

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESINA DE LICENCIATURA EN MINORIDAD Y FAMILIA

ADULTAS MAYORES

AUTESTIMA Y SATISFACCIÓN CON LA
VIDA DESPUÉS DE LOS 70 AÑOS DE EDAD

ALUMNA:
LAURA BLANCO
DIRECTORA DE TESINA:
LIC. ANALIA MEDRANO

MENDOZA, FEBRERO DE 2010.

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Lic. Analía Medrano

Nota:

¡GRACIAS

A mi madre, quien me inspiro en el tema elegido, a mi padre que tanto lo quiero y vive en mi corazón.

A la vida, por la luz, las energías, las esperanzas, los apoyos...porque también fueron parte los desánimos y el cansancio.

A mi familia que tanto me apoyo durante toda la carrera, especialmente a mi esposo Alberto, mis hijas Vanina y Cecilia, mi hijo Javier.

A mis nietos Agustín y Sophia que son mi vida.

A mi compañera de estudio y amiga Elena, por compartir tantos momentos a lo largo de toda la carrera.

A la Lic. Analía Medrano, mi directora de tesis, por apoyarme, brindarme siempre palabras de aliento y guiar este camino.

A los profesores: Lic. Rubén Gusberti, Lic. Débora Méndez, Lic. Luis Álvares, Lic. Fabiana Paviglianiti, que enriquecieron con sus aportes y apoyo incondicional este documento.

A la Lic. Hilda Fadín, que durante todos estos años estuvo siempre a mi lado.

Al geriátrico Sagrado Corazón de Jesús, por su colaboración y permitirme tener la experiencia de hacer esta investigación con mujeres adultas mayores.

A Ana, Aurora, Catalina, Dora, Yuli y Pepa, adultas mayores participantes por abrir su voluntad y dejarnos conocer sus experiencias y sentimientos.

A todos ellos que ocupan un lugar importante en mi corazón.

¡MUCHAS GRACIAS!

ÍNDICE

TÍTULO-----	02
HOJA DE EVALUACIÓN-----	03
AGRADECIMIENTOS-----	04
ÍNDICE-----	05
RESÚMEN-----	08
ABSTRACT-----	09
INTRODUCCIÓN-----	10
PRIMERA PARTE-----	13
CAPÍTULO I-----	14
1. ADULTO MAYOR-----	14
1.1 DIFERENTES TERMINOLOGIAS-----	14
1.2 CUATRO DÉCADAS DE SENECTUD.-----	16
1.3 ENVEJECIMIENTO-----	18
1.4 PERSPECTIVA BIO – PSICO – SOCIAL DEL ENVEJECIMIENTO-----	19
1.5 ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL-----	25
CAPITULO II-----	27
2. FAMILIA Y ADULTO MAYOR-----	28
2.1 DEFINICIÓN DE FAMILIA-----	28
2.2 LA IMPORTANCIA DE LOS VÍNCULOS DE APOYO EN EL ANCIANODEPRIMIDO.-----	31
2.3 CAMBIOS FAMILIARES EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS-----	31
2.4 EL ABUELO EN LA FAMILIA-----	34
2.5 EL CUIDADO DE LOS MÁS ANCIANOS-----	35

2.6 EL ANCIANO Y EL FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA-----	36
2.7 SITUACIÓN FAMILIAR DEL ANCIANO-----	38
2.8 LA FAMILIA COMO SOSTÉN-----	40
 CAPITULO III-----	 42
 3. RESIDENCIAS GERIÁTRICAS-----	 43
 CAPITULO IV-----	 46
 4. AUTOESTIMA-----	 47
4.1 DEFINICIÓN DE AUTOESTIMA-----	47
4.2 DIFERENCIAS ENTRE AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO-----	49
4.3 FACTORES FAMILIARES Y SOCIALES RELACIONADOS CON LA AUTOESTIMA-----	50
4.4 NECESIDAD DE AUTOESTIMA-----	51
4.5 LA AUTOESTIMA EN LA VEJEZ-----	56
4.6 RESIDENCIAS GERIÁTRICAS Y AUTOESTIMA-----	58
 CAPITULO V-----	 60
 5. SATISFACCIÓN CON LA VIDA-----	 61
5.1 BIENESTAR-----	61
5.2 BIENESTAR SUBJETIVO-----	62
5.3 SATISFACCIÓN VITAL-----	63
SEGUNDA PARTE-----	67
 CAPITULO VI-----	 68
 6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN-----	 69
6.1 OBJETIVOS-----	69
6.2 HIPÓTESIS-----	70

6.3 DISEÑO-----	70
6.3.2 TIPO DE MUESTRA-----	71
6.4 INSTRUMENTOS-----	72
6.5 SUJETOS-----	75
6.6PROCEDIMIENTO-----	77
CAPITULO VII-----	78
7. ANÁLISIS DE RESULTADO-----	79
7.1 ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG-----	79
7.2 ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE DIENER-----	81
7.3 ENTREVISTA CON PREGUNTAS ABIERTAS-----	82
CAPÍTULO VIII-----	88
8. CONCLUSIONES-----	89
8.1 CONSIDERACIONES FINALES-----	91
8.2 BIBLIOGRAFIA-----	92
8.3 ANEXOS-----	96

Resumen

Esta investigación de tesina tuvo el objetivo de averiguar el nivel de autoestima y satisfacción con la vida de mujeres adultas mayores y conocer cual es el rol que cumple la familia en esta evaluación que ellas realizan.

Se realizó una comparación entre dos grupos, uno de mujeres adultas mayores que residen en un geriátrico y otro de mujeres adultas mayores que viven en su domicilio particular.

Es un estudio descriptivo, cuyo diseño es no experimental.

La muestra estuvo compuesta por 6 mujeres, cuyas edades pertenecen al rango de 70 a 79 años de edad, cada grupo conformado por 3 mujeres que residen en el geriátrico Sagrado Corazón de Jesús y 3 mujeres que viven solas en su domicilio particular. Todas pertenecientes al departamento de Tunuyán.

Para la recolección de datos se les tomo entrevistas, se les administro la escala de Autoestima de Rosenberg y la escala de Satisfacción con la Vida de Diener; y un cuestionario con preguntas abiertas.

El grupo de mujeres que residen en su domicilio particular obtuvo un mayor puntaje en el nivel tanto de autoestima como en la satisfacción con la vida, ocupando un papel muy importante la relación que mantienen éstas con su familia.

Abstract

This dissertation research was undertaken to ascertain the level of self esteem and life satisfaction of elderly women and to know the role played by the family in this assessment they perform.

A comparison between two groups, one of elderly women living in a nursing home and other elderly women who live in your home address.

Is a descriptive study, whose design is not experimental.

The sample consisted of 6 women whose ages outside the range of 70 to 79 years of age, each group consisting of 3 women who reside in the geriatric Sacred Heart of Jesus and 3 women who live alone in his private house. All belonging to Tunuyán.

To collect data volume are interviews were administered the Rosenberg Self-Esteem Scale and the scale of Satisfaction with Life Diener, and a questionnaire with open questions.

The group of women living in your home address obtained a higher score in the level of both self and in life satisfaction, occupying a very important role they their relationship with their family.

Introducción

El envejecimiento es un proceso por un lado, universal ya que es parte del porvenir en tanto se es joven, pero por otro, es singular ya que son diversos los factores que inciden en la manera de envejecer. Siendo muchas las vejezes posibles resulta difícil generalizar, aunque podemos decir que son numerosas las personas que envejecen saludablemente. Son las que tienen un concepto positivo de sí mismos, se sienten amados y valorados, se vinculan positivamente con los demás, tienen recursos internos suficientes que les permite mantener el deseo de vivir a pesar de los cambios y las limitaciones corporales.

Llegar a ser viejo es una de las aspiraciones de todo ser humano, llegar en buenas condiciones de salud, está cada vez más cerca de poder ser alcanzado por un número mayor de personas, gracias a los avances científicos y a los recursos sanitarios existentes.

Llegar, estar “sano” y “sentirse contento con la vida”, a gusto, a pesar de las dificultades que la vida pone en el camino es algo que consiguen algunas personas.

Estar satisfecho con la vida surge de las relaciones del individuo con su entorno familiar y social.

La satisfacción con la vida, es el elemento cognitivo del constructo “bienestar subjetivo” y se define como el sentimiento de bienestar en relación consigo mismo en la propia vida. La vivencia subjetiva individual, no solo de “estar bien”, que seria algo objetivo, sino de “sentirse bien”.

La autoestima, es lo que cada uno piensa y siente sobre sí mismo, es el concepto que cada uno tiene sobre la valía personal y sobre las propias capacidades, la suma de la autoconfianza, el reconocimiento de la propia competencia, el respeto y la consideración que cada uno tiene de sí mismo.

El presente trabajo presenta una investigación descriptiva, no experimental, transversal, destinado a conocer si la residencia en un geriátrico incide en el nivel de autoestima y satisfacción con la vida y cual es el rol que cumple la familia en esta evaluación que las adultas mayores realizan. El objetivo es incrementar el conocimiento sobre las características y necesidades particulares de esta población y aportar a la construcción de nuevas formas de abordaje profesional o fortalecer las ya existentes.

El objetivo general quedo formulado de la siguiente manera:

“Comparar el nivel de autoestima y satisfacción con la vida entre mujeres adultas que residen en geriátricos y mujeres adultas que viven en su domicilio particular, reconociendo el rol que cumple la familia en esta evaluación y valoración que ellas realizan.”

Para llevar a cabo esta investigación se tomaron 2 muestras, una de mujeres que viven solas en su domicilio particular y otra de mujeres que residen en el geriátrico Sagrado Corazón de Jesús.

Ambos grupos pertenecientes al departamento de Tunuyán y se tuvieron en cuenta variables como: la edad de 70 a 79 años, estado civil viudas, educación estudios primario, profesión amas de casa, enfermedades artrosis, con hijos y que ninguna de ellas tuviera un hijo fallecido.

Los resultados que se obtuvieron de dicha muestra no pueden generalizarse al resto de la población. Deben ser considerados únicamente dentro del marco de los casos expuestos.

Es muy importante destacar que las mujeres que residen en el geriátrico no han ido al mismo en forma voluntaria, sino por decisión de la familia.

Para lograr los objetivos se realizaron entrevistas abiertas y se emplearon escalas de Autoestima de Rosenberg y Satisfacción con la Vida de Diener.

La tesina esta dividida en dos partes, la primera parte corresponde al marco teórico el cual consta de 5 capítulos.

El capítulo 1 habla del adulto mayor, de las diferentes formas de denominarlos, del envejecimiento bio – psico – social, del envejecimiento poblacional.

El capítulo 2 hace referencia a la familia del adulto mayor y los cambios que se han dado en la familia en las últimas décadas.

El capítulo 3 habla de las residencias geriátricas.

El capítulo 4 describe la autoestima.

El capítulo 5 explica que es la satisfacción con la vida.

La segunda parte tiene 3 capítulos.

El capítulo 6 desarrolla la metodología que se utilizó.

El capítulo 7 analiza los resultados obtenidos.

El capítulo 8 presenta la conclusión final de la investigación.

Se introdujeron a lo largo del texto del presente trabajo, poesías del señor Ramón de Almagro, a quien conocí en el subte de Buenos Aires, en la época que yo realizaba la investigación para la tesina.

Su biografía se encontrará en Anexos.

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO I

ADULTO MAYOR

CAPITULO I

1. Adulto mayor

Adulto Mayor, es el término con el que actualmente se designa a los mayores, término que se utilizara en el presente trabajo, éste fue introducido según Jacub, R. (2001), por las Naciones Unidas; considerando adulto mayor a toda persona que tenga más de 60 años. Este concepto se encuentra fundamentado en investigaciones sociodemográficas que toman como corte cronológico a la edad adulta los cambios de la condición laboral, acordada por la cultura del trabajo como principal factor de integración.

1.1 Diferentes terminologías

En nuestro contexto socio-cultural-histórico existe una amplia terminología utilizada y arraigadas entre la población asociadas al proceso de envejecimiento. Los términos “viejo” y “vejez”, pueden encontrarse específicamente utilizados en determinados ámbitos:

- Desde el punto de vista familiar: se designa “abuelo” a la persona cuyos hijos son padres y por tanto ocupa una determinada posición en la

jerarquía del linaje familiar. La etapa correspondiente sería la abuelidad. Hasta hace poco menos de dos o tres décadas esta persona era vista como entrada o bien entrada en el proceso de envejecimiento.

- Desde una perspectiva social: se los denomina “ancianos” y en consecuencia, se designa ancianidad a esta etapa. No obstante se desea resaltar lo negativo se les suele denominar “viejo” y a la etapa vejez. Frecuentemente cuando se les pregunta a los propios interesados cómo les gustaría que se les designara genéricamente, prefieren los términos de mayor o persona de edad con el objetivo evitar o minimizar las connotaciones negativas que llevan implícitas la palabra “viejo” y “anciano”. Sin embargo otros no ven en ello nada negativo.
- Desde un punto de vista laboral: la jubilación marca el final del ciclo ocupacional. A esta etapa se la denomina jubilación o retiro y a la persona “jubilado” o “pensionado”. En nuestro país, salvo raras excepciones, está establecida a los 65 años.
- Desde el punto de vista legal: la legislación utiliza la categoría “mayor de edad”, cualquiera sea después de los 21 años de edad. Actualmente se está realizando una modificación en la legislación para designar a los individuos mayores de 65 años a los que les afectan determinadas leyes, Adultos Mayores atendiendo también a este colectivo que puede ser sujeto de derechos y de deberes.
- Desde un punto de vista médico: la vejez ha sido considerada como la etapa que corresponde a la máxima expresión de deterioro. Denominan “senil”, a la persona mayor iniciada en un progresivo deterioro con probabilidad de fallo en el sistema, sería la etapa que corresponde a la vejez enferma física y/o mentalmente. Estos términos se usan asociados al envejecimiento biológico más que al envejecimiento psicológico o social.

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías:

Tercera edad: 60 – 74 años

Cuarta edad: 75 – 89 años

Longevos: 90 – 99 años

Centenarios Más de 100 años

Ancianidad, tercera edad, cuarta edad, senilidad, adulto mayor, personas mayores, jubilados, jóvenes de la tercera edad, añoso, gerente, viejo.

