginario (p. 22). Entre estas terapias destacan el arteterapia, la musicoterapia, la danza movimiento terapia y el psicodrama.

En tanto a la DMT, surgieron a lo largo de los años, multiplicidad de terapias corporales, como la técnica Feldenkrais, la técnica Alexander, La Eutonía, el Reiki, la Terapia a través de masajes, el método Fedora Aberastury y muchas otras, cada una con su valor, pero comprendidas desde las diferencias fundamentales que existen entre ellas. (Chaikin, 2008, p. 36).

En la DMT de acuerdo con Chaiklin (2008):

Las improvisaciones están dirigidas por uno mismo y provienen del inconsciente o del preconscious y por tanto, el movimiento de la danza asume un significado

simbólico. Es posible que de ese modo se repitan modelos, surjan nuevas formas de moverse y se revelen conexiones y relaciones con los propios comportamientos. Este material se transforma entonces en parte del proceso que induce al cambio. Las interacciones verbales, a su vez, se utilizan para clarificar, interrogar y dar apoyo (p. 36).

A su vez, en la DMT se utiliza el movimiento como una metáfora “en su sentido etimológico griego *meta* y *phora*, que significa “llevar de un lado al otro”: son el movimiento y la danza los que conducen al sujeto desde las partes olvidadas, reprimidas o disociadas del inconsciente a la conciencia” (Panhofer, 2011, p. 241).

El movimiento expresivo y la danza se emplean como medio para enfrentarse con un proceso personal de integración y de crecimiento: A través de la danza y el movimiento el mundo interior de una persona se hace más asequible, se comparte el simbolismo personal, se encuentran significados en gestos, posturas y cualidades de movimiento y se muestran los modelos de relaciones personales que uno tiene con los demás (Panhofer, 2011, p. 239).

En DMT, se señala de acuerdo con Kleiman (2001; como se citó en reca, 2011) a cinco marcas cognitivas que facilitan un encuadre para la comprensión del movimiento en tanto fenómeno psicoterapéutico:

1. Explorar los sentimientos, sensaciones y subsecuentes pensamientos que aparecen durante un lapso de movimiento.
2. Descubrir e identificar cuáles son las sensaciones y sentimientos relevantes en la experiencia de la vida actual.

3. Conocer (darse cuenta) y aceptar los descubrimientos significativos, aunque no se comprenda la totalidad significada.
4. Conectar las sensaciones sentimientos y pensamientos descubiertos, porque son importantes en la experiencia de la vida actual y su paralelismo a experiencias pasadas.
5. Integrar lo que se ha descubierto la construcción de patrones de movimiento que permitan hacer frente a los riesgos y a la adecuación, de la manera más personal (p.162).

Por último, a modo de síntesis, para Fishman (2008) se “entiende el proceso terapéutico como una experiencia afectiva-cognitiva-creativa que implica una aventura compartida. Ante el requerimiento del paciente de un espacio y tiempo para sí” (p.93). De esta manera, a través de esta relación se establece una confianza entre terapeuta y paciente en la que las expresiones de este último se vuelven cuestiones o cualidades personales perceptibles y auténticas mientras que en el caso del terapeuta acepta compartir intimidad y cercanía sin participar en la vida personal del paciente (p.93).

1.2 Qué es la Danza Movimiento Terapia

1.2.1 Una mirada desde la Psicología del Desarrollo y la Psicología Cognitiva

Durante la ontogénesis del ser humano, desde el proceso de concepción la información genética que contienen dos cuerpos comienza a moverse, posterior a la fecundación, dentro del vientre materno, en la gastrulación, con la formación de la placas

neurales y el tubo neural, ahí mismo durante el crecimiento embrionario “la formación de la columna realiza una danza”. Alrededor de todo este proceso con un lapso aproximado de nueve meses, que conlleva hacia la formación de un feto que se encuentra completo, se presenta movimiento y co-existe un organismo dentro de otro, en una relación simbiótica.

Posterior a ello, la relación primera de la mamá con el bebe al nacer, se vuelve sincrónica, sintónica o distónica (Fishman, 2001) y se van formalizando los vínculos e interacciones con las cuales se generan nuevas formas de ser, de estar, de hacer, de convivir y de aprender.

De acuerdo con Ospina y Español (2014) hacia finales del siglo XX y principios del 21 surge en las Ciencias humanas el concepto de *giro corporal* definido por Seeths-Johnstone 2009 "este se aleja de la filosofía de la escisión y comparte las críticas a los dualismos; pero adjunta, además, otras asunciones que no necesariamente han de ser compartidas por todos aquellos que se oponen a la filosofía de la escisión" (pp.111-112).

Es decir que, a través del giro corporal la escisión mente-cuerpo se comienza a desvanecer dejando ver qué incluso desde el nacimiento existe "todo lo que hay del lenguaje antes del lenguaje" (Ospina y Español, 2014, p. 111).

En relación con esto, aparecer el giro corporal más allá del giro lingüístico con “la intuición de que en las artes no figurativas-como la música y la danza- la psicología puede encontrar modos nuevos de pensar al sujeto humano” (Ospina y Español, 2014, p. 115).

Parece entonces, que desde la concepción y hasta el nacimiento del ser humano, el movimiento se vislumbra como una necesidad fundamental; de acuerdo con Daniel Stern (2010; como se citó en Ospina y Español, 2014) los “primeros movimientos del feto son balísticos y no parecen tener una ruta definida, a la manera de una meta que necesita alcanzarse, sin embargo, sí hay puntos finales proporcionados por la anatomía del entorno” (p. 116). Estas ideas las podemos comparar con los esfuerzos resultantes de la *kinesfera* del sujeto, de la que Laban hace mención.

Por ejemplo, Telen (1979; como se citó en Ospina y Español, 2014) “encontró que los bebés durante el primer año de vida pueden realizar alrededor de 47 tipos diferentes de movimientos estereotipados, con ciertas diferencias individuales” (p.112).

De acuerdo con Piaget, desde la psicología del desarrollo, en el aspecto cognitivo se encuentran los estadios del desarrollo a través de los cuales el sujeto se desenvuelve, desde el reconocimiento de su cuerpo y su cuerpo en el espacio, las sensopercepciones, las preoperaciones, las operaciones concretas hasta la capacidad de abstracción en un pensamiento formal y en todas estas etapas que se atraviesan y que si bien no hay una única forma de desarrollo pero que se encuentran presentes y dan justificación de nuestra forma de aprender se circunscribe aunque oculto, el movimiento, sobre todo antes del habla.

Bigotti de este modo, sostiene que la constitución de formas de pensamiento verbal es el resultado de la relación entre procesos de pensamiento y procesos de habla. Podemos afirmar, en este sentido, que hay un momento de pensamiento preverbal y también un uso pre intelectual de lenguaje. La clave de los altos evolutivos radica en

la variedad de relaciones interfuncionales, en este caso, en la manera particular en que pensamiento y habla se funden, en el tipo de relación que instauran (Baquero, 2012, p.72)

Situándome nuevamente con el bebé, Jean Piaget (1937, como se citó en Ospina y Español 2014) observó detenidamente el movimiento y la acción de éste, las *reacciones circulares* como relaciones descubiertas con una adquisición y una actividad implicadas con la conducta inteligente, es así que, en la medida que “los objetos dejan de ser solo directamente percibidos suponen una continuidad en la búsqueda, conciencia de la intención y dirección del acto, que suele recurrir a acciones intermedias; empieza a emerger la intencionalidad y la acción inteligente” (p.113).

A su vez, el último concepto que aporta Stern a la psicología del desarrollo y a las ciencias humanas es el concepto de formas de vitalidad, enunciando así cinco eventos que le componen: movimiento, tiempo, fuerza, espacio y dirección o intención (una péntada dinámica. Es a través de ellas que “el bebé se mueve, ve moverse a otros y es movido en infinitas ocasiones, y así empieza su distinción de sí mismo, Como un ente separado y diferenciado del entorno, y de los otros que están a su lado” (Ospina y Español, 2014, pp. 2117-118).

El doble modo de presencia del movimiento está implicado también en otras experiencias variadas de movimiento, en contacto con los otros y en soledad, cuyo

contraste incentiva también el pensar en movimiento: mover-ser movido-ver moverse son experiencias clave del sentimiento de agencialidad (Español, 2012, p.233).

En los primeros tres meses el bebé establece lo que lo que Rochat (2001; citado en Ospina y Español, 2014) denomina agencialidad o *cableado intermodal del cuerpo*, "cada vez que entra en ciclos de reacción circulares percibe el cableado intermodal del yo un tipo de organización perceptiva que especifica su yo y que difiere de la percepción, también organizada en invariantes, de los otros "esto a través de su forma de vitalidad (pp. 118-119).

En congruencia con lo anterior (Ospina y Español, 2014):

Se cita el *sí mismo emergente*, que es la entrada al ser de la organización, es la experiencia primera de la organización que emerge con el aprendizaje sobre las relaciones de sus experiencias sensoriales; tiene lugar durante los primeros dos meses de la vida del bebé y opera a partir de la percatación como matriz experiencial; permanecerá como núcleo fundamental de la subjetividad humana. Durante sus dos primeros meses de vida el bebé se encuentra activamente percibiendo lo que pasa consigo mismo en sus momentos de soledad y cuando está con el adulto. Comienza a construir su vida subjetiva A partir de su cuerpo y de lo que experimenta fenomenológicamente gracias a este punto (p.123).

Para (Ospina y Español, 2014) el *sí mismo nuclear* se constituye sobre la base de la experiencia de la coherencia, la agencialidad y los afectos vitales de su cuerpo, permitiendo

que el bebé establezca distintas distinciones físicas y sensoriales claras entre sí mismo y el otro (p.124).

En consecuencia, con los diversos enunciados anteriores, se relaciona así la Danza Movimiento Terapia con la Psicología Cognitiva, al abordar el aprendizaje, retomando por un lado las aportaciones que Vigotsky enuncia, desde el enfoque sociocultural y con base a las siguientes premisas en torno a la psicología:

- a) La psicología como estudio de la conciencia.
- b) La actividad instrumental y la interacción social en el estudio de los procesos psicológicos superiores.
- c) La influencia de las variables sociohistóricas.
- d) La Zona de Desarrollo Próximo como marco de explicación de las relaciones entre aprendizaje y desarrollo.
- e) Las relaciones entre pensamiento y lenguaje (Carretero, 2004, p. 186).

Y como lo menciona Baquero (2012) en el desarrollo cultural del niño, toda función aparece dos veces: primero, a nivel social, y más tarde, a nivel individual; primero entre personas (*interpsicológica*), y después, en el *interior* del propio niño (*intrapsicológica*). Esto puede aplicarse Igualmente a la atención voluntaria, a la memoria lógica y a la formación de conceptos. Todas las funciones psicológicas se originan como relaciones entre seres humanos (Vigotsky, [1930] 1988; 94; bastardilla en original) (p.69).

Sin embargo, por el otro lado, para (Carretero y Limón, 1993):

El aprendizaje es una actividad solitaria. Casi un vicio solitario, añadiríamos por nuestra cuenta, en la medida en que la visión de Piaget, Ausubel y la Psicología Cognitiva se basa en la idea de un individuo que aprende al margen de su contexto social. Por supuesto, a la hora de los parabienes teóricos se concede un papel a la cultura y a la interacción social, pero no se especifica cómo interactúa con el desarrollo cognitivo y el aprendizaje. Ciertamente, en las elaboraciones teóricas tampoco se concede un lugar a una unidad de análisis que permita estudiar las relaciones entre lo social y lo individual. En definitiva: estos autores nos transmiten la imagen de un ser que aprende básicamente en solitario y de manera un tanto solipsista.

En los dos párrafos anteriores se denota una oposición entre las teorías del aprendizaje, por un lado, en la construcción de éste para Piaget es preciso un aprendizaje individualizado, donde el sujeto es el encargado del conocimiento, a través de los procesos de acomodación y asimilación; mientras que en Vygotsky éste se adquiere en interacción con otros. Sin embargo, en Danza Movimiento Terapia, el aprendizaje se da en ambos sentidos, debido a que, durante su ejecución por parte del sujeto (al moverse y en la creación de su propia danza) se realizan un vaivén de cambios psicológicos y conductuales que en solitario o en compañía emergen durante las sesiones, y en acompañamiento con un terapeuta especializado, movilizand así: psique-soma-conducta y emoción-movimiento o viceversa.

El sujeto así, en reiteradas ocasiones, limitando su “ mover” desde la infancia hasta la etapa adulta, principalmente con reglas tanto en casa, o en la escuela, al ser los niños etiquetados como inquietos, distraídos, o traviesos, o bien, a través de frases como “siéntate, no te muevas”, “levanta sólo la mano para participar”, deteriora su participación, su actuar en la vida, sus formas de vitalidad; se limitan los cambios de posición del cuerpo en el espacio, las posturas, gestos e incluso sonidos naturales y se van creando estructuras y representaciones mentales que inciden en nuestros comportamientos un tanto robotizados o mecánicos.

Además, el cambio en el ajuste mental a un cuerpo que ya no se concibe como un organismo vivo y por lo tanto versátil, capaz de desarrollarse sino como un concepto mecánico, representa un peligro de creciente gravedad. A menudo el hombre de hoy considera su cuerpo como por ejemplo el motor de su automóvil (pero sin concederle los mismos cuidados y atención) o en el mejor de los casos como un robot genialmente construido (Melas, s.f., p. 7).

En este sentido, tanto la vida como la creatividad son procesos que implican circuitos entrelazados de control, alimentación y retroalimentación entre organismos y medio ambiente, entre los cuales el arte, la música, la poesía, la paradoja, el sacramento, el teatro son “las medicinas que necesitamos, y sin embargo son precisamente las cosas que nuestra mente moderna deja de lado” (Nachmanovitch, 2016, p. 217).

Pareciera así que la persona tiene una dualidad mente- cuerpo una escisión entre ambos polos y que éstos a su vez son opuestos; de ahí que, para algunos autores a diferencia

de esta percepción, “la integridad de la psiquis es la integridad del mundo. De allí las propiedades curativas del arte” (Nachmanovitch, 2016, p. 218).

De esta manera y con base en las terapias creativas como lo es la DMT, se considera que:

El arte se constituye como el lenguaje fundamental del ser humano dado la expresión de la vida intrapsíquica que se hace posible a través de él. Desde el nacimiento el signo, fundamento del lenguaje y consecuentemente del arte está presente en la interacción social; lenguaje y socialización, arte y socialización se conjugan en todos los individuos (Peña, s.f.).

Es por ello que en este mundo de infinitas posibilidades es necesario establecer un entramado con diversas disciplinas que van contribuyendo al desarrollo integral, la formación y aprendizaje del ser humano. Así pues:

El arte es concebido como una actividad que requiere un aprendizaje y puede limitarse a una simple habilidad técnica o ampliarse hasta el punto de englobar la expresión de una visión particular del mundo, visión que obedece a la interacción socio-cultural a la que cada persona haya sido expuesta (Peña, s.f.).

1.2.2. Conceptualización de la DMT

Una vez expuesto lo anterior, y por ello el arte de la danza como herramienta terapéutica, con la denominación de Danza Movimiento Terapia (DMT), coadyuva cuando existen fallos en el “danzar” (en la ejecución de esos movimientos) que se van perdiendo desde el nacimiento reeditándose en el mundo, con el mundo y para el mundo, (Fischman, 2001) aperturando desde la empatía y sintonización un sinfín de nuevas conexiones y posibilidades; es por ello que la Danza Movimiento Terapia para la *American Dance Therapy Association* (ADTA, 1967) es “el empleo psicoterapéutico del movimiento en un proceso que posibilita la integración física, emocional, cognitiva y social del individuo” (Reca, 2005, p. 17).

De acuerdo con la Asociación de Danza movimiento Terapia Española (ADMTE):

La Danza Movimiento Terapia, proporciona un canal de comunicación empleando la forma de lenguaje más ancestral e instintivo que es el movimiento. Las pinturas, los instrumentos musicales y el propio cuerpo -a través de la danza y del teatro- se transforman en frases que transmiten las vivencias más primitivas de la persona. (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2011, p. 6).

Partiendo de la premisa anterior, la Danza Movimiento Terapia pertenece al grupo de las Artes Creativas en psicoterapia, es una terapia creativa que propone el equilibrio entre el arte y la ciencia, nace como una intervención médica en pacientes psicóticos alrededor del año 1940 en Estados Unidos, surge de la unión de la Danza y la Psicología al conectar la

emoción, el movimiento y el pensamiento, bajo un encuadre terapéutico, en el que no se da el valor a la estética o a la creación de una coreografía sino que se observa y analiza el movimiento que ejecuta la persona así como todos sus aspectos corporales y contextuales.

La utilización de la Danza Movimiento Terapia como terapia creativa entonces, promueve el bienestar de las personas, integrando aspectos de la individualidad con el mismo mundo, se trata de un entramado entre lo interno y lo externo, con las emociones, aprendizajes y construido de manera social. De acuerdo con Cigaran (2009) “La DMT, entonces es un proceso entre profesional y paciente dónde se irán trabajando los aspectos personales de la persona que acude” por diversas situaciones (p. 11).

Enuncia Cigaran (2009) “te acepto como tú eres y quiero estar contigo donde tú estas” (p.5), principio básico en Danza Movimiento Terapia (DMT), invitando así a la reflexión, a colocarse en los “pies” de otra persona, como coloquialmente se dice “ponerse en los zapatos de otro” bajo sus circunstancias específicas, y contactar con el mundo real y las emociones presentes en ese momento, en la vida misma. Éste simple principio de relación entre los seres humanos, a veces denominado como capacidad empática, muchas veces pasa desapercibido y es difícil llegar a establecer un vínculo con alguien más que pueda estar consigo o estar para otro, comprendiendo su estado emocional.

La Danza Movimiento Terapia ha sido aplicada en distintas partes del mundo, sobre todo en Estados Unidos, Australia, Canadá, Finlandia, Indonesia, México y Argentina, entre otros; la población con la cual se trabaja es diversa, no importando la edad, sexo, raza u origen étnico o condición física, se implementa de manera individual, con parejas, en familias

o grupos. Asimismo, las sesiones de DMT son guiadas por un especialista en la materia y su campo de aplicación se encuentra en diversos ámbitos como en la salud mental, la rehabilitación, medicina, educación, prevención de enfermedades, geriátricos y programas para la promoción de la salud (Reca, 2005, p.12).

1.2.3 Principios y elementos de la DMT

La DMT surge de diversas corrientes arcaicas y folclóricas existentes desde los principios de la humanidad, utilizando los aspectos comunicativos y terapéuticos de las culturas antiguas más la combinación con la danza moderna y su énfasis en la expresión de emociones y sensaciones físicas en lugar de una técnica pura (Panhofer, 2011, p. 240).

De acuerdo con Reca (2005) la concepción en la que se fundamenta la Danza Movimiento Terapia es la comprensión del “binomio” cuerpo/mente como una unión y un espejo para cada uno. Se trata entonces de una unidad, en la que uno refleja al otro y viceversa, más no de dos contrarios; en palabras de Fischman (2008) por ejemplo son los sentidos del movimiento y el movimiento de los sentidos, haciendo alusión a que el movimiento corporal refleja estados emocionales internos y que el cambio en la gama de posibilidades del movimiento conlleva a cambios psicológicos promoviendo salud y desarrollo ([Fischman, 2001](#))

Se basa principalmente en la conexión entre movimiento y emoción (*motion* y *emotion*) utilizando el cuerpo y su propio lenguaje (Panhofer, 2011, p. 239). La DMT utiliza la observación y el análisis del movimiento (del sujeto) como una de sus herramientas para describir sobre todo cómo sucede el movimiento, más que, en qué movimiento se hace. Desde

la cualidad del movimiento se hacen inferencias acerca del significado psicológico de éste. Es en este aspecto cualitativo, psicológico y expresivo del movimiento en el que se centra la DMT (Panhofer y Rodríguez, 2005, como se cita en Panhofer, 2011, p.241).

En *Dance/Movemen therapy* existe un fundamento básico en George Mead (1934, como se citó en Reza, 2005) “los gestos son aquellas frases del acto que operan el ajuste a la respuesta del otro” (p. 48) porque plantea la comprensión de los gestos sociales como hecho fundamental del desarrollo. Ser un objeto social para sí, significa que el individuo ha adquirido gestos similares a los que tienen los que lo rodean, y que puede comunicarse con ellos.

De manera sintética y de acuerdo con Wengrower (2008) explica la Danza Movimiento Terapia bajo tres principios: el primero concebir al ser humano como unidad “cuerpomente”, sin una fragmentación, el segundo rescata el potencial creativo que surge de la danza y el movimiento, al ser utilizado como un lenguaje que permite comunicarse y expresarse y el tercero, establece el trabajo realizado desde una relación terapéutica (p. 39).

Es importante mencionar que cuando se habla de una modalidad de intervención donde se utiliza la acción psicomotriz, la mayoría de las prácticas priorizan, de acuerdo con Camels (2012):

Motivar y desbloquear la expresividad, la comunicación, estimular el desarrollo de la creatividad favoreciendo el libre ejercicio de las coordinaciones generales y las praxias, acompañar los aprendizajes de desequilibrio, encausar la práctica de la

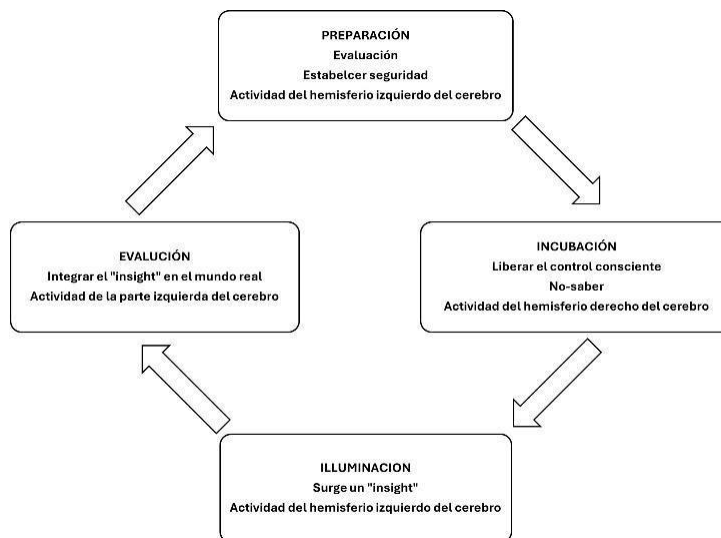
agresividad, contener corporalmente los estadios de angustia y desorganización, estar disponible ante una diversidad de formas (tanto sea actitudinalmente como a través de la mirada, la escucha, etcétera) (p.83)

Sin embargo, en Danza Movimiento Terapia se abordan tres elementos clave el cuerpo, que representa el qué, el espacio que se percibe como el dónde y el movimiento que nos habla de la correlación entre estos, y se analiza a través los distintos esfuerzos. Elementos presentes en el primer subtema.

De esta manera, la DMT engloba un proceso creativo, en el cual se pueden establecer cuatro fases en las cuales se desarrolla: preparación, incubación, iluminación y evaluación, tanto a nivel individual como grupal. Ver Figura 7.

Figura 7

Ciclo del proceso creativo



Nota: Se describe en la figura el proceso que se sigue durante la creación, en

comparación con el proceso que se establece durante las sesiones de DMT. Fuente: Panhofer (2011, p. 240).

De acuerdo con Meekums (2002; como se citó en Panhofer, 2011), en la primera, la preparación, se trabaja cuando el paciente llega con una cierta problemática aún en una incertidumbre y con curiosidad y prejuicios, se puede decir que se está aún en la mente. En la segunda fase, la incubación surge la exploración del movimiento improvisado, espontáneo, el movimiento metafórico y los comienzos de simbolismo, en la tercera fase, de iluminación, aparece la capacidad de *insight*, algo que era incomprensible se entiende, surge una necesidad de comprender e integrar lo vivido, acompañado de realizar un cambio. Por último, en la fase de evaluación tanto paciente como terapeuta evalúan la experiencia vivida y quizá dando solución a la problemática inicial (p. 241).

Lo anterior en un trabajo uno a uno, individual que se aborda con similitud cuando éste se realiza de manera grupal, en el cual el contacto primario se establece desde los gestos o movimientos de cada uno de los integrantes de la sesión con el terapeuta quien, de manera natural, tratará de ir logrando la apertura de los movimientos a otros por sincronización de patrones comunes, bajo las mismas o similares cualidades del movimiento.

La Danza Movimiento Terapia, es un medio especialmente poderoso para la terapia, ya que se focaliza en:

- 1.-Temas del desarrollo evolutivo.

- 2.-Temáticas relativas a la identidad.
- 3.-Relaciones intra e interpersonales.
- 4.-Capacidades innatas de la persona para curar/curarse (Reca, 2005, p. 20).

El proceso de abordaje de una sesión de DMT, parte de un modelo base tomado de Marian Chace, que se constituye de tres pasos establecidos: *warm up*, desarrollo temático y cierre.

Warm up (contactos iniciales).

- a. Espejar.
- b. Clarificar y expandir el repertorio del movimiento.
- c. Diálogo del movimiento.

Expresiones rítmicas grupales. *Warm up* corporal.

Desarrollo temático.

- a. Tomar señales no verbales.
- b. Ampliar, extender y clarificar acciones.
- c. Uso de verbalización e imaginación.
- d. Otros temas orientadores de posibilidades.

Cerrar

- a. Círculo.
- b. Movimientos comunitarios.
- c. Discusión, feed back, verbalización (Reca, 2005, p. 69).

Sin embargo, es importante mencionar que cada uno de los danza movimiento terapeutas ha añadido, o eliminado algunos elementos, dependiendo de los objetivos a

trabajar; cada uno imprime de cierta manera su propio estilo. Con este método de trabajo se posibilita partir desde donde se encuentra la persona, sin emitir algún juicio al respecto, a través de la *empatía kinestésica*, el *espejamiento*, la *entonación*, el eco todo de manera corporal, mediante los gestos, sonidos y toda la información que el paciente trae consigo, para poco a poco expandir los movimientos, cambiar las cualidades, y así posibilitar otros y transformar la conducta.

Finalmente y principalmente en las intervenciones grupales se procura que todos participen a través de ocupar un lugar en el círculo, que representa una equidistancia entre todos los integrantes, cada uno con un mismo valor de pertenencia, para realizar una verbalización de lo acontecido y poder tener un *feed back* al finalizar las sesiones.

Los elementos únicos de que dispone la DMT para la aplicación terapéutica son: pulso, espacio-tiempo-ritmo, forma-esfuerzo, respiración, conexión muscular, dinámicas, sincronidad, metáforas corporizadas, empatía kinestésica. (Reca, 2005, p.20).

Algunos de estos elementos fueron explicados en el primer tema, tales como el espacio, la forma y esfuerzo, a continuación, se enuncian otros de ellos. El/ la danza movimiento terapeuta que guía la sesión, no impone ningún patrón de movimientos, sólo registra y posibilita las improvisaciones que pueden abrir a otros, responde a la emoción del movimiento, tanto en espejo, eco o diálogo; como contrariamente, siempre respetando el tono emocional del grupo, de esta manera se puede llegar a construir un movimiento compartido en donde el ritmo posibilite cohesión.

“El poder de las acciones rítmicas en el proceso grupal fue usado por Marian Chace para facilitar y sostener la expresión de pensamientos y sentimientos de una manera organizada y controlada” (Reca, 2005, p. 57). Desde aquí se generarán líderes y seguidores de los líderes, lo que significa el aprender a seguir y a dirigir el movimiento intencionalmente.

Marian Chace señala que la acción rítmica grupal facilita y sostiene la expresión de sentimientos e ideas en una forma organizada y controlada. El aspecto contagioso del ritmo, a través de secuencias simples y seguras, provee un medio que propicia la emergencia de emociones dentro de una estructura que contiene y segura sobre la cual se organizan ideas y sentimientos que se expresan confiadamente (Sandel, Chaiklin y Lohn, 1993, citado en Fischman, 2005).

Según Schmais (2004:127; como se citó en Reca, 2011) informa que “[...] durante la relación espejada los terapeutas brindan atención a los dos aspectos del sí-mismo” que se describieron. Inicialmente el /la terapeuta refleja en sus propias acciones los movimientos y afectos del paciente en el momento del encuentro, y trabaja, con los patrones de movimiento que aparecen en la relación entre ambos. Le dio importancia al diálogo real o imaginario... (p. 151).

De acuerdo con Mead (1934; como se citó en Reca, 2011) se sostiene durante toda la vida con el Otro generalizado, -la comunidad- y con el Otro significativo, -los otros significativamente importantes-en la vida desde el afecto, sus juicios y opiniones. Y a través del entonamiento empático-la representación emocional y física del mí el terapeuta muestra su aceptación de la conducta social del paciente. Luego el paciente observa que su conducta es también aceptada por los miembros del grupo, y se supone

que, al tener mayor conocimiento del mí, su yo comienza a explorar su creatividad única (p. 151).

Para Fishcman (2005):

El danzaterapeuta “espeja” o refleja a través de su propia actividad muscular y verbal lo que percibe en el movimiento y en el cuerpo del paciente, lo que a un observador externo podría parecerle una simple mímica, es en realidad interpretar kinestésica y visualmente aquello que el paciente está vivenciando o trata de comunicar. Este proceso que llamó “empatía kinestética” o “reflejo empático”, es una de las mayores contribuciones de Marian Chace a la danzaterapia (Levy,1992 - Sandel, Chaiklin y Lohn,1993).

Chace, tomaba en sus sesiones, las manifestaciones no verbales, considerándolas aspectos comunicativos presimbólicos. En su accionar facilita la ampliación, expansión y clarificación de los patrones de movimiento y sus contenidos de significado, esto lo realizan los terapeutas de DMT mediante dos clases de habilidades comunicativas: las que los implementan para moverse empáticamente (Schmais,1972-1980) y las que comprometen el movimiento empático.

También se habla de “*tuning in*” sintonizar por los canales cinéticos, extrayendo la cualidad y esencia afectiva de la conducta no verbal, y la incorporación de esa esencia en la propia manera de moverse (Cáliz, 1968; Samuels, 1972, Schmais y White, 1968), empatía: espejamiento y sincronía (Fischman, 2005).

