



Universidad del Aconcagua
EVALUADA POR CONEAU DESDE 1965 | MENDOZA | ARGENTINA

Facultad de Psicología,

Carrera: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.

BIENESTAR PSICOLOGICO EN LA VEJEZ:

**“ANALISIS Y COMPARACION ENTRE PERSONAS DE LA TERCERA
EDAD INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS”**

Directora de Tesina: Licenciada María Laura Del Pópolo

Alumna: María José Calcaterra

Año: 2015

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL DE EVALUACION:

PRESIDENTE:

VOCAL:

VOCAL:

PROFESOR INVITADO:

CALIFICACIÓN

AGRADECIMIENTOS:

A mi familia, padres y abuelos, por su apoyo incondicional desde el primer día de ingreso a esta mágica carrera, confiando siempre en mí en todas las etapas que transité en estos años como alumna.

Mis amigas que con sus consejos y amistad, hicieron que cada día crea más en mí.

Mi novio que con su amor y compañerismo, me ayudó a que en momentos de cansancio siga adelante, siempre hacia adelante.

A mi profesora la Lic. María Laura Del Pópolo, por su guía y ayuda profesional para la realización de la presente tesina.

Y a todos los profesores que participaron en las distintas cátedras y, que de una u otra manera, contribuyeron a mi formación profesional.

RESUMEN:

En el presente trabajo se apeló a una mirada prometedora de la vejez, contando con el enfoque de la Psicología Positiva. El tipo de estudio es **descriptivo** con el objetivo de analizar las diferencias entre el bienestar psicológico que presentan ancianos que viven en una determinada residencia para mayores (en la Ciudad de Buenos Aires) y aquellos que se encuentran en su hogar, además de evaluar la satisfacción que tienen ambos grupos con la vida que llevan. De esta forma se quiere llegar a sumar elementos que puedan ser de ayuda para la Prevención y Promoción de la Salud, más que la mera atención de sólo una parte de la etapa de la vida que están atravesando. Al tratarse de una **muestra no probabilística intencional**, no pueden generalizarse los resultados.

Para llegar a ellos se hizo un análisis y comparación del desempeño habitual (entendiendo por éste su rutina diaria, relaciones interpersonales con el entorno, actividades que realiza, cómo se siente, recursos con los que cuenta). Utilizando escalas como el BIEPS-A de María Martina Casullo, Satisfacción con la vida de Ed Diener y entrevistas semidirigidas. Aplicándolas a una muestra de 10 hombres y 10 mujeres; 5 de cada género fueron elegidos por estar en el geriátrico y 5 por estar fuera del mismo. Los criterios a tener en cuenta para seleccionarlos fueron la edad (entre 65 y 93 años) y autovalides para realizar las entrevistas.

Los resultados obtenidos en ambas escalas fueron equivalentes en los dos grupos. Presentaron un bienestar psicológico de nivel medio, junto con niveles satisfacción con la vida altos y muy altos.

ABSTRACT

The following work has a point of view based on positive psychology and an encouraging idea of the stage of life called old age. This is a descriptive study which is focused on the analysis of the differences between the physiologic well-being of old people who lives in retirement places (in Buenos Aires city) and the ones who lives in their own home. This research means a great help in the prevention and promotion of health in this stage of life. This study is only valid for this investigation due to it is not a probabilistic sample.

In the analysis, it has been considered the habitual performance of old people (dairy routines, relationships, activities, feelings, resources and supports). The used tools have been **BIEPS-A** scale by María Martina Casullo, Satisfaction with Life scale by Ed Diener and interviews. It has been taken as sample twenty people in their sixties and nineties who are capable of answering interviews (ten men and ten women).Five of each gender live in retirement places and five of them live at home.

The results of the scales have shown equal outcomes groups, a medium level of physiologic well-being and a very high level of satisfaction with life.

INDICE:

Título.....	1
Hoja de evaluación.....	2
Agradecimientos.....	3
Resumen.....	4
Abstract.....	5
Índice.....	6
Introducción.....	10

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: “VEJEZ”

1.1. Concepto de vejez.....	14
1.2. Tipos de actividades en la adultez mayor.....	17
1.3. Modelos Psicológicos de envejecimiento.....	18
1.3.1. Teoría de Erikson.....	18
1.3.2. Teoría de la actividad.....	19
1.3.3. Teoría de la continuidad.....	19
1.4. Enfoque del ciclo vital.....	19
1.5. Definición de estereotipo. Marcos generales de interpretación.....	21
1.5.1. Funciones de los estereotipos.....	22
1.5.2. Aspectos demográficos y psicosociales.....	22
1.5.3. La edad.....	22
1.5.4. El género.....	22
1.5.5. El estado civil.....	23
1.5.6. El nivel educativo.....	23
1.5.7. El tipo de convivencia y las responsabilidades hacia otros.....	23
1.5.8. La participación en actividades sociales comunitarias.....	23
1.5.9. La participación en actividades religiosas.....	24

1.5.10. La actividad física mantenida.....	24
1.6. Definición del fenómeno llamado “Ageism”.....	24
1.6.1. Explicaciones al fenómeno del Ageism.....	25
1.6.2. El ageism en los profesionales.....	26
1.7. Percepciones y actitudes hacia la propia vejez.....	27
1.8. Pirámide Poblacional.....	28
1.9. Finalidad del Programa para mejorar la situación del viejo.....	29
1.9.1. Objetivo del programa.....	30

CAPITULO II: “ENVEJECIMIENTO ACTIVO”

2.1. Envejecimiento Activo. Un marco Político.....	32
2.1.1. Concepto y justificación.....	32
2.2. Determinantes del envejecimiento activo.....	33
2.2.1. La cultura y el género.....	33
2.2.2. Relaciones con los sistemas sanitarios y los servicios sociales.....	33
2.2.3. Determinantes conductuales.....	34
2.2.4. Factores personales.....	34
2.2.5. Entorno físico.....	34
2.2.6. Entorno social.....	34
2.2.7. Determinante económico.....	35

CAPITULO III: “BIENESTAR PSICOLÓGICO”.

3.1. Concepto y fundamentación.....	37
3.2. Bienestar psicológico y vejez.....	38
3.2.1. Teoría del desapego.....	39
3.2.2. Teoría del apego.....	39
3.3. La emocionalidad en la vejez y su regulación.....	40
3.4. Predictores del bienestar.....	43
3.5. El estudio del bienestar.....	43

3.6. Poema de una alumna del Programa Universitario del adulto mayor.....	49
---	----

CAPITULO IV: “PSICOLOGÍA POSITIVA”.