Algunos de estos términos provienen de la medicina, psicología, sociología y de la antropología. La vejez, como etapa vital, implica la concepción moderna basada en el reconocimiento de que esta fase de la vida, al igual que otros períodos vitales, tienen existencia evolutiva propia y que junto a algunas limitaciones, ofrece ciertas potencialidades efectivas definidas por las experiencias y recorridos históricos de las personas que lo viven (Liliana Cordero y otros 2003)

1.2 Cuatro décadas de senectud

Craig (1997), cita a Irene Burnside (1979), quien junto a sus colegas analizaron la senectud a partir de cuatro décadas:

Sexagenarios: de 60 a 69 años de edad. Menciona que en esta década se produce una importante transición, se comienza la adaptación a una nueva estructura de roles. El ingreso disminuye por la jubilación y mueren algunos amigos y colegas. La sociedad disminuye sus expectativas, pues exige menos dinamismo, independencia y creatividad, dicho autor sostiene que se

desmoraliza a los ancianos, sobre todo a quienes se mantienen sanos y fuertes. Muchos aceptan estas expectativas y responden reduciendo el ritmo de su vida, creando así una profecía que se autorrealiza.

Septuagenarios: de 70 a 79 años de edad. En la séptima década, franja que se ha tomado en la presente investigación, ocurre un cambio más importante que en las dos décadas anteriores. Según Burnside, la más importante tarea del desarrollo es mantener íntegra la personalidad que se consiguió en la década anterior. Muchos septuagenarios sufren pérdidas y enfermedades. Mueren más amigos y parientes. Además de la reducción de su mundo social, deben adaptarse a una menor participación en las organizaciones formales. A menudo muestran inquietud e irritabilidad. Los problemas de salud suelen agravarse en ésta década. Disminuye la actividad sexual de hombres y mujeres, muchas veces por la pérdida de la pareja. A pesar de todo muchos septuagenarios logran evitar los efectos mas serios de las discapacidades que a menudo acompañan a la senectud.

Octogenario: de 80 a 89 años de edad. A la mayoría de los octogenarios les resulta más difícil adaptarse e interactuar con el ambiente. Requieren ayuda para mantener contactos sociales y culturales.

Dice que en general las personas de más de 85 años son débiles. Pero su debilidad no significa necesariamente discapacidad ni dependencia total.

Las personas mayores de 85 años constituyen el segmento demográfico de mas rápido crecimiento.

Nonagenarios: de 90 años en adelante. Aunque los problemas de salud se vuelven más graves, los nonagenarios pueden modificar exitosamente sus actividades para aprovechar al máximo sus capacidades. Los cambios que moldean la vida del nonagenario ocurren en forma gradual y en un período largo. Si las crisis anteriores se resolvieron de manera satisfactoria, será una década alegre, sana y satisfactoria. Cabe mencionar además que quienes llegan a esta edad son a menudo personas mas sanas, más ágiles y activas que las que tienen 20 años menos (Perls, 1995), lo cual se debe a que han sobrevivido a las enfermedades y otros problemas que causan la muerte entre los sexagenarios y septuagenarios.

1.3 Envejecimiento

Según Vidal y otros (1995), el envejecimiento es un fenómeno común a todos los sistemas biológicos, expresión del paso del tiempo. Es un proceso continuo que, para algunos autores, se inicia en el momento de la concepción y se prolonga hasta la muerte. El envejecimiento primario, intrínseco al organismo, está determinado por factores genéticos. En algunas especies, sus efectos están reducidos al mínimo, es el caso de ciertos peces y reptiles que continúan creciendo aun después de haber alcanzado la edad adulta. El envejecimiento secundario es extrínseco y está determinado por factores ambientales.

El envejecimiento se distingue por su variabilidad, intraindividual e interindividual. Algunas personas envejecen más lentamente que otras y la edad cronológica puede diferir de la biológica. En un mismo individuo, los sistemas y órganos pueden envejecer a velocidades distintas. La comparabilidad en un grupo de nonagenarios es menor que entre niños de 1 año de edad, y toda investigación en poblaciones añosas enfrenta problemas relacionados con esa variabilidad. La diversidad de la población de ancianos también deriva de variaciones en sus grupos etáreos. Es propio de la definición de ancianos que incluya desde personas de 65 años a personas con 100 o más. La heterogeneidad de la experiencia del envejecimiento en los diferentes grupos está determinada por variaciones en su desarrollo psicológico, el diferente ritmo del deterioro biológico y los cambios sociales.

1.4 Perspectiva bio – psico – social del envejecimiento

Para la Dra. Adriana Ferrero (1998) Pensar la vejez como concepto implica operar conjuntamente con variables biológicas, psicológicas, sociológicas, antropológicas y filosóficas,

No es dable pensar el concepto aislado del contexto socio-cultural e histórico.

Sin embargo, a pesar de las particularidades culturales, de las marcas sociales y de los momentos históricos, hay un punto que es común a todos los hombres: cada hombre lleva consigo la impronta de su vejez a lo largo de a toda su vida.

En consecuencia se habla de vejez como proceso, y como tal, ligado a cambios desde el embrión.

Se entiende que la vejez es un fenómeno natural que corresponde al ciclo de la vida. Dicho fenómeno está compuesto por un conjunto de cambios y transformaciones, psíquicas, físicas, sociales, que se suceden en el tiempo, en forma gradual y natural.

Los autores que entienden al envejecimiento desde una perspectiva bio – psico – social, sostienen que hay tres tipos de envejecimiento funcional: el psicológico, el biológico y el social.

1) El envejecimiento biológico

El envejecimiento es un proceso inexorable, irreversible, definido por el impacto que el tiempo realiza sobre la biología.

Con el correr del tiempo, el material genético que compone el ADN (material genético) se desgasta, con lo que la producción celular disminuye en calidad y cantidad. Ése es el inicio del envejecimiento de las células y, con éste, de la declinación de las funciones orgánicas, sobre todo de las hormonales. Este proceso da origen a las transformaciones que sufre el cuerpo a nivel de los órganos, a partir del declinamiento de la frecuencia de la reproducción de células y la pérdida de las células que no se regeneran. Por ello, la particularidad de este proceso es que el envejecimiento biológico se desarrolla de adentro hacia fuera, siendo el envejecimiento físico una consecuencia del envejecimiento biológico.

Externamente este proceso se observa a través de las transformaciones y las disminuciones de ciertas características y funciones: regulación hormonal, el aspecto físico, la elasticidad de la piel, la habilidad física, la posibilidad de sobreponerse a ciertas enfermedades y condiciones climáticas. (Sistema inmunitario defensivo).

Según Knopoff (1997), si bien este ritmo de envejecimiento celular tiene unos tiempos y unos ritmos pautados que, de acuerdo con el estilos de vida y los hábitos, puede acelerarse y superar los signos de envejecimiento previstos para cada edad. El ritmo de este fenómeno es modificable y, lo que es muy importante, hay que tener en cuenta que esta ligado a la autonomía, a la plenitud y a la salud.

El envejecimiento biológico es acumulativo y gradual, y ocasiona recuperaciones más lentas ante una enfermedad, que en otra etapa de la vida. Sin embargo, es primordial aclarar que disminución no es sinónimo de

enfermedad, lo que es importante de tener en cuenta a la hora de pensar políticas de salud específicas para las personas mayores.

Desde una visión integral de las ciencias de la salud, concluye la idea diciendo: *“sabemos que no hay una única manera de envejecer. Hay casi tantas como personas. Porque depende de nuestra genética, de nuestras primeras experiencias de vida, de las que cotidianamente vamos adquiriendo, de nuestros valores, de lo que somos, decimos y hacemos, de nuestro entorno, de los vínculos que construimos, de los afectos o desafectos, de cómo nos conectamos con lo ordinario y lo extraordinario que nos ocurre, de nuestros objetivos de vida, de lo que comemos, de lo que hacemos y a lo que aspiramos, de las enfermedades que acarreamos, ...”*

2) El envejecimiento psicológico

El envejecimiento psicológico de una persona se refiere a la consecuencia de la acción del tiempo vivido y percibido por el individuo sobre su personalidad. Está determinado por una serie de transformaciones que se dan en las habilidades (motora, sensorial, mental), personalidad, motivaciones, sensaciones e impulsos y en la estructura de personalidad del sujeto frente a los eventos que trae consigo el envejecer.

El envejecimiento cognitivo se ha relacionado con una declinación natural y el cambio cualitativo de algunas de las funciones intelectuales (memorización, velocidad de ejecución) asociados a la capacidad de adaptación y aprendizaje a las nuevas o diferentes situaciones de la vida.

La vejez es un trabajo de construcción que el sujeto va realizando en su devenir histórico, a lo largo del proceso de envejecimiento. Dice la Dra. Zarebski (2005) *“...el ser humano no es sólo efecto de su cultura y de su biología, de lo que le provoca su medio social y le ocasiona el deterioro de sus*

funciones, sino que, al mismo tiempo, es un sujeto pro – activo, constructor de su cultura, de su cuerpo, de su historia y, por lo tanto de su modo de envejecer”.

La idea de la vejez como una construcción subjetiva se asienta en este postulado de la participación activa del psiquismo en la tarea de construir el propio curso vital en el que se conjugan, en una singular articulación, las expectativas sociales y la dimensión subjetiva. A partir de lo cual envejecer se constituirá en una labor constante y progresiva, en un intento de reencontrar el sentido de la propia identidad en la inscripción de las sucesivas transformaciones acaecidas en los ámbitos biológico, familiar y social.

La vejez se constituye en un momento de fractura de la continuidad identitaria para aquellos que, por alguna razón, no han podido anticipar los acontecimientos expectables del curso vital, en tanto secuencia inevitable internalizada en el proceso de socialización. (Acontecimientos como la jubilación, el alejamiento de los hijos del hogar, la viudez, etc.) Zarebski, G.. (2005).

La psicogerontología en cuanto disciplina que aborda la particularidad psíquica del envejecer, nos aporta nuevos conceptos respecto de los procesos psicológicos y la tarea de elaboración psíquica que supone el envejecer, sus características, modalidades y factores protectores y de riesgo que condicionan un envejecer normal o patológico.

En síntesis; el envejecimiento psicológico introduce múltiples manifestaciones que dependen tanto de la personalidad propia del individuo como de las reacciones de su entorno; es decir, cada individuo tiene su propia manera de envejecer, una forma peculiar de enfrentar la realidad de su vejez y de adaptarse y actuar dentro del marco largo del ciclo de vida, la interacción de los factores culturales, sociales e históricos, la situación de salud y los procesos de adaptación, van a determinar en gran parte los aspectos psicológicos del individuo que envejece.

3) El “envejecimiento social”. La vejez como construcción social

Si bien el envejecimiento en el hombre es un proceso “natural”, que tiene que ver con la finitud biológica del ser humano; esta vinculado a las actividades o interacciones que las personas tiene con la sociedad en especial, con las características del contexto socio – histórico – cultural que las que modelan, a partir de las representaciones y significados que se le otorga a la vejez.

Por ello se dice que los factores sociales actúan como moderadores del envejecimiento, con su impacto sobre el estado de salud y la situación de autonomía y/o de dependencia de las personas a medida que envejecen.

Numerosas investigaciones han abordado los aspectos sociales implicados en el proceso de envejecer; optando por los asuntos macroestructurales (producción, economía, etc.); o los aspectos micro sociales (familia, grupos, participación).

Sánchez Salgado, C. (2000) brinda una clasificación de las diversas teorías que, desde distintos paradigmas, intentan definir la complejidad que envuelve a la temática.

El medio social es lo que demarca el significado de la vejez en la vida de las personas; la cual puede experimentarse como negativa o positiva, un ejemplo de esto es la jubilación que divide a los activos de los pasivos. Los segundos “improductivos” están definidos socialmente como personas mayores de 65 años que no trabajan, que tienen que ser “sostenidos y mantenidos” por los miembros activos (productivos) de la sociedad o por los familiares que puedan satisfacer sus necesidades (alimento, abrigo, vivienda y recreación). Esto es un fantasma que existe hoy en día, como consecuencia del modo de producción.

Sin embargo la realidad social contradice esta afirmación en países que registran un alto porcentaje de desocupación, donde en muchas familias las

personas mayores son las que salen a trabajar, en los oficios aprendidos a lo largo de la vida. En este sentido se pueden observar dos realidades, la primera es que muchos de los trabajadores jubilados se vuelcan a actividades autónomas o informales, y segundo, muchas de las personas que perciben una jubilación o pensión se convierten en el sostén de la familia, transformándose en el único ingreso fijo. Lloyd Sherlock, P. (1999) sostiene que *“En algunos países en desarrollo, los pagos de pensiones regulares (no importan lo magras que sean) pueden brindar un importante fuente garantizada de ingreso mensual a las familias en las que los miembros más jóvenes se ven forzados a depender de los caprichos del empleo informal”*.

Concluyendo: las tres dimensiones del análisis que realizamos del envejecimiento se articulan entre sí, ninguna se puede analizar por separado. Es la conjunción de distintos procesos que viven todas las personas en diferentes momentos de sus vidas, no sucediendo en todas las personas por igual.

Sánchez Salgado (2000), en el paradigma del interaccionismo simbólico, toma a la teoría de la competencia y el fracaso social de Kuypers y Bengston (1973) y dice que *“el síndrome de fracaso o derrumbamiento social, se refiere al proceso mediante el cual los individuos psicológicamente vulnerables, reciben mensajes negativos de su ambiente social, los cuales a su vez son incorporados en la imagen propia de éstos”*.

Resalta que el imaginario social negativo de la vejez influye de manera desfavorable en la autoestima y autoconcepto de los adultos mayores, menciona también que los investigadores que fundamentaron esta teoría manifiestan que, para transformar lo mencionado, hay que crear apoyos sociales que se basen en la participación y autonomía, para que se pueda revertir esta situación de fracaso social que viven las personas mayores.

1.5 Envejecimiento poblacional

El envejecimiento de la población se ha constituido en uno de los grandes logros de la humanidad, pero al mismo tiempo está generando la aparición de una problemática sin antecedentes en las sociedades modernas.

El rápido crecimiento del grupo de adultos de más de 60 años que se ha experimentado en los últimos decenios se ha transformado en una preocupación para gran parte del mundo.

El envejecimiento poblacional constituye el aumento de la proporción de las personas que tienen más de 60 años con respecto al total de la población debido al descenso en las tasa de natalidad y de mortalidad.

Según Liliana Cordero y otros (2003) envejecimiento poblacional alude al proceso de cambio de la estructura por edades, con el aumento de la proporción de las personas a partir de los sesenta o sesenta y cinco años.

Según las proyecciones del Censo de Población y Vivienda realizado en el año 1991 en Argentina, para el período 2005-2010 se prevé una esperanza de vida que alcance los setenta y cuatro años. Los progresos de la medicina y el bienestar han logrado mejoras sensibles en la salud y las condiciones de vida de las personas de edad avanzada. El promedio de vida se ha elevado con la ayuda de la ciencia, la tecnología y la mejora en la calidad de vida.

Para Laura Caniggia (2009), los parámetros mundiales dicen que una nación está envejecida cuando sus ancianos representan más del siete por ciento del total de la población. Los habitantes argentinos mayores de 60 años duplican esa tasa; son el 13,8 por ciento, según las mediciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Indec) La cifra habla del tercer país más envejecido de América Latina.