El entonamiento afectivo, o capacidad de compartir estados afectivos, proporciona información acerca del carácter de la relación, y ha sido descrito por Daniel Stern como el fenómeno o rasgo principal de la intersubjetividad humana.

De esta manera, la empatía, implica la capacidad de comprender lo que vive o siente el otro, no solo sus afectos, sino su estado de ser: la historia de sus deseos, sentimientos y pensamientos, lo mismo que otras fuerzas y vivencias que se expresan en su conducta; y luego permitiéndole comunicar más acerca de su vivencia y sentimientos desde la reciprocidad (Anthony, E. y T. Benedek 1983, como se citó en Fischman, 2005).

El concepto de “mente imitativa” (Meltzoff, 2002), los hallazgos acerca del funcionamiento de las “mirror neurons” o neuronas espejo (Gallese, 2002), dan cuenta de las bases neurológicas de la intersubjetividad, así como de las raíces orgánicas de la empatía (Fischman, 2005).

Con base en Fishman (2001) entonces en la DMT “Se trata de un proceso en el que el movimiento es el material considerado isomórfico con el estado del ser, y es allí donde se lo alcanza comunicándose a través del entonamiento emocional” la idea radica a su vez, en el juego de “lo interno/ externo” que sucede en el organismo, donde la cognición es una acción corporizada dependiente de esta experiencia originada en la posesión de un cuerpo con aptitudes sensoriales y motrices de representación.

Varela y sus colaboradores (1997; citado en Fishman, 2005) plantean que se estudia

entonces, la cognición ni cómo recuperación ni como proyección, sino como acción corporizada”. El enfoque enactivo consiste en dos cosas: la percepción es acción guiada perceptivamente y las estructuras cognitivas emergen de los modelos sensorio-motores recurrentes que permiten que la acción sea guiada perceptivamente. Las estructuras cognitivas surgen de patrones de movimiento. Piaget habla de procesos de asimilación-acomodación, tiene en cuenta un mundo predado y también construible (Varela, 2002). Los conceptos y la razón están encarnados, esto implica que los sistemas motores y perceptuales intervienen en dar forma a clases de conceptos particulares tales como el color, conceptos de nivel básico, relaciones espaciales y orientación (ordenar eventos).

La DMT interviene en la revisión, construcción y de-construcción de los “esquemas de imágenes”, “imágenes de objeto”, es decir en la experiencia misma, como célula elemental de la construcción del *self*, en donde el movimiento, el afecto y el significado conforman simultáneamente la experiencia subjetiva (Fischman, 2005)

Ahora bien, dice Damasio (2000, citado en Fischman, 2005) que la mente capta el objeto a la vez que al agente involucrado de la experiencia “el acto de aprehender algo modifica al ser”. Entonces, no sólo se enfoca en el cuerpo sino en esta mente, en la cual la práctica en DMT propone activamente focalizar la atención en la conciencia de los estados corporales que viene de las variaciones del movimiento o acción corporal. Esto favorece una reconexión en los estados corporales internos, sensaciones, emociones y sentimientos que constituyen *el self nuclear*. De este modo se comprometen los estados de autorregulación del organismo. *El self ampliado* o *autobiográfico* también es revisado ya que nuevas acciones en el aquí y ahora en el nivel del *self nuclear*, llevan a actualizar la historia, la narrativa. Una nueva experiencia que se compara con las anteriores y se clasifica, aportando tal vez nuevos elementos que transforman.

Estas premisas pues, son símil a lo que Ospina y Español (2014) mencionan con referencia a las formas de vitalidad y *el cableado intermodal interno del bebé*. La conciencia nace cuando los cerebros adquieren la capacidad de narrar una historia sin palabras, empleando el vocabulario universal de los gestos corporales, como crónica de la vida del organismo (Fischman, 2005)

1.3 La Danza Movimiento Terapia en Argentina

Diversos estudios han relacionado el campo de las artes (música, danza, plástica, teatro) con las poblaciones vulnerables o grupos de atención específica como los pacientes con cáncer, fibromialgia, esquizofrénicos, alexitímicos, entre otros. Por ejemplo, actualmente, durante los años 2014 y 2015 en Argentina se llevan a cabo programas de intervención de arteterapia en pacientes con Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (Formaiano, 2014). También en el Hospital Borda de Capital Federal, Buenos Aires se lleva a cabo un taller de tango con pacientes esquizofrénicos.

En el caso específico de la danzaterapia por ejemplo Sebiani (2005) refiere que la mayoría de los estudios muestran la relación con el ejercicio aeróbico, la resistencia y flexibilidad, arrojando resultados tanto de manera individual como grupal.

En relación con la Danza Movimiento Terapia sus orígenes se encuentran desde 1940 con Marian Chace en el Hospital Saint Elizabeth de Washington quien propuso en su trabajo que mediante una relación entre el movimiento y la terapia se podría comunicar con pacientes psicóticos; por otro lado Mary Whittehouse, Blanche Evans y Liljan Espenak trabajaron el movimiento en los procesos neuróticos (Reca, 2005, p.12).

Entre los años 1977 y 1986 Reca (2011) implementó la Danza Movimiento Terapia en Argentina como una alternativa positiva para la reconstrucción del mundo de sobrevivientes de tortura, por causas políticas, los resultados arrojaron que el uso de la DMT ofrece al sujeto un espacio de construcción en una nueva relación entre el cuerpo y el dolor,

que modificó en el paciente las distintas formas de movimiento en el espacio y sus niveles de disfuncionalidad, mediante un modelo psicosocial de intervención en los factores sociales, psicológicos y biológicos de cada participante (p.30).

Blázquez, Nierga y Javierre (2011) llevaron a cabo un estudio de caso con una paciente diagnosticada con cáncer de mama, quien asistió a una intervención de una hora semanal, con terapia a través de la Danza y el Movimiento durante cinco meses. Los resultados obtenidos indican que al final la paciente mostró una mejora en su bienestar psicofísico percibido después de participar en el programa.

Alrededor de los años ochenta, María Fux, bailarina, coreógrafa y danzaterapeuta, trabajó con distintas poblaciones entre ellas con las personas mayores favoreciendo mediante la Danzaterapia su bienestar general, produciendo en los sujetos una posibilidad de movimientos que antes no se producían en sus cuerpos.

Hokkanen, et., al., (2003) llevaron a cabo un estudio piloto en un hogar de ancianos, en pacientes con demencia, la muestra estuvo conformada por cuatro pacientes diagnosticados con Alzheimer en un grado de moderado a severo y abierto a la demás comunidad; la finalidad del estudio era analizar si habría mejoría en el nivel verbal, cognitivo y en la sintomatología conductual de los pacientes, mediante la aplicación de una sesión semanal de Danza Movimiento Terapia, durante cuatro meses.

Las muestras fueron grabadas en video y utilizaron diversos instrumentos para su análisis. Los resultados arrojaron un efecto favorable sobre las habilidades del lenguaje, en

el discurso narrativo sobre todo hacia el final de la intervención, demostrando que ésta puede ser beneficiosa en las funciones corticales superiores. En cuanto a los síntomas conductuales se anticipaba una mejora en la apatía o depresión de los pacientes, sin embargo, no se encontraron modificaciones significativas, sí observaron una mayor disposición a la interacción social.

Karpowicz (2010) realizó un estudio durante seis semanas, donde aplicó la Danza Movimiento Terapia en una comunidad de parejas donde una de ellas convive con otra que necesita tratamiento a largo plazo por enfermedades relacionadas con la demencia. La intención de la investigación era examinar como la Danza Movimiento Terapia sirve para ayudar en el tratamiento ya que aspectos como ansiedad, depresión y estrés son los que más prevalecen. Los resultados arrojaron cambios positivos en la actitud, aumento de autoestima y desarrollo de habilidades de afrontamiento positivas.

Taccone (2012) menciona que en la tercera edad, la importancia de la Danza Movimiento Terapia en comunidad contiene y permite a los sujetos revalorizarse teniendo un sentido de pertenencia al grupo, dónde cada uno encontrará un sentido de vitalidad.

En los años 2015 y en la actualidad, aún en el 2024, en Argentina algunas danza movimiento terapeutas como Stöck y Dolores (2014) trabajan con grupos de personas mayores que se encuentran internadas en residencias geriátricas, sin embargo a la fecha de esta investigación (2015) estas actividades no fueron sistematizadas, y tampoco se han analizado los resultados obtenidos de esta práctica.

Por otra parte, Ortiz Arriagada y Castro Salas (2009) desde el área de la enfermería, realizaron una investigación en la que revisaron el concepto de Bienestar Psicológico y su relación con la autoestima y la autoeficacia en la edad adulta para la obtención de un envejecimiento exitoso, ellos afirman que el adulto mayor requiere la interacción positiva de la persona con su entorno desde una perspectiva holística.

Específicamente en la edad adulta y de acuerdo con Hill (2008) la Danza Movimiento Terapia cumpliría un papel importante en la ayuda a familias y personas con demencia para encontrar formas satisfactorias de estar juntos y enfrentarse a las diversas situaciones que la vida les presente. Algunos resultados obtenidos de dicha terapia son la disminución de la ansiedad, depresión, cambios en la imagen corporal, progresos en relación con otros, capacidad de elevar niveles de atención y beneficios en el proceso cognitivo.

Con lo anteriormente expuesto cabe destacar que si bien la Danza Movimiento Terapia resulta ser una alternativa para trabajar con distintas poblaciones para favorecer sobre todo la calidad de vida de cada individuo, hay pocas investigaciones que expresen por escrito los alcances máximos, por ejemplo en una población de adultos mayores, sobre todo en cuanto a los cambios en su bienestar psicológico; es por ello que este trabajo de investigación se llevó a cabo.

CAPÍTULO 2. BIENESTAR PSICOLÓGICO

2.1 Historia y conceptualización

A lo largo de la historia, el bienestar ha sido estudiado por diversos autores, teniendo presente algunos modelos y teorías que lo describen, tal como lo menciona Solano (2009), existen teorías universalistas, situacionales, personológicas, adaptativas y las de discrepancia, así como concepciones alternativas y modernas, que toman en cuenta el *flow* y los aspectos sociales relacionados con el entorno.

Los modelos situacionales de acuerdo con Solano (2009) o también denominados *Bottom up*, consideran que la suma de momentos felices en la vida da como resultado la satisfacción de las personas (Diener, Sandvik y Pavot, 1991), sin embargo, es importante tomar en cuenta que variables como las cuestiones sociodemográficas intervienen en él. Por otro lado, para los modelos personológicos (*Top Down*) el bienestar:

Es una disposición general de la personalidad, y dado que la personalidad es estable, el bienestar también lo es. En este enfoque las personas “felices por naturaleza” son aquellas que disposicionalmente experimentan mayor satisfacción en el trabajo, en la familia, con amigos, en su tiempo libre, etc. (Solano, 2009, 48).

Por otro lado, como menciona Myers (1992; como se citó en Solano 2009), también están las teorías de la adaptación en las que se considera ésta como una clave para entender

la felicidad; es decir, el bienestar; así las personas después de vivir eventos estresantes vuelven a su nivel previo, es decir pasan por un proceso de adaptación y se habitúan (p. 49).

Otra teoría es la de las discrepancias, propuesta por Michalos (1986; como se citó en Solano 2009) quien considera que la autopercepción del bienestar está multideterminada y no tiene una única causa.

El bienestar se explica por la comparación que hacen las personas entre sus estándares personales y el nivel de condiciones actuales. Si el nivel de los estándares es inferior al nivel de logros, el resultado es la satisfacción. Si el estándar es alto y el logro es menor, el resultado es la insatisfacción (Solano, 2009, p.52).

En esta última teoría, se identificaron los siguientes tipos de teorías:

- a.- Aquello que las personas tienen y el objetivo que quieren lograr (teoría del objetivo-logro).
- b.- Aquello que las personas tienen y su ideal a lograr (teoría del ideal-realidad).
- c.- Aquello que se tiene en el momento y lo mejor que se obtuvo del pasado (teoría de la mejor comparación previa).
- d.- Aquello que uno obtiene y lo que otro grupo social significativo tiene (teoría de la comparación social) y finalmente,
- e.- Adaptación entre medio y sujeto (teoría de la congruencia) (Solano, 2009, pp. 50-51).

Por último, a lo largo del recorrido sobre la definición de bienestar, en las concepciones modernas Csikszentmihalyi (1998; como se citó en Solano, 2009) en las investigaciones realizadas con personas en estados de felicidad, lo denominó *Flow* o Flujo:

Se llama *Flow* o flujo al estado en el cual las personas se hallan tan involucradas en alguna actividad que ninguna otra cosa parece tener importancia; la experiencia es tan placentera que incluso se pagaría un alto coste para poder desarrollarla. Las actividades artísticas, la música, los deportes, los juegos y los rituales religiosos son actividades en las cuales las personas entran frecuentemente en estado de *Flow* (p. 54).

En concordancia con la psicología positiva, se considera que experimentar *Flow* es una vía de acceso a la felicidad tal como lo menciona Peterson et. al., 2005. (Solano, 2009, p. 54).

En este tenor, el bienestar es uno de los aspectos importantes socialmente hablando, estudiado a través de la satisfacción con la vida; la cual es referida con frecuencia por diversos autores y como lo mencionan Frenz, Carey y Jorgensen (1993; como se citó en Casullo, 2002), en un proceso psicoterapéutico, el bienestar estaría otorgando mediante un sentido de coherencia con la realidad, un mayor sentido a la vida.

De acuerdo con Casullo y Solano (2000):

La satisfacción es un constructo triárquico. Por un lado, tenemos los estados emocionales (afecto positivo y afecto negativo) y por el otro el componente cognitivo. Los estados emocionales son más lábiles y momentáneos, al mismo tiempo son independientes. [...]. El componente cognitivo de la satisfacción se denomina bienestar y es resultado de la integración cognitiva que las personas realizan acerca de cómo les fue (o les está yendo) en el transcurso de su vida (p. 37).

La satisfacción con la vida para Veenhoven (1994) “es el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva. En otras palabras, cuanto le gusta a una persona la vida que lleva” (p.4).

Algunos sinónimos que se utilizan son “felicidad”, refiriéndose al carácter subjetivo del concepto y “bienestar subjetivo” que en la satisfacción con la vida se refiere a una evaluación global de la vida más que a sentimientos actuales o a síntomas psicossomáticos específicos (Veenhoven, 1994, p. 4).

Años más tarde, Veenhoven (2001) habla de cómo en muchas ocasiones los términos calidad de vida y felicidad son confundidos o interpretados como sinónimos, también éste último concepto es confundido con el bienestar subjetivo.

Por ello, es pertinente utilizar la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que es una clasificación universal que permite describir la salud y las dimensiones que se relacionan con ella, en interacción con factores contextuales, principalmente en cuanto a: funciones corporales /estructuras, actividad y participación en términos de “funcionamiento” y “discapacidad”; algunos de los conceptos que se relacionan

son el de bienestar, estado de salud, calidad de vida o calidad de vida relacionada con la salud.

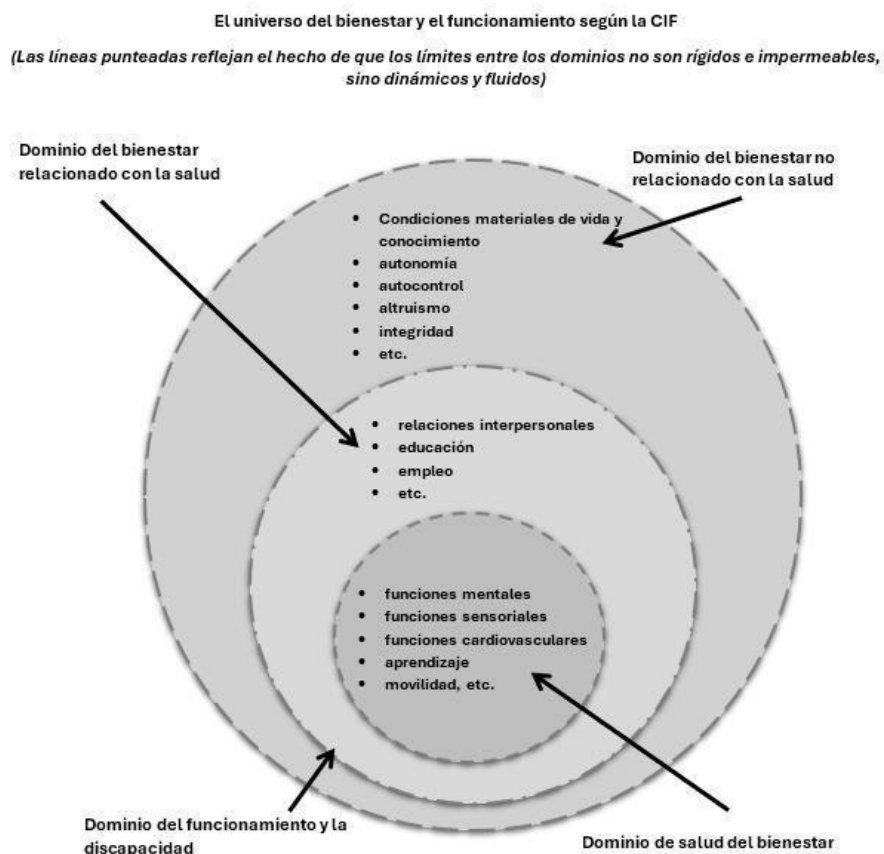
En primer lugar, sería importante señalar el concepto de calidad de vida, que tuvo lugar a fines de los años 60, y fue “definido como la correlación existente entre un determinado nivel de vida objetivo, de un grupo de población determinado, y su correspondiente valoración subjetiva (satisfacción, bienestar)” (Fernández-López, Fernández-Fidalgo, y Cieza, 2010, p. 170).

Posteriormente, se usó de manera indistinta, con los términos referidos a estado de salud, función física, bienestar físico (síntomas), adaptación psicosocial, bienestar general, satisfacción con la vida y felicidad. Sin embargo, el constructo de calidad de vida, más recientemente se asimila al de bienestar subjetivo, abarcando juicio cognitivo y ánimo positivo y negativo (Fernández-López, Fernández-Fidalgo, y Cieza, 2010, p. 170).

En términos concretos, al hablar de Calidad de vida Relacionada con la Salud es a Calidad de vida lo que Funcionamiento es a Bienestar, los dominios que componen el bienestar son los mismos que componen la calidad de vida (dominios de la salud, dominios relacionados con la salud y dominios no relacionados con la salud). La diferencia se encuentra en que parten de perspectivas distintas: objetiva en el caso del funcionamiento y el bienestar; y subjetiva en el caso de la calidad de vida y la calidad de vida relacionada con la salud. (Fernández-López, Fernández-Fidalgo, y Cieza, 2010, p. 181). Ver figura 8

Figura 8

El universo del bienestar y el funcionamiento según la CIF



Nota: La figura representa el conjunto de los dominios de salud y los no relacionados con la salud que constituyen el funcionamiento según la CIF. La evaluación de los distintos dominios se lleva a cabo por medio de instrumentos de medida. Si estos miden de una forma objetiva se está midiendo el bienestar. Si por el contrario miden de una forma subjetiva se miden entonces aspectos de la calidad de vida. Fuente: (Fernández-López, J; Fernández-Fidalgo, M; y Cieza, A, 2010)

Veenhoven (1984; como se citó en Rojas, M. (2011) “considera que la mejor forma de indagar acerca del bienestar de las personas es mediante la pregunta directa sobre su satisfacción de vida o su felicidad” (p. 70).

La felicidad para Rojas (2011) es un concepto familiar para las personas, por el cual pueden responder rápido a la pregunta directa sobre su felicidad o satisfacción de la vida, ya que es algo que cotidianamente están experimentando. El ser humano hace apreciaciones sobre su vida a través de la expresión de frases como “soy feliz”, “me hace más feliz”, “estoy insatisfecho con mi vida”, “mi vida no marcha bien” y otras; siendo ésta relevante para la toma de decisiones en la vida: cambiar de trabajo, cambiar de casa o comprar una, decidir con quién tener una relación, migrar, entre otras (p. 70). Inclusive se ha argumentado que estas apreciaciones, cumplen una función evolutiva (Buss, 2000; Bergsman, 2000; Grinde, 2002; citado en Rojas 2011, p. 70).

De acuerdo con Argyle (2002; como se citó en Rojas, 2011) manifiesta que la apreciación del término felicidad y satisfacción con la vida, “involucran procesos mentales cognitivos y afectivos. Sin embargo, la satisfacción de vida tiene una carga cognitiva relativamente mayor que la felicidad, por ello, se espera que sea menos volátil y muestre una relación más estable con sus factores explicativos” (pp. 70-71).

En cuanto a los estados emocionales éstos son más lábiles y momentáneos, al mismo tiempo son independientes. El tener una alta dosis de afectividad positiva no implica tener una alta dosis de afectividad negativa (Solano, 2009, p. 45).

Para Kammann, Farry y Herbison (1984; como se citó en Solano, 2009):

El bienestar es en realidad una “gradación” que las personas experimentaban, un continuo entre la completa felicidad y la extrema miseria. Las personas que

experimentan las emociones positivas más intensamente son aquellas mismas que experimentan el aspecto negativo más intensamente también. Si bien es raro que las personas experimenten afecto positivo o negativo muy intensamente en alta frecuencia (a lo largo del tiempo), ésta es la responsable de la experiencia del alto o bajo grado de satisfacción experimentado por los individuos a lo largo de sus vidas.

El Bienestar, es, por tanto, un tema que ha sido estudiado por diversos autores, en psicología y otras disciplinas, y cuyas definiciones se han ido modificando a lo largo del tiempo. Mientras que algunos investigadores relacionan el Bienestar con cuestiones materiales, algunos se basan en la satisfacción de las necesidades básicas, otros van más allá y se centran en todas las situaciones intrínsecas que le pasan al sujeto. Finalmente, para otros se refiere a todo aquello que les hace bien o mal, es decir tomando en cuenta emociones positivas y negativas.

Por ejemplo, para Diener, Monismith y Olaso, Anspaugh, Hamrick y Rosato (como se citó en Alonso, et., al., 2010) definen el concepto de "bienestar" como la habilidad del individuo de adquirir comportamientos que mejoren su calidad de vida; tiene 6 componentes: físico, espiritual, social, emocional, mental e intelectual. El físico se refiere al bienestar fisiológico del individuo, de sus sistemas orgánicos; el espiritual, a la capacidad de comprender qué lo guía en el universo; el social indica la habilidad de la persona para interactuar con otros y el ambiente; el emocional está asociado con la habilidad de controlar el estrés y expresar emociones; el mental es la capacidad de elaborar estructuras de pensamiento coherente con su realidad; el intelectual se relaciona con la capacidad del individuo de buscar información (p. 253).

Para Solano (2009) “una persona tiene alto bienestar si experimenta satisfacción con su vida, si frecuentemente su estado anímico es bueno y sólo ocasionalmente experimenta emociones poco placenteras como tristeza o rabia” (pp. 45-46). En este sentido, durante esta investigación se precisó en la parte cognitiva, en esa valoración de satisfacción con la vida, por tanto, en el bienestar psicológico.

2.2 Modelo teórico: Bienestar Eudaimónico y Bienestar Hedónico.

Así como lo anterior mencionaba la cuestión histórica de la definición de bienestar, al investigar sobre éste, Ryan y Deci (2001) han propuesto una organización de los diferentes estudios en dos grandes tradiciones: una relacionada fundamentalmente con la felicidad (bienestar hedónico), y otra ligada al desarrollo del potencial humano (bienestar eudaimónico). Algunos autores (e.g., Keyes, Ryff y Shmotkin, 2002) han extendido los límites de esta clasificación y han utilizado el constructo bienestar subjetivo (*Subjective Wellbeing*, SWB) como principal representante de la tradición hedónica, y el constructo bienestar psicológico (*Psychological Wellbeing*, PWB) como representante de la tradición eudaemónica (Díaz., et al., 2006, p. 572).

Por tanto, es preciso distinguir dos tipos de concepciones, es decir por un lado en este constructo aparece una perspectiva proveniente de la tradición hedónica que estudia el bienestar subjetivo, “relacionado con la evaluación global que realiza el individuo de las situaciones tanto placenteras como las que no lo son. Esta perspectiva se relaciona con

aspectos como la satisfacción vital, la felicidad y los afectos positivos” (Díaz et al., 2006; García & González, 2000; Pinguart & Sorensen, 2001; Tomás, Meléndez & Navarro, 2008 como se citó en Vivaldi y Barra, 2012, p. 24).

De acuerdo con Muratori, Delfino y Zubieta (2012) es importante mencionar algunas premisas al respecto del bienestar en cuanto a positivo y negativo:

- Por cada cinco hechos positivos existe uno negativo, para mantener la satisfacción y el bienestar.
- La intensidad emocional no es tan relevante como la connotación del hecho, es decir, si se vive como positivo o negativo.
- Como lo menciona Baumeister, et., al., (2001) los hechos negativos disminuyen la afectividad positiva y refuerzan la negativa, los hechos positivos influyen en la afectividad positiva.
- Los hechos negativos impactan más en la afectividad y el pensamiento de las personas, ya que además de ser menos frecuentes, son contrarios a sus expectativas e intenciones (p.51).

Por otro lado, está la tradición eudaemónica que se centra en el bienestar psicológico “considerado como indicador de un funcionamiento positivo en el individuo, que posibilita el desarrollo de sus capacidades y por tanto su crecimiento personal” (Vivaldi y Barra, 2012, p. 24). Esta perspectiva ha sido sistematizada por la perspectiva eudaemónica de acuerdo con Ryff y Singer (2008, como se citó en Vivaldi y Barra, 2012) “en su modelo multidimensional

de bienestar psicológico conformado por seis dimensiones” (p.24). Las cuales se describirán más adelante.

Entre las convergencias encontradas en las distintas concepciones sobre el bienestar, Rangel y Alonso (2010) mencionan:

- a. El BPS es una dimensión básica y general de la personalidad que es subjetiva.
- b. Es una vivencia personal de la cual cada quién sólo puede dar cuenta por sí mismo.
- c. Tiene componentes inseparables e interdependientes cuando sean evaluados de manera global o multidimensional.
- d. Pueden ser estudiados de acuerdo a sus componentes subjetivos y objetivos: aspectos afectivos, aspectos cognitivos, aspectos vinculares y contextuales de carácter transitorio o temporal.
- e. Está determinado por una multiplicidad de factores de carácter bio-psico- social, histórico y cultural.
- f. Es una categoría descriptiva y un constructo psicológico de gran complejidad.
- f. Determina la calidad de las relaciones consigo mismo y con el entorno por tratarse de una vivencia acontecida dentro de la historia personal y del marco de la vida

social que puede variar de una sociedad a otra, de un momento de la vida personal a otro.

- g. Trasciende la satisfacción de necesidades fisiológicas, las necesidades sociales y las reacciones emocionales inmediatas (García-Viniegras y López, 2005; Cuadra y Florenzano, 2003), manifestándose en la vida diaria cuando las personas sufren menos malestar, tienen mejores apreciaciones personales y hacen un manejo más saludable del entorno y de sus vínculos interpersonales (Salotti, 2006).
- h. Puede ser aprendido en presencia de factores contextuales favorables o no, como resultado del uso de los recursos psicológicos que cada persona posee: capacidad creativa, autonomía y autodeterminación consciente, entre otras. Así mismo, está vinculado con la disposición y motivación intrínseca que conduce a las personas a proponerse desafíos y superarlos colocando a prueba sus habilidades personales en un momento dado de la vida. El bienestar psicológico subjetivo es de carácter universal, fenomenológico, temporal y positivo y está asociado a la presencia de ciertos rasgos de la personalidad de carácter autotélico. (p. 268).

Para Bilbao Ramírez (2008; como se citó en Zubieta, E. M., & Delfino, G., 2010):

El bienestar desde una perspectiva psicológica y social no consiste sólo en la ausencia de síntomas de ansiedad, depresión, o en que las emociones positivas superasen a las emociones negativas, es decir que haya una balanza de afectos positivos; sino que

también implicaría que la persona se respete y valore a sí misma -autoestima-; que tenga relaciones positivas con otros o perciba un apoyo social satisfactorio; que crea que domina y controla su ambiente, que se sienta autónomo del entorno -aunque conectado con él-; que atribuya sentido y propósito a su vida, así como que crea que se está relacionando como persona (p. 278).

2.2.1 Bienestar Eudamónico o Psicológico

Para Casullo (2002) el Bienestar Psicológico es el componente cognitivo de la satisfacción con la vida y es resultado del procesamiento de la información que la persona realiza acerca de cómo le fue (o le está yendo) en el transcurso de su vida. También Casullo (2002) sugiere que dicho Bienestar estaría más relacionado con los componentes temperamentales de cada sujeto. De acuerdo a sus investigaciones el Bienestar Psicológico se mantiene estable a largo plazo, sin embargo, de acuerdo a los afectos que predominen en la persona éste sufre de algunas variaciones. También considera que los adultos, conforme son más grandes son más felices.

Fierro (2000; como se citó en Rangel y Alonso, 2010):

Asocia el bienestar psicológico (BPS) con el potencial o la posibilidad activa de “bien-estar” y “bien -ser” entendida como una disposición a cuidar la propia salud mental de modo que la persona responsablemente puede crear vivencias positivas o experiencias de vida feliz estando consciente de ello. Desde este punto de vista el BPS puede ser concebido como un potencial innato, y al mismo tiempo, como un potencial

adquirido y modificable, resultante de una adecuada gestión de la propia experiencia, pero además como un indicador de la capacidad de auto-cuidarse y manejarse en la vida presente en la persona (p.267).

En continuación con lo anterior, González-Méndez (2005; como se citó en Rangel y Alonso, 2010) vincula el bienestar psicológico “con el estado mental y emocional que determina el funcionamiento psíquico óptimo de una persona de acuerdo a su paradigma personal y al modo de adecuarse a las exigencias internas y externas del entorno físico y social” (pp.267-268).