4.1. Historia y fundamentación.....	52
4.2. Factores influyentes en el bienestar.....	54
4.3. Proyecto VIA: clasificación de fortalezas.....	54
4.4. Clasificación de las fortalezas.....	55
4.5. La resiliencia y el crecimiento ante la adversidad.....	58
4.6. Psicología Positiva y sus críticas.....	59
4.7. Psicología Positiva y vejez.....	59

CAPITULO V: “CEDOM”

5.1. ¿Qué es el CEDOM?	63
5.2. Geriátrico.....	63
5.2.1. Definición y alcance.....	63
5.2.2. Clasificación.....	64
5.3. Condiciones a tener en cuenta para los geriátricos.....	65
5.3.1. Condiciones de seguridad de los alojados.....	65
5.3.2. Chapa mural.....	66
5.3.3. Libreta sanitaria.....	66
5.3.4. Libro de registro de inscripciones.....	66
5.3.5. Libro de atención médica.....	66
5.3.6. Libro de registro de hospedados.....	66
5.3.7. Vestimenta para el personal.....	67
5.3.8. Higiene y aseo.....	67
5.3.9. Habitaciones destinadas para alojamiento.....	67
5.3.10. Servicio sanitario para alojados.....	68
5.3.11. Comedor.....	68
5.4. FUNDACION SEA: Fundación Sanidad Ejército Argentino.....	69
5.4.1. Historia y características.....	69

SEGUNDA PARTE: MARCO METODOLÓGICO

CAPITULO VI: MATERIALES, MÉTODO Y PROCEDIMIENTO.

6.1. Metodología.....	72
6.2. Tipo de estudio	72
6.3. Objetivos.....	72
6.4. Descripción de la muestra.....	72
6.5. Instrumentos.....	73
6.5.1. Escala BIEPS-A, Evaluación del Bienestar Psicológico en Adultos. Iberoamérica. de María Martina Casullo.....	73
6.5.2. Fundamentación.....	73
6.5.3. Interpretación de la escala.....	75
6.5.4. Escala de Satisfacción con la vida de Ed Diener.....	75
6.5.5. Fundamentación.....	75
6.5.6 Interpretación de la escala.....	76

CAPITULO VII: “PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS”.

7.1. Resultados de categorías elegidas para las entrevistas.....	79
7.2. Resultados obtenidos en la Escala de Satisfacción con la Vida de Ed Diener	79
7.3. Resultados obtenidos en Escala BIEPS-A de María Martina Casullo.....	81
CONCLUSIONES.....	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
ANEXOS.....	97-100

*“Todos los seres humanos desean tener una vida larga,
pero nadie quiere ser viejo”
Jonathan Swift*

INTRODUCCIÓN:

Con el transcurrir del tiempo la vejez dejó de ser una palabra tabú, para comenzar a introducirse en nuestra sociedad y así poder hacer foco en ella. Al ser un tema que por lo general sólo se presta atención a sus desventajas o defectos; en el presente trabajo se realizó una mirada prometedora de esta etapa, contando con el enfoque de la Psicología Positiva.

En los que respecta a la población de la tercera edad, se puede hacer referencia a los cambios que se vienen suscitando en los últimos años con esta temática. Antes, la esperanza de vida rondaba alrededor de los 45 años y, en la actualidad esta cifra va experimentando cambios, extendiéndose la franja entre los 100 y 120 años. Actualmente hay 600 millones de personas mayores de 60 años, se sabe que para el 2025 esta cifra va a duplicarse, además de haber una prolongación de años de vida, surgiendo así, lo que se conoce por “pirámide poblacional”. Es decir que aproximadamente para el 2020 esta proporción alcanzará el 75%, y para el 2025 el 85%. Este cambio que ya se ha iniciado, será visto tanto en países en desarrollo como desarrollados.

Es de suma importancia seguir trabajando y profundizando en todo lo que respecta a la vejez, para así poder abarcar todas las necesidades y demandas que vayan surgiendo de esta nueva realidad. Para esto, es esencial tener una mirada no convencional sobre la vejez, ya que siempre se la relaciona a deterioros físicos, psicológicos y emocionales. ***Cambiar el paradigma desde donde se la mira, modificar nuestra actitud frente a la misma y poder brindar aportes nuevos y eficientes para el cambio esperado.***

Con este fin, es que en la presente tesina se realiza una mirada positiva

frente a dicha etapa. Destacando la importancia de seguir tomando al adulto mayor, como un ser de derechos que debe ejercerlos hasta el último día. También puede observarse, lo significativo de todo lo que vamos hipotecando desde el nacimiento, ya que va a determinar las patologías del día de mañana. Todo lo que se escucha años anteriores sobre esta temida vejez; los miedos que hay, los estereotipos armados y “esperados”; todos estos factores, influirán en el bienestar psicológico de la persona mayor, como así también en su espíritu. Por ello, hay que trabajar en la prevención, para poder recibir a la vejez como lo que es, una etapa más en la vida del ser humano.

PRIMERA PARTE:
MARCO TEÓRICO

CAPITULO I:
“VEJEZ”

“¿Cuándo comienza la vejez? Cuando se pierde la capacidad de adaptación, de aprender, de soñar”

1.1. Vejez:

El concepto *vejez* proviene de la voz latina *vetus* que viene del griego *etos* y significa “años”, “añejo”. Es estudiada desde Platón y Sócrates, aunque recién en el S XX es cuando comienza a ser estudiada con mayor interés. Todas las interpretaciones que tengamos de este término serán variadas ya que son significados que provienen de las representaciones sociales que aparecen en los medios de comunicación, en la calle, en los espacios públicos, etc. (Ramos, Calleja, Maldonado, Ortega, Hernández, 2009).

Siguiendo la idea de estos autores se puede hablar de vejez y envejecimiento como sinónimos, y esto puede clasificarse según las siguientes características:

- ✓ La vejez es tomada como proceso y producto al mismo tiempo, por tanto, “si es el resultado de un proceso llamado envejecimiento quiere decir que la vejez es envejecimiento tanto como el envejecimiento es vejez.”
- ✓ Al ser la vejez una situación, en la que influyen los cambios psicosociales y físicos, entonces es una experiencia social.
- ✓ Los cambios culturales y tecnológicos que se producen en la sociedad tendrán implicancias directas en la vejez. La vejez tiene implicaciones psicosociales que dependen de los cambios culturales y tecnológicos por los que esté pasando la sociedad (Ramos, et al., 2009)

Por tanto, se podría decir que la vejez está influenciada tanto por lo biológico, psicológico y social al interactuar estos elementos en forma integral. El envejecimiento es netamente individual y subjetivo.