Según cifras aportadas por el Indec, en 2001, el número de personas mayores de 60 años residentes en Argentina asciende 4.871.957. En 1960 el

porcentaje era de 3,3 %, en 2001, asciende al 13,3 %. En Mendoza se estima que alcanza en la actualidad el 14 % de la población.

La esperanza de vida actual es de 75,24 años en total, para los varones es de 71,56 y para las mujeres de 79,62.

Se observa una evolución creciente de la proporción de población argentina de 75 años y más, en el año 1975 representaba el 2,3 % de la población total, se espera llegue hasta el 8,4 % en el 2050. (CEPAL, 2003).

La vejez, como etapa vital, implica la concepción moderna basada en el reconocimiento de que esta fase de la vida, al igual que otros períodos vitales, tienen existencia evolutiva propia y que junto a algunas limitaciones, ofrece ciertas potencialidades efectivas definidas por las experiencias y recorridos históricos de las personas que lo viven (Liliana Cordero y otros 2003)

CAPÍTULO II

FAMILIA DEL ADULTO MAYOR

CAPITULO II

2. Familia y adulto mayor

2.1 Definición de familia

Al hablar del término de familia puede decirse que se trata de una de las instituciones más universales a pesar de sus diferentes formas según las diversas culturas a lo largo del tiempo. El concepto refiere a un grupo social determinado.

Fernández Moya (2000) propone actualizar la definición de familia que sugiere Rosalía Bikel, realizando un pequeño agregado a ésta (y/o relaciones de consanguinidad) , quedando la misma de la siguiente manera: *“La familia es un sistema organizado cuyos miembros unidos por relaciones de alianza y/o consanguinidad, sustentan un modo peculiar y compartido de leer y ordenar la realidad para lo cual utilizan información de adentro y de afuera del sistema y la experiencia actual-histórica de cada uno de sus miembros”*. De esta manera se puede incluir toda gama de nuevas organizaciones familiares, que pudieran no estar comprendidas si se las limita a la consanguinidad como factor esencial.

Cordero Liliana y otros (2003) refiere a la familia como *“un grupo social determinado, constituido por personas vinculadas por la sangre, el matrimonio, la adopción, que casi siempre comparte una residencia común, formas de cooperación económica, ayuda mutua, reproducción y cuidado de la descendencia y , por qué no, de la ascendencia (padres, abuelos, tíos).”*

En términos de Sáez Navarro (1996), lo anteriormente explicitado es aplicable a los adultos mayores y sus familias, tanto como grupo particular que se estudia en cada caso, como en función de los distintos modelos interaccionales que se generan y las diferentes formas que las familias adquieren y reflejan en las estructuras de las sociedades contemporáneas.

La investigación en la tercera edad, según los últimos estudios existentes en esta temática, ha centrado la discusión en los lazos familiares de la persona adulta mayor y en la viabilidad de esta estructura como una “...*red voluntaria en la que bajo ciertas condiciones pueden satisfacerse las necesidades sociales, físicas y emocionales de las personas...*” Camdessus (1995).

Todas las familias difieren entre si al medirse una serie de dimensiones tales como los estilos de vida, la fuerza de las relaciones, la competencia, la motivación, la movilidad social, los valores, la historia. Cada una de estas dimensiones da cuenta de la diversidad familiar.

En América Latina, la familia y las redes sociales han sido un importante sostén en la vejez, tanto transfiriendo directamente recursos económicos como proveyendo apoyo y asistencia en caso de enfermedades y de disminución de las capacidades físicas.

Por otra parte, los adultos mayores también han sido una importante fuente de ayuda, no solo en el cuidado de nietos, sino también transfiriendo recursos económicos y/o permitiendo el allegamiento de hijos y sus familias en sus viviendas.

En la medida en que las familias jóvenes han tenido más oportunidades de obtener una vivienda propia y que han podido independizarse de sus padres, es probable que los adultos mayores vivan más sin sus hijos. Así, han aumentado las personas de la tercera edad que viven únicamente con sus parejas o solos, como es el caso del grupo que se tomo como muestra en esta investigación.

Estos cambios pueden redundar en las mayores o menores posibilidades que tienen los adultos mayores de contar con recursos humanos que les ayuden a enfrentar los principales cambios que les ocurren al

envejecer, por ejemplo, el deterioro de sus condiciones de salud, la disminución de sus ingresos y el aislamiento o soledad que sufren al dejar de trabajar o al perder la pareja.

La disponibilidad y uso de tales recursos dependen de las relaciones que las personas establecen con el entorno. *“En la medida en que las personas de la tercera edad cuenten con recursos de apoyo familiar, dados tanto por la presencia inmediata de miembros en su hogar como por los intercambios que establecen con familiares que viven fuera de éste, demandarán diferentes recursos de apoyo societal, públicos o privados.”*(Maria Soledad Herrera y otros, 2008).

Ello, bajo el supuesto que culturalmente para los adultos mayores la familia es vista como la principal entidad encargada del cuidado, proveedora de ayuda material (servicios) y de apoyo psicosocial a sus miembros.

A lo dicho debe agregarse, pese a que cada vez hay más hombres participando en roles de cuidado de familiares, que las mujeres siguen siendo las principales cuidadoras de las personas de edad avanzada. Esto plantea la paradoja de que mientras se incrementa su participación laboral —con la consiguiente menor disponibilidad de tiempo libre—, aumenta la proporción de adultos mayores, los que por vivir más años tienen mayor probabilidad de requerir cuidados especiales (Daatland, 1990).

Se puede observar que en los últimos años la familia ha cambiado de manera significativa y que según Camdesessus (1995) *“...dos circunstancias han mediado en este cambio: la primera está representada por los cambios demográficos que implican el crecimiento de la longevidad, la menor presencia de nacimientos y las estructuras familiares en las que están presentes varias generaciones. La segunda es el incremento de la diversidad en los tipos de familia, en las normas y en los comportamientos, dando como resultado una significativa heterogeneidad en las situaciones de los ancianos en relación con sus familias...”*

2.2 La importancia de los vínculos de apoyo en el anciano deprimido

La relación afectuosa y de apoyo es quizá una de las cosas que mas influye en el proceso de mejora del deprimido.

Los deprimidos que tienen un buen amigo o un cónyuge que les apoya incondicionalmente y con sabiduría (que le sabe querer, pero también criticar en o que es necesario) encuentran un instrumento similar al de la psicoterapia, y tal vez jueguen un papel tan importante que ni siquiera sea necesario un tratamiento profesional.

2.3 Cambios familiares en las últimas décadas

"La familia satisface una variedad de necesidades para sus componentes: físicas (alimentación, vivienda, cuidado de la enfermedad), psíquicas (autoestima, afecto, amor, equilibrio psíquico) y sociales (identificación, relación, comunicación, pertenencia al grupo). La satisfacción de estas necesidades ha variado profundamente en las últimas décadas con el tránsito de una sociedad agraria a una sociedad urbana industrializada." (R. Moragas, 1991, pp.137).

Zarebski, G. (1999) escribe que la organización de la familia tradicional, vigente hasta bien entrada la segunda mitad del siglo veinte, en la cual predominaba aún la subordinación entre generaciones y entre géneros, tuvo significativos cambios.

Los jóvenes debían acatar normas, valores y mandatos impuestos desde los mayores. Las mujeres, por su parte, los provenientes de padres y esposos, sin posibilidad, salvo excepciones, de cuestionamientos.

Para la mujer no había lugar más importante que su hogar ni otra función en la vida que cuidar de los suyos, desde sus niños, pasando por su esposo, hasta sus mayores.

De modo que hasta hace unas décadas, si algún padre o madre, incluidos los tíos, se volvían dependientes, era una tarea inherente a las mujeres más jóvenes de la familia hacerse cargo de su atención y cuidado. No contaban las hijas con otras expectativas ni tenían muchas oportunidades para hacer otra cosa. Tampoco existían las múltiples propuestas de actividades y atención para los mayores con las que se cuenta hoy y que surgieron justamente para responder a la nueva realidad.

Las variaciones en el cuidado familiar de las personas mayores puede entenderse desde las modificaciones sociales que se han venido produciendo a lo largo de los últimos cincuenta años y que han supuesto transformaciones importantes en el sistema de vida familiar, estos cambios han afectado considerablemente a la situación, necesidades y atención de los miembros que la componen. De las últimas décadas, respecto de la familia, podríamos destacar:

- La modificación de la posición de las mujeres en la sociedad con su participación en el ámbito público y el mundo laboral.
- Reducción en el tamaño de la familia con una clara tendencia progresiva hacia el modelo nuclear.
- Inestabilidad de la institución familiar: duración no siempre prolongada del matrimonio, uniones de hecho, cambios de pareja etc.
- Aumento de la esperanza de vida y baja natalidad.

Gascón, Silvia (2004) acota que la inserción de la mujer en el mundo del trabajo, el aumento de la expectativa de vida, la verticalización de las familias donde coexisten varias generaciones, hijos, nietos, abuelos, bisabuelos, el incremento de hogares conformados solo por adultos mayores, hacen que cada vez sea más difícil que las familias sigan cumpliendo los tradicionales roles de

cuidadores, así como se observan dificultades en el ejercicio de su indispensables rol en la contención afectiva y de protección que los mayores requieren.

Para Montse Fornós Esteve (1996), el cambio social inició el tambaleo de los valores vinculados a la familia tradicional y al reparto de papeles en su seno. Estos factores de cambio, unidos a una mayor calidad y esperanza de vida, hacen que el planteamiento del cuidado de las personas mayores sea fuente de preocupación para los servicios sociales y la administración. Las evoluciones sufridas dentro de la familia han implicado también una serie de cambios relativos a la atención en la vejez.

Ahora bien, aunque algunas de las necesidades de la familia (educación reglada, curación de la enfermedad, cuidado de los ancianos...) las cubren organizaciones que son ajenas a ella, las decisiones básicas se siguen tomando en el seno de la misma (Moragas, 1991). Las familias deciden a qué colegio asistirá su hijo o si es conveniente institucionalizar a un miembro de la misma para su cuidado. No podemos obviar que la familia juega un papel fundamental en la toma de decisiones que afecta a alguno de sus miembros.

Cuando se ha pensado institucionalizar al anciano para su cuidado, excepto en casos puntuales, es la familia quien ha tomado la iniciativa de tal decisión.

Se escucha muy a menudo una polémica que surge de la cuestión de si el anciano está mejor atendido en casa o en la residencia. Como en toda polémica, hay diversos puntos de vista y muchas valoraciones a hacer, quedando la posibilidad dicotómica de "sí" o "no" descartada por completo. No se trata de "sí" o "no", quizás, como sugiere Pilar Rodríguez, el lema más ajustado sea: *"en casa mientras sea posible, en la residencia cuando sea necesario"*.

2.4 El abuelo en la familia.

*El abuelo
El niño mira al abuelo,
y lo invita a su jugar,
dolorido esta el abuelo,
pero acepta, sin chistar.*

*Cuando pasan los minutos,
el viejo siente el jugar,
que ya no le duele tanto,
lo que le hacía penar.*

*Y entonces ...
entonces son carcajadas
las que se escuchan de a par,
de ese nieto y ese abuelo,
que disfrutan por igual*

Ramón de Almagro

Dice Zarebski G. (1999), que los vínculos familiares sanos permiten a sus miembros incorporar y valorar el aporte de los abuelos. No sólo como proveedores de cuidados, sino también como transmisores de la historia familiar.

Los abuelos les permiten a los nietos interiorizarse acerca de las diferencias entre las generaciones a través de historias que se relatan con o sin palabras. Más allá de las cargas genéticas, son transmisores de la genealogía familiar.

Para los abuelos, sus nietos son, como se suele decir, el interés del capital invertido. Esas vidas nuevas que los reafirman en su identidad y vienen a renovar sus esperanzas, hacen que el tiempo que comparten con ellos

adquiera cualidades especiales. Al estar mediado este vínculo por los padres y no tener que hacerse cargo de ellos en el día a día, resulta menos conflictivo, pudiendo compartir otras sensaciones, con distinto valor afectivo y como una nueva oportunidad para seguir creciendo y re-creándose.

2.5 El cuidado de los más ancianos

Los adultos mayores que son independientes y se valen de ellos mismos tienen mayor autoestima y están más satisfechos con la vida.

En general hay una tendencia que el cuidado recaiga sobre el hijo del mismo sexo.

Según las culturas, la responsabilidad filial que dicta a los hijos cuidar a sus padres en la ancianidad se manifiesta de distintas formas: ayudarlos, hacerles las compras, vivir juntos, o hacer arreglos para que alguien los atienda.

La vida actual va modificando todo esto y ante la imposibilidad de que cónyuges, hermanos o hijos los atiendan, surgen cada vez más instituciones para el cuidado de los ancianos, lo que provoca muchas veces que el anciano se sienta solo y abandonado, y la familia experimente culpabilidad.

Si la atención en el centro es adecuada, se observan ventajas como la proximidad de coetáneos y la posibilidad de nuevas amistades, aumenta la participación social y se retrasa el desligamiento. (Guy R. Frangois, 2001)

2.6 El anciano y el funcionamiento de la familia

Según Lukas (1983), citada por Zarebski, dice que *“La familia es tanto más estable y más sana cuanto más capaces sean sus diferentes miembros de armonizar sus funciones (familiares) con las circunstancias de los otros”*.

Dentro de un sistema acontece que cuando uno de sus miembros altera su funcionamiento, esa alteración incide decididamente sobre el sistema como totalidad.

Una crisis grupal afecta sobre la individualidad y ésta sobre la primera.

Este círculo puede ser virtuoso cuando esa afectación es positiva y vicioso, cuando la afectación es negativa y por ende agrava o cronifica el conflicto. La familia del anciano es una estructura que él mismo ha elaborado, siendo de alguna manera responsable del tipo de dinámica funcional a la que pertenece.

Las dificultades a las que suelen enfrentarse las familias con un miembro anciano dependiente, y las alternativas que se presentan son:

- Incorporar al viejo al hogar de un hijo.
- Transferirlo a un hogar o residencia: institucionalización.
- Que viva solo.
- Contratar a alguna persona para que conviva y lo atienda.

Para resolver esta cuestión deberá considerar:

- La situación del anciano (la convivencia con un anciano demenciado o postrado, no es sencilla).
- Si el anciano no quiere ser una carga para sus hijos y desea vivir solo.
- Si el anciano no desea vivir solo y, de alguna manera, busca depender del grupo familiar.

- Si el anciano no quiere abandonar su casa por los recuerdos o significados que ésta pueda guardar para él o ella.
- Otras circunstancias.