De esta manera, se relaciona con las diferentes creencias que orientan o determinan las acciones de las personas con base en el significado que le atribuyen a sus experiencias previas. Así pues, se trata de poseer experiencias aceptadas y asimiladas de manera cognitiva y emocional de manera satisfactoria, con la capacidad de rechazar las inconvenientes o insatisfactorias y la habilidad de tener flexibilidad y adaptación a diversas circunstancias de la vida.

El bienestar psicológico como lo propone Ryff (1989; como se citó en Rangel y Alonso (2010). “podría ser entendido como una virtud y, así mismo, como la búsqueda constante de la excelencia personal” (p. 269).

Sin embargo, lo anterior ha tenido críticas al ignorar entre sus componentes: la ausencia de malestar o la presencia de trastornos psicológicos; o bien lo relacionado con las teorías de la autorrealización o del ciclo vital, por lo que ha surgido la idea de integrar por un lado el bienestar subjetivo (BS) y el bienestar psicológico (BP), desde los puntos que ambas

perspectivas tienen en común, dando lugar a un Bienestar Psicológico Subjetivo en el que se incluirían los siguientes:

- a. El eje afectivo- emocional. Que abarca la frecuencia y el grado de intensidad del afecto positivo (placer y felicidad) y la ausencia de sentimientos negativos (depresión y ansiedad) asociados a motivaciones inconscientes.
- b. El eje cognitivo- valorativo (García-Viniegras y López, 2005; Diener, 1984). Referente al grado de satisfacción vital sostenido durante un período de tiempo más o menos permanente según los juicios valorativos de la persona y sus metas determinadas conscientes (pensamientos y actitudes).
- c. El eje social, vincular o contextual de la personalidad (Cuadra y Florenzano, 2003). Que incluye los rasgos de personalidad, las interacciones sociales y las condiciones del contexto histórico, social, político, religioso, etc. en el que se desarrolla la vida cotidiana. (Rangel y Alonso, 2010, p. 269).

Sin embargo, para fines de esta investigación se siguió con el término de Bienestar Psicológico, que, en síntesis, de acuerdo con (Zubieta y Delfino, 2010, p. 278):

La tradición del bienestar eudaimónico no sólo integra aspectos psicológicos sino también toma en consideración la dimensión individual y social, el mundo dado y el mundo intersubjetivamente construido. De esta manera, el bienestar implica necesariamente la valoración que los individuos hacen de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad.

A su vez, como lo plantean Emmons, Cheung, Tehrari (1998; citado en Solano, 2009), las prioridades de las personas se relacionan con el bienestar que experimentan, y a su vez, están “determinadas por los objetivos vitales en el corto, mediano y largo plazo; por lo tanto, serían los responsables del mantenimiento del bienestar en el largo plazo” (p.47).

En del bienestar psicológico Casullo (2002) hace mención a la clasificación que realiza Ryff (1989) en seis dimensiones y a la construcción de una escala para medirlas. Para Ryff (1997, como se citó en Solano, 2009), el bienestar psicológico, en tanto, es una dimensión evaluativa, que valora el resultado logrado con una determinada forma de haber vivido; y tiene importantes variaciones según la edad, el sexo y la cultura. Las dimensiones a las cuales Ryff y Keyes (1995; como se citó en Solano, 2009) hacen referencia son: 1) una apreciación positiva de sí mismo; 2) la capacidad para manejar de forma efectiva el medio y la propia vida; 3) la alta calidad de los vínculos personales; 4) la creencia de que la vida tiene propósito y significado; 5) el sentimiento de que se va creciendo y desarrollándose a lo largo de la vida y 6) el sentido de autodeterminación (p. 47).

Esto mismo, de acuerdo con Ryff y Keyes (1995; Díaz et al., 2006, como se citó en Zubietta, E. M., & Delfino, G., 2010, p.278), es una estructura de seis factores, conformado por:

1. Autoaceptación. Las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones.
2. Relaciones positivas con otras personas. La gente necesita mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar.

3. Autonomía. Para poder sostener su propia individualidad en contextos sociales diversos, las personas deben gozar de autodeterminación y mantener su independencia y autoridad personal. La autonomía se asocia a la resistencia a la presión social y a la autorregulación del comportamiento.
4. Dominio del entorno. La habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias. Se relaciona con la sensación de control sobre el mundo y de influencia sobre el contexto.
5. Propósito en la vida. Metas y objetivos que permiten dotar la vida de cierto sentido.
6. Crecimiento personal. Interés por desarrollar potencialidades, crecer como persona y llevar al máximo las propias capacidades.

Además de estos factores, para su valoración es importante la dimensión social del bienestar, que de acuerdo con Keyes (1998; como se citó en Delfino, Botero Rojas y González Insua, 2009) es “una valoración que hacen los sujetos de las circunstancias y el funcionamiento de la sociedad” (p. 116).

El bienestar social, entonces, para Blanco & Díaz, 2005; Keyes, 1998; Keyes y Shapiro (2004; como se citó en Zubieta, E. M., & Delfino, G., 2010), se compone por cinco dimensiones, apoyado en la integración y en la actualización social:

- 1) Integración social. La evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad. Las personas con alto bienestar social se sienten parte de la sociedad, cultivan el sentimiento de pertenencia y tienden lazos sociales con la familia, amigos, vecinos, etc.

- 2) Aceptación social. La presencia de confianza, aceptación y actitudes positivas hacia otros, como atribución de honestidad, bondad, amabilidad, capacidad, y la aceptación de los aspectos positivos y negativos de nuestra propia vida.
- 3) Contribución social. Es el sentimiento de utilidad, de que se es un miembro vital de la sociedad, que se tiene algo útil que ofrecer al mundo. Es sinónimo de provecho, eficacia y aportación al bien común.
- 4) Actualización social. La concepción de que la sociedad y las instituciones que la conforman son entes dinámicos, se mueven en una determinada dirección a fin de conseguir metas y objetivos de los que podemos beneficiarnos -confianza en el progreso y en el cambio social-. Confianza en el futuro de la sociedad, en su potencial de crecimiento y de desarrollo, en su capacidad para producir bienestar.
- 5) Coherencia social. Es la percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social, e incluye la preocupación por enterarse de lo que ocurre en el mundo. La sensación de que se es capaz de comprender lo que sucede a nuestro alrededor (pp.278-279).

Por tanto, como lo menciona, Páez (2007; como se citó en Muratori, Delfino y Zubieta 2012):

El bienestar social se refiere a la relación de las personas con el entorno y de cómo éste les asegura su bienestar, de criterios relacionales y microsociales que la sociedad debe ofrecer a la persona para que logre satisfacer sus necesidades (p.50).

Éste, aparece relacionado con la satisfacción general con la vida, con la participación en actividades como la ayuda voluntaria y la colaboración generosa en la solución de

problemas, que afectan y atañen a todos y la confianza en los otros.

Finalmente, y de acuerdo con Keyes (2005; como se citó en Zubieta y Delfino, 2010) “la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico y el bienestar social conforman criterios de diagnósticos de la salud mental” (p. 279).

Un punto importante también es lo que Hervás y Vázquez (2013) consideran, ya que mencionan que la mayoría de las mediciones del bienestar se enfocan en aspectos recordados del bienestar, basándose en la memoria y juicio del sujeto, y no consideran su experiencia actual. Por lo que, para ellos, también se habla del bienestar experimentado el cual evalúa los estados afectivos actuales y los sentimientos de las personas en tiempo real en vez de fiarse en el recuerdo de estos estados. En este sentido, construyeron una escala, llamada *Pemberton Happiness Index* (PHI) que incluye dos grandes dimensiones: el bienestar recordado y el bienestar experimentado. La cual fue utilizada para esta investigación.

2.3 Bienestar psicológico en adultos mayores

Después de este breve recorrido histórico y de la descripción conceptual y las dimensiones del bienestar psicológico, es pertinente situar lo referente a su medición en la población. Generalmente, este constructo es estudiado en jóvenes y adultos, principalmente, para conocer qué tan satisfechos se encuentran con la vida; pero sólo en algunas ocasiones se realizan estudios en los adultos mayores, quizá por las diversas ideas o paradigmas que se tienen sobre las personas de más de 65 años de edad.

Como lo refiere Stefani (2000; como se citó en Hermida, et. al; 2017, p. 214) a principios del siglo XX predominaba un modelo de déficit en el cual la vejez se asociaba con la enfermedad, fealdad, y muerte; sin embargo, en la actualidad se trata de un modelo más vinculado al desarrollo.

Tal como lo afirman Baltes, Reese y Lippsit (1980; como se citó en Hermida., et. al; 2017) en el transcurso de la vida:

El desarrollo es constante e intervienen diferentes variables: las normativas (relacionadas con los factores biológicos y sociales propios de la edad del sujeto), las contextuales (vinculadas al momento sociocultural en el que se encuentra inmerso), y las no normativas (vinculadas con su propia historia o recorrido, es decir las variables psicológicas). Así, se considera que en la vejez intervienen variables motoras, cognitivas y emocionales, pero también existen diferencias psicológicas interindividuales, atribuibles a la edad y en relación al contexto que rodea al individuo (Birren, 1996; Fernandez-Ballesteros 2007) (p. 214).

Es por ello, que en la actualidad en algunos países el estudio sobre la percepción del envejecimiento y de cómo éste influye en el bienestar del adulto mayor ha sido tema de interés, tanto para la psicología, como para la la gerontología social y en el contexto de América, principalmente, al predominar países con población adulta mayor.

Por ejemplo, es importante mencionar que de acuerdo con Chackiel (2006) “los países más envejecidos eran Uruguay (17 por ciento de mayores de 60 años), Argentina (13 por ciento) y Cuba (14 por ciento)”. En los dos primeros por estar expuestos a una baja fecundidad y mortalidad en un periodo prolongado.

Esto disminuyó después del 2018, por ejemplo, en países como Cuba, Estados Unidos, Puerto Rico y Uruguay, teniendo un 15 % de su población mayor a 65 años, mientras que en Argentina y Chile llegó a ser el 11%, según el Banco Mundial de 2017. Sin embargo, durante la investigación los primeros porcentajes persistían.

Como se puede ver, al existir en América un porcentaje importante de personas adultas mayores, esto ha resultado de interés a diversas autoridades en los ámbitos, político, social, educativo; público y privado. Así mismo, de acuerdo con Diener (2012; como se citó en Muratori, et. al., 2015) las grandes diferencias entre el bienestar y la felicidad entre los países se pueden asociar a circunstancias tanto sociales, condiciones objetivas o factores culturales (p.3).

Así pues, si se siguiera con la idea de que en la edad adulta existe un déficit en cuanto al funcionamiento de la persona, también sería pertinente mencionar como algunos autores relaciona la enfermedad, o una vida con malestar en los adultos mayores, sobre todo si se encuentran en aislamiento social, les rodea la soledad y la pérdida de apoyo a nivel personal y social (Cuadra-Peralta, Cáceres, y Guerrero, 2016, p. 59).

Como lo menciona Campos (2013) es “cuando se incrementan las pérdidas que sufren estas personas en el espacio laboral, la posición social (dejan de ser sujetos activos-productivos), el entorno afectivo (pérdida de amigos y familiares), o el tiempo ocupado” (pp. 8-9)

A su vez, de acuerdo con Campos (2003) en el plano psicológico:

Se da una disminución de la autoestima al sentirse faltos de perspectivas vitales o la negación del propio cuerpo tal y como señalan Balaguer y García Merita, (1994), y Benzel, (1995). Se observa cierto desinterés hacia cosas u objetos nuevos, tendencia a la introversión, sentimientos de inferioridad respecto a los más jóvenes, que a veces se exterioriza en forma de agresividad, envidia e intransigencia hacia ellos, conduciendo todo ello a que el anciano se sienta inútil y discapacitado al mismo tiempo que se automargina (Hirvensalo et al., 2000) (p. 9).

Por lo anterior mencionado y bajo un modelo más vinculado al desarrollo, como se describía anteriormente, se ha originado en distintos países la creación de diversos programas para generar bienestar y salud en la vejez, por ejemplo, “Uruguay fue pionero, hace más de 20 años, en proyectos sociales educativos, seguido de Brasil, Paraguay, Bolivia y Argentina” (Alonso Palacio et., al; 2010, p. 252).

En este mismo sentido, de acuerdo con Maslow (1943; como se citó en Muratori, et. al., 2015) en su teoría de la satisfacción de necesidades básicas se encontraban las de

vinculación, competencia y autonomía, básicas del bienestar psicológico, que junto a un sistema de metas congruente y coherente, garantizarían un funcionamiento psicológico sano (p.3).

Entre los programas que se aplican, destacan los referentes al ejercicio; así como diversos estudios han demostrado que practicar ejercicio físico produce efectos positivos en la salud de las personas, lo mismo ocurre con las personas adultas mayores ya que como lo menciona Campos (2013):

La práctica de ejercicio físico, en el ámbito psicológico, ayuda a aliviar ciertos problemas afectivos que surgen de la reducción de la funcionalidad e independencia o los cambios de apariencia física (cifosis y reducción de talla), mediante el establecimiento de relaciones sociales en el grupo de práctica (contra el aislamiento social) y el mantenimiento o elevación de la autoestima, tratando de disminuir el deterioro de la calidad de vida de estos sujetos (Whitbourne y Collins, 1999; Melillo et al, 1996) (p.11).

Para Franco, et al., (2015; García, Bohórquez, y Lorenzo, 2014; Jenkins et al., 2008; como se citó en Guillen y Angulo; 2016) “entre otros muchos aspectos, se ha planteado que el ejercicio físico puede promover experiencias positivas, bienestar psicológico y salud en las personas mayores” (p. 114).

A su vez, terapias creativas como el arteterapia se pueden implementar en la población adulta mayor, ya sea como lo mencionan Dumas y Aranguren (2013):

El arteterapia puede ser implementada de dos maneras. La primera, circunscribe el término del arteterapia a aquellas intervenciones que impliquen la utilización de artes visuales o plásticas -pintura, grabado, modelado, diseño, máscaras, títeres-, identificando las demás expresiones artísticas con sus respectivas modalidades terapéuticas: musicoterapia, expresión corporal o danza movimiento terapia, escritura terapéutica, entre otras (Pain & Jarreu, 2006). La segunda, cuya exponente es Rogers (1993), utiliza el término de conexión creativa para referirse al uso articulado del conjunto de artes expresivas -escritura, pintura, movimiento, sonido y meditación-.p.

42

En este mismo tenor Según Rogers (1993; 2011; como se citó en Dumas y Aranguren 2013), la danza, el movimiento y la música, ayudan a experimentar las emociones, liberarlas y aceptarlas. Permiten ampliar la conciencia, destrabar conflictos psíquicos y generar un estado de congruencia. El cuerpo y la voz, son recursos que promueven la integración de las emociones y de la mente, propiciando una mayor integración entre estas dimensiones (p. 42)

Finalmente, Schmid “también agrega que las actividades creativas promueven un envejecimiento satisfactorio al favorecer la inserción social, el crecimiento personal, el entretenimiento, el establecimiento de nuevas redes sociales, la reducción de la ansiedad y, el establecimiento de metas” (Dumas y Aranguren, 2013, p. 43).

De esta manera el concepto de bienestar integral se refiere a un estado de equilibrio y búsqueda de actividades que proporciona felicidad y le permite al individuo mejorar su vida. El bienestar deseado, entonces, se obtiene mediante hábitos saludables que resultan en una adecuada adaptación de los componentes del bienestar en cualquier nivel del proceso salud-enfermedad (Alonso et., al., 2010, p. 253). A continuación se explica por ello la conceptualización de personas adultas mayores, sobre todo porque fue tema de estudio en esta investigación.

CAPÍTULO 3. PERSONAS MAYORES

3.1 Quiénes son las Personas Mayores

La vida es tan corta, rápida, fugaz, nuestro tiempo de permanencia en ella es relativo; con la frase anterior se hace alusión al cúmulo de años, al pasar del tiempo, al conjunto de experiencias vividas de cada persona que habita este planeta. De acuerdo con Nachmanovitch (1990):

Un hecho empírico de nuestras vidas es que no sabemos y no podemos saber lo que sucederá con un día o un momento de anticipación. Lo inesperado nos aguarda en cada curva y en cada respiración. El futuro es un misterio vasto, perpetuamente regenerado, y cuanto más vivimos y sabemos, mayor es el misterio (p. 34).

Para abordar el término de personas mayores, es preciso hacer mención sobre el denominado ciclo vital, por ejemplo, para Bustamante (1990, como se citó en Bedoya, Corral y Crespo, 2008), considera que se pueden distinguir las siguientes etapas de la vida: infancia o niñez, de 0 a 15 años, juventud, de 15 a 30 años, madurez o adultez, de 30 a 45 años, pre-senilidad, de 45 a 60 años, senilidad intermedia, de 60 a 70 años, senilidad, vejez o ancianidad, de 70 a 80 años y longevidad, más de 80 años (p.18).

Otra clasificación es la que proponen García y Ortega (s.f.) al mencionar que el ser humano atraviesa por diferentes etapas de la vida que se clasifican así: en infancia (hasta los

12 años), adolescencia (de los 13 a los 18 años), adultos (de los 19 a los 60 años) anciano (de los 61 a 100 años) y vejez a partir de los 65 años. Como se puede ver se presenta una diferencia significativa de aproximadamente 10 años en como estos autores subdividen por edad y denominan a cada etapa, quizá porque las condiciones contextuales al pasar de los años han ido cambiando.

Además de las dos clasificaciones anteriores, en la literatura se encuentran muchas otras sobre el ciclo vital, por ejemplo de acuerdo con De los Ríos y Vila (2004), sin tener una división por edades hacen mención que los seres humanos pasan por distintas etapas o momentos evolutivos y en cada uno de ellos hay células que nacen y células que mueren; entonces, podría decirse que la vida es un proceso dinámico continuo que inicia desde la fecundación y culmina hasta la muerte; sin embargo, existen múltiples factores tanto a nivel biológico como fisiológico y contextual que contribuyen a que el individuo tenga o no, un desempeño óptimo durante el transcurso de los años (p.45).

Otra división más sencilla que realiza Fustinoni (1980; como se citó en Bedoya, Corral y Crespo, 2008) es al referir que los seres humanos en la vida pasan por una serie de etapas y se reducen fundamentalmente a tres. La primera, que es de progreso, constituye la juventud; la segunda es de estabilización y equilibrio, es la denominada adultez y madurez, y la última que precede a la muerte es de regresión, es decir, la senectud o vejez (pp.18-19).

Derivado de lo anterior, se contemplan como sinónimos viejo, anciano o senil; sin embargo, para fines de esta investigación se adoptó el término personas mayores, concepto

que es definido por la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en su artículo 2° como “aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor” (Organización de los Estados Americanos [OEA, 2017, p. 68).

El concepto de adulto mayor de 65 años, en algunos países, se encuentra estereotipado y se asocia con la edad y salud del individuo, sin embargo, no sólo el estado físico y mental de una persona en relación con su edad determina lo que ésta puede llegar a desempeñar, por lo que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en su informe del año 2015, “no existe una persona mayor típica” (Zarebski, 2021, p. 2).

Por tal motivo, fue necesario establecer una diferenciación entre los significados de anciano y viejo, pues eran vocablos que se encontraban constantemente en las diferentes literaturas consultadas y sus descripciones se prestaban a confusión.

Para la psicóloga Tamer (como se citó en Bedoya, Corral y Crespo, 2008) “la división de la vida en fases o etapas es un tema discutible si se concibe la existencia del hombre como un *continuum*, un transcurrir sin cortes artificiales” (p.19), por lo que se consideró pertinente revisar también el término envejecimiento, tanto desde la esfera socioeconómica, como demográfica hasta la sociocultural.

El envejecimiento en concordancia con la OEA (2017) se comprende como un "proceso gradual que se desarrolla durante el curso de la vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio" (p. 67). A continuación, se presenta una breve diferenciación entre ancianidad y vejez.

3.1.1 Ancianidad y vejez

Cuando se habla de una persona en edad a partir de los 60 años (García y Ortega, 2012), los términos ancianidad y vejez se establecen como sinónimos y son usados indistintamente, sin embargo, de acuerdo a Crottogini (2016) los ancianos en las sociedades primitivas eran vistos como una fuente de conocimiento y sabiduría; eran la memoria de la tribu y representaban continuidad en las generaciones, eran respetados y se les convocaba frecuentemente para ser jueces en las disputas (p.20).

Con el paso del tiempo en el mundo Greco-Romano, la decrepitud y senilidad que de manera natural afectaba los cuerpos de los ancianos se convirtió en una forma de maldición para la belleza, aquí es importante mencionar la visión que mantienen tanto Platón cuando escribe de Sócrates en “La República” la mirada hacia el anciano. Sócrates habla de un disfrute al conversar con los ancianos, quienes han transitado un camino que los jóvenes y adultos pasarán y que de ellos se debería de aprender cómo ha sido éste, accidentado y dificultoso o fácil.

Por otro lado, Aristóteles (384-322 A.C.) en la “Retórica” plantea una visión opuesta completamente "los ancianos viven mucho, frecuentemente fueron defraudados, cometieron muchos errores de su parte, la mayor parte de las veces ven un mal desenlace en los asuntos de los hombres. Y entonces no son positivos acerca de nada" (Crottogini, 2016, p. 22).

Posteriormente, enfermedades y dolencias así como la decrepitud de los ancianos se veían como un castigo divino, como una maldición impuesta al hombre por sus pecados, sin embargo, sobre todo en ancianos acaudalados fue cuando empezaron a surgir las indulgencias alrededor del siglo XIV y nació la idea de un retiro en un Hogar separado, siendo en el año de 1531 en Francia, con el Rey Jean Le Bon, quien creo la orden de los Caballeros de la Estrella, y decidió fundar también un “Hogar de retiro para los caballeros ancianos donde habían de ser tratados con respeto y servidos cada uno por 2 valets” (Crottogini, 2016, p. 26).

En cuando al término de vejez en la Edad Media, Roger Bacon (1220-1292) fue posiblemente el primero en poner énfasis en el mejoramiento del propio estilo de vida como una forma de extender gradualmente la propia longevidad y limitar el sufrimiento experimentado en la vejez, debido a que, de acuerdo con De los Rios y Vila (2004) la vejez es un periodo de la vida que se caracteriza por las constantes pérdidas de personas queridas, de los roles familiares y estatus sociales; y que la manera de asumir estas pérdidas determina una manera de estar y vivir (p.25).

En este sentido la vejez, es una construcción social sobre la última etapa del curso de la vida, según la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores (OEA, 2017). El ser viejo para la OMS 2015 de acuerdo con Parra

(2017) es un “constructo social que define las normas, las funciones y las responsabilidades que cabe esperar de una persona mayor. Se utiliza con frecuencia en un sentido peyorativo” (p.47).

Paradójicamente desde ciertas disciplinas y a pesar de los diversos constructos en torno a la vejez para la gerontología, por ejemplo, ésta se presenta como una etapa ideal para encontrarse consigo mismo, pues alude al hecho de que los viejos tienen mucho tiempo libre y parte de ese tiempo pueden emplearlo para el ocio, reflexionar, pensar, preguntarse sobre su identidad, su historia, sobre el sentido de vida o bien su integridad como sujetos.

Por otro lado mientras que para Salvarreza (1994) por ejemplo, el término viejo se equipara con el de enfermo; y tanto viejo como anciano implican progresivamente una idea de terminación de la vida productiva, una amenaza de deterioro, y siempre una "minusvalía", algo así como una sobrevida (p.102) se visualiza una década después, que para Crottogini (2016) no existe una edad definida que marque una toma de conciencia profunda sobre la propia vida para encontrar el Sentido de Vida del Ser humano, éste mismo autor considera que el proceso de ancianidad o de vejez constituye una elección semiconsciente de cada individualidad (p.88).

Es por ello que Crottogini (2016) a través de los siguientes puntos establece una polaridad entre los constructos de vejez y ancianidad y vejez:

Ancianidad:

- La presencia del Anciano nos transmite *sabiduría y respeto*.

- Su fortaleza interior le permite callar y escuchar...ya aprendió cuándo debe hablar.
- La reflexión y prudencia lo caracterizan.
- Sabe perdonar y agradecer.
- Ha recuperado la confianza y no teme que lo engañen.
- ¡Ha conservado el Asombro!
- No le teme a la muerte, la aguarda.
- No tiene miedos en general, puede sonreír con facilidad.
- También es frecuente que haya incursionado en alguna disciplina espiritual y tenga la profunda convicción de la Trascendencia del Alma.
- Su cuerpo envejece armoniosamente por el equilibrio manifiesto de su propio mundo anímico.
- Su espíritu está presente...y se manifiesta en la sabiduría de captar lo absoluto y lo eterno. (pp. 95-96).

Vejez:

- El automatismo semiconsciente, el mal humor y un permanente parloteo, suelen acompañarse de un marcado deterioro de la forma y una decrepitud manifiesta.
- Vive sumido en el egoísmo y la desconfianza y en general tiene muchos miedos, en especial a la muerte.
- No acepta opiniones diferentes a las propias, además las combate y se enoja con facilidad.
- No tiene ninguna capacidad para modificar o alterar sus *creencias* que, por supuesto, para él constituyen la "verdad absoluta".

- Nada lo asombra, vive preso de su cuerpo y de la vida mundana.
- La única "Realidad" es la que le transmiten sus sentidos físicos.
- Nunca es responsable "de lo ocurrido", la culpa siempre es ajena.
- En realidad su Yo se ha "desconectado": sólo obedece impulsos de su cuerpo emocional (Cuerpo Astral) (Crottogini, 2016, p.95).

Con base a lo anterior, se puede concluir que no hay una edad determinada o exacta para determinar si el ser humano es “Viejo o Anciano” depende de muchos factores y principalmente del sujeto y su contexto, en algunas sociedades por ejemplo como en Rusia “la vejez es concebida a partir de personas que van haciéndose más sabias y más responsables” (Turner, 2011, p.134).

Para Sordo (2014) “ser viejo es más entendido como un tema de actitud donde el mantenimiento de la independencia es fundamental para sentirse vital y jovial” (p.36); también depende de las creencias que una persona vaya construyendo de sí mismo y el mundo que le rodea con representaciones “fijas e inamovibles” (Crottogini, 2016, p.96).

De este modo, mientras que la ancianidad o el ser anciano se percibe con tintes de sabiduría, la vejez se entiende desde un criterio social que contempla un sinnúmero de elementos, entre ellos la salud, las condiciones económicas y la motivación para hacer cosas y mantener y generar nuevos vínculos. El juego de la valoración del pasado, del presente y del futuro parece ser clave en cómo se enfrenta esta etapa (Sordo, 2014. pp.28-29).

Lo cierto es que la imagen del cuerpo de una persona vieja es, generalmente, un cuerpo cansado, deteriorado, más lento, más torpe y menos bonito del que desearíamos conservar para toda la vida. En términos generales ser viejo puede considerarse una cuestión de actitud, si se recurre al refrán “viejos son los cerros y reverdecen” se estaría diciendo tal cual, como lo exterior o el cuerpo aunque en apariencia pierda su estado físico óptimo y radiante aún tiene un espíritu sano y saludable para continuar el tránsito en la vida, ser viejo como constructo se definiría multifactorialmente y de manera relativa.

Pero un cuerpo envejecido es también un cuerpo lleno de sensaciones, emociones, sentimientos y necesidades. Y mientras este cuerpo, sean cuales fueren sus modificaciones y la misma persona mayor presente un estado de bienestar con hábitos de vida alimentaria, social y de movimiento de forma consciente en un estado global de autosuficiencia gozará de una vejez sana (De los Rios y Vila, 2004, p. 43). por lo que a continuación se realizan unas precisiones sobre el envejecimiento.

3.1.2 Envejecimiento

Los estudios del proceso de envejecimiento se remontan a la Grecia primitiva Hipócrates (460-377 A.C.) decía que: “el proceso de envejecimiento involucra la pérdida del calor y la humedad, y por lo tanto el cuerpo envejece y se seca” mientras que en el siglo XVI, Paracelso estableció una comparación entre el envejecimiento y la oxidación de los metales y visualizó este proceso, desde entonces, como aquél afectado por la calidad de vida, mencionando que éste podría ser retardado con una dieta balanceada y viviendo en un clima agradable (Crottogini, 2016, p. 28).

De acuerdo con Lozano (1999) el envejecimiento puede ser abordado desde diversos enfoques, por ejemplo desde el punto de vista biológico se refiere a la disminución en el funcionamiento, específicamente relacionado con el deterioro orgánico y celular, el cual además, se divide en envejecimiento primario y secundario, el primero basado en la herencia y en el detrimento con el paso del tiempo, mientras que el segundo se asocia cuando prevalecen también algunos traumas o enfermedades asociadas (p.28). Existe además un “desequilibrio de signo negativo entre procesos de anabolismo y catabolismo, por lo cual la reconstrucción del organismo es cada vez más deficitaria” (De los Rios y Vila p.45)

En el enfoque demográfico se establece la vejez dependiendo de los grupos de edad, y debido a la esperanza de vida que ha aumentado al pasar de los años debido quizá a programas de salud enfocados en la prevención de la calidad de vida del adulto mayor o un denominado envejecimiento activo. Por otro lado, el enfoque socioeconómico hace referencia a las personas que se encuentran económicamente activas, es decir que siguen trabajando para y por supervivencia (Lozano, 1999, pp. 31-32).

En el enfoque sociocultural, depende de la misma sociedad con su cultura e ideologías respecto a las personas mayores, en el Oriente por ejemplo una persona mayor es visualizada como símbolo de respeto por el simple hecho de tener más edad, de sabiduría y experiencia; mientras que en Occidente ocurre que los diversos estereotipos relacionados con la pérdida de las funciones sobre todo biológicas hacen que la persona mayor sea vista como una persona improductiva e incluso sea comparada con un objeto o inutilizada, alguien viejo.

Al respecto en este enfoque existen al menos cuatro teorías sociales referentes al envejecimiento: la teoría del rompimiento o desligamiento, cuando las personas mayores aceptan de cierta manera sus limitaciones en ciertas áreas de la vida y es ahí cuando en algunos casos aparecen compensatoriamente otras. La teoría de la actividad referente a un estar activo constantemente, lo cual contribuye de manera satisfactoria a la persona mayor.