Desde Salvarezza (2002) quien es psicogerontólogo y ex titular de la Cátedra de Vejez de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, la vejez es tomada como:

Un tema conflictivo, no solo para el que la vive en sí mismo, sino también para aquellos que sin ser viejos aún, diariamente la enfrentan desde sus roles profesionales de médico, psicológico, asistente social, enfermero, o como hijo, como colega, como socio, como vecino, o como un simple participante anónimo de las multitudes que circulan por nuestras ciudades (p. 42)

Zapata (2001) habla sobre el significado del concepto “vejez”. Según el diccionario, comenta, la palabra “vejez” se utiliza para referirse a “la última etapa de la vida del hombre, por lo tanto, sólo a una más dentro de las tantas que conforman el proceso de desarrollo vital”. Sin embargo, resalta la existencia de otra manera de conceptualizar la vejez, como una etapa en la que la persona cuando ingresa a ella sufre cambios como ocurre en las otras etapas del ciclo vital en las que estuvo inmersa (infancia, adolescencia y adultez). Cada una de estas etapas corresponde a una realidad propia y diferenciada. Por tanto “la etapa de la vejez tiene potenciales propios que la convierten en única: serenidad de juicio, experiencia, conocimiento, madurez vital y perspectiva de la historia personal y social”. (p. 190)

Este autor, además refiere que todos llegaremos a viejos y que la manera en que lo haremos y cómo lo haremos, dependerá de los recursos intelectuales, sociales, biológicos y materiales que desarrollamos durante el ciclo vital.

Para Bazo (1990, citado en Sánchez Palacios, 2004):

El principal problema de la vejez es que resulta mal vista y es objeto de aversión por parte de las personas en general y de las ancianas en particular, que han interiorizado en su proceso de socialización una serie de imágenes negativas sobre la ancianidad que contribuyen a distorsionar la verdadera visión de la misma (p. 201)

La vejez comienza a estudiarse a mediados del siglo pasado. En 1945 se funda en Estados Unidos la “Gerontological Society” y en el año 1950 se crea en Lieja la “International Association of Gerontology”.

En lo que sabemos de historia, podemos resaltar que antes en Grecia y Roma, esta vejez era vista como una desgracia para los seres humanos, y esto hacía que fuese un privilegio morir joven ya que se evitaría el declive físico, mental y enfermedades. Sin embargo, a quien podemos destacar como una excepción a esto fue Platón, quien expuso aspectos positivos de la vejez, recalcando que en ella influyen las experiencias individuales y personales que se tuvieron en las etapas anteriores de la vida. En las culturas orientales como China y Japón, como en las tradiciones judías y árabes, la vejez era considerada como algo positivo y valioso. Por ejemplo, en el antiguo testamento se destaca lo privilegiado que era el hombre que llegara a una edad avanzada.

Ya que el cuerpo experimenta cambios con el paso del tiempo, esto hace que se unifique la percepción que todos tienen sobre la vejez, y cuando una persona comienza a mostrar esos signos físicos, se lo coloca en una categoría de ancianidad. Por lo que, una persona se sabe vieja, primero a través de la mirada del otro que es quien lo encasilla en ese lugar (Sánchez Palacios, 2004).

Cuando se llega a una edad más avanzada, pueden verse cambios como en los modos de caminar, la velocidad motriz, elasticidad, capacidad visual o auditiva, entre otros.

Para Fernández- Ballesteros (2000, citado en Sánchez Palacios, 2004) estos cambios físicos son lo que hace más notable la etapa de vejez, y las personas tienen una imagen de cómo se ve una persona vieja, entonces comienzan a considerarse como ancianas cuando se aproximan a esa imagen.

En cuanto a la vejez psicológica, para Fernández- Ballesteros (2000) “es el resultado de un equilibrio entre estabilidad y cambio y, también, entre crecimiento y declive” (p. 40)

1.2. Tipos de actividades en la adultez mayor:

Hay tres tipos de actividades en la vida diaria de los adultos mayores que podemos diferenciar: *actividades básicas de la vida diaria*, las cuales refieren a mantenimiento personal en términos de supervivencia física; *actividades instrumentales de la vida diaria*, que aluden al mantenimiento personal en términos de supervivencia cultural, y trabajo, y por último actividades de ocio y *actividades sociales*, que atañen a las actividades comunitarias y autoenriquecedoras. (Horgas, Wilms y Baltes, 1998 citado en Acosta Quiroz, Dávila Navarro, Rivera Iribarren y Rivas López, 2010)

Las actividades que se realizan en la vida cotidiana son un elemento fundamental para medir la calidad de vida y el estatus funcional que tienen los adultos mayores y se refieren a un conjunto de tareas cotidianas comunes que se necesitan para el autocuidado personal y una vida independiente. (Acosta, 2009 citado en Acosta Quiróz et al., 2010)

Podemos también mencionar aquellas actividades sociales y de ocio propuestas por Lemon, Bengston y Peterson (1972, citado en Acosta Quiróz et al., 2010) en su teoría de la actividad, tales como: 1) tratar niños (por ejemplo: nietos), tratar también con vecinos, amigos y familiares, salir de viaje y otras semejantes, las cuales son reconocidas como actividades informales; 2) participar en grupos de adultos mayores, cuidar enfermos, recibir clases de manualidades, llevar a cabo tareas religiosas, etcétera, llamadas actividades formales, y 3) leer libros o diarios, ver televisión, escuchar radio, y otras similares, que se agrupan como actividades solitarias.

Podemos agregar que lógicamente a todas estas actividades que desempeñan los adultos mayores en su tiempo libre, se pueden sumar otras actividades dependiendo del dinero, la salud, la capacidad de moverse y preferencias personales del individuo. Las actividades más populares para ocupar el tiempo

libre en la vejez son practicar jardinería, o la lectura, ver la televisión, observar acontecimientos deportivos, participar en actividades sociales, visitar amigos y familiares, pasear y poner interés en sucesos educacionales y creativos (Horgas, et al., 1998 citado en Acosta Quiróz et al., 2010).

A su vez, estas actividades pueden ser completadas por las aquellas propuestas en el modelo de envejecimiento exitoso de Rowe y Kahn (1997, citado en Acosta Quiróz et al., 2010), en sus tres componentes , que son: 1) minimización de riesgos para la salud por medio de actividades de protección a la salud; 2) maximización de capacidades físicas y cognitivas a través de la realización de actividades instrumentales de la vida diaria, y 3) participación activa en actividades sociales y actividades productivas que no necesariamente generen una remuneración económica.