Esta autora plantea que por lo general, necesitan incrementar los contactos familiares los ancianos que atraviesan situaciones de: viudez, salud deficiente, economía forzada, ausencia de participación extra-familiar, intereses restringidos, mujeres que han vivido solamente para su familia.

En cambio, no suele tener necesidad de mayor interacción padre-hijo, el anciano que tiene capacidad para vivir independientemente (sin problemas graves de salud ni restricciones económicas y que percibe su vida como estimulante, manteniendo amplios intereses).

Según García Pintos (2005). En el modo que la familia encare y resuelva estas situaciones, se verá reflejada la modalidad familiar, que podemos clasificar en *maduras e inmaduras*, según la posibilidad de manejo armónico o no de los recursos que hacen a su estructura.

Pertenecer a un sistema u otro afectará sensiblemente la posibilidad de resolución que tiene el anciano de resolver las cuestiones de su envejecimiento.

Según sea el caso, se establecerá entre el anciano y la familia, un tipo de vínculo que facilitará o entorpecerá el tránsito por esa etapa de la vida, de acuerdo a cuál sea la función cumplida por el viejo dentro del grupo:

- Diferenciada
- Orbital
- Integrada

Situación familiar del anciano

Situación familiar del anciano		
ANCIANO		
1.- Con función DIFERENCIADA	2- Con función ORBITAL	1- Con función INTEGRADA
<p>a) <i>privilegiada</i> el anciano es eje, centro de la dinámica</p> <p>b) <i>inhibida</i> el anciano es sobreprotegido. Rol sin rol.</p> <p>Peligro de “neurotización” del anciano y del sistema familiar</p> <p>INESTABILIDAD</p> <p>En lucha permanente por mantener el rol. Dependencia porque necesita ser sostenido por el clan.</p> <p>ANCIANO/LIBERTAD</p> <p>Sin libertad.</p> <p>Por ser totem, no se anima a hacer y ser él mismo, sino a través del clan.</p> <p>Sin libertad.</p> <p>Es sofocado. Es sobreprotegido y no lo dejan hacer y ser él mismo.</p>	<p>Con función orbital en la dinámica del sistema familiar.</p> <p>En peligro de ser abandonado o separado.</p> <p>La indiferencia del grupo debilita al anciano.</p> <p>Con demasiada libertad, no sabe/no puede usarla convenientemente.</p>	<p>Con función integrada en la dinámica del sistema familiar.</p> <p>Con posibilidades de desarrollo y crecimiento.</p> <p>Reforzamiento de los recursos del anciano.</p> <p>Con normal margen de libertad y continencia.</p>
<p>VÍNCULO INESTABLE</p> <p>Familia tipo clan. Familia sobreprotectora.</p>	<p>VÍNCULO INEFICAZ</p> <p>Familia abandonica y distante.</p>	<p>VÍNCULO ESTABLE Y EFICAZ</p> <p>Familia normal.</p>

De acuerdo con esta clasificación, se ve habitualmente que si los miembros no han participado de la vida y dinámica de la familia, muy probablemente cada uno se ocupe de su propia situación de vida y ni siquiera tome conciencia de la situación del otro. Es el caso de las *familias distantes y abandonadas*.

En otros casos, se trata de sistemas que acompañan al individuo hasta llegado el momento de su crisis y a partir de allí es como que se desprendieran de él y negaran su crisis. Podría ser el caso de *familias clan*. En ellas, siguiendo a Pecheny (1982), ante la enfermedad del anciano adoptan conductas burocráticas para su atención y la delegan en terceros. Lo prefieren muerto antes que inválido.

Pero también hay grupos familiares que, a pesar de la conmoción que sienten ante la crisis del anciano, pueden acompañarlo, sin negar la situación ni dramatizarla, ayudando al otro a encontrar salida a tal estado, como sería el caso de las *familias maduras o normales*.

2.7 Situación familiar del anciano

Dice García Pintos (2005), que conocer la diferencia entre estas dinámicas familiares y su correlación con la elaboración de las crisis por el envejecimiento de uno de sus miembros nos permitirá intervenir. El asesoramiento, esclarecimiento a la familia del anciano deberá hacerse procurando la reducción y manejo de la tensión; y facilitando en el mayor de los casos la facultad de elegir y decidir libre y responsablemente en tanto pueda.

Habitualmente se la encuentra a la familia movilizada, no sólo por la problemática del viejo, el paso del tiempo y su nueva situación evolutiva, sino también por la presencia de otras crisis, en otros miembros del sistema, las cuáles en muchas ocasiones son solapadas.

Lejos de asumir las propias crisis, esas vivencias críticas son proyectadas sobre la situación del anciano, quien pasa entonces a ser el depositario universal de la movilización que puede estar produciendo:

- Las crisis por el envejecimiento del padre.
- La crisis por la mediana edad de los hijos.
- La crisis por la adolescencia de los nietos.

Recalca que es importante trabajar con los convivientes en primer lugar y especialmente con los integrantes del sistema que deseen hacerlo y que respondan a la invitación o propuesta de trabajo, los aspectos que puedan establecerse como elementos positivos o facilitadores del cambio a favor de mejorar la situación del anciano. Apelar a la búsqueda de alternativas y propuestas que brinden al viejo y a sus familiares la posibilidad de mejorar su calidad de vida, sin sobrepasar límites con relación a lo que cada uno está dispuesto a ceder y es capaz de hacer.

Al abordar el tema del lugar y función del viejo en la familia, de informar a sus integrantes acerca de lo que el envejecer comporta, no solo desde lo físico y psíquico sino también desde lo cultural.

2.8 La familia como sostén

Gascón Silvia (2004): dice que atentos a los cambios que se observan en las estructuras familiares resulta necesario seguir reconociendo su indispensable rol en la satisfacción de las necesidades de afecto, pertenencia y autoestima.

La estructura de la familia y las funciones que ésta asume de acuerdo a las pautas culturales predominantes en la sociedad, constituyen aspectos decisivos del grado de contención afectiva y protección que los mayores

encuentran, por lo que la permanencia de los ancianos en su medio familiar y social, es una de las fuentes fundamentales para el logro del bienestar de las personas de edad avanzada.

La participación en tales redes familiares y sociales permitirá que sigan aportando sus experiencias de vida, sus interminables cuotas de cuidados y afecto, e incluso en muchos hogares su contribución económica.

Es necesario reconocer que a las familias no se les puede exigir el cumplimiento de más roles de los que realmente pueden asumir.

La sobrecarga a veces también produce maltrato y la fantasía del hogar donde reina el afecto y la comprensión se transforma en un sitio hostil y violento. Será necesario incorporar nuevas estrategias que ayuden a las familias con programas de respiro, a través de cuidadores formales, apoyo y entrenamiento para los familiares, centros y clubes de día son alternativas útiles y urgentes de implementar.

CAPITULO III

RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

CAPITULO III

3. Residencias geriátricas

“Todos los progresos científicos han agregado años a la vida, pero no vida a los años. En el futuro habrá más viejos que requieran internación en un geriátrico”, dice el psicogerontólogo Leopoldo Salvarezza (1998).

La mayoría de los seres humanos nacen, viven y mueren en un contexto familiar nuclear y en la vivienda que sirve de nicho para eso que se llama hogar. A lo largo de la vida existen pocos individuos que hayan de ser institucionalizados y que tengan que salir de su contexto familiar; cuando esto ocurre se vive como algo transitorio, algo que pasará una vez que pasen las razones (casi siempre reversibles) que han llevado al individuo fuera de su hogar. Sin embargo, durante la vejez cambian estas pautas culturales y con bastante mas frecuencia las personas se trasladan a una residencia, incluso, uno de los más extendidos estereotipos o creencias irracionales sobre la vejez es que la mayor parte de los mayores habitan en residencias (Palmore, 1988).

Rocío Fernández Ballesteros y María Dolores Zamarrón, (1998), señalan que vivir en el propio domicilio o trasladarse a un geriátrico son alternativas para los mayores de 65 años, sin embargo, mientras que para algunos la decisión es libre para otros se convierte en una necesidad inexcusable: la enfermedad crónica, la discapacidad funcional, la soledad, parecen ser razones que obligan al individuo a dejar su domicilio y aunque éste ya no sea el marco físico de una familia continúa siendo el “hogar” para el individuo (por muy deteriorado que se encuentre y muy poco confortable que pueda ser) y su pérdida (aunque sea para trasladarse a una lujosa institución) parece ser vivida con dolor.

José Buendía y Antonio Riquelme (1998), sostienen que es importante el incremento experimentado por el grupo de personas con edad especialmente avanzada, unido a la frecuente presencia de problemas funcionalmente incapacitantes, plantea cada vez mas una serie de demandas , que desbordan la capacidad de respuesta familiar, y a la que el sistema social debe dar cumplida respuesta. Respuesta que hasta el momento ha sido en muchos casos la residencia geriátrica, y que a pesar de las numerosas críticas surgidas en los años 1980 contra la institución geriátrica , el incremento del número de personas de edad especialmente avanzada, junto a otros factores de diversa índole , hace que la residencia para ancianos siga presentándose como la opción preferente en la actualidad para un grupo muy concreto de ancianos caracterizados por un alto nivel de dependencia funcional, necesidad continuada de cuidados, y déficit en recursos de apoyo informal. Sostiene el autor, que existe un elevado coste psicológico tanto para el anciano como para su familia, en tanto que la incorporación del anciano a una institución geriátrica supone, queramos reconocerlo o no, su extracción del medio social que le es propio, para ubicarle posteriormente en un ambiente artificial integrado exclusivamente por personas de su misma edad.

Buendía y Riquelme (1997), indican que el ingreso en una residencia para ancianos puede suponer uno de los cambios capaces de generar mayor estrés. De acuerdo con la teoría del interiorismo biográfico (Rowles, 1990) el hogar del anciano adquiere connotaciones que subjetivamente trascienden la realidad de un mero espacio físico. A través de los años y de las experiencias vividas en el entorno familiar, las distintas partes de la casa han sido impregnadas de recuerdos y emociones que pueden actuar a modo de testimonio vivo, en el que sen encuentran todos aquellos objetos y posesiones que unen al anciano con su pasado. Abandonar la casa familiar supone abandonar el escenario donde se desarrollaron partes importantes de su propia vida, conllevando por lo tanto una especie de renuncia, que en muchos casos puede resultar muy dolorosa.

Por otra parte, el ingreso a una residencia geriátrica supone una forma de reubicación especialmente dura y difícil de elaborar. Cuando el anciano deja

su casa para ir a vivir con algún familiar, sigue teniendo a su alcance personas que le conocen y que le recuerdan a cada gesto quién es, cómo es, y quién fue. El conocimiento que familiares directos y amigos tienen sobre aspectos distintos de su biografía refuerza el reconocimiento de sí mismo, otorgando con esto una coherente continuidad a su identidad personal. Unido a esto, las expectativas de hijos políticos y nietos, respecto al comportamiento del anciano, constituyen una orientación importante para que éste interiorice y asuma los nuevos roles que debe desempeñar. La opción de ir a vivir con la familia supone de alguna forma la obligación para el desarrollo personal continuado, a partir del reconocimiento de unas bases establecidas.

El ingreso en una residencia geriátrica, a diferencia del traslado que supone ir a vivir con un familiar, lleva consigo la incorporación a un ambiente tan extraño como artificial, en el que el anciano, antes que cualquier otra cosa, es un desconocido. Por otra parte, la institución geriátrica en tanto que institución es, no lo olvidemos, un centro que debe necesariamente regirse por una serie de normas, acrecentando con esto la pérdida de sentido de control personal en los nuevos usuarios. No resulta por lo tanto extraño que el recién ingresado se desoriente ante el desafío impuesto por la nueva realidad a la que se debe adaptar (Riquelme y Buendía, 1997).

De acuerdo con Tobín (1989), los efectos del ingreso en una residencia geriátrica comienzan a dejarse sentir con anterioridad al instante mismo de la admisión, desde el momento en que su materialización es considerada como una "amenaza". Este autor describe los primeros esfuerzos de adaptación al ámbito residencial como "síndrome del primer mes" algunos residentes recuperan su nivel funcional previo a la admisión, mientras que otros continúan un progresivo deterioro hasta el momento de su muerte.

Salvarezza cita a Dohrenwend (1980) quien elabora el concepto de desmoralización, con el que se pretende describir una situación bastante común de ancianos que viven en residencias, caracterizada por una baja autoestima, problemas psicofisiológicos, tristeza y otras características depresivas que no llegan a constituir una depresión clínica.

CAPÍTULO IV

AUTOESTIMA

CAPITULO IV

4. Autoestima

"El peor de los males que le puede suceder al hombre es que llegue a pensar mal de sí mismo"

Goethe

Un adecuado nivel de autoestima es la base de la salud mental y física del organismo. El concepto que tenemos de nuestras capacidades y nuestro potencial no se basa sólo en nuestra forma de ser, sino también en nuestras experiencias a lo largo de la vida. Lo que nos ha pasado, las relaciones que hemos tenido con los demás (familia, amigos, etc.), las sensaciones que hemos experimentado, todo influye en nuestro carácter y por tanto en la imagen que tenemos de nosotros mismos.

4.1 Definición de autoestima

Para Branden, Nataniel (1987) La autoestima corresponde a la valoración positiva o negativa que uno hace de sí mismo. Se refiere a cómo la persona se ve a sí misma, lo que piensa de ella, cómo reacciona ante sí. Es

una predisposición a experimentarse como competente para afrontar los desafíos de la vida y como merecedor de felicidad.

El modo como nos sentimos con respecto a nosotros mismos afecta en forma decisiva virtualmente todos los aspectos de nuestra experiencia, desde la manera en que funcionamos en el trabajo, el amor, el sexo, hasta nuestro proceder como padres y las posibilidades que tenemos de progresar en la vida.

Nuestras respuestas ante diversos acontecimientos dependen de quiénes y qué pensamos que somos. Los dramas de nuestra vida son los reflejos de nuestra visión íntima de nosotros mismos. Por lo tanto, la autoestima es la clave del éxito o del fracaso.

También es la clave para comprendernos y comprender a los demás.

De todos los juicios de que somos objeto, ninguno es tan importante como nuestro propio juicio. La autoestima positiva es el requisito cardinal de una vida plena.

La autoestima tiene dos componentes: un sentimiento de capacidad personal y un sentimiento de valor personal, en otras palabras, "*la autoestima es la suma de la confianza y el respeto por sí mismo*". Branden (1987).

Desarrollar la autoestima es desarrollar la convicción de que uno es competente para vivir y digno de ser feliz, y por lo tanto equivale a enfrentar la vida con mayor confianza, benevolencia y optimismo, lo que nos ayuda a alcanzar nuestras metas y experimentar la plenitud. Desarrollar la autoestima es ampliar la capacidad de ser felices.