La teoría de la continuidad, relacionada con el espacio y el tiempo, y con las conductas que las personas mayores adoptan a lo largo de su vida y las diversas relaciones sociales que establecen con otros; y por último, la teoría de los roles la cual hace referencia a que “el individuo se da cuenta de la posición social a la cual pertenece a través de la interacción con las demás personas en la sociedad” (Lozano, 1999, pp.32-34).

El enfoque familiar alude por otro lado a las redes de apoyo que se presentan en la familia, tanto en familia consanguínea con todas las relaciones posibles, así como en aquella nuclear relacionada directamente con la pareja y los hijos. Existe también un enfoque denominado psicológico en el cual más que apuntar a la pérdida de las funciones de la persona mayor, se enfoca más en la experiencia y los logros obtenidos a lo largo de los años transcurridos, relacionando éstos con su pensamiento interno. “Todo está más acorde con las experiencias que conllevan a un orden del mundo y a un sentido espiritual” (Lozano, 1999, pp. 39).

Con base a lo anterior y cabe aclarar que, biológicamente hablando, para algunos autores los seres humanos comienzan a envejecer desde los 30 años de edad, dependiendo del estilo de vida que mantengan, para Salvarreza (1995) por ejemplo, “la mayor capacidad

de mantenimiento de la homeostasis, maximizando el equilibrio físico, se alcanza entre los 25 y 30 años; luego esa capacidad empieza a declinar” (p. 103). Del mismo modo, al menos en la cultura Occidental son consideradas viejas, las personas de aspecto mayor, con arrugas en el rostro, con la piel también rugosa, con canas, cuyas funciones físicas, principalmente, disminuyen cada día más.

El envejecimiento, es un proceso que compete a varios factores, si éste “supone un gradual desgaste del funcionamiento del organismo, no implica necesariamente un proceso degenerativo ni involución psicológica” sino que es multifactorial, (Havinghurst, 1963; Neugarten, 1996; Pszemiarower, como se citó en Bedoya, Corral y Crespo et. al., (2008) es decir que, la declinación de las habilidades, estaría relacionado entre otros debido a la falta de actividad y al aislamiento social, a la carencia de afectos, pérdidas o duelos, y falla de un vínculo con un otro.

Ahora bien, en estos términos, gerontológicos, la persona mayor podría realizar una reflexión sobre su propia vida, siempre y cuando si esta última etapa de la vida se viviera como una vejez sana; es decir, encontrándose en un ambiente seguro y libre de preocupaciones referentes a la jubilación, a la muerte, a la economía, de manera independiente, sin dificultades biológicas, psicológicas, familiares o de diversa índole. Al respecto cabe destacar que precisamente, debido a la revolución de la longevidad hace unos años bajo un enfoque demográfico, surgió un término para referirse a la última etapa de la vida, la cuarta edad.

Si bien, anteriormente se hablaba de una tercera edad, con este término se podría hablar de una subdivisión en dos grupos de personas, aquellas que mantienen sus habilidades físicas y psíquicas en su totalidad y desempeñan un papel activo en la sociedad, y las personas en quienes sus funciones autónomas se ven reducidas por la disminución de sus capacidades, y necesitan ayuda de otros para mantener cierto bienestar, este último el de las personas de cuarta edad (Bedoya, Corral y Crespo et. al., 2008, p. 19). La cual abarcaría para aquellas personas de más de 80 años, los denominados jubilados hablando en un enfoque demográfico y económico son quienes se encuentran de los 60 a los 80 años.

La cuarta edad aparece como la denominación de un colectivo que entra en una etapa de acumulación de deterioro y patologías que se acrecientan a partir de los ochenta años de edad. Este grupo etario comparte la cronicidad, la pluripatología y una alta posibilidad de sufrir deterioro mental, con un descenso en las capacidades, físicas, mentales y orgánicas (Moreno 2010; como se citó en Guerra, 2019, p. 11).

Algunos de los cambios que se encuentran son por ejemplo en las alteraciones bioquímicas en los tejidos; en los sistemas y aparatos del cuerpo; cambios a niveles cardiovasculares, endocrino, urinario, gastrointestinal y respiratorio, cambios a nivel sensorial, a nivel funcional (movilidad), el déficit físico, trastornos psicológicos y de la esfera emocional o afectiva, la patología crónica y la dependencia, la vulnerabilidad, modificaciones en la latencia del sueño, problemas metabólicos y la reducción adaptativa a los estímulos ambientales (Guerra, 2019, p. 14).

La persona mayor por motivos de diversa índole ya sea histórico, religioso, económico, social o biológico solo siente su cuerpo cuando comienza a experimentar las molestias, coloquialmente se dice ya entre a la etapa de los “yo nunca” ...había tenido dolor de rodilla o ...había tenido que ir al médico por esto o aquello. Todas estas molestias “no las interpreta como tales y eso le impide buscar nuevas formas de utilización del cuerpo.

El cuerpo viejo, se convierte, entonces, en un cuerpo sedentario y negado [...]es la negación del cuerpo, la que provoca una falta progresiva de sintonía entre la propia imagen corporal mental y la situación real, lo cual desemboca en desequilibrio psicológico” (De los Rios y Vila, 2004, p. 44).

Tal como en la canción “*Los amantes de Jacques Brel*” (como se citó en De los Rios y Vila, 2004) "Los viejos ya no se mueven, sus gestos tienen demasiadas arrugas, su mundo es demasiado pequeño punto de la cama a la ventana, luego de la cama al sillón, y luego de la cama a la cama punto y si todavía salen a pasear cogidos del brazo vestidos de domingo, es, a la luz del sol, para seguir el entierro de uno más viejo, el entierro de una más fea" p.19).

Asimismo, durante este periodo de la vida, tal como todos los seres humanos, las experimentan, la persona en mayor no está exenta de pérdidas tanto materiales como de sus personas queridas, sin embargo, en ellos aún más se va sintiendo la pérdida de un rol familiar y un estatus social lo que determina una manera de estar y vivir diferente. Estos duelos por pequeños que sean o la superación de la pérdida como lo mencionan De los Rios y Vila (2004):

...tienen una relación con la búsqueda de nuevas vías creativas que motiven lo suficiente a las personas. Como para depositar nuevos afectos o intereses en personas o cosas. En este punto juega un papel importante el entorno ya que, como decíamos antes Si gran parte de la población anciana es ingresada en instituciones geriátricas, la acumulación de pérdidas es tan grande y el entorno tan hostil que la elaboración de los duelos resulta casi imposible. (p. 26)

Por otro lado, en tanto al aprendizaje en la persona mayor, si se parte de la premisa de que “aprender algo significa mantenerse actualizado; por lo que ser, estar y tener presencia es sumamente importante” (D’Hyver, 1995, p. 162); quienes desconocen el presente porque no se informan de los acontecimientos o no aprenden, en la mayoría d ellos casos son relegados o considerados como anormales o que presentan enfermedades degenerativas. Para Sordo (2014) se trata, entonces, de un tema de actitud, en el que a pesar de las diversas circunstancias el mantenimiento de la independencia es fundamental para sentirse vital y joven (p.36). En concordancia, D’Hyver (1995) expone que:

El llegar a la edad de jubilación no es en sí un obstáculo a la formación. Las personas grandes pueden aprender y lo hacen, y sus proyectos no son incompatibles con los de los sujetos jóvenes, aun si la presencia de estudiantes ancianos en los grupos de formación exige la utilización de técnicas específicas (p.155).

Consiste en un proceso de enseñanza y aprendizaje diferente, no igualitario al que se vive al cursar por el en un sistema educativo, se generan aprendizajes sin un programa establecido, sin un control social o siguiendo reglas específicas; el aprendizaje surge nato, de

una forma desinteresada, curiosa, manifestando un interés genuino, ya que no se encuentra ligado a cuestiones económicas, aunque en algunos casos la persona mayor sí se interesa por una educación formal.

A razón de ello en la persona mayor las funciones intelectuales no disminuyen de manera global a menos que se presente alguna situación orgánica o degenerativa, aunque sí atraviesan por un proceso de transformaciones y cada una presenta diferencias individuales en el modo de cambiar.

Se ha comprobado que las funciones intelectuales ligadas a la inteligencia fluida (capacidad de adaptación a situaciones nuevas a través de una aproximación lógica y sistemática, agilidad mental) disminuyen con la edad, mientras que las relacionadas con la inteligencia cristalizada (conocimientos acerca de asuntos materiales generales, vocabulario, comprensión de lenguaje, etc.) aumentan con los años (D'Hyver, 1995, p. 160).

Por último, es relevante mencionar que la esperanza de vida en el siglo XVIII en América era sólo de 35 años; un siglo después aumentó a 40 años, en el año 1900 incrementó a 47 años y esto se ha elevado hacia los 70 u 80 a comienzos del año 2000 (Crottogini, 2016, pp. 28-29). Por lo que es preciso recordar que alusivo al término de persona mayor existen varias ideas, creencias y paradigmas sobre su desempeño en la sociedad, generalmente de manera negativa.

Un paradigma es una constelación de conceptos, percepciones, nociones sobre valores y prácticas compartidas por una comunidad, que conforman el fundamento del entendimiento particular de la realidad. Es un concepto sobre el cual una sociedad se construye y se organiza a sí misma (Crottogini, 2016, p. 22).

Con todo lo expuesto antes, se considera que los seres humanos en edad joven e incluso adulta se encuentran tan absortos en el trabajo y las actividades cotidianas que raramente se detienen a pensar que algún día y desde temprana edad comenzaran a envejecer, por lo que sería importante incluir en la sociedad más reflexiones sobre el proceso de envejecimiento y poner atención a las personas mayores.

3.2. Espacios de participación y reconocimiento

Al menos en Buenos Aires, Argentina, el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Argentina (2013) menciona que:

En el 2007, el 10,7% de la población mundial tenía sesenta años o más, se proyecta que para el 2025 será del 15% y que para el 2050 del 22%. Es decir que en el 2050 habrá 2.400 millones de personas que tendrán más de 60 años en el mundo.

Estos porcentajes indican que con el paso de los años, debido al incremento de las personas mayores en proporción con el aumento en la esperanza de vida y la disminución de

la tasa de fecundidad y respecto a la población total de acuerdo para la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2017) y con base a diversas políticas tanto de salud pública como de desarrollo socioeconómico se ha estimado que para el 2050 habrá más adultos mayores, convirtiéndose esta situación en un reto para la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se estima que en 2020 en América Latina y el Caribe más de 10 millones de personas mayores sufrirán de dependencia severa, por lo que requerirán asistencia diaria para la realización de sus actividades cotidianas. En 2030 el número ascenderá a 14 millones y en 2050 prácticamente se habrán duplicado con respecto a 2030, alcanzando a 22 millones de personas de 60 años y más (Huenchuan, 2018, p. 158).

Es por ello que cada vez, se procuran crear más espacios de participación y se les da a las personas mayores más reconocimiento a nivel social. Se intenta mejorar la salud y su capacidad funcional, así como favorecer su participación social y seguridad, fortaleciendo con ello un estilo de vida, en el que prevalezca el término “envejecimiento activo saludable”, entendido éste como un

Proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos,

comunidades y naciones. El concepto de envejecimiento activo y saludable se aplica tanto a individuos como a grupos de población (OEA, 2017, p. 68).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), las personas mayores, con su gran acervo de conocimientos ayudan a no repetir errores, y mientras más lleven una vida más sana ésta más larga será “longeva”, esperando que estos años extra permitan tener una ventaja competitiva inclusive sobre la población joven o madura.

Así, pues, se podría hablar de un espectro en las personas mayores, de acuerdo a sus diversas necesidades, para ubicarlos en diferentes grados de funcionamiento dependiendo en el que se encuentre cada una; con base en ello, existen al respecto al menos dos modelos para visualizarlos, el primero centrado en las carencias, enfocado en el “cuidado de las personas mayores” sobre todo en dependencia y demandas al sistema de salud, jubilación o sistemas sociales y el otro relacionado a la participación social en la edad avanzada, su contribución y potencial

En este sentido los espacios de participación de las personas mayores surgen principalmente con las transformaciones sociales y el paso de los años que los han vuelto cada vez más necesarios, cabe destacar por ejemplo los diversos planes y recomendaciones a nivel internacional que han surgido para proteger los derechos de esta población.

Cabe destacar por ejemplo los siguientes Convenios Internacionales de acuerdo con la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS, s.f.):

- Declaración Universal de los Derechos Humanos. Jerarquía Constitucional. Art. 25.1.
- Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Jerarquía Constitucional, Art. 2.2 y 9.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Jerarquía Constitucional Art. 2.1. y 26.
- Carta Constitutiva de los Estados Americanos Art. 3
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Jerarquía Constitucional Art. XIV Y XVI.
- Convención Americana sobre los Derechos Humanos (Pacto San José de Costa Rica) Art. 1.1.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos (Protocolo de San Salvador) Art. 3, 9 y 17.
- Ley 11.722 Aprueba el Pacto de la Sociedad de las Naciones contenido en los 26 primeros artículos del Tratado de Paz firmado en Versalles el 28/06/1919.
- Convenio Multilateral de Seguridad Social del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) (p.28).

El Primer Plan Internacional sobre Envejecimiento se aprobó en Viena en el año 1982, resultado de la Primera Asamblea Mundial sobre la materia realizada en ese país, en el que se incluyeron cuestiones relacionadas con el envejecimiento individual y de la población en el temario internacional haciendo especial hincapié en la situación de los países desarrollados. En el año 1990 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reconoció la

necesidad de una referencia común para la protección y promoción de las personas de edad y en el año 1991 la Asamblea General 46/91 proclamó los Principios en Favor de las Personas de Edad proponiendo en 1999, el 1° de octubre como el día Internacional de las Personas de Edad.

En el año 2002 en Madrid, España; se llevó a cabo la segunda Asamblea sobre el Envejecimiento, en la cual se aprobó el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, el cual destaca en tres áreas de acción principales:

a) Las personas de edad y el desarrollo de las personas mayores. Se refiere a que:

...los efectos del envejecimiento de la población sobre el desarrollo socioeconómico de la sociedad, combinados con los cambios sociales y económicos que están teniendo lugar en todos los países, crean la necesidad de adoptar medidas urgentes para garantizar la constante integración y habilitación. (Ministerio de Desarrollo Social de Argentina, 2013, p.38)

b) El fomento de la salud y el bienestar en la vejez.

Referente a la atención y los servicios de salud, que incluye la prevención de las enfermedades, es el reconocimiento de que las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades a lo largo de la vida deben centrarse en el mantenimiento de la independencia, la prevención y la demora de aparición de las enfermedades y la atención de las discapacidades, así como el mejoramiento de la calidad de vida de las personas

mayores que ya estén discapacitadas. Así como llegar a la vejez gozando de buena salud y bienestar... los gobiernos crearan un entorno favorable a la salud y al bienestar (Ministerio de Desarrollo Social de Argentina, 2013, p.39).

c) Creación de un entorno propicio y favorable.

Se trata de fortalecer las políticas y programas con el objeto de crear sociedades inclusivas y cohesionadas para todos hombres y mujeres, niños, jóvenes y personas mayores. Sean cuales fueran las circunstancias en que se encuentren las personas mayores, todas ellas tienen derecho a vivir en un entorno que realce sus capacidades. (Ministerio de Desarrollo Social de Argentina, 2013, p. 40).

Así mismo, en Latinoamérica por ejemplo la Asamblea General de las Naciones Unidas como menciona Huenchuan (2004, pp. 12-15) promovido que cada país defina una política orientada a las personas mayores, basada en propiedades, objetivos y planes nacionales, así como programas dirigidos a la acción que resuelva sus problemas y necesidades y los efectos del envejecimiento en cinco temas: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.

Al respecto y de acuerdo a la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS, s.f.) al menos en Argentina la mayoría de las personas mayores tiene conocimiento de lo que sucede en su país en un 99, 2%, utilizando los noticieros de televisión un 55%, un 30,1% la radio y un 11, 8% la prensa escrita. De igual manera si bien no presentan una

concurrancia a lugares de participación social y/o recreativa, remarcan que asisten a instituciones un 28,4%, y a plazas y espacios verdes acude un 12,4%.

Entre los lugares que más concurridos por las personas mayores destacan de nivel económico social alto, plazas y club, medio alto club y plazas, en ese orden; de nivel económico medio plazas, centro de jubilados, club, nivel medio bajo plazas y centro de jubilados y de nivel bajo los centros de jubilados y las plazas. Además de existir otros lugares como instituciones e instituciones académicas, entre otras (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC], 2014).

Cabe destacar el de participación, sobre todo por ser aquél que comprende el derecho a la participación activa en políticas que inciden directamente en el bienestar de las personas mayores, compartir conocimientos, habilidades con generaciones más jóvenes y la posibilidad de formar movimientos o asociaciones, es decir; de seguir estableciendo vínculos con otro.

Con base en estas premisas principales es como el trabajo a nivel internacional sobre las personas mayores iniciando con la Declaración Universal de los Derechos Humanos cada vez ha tomado más fuerza, impulsando un envejecimiento activo saludable y procurando así favorecer la calidad de vida durante los últimos años en cada país, mediante diversas instituciones tanto públicas como privadas.

Por último cabe destacar que, en el año 2020 la Organización de las Naciones Unidas, nombró al 2020-2030 como la "Década del Envejecimiento Saludable" con el propósito de reunir a expertos, la sociedad civil, los gobiernos y los profesionales de la salud para discutir los objetivos estratégicos del Plan de Acción y Estrategia Global de Envejecimiento y Salud.

3.3. Personas mayores en Argentina.

En Argentina el camino hacia el envejecimiento poblacional inició en el año 1920, avanzando desde la segunda mitad del siglo XX a mediados de la década de los 70's; además de la caída en fecundidad y mortalidad el componente migratorio fue de gran impacto para el comienzo de este proceso pues los migrantes de 65 años y más representaban casi el 60% y la proporción joven se redujo en un 30% de la población total.

Según los datos publicados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), para el año 2050 una de cada cinco personas tendrá 65 años y más y para el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010 existen 3,979,032 personas con 65 años y más (INDEC, 2014).

En Argentina en 1984 Eva Perón presentó un decálogo denominado "Derechos de la Ancianidad" el día 26 de agosto en la Asamblea de las Naciones Unidas, siendo el primer país a nivel internacional que hace esto, en él se garantiza a los hombres el bienestar al que tienen derecho en la última etapa de su vida, por su esfuerzo en bien de la colectividad, incluida en

la Constitución por la Asamblea Constituyente reformadora del año 1949 el 11 de marzo (OISS, s/f).

En este decálogo se proponía el derecho a la asistencia, al alojamiento, a los alimentos, al vestido, a la salud física y mental, a la salud moral, a la recreación, al trabajo, a la estabilidad y al respeto. En la década de los 90 se implementaron nuevamente políticas de exclusión generando situaciones de vulnerabilidad y desprotección, pero en el año 2003 se volvió a retomar el apoyo a las personas mayores mediante la valía de su dignidad, la seguridad económica, el derecho al cuidado, a la salud, a la participación social y política, al disfrute del ocio y recreación y a la inserción social.

Como antecedentes legales en el año de 1994 se incorporó a la Constitución Nacional en el artículo 75 inciso 22 y 23 un fragmento que hace alusión a la igualdad real de oportunidades y de trato sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, los ancianos y las personas con discapacidad (Huenchuan (2016).

A pesar de que en Argentina hasta el año 2015, no se contaba con una ley nacional específica que propicie una atención integral y sustente derechos fundamentales existen cuatro leyes nacionales que se toman en cuenta CEPAL(2005): la N° 25.724, Programa de Nutrición y Alimentación Nacional (2003), la N° 21.074 de Subsidios y Asignaciones Familiares, la N° 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar y la Ley N° 24.734, sobre el Derecho al uso de los servicios del sistema de cobertura médica a beneficiarios de pensiones a la vejez (Villarreal, 2005, p.18).

Además, existen leyes sectoriales y entidades encargadas de brindar atención articulan, planifican y coordinan la política social y nacional mediante la formulación de políticas y cursos de acción tales como el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social o el de Educación Ciencia y Tecnología.

También a nivel nacional se encuentran los órganos consultivos como el Consejo Asesor del Programa de Atención Médica Integral (PAMI) que actualmente es denominado Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) con el fin de brindar atención médica, social y asistencia a los adultos mayores.

Así mismo, la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores en Argentina desde el año 2013 creó una serie de acciones específicas con el fin de promover el bienestar en general de las personas mayores tales como: el voluntariado social de adultos mayores, un programa denominado la experiencia cuenta en el que los mayores facilitan saberes y oficios tradicionales hacia las personas jóvenes y de mediana edad; un programa denominado violencia, discriminación y maltrato para prevenir situaciones de abuso o maltrato hacia los adultos mayores y su entorno inmediato, el curso para responsables y equipos técnicos de residencias y centros de día para adultos mayores y un programa de cuidados domiciliarios.

Las residencias para personas mayores que son “centros de alojamiento y de convivencia que tienen una función sustituta del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente, donde se presta a la persona mayor de sesenta años una atención integral” (OISS, s/f, p. 37) también han sido parte de las acciones de la protección a las personas mayores en Argentina.

De acuerdo a la Dirección Nacional para Adultos Mayores (2013) y con base en el CENSO 2010 (INDEC, 2010) en Argentina un 14,3% de la totalidad, es decir unas 5.725.838 personas son adultas mayores, y la esperanza de vida al nacer es de 76,13 años; 17,4 para los varones y 22,3 para las mujeres [citado por el Censo de Población, Hogares y Viviendas.

Con todo lo anterior puedo mencionar que Argentina es un país envejecido, cuya tendencia continuará de manera general en el transitar de los años, sobre todo con una alta prevalencia en las mujeres sobre los hombres, a vivir más años, es por ello que hay que actuar para promover un envejecimiento activo saludable y por tanto un bienestar.

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Justificación y problema de investigación

En la sociedad actual una de las poblaciones vulnerables cuyo campo de investigación ha despertado un interés significativo es la de los denominados adultos mayores, o bien el grupo de la tercera edad, sujetos que tienen 65 años de edad o más.

En términos generales, existen diversas acepciones para esta población como ancianos, adultos mayores, viejos, entre otras. En Argentina para el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010 existen 3,979,032 personas con 65 años y más (NDEC, 2010) y resultado de la investigación realizada, personas mayores.

A los adultos mayores de acuerdo con Amico (2009) se les piensa como frágiles, cuya energía, funciones sensoriales y rol social en una estructura productiva, se van perdiendo. Generalmente esta población percibe la vida de otra manera, especialmente en los últimos años de vida donde su bienestar psicológico se ha ido modificando a causa de los diversos cambios que acontecen en su día a día (Ortiz y Castro, 2009).

Salvarezza (1994) por ejemplo, equipara el término viejo con enfermo. Así, al hablar de adultos mayores se estaría hablando de personas enfermas, cuyo binomio cuerpo y mente en un mismo organismo se van deteriorando paulatinamente de manera física, mental y emocional. Por ello, en los países envejecidos y como medio de prevención de un futuro, las diversas investigaciones se dirigen hacia la oferta de una mejor Calidad de Vida,

participación social, salud y seguridad para dicha población, mediante estrategias de intervención que incluyen talleres y actividades relacionadas entre otras, con el ejercicio físico y el campo de las artes.

La Calidad de Vida es entendida como un concepto complejo y se define por la intervención de múltiples disciplinas y ámbitos, hace alusión entre otras cosas al bienestar general y a la satisfacción que percibe el sujeto sobre su propia vida; de esta manera, el problema de investigación de esta tesis se centra en identificar de qué manera la Danza Movimiento Terapia como terapia creativa alternativa impacta en el Bienestar Psicológico de un grupo de personas mayores.

Es por ello que la presente investigación pretendía indagar:

¿Cuál es el nivel de Bienestar Psicológico de un grupo de personas mayores de un Hogar de ancianas de Buenos Aires, Argentina y cuáles son los efectos de realizar un taller de Danza Movimiento Terapia en el bienestar psicológico de este grupo de personas mayores?

Los antecedentes a este estudio sobre la Danza Movimiento Terapia y las personas mayores, se encuentran en el primer capítulo; específicamente la relación entre estos dos constructos como son DMT y Bienestar psicológico no ha sido estudiado al menos al año 2016 o no se encontró información al respecto. Se es importante mencionar la tesis de grado de Pers (2013) denominada Danza Movimiento Terapia, emociones positivas y *Flow*, en la

que explica las motivaciones, emociones positivas y el estado de Flow en alumnos que cursaron los tres niveles de formación de DMT en la escuela Brecha de Buenos Aires.

Asimismo, en año posterior, a la investigación aquí presentada, en el año 2018, se encontró otra tesis de grado de Heredia Paredes, denominada La Danza Movimiento Terapia como herramienta para fomentar el bienestar psicosocial del adulto mayor en la parroquia de Calderón durante los meses de abril a julio del año 2017, en ella, describe como se llevó a cabo un taller de DMT con adultos mayores de 60 a 90 años y se aplicó además la Escala de Bienestar psicológico de Carol Ryff.

4.2 Objetivos

La presente investigación, se orientó en estudiar el Bienestar Psicológico de un grupo de personas mayores y el reconocimiento de los posibles efectos que causaría en él un taller cuatrimestral de Danza Movimiento Terapia, impartido en un hogar de ancianas de la ciudad de Buenos Aires, Argentina.

4.2.1 Objetivo general:

Analizar los efectos de un taller cuatrimestral de Danza Movimiento Terapia, en un grupo de personas mayores, de un hogar de ancianas. Conocer si esta terapia contribuye en su Bienestar Psicológico.

4.2.2 Objetivos específicos:

- Conocer el nivel de Bienestar Psicológico que presentan las mujeres adultas mayores que viven en el hogar de ancianas, de acuerdo a la muestra seleccionada.
- Analizar si un taller de Danza Movimiento Terapia incrementa el Bienestar Psicológico de los adultos mayores de la muestra.
- Identificar otros posibles efectos de la aplicación de un taller de Danza Movimiento Terapia en adultos mayores residentes de un hogar de ancianas.

4.2.3 Preguntas de investigación

¿Cuál es el nivel de Bienestar Psicológico que presentan las mujeres adultas mayores que viven en el hogar de ancianas, de acuerdo con la muestra seleccionada?

¿Qué otro recurso se considera coadyuva desde el movimiento para que las mujeres adultas mayores incrementen su Bienestar Psicológico?

¿Cuáles son las características que el Taller de Danza Movimiento Terapia posee que contribuyen al Bienestar Psicológico?

¿Qué efectos produce la participación de las mujeres adultas mayores en un Taller de Danza Movimiento Terapia?

¿Qué representación social tienen las mujeres adultas mayores sobre la Danza Movimiento Terapia antes y después de un taller con esta temática?

4.3 Hipótesis

Un taller de Danza Movimiento Terapia incrementa el Bienestar psicológico de un grupo de mujeres adultas mayores que se encuentran en un hogar de ancianas de la Ciudad de Buenos Aires.

4.4 Diseño metodológico

Esta investigación se llevó a cabo a través de una investigación con método mixto, Hernández (2014) menciona que estos:

[...]Representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. (p. 534)

Asimismo, Hernández Sampieri (2014), cita a Johnson et al. (2006), mencionando:

En un “sentido amplio” visualizan la investigación mixta como un continuo en donde se mezclan los enfoques cuantitativo y cualitativo, centrándose más en uno de ellos o dándoles el mismo “peso”, donde cabe señalar que cuando se hable del método cuantitativo se abreviará como CUAN y cuando se trate del método cualitativo como CUAL.

Por lo tanto, para fines de esta investigación se utilizó evidencia tanto de datos numéricos como textual, a través de un diseño experimental, el cual:

Es un esquema de cómo realizar un experimento. El objetivo fundamental de los diseños experimentales radica en el determinar si existe una diferencia significativa entre los diferentes tratamientos del experimento y en caso que la respuesta es afirmativa, cuál sería la magnitud de esta diferencia (Badii Zabeh, 2007, P. 283)

La variable dependiente es el Bienestar Psicológico de un grupo de personas mayores que viven en un hogar para ancianas (contexto natural) y la variable independiente es el taller de Danza Movimiento Terapia.

El diseño de aplicación es un pre-post aplicación de escala, y una entrevista semiestructurada, con un grupo como estudio de caso, en un primer momento se pensó en dos grupos control, sin embargo, debido a la participación voluntaria de las involucradas se determinó solamente realizar el análisis en un grupo.

La recolección de datos y aplicación de los instrumentos correspondió a cuatro fases, que se presentan a continuación. Ver figura 9.

Figura 9

Fases de la investigación



Nota: En la figura se aprecian las cinco fases de realización de la investigación, principalmente en relación a los instrumentos aplicados.

La primera fase se llevó a cabo durante los meses de enero a mayo 2015, posterior a la presentación del proyecto ante la Facultad con aprobación en el mes de febrero 2015. En esta primera fase se realizó la gestión correspondiente con tres actores principales: la danza movimiento terapeuta (responsable) de llevar a cabo el taller de Danza Movimiento Terapia, la responsable de la dirección del hogar de ancianas; y con las participantes, quienes fueron invitadas para ser parte de la investigación de manera voluntaria y anónima.

Se solicitó de manera formal la autorización, para realizar con la danza movimiento terapeuta el acompañamiento, en el hogar se entregó un oficio y un cronograma de

actividades en el que se asistiría principalmente a la realización de entrevistas y finalmente con las participantes en cada una de las intervenciones se les hizo de conocimiento que era confidencial.

La segunda fase, fue en el mes de enero 2015, se llevó a cabo una entrevista semiestructurada, que contenía algunos datos de identificación de las participantes y preguntas referentes a las dimensiones que establece Carol Ryff, de acuerdo con el bienestar psicológico. También se realizó la aplicación de la escala *Pemberton Happiness Index* (PHI) (Páez, 2013) para medir el nivel de bienestar inicial de las personas mayores y como elemento complementario, porque no fue tema de estudio principal durante la investigación, se preguntó sobre la representación social de la Danza Movimiento Terapia.