Según Horgas et al (1998, en Acosta Quiróz et al., 2010) El nivel de autonomía del anciano en los actos de la vida cotidiana proporciona autoevaluación y autopercepción subjetivas más positivas y una mayor satisfacción en la vida, elementos favorables que constituyen al envejecimiento exitoso: gran actividad, buena salud subjetiva y buen nivel de satisfacción vital.

1.3. Modelos psicológicos de envejecimiento

En los escritos de Fernández-Ballesteros (2000, citado en Sánchez Palacios, 2004), se mencionan 3 teorías para hablar sobre el envejecimiento.

1.3.1 Teoría de Erickson

Para Erickson el desarrollo psicológico tiene que ver con un progreso continuo que ocurre en la persona, basado en la resolución de crisis normativas. En ellas, se espera una resolución positiva que influya en el desarrollo de la personalidad. Dentro de los que son estas crisis normativas, se tiene en cuenta a la vejez como una época en la que se produce un conflicto entre la integridad del yo y la

desesperanza. Cuando hay ausencia de integridad, el yo se ve afectado por el miedo a la muerte y sufre la falta de adaptación a este periodo de la vida.

En cambio, cuando hay integridad del yo, las personas logran adaptarse con éxito en cada etapa y hay aceptación tanto de ellos mismos como del momento en el que se encuentran.

Podríamos decir entonces que esta etapa de vejez, parece ser la más difícil de todas.

1.3.2. Teoría de la actividad

Esta teoría, fue desarrollada por Havighurst (1987) Quien plantea que las personas son más felices y están más satisfechas, cuando se mantienen activas y se sienten útiles. Aquí se tiene en cuenta como las personas pierden los roles que tenían en toda su vida, como por ejemplo el rol laboral. Entonces para obtener un envejecimiento óptimo, hay que mantener un estilo de vida activo y compensar las pérdidas sociales que se tenían, como así también encontrar actividades que sustituyan aquellas que ya no pueden realizar por el motivo que sea.

1.3.3. Teoría de la continuidad

Esta teoría considera que las estructuras de ideas y funcionamiento que tienen las personas, permanecen estables a lo largo de la vida.

Las personas que comienzan a adentrarse en la vejez, lo van a hacer procurando mantenerse con estrategias familiares en contextos conocidos.

Por eso se entiende que las personas elijan lugares, actividades o relaciones en función de las concepciones previas que se tenían.

Según esta teoría, en la vejez se tiende más a la continuidad que al cambio (Atchley 1989; 1999 y Maddox, 1963 citado en Sánchez Palacios, 2004).

1.4. Enfoque del ciclo vital

Desde el enfoque del ciclo vital se considera al envejecimiento como un continuo a lo largo de la vida. Aquí se va a tener en cuenta tanto los factores del paso del

tiempo, como el contexto cultural e histórico en el que la persona ha estado inmersa. Desde este enfoque se habla de un equilibrio que se produce a lo largo de la vida, entre las ganancias y las pérdidas que se experimentan. Se dice que en la infancia hay predominio de las ganancias y que en la vejez hay mayoritariamente pérdidas. Sin embargo, podemos ver que a lo largo de la vida hay coexistencia de ambos. Por lo que en la vejez puede considerarse que también hay ganancias

En este enfoque también se habla de que el paso del tiempo no necesariamente tiene que afectar de la misma forma a todas las habilidades de la persona.

Se mencionan las variables interindividuales e intra-individuales en el sujeto. Dentro de lo que son las variables interindividuales, se dice que hay 3 formas de envejecer:

- Vejez normal, donde no hay discapacidades.
- Vejez patológica, en la que hay enfermedades.
- Vejez competente, la cual es saludable o con éxito.

En este último, se apunta a equilibrar o minimizar las pérdidas a través de los mecanismos de selección, compensación y optimización.

En la selección, los sujetos van a elegir los objetivos que quieren cumplir y las estrategias que utilizarán para alcanzarlos, teniendo en cuenta los recursos que se tienen para ello.

La optimización, supone lograr minimizar las pérdidas y maximizar las ganancias. Lo que implica conductas que lleven a una mejora en el sujeto. Para lograr una optimización, se necesita de conocimiento cultural, práctica y esfuerzo.

Y la compensación implica contrarrestar las pérdidas con las capacidades que no experimentaron un declive.

Así, podemos observar cómo el ser humano es tomado como un organismo activo y que tiene la capacidad de adaptarse y compensar las pérdidas que sufre (Neugarten, 1975; Baltes, 1987 citado en Sánchez Palacios, 2004).

1.5. Definición de estereotipos

Los estereotipos son generalizaciones de determinados atributos comunes que poseen un grupo de personas. Estos estereotipos no son del todo exactos, ya que sabemos, al utilizarlos se hace una homogenización de determinado grupo, olvidándonos de las individualidades y particularidades (Hilton y Von Hippel, 1996 citado en Sánchez Palacios, 2004).

Dicho fenómeno de actitudes negativas hacia los viejos, fue muy estudiado en nuestro país por Leopoldo Salvarezza, quien lo llamó “*viejismo*”.

Salvarezza (1988) al hablar de *viejismo*, lo hace refiriéndose a todos los prejuicios contra la vejez. Son estereotipos que se le adjudica a la persona mayor, simplemente en función de su edad.

Viejismo significa rechazo, tendencia a la marginalización, temor, desagrado, negación, agresión, todas las actitudes ligadas entre sí y que terminan discriminando a la persona que envejece

Es una actitud incorporada a través de los años y transmitida por la cultura. Va a depender en gran medida, de las identificaciones que desde pequeños hacemos con nuestros mayores.

Gerontofobia, en cambio, refiere a una conducta más extraña en la que se presencia temor u odio irracional hacia los viejos, por lo que es menos abarcativa y debe ser incluida dentro del *viejismo* y no ser utilizarla como sinónimo de éste.

Estos prejuicios son el resultado de identificaciones primitivas con las conductas de personas significativas del entorno familiar y no son parte de un pensamiento racional adecuado. Es decir, que la persona no reacciona racionalmente frente a la vejez, sino que es una respuesta emocional ante un estímulo determinado. La persona que está creciendo, ve cambios indeseables que acompañan la vejez e inconscientemente rechaza tanto el proceso de envejecimiento como a las personas que son portadoras de él (Salvarezza, 1988).