Según Connie Palladino,(1992). *La autoestima es un estado mental. Es la manera como una persona se siente y piensa respecto de sí mismo y de los demás, y se puede medir por la manera como actúa.*

La autoestima también se puede definir como su sistema interno de creencias y la manera como experimenta externamente la vida.

La expresión "autoestima elevada" se relaciona con tener un sentido positivo del propio valor inherente como persona. Esta autora dice que la autoestima está constituida por sentimientos aprendidos y pensamientos positivos que reflejan una actitud positiva de "puedo lograrlo" en oposición a una actitud pesimista de "no puedo hacerlo".

Según esta autora la clave para alcanzar una autoestima elevada es la disposición para asumir la responsabilidad de los sentimientos, deseos, pensamientos, aptitudes e intereses propios, a aceptar los atributos personales en general y actuar en consecuencia.

La autoestima no es un estado fijo o rígido. Cambia, en relación con las experiencias y sentimientos.

Cilauro, Claudia (2006) cita a Stanley Coopersmith (1967) que define la autoestima como *“La evaluación que realiza un individuo sobre sí mismo, expresando una actitud de aprobación o desaprobación e indica la medida en que el individuo se cree capaz, significativo, con éxito y merecedor.”* En síntesis, “la autoestima es un juicio que realiza el individuo sobre el merecimiento, que se expresa en la actitud que mantiene éste hacia sí mismo.

Es una experiencia subjetiva que el individuo trasmite en forma verbal o mediante la conducta abierta.”

4.2 Diferencias entre autoestima y autoconcepto

Según Papalia, (2001). Define al autoconcepto como la imagen que tenemos acerca de nosotros mismos. Es lo que pensamos acerca de quienes somos, la imagen general de nuestras capacidades y rasgos.

Branden, (1953) sostiene que el autoconcepto se refiere a las ideas, creencias e imágenes de un individuo sobre sus rasgos y características, obligaciones y habilidades, limitaciones y capacidades (reales o imaginarias). El autor postula que, definido de esta manera, es más amplio que la autoestima: el autoconcepto contiene a la autoestima como uno de sus componentes.

A diferencia del autoconcepto que nos dice quienes somos y lo que podemos hacer, la autoestima incorpora un elemento evaluativo, indica si nos vemos bajo una luz positiva o negativa. El autoconcepto y la autoestima son la base fundamental para que el ser humano desarrolle al máximo sus capacidades.

4.3 Factores familiares y sociales relacionados con la autoestima

La autoestima además de aprender a querernos y respetarnos, es algo que se construye o reconstruye por dentro. Esto depende también del ambiente familiar en el que hayamos crecido y en el que estemos, y los estímulos que éstos nos brinden.

La merma de la autoestima está ocasionada, en gran parte, por reacciones emocionales negativas. Hoy en día no resulta fácil llegar a la edad adulta con un alto sentido del propio valor debido a los numerosos factores que entran en juego en este mundo tan complicado.

Experiencias infantiles desafortunadas, críticas de padres, maestros y compañeros, o de la sociedad en general: todos estos elementos pueden ocasionar sentimientos de inferioridad y pobre autoestima. Si estos sentimientos son reforzados por patrones negativos de creencias, pueden crear hábitos, y la autoedesvalorización puede llegar a convertirse en la norma de vida de una persona.

Conforme nos vamos haciendo adultos, dependemos de los demás para tener una referencia de nuestra propia importancia. Los sentimientos y patrones de pensamiento negativos pueden llegar a convertirse en poderosas ilusiones de la verdad. Las consecuencias físicas, emocionales y psicológicas influirán en nuestro pensamiento y la mente formará juicios de valor. (Connie Palladino, 1992)

4.4 Necesidad de autoestima

Para González L. J. (1987). No puede haber autoestima si el individuo percibe que los demás prescinden de él.

Según Branden, el modo en que las personas se experimentan así mismas influye sobre cada momento de su existencia. Su autoevaluación es el contexto básico dentro del cual actúan y reaccionan, dentro del que eligen sus valores, fijan sus metas, se enfrentan a los retos de la vida. Sus reacciones a los acontecimientos están conformadas, en parte, por quienes son y quienes creen que son, o por el grado de competencia y dignidad que creen poseer. De todos los juicios que emitan en su vida, ninguno es más importante que el emitan sobre sí mismos. Decir que la autoestima es una necesidad humana básica supone decir que contribuye de un modo esencial al proceso vital, que es indispensable para un desarrollo normal y sano; que tiene valor de supervivencia.

Cuando el grado de autoestima es bajo, disminuye la resistencia frente a las adversidades de la vida. Tienen a sentirse más influidos por el deseo de evitar el dolor que por el de experimentar la alegría. (Branden, 1984). Esto no quiere decir que sean necesariamente incapaces de alcanzar ciertos valores auténticos. Sin embargo, las personas que tienen una autoestima pobre serán menos eficientes de lo que podría serlo potencialmente, esto también implica que estarán limitados en su capacidad de que sus logros produzcan alegría. Nada de lo que hagan les parecerá suficiente.

El autor postula que aquellos que manifiestan una confianza realista en su mente y valores, aquellos que se sienten seguros de sí mismos, tienen a experimentar el mundo como algo accesible a ellos, y a reaccionar adecuadamente a los desafíos y las oportunidades que se les presenten.

La autoestima inspira a las personas a conseguir cosas y les permite sentir placer y orgullo por los logros obtenidos. Les permite experimentar la satisfacción. Una autoestima elevada busca el reto y el estímulo que suponen unas metas dignas y exigente. Alcanzar estas metas alimenta la sana autoestima.

Un bajo nivel de autoestima se decanta por la seguridad de lo familiar, lo que no exige apenas nada, lo cual a su vez debilita la autoestima.

Cuanto mas elevada sea la autoestima, mas probable será que sus relaciones sean abiertas, honestas y correctas, lo cual refuerza el autoconcepto positivo. Cuanto más bajo sea el grado de autoestima, más confusa, evasiva e inadecuada será su comunicación con los demás, debido a su incertidumbre sobre sus propios pensamientos y sentimientos o por temor a la reacción del oyente. Esto, a su vez, hace que disminuya la experiencia positiva de uno mismo. (Nathaniel Branden, 1987).

Maslow, decía que las necesidades forman una jerarquía, donde las necesidades, inmediatamente superiores van apareciendo, cuando las inferiores han sido suficientemente satisfechas.

Esta jerarquización, puede ser representada gráficamente, por medio de un triángulo, en cuya base se situarían las conductas instintoides, pasando por las necesidades fisiológicas, de seguridad, de afecto y afiliación, de estimación, para colocar en el vértice superior las necesidades de autorrealización.

Las necesidades son:

1- Necesidades fisiológicas:

Estas, poseen un valor primordial de supervivencia, que se patentiza en la necesidad de alimento, sueño, actividad sexual, alivio de dolor y de desequilibrios fisiológicos. Si todas las necesidades humanas dejan de ser satisfechas entonces las necesidades fisiológicas se convierten en la prioridad más alta. Si se le ofrecen a un humano soluciones para dos necesidades como

la necesidad de amor y el hambre, es más probable que el humano escoja primero la segunda necesidad, (la de hambre). Como resultado todos los otros deseos y capacidades pasan a un plano secundario.

2- Necesidades de seguridad.

Cuando las necesidades fisiológicas son satisfechas entonces el ser humano se vuelve hacia las necesidades de seguridad.

Éstas son referentes a la conservación del estado adquirido, como la necesidad de estabilidad, de protección, de ausencia de peligro, de orden y de un futuro previsible. La falta de instituciones o reglas que apoyen la satisfacción de las necesidades de seguridad, pueden provocar miedo a la libertad, vulnerabilidad, indefensión, ambigüedad y confusión.

3- Necesidades de afecto y afiliación:

Tiene que ver con las necesidades de amigos, compañeros, de una familia, de identificación con un grupo, de intimidad con un miembro del sexo opuesto, éstas no revisten las mismas características en las distintas etapas de la vida, niñez, adolescencia, madurez y senectud.

4- Necesidades de estimación:

Este grupo de impulsos se divide en necesidades de **autoestima** (la que en este trabajo nos interesa) y de **heteroestima**. La autoestima incluye confianza del individuo en si mismo, aprecio de si mismo y aceptación de si

mismo. La heteroestima se manifiesta en necesidad de respeto, de confianza, basada en la búsqueda de opinión de los demás y de admiración. La relación entre ambos tipos de motivaciones es tan estrecha, que el deterioro en las necesidades de autoestima, implica también desajustes en la percepción de la estima ajena.

5- Necesidades de autorrealización:

Éstas consisten en el desarrollo de todas las posibilidades del individuo.

Entre estas necesidades podemos mencionar: necesidades de realizar las capacidades personales, desarrollo de sus posibilidades personales, dedicación a aquello para lo que está más capacitado, desarrollo y expansión de metanecesidades (descubrimiento de la verdad, curiosidad cognoscitiva, creación de belleza, construir orden y promover la justicia). Gran parte de las personas no pueden llegar a experimentarlas.

Podemos notar la importancia que le da Maslow a la autoestima, él también expresa que la persona autorrealizada acepta la realidad de sí misma y de las demás personas, saben relacionarse con los niños, con las personas desconocidas y con gente totalmente diferente a ellos. Son individuos satisfechos consigo mismos, carecen de timidez, de sentimientos de inferioridad, de duda y de culpabilidad. No pretenden ser otros y aún sabiéndose menos dotados, esto no es causa de rechazo de sí mismo.

Todos necesitamos tener una imagen positiva de nosotros mismos, basada en la aprobación y el reconocimiento por parte de los demás. Con ella conseguiremos sentimientos de confianza en nosotros, de dignidad, de fuerza, de competencia y de capacidad. Si no somos capaces de reforzar nuestra autoestima con el apoyo de los demás no podremos satisfacer esta necesidad vital y surgirán en nosotros sentimientos de inferioridad, y de fracaso, lo que provoca la inactividad y el abandono, por eso es vital, que nuestras relaciones funcionen para que podamos sentirnos satisfechos.

La autoestima se presenta generalmente en dos niveles:

- **Autoestima baja:** es un estado en el que la persona se siente incapaz, insegura, inútil, siente que su existencia no tiene sentido es vacía; en fin una persona con baja autoestima no posee amor propio ni tiene confianza en si mismo.
- **Autoestima alta:** es un estado en el que la persona se siente segura de si misma, se valora, tiene amor propio. Se fundamenta en la habilidad de autoevaluarse objetivamente, conocerse realmente a si mismo y ser capaz de aceptarse y valorarse incondicionalmente; es decir reconocer de manera real las fortalezas y limitaciones propias y al mismo tiempo aceptarse como valioso sin condiciones o reservas.

El instrumento más conocido y utilizado en cientos de investigaciones ha sido la escala de autoestima, elaborada en 1965 por Morris Rosenberg, profesor de Sociología.

Esta prueba (la utilizada en este trabajo) consiste en un sencillo cuestionario de diez afirmaciones. Este nos da una información de la autoestima en general.

4.5 La autoestima en la vejez

¿Que yo hablo solo?

...¿Qué yo hablo solo?

*Es que soy un viejo
y los que escuchaban
se han ido tan lejos
y los que vinieron
a ocupar sus puestos
casi ni me hablan,
hasta me tropiezan,
andan apurados
con todas sus cosas
y yo de tan lerdo,
siento que molesto.*

Ramón de Almagro

En lo que se refiere a la *estima de uno mismo*, según Rosario Antequera – Jurado y Alfonso Blanco Picabia (1998), se ha demostrado que la modificación de las funciones sociales, ocasionadas por el acontecimiento que supone la jubilación, por la percepción de la vejez que tienen las personas ancianas y también por la percepción que se tiene de este nivel de edad por parte del resto de la sociedad, provocan el que la consistencia interna de los diversos elementos del concepto de *sí mismo* resulte perturbada. Esto ocurre, por lo menos durante el período más crítico, que es el que se sitúa entre los 64 y 69 años.

Uno de los principales determinantes de la autoestima (y no en sentido positivo, habitualmente) entre los ancianos, es el de etiquetarse a sí mismos como viejos, cosa que puede fácilmente ser debida a las connotaciones no positivas que este término acostumbra a conllevar en nuestros días y en nuestro entorno. Una persona comenzará a considerarse vieja cuando perciba en sí misma alguno de los atributos que, en función de su modelo personal de vejez, caracterizan a esta etapa evolutiva. Unos modelos y atributos que han sido asumidos a partir de las expectativas y estereotipos culturales, de las experiencias propias e incluso de la observación vicaria del envejecimiento de otros.

Según Furstenberg (1989), la sensación de tener todavía objetivos y metas en la vida y seguir formando parte activa de una comunidad son marcadores que están estrechamente relacionados con el mantenimiento de un autoconcepto joven. Como señala De Miguel (1994), el sentimiento de ser viejo está asociado con la inutilidad, de donde se deriva que no es el número de años que han vivido el criterio principal para sentirse viejo, sino la sensación de ser o no útil para algo o para nada, junto a la falta de ilusión (sentimiento más frecuente entre ancianos de clase social alta).

Los ancianos que tienden a experimentar un descenso de su autoestima son aquellos que a lo largo de la evolución de su vida han desarrollado un autoconcepto más vulnerable, lo han apoyado en uno o dos dominios o ámbitos (posición social, aspecto físico, poder adquisitivo, etc.) y que al desaparecer o disminuir la ejecución o el control del sujeto sobre ellos, le llevan a padecer un drástico descenso de la autoestima.

Las etiquetas negativas y la estigmatización de los ancianos pueden contribuir a hacer frecuentes en la actualidad conductas que confirman los prejuicios vigentes y que disminuyen tanto la autoestima como la posible sensación de control que pudiera tener el anciano. Dado que los estereotipos y los juicios sociales son, en sentido simple, la suma de expectativas culturales, se justifica el que tales actitudes pueden ser asumidas por todos los componentes del grupo social, incluidos los interesados, los ancianos. Si estos estereotipos son claramente peyorativos, como es el caso de los ancianos, la

consecuencia lógica es que, al asumirlos, disminuyan consecuentemente en su autoestima.

Cuando la autoestima decrece, también la creencia en la propia capacidad para ejercer el control sobre el ambiente declina (Rodin y Langer, 1980). Los ancianos pueden de esta manera, llegar fácilmente a sobreestimar las mermas de sus capacidades. Unas mermas que pueden entonces ser vivenciadas como causas de poseer unos valores o unos rendimientos que, en vez de ser considerados como característicos del sujeto, son valorados en que tengan de discrepantes con los considerados y consensuados como estándares de conducta competente (Bandura, 1971). Los efectos de esta creencia pueden ser más devastadores que el cambio objetivo en sí mismo (Langer, 1979). Su potencial efecto negativo radica en el hecho de que, sin un mínimo de autoestima, objetiva y razonable, no es posible que sea operativa una motivación que posibilite enfrentarse con las dificultades, las pérdidas y los cambios que surgen en los últimos períodos de la vida (Krause, 1987).