De acuerdo con Vergara (2008) cuando menciona a Moscovici (1986), las representaciones sociales:

Se presentan bajo formas variadas, más o menos complejas; nos permiten interpretar lo que nos sucede, y aún dar sentido a lo inesperado. Son categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y las personas con quienes tenemos algo que ver. Son teorías que permiten diseñar la actuación cotidiana. Y a menudo, cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de la vida social, las representaciones sociales son todo esto junto (p. 64).

La fase tres, consistió en la aplicación de un taller de Danza Movimiento Terapia de manera cuatrimestral, del mes de febrero a mayo del 2015. Con un total de 16 sesiones con

duración de aproximadamente 50 minutos a una hora, en turno vespertino, realizado una vez por semana durante los días miércoles, jueves o viernes dependiendo de las diversas actividades del Hogar. El espacio donde se llevó a cabo fue en el subsuelo, de la casa Hogar de ancianas, ubicado en la zona de Mataderos, Capital Federal; Buenos Aires; Argentina.

La fase cuatro, se realizó en el mes de junio 2015, consistió en la aplicación nuevamente de la escala de PHI, después de la intervención del taller de Danza Movimiento Terapia, como una medida post tratamiento y se realizó de manera complementaria, una pregunta referente a la DMT, para determinar la representación social que se tuvo al final de la intervención.

Finalmente, en la fase cinco realizada entre los meses de octubre y noviembre, se aplicó nuevamente el PHI, una pregunta referente a DMT, determinando así la representación social de ésta y se preguntó cuál había sido el aprendizaje obtenido del taller de Danza Movimiento Terapia.

4.5 Población y muestra

La presente investigación se llevó a cabo durante el año 2015 con el consentimiento por parte de las autoridades de un Hogar de ancianas de la zona de Mataderos; Capital Federal, Buenos Aires; Argentina, quienes brindaron el espacio físico y recursos necesarios para llevar a cabo la investigación. El Hogar estaba compuesto por 50 personas mayores, todas mujeres, residentes del lugar cuya edad oscilaba de los 65 a los 93 años de edad y una comunidad de religiosas encargadas del hogar y quienes realizaban las tareas administrativas

de gestión y asistían a toda la población. Asimismo, se contaba con la presencia itinerante de algunos especialistas como doctores o terapeutas ocupacionales, psicóloga, entre otros.

Monje (2011) define la población como:

La población o universo es el conjunto de objetos, sujetos o unidades que comparten la característica que se estudia y a la que se pueden generalizar los hallazgos encontrados en la muestra (aquellos elementos del universo seleccionados) para ser sometidos a la observación. (p. 25).

El hogar tenía como reglamento entre otros, la distribución de las mujeres en tres áreas planta subsuelo, planta baja y planta alta. En subsuelo y la planta baja se encontraban las mujeres adultas que tenían mayor autonomía y sus habilidades les permitían desplazarse aún de manera independiente o con algunos apoyos como andaderas o bastones. En la planta alta se encontraban quienes tenían alguna situación de salud más comprometida o necesitaban estar en cama de manera permanente, de esta manera se clasificaba su estadía.

Para esta investigación se eligió una muestra de la población, para obtener características relevantes de la misma, Hernández (2014), citado por Monje (2011) define el concepto de muestra como:

Se define como un conjunto de objetos y sujetos procedentes de una población; es decir un subgrupo de la población, cuando esta es definida como un conjunto de

elementos que cumplen con unas determinadas especificaciones. De una población se pueden seleccionar diferentes muestras (Monje, 2011, p. 123).

Los sujetos de investigación fueron personas adultas mayores, todas mujeres, invitadas a participar de ésta, de forma voluntaria y anónima (si así lo deseaban), decidiendo formar parte o no de este experimento.

Muestra de sujetos voluntarios: Se trata de muestras fortuitas, utilizadas con frecuencia en Medicina, por ejemplo, sujetos que acceden voluntariamente a participar en un estudio que monitorea los efectos de un medicamento. Con este tipo de muestra no se puede inferir, ya que las características de los sujetos de la muestra pueden ser diferentes al total de la población (Monje, 2011, p. 127).

De este modo, tomando como punto de partida el hogar donde residían personas adultas mayores, mujeres específicamente; el tamaño muestral es finito, tomando en cuenta 21 mujeres que al inicio mostraron interés y de manera voluntaria participarían del Taller de Danza Movimiento Terapia de al menos 30 posibles mujeres que se esperaba participaran en la investigación.

Para este estudio, no se solicitó la participación de las religiosas encargadas de la institución, debido a que solamente una de ellas era la que de forma asidua se encontraba con las mujeres adultas mayores en las actividades que realizaban dentro del hogar.

De este modo, las características principales al determinar la muestra fueron:

- Ser mujer adulta mayor de 65 años.
- Tener de manera general, un buen estado de salud.
- Aceptar de manera voluntaria la aplicación de los instrumentos de investigación (entrevistas y escala PHI).

Para obtener la información necesaria, se utilizó una técnica y un instrumento que permitió recabar información, los cuales se definen a continuación.

4.6 Técnicas de recolección de datos y procedimiento de análisis

Los instrumentos utilizados para recolectar datos consistieron en la aplicación de una entrevista semiestructurada, el PHI y una pregunta referente a la representación social de la DMT.

La entrevista semiestructurada, se aplicó al inicio de la investigación; se basó en una serie de preguntas referentes al bienestar psicológico de cada sujeto; que tuvo como fundamento la adaptación española que realizaron Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle y Van Dierendonck (2006) sobre la escala de Bienestar de Carol Ryff. En el anexo A, se muestra la escala de 39 ítems que se tomó como base, mientras que en el anexo B, se exponen las preguntas que se tomaron en cuenta por cada dimensión del bienestar y la forma en que éstas se abordaron con las participantes, (ya que en ocasiones

la pregunta tenía que ser más concreta y no tan elaborada); cada entrevista fue grabada para realizar su análisis posterior.

Antes de iniciar y al finalizar el taller de Danza Movimiento Terapia a cada participante se le solicitó completar la escala *Pemberton Happiness Index* (PHI).

Como lo mencionan Delfino, Botero Rojas, y González Insua, (2019) “la escala *Pemberton Happiness Index* (PHI) fue desarrollada por Hervás y Vázquez (2013) como un índice simple e integrador que puede usarse para monitorear los cambios en el bienestar” (p. 115).

“La escala se destaca por su practicidad y economización de recursos (tiempo, dinero, trabajo); lo que permitirá obtener información sobre el bienestar de una población, en un tiempo reducido al que llevaría hacerlo con la utilización de varias escalas” (Delfino, Botero Rojas, y González Insua, 2019, pp. 115-116).

De acuerdo con (Delfino, Botero Rojas, y González Insua (2019) la escala PHI consta de dos secciones. Ver Anexo C.

La primera parte evalúa el bienestar recordado que incluye 11 ítems relacionados con diferentes dominios de bienestar recordado: general, ítems 1 y 2; eudaimónico, ítems 3 a 8; hedónico, ítems 9 (afecto positivo) y 10 (siendo que el ítem 10 posee puntuación inversa) al ser el de afecto negativo, y por último el bienestar social, ítem 11.

Los ítems están estructurados como afirmaciones tales como:

- “Me siento muy satisfecho/a con mi vida”
- “Disfruto cada día de muchas pequeñas cosas” o
- “Me siento muy unido a las personas que me rodean”

Al interrogar al participante éste debe marcar de acuerdo a su valoración, si está de acuerdo o en desacuerdo. El continuo de respuesta va de 0 a 10, siendo 0 “En total desacuerdo” y 10 “Totalmente de acuerdo”. Ver Anexo D

La segunda parte evalúa el bienestar experimentado, ítem 12, y se encuentra integrada por 10 ítems relacionados con el bienestar del día anterior, 5 experiencias positivas y 5 experiencias negativas. En éstas las respuestas son sí o no. Las puntuaciones obtenidas en ambas secciones pueden ser transformadas en un índice de bienestar único. Las puntuaciones que se consiguen del bienestar experimentado se suman (en el caso de las experiencias negativas se suma 1 cuando la experiencia negativa no está presente), obteniendo el ítem 12, cuyos valores pueden variar entre 0 y 10 (p. 117).

A pesar de que la escala PHI se ha aplicado en varios países hasta el 2015 no se encontraron indicios de su utilización, tampoco información referente a la aplicación de la Danza Movimiento Terapia y su relación en el Bienestar Psicológico de adultos mayores argentinos. Sin embargo, en el 2019 existen artículos de su aplicación en adultos argentinos.

Para fines de esta investigación y respecto a la aplicación del PHI, con la población mencionada, (personas mayores, mujeres todas) se hizo una adecuación en la que la escala

se aplicó de manera oral, como si fuera una entrevista, de manera directa; mientras que para marcar la valoración de satisfacción del 0 al 10, se redujo la escala con los números del 5 al 1, y se implementó una tablita en la que mediante figuras que representaban la satisfacción con la vida; de manera gráfica y con los niveles de gran satisfacción, moderada satisfacción, poca satisfacción y muy poca satisfacción, las participantes podían señalar con cuál se sentían más identificadas. Ver Anexo E.

También, para la pregunta 12, relacionada con el bienestar experimentado, se realizaron las preguntas de manera directa y se optó por señalar con una imagen de pulgar arriba o pulgar abajo para las respuestas de sí o no. Ver Anexo F.

Finalmente se realizó una pregunta correspondiente a la Danza Movimiento Terapia, como complemento a esta investigación, para conocer la representación social que tenían las participantes sobre esta actividad, ésta se llevó a cabo antes, al finalizar el taller y posterior a él. Las preguntas fueron cuatro, pero enfocadas en el mismo propósito las tres primeras y la cuarta referente a los aprendizajes obtenidos del taller de DMT:

- Pregunta 1. Antes del taller: si yo te digo Danza Movimiento Terapia ¿que se viene a la mente?
- Pregunta 2. al finalizar el taller: ¿qué representó para ti la Danza Movimiento Terapia?
- Pregunta 3. posterior al taller: si yo te digo Danza Movimiento Terapia ¿qué palabras se te vienen a la mente?
- Pregunta 4: ¿Aprendiste en el taller de DMT?

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se describen los resultados obtenidos, análisis e interpretación, después de la aplicación de este estudio.

Esta investigación se llevó a cabo durante el año 2015, en un Hogar de ancianas, como era denominado; en la Capital Federal de Buenos Aires, Argentina. Se realizó un taller de Danza Movimiento Terapia (DMT) y se analizó si éste influía en el Bienestar Psicológico de un grupo de personas mayores, a su vez se determinaron los posibles efectos del taller.

Durante la fase uno se realizó la gestión correspondiente para tener el acceso a la institución, así como para la interacción con las participantes y la responsable del taller de Danza Movimiento Terapia.

Para la fase dos, en un inicio se tomó en cuenta una población de 21 participantes que, de manera voluntaria, decidieron pertenecer al estudio; sin embargo, como su presencia fue fluctuante, se decidió sólo hacer el análisis de los instrumentos aplicados con nueve de ellas, siendo mujeres todas, que permanecieron desde el inicio hasta el final de la investigación; antes, durante y después.

Aunado a lo anterior, durante esta segunda fase, algunas de las razones por las cuales se fue disminuyendo el número de participantes fue debido a que:

- En algunos casos decidieron dejar de participar en la investigación, y cabe recordar, que ésta era voluntaria, en ningún momento fue obligada.
- En otros casos las participantes fallecieron después de la primera o segunda entrevista.
- También algunas de las participantes fueron cambiadas de sala, debido a que comenzaron con situaciones de salud considerables y el acceso a la interacción con ellas se volvió un tanto limitado.

A continuación, se detallan datos generales obtenidos de las nueve participantes, mujeres adultas mayores que participaron de la investigación.

La edad de las participantes estuvo en un rango que iba de los 71 a los 92 años, obteniendo una mediana de 83 años y un promedio de 82 años; siete de ellas originarias de diversas partes de Buenos Aires (Capital Federal, Chivilcoy, Córdoba, Rosario y Zárate), una de Paraguay nacionalizada Argentina y una participante de origen francés.

En cuanto a escolaridad y ocupación, tres se dedicaron a las labores del hogar, cinco de la siguiente manera: una enfermera, una psicóloga, una peluquera y masajista, dos empleadas de gobierno y finalmente de una no se tuvo la información. En cuanto al estado

civil, de las nueve participantes, al menos siete de ellas mencionaron ser viudas, haber perdido a su cónyuge con una temporalidad de 6 a 22 años atrás; de las dos restantes una argumentó ser soltera y de la última se desconoció el dato.

De acuerdo con el motivo por el cual se encuentran en este hogar los resultados arrojaron de manera explícita que al menos ocho de ellas están ahí por decisión propia, de una se desconoce; éste también es requisito del Hogar, estar en él sin ser forzadas a ello. Algunas de las respuestas que se relacionaron con ésta categoría fueron: que la mayoría de ellas vivían solas debido a que su cónyuge ya no se encontraba presente, también porque los hijos cambiaron de lugar de residencia, o bien, sólo tienen un único hijo a quien mencionan “*no querer dar molestias*” como lo dijo la *participante 1*, o bien simplemente porque no deseaban estar en soledad, como lo mencionó la *participante 2* cuando dijo que “*buscaba un lugar para no estar conmigo misma sola*”.

La temporalidad de la estancia en el Hogar fue muy variable, desde la que ha estado pocos meses como la *participante 2*, hasta la que lleva 10 años dentro del hogar, como la *participante 9*. Entre algunas de las respuestas de las participantes, se encontró que tuvieron que estar en lista de espera para ingresar al Hogar.

Finalmente, entre las enfermedades asociadas a las participantes se encontraron: dificultades con la presión en al menos cuatro de ellas, dos con situaciones de hipertiroidismo; una de ellas asociada con diabetes, una con diagnóstico de bipolaridad, una

con dolores en la columna vertebral, otra con reumatismo y una que menciona se le olvidan las cosas “*estoy enferma de la cabeza*” como lo refiere la *participante 4*, quien justamente tuvo dificultad al contestar la entrevista, debido a su pérdida de memoria. También, al menos la *participante 7* menciona tener afectaciones en un oído, en el gusto y en el olfato, mientras que la *participante 9* respondió tener un desprendimiento de retina.

Para realizar el análisis de los instrumentos, se utilizaron las herramientas de: nube de palabras y el análisis de sentimientos, así como la comparación con la media equivalente a (5.5) de la escala *Pemberton Happiness Index* (PHI).

El análisis de la entrevista semi estructurada se llevó a cabo a través de una nube de palabras y el análisis de sentimientos. La nube es una representación visual de las palabras más frecuentes en un texto, donde el tamaño de cada palabra representa la frecuencia de su aparición. Esta herramienta es comúnmente utilizada en análisis de texto para identificar patrones y temas principales en un corpus de texto (Viegas y Wattenberg, 2008).

El análisis de sentimientos es una técnica de procesamiento de lenguaje natural que se utiliza para determinar la actitud general (positiva, negativa o neutral) de un texto. Se aplica principalmente en redes sociales, comentarios de clientes, reseñas de productos, etc., y sirve para comprender la opinión o sentimiento de las personas hacia un tema específico (Pang y Lee, 2008).

De acuerdo con la fase dos de la investigación, realizada en el mes de febrero, la entrevista semiestructurada se dividió de acuerdo con las seis dimensiones que Carol Ryff propuso sobre la evaluación del bienestar psicológico o eudaimónico: sentido de vida, autoaceptación, crecimiento personal, relación personal, percepción de control y autonomía.

En la primera dimensión denominada sentido de vida, como se muestra en la Figura 10, las participantes entrevistadas tienen una perspectiva única, refieren sentirse bien, respecto al pasado y al futuro; en general, parecen sentirse satisfechas con lo que tenían que hacer en diversas áreas de su vida, aunque también expresan deseos de haber hecho más o haber tomado decisiones diferentes en ciertos aspectos. Como lo mencionó la *participante 1* “*Me hubiera gustado mudarme de departamento y haber tenido otro hijo*”, por su lado, la *participante 4* dijo que modificaría “*la manera de haber vivido durante la guerra y todos esos problemas que me han quedado, de acordarme de todas esas cosas*” o como lo expresó la participante 6 quien dijo que en su juventud “*jamás fui a un baile*”.

Algunos temas comunes son la importancia de las relaciones familiares, la realización personal y la necesidad de seguir teniendo proyectos para el futuro, como lo mencionan la *participante 6* y *9* quienes hacen alusión al proyecto de cuidar su cuerpo y seguir haciendo cosas, mientras se pueda. También se muestran las diez palabras con mayor frecuencia encontradas en este análisis. Ver Figura 11.

Nube de palabras. Dimensión 1: Sentido de vida



10 palabras más frecuentes sobre Sentido de Vida.



Las palabras clave como "sentirse bien", "vida", "buena", "cosas", "sentido", "único", etc., sugieren una reflexión profunda sobre la satisfacción personal, los logros alcanzados, los arrepentimientos y las aspiraciones futuras.

Por último, como se muestra en la Figura 12 el 5% de las palabras es negativo y el 95% es positivo lo cual, podría sugerir que, a pesar de ciertos arrepentimientos o aspectos no realizados en sus vidas, la mayoría de las personas entrevistadas se sienten bien y tienen un sentido de vida positivo. Esto podría reflejar una tendencia hacia la gratitud por lo vivido y la aceptación de las decisiones tomadas, así como la presencia de proyectos y aspiraciones para el futuro.

Figura 12

Análisis de sentimientos de acuerdo con la dimensión de Sentido de Vida

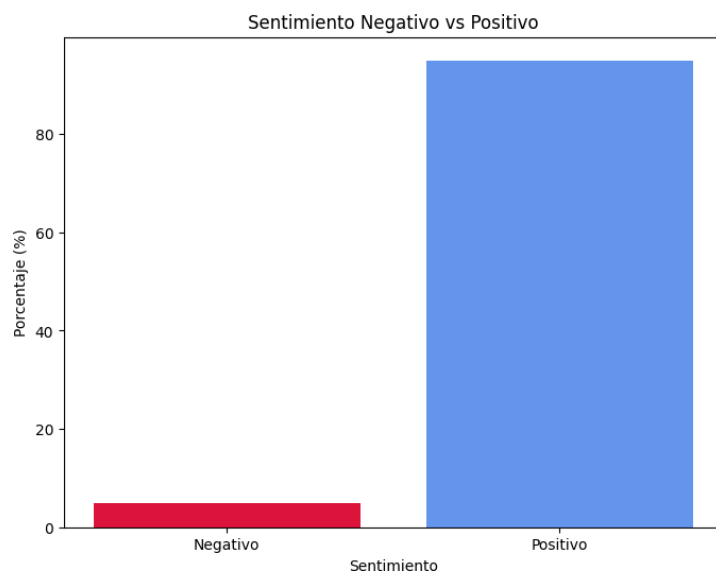
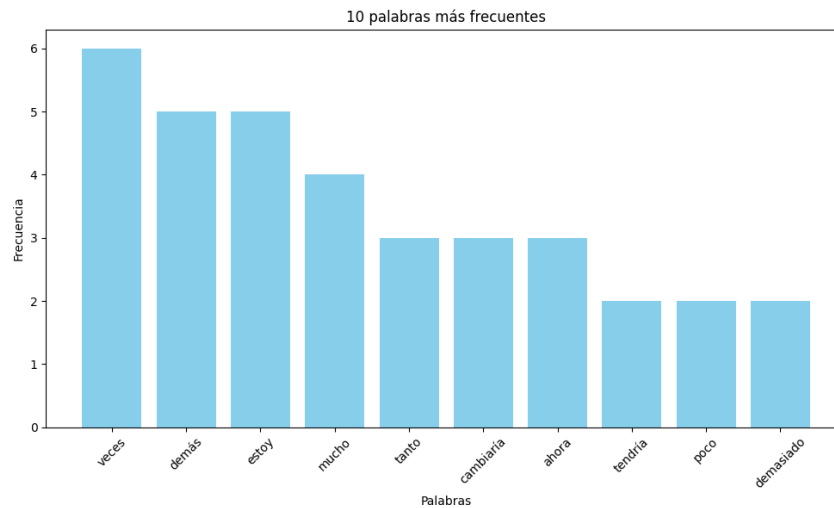


Figura 14

10 palabras más frecuentes sobre Autoaceptación.



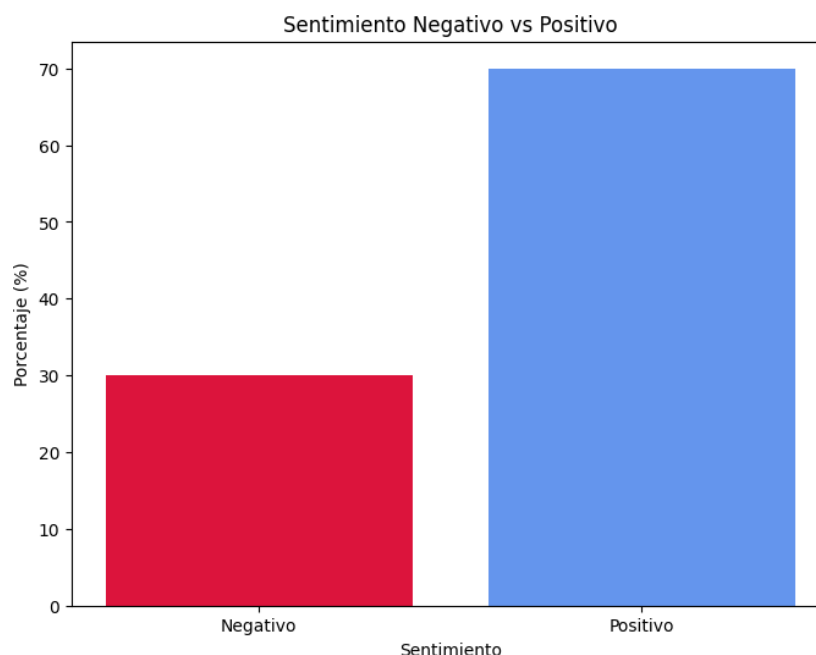
Las palabras más frecuentes parecen ser "estoy", "mucho", "tanto", "cambiaría", entre otras, e incluso la de veces que hace referencia "*creo que a veces*". Esto podría indicar que en las respuestas se destaca la expresión de estados emocionales, la cantidad o intensidad de algo, y la consideración de cambios o mejoras en diferentes aspectos de la vida o la personalidad.

Por último, como se muestra en la Figura 15, se refleja una tendencia general hacia el optimismo y la satisfacción personal, con un enfoque en los aspectos positivos de la vida y la personalidad de cada individuo. Aunque destacan algunos aspectos negativos o áreas de mejora, representando el 30% de las palabras, el 70% restante se centra en experiencias positivas, satisfacción con uno mismo y la consideración de cambios en un tono constructivo.

Esto sugiere una actitud general positiva de autoaceptación y el deseo de crecimiento personal y mejora continua.

Figura 15

Análisis de sentimientos de acuerdo con la dimensión de Autoaceptación.

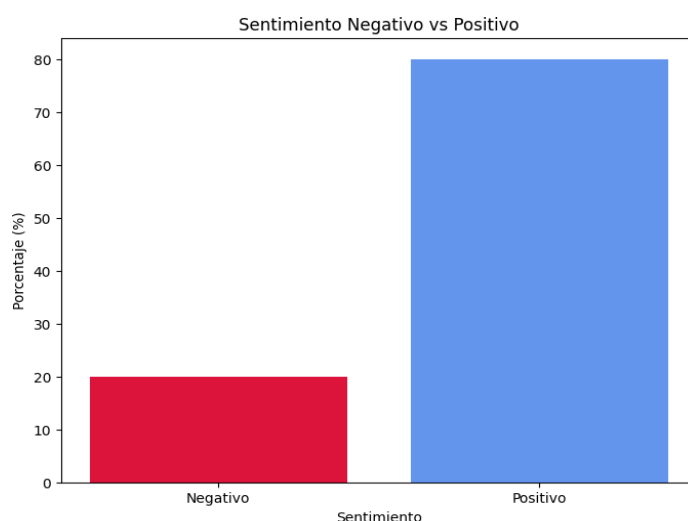


En la dimensión tres, denominada Crecimiento personal, como se muestra en la Figura 16, las participantes reconocen que, a pesar de su edad o experiencia, aún tienen mucho por aprender. Se destacan áreas específicas como la tecnología (por ejemplo, el uso de computadoras), habilidades sociales (como la convivencia) y la percepción de detalles y actitudes que antes podrían haber pasado desapercibidos. También se menciona la importancia de mantenerse positivo y receptivo a nuevas experiencias, incluso cuando surgen desafíos o situaciones que generan incomodidad o dolor emocional. Por ejemplo, *la participante 8* menciona “no dejas de aprender todos los días, un gesto, una respuesta de

la importancia de mantener una actitud receptiva y positiva ante las experiencias cotidianas, reconociendo que cada día ofrece oportunidades para aprender algo nuevo, tanto en el desarrollo personal como en la percepción de la vida cotidiana. Finalmente, como se muestra en la Figura 18 el 80% de las palabras son positivas y el 20% son negativas, se destaca una perspectiva generalmente optimista hacia el aprendizaje y el crecimiento personal.

Figura 18

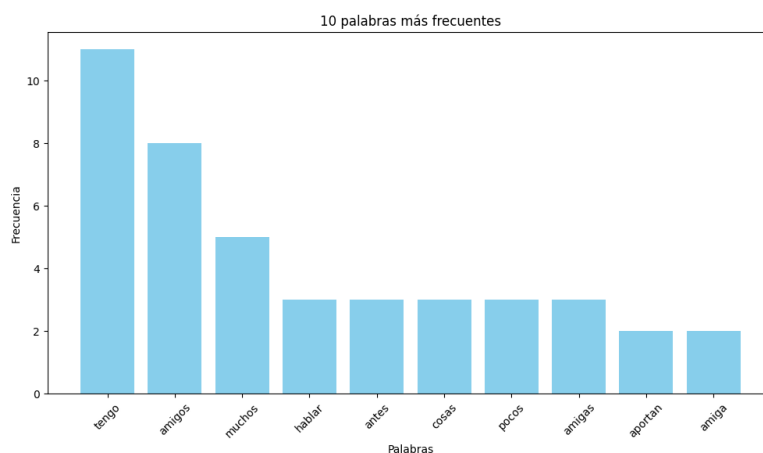
Análisis de sentimientos de acuerdo con la dimensión de Crecimiento personal.



La dimensión cuatro, bajo el nombre de Relaciones sociales, como se muestra en la Figura 19, sugiere una variedad de experiencias en cuanto a la cantidad y calidad de las amistades de cada persona. Algunos parecen tener muchos amigos con los que pueden hablar y se sienten respaldados, mientras que otros mencionan tener pocos amigos o que la mayoría de sus amigos han fallecido. Es importante la comunicación y el apoyo emocional que brindan las amistades, así como la dificultad de mantener o establecer nuevas relaciones sociales en ciertos contextos, tal como en el Hogar. Por ejemplo, la *participante 2* menciona

Figura 20

10 palabras más frecuentes sobre Relaciones sociales

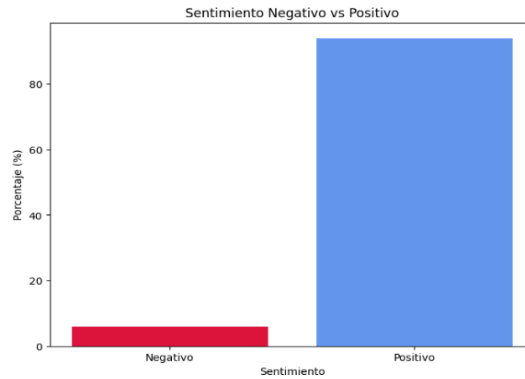


Las participantes hablan sobre la cantidad de amigos que tienen, expresando tener muchos en algunos casos y pocos en otros. También se menciona la capacidad de hablar con ellos y cómo estas amistades han cambiado con el tiempo. La palabra "antes" sugiere una comparación con el pasado en términos de relaciones sociales.

Cerrando esta dimensión, como se muestra en la Figura 21, el 95% de las palabras son positivas y el 5% son negativas; la mayoría de las palabras reflejan una valoración positiva de las relaciones sociales. Se enfatiza la importancia de tener amigos con quienes hablar y compartir experiencias.

Figura 21

Análisis de sentimientos de acuerdo con la dimensión de Relaciones personales



La dimensión cinco, de Percepción de control, como se muestra en la Figura 22, sobre todo en este contexto, refleja una variedad de respuestas sobre cómo se sienten al resolver diversas situaciones en la vida. Algunas expresan valentía y control sobre sus acciones, mientras que otras mencionan ciertas limitaciones, tanto físicas como emocionales. Se destacan también actitudes positivas hacia la vida y la resolución de problemas, así como la importancia de mantener la calma y aceptar las situaciones que no pueden cambiar. Se muestran las diez palabras con mayor frecuencia encontradas en este análisis. Ver Figura 23

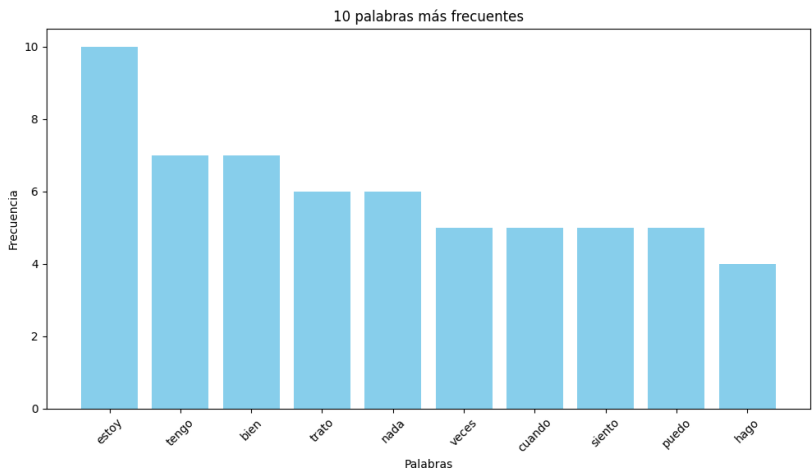
Figura 22

Nube de palabras. Dimensión 5: Percepción de control.