1.5.1 Funciones de los estereotipos. Marcos generales de interpretación

Snyder y Miene dicen que en lo que respecta a la vejez y los estereotipos que hay sobre ella, se resalta algo particular de esto, y es que a viejos llegaremos todas las personas (exceptuando que haya alguna muerte inesperada de antemano). Por lo tanto, la manera en que se percibe a las personas mayores, es la manera en la que se percibe la propia vejez, el futuro (1994 en Sánchez Palacios, 2004).

En investigaciones realizadas sobre los estereotipos (Hill, Lewicki, Czyzewska y Schuller 1990 citado en Sánchez Palacios, 2004) Encontraron que cuando se tiene determinada información sobre un grupo de personas y aparecen datos o casos que contradice esa información, las personas en vez de cambiar estos estereotipos que tenían, lo consideran una excepción.

1.5.2. Aspectos demográficos y psicosociales

Existe una gran diversidad de elementos que se considera que pueden asociarse de una u otra forma al modo en que las personas mayores son percibidas por la generalidad del grupo social.

1.5.3. La edad

General mente se cree que este factor influye determinadamente en la percepción que tiene el adulto mayor sobre su estado de salud. Sin embargo, esto no es así.

1.5.4. El género

Debido a que en la actualidad se sobre valora tanto la belleza y la juventud, puede observarse que los estereotipos sociales devaluadores hacia la vejez aparecen más en las mujeres que en los hombres. También influye la condición económica en las mujeres mayores, ya que en el pasado al haberse dedicado a su hogar y crianza de los hijos, no mantuvieron una actividad laboral, por lo que luego no disponen (o disponen escasamente) de ingresos de jubilación (Sánchez Palacios, 2004)

1.5.5. El estado civil:

Según Pinquart y Sörensen, (2001 citado en Sánchez Palacios, 2004) Este factor también tiene gran influencia en la vejez, ya que se observó que las personas casadas viven más y se sienten mejor que las personas viudas o solteras. Cuando una persona enviudó, tiene mayores sentimientos de soledad, de incapacidad y una percepción negativa de su salud. La OMS también considera a la viudez reciente, en un periodo inferior a un año, como uno de los indicadores de fragilidad y factor de riesgo de la salud física y mental, en la persona que pierde a su conyugue. Sin embargo, en otros estudios realizados se encuentran contradicciones en los resultados de este factor.

1.5.6. Nivel educativo

Schieman y Campbell (2001 en Sánchez Palacios, 2004) realizaron un estudio con 731 sujetos de diferentes grupos de edad, y en los resultados encontraron que bajo nivel educativo se relacionaba, en las personas mayores, con menos nivel de autoestima en comparación con las que las que tenían un nivel de estudios más elevado.

1.5.7. El tipo de convivencia y las responsabilidades hacia otros

Se ha encontrado que la mayoría de los adultos mayores, prefieren vivir en su hogar, separados de sus hijos, pero manteniendo una relación de cercanía con ellos. (Bazo, 1990 citado en Sánchez Palacios, 2004) Además es cada vez mayor la función que se les asigna del cuidado que realizan hacia sus nietos, quedándose con ellos cuando sus madres tienen que concurrir a la actividad laboral.

1.5.8. La participación en actividades sociales comunitarias

Hay abundante información al respecto de las actividades laborales comunitarias, coincidiendo en su mayoría, con que los adultos mayores mientras tengan un gran número de contactos sociales y mantengan diversidad de intereses en esta área,

tienen una percepción sobre la vejez, más positiva que aquellos que no realizan estas prácticas.

1.5.9. La participación en actividades religiosas

En otras investigaciones que se realizaron, se observó que la religión tendría gran influencia como sostén de apoyo ante circunstancias adversas. Como lo son por ejemplo, la pérdida del conyugue, amigos, alguna pérdida en la capacidad física.

1.5.10. La actividad física mantenida

Gran cantidad de estudios llevados a cabo hacia las personas mayores, confirman que la esperanza de vida va a depender del estilo de vida que se llevó en años anteriores y el que se mantiene en el presente.

1.6. Definición del fenómeno llamado “ageism”:

El ageism, es traducido al castellano como: viejismo (Salvarezza, 1998 citado en Sánchez Palacios, 2004), y edadismo (Montorio, Izal, Sánchez y Losada, 2002 citado en Sánchez Palacios, 2004).

Butler (1969, citado en Sánchez Palacios, 2004) fue el primero en emplear este término, y lo define como un: “proceso de estereotipia y discriminación sistemática contra las personas por el hecho de ser viejas, de la misma forma que el racismo y el sexismo se originan por el color de la piel y el género” (p. 22)

Ageism abarca tanto los estereotipos que se les adjudica a las personas mayores por su edad, como las actitudes y prejuicios de las que son víctimas.

Podemos relacionar este término señalado con lo que refiere la OMS en cuanto a los estereotipos negativos que se pueden tener sobre la vejez y cómo éstos influyen en la población anciana, convirtiendo determinados prejuicios en profecía autocumplida.

Toda interiorización de estereotipos sociales que se adquiera frente a la ancianidad (Levy, 2003 citado en Sánchez Palacios, 2004) y las actitudes

negativas que se realicen frente a esto, se adquieren durante los primeros años de la vida (Isaacs y Bearison, 1986 citado en Sánchez Palacios, 2004).

Esto trae como consecuencia, lo anteriormente mencionado como la profecía autocumplida, donde los adultos al llegar a la etapa de vejez se comportan de acuerdo a lo que se espera de ellos, además de haber adquirido ese modelo. Así se dificulta el proceso de vejez, que es individual y que depende de una multiplicidad de factores que condicionan a las personas a tener una mejor o peor transición de esta etapa (Sánchez Palacios, 2004)

Los estudios sobre el ageism, muestran como éste es utilizado tanto en las instituciones para ancianos, (Caporaël, Lukaszewski y Culbertson, 1983; Hockey y James, 1993; Ryan, Hamilton y Kwong-See, 1994; Salari y Rich, 2001, citado en Sánchez Palacios, 2004) como también puede observarse en las actitudes y expectativas negativas que tienen los profesionales que asisten a estos ancianos, como lo son médicos y psicólogos (Bernabei, 1998; Greene, Hoffman, Charom, y Adelman, 1987; Perlick y Atkins, 1984; Rost y Frankel, 1993 citado en Sánchez Palacios, 2004).