4.6 Residencias geriátricas y autoestima

Es en la vejez donde se rompen muchos de los vínculos sociales como consecuencia, fundamentalmente, de la jubilación, la pérdida de seres queridos y la institucionalización. Es por ello que, tradicionalmente, se ha venido considerando que el autoconcepto de los ancianos institucionalizados en comparación con el de aquellos que continúan viviendo en el hogar familiar se va a caracterizar por un mayor descenso en la autoestima, una mayor degradación y unas menores expectativas con respecto a su posible capacidad para enfrentar con sus circunstancias y con el mundo exterior (Sward, 1945; Dodge, 1961; Tobin, 1978).

Se ha comprobado que el ser humano en todas las edades, al poseer una buena relación familiar y fuente de apoyo significativos, se conserva en óptimas condiciones psicológicas y, de esta manera, supera mas fácilmente las tensiones o la propia enfermedad; por el contrario según López 1998, los adultos mayores institucionalizados con ausencia o mala calidad de estos lazos afectivos se ven afectados, cediendo así ante la enfermedad, por lo cual el apoyo social marca una notable diferencia entre los deseos de continuar viviendo o no.

Al perder sus vínculos afectivos por encontrarse en una institución, el anciano pierde así mismo sus roles sociales que durante su vida o algún tiempo llevo acabo, lo que influye en su autoestima, en la concepción de su vida futura y en la manera en la que debe socializar con su entorno. El adulto mayor institucionalizado puede verse afectado de distintas maneras, una de las cuales es el deterioro del amor propio ya que se valora negativamente así mismo; puede presentarse una adaptación deficiente debida a la pérdida de sus "roles sociales y funcionalidad (...) al ingresar en un geriátrico, disminución en la frecuencia de los contactos sociales y actividad en general, resultando de éste un evidente deterioro senil de la personalidad y una posible visión limitada de futuro". (López, 1998: 28)

El adulto mayor, necesita saber que es querido, que es tenido en cuenta y que no es un estorbo, para ello es necesario que su parte emocional, los vínculos con sus hijos, familiares directos o nietos, se fortalezcan.

En el caso de tratarse de personas autónomas e independientes, es conveniente que se relacionen con sus pares y formen parte de clubes o entidades que les proporcionen un espacio creado para ellos, donde puedan conversar de sus cosas, que realicen actividades lúdicas, tareas como cerámica, música o pintura, también actividades relacionadas con la cultura, excursiones, paseos, actividades de interés para ellos. (Vadillo, Maria Cristina; 2006).

CAPÍTULO V

SATISFACCIÓN CON LA VIDA

CAPITULO V

5. Satisfacción con la vida

Me han tirado un beso...

*Me han tirado un beso esta mañana,
me lo enviaron los labios de un niño,
y tú sabes cuanta sed hay en el alma,
por una simple muestra de cariño.*

*Me han tirado un beso esta mañana,
y mira como influyen estas cosas,
que mi aburrido día de semana,
de golpe ... se pobló de mariposas.*

Ramón de Almagro

5.1 Bienestar

Los estudios sobre la satisfacción con la vida se han situado, mayoritariamente, en el contexto general de la investigación del bienestar subjetivo.

El bienestar es un componente de la salud (OMS), se expresa en conductas favorables al mantenimiento de la salud física y mental, e influye a través de vías psicofisiológicas en el funcionamiento de los sistemas y órganos.

En cambio el bienestar subjetivo es parte de la salud en su sentido más

general y se manifiesta en todas las áreas de la actividad humana. (Taylor, 1991).

5.2 Bienestar subjetivo

Al hablar de bienestar humano, se incluyen en ese término indicadores objetivos y subjetivos. Desde el punto de vista *objetivo*, colinda con categorías de corte sociológico como condiciones de vida, modos de vida, desarrollo económico y nivel de vida. El bienestar desde el punto de vista *subjetivo*, incluye la vivencia subjetiva, individual, no sólo de “estar” bien (que sería lo objetivo), sino de “sentirse” bien (que sería lo subjetivo).

Según Zamarrón Cassinello, (2006) La idea de Bienestar Subjetivo o felicidad ha intrigado a pensadores durante años.

Se dice que una persona tiene un alto bienestar subjetivo cuando evalúa globalmente su vida de forma positiva, frecuentemente está contenta y rara vez está triste. Por el contrario, una persona que tiene bajo bienestar subjetivo es aquella que está insatisfecha con la vida, se divierte poco y, frecuentemente, experimenta emociones negativas como ansiedad o depresión. Comúnmente se denomina “felicidad” al bienestar subjetivo experimentado cuando se sienten muchas emociones agradables y pocas desagradables, cuando se está comprometido en actividades interesantes y cuando se está satisfecho con la propia vida (Diener, 1999).

Por lo tanto el bienestar subjetivo es la evaluación que una persona hace de su vida en términos *cognitivos* (referidos a la evaluación del sujeto sobre su vida) y *emocionales* (referidos al estado de ánimo del sujeto). El componente emocional es el equilibrio entre los afectos positivos y los negativos. El componente cognitivo es la evaluación de la vida de acuerdo con los

estándares del propio individuo. Por tanto, el Bienestar Subjetivo está constituido por tres elementos fundamentales:

Satisfacción con la vida, afecto positivo y niveles bajos de afecto negativo. Estos elementos están fuertemente relacionados.

En el presente estudio nos abocaremos a conocer la satisfacción con la vida que presentan las adultas mayores tanto de aquellas que se encuentran en residencias geriátricas como de aquellas que viven en su domicilio particular.

5.3 Satisfacción Vital

La satisfacción con la vida puede ser subdividida en diversas áreas tales como satisfacción con el matrimonio, los amigos, el trabajo, etc. El afecto positivo, puede ser evaluado a través de emociones específicas como gozo, afecto y orgullo, en tanto que el afecto negativo puede ser medido por medio de emociones o sentimientos tales como vergüenza, culpa, tristeza, ira o ansiedad. Una persona que tenga experiencias emocionales positivas es más probable que perciba su vida satisfactoriamente. Así mismo, los sujetos que valoran positivamente su vida tendrán más emociones positivas que negativas.

No obstante, necesariamente también han de diferir, ya que así como la satisfacción con la vida representa un resumen o valoración global de la vida como un todo, el balance afectivo depende más de las reacciones puntuales a eventos concretos que acontecen en el curso de la vida.

Se entiende a la satisfacción con la vida como el elemento cognitivo del constructo “bienestar subjetivo”, y se define como el bienestar en relación consigo mismo en la propia vida, diferenciándose de la aprobación – desaprobación o del grado de satisfacción con las condiciones objetivas de vida; es básicamente una estimación subjetiva (Undurraga y Avedaño, 1998).

La satisfacción con la vida es una evaluación que refleja una perspectiva a largo plazo.

La evaluación que realiza conscientemente la persona sobre las circunstancias de su vida puede reflejar valores y objetivos conscientes.

Centrándonos en el componente cognitivo, la satisfacción con la vida, es definida por (Pavot, Diener, Colvin, y Sandvik, 1991) como una evaluación global que la persona hace sobre su vida. Esta definición señala que al realizar esta evaluación la persona examina los aspectos tangibles de su vida, sopesa lo bueno contra lo malo, lo compara con un estándar o criterio elegido por ella (Shin y Johnson, 1978), y llega a un juicio sobre la satisfacción con su vida (Pavot et al., 1991). Por tanto, los juicios sobre la satisfacción dependen de las comparaciones que el sujeto hace entre las circunstancias de su vida y un estándar que considera apropiado. Este último matiz es importante ya que no se trata de un estándar impuesto externamente sino que es un criterio autoimpuesto. Según Diener (1984) las investigaciones sobre la satisfacción con la vida se deben centrar en los juicios subjetivos que hace la persona sobre su propia vida. Por tanto, en lugar de sumar la satisfacción a través de dominios específicos para obtener una medida de la satisfacción general, es necesario preguntarle a la persona por una evaluación global sobre su vida (Diener, Emmons, Larsen, y Griffin, 1985).

Bienestar subjetivo



Haydeé Andrés y Liliana Gastron (1998), se refieren a la satisfacción vital como las gratificaciones que los individuos reciben de su entorno físico y social, las defensas contra las presiones del medio externo, la forma en que se

enfrentan las preocupaciones cotidianas, las ansiedades, el mayor o menor optimismo, y sobre todo, la medida en que una persona ha alcanzado los objetivos de su vida. Evidentemente cuando uno se siente frustrado por no haber colmado las expectativas en la vida, cae en un bajo nivel de satisfacción vital.

Dichos autores hacen referencia que convencionalmente la satisfacción se refiere al cumplimiento de necesidades, ansias, expectativas y deseos; la satisfacción vital es más un balance del conjunto de las condiciones de existencia, resultado de una confrontación entre las aspiraciones y logros efectivamente alcanzados. Por ello se considera que una evaluación de satisfacción vital es esencialmente una evaluación psicoafectiva de los propios progresos hacia las metas deseadas; en lo que hace la vida como un todo o a la vida en general esta evaluación implica también una perspectiva longitudinal de las condiciones de vida no específicas.

Para Neugarten (1968), por ejemplo, la satisfacción vital es el grado en el cual un viejo:

1. siente placer en cualquier actividad que realiza en su vida cotidiana;
2. observa su vida con una mirada crítica y acepta su responsabilidad por lo que fue en el pasado;
3. siente que ha tenido éxito en haber alcanzado las metas más importantes de su vida;
4. posee una autoimagen positiva y se observa a sí mismo como una persona de valor pese a sus actuales debilidades; y/o
5. mantiene actitudes optimistas y de buen humor.

Esta definición toma en cuenta el grado según el cual se han alcanzado las metas deseadas pero también se incluyen otros factores que reflejan menos obviamente la satisfacción vital per se; así se incluye un componente particular de autoestima y, por otra parte, al incorporar ciertos elementos de experiencias del pasado.

SEGUNDA PARTE

CAPITULO VI

MÉTODO Y PROCEDIMIENTOS

CAPITULO VI

6. Metodología de la investigación.

6.1 Objetivos

Objetivo general

- *Comparar el nivel de autoestima y satisfacción con la vida entre mujeres adultas que residen en geriátricos y mujeres adultas que viven en su domicilio particular, reconociendo el rol que cumple la familia en esta evaluación y valoración que ellas realizan.*

Objetivos específicos

1. Averiguar si varía la autoestima de mujeres de más de 70 años de edad que viven en su domicilio respecto de las que residen en un geriátrico.

2. Conocer si existe diferencia en la evaluación que realizan sobre la satisfacción vital, las adultas mayores de 70 años, tanto las que residen en geriátricos como las que residen en su domicilio particular
3. Conocer como se relacionan las adultas mayores de ambos grupos con su familia.

6-2 Hipótesis

Se conjetura que las mujeres adultas mayores de más de 70 años que viven en su domicilio particular tienen un mayor nivel de autoestima y satisfacción con la vida que las que residen en geriátricos.

6.3 Diseño

Se trata de una investigación “***no experimental comparativa***”, en tanto se realiza sin manipulación intencional de las variables, ni asignación de sujetos al azar. Comparativa en tanto abarca dos grupos de mujeres adultas, un grupo que reside en un geriátrico y otro grupo que viven en su domicilio particular, lo que permite efectuar comparaciones. En un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador.

Estudio descriptivo: “*Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos,*

comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis". Sampieri (2000).

Miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar.

. Sampiere cita a Danke (1986), quien dice que desde el punto de vista científico, describir es medir, esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga. La descripción puede ser más o menos profunda, pero en cualquier caso se basa en la medición de uno o más atributos de fenómeno descrito.

6.3.2 Tipo de muestra

Se tomó una muestra no probabilística de carácter intencional, de 3 mujeres adultas que residen en un geriátrico en el departamento de Tunuyán y 3 mujeres adultas que residen solas en su domicilio particular. Todas residen en el departamento de Tunuyán, tienen entre 70 y 79 años de edad, estado civil viudas, estudios primarios, enfermedad artrosis, con hijos y que ninguna de ellas tenga un hijo fallecido.

Sampieri (2000) dice "*En las muestras de éste tipo, la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador.*" Es decir que los participantes fueron seleccionados por poseer características de interés para la investigación.

La ventaja de una muestra no probabilística es su utilidad para determinado diseño de estudio que requiere no tanto una "representatividad de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de

sujeto con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema”.

Es muy importante destacar que los resultados que se obtuvieron de dicha muestra no pueden generalizarse al resto de la población. Deben ser considerados únicamente dentro del marco de los casos expuestos y con un carácter inferencial.

6.4 Instrumentos

- Cuestionario con preguntas abiertas.
- Escala Autoestima de Morris Rosenberg.
- Escala Satisfacción con la Vida de Diener.
- Observación.

Tanto las escalas como el cuestionario fueron llevadas a cabo por entrevista personal, donde se realizaron las preguntas al respondiente y se fue anotando las respuestas sin influir en ellas.

I) Cuestionario con preguntas abiertas

Consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir o evaluar.

Las preguntas abiertas no delimitan de antemano las alternativas de respuesta, por lo cual el número de categorías de respuesta es muy elevado; en teoría es infinito.

II) Escalamiento tipo Likert

Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externe su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones.

II.I) La escala Autoestima de Morris Rosenberg

Esta escala tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Este instrumento consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala tipo Likert.

El rango del cuestionario va de 10 a 40, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la autoestima.

La escala de autoestima de Rosenberg es quizás el instrumento más usado para medir la autoestima en las investigaciones de las ciencias sociales. El doctor Rosenberg fue profesor de sociología en la universidad de Maryland desde 1.953, hasta su muerte en 1.992.

Rosenberg es autor y editor de numerosos libros y artículos, y su trabajo sobre el autoconcepto, particularmente con la dimensión de la autoestima, es reconocida mundialmente.

La esposa de Rosenberg concedió su permiso para el uso de la escala de autoestima para investigaciones educacionales y profesionales.

La autoestima es considerada en el marco de esta escala como una positiva o negativa orientación hacia uno mismo; la evaluación completa sobre el valor de uno. Las personas están motivadas a tener una alta autoestima, y tenerla significa algo positivo, no egoísta. La autoestima es solo un

componente del autoconcepto. Además autoestima, autoeficacia, son partes importante del autoconcepto.

Además de examinar la autoestima como resultado de fuerzas sociales, la autoestima es analizada como una variable independiente. Se debe tener en cuenta que la autoestima es generalmente una estable característica de adultos, por lo que no es fácil manipularla como un resultado en diseños experimentales.