Figura 23

10 palabras más frecuentes sobre Percepción de control



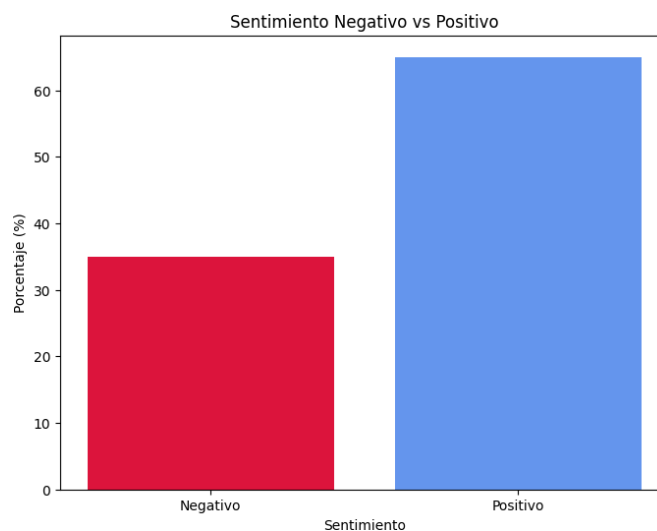
Las participantes expresan cómo se sienten al enfrentar diversas situaciones en sus vidas. Muchas mencionan sentirse "bien" o "bienestar" al resolver problemas, mientras que otras hablan sobre cómo "están" en ciertas circunstancias. Se destaca también el "trato" que aplican para abordar los desafíos, así como momentos en los que "nada" les afecta negativamente. Algunos mencionan sentirse a "veces" nerviosas o "cuando" se enfrentan a situaciones desafiantes, pero destacan que "pueden" hacer frente a ellas y tomar acciones para resolverlas. Por ejemplo, la *participante 3* menciona “estoy al cuidado de las

monjas...así que ni pienso en eso” o la *participante 5* “*En la calle es peligroso, acá si me siento bien*”. En esta dimensión el contexto donde se encuentran, el Hogar, es de suma importancia, ya que refieren a grandes rasgos la importancia de una permanecer a una Institución religiosa, donde la fortalece para enfrentar situaciones se enmarca en la espiritualidad y fe que cada una manifiesta.

Por último, en esta dimensión, como se muestra en la Figura 24, el 35% de las palabras fueron consideradas negativas y el 65% fueron consideradas positivas. Por lo que la percepción de control es más de la media. Las palabras más frecuentes en el texto fueron "estoy", "bien", "tengo", "trato", "nada", a "veces", "cuando", "siento", "puedo", y "hago".

Figura 24

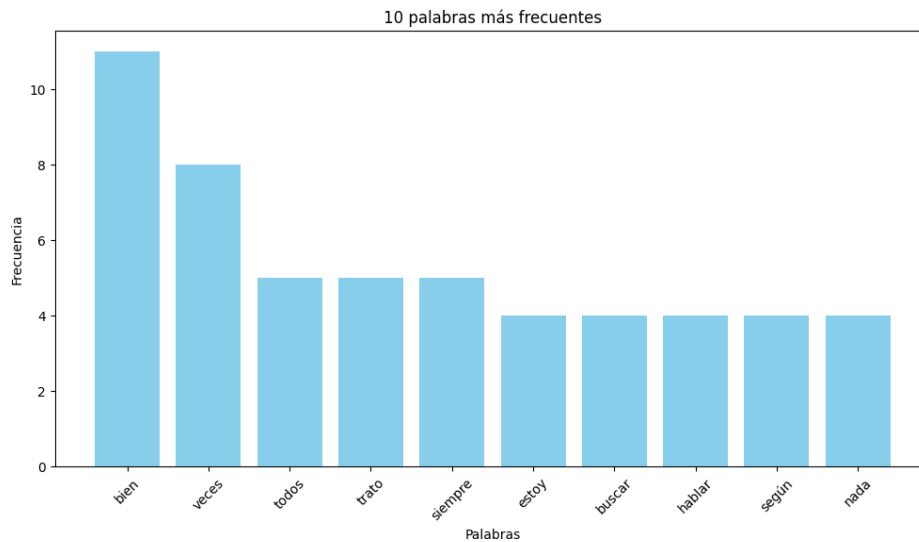
Análisis de sentimientos de acuerdo con la dimensión de Relaciones personales



En la última dimensión, denominada Autonomía, como se muestra en la Figura 25, se percibe una actitud positiva y abierta hacia la vida, mostrando confianza en sus opiniones

Figura 26

10 palabras más frecuentes sobre Autonomía.

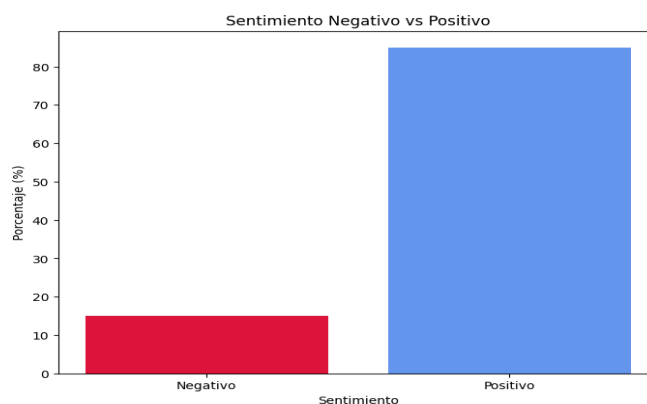


Entre las palabras de mayor frecuencia destacan “bien”, a “veces”, “trato”, destacando su capacidad para expresarse libremente y confiar en sus opiniones, aunque depende del trato con las demás personas, sobre todo por el contexto donde se encuentran.

Para finalizar, como se muestra en la Figura 27, las participantes reflejan principalmente una actitud positiva con un 85%, mientras que el 15 % representaría el aspecto negativo. Teniendo un porcentaje positivo alto en lo referente a la sensación positiva de Autonomía, pese a diferentes contextos y circunstancias, aunque sí es pertinente mencionar que algunas mencionan limitantes corporales, no tanto de las referidas a la expresión verbal libre.

Figura 27

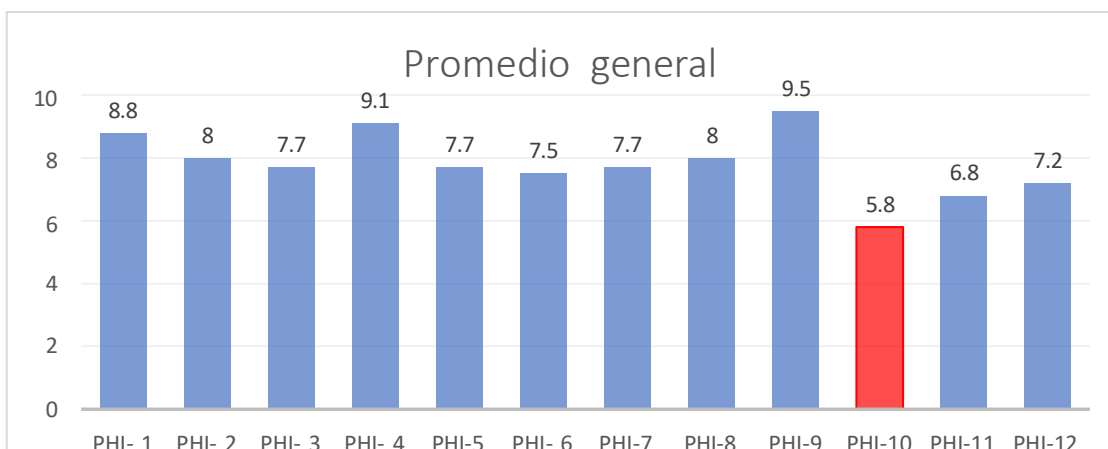
Análisis de sentimientos de acuerdo con la dimensión de Autonomía



En esta misma (dos), se aplicó por primera vez el PHI, durante el mes de enero; tomando en consideración la media de 5.5. Para ello se sumaron los puntos obtenidos en cada uno de los ítems (del 1 al 12) de acuerdo con las respuestas de las participantes y el número se dividió entre nueve. Estableciendo así, una comparación con la media de la escala y determinando los que se encuentran por arriba como algo positivo, en cuanto al bienestar, neutral coincidiendo o alrededor de la media, o bien por abajo como negativo o con menor bienestar. Ver Figura 28.

Figura 28

Promedio de los ítems de la escala PHI. Primera aplicación



Nota: La figura representa la gráfica obtenida al determinar la media de cada uno de los 12 indicadores del bienestar, recordado y experimentado. El color rojo, encierra la pregunta 10 que corresponde al afecto negativo.

De acuerdo con los resultados, los dos primeros ítems (1 y 2) tienen relación con el bienestar general que se tiene, ambos se encuentran por arriba de la media. Incluso el ítem 1 que se refiere a “*Me siento muy satisfecho/a con mi vida*” 8.8, es mayor al segundo que se refiere a tener la energía necesaria para cumplir las tareas cotidianas 8.

En cuanto a los ítems del 3 al 8 que se refieren al Bienestar eudaimónico, el 4, que está por arriba de la media, 9.1, se refiere a la autoaceptación e indica mayor bienestar, lo que expresaría que las participantes se sienten satisfechas con su forma de ser; en segundo lugar, se encuentra el ítem 8 que se refiere a la autonomía, por arriba de la media, con un 8. Lo que indicaría que las participantes “*Sienten que en lo importante pueden ser ellas mismas*”. Los ítems, 3, 5 y 7 relacionados con el sentido de vida, el crecimiento personal y la percepción de control se encuentran por arriba de la media y con el mismo puntaje, 7.7. Lo que indica un mayor bienestar y la percepción en similitud de la valía y utilidad de la vida,

que los aprendizajes y desafíos aún les hacen crecer y el sentirse capaces con resolver los problemas del día a día. Finalmente, el ítem 6, sobre relaciones sociales es el más bajito con una puntuación de 7.5, sin embargo, se encuentra por arriba de la media y tiene como connotación *“el sentirse unido a las personas que le rodean”*.

Para el bienestar hedónico referente a los ítems 9 y 10, el primero representa los afectos positivos, obteniendo una puntuación de 9.5 por arriba de la media, indicando que las participantes, *“Disfrutan cada día de muchas pequeñas cosas”*. Mientras que el segundo ítem obtuvo un 5.8, sólo 0.3 por arriba de la media, el cual se relaciona con que en *“el día a día tengo muchos ratos en los que me siento mal”*. En este sentido, aunque podría resultar un puntaje negativo, se considera que es equivalente al resultado obtenido y por tanto no se esperaba tuviera un valor alto.

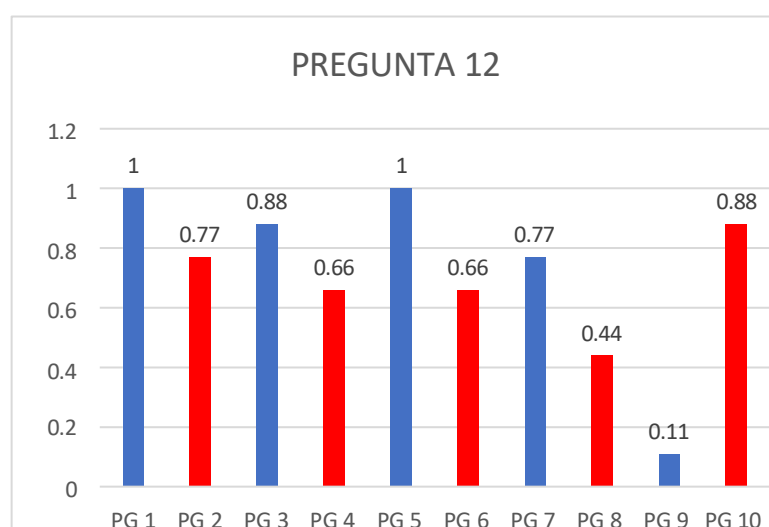
Para el ítem 11 referido al bienestar social, se obtuvo un 6.8, por arriba de la media, demostrando que las participantes consideran que viven en una sociedad que les permite desarrollarse plenamente, pero aún en ella se encuentran ciertas limitaciones.

Por otra parte, para el ítem 12, que refiere al bienestar experimentado, se obtuvo un 7.2, sin embargo, éste se encuentra por arriba de la media. Como se muestra en la Figura 29, de las 10 preguntas que contiene este ítem, la mayoría de puntaje alto corresponden con las experiencias positivas, sobre todo al sentirse satisfechas y haber realizado algo que disfrutaban, excepto el número 9, que se refiere a *“me permití un capricho”*. En este contexto esto podría

aludir a que las participantes se encuentran dentro de un contexto más limitante. En cuanto a las experiencias negativas la mayor de ellas se relaciona con “me sentí menospreciada por alguien”.

Figura 29

Promedio de los ítems de la escala PHI. Ítem 12. Primera aplicación



Nota: La figura representa la gráfica obtenida al determinar la media de cada uno de los 10 indicadores del bienestar experimentado (ítem 12), de las 9 participantes. En color azul se encuentran las experiencias positivas y en color rojo las experiencias negativas.

Si se realiza el contraste de la entrevista semiestructurada con lo obtenido al aplicar el PHI, se pueden observar similitudes tanto a nivel cuantitativo como cualitativo; por ejemplo, la mayoría de las participantes consideran sentirse satisfechas con su vida, además mencionan que el aprendizaje, desde pequeñas cosas como a nivel tecnológico u otros temas, es permanente. También conocen que hay situaciones que pueden resolver y otras que se encuentran fuera de su alcance. En cuanto a las relaciones sociales consideran que no se

encuentran tan unidas a las personas que les rodean, en algunos casos se sienten menospreciadas, tal como lo expresaron en las preguntas de la entrevista. Por último, aunque consideran que la sociedad les permite desarrollarse de manera plena, no se permiten “un capricho”. Esto, por ejemplo, alude al contexto, Hogar de ancianas, donde se encuentran.

Para finalizar esta fase, se preguntó sobre la representación social de la Danza Movimiento Terapia, sin embargo, ésta será explicada más adelante debido a los resultados obtenidos en las preguntas que complementaron esta investigación.

En la tercera fase, se llevó a cabo el taller de Danza Movimiento Terapia (DMT). Éste tuvo su inicio en el mes de febrero y terminó en el mes de mayo, aunque como se menciona en metodología, se tenían planeadas 16 sesiones, sin embargo, para fines de esta investigación sólo se tomaron 10 de ellas. Debido a que, entre otras causas las seis restantes no se realizaron por coincidir con días feriados, semana Santa y actividades planeadas y específicas del Hogar. En cuanto a la asistencia de las participantes de este estudio al taller la que tuvo sólo cinco asistencias fue la *participante 8*, mientras que la que permaneció en todas fue la *participante 5*. En promedio se tuvieron 7 sesiones y la moda de asistencia fue de 8.

Entre lo observado mediante un registro narrativo realizado de manera personal, del taller de DMT, durante las 10 sesiones, así como la grabación de cada una de ellas. Se destaca la participación voluntaria de las participantes, así como la presencia en todas las sesiones de

la religiosa que se encargaba de acompañarlas durante algunas actividades del hogar; importante fue también el acompañamiento que realizaba la danza movimiento terapeuta y que en ocasiones se invitaba a algunas jóvenes, estudiantes de la formación en DMT, a participar en la sesión. El desarrollo de las sesiones generalmente incluía al principio, el contestar el ¿cómo se encuentran? ya fuera mediante la palabra o el movimiento, un realizar un escaneo corporal, revisar el espacio personal y el espacio compartido, abordar el tema de la sesión que en ocasiones era el emergente, y cierre de la sesión. También de manera alternada entre lapsos de movimiento (con música), se abría espacio para compartir desde la palabra o bien, se hacía al final de la sesión.

Las sesiones se realizaron en su mayoría en el subsuelo del Hogar, sin embargo, en dos ocasiones fueron en el living. Las participantes permanecían en círculo durante toda la sesión, con la posibilidad de utilizar sillas para permanecer sentadas o de pie cuando así lo necesitasen.

Las temáticas que se fueron abordando posibilitaban el movimiento y algunas resultaban del emergente que en ese momento surgía, se abordó el espacio, el sentir del día, el malestar, la convivencia, recuerdos, la voz, el sentir soledad o compañía y la juventud, entre otros.

En cuanto a elementos que indirectamente se trabajaron en cada sesión fueron las metáforas (“ el patear el enojo”, “somos como princesas”, “pintar el aire”, “las montañas

bailan”), el acto creativo (“expresar cada una lo que siente con el movimiento”), el entonamiento y la ritmicidad, la empatía kinestésica, el espejar, la imaginación activa, (“el árbol de cerezos”, “me sentí en el mar”, “recordé mi niñez”, “el jardín lleno de flores y la mariposa de colores”), opuestos (enojo-alegría); el uso de la voz y el “toque” del propio cuerpo o del otro.

Se iniciaba desde donde se encontraba cada una de las participantes, existiendo la empatía kinestésica, sin necesidad de expresar con muchas palabras su emoción o sentir y durante la sesión aparecía el espejamiento, el eco, el diálogo a través de la mirada; un pestañear, el mover el cuerpo (manos, brazos, cadera, cintura, piernas, pies). En cuanto a la puesta en marcha de los *Effort-Shape*, como factores del movimiento (Laban), se presentaron la exploración del espacio, observando diversas direcciones: derecha, izquierda, arriba y abajo, adelante y atrás y a su vez; algunos impulsos como el palpar, empujar, golpear, sacudir o retorcer. Se pueden apreciar algunas fotografías del taller como evidencia de esto. Ver Anexo H.

En cada sesión se originaba una danza individual y una danza colectiva, en la que surgían las emociones y sentimientos, los recuerdos, aprendizajes y agradecimientos. Por ejemplo, algunas de las frases expresadas por las participantes durante las sesiones fueron: *siento paz, tranquilidad, recordé como las golondrinas van en grupo, me sentí en un manantial de agua con piedras de colores, buena parte de mi vida fue rosa, luego aparecieron los grises, cada vez sentía más inútil mis manos, gracias por enseñarme a agradecerles, yo siento alivio, a veces estamos solas, me gusta también compartir; entre otras* (retomado de las grabaciones de las sesiones).

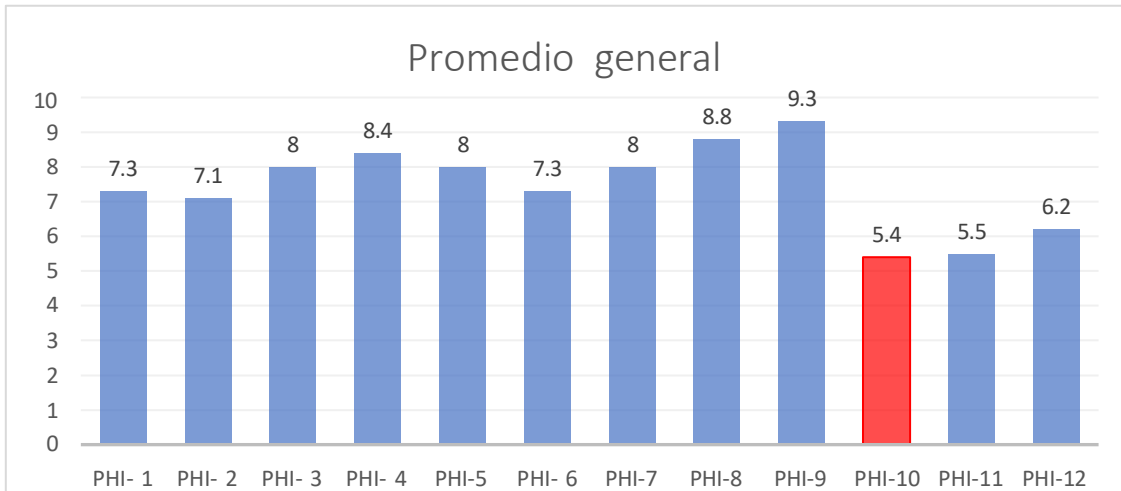
La música fue un factor que, si no es determinante contribuye a las sesiones, en algunas de ellas se realizaron técnicas de percusión corporal o de voz al soltar un gran “a, e, i...”, e incluso al completar “dichos populares”: *al mal tiempo*...sin necesidad de acompañar con música. Sin embargo, entre las melodías que destacaron fueron el uso de vals (el Danubio azul), música instrumental (de instrumentos de cuerda) , afrobeat (Afrikaan beat), bozza nova (La vida en Rosa), música folclórica (Argentina, Mexicana y Francesa).

Por último, la importancia durante el taller de un guía, el danza movimiento terapeuta, es sumamente relevante para realizar y contribuir al cambio de los patrones de movimiento; su presencia y acompañamiento permitió realizar las sesiones en un clima de respeto, confianza y seguridad y sobre todo, “iniciar desde donde se encontraba la participante, sin forzar a realizar la actividad”

En la fase cuatro, se aplicó nuevamente el PHI, la diferencia fue de cinco meses después, esta aplicación se realizó en el mes de junio, posterior al taller de DMT, nuevamente con la media de 5.5 y bajo el mismo procedimiento del anterior. obteniendo lo siguiente. Ver Figura 30.

Figura 30

Promedio de los ítems de la escala PHI. Segunda aplicación.



Nota: La figura representa la gráfica obtenida al determinar la media de cada uno de los 12 indicadores del bienestar, recordado y experimentado. El color rojo, encierra la pregunta 10 que corresponde al afecto negativo.

De acuerdo con los resultados, los dos primeros ítems (1 y 2) tienen relación con el bienestar general que se tiene, ambos se encuentran por arriba de la media. El ítem 1 que se refiere a “*Me siento muy satisfecho/a con mi vida*” 7.3, continúa mayor por 0.2 al segundo que se refiere a tener la energía necesaria para cumplir las tareas cotidianas 7.1.

En cuanto a los ítems del 3 al 8 que se refieren al Bienestar eudaimónico, el 8 que se refiere a autonomía, se encuentra por arriba de la media, con un 8.8, indicando que las participantes siguen “*sintiendo que en lo importante pueden ser ellas mismas*”, mientras que el ítem 4, también por arriba de la media, 8.4, se refiere a la autoaceptación e indica una satisfacción con su forma de ser; en segundo lugar, se encuentra el ítem 8 que se refiere a la

autonomía, por arriba de la media, con un 8.8. *Los ítems, 3, 5 y 7 relacionados con el sentido de vida, el crecimiento personal y la percepción de control* se encuentran por arriba de la media y con el mismo puntaje, 8. Lo que indica un mayor bienestar y la percepción en similitud de la valía y utilidad de la vida, que los aprendizajes y desafíos aún les hacen crecer y el sentirse capaces con resolver los problemas del día a día. Finalmente, el ítem 6, sobre relaciones sociales es el más bajito con una puntuación de 7.3, con 0.2 menos de la primera medición, sin embargo, se encuentra por arriba de la media y tiene como connotación “*el sentirse unido a las personas que le rodean*”.

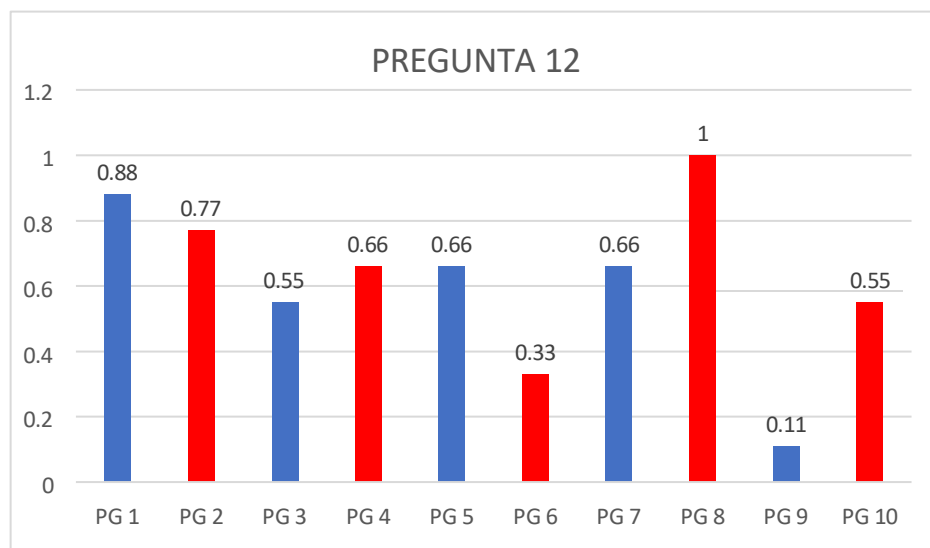
Para el bienestar hedónico referente a los ítems 9 y 10, el primero representa los afectos positivos, obteniendo una puntuación de 9.3 por arriba de la media, con sólo 0.2 por debajo de la primera medición, indicando que las participantes, “Disfrutan cada día de muchas pequeñas cosas”. Mientras que el segundo ítem obtuvo un 5.4, sólo 0.1 por arriba de la media, el cual se relaciona con la frase “*en el día a día tengo muchos ratos en los que me siento mal*”. En este sentido, aunque podría resultar un puntaje negativo, se considera casi neutral, casi en la media.

Para el ítem 11 referido al bienestar social, se obtuvo un 5.5, sobre la media demostrando que las participantes consideran que viven en una sociedad que les permite desarrollarse plenamente, pero aún en ella se encuentran ciertas limitaciones. Este tuvo una disminución significativa en comparación con el primer PHI, de 1.3 de diferencia.

Por otra parte, para el ítem 12, que refiere al bienestar experimentado, se obtuvo un 6.2, sin embargo, éste se encuentra por arriba de la media. Aunque su disminución fue de 1.0 Como se muestra en la Figura 31, de las 10 preguntas que contiene este ítem, en esta segunda aplicación, hubo una variabilidad, encontrándose las experiencias negativas con mayor puntaje, sobre todo la número 8, correspondiente a *“pasaron cosas que me enfadaron mucho”*, y la número 2, que dice *“en algunos momentos me sentí desbordado”* de forma positiva la número 1 destaca cuando se menciona sobre *“me sentí satisfecha por algo que hice”*, mientras que se observa un mismo valor en la número 5 y 7 así como en la negativa 4, opuestas éstas dos últimas, al mencionar que *“aprendieron algo nuevo y se aburrieron durante bastante tiempo”*. En el mismo tenor se perciben las opuestas con el mismo valor en la número 3 y 10. *“pasé un momento divertido con alguien”* y *“me sentí menospreciada por alguien”*. La número 6, también tiene un valor bajo. Finalmente, la número 9, que se refiere a *“me permití un capricho”* permaneció igual que la primera aplicación.

Figura 31

Promedio de los ítems de la escala PHI. Ítem 12. Segunda aplicación



Nota: La figura representa la gráfica obtenida al determinar la media de cada uno de los 10 indicadores del bienestar experimentado (ítem 12), de las 9 participantes. En color azul se encuentran las experiencias positivas y en color rojo las experiencias negativas.

Si se realiza el contraste entre la primera aplicación y la segunda del PHI, como se muestra en la Figura 32, se obtiene de manera general que, para el bienestar general (ítem 1 y 2), éste tuvo un menor valor en la segunda aplicación, sin embargo, por arriba de la media. Para el bienestar eudaimónico, los ítems correspondientes al Sentido de vida (3), Crecimiento personal (5) y Percepción de Control (7), tuvieron la misma puntuación en las diferentes aplicaciones y además en la segunda se incrementó su valor de 7.7 a 8 por arriba de la media. Al mismo tiempo el ítem Autonomía (8) aumentó de 8 a 8.8 sobre la media. Mientras que los ítems Autoaceptación (2) y Relación social (6) disminuyeron en la segunda aplicación.

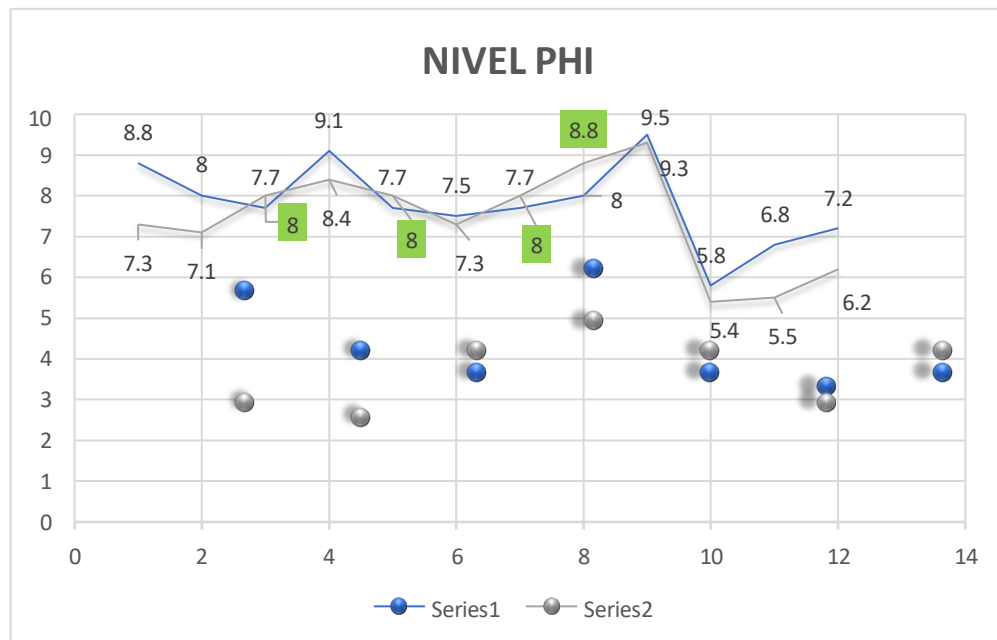
Para el bienestar hedónico, tanto el afecto positivo como el negativo disminuyeron y lo mismo ocurrió con el bienestar social y el ítem 12 relacionado con la experiencia del bienestar.