Levy y Banaji (2000 en Sánchez Palacios, 2004) apuntan que el ageism tiene características universales, ya que se encuentra en la mayoría de las personas y se producen “automáticamente en los pensamientos y en los sentimientos, juicios y decisiones de la vida cotidiana” (p. 59)

1.6.1. Explicaciones al fenómeno del ageism

Palmore (1990, citado en Sánchez Palacios, 2004) sugiere que el fenómeno ageism, es sostenido en la actualidad por el miedo a la muerte, la cual es vista por los hombres como algo antinatural. Otro elemento que contribuye al ageism es la productividad que se realiza en el ámbito del trabajo. Se sabe que las personas mientras trabajan son vistas como productoras de bienes, portadoras de salud. Mientras que una persona al llegar a la vejez, se jubila y “deja de producir”.

Y otro importante factor que influye en la existencia de este fenómeno, es la actitud que tienen los profesionales que trabajan con los viejos. Tanto aquellos que los atienden, como los que le brindan cuidado y atención (Lehr, 1980 citado en Sánchez Palacios, 2004). Según Quinn (1983 en Sánchez Palacios, 2004) esto ocurre porque:

Pocos profesionales comprenden lo que significa el crecimiento humano en la vejez, en el sentido social y psicológico, puesto que generalmente su contacto es con personas que tienen una vejez patológica más que con los que presentan una vejez normal (p. 47)

1.6.2. El ageism en los profesionales: psicólogos y médicos

Llegando a la vejez, la mayoría de las personas experimenta determinadas pérdidas (ya sean laborales, vínculos, actividades o personas) y debido a esto, se pueden desencadenar trastornos psicológicos, como lo son la depresión o ansiedad. Por todo esto es que si los profesionales dedicados al cuidado de los adultos mayores, consideran que estas son manifestaciones naturales de la vejez, o son esperables, es que no van a trabajar en las posibles soluciones o alternativas para mejorar su calidad de vida (Quinn 1987, citado en Sánchez Palacios, 2004)

Butler y Lewis (1973 en Sánchez Palacios, 2004) encontraron la relación que hay entre la avanzada edad y el pesimismo sobre el tratamiento psicoterapéutico. Señalan que las actitudes de los terapeutas frente a los ancianos, va a estar condicionada por las creencias sociales que ellos adquirieron anteriormente. Como así también, el rechazo que pueden llegar a tener al no querer trabajar con adultos mayores, se debe al propio miedo que sienten hacia su vejez, ya que estos ancianos les recordaría como sería su futuro.

Según Wetly (1987, citado en Sánchez Palacios, 2004) es en la institución hospitalaria donde se producen la mayoría de los casos más notorios de discriminación. Turner, Haward, Mulley y Selby (1999 en Sánchez Palacios, 2004)

sostienen que estas personas al tener avanzada edad y que pueden estar en una situación de dependencia por su estado de salud, pueden llegar a recibir una asistencia de inferior calidad, menos atención personalizada, menor esfuerzo para un diagnóstico y exceso de medicación, en comparación al tratamiento que recibirían los jóvenes.

Otro de los casos en los que puede verse protagonizado el ageism, es el fenómeno de infantilización que ocurre en las residencias para mayores, donde justamente se los trata como niños. Hablándoles como tales, y hasta en las actividades que realizan. Esta infantilización se la atribuye, a la falta de independencia percibida, por lo que las personas que trabajan con adultos mayores, tomarían una postura paternalista frente a ellos.

1.7. Percepciones y actitudes hacia la propia vejez

Es de suma importancia tener en cuenta el significado que les dan los propios adultos mayores a su vejez. Observar y analizar cómo perciben los cambios que ocurren en su cuerpo, en su vida, si éstos son controlables o inevitables. Ya que su punto de vista, determinará la actitud que tengan frente a esta etapa de la vida y a adoptar comportamientos muy distintos ante estos cambios.

Esto puede observarse en la opinión dada por Heckhausen (1997, citado en Sánchez Palacios, 2004) Quien dice que hay una gran diferencia en las actitudes tomadas por las personas que ven los cambios como controlables o como inevitables. Ya que si los cambios se perciben como controlables, es más fácil que las personas se planteen realizar determinadas actividades, con el fin de incidir sobre ellos. Por ejemplo: tareas de lectura diaria o juegos mentales para desarrollar habilidades cognitivas para compensar determinadas pérdidas.

En un estudio, realizado con personas mayores de 50 años durante un periodo de más de dos décadas, Levy et al. (2002 en Sánchez Palacios, 2004), se propusieron investigar si las personas que tenían una visión más positiva hacia su vejez, tenían una mejor salud que aquellos que no tenían una visión positiva sobre

su proceso de envejecimiento. Los resultados obtenidos fueron que esas personas con una visión positiva hacia su vejez, tenían menor declive en su salud funcional, en comparación con aquellas que percibían de manera negativa su ancianidad.

1.8. Pirámide poblacional:

Desde el Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores (2007) se analiza la población adulta mayor. Aquí se hace referencia a la existencia de cerca de 600 millones de personas mayores de 60 años en el mundo. Y para el 2025, se espera que esta cifra se duplique, así como también para el 2050 se proyecta que esta población aumentará el 21% de la población total global. El grupo de adultos mayores que mayor crecimiento tendrá. Será el grupo de mayores de 80 años.

Hoy, más del 60% de los adultos mayores de 60 años se encuentran en países en desarrollo. Para el 2020 esta proporción alcanzará el 75%, y para el 2025 el 85%.

En lo que respecta a Argentina, nuestro país muestra signos de un gran envejecimiento desde el año 1970. Este envejecimiento, nos hace replantear sobre nuevos desafíos que debemos enfrentar en el sistema de salud. Y así también se puede ratificar la importancia de una atención para los servicios de promoción, prevención, atención y rehabilitación.

En Argentina hacen falta estos tipos de programas integrales donde se trabaje con la promoción de la salud, el envejecimiento activo y saludable, la atención primaria de la salud adaptada al adulto mayor, los servicios de cuidados domiciliarios de baja y alta complejidad y de soporte para las personas mayores en situación de dependencia.

De este modo se podrán reducir los factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas y la demanda de servicios en el futuro. Este tipo de abordaje de promoción de la salud y prevención, puede terminar con el ciclo que

lleva a las enfermedades crónicas a la discapacidad, y, correlativamente al aumento de los costos potenciales esperables en los sistemas de salud y de los particulares, especialmente en cuidados crónicos y de institucionalización. Para esto se requiere de acciones múltiples e integradas, y preparar recursos humanos y servicios, que ayuden a las personas a conservar el máximo tiempo posible la mayor autonomía.