Se recuerda que los resultados del test tienen un valor orientativo y no pueden reemplazar una valoración completa realizada por un psiquiatra o psicólogo en una entrevista clínica convencional.

II.II) La escala de Satisfacción con la Vida de Diener.

Esta escala mide el grado de satisfacción de una persona con su vida.

Es unidimensional, consta de 5 ítems positivos que se responden con una escala, para algunos estudio se utilizó con 7 puntos cada una, en otros estudios 5 puntos y para el presente trabajo se adapto para una mejor comprensión de las adultas mayores en 4 puntos que van de: totalmente de acuerdo (4), de acuerdo (3), en desacuerdo (2) y en total desacuerdo (1).

Para obtener el puntaje directo se suman las respuestas dadas y el total del puntaje va desde 5 puntos a 20 puntos. Mientras mas alto el puntaje mayor satisfacción con la vida.

Diener et al. (1985) consideraron necesario construir una escala multi-ítem que evaluara la satisfacción con la vida como un proceso de juicio cognitivo.

La escala se ha administrado a muestras diversas y se han realizado versiones en distintos idiomas por lo que existen datos normativos muy variados. Entre los estudios que se han realizado con la versión original inglesa se incluyen muestras como:

- **Estudiantes** (Diener et al, 1985; Frisch, 1991; Lewis, Shevlin, Bunting, y Joseph,1995; Pavot et al, 1991; Pavot y Diener, 1993; Shevlin,Brunsdén y Miles, 1998, Smead, 1991; Shevlin, Brunsdén, y Miles,1998);
- **Personas de tercera edad** (Pavot, et al, 1991),
- **Reclusos** (Joy, 1990),
- **Alcohólicos** (Frisch, 1991, citado en Pavot y Diener,1993),
- **Mujeres maltratadas** (Fisher, 1991, citado en Pavot y Diener,1993),
- **Clientes de psicoterapia** (Friedman, 1991, citado en Pavoty Diener, 1993), religiosas (McGarrahan, 1991),
- **Militares y enfermeras** (Smead, 1991),
- **Hombres adultos trabajadores** (George,1991), etc.

También se pueden encontrar datos normativos de las versiones derivadas de los estudios transculturales realizados con la escala, como por ejemplo; las versiones en francés (Blais, Vallerand, Pelletier, y Briere, 1989), Holandés (Arrindel, Meeuwesen y Huyse, 1991), ruso (Baltsky y Diener, 1993), y Chino Mandarín (Shao y Diener, 1992).

III) Observación.

La observación es una técnica de recolección de los datos muy socorrida por investigadores de diferentes disciplinas. Consiste en el registro sistemático de comportamientos, relaciones, ambientes o sucesos.

6-5 Sujeto

Los sujetos que formaron parte de este trabajo fueron 3 mujeres que residen en el geriátrico Sagrado Corazón de Jesús y 3 mujeres que residen

solas en su domicilio particular cerca de algún hijo, todas del departamento de Tunuyán.

Para la selección contamos con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Mujeres
- De entre 70 y 79 años de edad.
- Viudas.
- Con hijos.
- Que acepten voluntariamente participar en el estudio (consentimiento informado).

Criterios de exclusión:

- Que no pertenezcan al segmento septuagenarios (70 a 79 años de edad).
- Que no sean viudas.
- Que no tengan hijos.
- Que tenga un hijo/os fallecido/os.
- Que padezcan demencias.
- Que no acepten participar en el estudio.

6.6 Procedimiento

La realización del trabajo de campo fue llevado a cabo en el departamento de Tunuyán, en el período setiembre - noviembre del 2009.

La entrevista, escala de Autoestima y la escala de satisfacción con la vida se aplicaron en forma individual, a cada uno de las encuestadas se le explicaba el motivo del trabajo y si estaba de acuerdo se llevaba a cabo.

Primeramente se llevo a cabo entrevistas para poder seleccionar la muestra según criterio ya establecido.

Una vez elegida la muestra, se aplico las escalas de autoestima y satisfacción con la vida y preguntas abiertas.

Para evitar dificultades en la comprensión de las consignas se leyó detenidamente cada una y se completó encerrando en un círculo, de acuerdo al grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación de la escala de Autoestima y Satisfacción con la Vida.

Si aparecían dificultades en la comprensión de los mismos, se procedía a la lectura y/o aclaración correspondiente.

Para una mejor comprensión por parte de las encuestadas, sobre las opciones que presentan las respuestas de dicha escala, en una cartulina se presento las respuestas escritas en un tamaño adecuado para que pudieran visualizarlas sin problema.

Una vez obtenidas las puntuaciones de las escalas se administraron las preguntas abiertas que llevarían al conocimiento de cual es el rol que cumple la familia en la evaluación que ellas realizan respecto a la satisfacción con la vida.

Una vez finalizada la toma se agradecía la colaboración de ellas.

CAPITULO VII

ANÁLISIS DE RESULTADO

CAPITULO VII

7. Análisis de resultado.

En el presente capítulo se analizan los resultados obtenidos en las entrevistas a ambos grupos de mujeres adultas.

- Grupo A: mujeres adultas que residen en el geriátrico. Se las identificara como: mujer 1, mujer 2, mujer 3.

- Grupo B: mujeres adultas que residen solas en su domicilio particular. Se las identificara como: mujer 4, mujer 5, mujer 6.

7.1 Escala de autoestima de Rosenberg

El puntaje total de la escala de autoestima de Rosenberg puede ir de 10 (Muy baja autoestima) a 40 (alta autoestima). Mientras más alto el puntaje, más alta la autoestima.

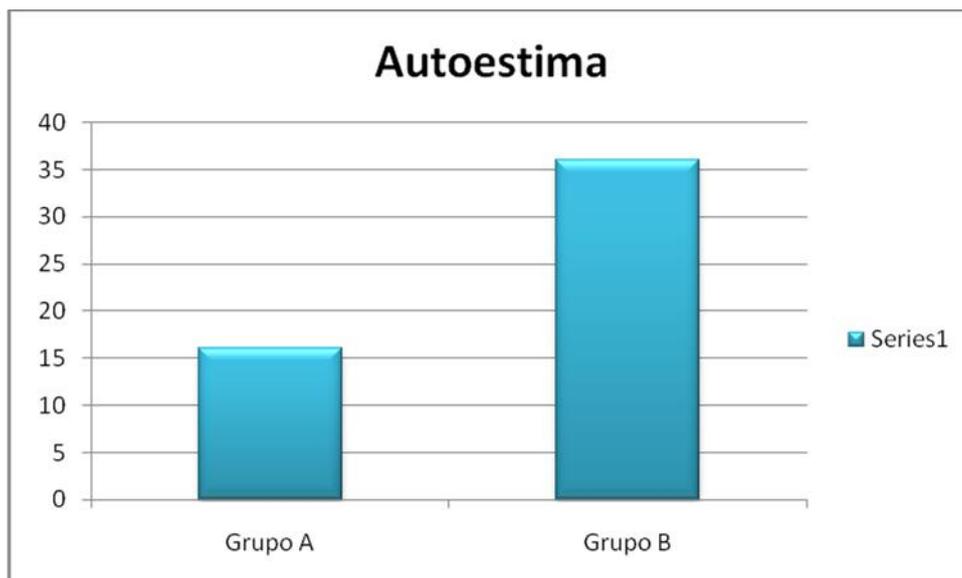
Grupo A**Mujer 1:** 26 puntos**Mujer 2:** 14 puntos**Mujer 3:** 8 puntos

Media: 16 puntos

Grupo B**Mujer 4:** 31 puntos**Mujer 5:** 39 puntos**Mujer 6:** 37 puntos

Media: 36 puntos

AUTOESTIMA	MEDIA
GRUPO A	16
GRUPO B	36



7.2 Escala de Satisfacción con la Vida de Diener

Esta escala mide el grado de satisfacción de una persona con su vida.

Para obtener el puntaje directo se suman las respuestas dadas y el total del puntaje va desde 5 puntos a 20 puntos. Mientras mas alto el puntaje mayor satisfacción con la vida.

Grupo A

Mujer 1: 14 puntos

Mujer 2: 5 puntos

Mujer 3: 8 puntos

Media: 9 puntos

Grupo B

Mujer 4: 15 puntos

Mujer 5: 17 puntos

Mujer 6: 16 puntos

Media: 16 puntos

SATISFACCIÓN CON LA VIDA	MEDIA
GRUPO A	9
GRUPO B	16



7.3 Entrevista con preguntas abiertas

Grupo A

1. ¿A DÓNDE Y/O CON QUIEN DESEARIA VIVIR?

Mujer 1: A mi me gustaría vivir sola, si se pudiera... pagarle a alguien para que me cuide... pero mi hija no quiere, yo antes vivía sola en una pensión, pero mi hija no quiere.

Mujer 2: No se. Acá esta bien. Mis hijos no tienen tiempo de cuidarme...y sola no podría vivir. Me duelen muchos los huesos. Siempre tengo taquicardia.

El doctor viene a verme, pero me ha pedido unos estudios y mis hijos no me llevan para que me los hagan.

Mujer 3: Acá vivo bien, todos son muy buenos conmigo...

Yo antes vivía con mi hijo y mi nuera, pero un día mi hijo me trajo acá... no puedo vivir con ellos me dijo mi hijo., no tienen lugar. No me quedó otra que venir a vivir acá.

Trabaje tanto en mi vida, yo trabajaba en un galpón de empaque, todo para poder comprar mi casa... no se que han hecho con mi casa, ni con los muebles.

También tenía una jubilación, pero ya no la cobro mas, yo acá no estoy pagando y tengo miedo que me echen, no se si la próxima vez que usted venga voy a estar acá.

2. ¿QUÉ TIPO DE AYUDA RECIBE UD. DE SU FAMILIA?

Mujer 1: Me pagan acá y me compran los remedios.

Mujer 2: No me ayudan mucho. Se me terminaron los remedios y no me los compran, no me llevan a que me hagan los estudios que me pidió el doctor.

Por favor ¿usted le podría decir a la dueña del geriátrico que le avise a mi hija que necesito que me hagan estudios?... yo les digo pero no me llevan.

Mujer 3: No me ayudan en nada. Hasta la ropa me dan acá. No tengo nada... tanto que trabaje para no tener ahora nada.

3. ¿CON QUE FRECUENCIA VE A SU FAMILIA?

Mujer 1: Más o menos cada 15 días viene mi hija que vive en Dorrego, ella trabaja, no puede venir mas seguido.

Mujer 2: Una vez al mes, a veces vienen mis hijos, otra mis cuñados o hermanos.

Mujer 3: El que venia era mi hijo, pero hace mucho que no viene a verme, se me ha terminado la medicación pero nadie sabe.

4. ¿CREE QUE EL TIEMPO QUE PASA CON SU FAMILIA ES SUFICIENTE PARA QUE USTED SE SIENTA SATISFECHA?

Mujer 1: No, me gustaría estar más seguido con mi hija, ver a mis nietos...

Mujer 2: No, me gustaría estar más tiempo con mi nieta, ella trabaja en Mendoza, pero cuando tiene tiempo viene a verme, ¡la quiero tanto!, pero me gustaría verla mas seguido, mis hijos se han alejado, me gustaría que vinieran a verme más seguido. Tengo una hija en España y la extraño tanto, hace tanto que no la veo. Por teléfono no me llama porque no la oigo bien, tiene 3 niños y me gustaría tanto verlos...

Mujer 3: Hace mucho que no viene ni mi hijo ni mi nuera, si, me gustaría que vinieran a visitarme.

5. ¿QUÉ COSAS LE GUSTAN A USTED HACER?

Mujer 1: A mi me gusta tejer a dos agujas, la hija de aquella señora me sabe traer lanas y yo tejo bufandas, también me gusta ver la novela que dan después que me levanto de la siesta.

Mujer 2: Y... acá no puedo hacer nada, hay una mujer que hace todo, solo hago mi cama.

Mujer 3: Solo hago mi cama.

6. ¿QUÉ COSAS LE GUSTARÍA A USTED HACER A MODO DE PROYECTO? ¿CREE PODER LLEVARLO A CABO?

Mujer 1: Me gustaría coser a máquina.

No, no lo podría hacer, me duele mucho el brazo para hacer eso, pero me gustaría.

Mujer 2: A mi me gustaría ayudar a alguien, ser útil a alguien.

No se a quien podría ayudar...

Antes cocinaba en mi casa, pero ya no se si sabre hacerlo.

Mujer 3: Acá ayudo a secar los platos. Otra cosa no podría hacer, hasta tienen que bañarme porque tengo miedo a caerme si lo hago sola.

Grupo B:

1. ¿A DÓNDE Y/O CON QUIEN DESEARIA VIVIR?

Mujer 4: Me gusta vivir donde estoy, sola, siempre rodeada de mis hijos que vienen permanente. Me gusta tener esta independencia. Tengo en este momento algunas limitaciones, porque estuve muy enferma en el invierno, de los bronquios, pero mis hijos y nietos me ayudaron. No me gustaría que nadie venga a vivir conmigo, al menos mientras mi mente funcione bien no me gustaría meter a alguien desconocido en mi casa para que me acompañe.

Mujer 5: Estoy bien sola como estoy por lo menos por ahora que puedo arreglármelas sola.

Mujer 6: Me gusta vivir acá en mi casa, y también me gustaría que alguno de mis hijos con su familia viniera a vivir conmigo.

2. ¿QUÉ TIPO DE AYUDA RECIBE UD. DE SU FAMILIA?

Mujer 4: Cariño, dedicación, respeto. Me acompañan hacer las compras. Les gusta ayudarme económicamente, aunque yo les digo que no me hace falta.

Mujer 5: Contención, cariño, apoyo, consejos.

Mujer 6: Compañía.

3. ¿CON QUE FRECUENCIA VE A SU FAMILIA?

Mujer 4: Todos los días.

Mujer 5: Permanentemente.

Mujer 6: Todos los días pasa alguno de mis hijos, los sábados y domingos vienen a almorzar, luego a veces salimos a pasear juntos

4. ¿CREE QUE EL TIEMPO QUE PASA CON SU FAMILIA ES SUFICIENTE PARA QUE USTED SE SIENTA SATISFECHA?

Mujer 4: Si, la verdad que estoy muy satisfecha. Mi hijo pasa todos los días y se toma unas mates conmigo, mi hija sale del trabajo y pasa a ver si necesito algo, vienen mis nietos a tomar la merienda, mi otro hijo vive en Córdoba y siempre me llama por teléfono.

Mujer 5: Si, estoy con ellos siempre, si no es una hija es la otra o mis nietos. Si, estoy muy satisfecha.

Mujer 6: Si.

5. ¿QUÉ COSAS LE GUSTAN A USTED HACER?