Lo anterior puede relacionarse de cierta manera con la participación en el taller de DMT, sobre todo en el incremento de las áreas del bienestar psicológico que aumentaron, ya que en el transcurso del taller las participantes viven una experiencia corpórea que evoca recuerdos y también implica el reconocimiento (nuevamente) de su cuerpo, la percepción de aquellas partes “no utilizadas”, “nuevos movimientos”, “formas diversas y calidades diferentes del movimiento experimentadas” lo que conlleva a una identificación de un control del cuerpo diferente y de una autonomía revalorada. Al mismo tiempo que este espacio de participación puede considerarse para el crecimiento personal. Por otro lado la disminución del bienestar general,

hedónico, social y el bienestar recordado, por diversas causas fue afectado por pérdidas de compañeras dentro del hogar y algunas situaciones de enfermedad que surgieron en las propias participantes.

Figura 32

PHI comparación entre la primera y segunda aplicación

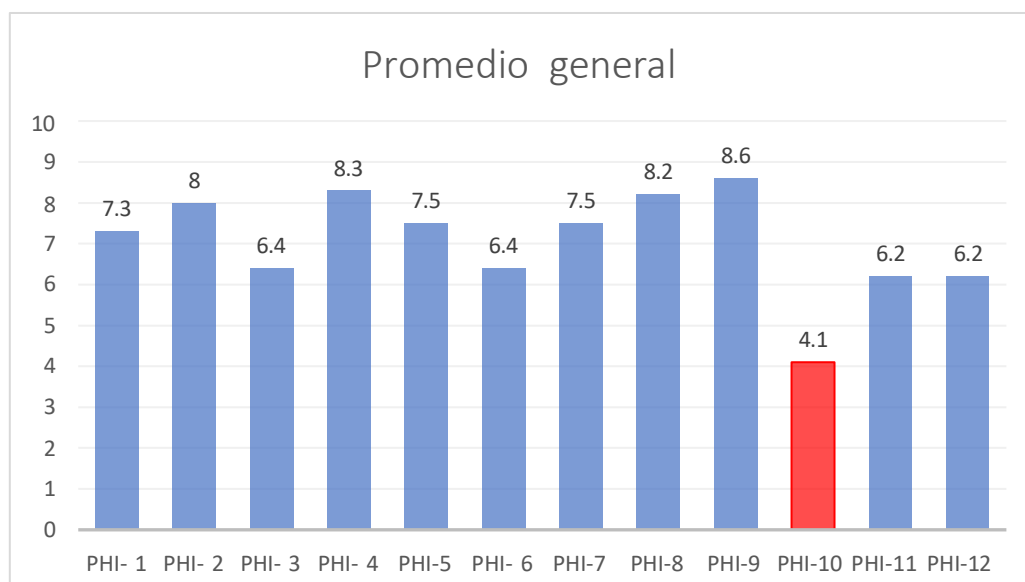


Nota: La figura representa el contraste entre los valores del PHI obtenidos de la primera aplicación (color azul) y la segunda (color gris). Además, en color verde se pueden apreciar aquellos valores que se incrementaron.

En la última fase, la cinco, se aplicó nuevamente el PHI, la diferencia fue de cinco meses después, para los meses de octubre-noviembre, posterior al taller de DMT, es relevante mencionar que algunas de las participantes continuaron realizando el taller durante estos meses; nuevamente se tomó en cuenta la media de 5.5 y bajo el mismo procedimiento de análisis, obteniendo lo siguiente. Ver Figura 33.

Figura 33

Promedio de los ítems de la escala PHI. Tercera aplicación



Nota: La figura representa la gráfica obtenida al determinar la media de cada uno de los 12 indicadores del bienestar, recordado y experimentado. El color rojo, encierra la pregunta 10 que corresponde al afecto negativo. Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con los resultados, los dos primeros ítems (1 y 2) tienen relación con el bienestar general que se tiene, ambos se encuentran por arriba de la media. El ítem 1 que se refiere a “*Me siento muy satisfecho/a con mi vida*” 7.3 se conservó tal como en la segunda aplicación del PHI, sin embargo, disminuyó en contraste con la primera. En el caso del ítem 2, referente a la “*energía necesaria para cumplir las tareas cotidianas*”, de la segunda a la tercera medición aumentó de 7.1 a 8; y en comparación con el primer PHI éste se mantuvo en 8. En conclusión, en cuanto al bienestar general, se puede encontrar que las participantes se encuentran con un buen grado de satisfacción con la vida, y aunque la energía puede disminuir a lo largo del tiempo, generalmente se mantienen con vitalidad en la realización de tareas.

En cuanto a los ítems del 3 al 8 que se refieren al Bienestar eudaimónico, en esta tercera aplicación, destacan los ítems 4 y 8 pertenecientes a Autoaceptación y Autonomía como símiles en los resultados con 8.2 y 8.3. Los ítems 5 y 7 de Crecimiento personal y Percepción de Control, con 7.5 ambos y los ítems 3 y 6 de Sentido de vida y Relaciones sociales, con 6.4 para los dos. Lo que indicaría que las participantes, siguen manifestando sentirse satisfechas consigo mismas y se consideran importantes al ser ellas, sin embargo, en comparación con la segunda medición se disminuyeron los puntajes obtenidos. Sin embargo, en lo referido al contraste con el primer PHI el ítem 8 de Autonomía se incrementó un 0.2. También se presenta una constante en la oportunidad de aprender y tener desafíos día a día, así como el hecho de sentirse capaces de resolver la mayoría de los problemas que se les enfrenten, en ambos se obtuvo un 7.5 de valoración, pero en contraste con el PHI de la primera aplicación disminuyó sólo en un 0.2, encontrándose aún por arriba de la media.

Finalmente, en cuanto al sentirse con una vida útil y valiosa y unidas a las personas que les rodean se encontró una disminución del valor obtenido, y al evaluarlo con la primera aplicación estos también disminuyeron, lo que indica que probablemente factores como el paso del tiempo y la permanencia en la institución, el Hogar, así como pérdidas de compañeras y la pérdida de la salud pudiera incidir en estos resultados.

Para el bienestar hedónico referente a los ítems 9 y 10, el primero representa los afectos positivos, obteniendo una puntuación de 8.6 por arriba de la media, indicando que las participantes, “Disfrutan cada día de muchas pequeñas cosas”, pero en comparación con la

primera y segunda aplicación del PHI, en ambos se disminuyó el resultado. Mientras que el segundo ítem obtuvo un 4.1, en esta ocasión por debajo de la media 5.5 refiriéndose a que los afectos negativos disminuyeron durante el transcurso del tiempo.

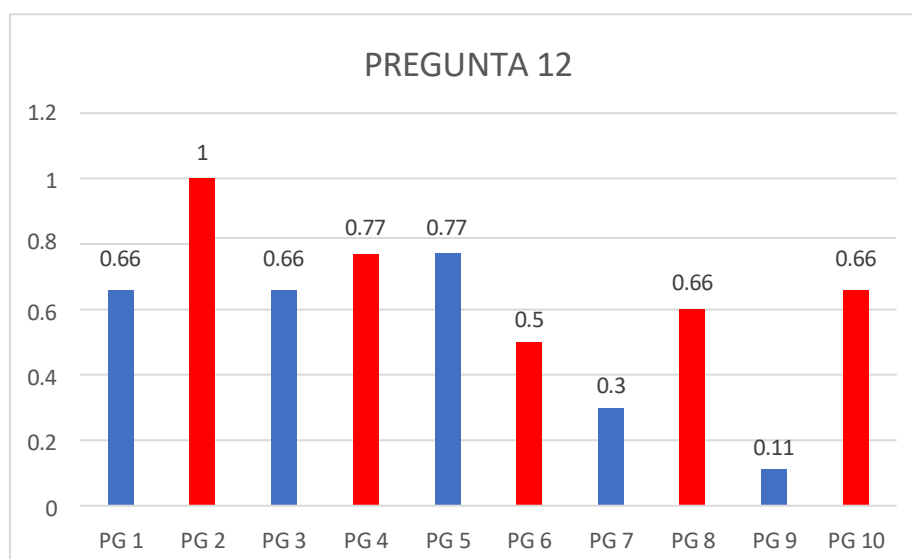
Para el ítem 11 referido al bienestar social, se obtuvo un 6.2 por arriba de la media, demostrando que las participantes consideran que viven en una sociedad que les permite desarrollarse plenamente, incrementando su valor de 5.5 a 6.2, diferencia de la aplicación del segundo PHI, pero a su vez, se disminuyó al comparar con el primer PHI.

Para el ítem 12, que refiere al bienestar experimentado, se obtuvo un 6.2, sin embargo, éste se encuentra por arriba de la media, aunque en menor valor. como se muestra en la Figura 34, de las 10 preguntas que contiene este ítem, la pregunta con mayor respuesta negativa es la número 2, referente al *“en algunos momentos me sentí desbordado”*.

La pregunta 4 y 5 obtuvieron el mismo valor y como en la segunda aplicación corresponde al sentirse aburrido bastante tiempo o bien hacer algo que realmente se disfruta, las preguntas 1, 3, 8 y 10 coincidieron en la puntuación y se refieren a sentirse satisfechas y tener ratos divertidos o bien a tener enfado por cosas que pasaron y el menosprecio por alguien. Finalmente se encuentran la pregunta 6, 7 y 9; las primeras dos al representar preocupación y al mismo tiempo un poco de aprendizaje y la última al *“me permití un capricho”*. En comparación con la aplicación este contexto esto podría aludir a que las participantes se encuentran dentro de un contexto más limitante. En cuanto a las experiencias negativas la mayor de ellas se relaciona con *“me sentí menospreciada por alguien”*. Este análisis indica que se obtuvieron más experiencias negativas que positivas y a diferencia del PHI de la primera aplicación también se presentó una disminución del resultado, aunque por arriba de la media.

Figura 34

Promedio de los ítems de la escala PHI. Ítem 12. Tercera aplicación



Nota: La figura representa la gráfica obtenida al determinar la media de cada uno de los 10 indicadores del bienestar experimentado (ítem 12), de las 9 participantes. En color azul se encuentran las experiencias positivas y en color rojo las experiencias negativas.

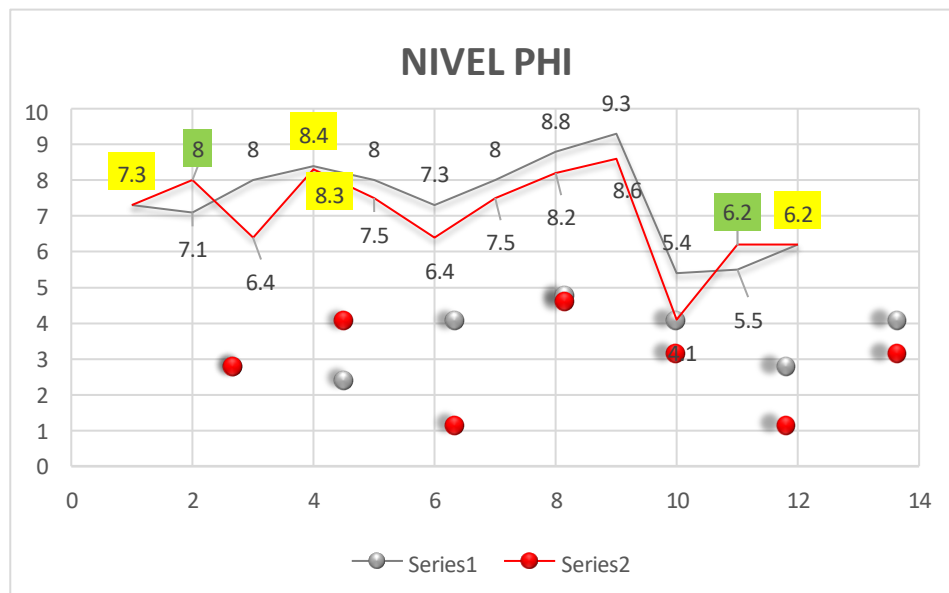
Si se realiza el contraste entre la primera aplicación y la segunda del PHI, como se muestra en la Figura 35, se obtiene de manera general que, para el bienestar general (ítem 1 y 2), éste tuvo un valor constante en la segunda aplicación, sin embargo, por arriba de la media, en lo referente a la satisfacción con la vida, pero en cuanto a la energía necesaria ésta aumentó.

Para el bienestar eudaimónico, cinco de los seis ítems disminuyeron en el resultado obtenido, excepto el de Autoaceptación, que casi permaneció de manera constante con sólo 0.1 menos en la puntuación.

Para el bienestar hedónico, tanto el afecto positivo como el negativo disminuyeron y más el ítem 10 que se encontró por debajo de la media con 4.1; en cuanto al bienestar social éste aumentó de 5.5 a 6.2 y el ítem 12 relacionado con la experiencia del bienestar también permaneció constante.

Figura 35

PHI comparación entre la segunda y tercera aplicación

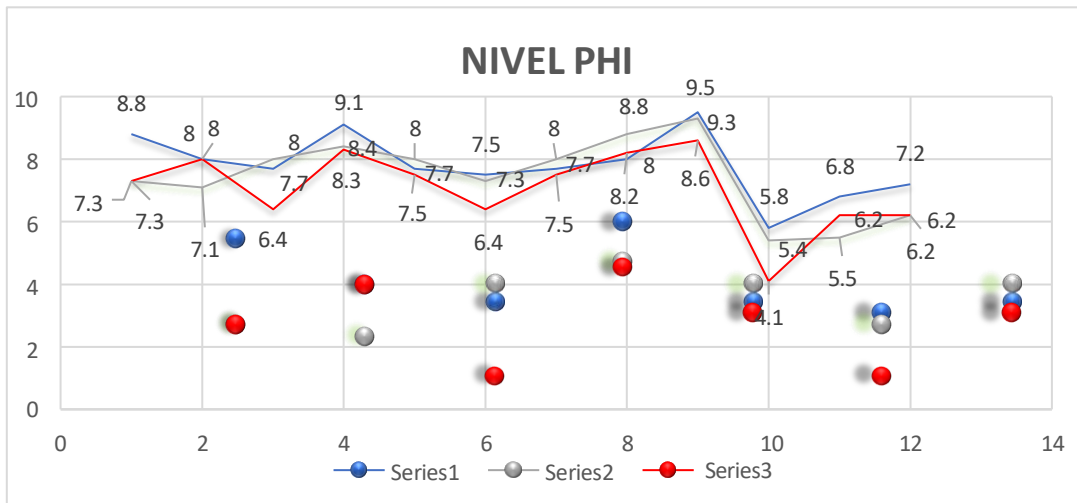


Nota: La figura representa el contraste entre los valores del PHI obtenidos de la segunda aplicación (color gris) y la tercera (color rojo). Además, en color amarillo se aprecian los valores que permanecieron constantes, y en verde aquellos que se incrementaron, los demás disminuyeron. Fuente: Elaboración propia.

Para dar cierre al análisis del PHI, como se muestra en la Figura 36 se pueden comparar los resultados de cada momento de aplicación.

Figura 36

PHI comparación entre la primera, segunda y tercera aplicación



Nota: La figura representa el contraste entre los valores del PHI obtenidos de la primera aplicación (color azul), la segunda aplicación (color gris) y la tercera (color rojo). Además, en color amarillo se aprecian los valores que permanecieron constantes, y en verde aquellos que se incrementaron.

De manera general, si se realiza un análisis de los resultados comparativos entre los tres momentos de aplicación del PHI, se determina que, para el primer constructo que es bienestar general, la satisfacción con la vida disminuyó y posteriormente permaneció constante, con una puntuación de 7.3 por arriba de la media. En cuanto a el ítem 2, el sentirse con vitalidad, inició en 8, posterior disminuyó y al final volvió al valor inicial. Lo anterior nos indica en términos generales que en promedio la satisfacción con la vida obtiene un valor de 7.5 de acuerdo a las tres mediciones, mientras que la vitalidad un valor de 7.7. Obteniendo ambos un 7.6 a nivel general y por arriba de la media (0.5). Reflejando así un nivel positivo de bienestar general.

En cuanto al constructo de bienestar hedónico, el ítem 3 sobre sentido de vida, en la segunda aplicación se incrementó, posteriormente disminuyó quedando en un 6.4 final, por arriba de la media. En cuanto al ítem 4, autoaceptación en la primera medición tuvo 9.1, mientras que en la segunda y tercera, disminuyó a 8.4 y 8.3 la diferencia fue de 0.1. En el ítem 5 de crecimiento personal y el 7 de percepción de control obtuvieron los mismos resultados, iniciando en 7.7, aumentando a 8 y después disminuyó incluso por debajo del primer resultado en 7.5. En el ítem 6 sobre relaciones sociales inició en 7.5, disminuyó en la

segunda medición y en la tercera, llegando a un 6.4. El ítem 8 de autonomía, comenzó en 8, aumentó y disminuyó en la tercera medición a 8.2. Si se suman los promedios de las 3 mediciones y se saca la media de éstas, la puntuación final quedaría en un 7.7 de valor por arriba de la media (0.5). Reflejado también un nivel positivo de bienestar eudaimónico.

En cuanto al bienestar hedónico los afectos positivos, en el ítem 9, en un inicio se encontraba en 9.5, posteriormente fue disminuyendo hasta un 8.6. Sin embargo, aún se encuentra por arriba de la media. En los afectos negativos, se percibe cómo éste inició con un 5.8 por arriba de la media con sólo 0.3 de diferencia, y en las siguientes mediciones fue disminuyendo a estar por debajo con una puntuación de 4.1; al ser un afecto contrario a lo esperado, era natural que su puntuación fuera menor a la del ítem 9. Por tanto, en cuanto a éste constructo hay una correspondencia entre el disfrutar cada día de muchas pequeñas cosas y una disminución en tanto al sentir “ratos” en los que las participantes se sentían mal.

Para el bienestar social, éste inició en un 6.8, posteriormente 5.5 y terminó aumentando nuevamente a 6.2, dando un promedio de 6.1 por arriba de la media, reflejando un nivel positivo, aunque menor.

Finalmente, en tanto a la experiencia del bienestar a disminuyó y posteriormente permaneció constante, con una puntuación de 6.2 por arriba de la media. Reflejando un nivel positivo en comparación con la media, aunque menor a la primera vez.

En lo referente a la pregunta que se realizó de manera complementaria referente a la Representación Social de la DMT, realizada en la fase 2, 4 y 5 (Ver Anexo G). Se encontró que, de acuerdo con la nube de palabras y el análisis del texto, en la fase 2 las palabras que más sobresalen son: alegría, recuerdos, gusta, movimiento, mucho y cosa. En este sentido,

cabe mencionar que anteriormente sólo algunas de las participantes habían tenido experiencias previas, con lo que se infiere que ya había una cierta idea sobre el significado de la DMT. Las palabras “mucho” refiere a un adjetivo de cantidad en el que las participantes engloban o tratan de mencionar todos lo positivo que aporta para ellas la participante 3 mencionó “*significa mucho que es muy necesario para una persona*”, en cuanto a la palabra “cosa” por ejemplo mientras que para la participante 6 es “*una cosa muy beneficiosa para mi salud física y mental*” para la participante 4 “*es un baile o una cosa así, nose, no tengo idea*” en ambos sentidos aunque uno positivo y otro negativo, las participantes no ubican la DMT como una terapia creativa.

También, las respuestas reflejan una conexión con la DMT, asociándola con alegría, satisfacción, compañerismo y respeto, describiéndola “como un canto de alegría y amor a la vida” (*participante 6*), “expresa con el cuerpo bailando” (*participante 2*) o bien, “una expresión de sentimientos, del mundo que uno vive” (*participante 8*), en contraparte la *participante 7* mencionó “yo no soy de expresarme, hay músicas que escucho que me hacen llorar por dentro, sobre todo en mi último tiempo con mi marido con Alzheimer”, refiriéndose a la música como elemento dentro de las sesiones, lo que denota que a través de la DMT, se genera una liberación de emociones incluso de aquellas relacionadas con momentos difíciles en la vida. Mostrando una afectividad inclinada hacia lo positivo de un 85% a diferencia de un 15% en lo negativo.

En la segunda nube, representando la fase 4; después de llevar a cabo la aplicación del Taller de Danza Movimiento Terapia, las palabras más sobresalientes fueron: cuerpo, movimiento, bien, cosa, música, y se acompañaron de gusto y alegría, entre otras. En ésta

por ejemplo “uno se relaja orgánicamente y mentalmente; cuerpo y mente” (*participante 1*), “que a pesar de mis 86 años todavía el cuerpo me responde para poder bailar un poco mover” (*participante 6*), “el movimiento del cuerpo, las piernas, el movimiento de todo, que la música me transporta a cosas alegres” (*participante 9*), “ahí va a recuperar sus fuerzas, todo lo que tienen como mujer o como hombre, porque es bueno para los hombres también que ya están viejitos” (*participante 3*) se denota que el cuerpo dentro de las sesiones cobró importancia y contribuyó a una satisfacción y alegría, a un bienestar. Sin embargo en contraparte se encontraron frases como “Nosé, yo no le veo ningún resultado para mi” (*participante 8*), prefiriendo la realización de otras actividades y en algún momento de la clase “recordé cosas muy feas” (*Participante 6*) o “hay veces que no iría porque me entristece enormemente estar, yo diría que no me movería porque me remueve muchas cosas, me traslada en una vida muy larga de más de 90 años” (*Participante 7*). Mostrando una afectividad inclinada hacia lo positivo de un 95% a diferencia de un 5% en lo negativo a pesar de tener experiencia dolorosa en las sesiones.

Por último, en la tercera nube, representando la fase 5; después de llevar a cabo la aplicación del Taller de Danza Movimiento Terapia, y pasando unos meses, en los que algunas de las participantes dejaron de asistir porque se realizaron otros talleres en el Hogar, las palabras más sobresalientes fueron: movimiento, alegría, recuerdos, danzaterapia. Algunas de las frases mencionadas fueron: “que vos hacés, en los ademanes queriendo decir en palabras, pero se lo decís con los gestos y que tu compañera con que vos estés adelante te entienda y te responda, es como comunicarte con la otra persona” (*participante 1*), “algo que nos toca el alma y que yo quiero mucho a la profesora, hoy pusimos música mexicana,

estuvimos muy contentos hoy” (*participante 3*), “movimiento y alegría, con terapia, mucha alegría” (*participante 5*) y “una expresión de sentimientos de mucha gente” (*participante 7*). A lo anterior, se suman además, elemento música, y la persona responsable del taller, la danza movimiento terapeuta que guía las sesiones como elementos importantes para el desempeño de éstas. Mostrando una afectividad inclinada hacia lo positivo de un 100%.

En esta misma fase, al final de la investigación se realizó la pregunta 4 ¿Aprendiste en el taller de DMT?, ante ésta, entre las respuestas, las participantes destacan que han aprendido a través de la Danza Movimiento Terapia (DMT) a expresarse corporalmente y a comunicarse con los demás de una manera no verbal. También mencionan que la DMT les ha ayudado a quererse a sí mismas y a demostrar afecto a los demás a través de los movimientos. Además, mencionan que la DMT les ha enseñado a desarrollar su cuerpo, a despejar su mente. Algunas participantes mencionan que la DMT les ha permitido sentirse más llenas, plenas y capaces, y les ha ayudado a recordar y expresar sentimientos que tenían guardados. Sin embargo, también hay quienes expresan que no sienten que han aprendido nada con la DMT o que simplemente las ha llevado a otro estado emocional o mental, a veces no agradable. Ver Anexo I.

De acuerdo al análisis realizado, predominan las respuestas positivas en un 90%, expresan que la DMT les brinda alegría, relajación, movimiento, comunicación, y les ayuda a sentirse bien física y mentalmente. Mencionan que les ha permitido recuperar fuerzas, mover el cuerpo de manera más libre, sentirse jóvenes y capaces, y desarrollar una

comunicación no verbal con sus compañeras. También destacan la importancia de la música, la sensación de plenitud y la capacidad de expresar sentimientos que antes no compartían. Sin embargo, también se mencionan algunas experiencias negativas en un 10% como la tristeza que puede surgir al recordar ciertas situaciones durante las sesiones.

CONCLUSIONES

La presente investigación se llevó a cabo en un Hogar de ancianas de la Ciudad Capital de Buenos Aires, Argentina, en el año 2015. La muestra seleccionada consistió en la participación voluntaria de 9 mujeres adultas mayores (personas mayores) con edades de los 71 a los 92 años de edad.

Se aplicó una entrevista semiestructurada, se realizó la aplicación de una escala para medir el Bienestar (general, eudaimónico, hedónico, social y la experiencia del bienestar), además de manera complementaria se preguntó sobre la representación de las palabras Danza Movimiento Terapia (como un constructo completo), a continuación, después de la aplicación y el análisis de resultados obtenidos se presentan las conclusiones:

El Bienestar psicológico que presentaron las participantes del estudio mostró en las tres aplicaciones del PHI, un promedio con un valor de 7.7 por arriba de la media (5.5) comprobando una satisfacción positiva con la vida. De manera general, tomando en cuenta todos los constructos del bienestar, excepto el referente al aspecto negativo se obtuvo una puntuación de 7.64. Con los datos obtenidos y de acuerdo con la literatura a pesar de existen tanto situaciones positivas como negativas a lo largo de la vida, la satisfacción permanece constante y responde un tanto a las características de personalidad y temperamentales de las personas.

Al realizar el contraste y comparación entre la aplicación del *Pemberton Happiness Index* (PHI) y la entrevista semiestructurada, principalmente en lo referente al Bienestar Psicológico:

De acuerdo con la entrevista semiestructurada, en la dimensión de Sentido de vida las participantes, consideran que su vida es útil y valiosa, se encuentran satisfechas con lo realizado y los logros obtenidos a lo largo del tiempo, aunque sólo algunas quisieran cambiar algunas cosas o haber tomado otras decisiones, sin embargo, es la minoría. A su vez con base en el PHI, se encontró similitud en los resultados, aumentando después del taller de DMT, pero disminuyendo en la tercera aplicación.

En la dimensión de Autoaceptación, se percibe una satisfacción general optimista, hacia aspectos positivos de la vida y la personalidad, aunque también se presentan algunos aspectos negativos sobre todo en haber querido tener otro tipo de temperamento, pero al final terminan aceptando con lo que vivieron, también quisieran en esta etapa de la vida y de acuerdo al contexto donde se encuentran, sentir menos preocupación y la posibilidad de comunicarse con el otro. En cuanto al PHI, el resultado disminuyó en cada una de las aplicaciones, sin embargo, sigue reflejando una satisfacción positiva sobre este tema.

En cuanto a la dimensión de Crecimiento personal y la de Percepción de control, existe una relación, ya que, en la primera, las participantes consideran que todos los días se aprende algo y en esta etapa de la vida, esos aprendizajes incluso son de las minúsculas cosas

que se perciben en el espacio, por ejemplo: un gesto, una palabra, el color de las flores. Esto marca una gran diferencia a como de manera cotidiana y social se percibe a la persona mayor como alguien que ya no tiene qué aprender, con un sentido peyorativo de estancamiento e inutilidad. A su vez, en la dimensión de Percepción de control, las participantes refieren tener la capacidad de resolver problemas de diversa índole, consideran que también en el contexto donde se encuentran es tranquilo y diferente al afuera, a la calle; lo que les proporciona seguridad y que su fe continúe. Algunas mencionaron que el control de su cuerpo ha ido disminuyendo, su energía y su situación emocional, a veces también aparece el nerviosismo ante situaciones específicas. En estas el PHI siguió la misma trayectoria en su medición, inició en 7.7, aumentó después del taller de DMT en 8 y finalmente disminuyó a 7.5, sin embargo, aún mostrando una satisfacción positiva.

En la dimensión cuatro de Relaciones sociales, las participantes muestran una satisfacción buena, sin embargo, menor a lo demostrado con las otras dimensiones, esto debido a que en esta etapa existen mayores pérdidas y al encontrarse en un contexto específico éste se reduce a la vida que llevaban anteriormente lo que minimiza las amistades, quienes la mayoría de las veces dan soporte emocional, pero se posibilita en el contexto presente el surgimiento de nueva compañía. En el PHI, es notoria la disminución del valor hacia la tercera aplicación, sin embargo, aún por arriba de la media.

En cuanto a la dimensión seis de Autonomía, las participantes se encuentran con una satisfacción aceptable y consideran que son capaces de expresarse libremente, aunque a veces

en el contexto donde están surgen malos entendidos o las pequeñas discrepancias que afectan la convivencia, también el cuerpo en ocasiones se vuelve un aspecto negativo en la parte de autonomía, más cuando aparece una enfermedad.

Es importante mencionar que durante el desarrollo de la investigación las participantes también realizaban otro tipo de actividades físicas como la participación en algunas sesiones de yoga y/o en sesiones de terapia ocupacional lo cual posiblemente incrementa también su vitalidad con el momento presente, y con algunos aspectos del bienestar psicológico como el seguir percibiendo el control, el crecimiento personal y las relaciones sociales. Además de poseer un sentido de utilidad en el día a día.

Por otro lado, entre las características que el Taller de Danza Movimiento Terapia posee para contribuir al Bienestar psicológico se pueden mencionar la posibilidad de mediante un acompañamiento de un profesional tener la posibilidad de transformar algunas percepciones sobre el momento presente, por ejemplo en cuanto a la convivencia y las relaciones sociales, permite ampliar la gama de posibilidades de la expresión y no limitando ésta a una palabra, sino a un movimiento que le permita comunicar al otro lo que se encuentra pensando o sintiendo. A su vez, se ejercita el cuerpo de una manera noble que parte desde la misma persona, desde sus capacidades y posibilidades que al compartir con otro puede modificar y bien ampliar. Otra característica por mencionar es la posibilidad de mediante el movimiento y la música permitir la conexión con elementos del pasado, trabajando así la

percepción, la memoria, la atención e incluso la motivación en el día a día, como procesos cognitivos básicos.

En esta investigación los efectos que se produjeron del taller de DMT tienen correspondencia con lo mencionado anteriormente, se expandió la comunicación entre las participantes, durante las sesiones existieron además momentos no gratos en los cuales se permitía la resolución de conflictos y sobre todo a través del espacio personal y el espacio compartido recordar la importancia del respeto por el otro. También se percibió vitalidad y las transformaciones corporales de los movimientos que las participantes realizaban, por ejemplo de no mover un brazo a comenzar a movilizarlo, de no quererse levantar del asiento a tener la necesidad de pararse y moverse en el espacio; compartir movimientos retorcidos, salpicados, directos o indirectos a través de la empatía Kinestésica y el entonamiento. Y finalmente seguir ejercitando la memoria, la capacidad de resolución a los conflictos y el agradecer a cada uno de los días vividos y seguir aprendiendo en la medida de lo posible cada día.