Algunas de las variables de gran importancia son:

- La adecuación de los Centros de Salud, eliminando cualquier tipo de barreras, así como la inclusión de protocolos para mayores en los servicios de Atención Primaria de la Salud.
- Sensibilizar a la sociedad para que pueda llegar a comprender que el envejecimiento es parte del ciclo de la vida y no una etapa diferente de otras.

Todos los esfuerzos deben volcarse para lograr retrasar la dependencia y la discapacidad hasta los últimos momentos de la vida. Quienes son el objetivo principal de este cambio tan necesario son más de 5 millones de personas mayores de 60 años que habitan en el país y la comunidad en general.

A lo que podemos apuntar entonces es que la conflictiva no pasa porque la gente envejezca, sino en realizar cambios en el sistema de salud, el contexto cultural y social en el que esa persona está inmersa, ya que si no se llega a tomar conciencia de este fenómeno, ninguna persona logrará adaptarse a dicho proceso, y tampoco podrá ayudar a quienes lo están transitando.

1.9. Finalidad del programa a realizar para mejorar la situación del viejo

- Favorecer el desarrollo de la promoción de la salud y la atención primaria de la salud para los adultos mayores en el sistema de salud.

- Promover el pleno goce y ejercicio de los derechos a la salud de las personas mayores.
- Promover el desarrollo de servicios integrados para la vejez frágil y dependiente.
- Influir en los prestadores de salud acerca de los programas y estrategias de promoción y prevención destinada a los adultos mayores.
- Realizar la incorporación de “envejecimiento activo y saludable y la atención de la salud adaptada a las necesidades de los adultos mayores”, en la formación de los recursos humanos.
- Promover el concepto de envejecimiento activo y saludable en la sociedad en general.
- Favorecer el desarrollo de proyectos de investigaciones destinadas a incrementar el conocimiento en el campo gerontológico para dar respuesta a las necesidades detectadas.

1.9.1. Objetivo general del programa:

Fortalecer la accesibilidad al sistema de salud y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con el enfoque de Envejecimiento Activo.

CAPITULO II:
“ENVEJECIMIENTO ACTIVO. UN
MARCO POLÍTICO”

2.1.1 Envejecimiento activo:

Este marco político fue creado por el Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la OMS como contribución a la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el “Envejecimiento”.

Algunas de las preguntas que se intenta responder o abordar tienen que ver con ¿Cómo se puede reforzar las políticas de promoción y prevención de la salud, especialmente las dirigidas a las personas ancianas? ¿Cómo se puede mejorar la calidad de vida de dichas personas? La Organización Mundial de la Salud afirma que los países sólo podrán afrontar el proceso de envejecimiento si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil, promulgan programas de “Envejecimiento Activo” que puedan mejorar la salud, la participación y la seguridad de las personas mayores.

2.1. Envejecimiento activo: concepto y justificación:

El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades que debe tener un adulto mayor en lo que respecta a salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Este término fue adoptado por la OMS a finales de los '90, ya que abarca más variables que el de “envejecimiento saludable” que se utilizaba hasta ese momento.

Dicho envejecimiento permite que las personas puedan desarrollar su potencial físico, social y mental y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades; mientras que se le proporciona seguridad, protección y cuidado.

El término “activo” hace referencia a la participación continua en cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo la capacidad u oportunidad de estar activo físicamente. La autonomía como la independencia, son uno de los principales objetivos tanto para el individuo como para el estado.

El envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos que tienen las personas mayores, como también se basa en los Principios de las Naciones Unidas de participación, independencia, dignidad, asistencia y realización de sus propios deseos.

Otra de las oportunidades que brindaría el cumplimiento de este envejecimiento activo, es que las personas al estar más cuidadas y al tener una mejor calidad de vida, se enfermarían menos, por lo que estarían en mejores condiciones de salud y no tendrían inconvenientes en seguir trabajando. Hay una tendencia en los países industrializados a promover la jubilación precoz, pero a medida que aumente el envejecimiento en la población, estas políticas deberán cambiar ya que habrá más gente capaz de seguir trabajando por su buen estado de salud.

2.2. Determinantes del envejecimiento activo

2.2.1 Determinantes transversales: La cultura y el género

Tanto los valores como las tradiciones culturales determinan cómo una sociedad considera a sus adultos mayores y al proceso de envejecimiento. Es decir, que si se está más propenso a atribuir enfermedades a la tercera edad, es menos probable que se proporcionen servicios de prevención, detección precoz y tratamiento prolongado.

2.2.2 Determinantes relaciones con los sistemas sanitarios y los servicios sociales

Estos determinantes tienen relación con la urgencia e importancia que tiene la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el poder acceder a los sistemas de salud tanto de atención primaria como los tratamientos de larga duración.

2.2.3 Determinantes conductuales

Además de los gobiernos que son responsables de brindar salud a las personas, son ellas mismas quienes tienen otro tipo de responsabilidad en cuanto a tener actividades saludables como no fumar, no ingerir excesivo alcohol, mantener una actividad física adecuada, tener una alimentación sana, y la utilización de medicina que pueden evitar la discapacidad y el declive, y por tanto prolongar años de vida.

2.2.4 Determinantes relaciones con los factores personales

Así como los factores genéticos y biológicos son influyentes en las enfermedades o determinados cambios en las personas, su comportamiento y medioambiente también logran tener influencia.

La inteligencia y la capacidad cognoscitiva son potentes predictores de un envejecimiento activo y la longevidad. Por lo general, el declive de la capacidad cognoscitiva se debe a depresión, consumo de alcohol, falta de motivación, soledad, aislamiento.

2.2.5 Determinantes relacionados con el entorno físico

Es necesario que las personas cuenten con una vivienda adecuada para prevenir caídas, lesiones. Contar también con transporte accesible y agua potable.

2.2.6 Determinantes relacionados con el entorno social

Si definitivamente hay otros factores que promueven una mejor calidad de vida y salud, éstos tienen que ver con la educación, el aprendizaje continuo, el apoyo social y protección. Así una persona cuando esté llegando a la tercera edad, puede seguir desempeñando su rol laboral, ya que contaría con una formación continua y aprendizaje en la comunidad. De lo contrario, se produce la exclusión social, violación de los derechos humanos.