Mujer 4: Me gusta ordenar mi casa, pasar un paño húmedo por los muebles, por el tema de mis bronquios tiene que ser húmedo. Me gusta charlar con mis amigas, disfrutar mi jardín, me gusta rezar por las noches, siempre lo hago.

Mujer 5: Me gusta leer, coser, salir a pasear, salir a hacer las compras por ejemplo ahora las compras de navidad, y salir a pasear me encanta.

Mujer 6: Me gusta mucho escuchar música, jugar a las cartas con mis amigas, eso lo hago todos los domingos.

6. ¿QUÉ COSAS LE GUSTARÍA A USTED HACER A MODO DE PROYECTO? ¿CREE PODER LLEVARLO A CABO?

Mujer 4: Compartir todas mis alegrías y mis cosas con mis hermanas, una vive en la ciudad de Mendoza y la otra en Córdoba, siempre hablamos por teléfono, pero quiero estar con ellas compartir charlas tomando mate.

Si, lo voy a poder hacer, en cuanto me sane que ya pueda salir le voy a decir a mi hijo que me lleve.

Mujer 5: Quiero aprender computación, también tengo un proyecto de hacer dulces de frutas y venderlos.

Si creo que los dos proyectos los voy a poder llevar a cabo.

Mujer 6: Me gustaría hacer un viaje, me gustaría conocer Brasil, ir con alguno de mis hijos.

No se si podré hacerlo, la situación económica no ayuda, no depende de mi.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

CAPITULO VIII

8.Conclusiones

Durante las entrevistas se pudo observar la excelente predisposición de las mujeres de ambos grupos a participar de la presente investigación, sintiéndose útiles aportando datos para la misma y expresando que les producía gran satisfacción el tema elegido para esta tesina.

Los resultados obtenidos sustentan la hipótesis planteada:

Las mujeres de más de 70 años de edad que viven en su domicilio tienen un mayor nivel de satisfacción con la vida y autoestima que las mujeres que residen en el geriátrico.

Sin embargo debe considerarse la limitación impuesta por la muestra utilizada, por lo que no se pueden generalizar los resultados.

En ambos grupos cuando se les aplicó la escala que mide la satisfacción con la vida, no sólo contestaban con una de las respuesta ya predeterminadas (totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo), sino, que hacían acotaciones que dejaban entrever que las evaluaciones que realizaban giraban en torno a su familia, a la relación con sus hijos y nietos, al tiempo compartido con ellos, a sus experiencias vividas con su familia.

Gascón Silvia (2004): dice que atentos a los cambios que se observan en las estructuras familiares resulta necesario seguir reconociendo su indispensable rol en la satisfacción de las necesidades de afecto, pertenencia y autoestima.

La estructura de la familia y las funciones que ésta asume de acuerdo a las pautas culturales predominantes en la sociedad, constituyen aspectos

decisivos del grado de contención afectiva y protección que los mayores encuentran, por lo que la permanencia de los ancianos en su medio familiar y social, es una de las fuentes fundamentales para el logro del bienestar de las personas de edad avanzada.

Por lo que queda demostrado que es de vital importancia el vínculo que mantienen las adultas mayores con su familia, por lo que se concluye que sería esto lo que determina una mayor satisfacción con la vida, ya que el grupo A, recibe muy poco apoyo por parte de su familia en cuanto momentos compartidos: visitas, paseos, demostración de cariño, diálogos, etc. En contraste con el grupo B, que la familia mantiene de forma permanente contacto con estas adultas mayores, brindando cariño, contención, ayuda, etc.

Por lo que quizás no sea el lugar de residencia lo que influye en la satisfacción con la vida, sino, la relación que mantienen éstas con su familia.

Este estudio ha confirmado la importancia que tiene la familia para los adultos mayores y cómo una buena calidad de relaciones familiares impacta positivamente en su nivel de satisfacción con la vida y autoestima.

Por otra parte, la actividad produce satisfacción en sí misma, pero, además, proporciona oportunidades para mejorar la autoestima, por lo que queda también demostrado en la investigación cómo la falta de actividades y de proyectos personales que tienen las adultas mayores que residen en el geriátrico influye en el nivel de autoestima.

Según Furstenberg (1989), la sensación de tener todavía objetivos y metas en la vida y seguir formando parte activa de una comunidad son marcadores que están estrechamente relacionados con el mantenimiento de un autoconcepto joven. Como señala De Miguel (1994), el sentimiento de ser viejo está asociado con la inutilidad, de donde se deriva que no es el número de años que han vivido el criterio principal para sentirse viejo, sino la sensación de ser o no útil para algo o para nada, junto a la falta de ilusión.

8.1 CONSIDERACIONES FINALES

A partir de esta maravillosa experiencia que significo para mi la realización de la Tesina profesional de la Licenciatura en Minoridad y Familia, sólo me quedan certezas a cerca de que se deben modificar actitudes cotidianas en el trato hacia los adultos mayores, dejando de lado prejuicios y estereotipos, para que no se sientan inútiles, que estorban, que no les hacen falta a nadie en este mundo, para dejar caduco que el estado ideal es la juventud y que ser viejo es triste, doloroso, desolador.

Debemos aceptar este momento de la vida como un proceso, hoy de otros, mañana de nosotros.

Del trabajo realizado se destaca la importancia de considerar a la vejez como un proceso no determinado taxativamente, y que no involucra sólo los aspectos biológicos y psicológicos. Lo cual como profesionales nos permite un conocimiento más abarcador, donde se podrá abordar las problemáticas del adulto mayor desde el nivel de intervención individual y familiar, abogando a la concertación de abordajes interdisciplinarios.

Los datos vertidos en el presente trabajo contribuyen a la argumentación de la necesidad de instrumentar herramientas que prioricen la importancia que cobran las relaciones familiares en los adultos mayores, enfocando a la familia en un contexto operativo. Estableciendo el vínculo entre los recursos y satisfactores y las necesidades. Generando estrategias de acción acordes a las mismas, tanto a nivel grupal como individual, familiar, articulando recursos humanos, institucionales, comunitarios.

Proteger, atender, ayudar y orientar a las personas de la tercera edad, así como conocer y analizar su problemática para encontrar soluciones adecuadas, son objetivos que se deben alcanzar.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- Apuntes de cátedra de Psicología y Deprivación Socio Cognitiva. “Autoconcepto y Autoestima”. 2008.
- Branden, Nathaniel. “Cómo mejorar su autoestima”. Buenos Aires. Editorial Paidós. 2da reimpresión, 1991
- Bienestar subjetivo. Disponible en: www.scielo.cl
- Caniggia, Laura. “Vivir 100 años: los dilemas del envejecimiento poblacional”. Revista Acción. Buenos Aires. Año XLIII. Nº 1021. marzo 2009.
- Cilauro, Claudia (2006) “Venta directa: Evaluación de autoestima y necesidad de autorrealización en revendedores de sexo femenino”. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua. Mendoza.
- Coler Ricardo. “Cómo vivir 120 años.” La Nación Revista. Nº 2045. septiembre 2008.
- Craig, G. J. “ Desarrollo psicológico”. México. Prentice Hall. 1997
- Cristopher Lasch. “La cultura del narcisismo”. Barcelona. Editorial Andrés Bello. 1999.
- Fernández Moya, Jorge. “En busca de resultados.” Una introducción al modelo sistémico- estratégico. Mendoza. Editorial de la U.D.A. 2000.
- Ficha de evaluación clínica integral. Cyan impresores Ltda. Chile. 1990.
- García Pintos, Claudio C. “La familia del anciano también necesita sentido”. Edic. San Pablo. Buenos Aires. 2005
- Gascón Silvia E. “Las redes sociales, nuevas formas de participación e inclusión de los mayores”. Revista Tiempo. Nº 15 Octubre 2004
- Guy R. Le Frangois. “El ciclo de la vida. México.” Thompson. 2001
- Jacub, Ricardo. “Proyectar la vida.” Edit. Manantial. Buenos Aires.m 2001

- Jorge Paola y otros. "Construyendo el trabajo social con adultos mayores: realidad y análisis de los centros de día." Buenos Aires. Espacio. 2003.
- Knopoff, René. "Como nos preparamos para un envejecimiento saludable." Seminario para la Promoción de Salud de los Adultos Mayores. Universidad Maimónides. 1997.
- Lloyd Sherlock, Peter. "Ancianidad y pobreza en el mundo en desarrollo." Edit. Miño y Dávila. Buenos Aires. 1999
- López C. 1998 "Diferencia de autoestima entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Mérida". Tesis de licenciatura en psicología. Mérida: universidad del Mayab. Disponible en: 148.215.166:89
- Montse Fornós Esteve Fornós, M. (1996) "Estereotipos, Prejuicios y Vejez." La Tardor, Revista gerontológica, nº1 III Epoca pp. 9-12.
- Palladino Connie. "Cómo desarrollar la autoestima." Grupo Editorial Iberoamérica. México. 1992.
- Papalia, Diane. "Desarrollo Humano." Editorial Mc Graw Hill. 8 Edición. 2001. Colombia.
- Salvarezza Leopoldo (compilador). "La vejez. Una mirada gerontológica actual." Paidós. Buenos Aires. 1998.
- Sampieri R., Collado C., Lucio P. "Metodología de la investigación". México. Ed. McGraw-Hill. Segunda Edición. 2000.
- Sánchez Salgado, Carmen Delia. "Gerontología Social." Humanitas. Buenos Aires. 2000
- Vadillo, Maria Cristina. "El adulto mayor, autoestima e inteligencia emocional." Disponible en: www.depsicoterapias.com
- Vidal, Alarcón y Lolas. "Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Psicogeriatría." Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1995.
- Vila, J., Fernández, M. (1990): "Activación y conducta." Madrid. Alhambra. Curso de Autoestima - IPN - Instituto Politécnico Nacional. Disponible en: www.decont.ipn.mx
- Violeta Moraga. Tercera edad. Un lugar en el mundo. Revista Rumbos. Año 6. número 282. Enero 2009.

- Zamarrón Cassinello, María Dolores. Portal Mayores. El bienestar subjetivo. -2006 .Disponible en: www.imsersomayores.csic.es
- Zarebski, Graciela. El por qué de una especialización. Revista Tiempo. Número 17. 2005
- Zarebski, Graciela. Hacia un buen envejecer. Buenos Aires. Editorial Univ. Maimónides. 1999

A NEXOS

ANEXOS

PRIMERA ENTREVISTA

NOMBRE:

EDAD:

ESTADO CIVIL:

ESTUDIOS:

PROFESIÓN:

HIJOS:

Nombre:

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA

Indicar su grado de acuerdo con cada frase, colocando a continuación de ella el número apropiado según la siguiente escala:

1. En total desacuerdo
2. En desacuerdo
3. De acuerdo
4. Totalmente de acuerdo

a) Mi vida, en casi todo, responde a lo que aspiro.

b) Las condiciones de mi vida son excelentes

c) Estoy satisfecho con mi vida

d) Hasta ahora, en mi vida, he logrado cosas que eran importantes para mí.

e) Si volviese a nacer, no cambiaría muchas cosas en mi vida.

1 al 5 = MUY INSATISFECHO CON SU VIDA

6 AL 10 = INSATISFECHO CON SU VIDA

11 AL 15= SATISFECHO CON SU VIDA

16 AL 20 = MUY SATISFECHO CON SU VIDA

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.

- A. Muy de acuerdo 4 puntos
- B. De acuerdo 3 puntos
- C. En desacuerdo 2 puntos
- D. Muy en desacuerdo 1 punto

2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.

- A. Muy de acuerdo 4 puntos
- B. De acuerdo 3 puntos
- C. En desacuerdo 2 puntos
- D. Muy en desacuerdo 1 punto

3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.

- A. Muy de acuerdo 4 puntos
- B. De acuerdo 3 puntos
- C. En desacuerdo 2 puntos
- D. Muy en desacuerdo 1 punto

4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.

- A. Muy de acuerdo 4 puntos
- B. De acuerdo 3 puntos
- C. En desacuerdo 2 puntos
- D. Muy en desacuerdo 1 punto

5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.

- A. Muy de acuerdo 4 puntos
- B. De acuerdo 3 puntos
- C. En desacuerdo 2 puntos
- D. Muy en desacuerdo 1 punto

6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.

- A. Muy de acuerdo 1 punto
- B. De acuerdo 2 puntos

- C. En desacuerdo 3 puntos
- D. Muy en desacuerdo 4 puntos

7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.

- A. Muy de acuerdo 1 punto
- B. De acuerdo 2 puntos
- C. En desacuerdo 3 puntos
- D. Muy en desacuerdo 4 puntos

8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.

- A. Muy de acuerdo 1 punto
- B. De acuerdo 2 puntos
- C. En desacuerdo 3 puntos
- D. Muy en desacuerdo 4 puntos

9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.

- A. Muy de acuerdo 1 punto
- B. De acuerdo 2 puntos
- C. En desacuerdo 3 puntos
- D. Muy en desacuerdo 4 puntos

10. A menudo creo que no soy una buena persona.

- A. Muy de acuerdo 1 punto
- B. De acuerdo 2 puntos
- C. En desacuerdo 3 puntos
- D. Muy en desacuerdo 4 puntos

CUESTIONARIO CON PREGUNTAS ABIERTAS

1. ¿A DÓNDE Y/O CON QUIEN DESEARIA VIVIR?

2. ¿QUÉ TIPO DE AYUDA RECIBE UD. DE SU FAMILIA?

3. ¿CON QUE FRECUENCIA VE A SU FAMILIA?

4. ¿CREE QUE EL TIEMPO QUE PASA CON SU FAMILIA ES SUFICIENTE PARA QUE UD. SE SIENTA SATISFECHO?

5. ¿QUE COSAS LE GUSTAN HACER?

6. ¿QUE COSAS LE GUSTARIA HACER? Ó ¿QUE PROYECTOS TIENE?

7. ¿CREE PODER LLEVAR A CABO SUS PROYECTOS?

Biografía del señor Ramón de Almagro

Texto extraído del folleto que Don Ramón vende en el subte

“...Don Ramón y su esposa, durante muchos años fueron almaceneros, de ahí eso de Doña Elsa y Don Ramón.

En abril de 1996, como muchos otros, debieron cerrar el boliche. Al quedarse sin trabajo, sin nada, don Ramón a los 62 años buscando contención comenzó el secundario, terminándolo en diciembre de 1998. Ahí en el colegio, encontró la poesía, cuando sólo tenía escrito siete poemas, ante la necesidad que siempre tiene cara de hereje, comenzó a venderlos en el subte “D”, en enero del 98, desde entonces, gracias a Dios, a Metrovías, al Personal y a los Pasajeros, éste ha sido su medio de vida.

Don Ramón firma como Ramón de Almagro, pues vive en ese barrio desde hace mas de 60 años, pero en realidad nació un 10 de abril de 1934 en Arrecifes, provincia de Buenos Aires...”