Por último, en tanto a la representación social que se tiene de la DMT se sintetiza en que es una terapia buena para las personas, que permite se expresen, se comuniquen y aunque no exista palabra, desde el movimiento. Destacan los beneficios físicos, emocionales y sociales de la DMT, mencionando que les ha ayudado a relajarse, a recuperar fuerzas y a sentirse bien consigo mismas. También mencionan que la DMT les ha permitido expresar

alegría, cultura y conocimiento, y ha sido especialmente importante para superar momentos difíciles, como el duelo.

En tanto a las limitaciones de esta investigación es preciso mencionar que existen hasta el momento de su aplicación pocas investigaciones en personas mayores y menos las hay de aquellos que permanecen en un Hogar de ancianas, también existieron variables que no pudieron ser controladas como la asistencia a todas las sesiones de DMT, o la consistencia en cuanto al día en que el taller se realizaba, debido a que, por un lado, la participación fue voluntaria y el Hogar tenía diversas actividades a lo largo del año. También se considera que sólo se tuvo una muestra de participantes pequeña.

Dentro de las recomendaciones y futuras líneas de investigación sería más que interesante seguir estudiando como influye la DMT en las personas mayores, no sólo en mujeres sino también en varones; cómo se influye en el Bienestar psicológico a través del movimiento del cuerpo y la apertura a distintas posturas, gestos, formas y demás elementos. También a su vez, sería importante la aplicación de un instrumento que registre los factores del movimiento en cuanto a utilización del espacio, peso, tiempo y flujo ya que eso daría mayor justificación de las propuestas corporales como coadyuvantes en el bienestar de las personas, desde los diversos campos de acción como las neurociencias y las disciplinas enfocadas en el desarrollo humano. Por último, tomar en cuenta a las personas mayores para investigaciones les permite sentirse partícipes en la sociedad y a nivel de instituciones públicas, privadas o gobierno se vuelve un apoyo a los países con mayor envejecimiento, resultando en una medida de prevención futura.

REFERENCIAS

- Aberastury, F, (2014) *Escritos: Sistema Consciente para la Técnica de Movimiento*. Leviatán.
- Alonso Palacio, L. M., Ríos, A. L., Caro de Payares, S., Maldonado, A., Campo, L Amico, L.del C (2009). Hacia la de-construcción de mitos y la superación de estereotipos en torno a los adultos mayores en sociedad. En *Envejecer en el siglo XXI. "No siempre Querer es Poder"*
- Badii Zabeh, M. H., Castillo, J., Rodríguez, M., Wong, A., y Villalpando Cadena, P. (2007). *Diseños experimentales e investigación científica= Experimental designs and scientific research*. Innovaciones de Negocios.
- Baquero, R (2012) 2. Vigostky: sujeto y situación, claves de un programa psicológico. En Castorina, J, y Carretero, M, *Desarrollo Cognitivo y educación* (pp. 61-82). PAIDÓS.
- Bedoya, M. G., Corral, Ó. N., y Crespo, A. M. (2008). *El aprendizaje en la tercera edad. Una aproximación en la clase de Ele.*
<https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:e97390a9-c2f9-4c0d-bff1-e57f7cb5194a/2009-bv-10-13gomez-bedoya-pdf.pdf>
- Blázquez, A; Nierga, J y Javierre, C (2011). Terapia a través de la danza y el movimiento en mujeres con cáncer de mama el impacto psicofísico del proceso empático. En *Psicooncología* (pp. 31-43)
- Botana, M., Sampedro, J., y Castro, E. (2008). Acción social de la danza. Cuerpo, espacio y movimiento. *Kronos, VII*.
- Calmels, D (2012) *Del sostén a la transgresión: El cuerpo en la crianza*. Biblos.

- Campos, J., Huertas, F., Colado, J. C., López, A. L., Pablos, A., y Pablos, C. (2003). Efectos de un programa de ejercicio físico sobre el bienestar psicológico de mujeres mayores de 55 años. En *Revista de psicología del deporte* (pp. 7-26)
- Carretero, M. (2004). Piaget, Vigotsky y la psicología cognitiva. En *Introducción a la Psicología Cognitiva. Novedades Educativas* (pp.175-197)
- Carretero, M., y Limón, M. (1993). Aportaciones de la psicología cognitiva y de la instrucción a la enseñanza de la Historia y las Ciencias Sociales. En *Infancia y aprendizaje*, 153-167. https://www.researchgate.net/profile/Cesar-Coll/publication/48137926_Que_es_el_constructivismo/links/53eb30a20cf2fb1b9b6afb55/Que-es-el-constructivismo.pdf
- Castillo Zayas YM, Leiva Mederos AA. (2007) La minería de texto: perspectiva metodológica para la realización de resúmenes documentales. Acimed.
- Castro, S. A (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. En *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado* (pp. 43-72)
- Casullo, M, M (2002). Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica. Paidós.
- Casullo, M. M., y Solano, A. C. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. En *Revista de psicología*, (pp. 35-68)
- Censo de población Argentina 2001-2010. http://www.censo2010.indec.gov.ar/resultadosdefinitivos_totalpais.asp.
- Centro Interamericano de estudios de Seguridad Social CIES. (1995). *El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico osociales* (pp. 191-191). <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/733154/id218018.pdf>

- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía [CELADE] (2023) *Panorama del envejecimiento y tendencias demográficas en América Latina y el Caribe*.
<https://www.cepal.org/es/enfoques/panorama-envejecimiento-tendencias-demograficas-america-latina-caribe>
- Chackiel, J. (2006). América Latina: ¿Hacia una población decreciente y envejecida?. En *Papeles de población* (pp. 37-70)
- Chaiklin, S. (2008). Hemos danzado desde que pusimos nuestros pies sobre la tierra. En *La vida es danza: el arte y la ciencia en la Danza Movimiento Terapia* (pp. 27-38). Gedisa.
- Cigaran, R.S (2009). Danza movimiento terapia: cuerpo, psique y terapia. En *Avances en Salud Mental Relacional*
- Comisión Económica para América Latina .CEPAL. (2017). Estudio Económico de América Latina y el Caribe. *La dinámica del ciclo económico actual y los desafíos de política para dinamizar la inversión y el crecimiento*.
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/42001-estudio-economico-america-latina-caribe-2017-la-dinamica-ciclo-economico-actual>
- Crottogini, R. (2016). La tierra como escuela segunda parte. En *Hacia una ancianidad sabia. La biografía humana: en los últimos septenios*. Antroposófica.
- Cuadra-Peralta, A., Cáceres, E. F. M., y Guerrero, K. J. S. (2016). Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. En *Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, (pp. 56-67) Límite.

- Dallal, A. (2007) *Los elementos de la danza*. <https://www.libros.unam.mx/digital/v3/9.pdf>
- De Los Ríos, A. D. F., y Vila, A. S. (2004). *Cuerpo, dinamismo y vejez*. Inde.
- Debra J. R. (2005). *Equilibrio y movilidad con personas mayores*. Paidotribo.
- Del Cueto, J. D. (2015). Dos nociones para un enfoque no escisionista de las emociones y la afectividad: Situación social del desarrollo y vivencia en Vigotsky en *Perspectivas en psicología*.
- Delfino, G., Botero Rojas, C. M., y González Insua, F. (2019). *Una escala corta de bienestar: el índice de felicidad de Pemberton aplicado a la población adulta de Buenos Aires*.
- D'Hyver, C. (1995) XI. La esperanza y aprendizaje del adulto mayor. En *El adulto mayor en América Latina: Sus necesidades y problemas médico sociales* (pp. 153-163)
- Díaz, D, Rodríguez-Carvajal, R, Blanco, A, Moreno-Jiménez, B, Gallardo I, Valle, C y Van Dierendonck, D (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. En *Psicothema*, (pp. 572-577)
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y Van Dierendonck, D. (2006). *Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff*. Psicothema.
- Dorr, R. C., y Jansen, A. (2011). La metodología en Danza Movimiento Terapia. En *Terapias artístico creativas* (pp. 263-284). Amarú.
- Dumas, M., y Aranguren, M. (2013). Beneficios del arteterapia sobre la salud mental. En *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

- Español, S. (2012) 8. Semiosis y desarrollo humano. En Castorina, J, y Carretero, M, *Desarrollo Cognitivo y educación* (pp. 219-240). Paidós.
- Español, S. (2014) *Psicología de la música y del desarrollo: Una exploración interdisciplinaria sobre la musicalidad humana*. Paidós.
- Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M., y Cieza, A. (2010). *Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF)*. Revista española de salud pública.
- Fischman, D (2008). Relación terapéutica y empatía Kinestésica. En *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. (Wengrower, H y Chaiklin S., coords.) (pp. 81-96). Gedisa.
- Fischman, D. (2001). *Danzaterapia: orígenes y fundamentos*. https://5e150c7f98.clvaw-cdnwnd.com/8664003d137bcf6139c8df5ee849cb3f/200000304-8e6f28f6bc/danzaterapia_origenes_fundamentos.pdf?ph=5e150c7f98
- Fishman, D. (2005). ¿Por qué el movimiento y la danza en psicoterapia? En búsqueda de la especificidad que aporta la exploración del movimiento y la danza en psicoterapia. En *Primeras Jornadas Luso-Ibéricas de Danza Movimiento Terapia*.
- García, D. S., y Ortega, D. P. (2012) *Envejecimiento Saludable: Aportaciones desde la Psicología*. <https://docplayer.es/20921494-El-ciclo-vital-infancia-hasta-los-12-anos-adolescencia-de-los-13-a-los-18-anos-adultos-de-19-a-60-anos.html>
- García, R. H. M. (1997). La danza en la escuela. Inde.
- Groen, H (2016). *Intentos de sacarle algo a la vida. El diario de Hendrik Groen, de 83 años y cuarto* (Arguilé M, Trans). Rocaeditorial.

- Guerra, P. (2019). El concepto de cuarta edad; realidad demográfica y respuestas de política pública. En *Los casos de España, Alemania, y Uruguay. Biblioteca Del Congreso Nacional de Chile* (Vol. 119664, pp. 1-17).
- Heather, Hill (2008). Danzando con esperanza. La DMT con personas afectadas por demencia. En *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. (H, Wengrower, y S, Chaiklin, Coords. p.197-212) Gedisa.
- Heredia Paredes, A. E. (2018). *La danza-movimiento-terapia como herramienta para fomentar el bienestar biopsicosocial del adulto mayor en la parroquia Calderón durante los meses de abril a julio del año 2017* (Tesis de Licenciatura)
- Hermida, P. D., Tartaglini, M. F., Feldberg, C., y Stefani, D. (2017). *Jubilación, trastornos psicofisiológicos y bienestar psicológico en una muestra de adultos mayores argentinos*. Ciencias psicológicas.
- Hernández S. R. (2014). Metodología de la investigación. Sexta edición. México: Mcgraw-hill. Interamericana. <https://www.sbs.com.ar/metodologia-de-lainvestigacion--6ta-edicion--1456223960/>
- Hernández, L. A. M. (2011). *Terapias artístico creativas*. Amarú Ediciones.
- Hervás G y Vázquez C. (2013) *Construction and validation of a measure of integrative well-being in seven languages: The Pemberton Happiness Index*. Health and Quality of Life Outcomes
- Hill, H (2008). Danzando con esperanza. La DMT con personas afectadas por demencia. En *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. (Wengrower, H y Chailin S. coords.) Gedisa.

Hokkanen, L, Rantala, L, Remes, A. M, Härkönen, B, Viramo, P y Winblad, I (2003).

Dance/movement Therapeutic methods in management of dementia. En *Letters to the editor*.

Hölter, G., y Panhofer, H. (2005). Relación entre la danza educativa y la Danza Movimiento Terapia. En *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 25-48)

Huenchuan, S. (Ed.). (2004). *Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina*. Cepal. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7193-marco-legal-politicas-favor-personas-mayores-america-latina>

Huenchuan, S. (Ed.). (2016). *Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos*.

Huenchuan, S. (Ed.). (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Libros de la CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/items/bc13fcf9-6bf0-4125-b73a-e5cf0f057c6d>

Idárraga, S, (s.f.) La Kinesfera – Planos y ejes del cuerpo. Consultado el 25 de marzo de 2024 <https://entretanto.co/la-kinesfera-planos-y-ejes-del-cuerpo/>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO] (2011). *Guías de implantación: Intervenciones no farmacológicas. Danza Creativa Terapéutica*. <https://teleformacion.imserso.es/documents/20123/372665/guadanzacreaticaterapeutica.pdf/1e40e35a-62ae-d379-aa91-baa50d47fd2c>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. INDEC (2014). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores* 2012.

<https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>

Laban, R. (1978). *Danza educativa moderna*. Buenos Aires: Paidós.

Lozano, M. G. Z. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. En *Papeles de población* (pp. 23-41)

Melas, I. (s.f.) *El movimiento natural*. Editorial Paidotribo.

Ministerio de Desarrollo Social Argentina (2013) *Decreto 1193/2013: Designación en la Subsecretaría de Fortalecimiento Institucional de la Secretaría de Economía Social*.

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/93926/20130828>

Montero, I. y Orfelio G. L. (2007) *International Journal of Clinical and Health Psychology*.

En *Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología I*. (pp. 847-862)

Moore, C. L., y Davies, E. (2014). Remembering Warren Lamb. *American Journal of Dance Therapy*, (pp. 130-134). [https://link.springer.com/article/10.1007/s10465-014-9174-](https://link.springer.com/article/10.1007/s10465-014-9174-5)

5

Muratori, M., Delino, G., y Zubieta, E. M. (2012). *Sucesos vitales y bienestar*. Anuario de investigaciones.

Muratori, M., Zubieta, E., Ubillos, S., González, J. L., y Bobowik, M. (2015). *Felicidad y bienestar psicológico: estudio comparativo entre Argentina y España*. Psykhe.

Nachmanovitch, S. (2016). *Free Play: La improvisación en la vida y en el arte*. Editorial Paidós.

Naciones Unidas (s.f.) *Desafíos Globales: Envejecimiento* <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>

Nicolás, G. V., Ortín, N. U., López, M. G., y Vigueras, J. C. (2010). La danza en el ámbito de educativo. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación* <https://www.redalyc.org/pdf/3457/345732283009.pdf>

OEA, A. G. (2017). Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. En *Cuaderno Jurídico y Político*, (pp. 65-89)

Ollari, J.A. y Diez, M.V. (2005) Demencia: enfoque multidisciplinario. En *Neurobiología del envejecimiento*. Polemos.

Organización de las Naciones Unidas. ONU. (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002 <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n02/397/54/pdf/n0239754.pdf?token=8MJcet6znq9RCOvkgt&fe=true>

Organización de los Estados Americanos [OEA] (2017). *Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Cuaderno Jurídico y Político*, 2(7), 65-89. <https://revistasnicaragua.cnu.edu.ni/index.php/cuadernojurypol/article/view/6706>

Organización Iberoamericana de Seguridad Social [OISS] (s.f.) *Convenio multilateral iberoamericano de seguridad social* <https://oiss.org/convenio-multilateral/que-es/>

Organización Iberoamericana de Seguridad Social [OISS] (s.f.). *Convenios Internacionales, En Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur*, (p. 28)

Organización Iberoamericana de Seguridad Social [OISS] Consultado el 28 de marzo 2024.

<https://oiss.org/cono-sur/>

Organización Mundial de la Salud (2015) *Envejecimiento y Salud*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Mundial de la Salud (2017) *Envejecimiento y Salud*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Panamericana de la Salud (s.f.) *Década del Envejecimiento Saludable en las*

Américas (2021-2030). Década del Envejecimiento Saludable en las Américas (2021-

2030) - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)

Ortiz, A y Castro, S (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación

con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería. En *Ciencia y*

enfermería XV. (pp. 25-31)

Ospina Tascón, V., y Español, S. (2014). El movimiento y el sí mismo. En *Psicología de la*

música y del desarrollo. Una exploración interdisciplinaria sobre la musicalidad

humana. Paidós.

Pang, B., y Lee, L. (2008). *Opinion mining and sentiment analysis*. Foundations and Trends

in Information Retrieval.

Panhofer, H, (2008) Relación entre la danza educativa y la Danza Movimiento Terapia, En

El cuerpo en psicoterapia: Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia.

Gedisa.

- Panhofer, H. (2011). Fundamentos de la danza movimiento terapia. En *Terapias Artístico Creativas. Musicoterapia, Arte Terapia, Danza Movimiento Terapia, Drama Terapia, Psicodrama* (pp. 239-253)
- Parra Rizo, M. A. (2017). Envejecimiento activo y calidad de vida: análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años. (Tesis Doctoral)
- Peña, O, (s.f.) Vigotsky, arte y psicología. Consultado el 28 de marzo 2024
https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portaIIG/home_70/recursos/01general/04072013/acpvigotskyarteypsicologia.jsp
- Pérez Aldeguez, S. (2014). *Los efectos del canto coral sobre el bienestar psicológico en adultos mayores*. Revista de Argentina de clínica psicológica.
- Pers Leirós, B. (2013). *Danza Movimiento Terapia, emociones positivas y flow*. Universidad de Palermo (Tesis de Grado)
- Quiñonez, D., y Zapata, Y. (2010). *Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del Hogar Geriátrico*. Revista Salud Uninorte.
- Rangel, J. V., y Alonso, L. (2010). *El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica*. Educere.
- Reca, M. (2005). *Qué es Danza/movimiento terapia. El cuerpo en danza*. Lumen
- Reca, M. (2011). *Tortura y trauma. Danza/movimiento terapia en la reconstrucción del mundo de sobrevivientes de tortura por causas políticas*. Biblos.
- Reca, M. (2011). La terapia. En *Tortura y Trauma. Danza/movimiento terapia en la reconstrucción del mundo de sobrevivientes de tortura por causa políticas*. Biblos.
- Rochat, P. (2001). El mundo del bebé. Morata.

- Rodríguez, M. A. M. (1999). El enfoque sociocultural en el estudio del desarrollo y la educación. *REDIE. Revista Electrónica de Investigación Educativa*, (pp. 16-37)
- Rojas, M. (2011). El bienestar subjetivo: su contribución a la apreciación y la consecución del progreso y el bienestar humano. En *Realidad, datos y espacio*. Revista Internacional de Estadística y Geografía, (pp. 64-77)
- Ros, A. (2009). *Laban Movement Analysis. Una herramienta para la teoría y la práctica del movimiento*. https://redit.institutdelteatre.cat/bitstream/handle/20.500.11904/621/E35CAS_Agust%C3%AD%20Ros_Laban%20Movement%20Analysis%20-%20Una%20herramienta.pdf?sequence=1
- Salvarezza, L. (1994) Vejez, Medicina y Prejuicios En *Cuadernos de temas grupales e institucionales*. Área 3.
- Salvarezza, L. (Compilador) (1995) *El Fantasma de la Vejez*. Tekné
- Schmidt, M (1994). ...Y me siento, tan joven así. *15 años de gimnasia con gente mayor (experiencias -métodos)*. Paidotribo.
- Sebiani S. L. (2005). Uso de la danza-terapia en la adaptación psicológica a enfermedades crónicas. (Cáncer, fibrosis, sida). En *Reflexiones*, (pp. 49-56)
- Solano, A. C. (2009). *El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso*. Revista interuniversitaria de formación del profesorado.
- Sordo, P. (2014). *No quiero envejecer. Las claves para vivir plenamente y disfrutar del paso de los años*. Planeta

- Soto, C. P. (2008). *Proposiciones en torno a la historia de la danza*. LOM ediciones.
https://historiauniversal748.files.wordpress.com/2017/01/00_proposiciones-en-torno-a-la-historia-de-la-danza.pdf
- Stone de Díaz, M.G.(2014). *Llegar bien a la vejez. Gericultura, gerontología y geriatría*. Trillas.
- Suárez, C, (2016) *Una aproximación al Sistema Fedora Aberastury*. Grupo Editorial Lumen.
- Taccone V.P. (2012) *Actas del I Encuentro Latinoamericano de Investigadores sobre Cuerpos y Corporalidades en las culturas*. Ediciones: Investigaciones en Artes escénicas y performáticas.
- Turner, M. J. (2011) *Tratamiento natural de la Demencia senil*. Dilema
- Vázquez, C; Hervás, G; Rahona J.J y Gómez, D (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportes desde la Psicología Positiva. En *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 15-28)
- Veenhoven, R (2001). Calidad de vida y felicidad: no es exactamente lo mismo. En *Qualita'della vita e felicità* (G. De Girolamo y col., eds.), Fundación Humanismo y Ciencia, (pp. 67-95)
- Veenhoven, R. (1994). *El estudio de la satisfacción con la vida*. Intervención psicosocial.
- Velásquez, M (2018). Los países de Latinoamérica con la población más vieja. *CNN Latinoamérica*. <https://cnnespanol.cnn.com/2018/09/04/los-paises-de-latinoamerica-con-la-poblacion-mas-vieja/>
- Vergara Quintero, M. D. C. (2008). La naturaleza de las representaciones sociales. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 6(1), 55-80.

- Viegas, F. B., y Wattenberg, M. (2008). *Tag clouds and the case for vernacular visualization. Interactions.*
- Villarreal Martínez, M. (2005). *La legislación en favor de las personas mayores en América Latina y el Caribe.* Celade.
- Vivaldi, F y Barra E (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. En *Terapia Psicológica*, (pp. 23-29)
- Wengrower, H (2008). El proceso creativo y la actividad artística por medio de la danza y el movimiento. En *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia.* (Wengrower, H y Chailin S, coords.), Gedisa.
- White, E. Q. (2008). Las teorías del movimiento de Laban: la perspectiva de una danzaterapeuta. en *La vida es danza: el arte y la ciencia en la Danza Movimiento Terapia.* Gedisa.
- Winter, D. (2023) *Análisis de patrones de movimiento, Warren Lamb Trust.*
<http://www.warrenlambtrust.org/mpa.html>
- Zarebski, G. (2021). La Organización Mundial de la Salud (OMS): Del envejecimiento saludable a la vejez como enfermedad. Desafíos para la Gerontología. Revista IGERMED.
<https://www.fundacionsidom.org/assets/documentos/investigaciones/0c4ef-graciela-zarebski-oms..pdf>
- Zubieta, E. M., y Delfino, G. (2010). *Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires.* Anuario de investigaciones.

ANEXOS

ANEXO A. Escala de bienestar de Carol Ryff. 39 ítems.

Ítems	Totalmente en Desacuerdo			totalmente de acuerdo		
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.	1	2	3	4	5	6
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.	6	5	4	3	2	1
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5	6
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.	6	5	4	3	2	1
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.	6	5	4	3	2	1
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.	1	2	3	4	5	6
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.	1	2	3	4	5	6
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.	6	5	4	3	2	1
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.	6	5	4	3	2	1
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.	1	2	3	4	5	6
11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.	1	2	3	4	5	6
12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.	1	2	3	4	5	6
13. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.	6	5	4	3	2	1
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.	1	2	3	4	5	6
15. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.	6	5	4	3	2	1
16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.	1	2	3	4	5	6
17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.	1	2	3	4	5	6
18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.	1	2	3	4	5	6
19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.	1	2	3	4	5	6
20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.	6	5	4	3	2	1
21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.	1	2	3	4	5	6
22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.	6	5	4	3	2	1
23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.	1	2	3	4	5	6
24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.	1	2	3	4	5	6
25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.	6	5	4	3	2	1

26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.	6	5	4	3	2	1
27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.	6	5	4	3	2	1
28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.	1	2	3	4	5	6
29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.	6	5	4	3	2	1
30. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.	6	5	4	3	2	1
31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.	1	2	3	4	5	6
32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.	1	2	3	4	5	6
33. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.	6	5	4	3	2	1
34. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.	6	5	4	3	2	1
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.	1	2	3	4	5	6
36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.	6	5	4	3	2	1
37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.	1	2	3	4	5	6
39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.	1	2	3	4	5	6

ANEXO B. Entrevista semiestructurada, realizada a las participantes. Basada en la escala de Carol Ryff.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

DATOS PERSONALES

Cuál es tu nombre:
 Qué edad tienes:
 Tu fecha de nacimiento:
 Tu lugar de origen:
 Tu estado civil:
 Motivo por el que estas aquí:
 Tiempo en el hogar:

PREGUNTAS

DIMENSION	PREGUNTA SEMIESTRUCTURADA	LO QUE PREGUNTÉ
SENTIDO DE VIDA	¿Cómo me siento respecto a lo que he hecho en el pasado y con respecto a lo que espero hacer en el futuro? ¿Me considero una persona activa para realizar proyectos?	¿Te sientes bien respecto a lo que has hecho en el pasado? ¿Sientes que hiciste todo lo que tenías que hacer en tu vida? ¿Qué modificarías de tu vida? Consideras que eres una persona con ¿proyectos por hacer?
AUTO-ACEPTACIÓN	¿Me gusta mi forma de ser? ¿Cambiaría algo de mí, qué?	¿Estas satisfecha con tu forma de ser? ¿Si pudieras cambiar algo de ti, qué cosas cambiarías?
CRECIMIENTO PERSONAL	¿Siento que sigo aprendiendo cada día sobre mí? ¿Considero que puedo seguir aprendiendo e intentando hacer cosas nuevas?	¿Consideras que aún te faltan cosas por aprender?
RELACIÓN SOCIAL	¿Siento que tengo pocos amigos con los que pueda hablar? ¿Me siento muy solo y considero que otros tienen más personas con quien hablar?	¿Sientes que tienes muchos amigos o pocos amigos con los que puedas hablar?
PERCEPCIÓN DE CONTROL	¿Me siento incapaz de resolver situaciones de mi vida? ¿Siento que mi cuerpo no me permite enfrentarme a diversas actividades diarias?	¿Como te sientes al resolver las diversas situaciones que se te presentan en la vida... con valor, miedo, preocupada? ¿Te sientes con el control de tu cuerpo para enfrentar estas situaciones? ¿Existe algo que te limita día a día, por ejemplo, que te genera un obstáculo a nivel emocional, salud?
AUTONOMÍA	¿Soy capaz de expresar libremente lo que pienso? ¿Confío en mis opiniones, aunque sean diferentes a otras?	¿Sientes que eres capaz de expresar libremente lo que piensas? ¿Confías en tus opiniones, aunque sean diversas a otros?

ANEXO C. *Pemberton Happiness Index* (PHI) Estructura de la escala: 2 secciones.

PHI – Pemberton Happiness Index

Recuerdo del Bienestar

Bienestar general		Me siento muy satisfecha con mi vida.
		Me siento con la energía necesaria para cumplir bien mis tareas cotidianas.
Bienestar Eudaimónico	Sentido de vida	Siento que mi vida es útil y valiosa.
	Autoaceptación	Me siento satisfecha con mi forma de ser.
	Crecimiento personal	Mi vida está llena de aprendizajes y desafíos que me hacen crecer.
	Relaciones sociales	Me siento muy unido a las personas que me rodean.
	Percepción de Control	Me siento capaz de resolver la mayoría de los problemas de mi día a día.
	Autonomía	Siento que en lo importante puedo ser yo misma.
Bienestar Hedónico	Afecto positivo	Disfruto cada día de muchas pequeñas cosas.
	Afecto negativo	En mi día a día tengo muchos ratos en los que me siento mal.
Bienestar Social		Siento que vivo en una sociedad que me permite desarrollarme plenamente.

Experiencia de Bienestar

Experiencias positivas	Me sentí satisfecha por algo que hice.
	Pasé un rato divertido con alguien.
	Hice algo que realmente disfruto haciendo.
	Aprendí algo interesante.
	Me permití un capricho.
Experiencias Negativas	Me sentí menospreciada por alguien.
	Pasaron cosas que me enfadaron mucho.
	Estuve preocupada por temas personales.
	Me aburrí durante bastante tiempo.
	En algunos momentos me sentí desbordada

ANEXO D. PHI: Instrumento para aplicar con valoración del 0 al 10.

PHI – PEMBERTON HAPPINESS INDEX

Totalmente en desacuerdo											Totalmente de acuerdo						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10							
1. Me siento muy satisfecho/a con mi vida.							0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Me siento con la energía necesaria para cumplir bien mis tareas cotidianas.							0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Siento que mi vida es útil y valiosa.							0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Me siento satisfecho/a con mi forma de ser.							0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Mi vida está llena de aprendizaje y desafíos que me hacen crecer.							0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Me siento muy unido a las personas que me rodean.							0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Me siento capaz de resolver la mayoría de los problemas de mi día a día.							0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Siento que en lo importante puede ser yo mismo/a.							0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Disfruto cada día de muchas pequeñas cosas.							0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. En mi día a día tengo muchos retos en los que me siento mal.							0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Siento que vivo en una sociedad que me permite desarrollarme plenamente.							0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. “Bienestar del Día Anterior” (ítem que se obtiene de la escala que está a continuación.							0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Marque que de lo siguiente te pasó ayer (SI/NO)

	No	Sí
1. Me siento satisfecho por algo que hice	0	1
2. En algunos momentos me sentí desbordado	0	1
3. Pasé un rato divertido con alguien	0	1
4. Me aburrí durante bastante tiempo	0	1
5. Hice algo que realmente disfruto haciendo	0	1
6. Estuve preocupado por temas personales	0	1
7. Aprendí algo interesante	0	1
8. Pasaron cosas que me enfadaron mucho	0	1
9. Me permití un capricho	0	1
10. Me sentí menospreciado por alguien	0	1

ANEXO E. Escala con figuras para identificación de satisfacción con la vida.

TOTALMENTE DE ACUERDO				TOTALMENTE EN DESACUERDO
				
GRAN SATISFACCIÓN	MODERADA SATISFACCIÓN	NEUTRAL SATISFACCIÓN	POCA SATISFACCIÓN	MUY POCA SATISFACCIÓN

ANEXO F. Respuesta gráfica a las preguntas del bienestar experimentado, ítem 12.



ANEXO H. Evidencias fotográficas del Taller de Danza Movimiento Terapia (DMT)



Terapia (DMT)