2.2.7. Determinantes económicos

Existen muchas personas mayores que no cuentan con una jubilación o pensión adecuada, ni poseen ahorros o bienes que puedan ayudarlos a sustentarse. Todo esto, incide también en su salud al no contar con una alimentación adecuada o posibilidad de comprar medicamentos necesarios, a no tener viviendas confortables. De allí la necesidad de poder tener un trabajo digno, un entorno adecuado a sus necesidades y derechos y así poder generar alternativas de vida saludables.

CAPITULO III:

“BIENESTAR PSICOLÓGICO”

3.1. Bienestar psicológico:

Desde una mirada amplia, Carol Ryff se refiere al bienestar psicológico como el esfuerzo que realiza la persona para poder perfeccionar el propio potencial y así encontrar un significado a nuestra vida. Para ello, la persona tiene que realizar determinados esfuerzos para poder superarse y conseguir metas valiosas; la tarea central de las personas en su vida es reconocer y realizar al máximo todos sus talentos. Ryff destaca la responsabilidad que tiene el individuo en encontrar el significado de su existencia, ya sea en el propio proceso de la vida misma, como también frente a realidades adversas (Juana Beatriz Ortiz Arriagada, Manuel Castro Salas, 2009)

Esta autora (1989 citado en Hervás, 2009) al hablar de bienestar, lo plantea como un funcionamiento psicológico óptimo. Por esto, sugiere que el elemento hedónico (el balance entre emociones positivas y negativas) puede ser independiente del bienestar. Esto quiere decir, que una persona puede sentir bienestar, pero a su vez, tener emociones negativas y pocas emociones positivas debido a la circunstancia en la que se encuentra. Por ejemplo un trabajo donde se tengan varias dificultades que afrontar. El modelo que propone, se utiliza no sólo para evaluar el desarrollo de los sujetos de manera individual, sino que también se evalúa la calidad de las personas, relaciones y contextos.

Dice además que el Bienestar Psicológico posee un modelo multidimensional y tiene variaciones de acuerdo a la edad, el sexo y la cultura. Este modelo llamado "Modelo Integrado de Desarrollo Personal" incluye 6 dimensiones:

- 1) una apreciación positiva de sí mismo.
- 2) la capacidad para manejar de forma efectiva el medio y la propia vida.
- 3) alta calidad de los vínculos personales.
- 4) la creencia de que la vida tiene un propósito y significado.
- 5) el sentimiento de que uno va creciendo y desarrollándose a lo largo de la vida

6) el sentido de autodeterminación (Castro Solano, 2009).

Castro Solano dice que una persona tendrá un alto grado de bienestar si experimenta satisfacción, la cual se compone de un constructo triárquico.

Por un lado tenemos los estados emocionales (afecto positivo y afecto negativo), y por el otro, el componente cognitivo. Los estados emocionales son más lábiles y momentáneos, al mismo tiempo son independientes. El tener una alta dosis de afectividad positiva no implica tener una alta dosis de afectividad negativa. El componente cognitivo de la satisfacción se denomina bienestar, y es resultado de la integración cognitiva que las personas realizan acerca de cómo les fue (o les está yendo) en el transcurso de su vida. (p. 46)

Aquellas personas que logren adaptarse a las situaciones, lograrán un bienestar. Es decir que las personas con capacidad de adaptación reaccionan intensamente ante los eventos que ocurren, pero luego pueden lograr adaptarse y así su bienestar psicológico vuelve a su línea de base (Brickman y Campbell 1971, en Brenlla M.E., Casullo M.M., Castro Solano A., Cruz M.S.,González R., Maganto C., Martínez M.M., Montoya I., Morote R., 2002)

Podríamos concluir entonces, diciendo que la satisfacción con la vida y el componente afectivo del bienestar tienden a ser correlativos, ya que ambos están influidos por la valoración que realiza el sujeto acerca de los sucesos, actividades y circunstancias en los que se desarrolla su vida. El bienestar psicológico es un área conveniente a evaluar ya que está relacionado con la perspectiva que tiene la persona de cómo vivió o vive su vida.

3.2. Bienestar psicológico y vejez:

El bienestar es un constructo mucho más amplio que la simple estabilidad de los afectos positivos a lo largo del tiempo, es lo que la sabiduría popular conoce como

la felicidad (Schumutte y Ryff, 1997 citado en Lombardo, 2013).

Estudios actuales sobre la felicidad (Lacey 2006; Wood, Kisley, y Burrows, 2007 citado en Lombardo, 2013), han demostrado que los adultos mayores tienen niveles comparables o superiores a los adultos jóvenes o de la mediana edad.

Aquí podemos mencionar las 2 maneras de enfocar la vejez según Salvarezza (1988). Estas son: la teoría del desapego y la teoría del apego.

3.2.1 Teoría del desapego:

Ésta propone que a medida que el sujeto envejece se produce una reducción de su interés vital hacia las actividades u objetos que lo rodean, lo que lleva al sujeto a apartarse de todo tipo de interacción con el entorno.

Puntos a tener en cuenta desde esta teoría:

1. Es un **proceso universal**, ya que ocurre en cualquier tipo de cultura y tiempo histórico.
2. Es un **proceso inevitable**, porque está apoyado en procesos psicobiológicos.
3. Es **intrínseco**, no está condicionado ni determinado por variable por ninguna variable social.

3.2.2. Teoría del apego:

Toda posibilidad de “ser” es posible en relación con los otros. Todo tipo de satisfacción de necesidades o deseos es provista sólo en estas relaciones objetales, es decir, que el aislamiento debe ser comprendido como parte de una patología o acción prejuiciosa hacia los viejos, pero de ninguna manera está dentro de la normalidad.

Así, el secreto del buen envejecer estará dado por la capacidad que tenga el

sujeto de adaptación y aceptación de estas inevitables declinaciones sin insistir en mantenerse joven.

Podemos observar la importancia de seguir persiguiendo objetivos, metas que den un sentido a nuestra vida.

3.3. La emocionalidad en la vejez y su regulación como un aspecto vinculado tanto al capital psíquico como al bienestar psíquico.

Podemos definir las emociones como una: actividad psíquica producida por reacción frente a estímulos tanto internos como externos. La regulación y control emocional, son procesos por los cuales los individuos influyen sobre sus emociones: cuándo ocurren, con qué intensidad y cómo las expresan.

Se ha comprobado el rol central que tienen las emociones en la adaptación al medio social ya que aportan información sobre el sujeto mismo, los otros y el ambiente.

Los estados emocionales se caracterizan por la coexistencia de afectos como alegría, tristeza, etc. Permanentemente esta complejidad requiere de mecanismos de balance y control de la psique. Tales mecanismos son propios de la vida social donde se producen aprendizajes y experiencias que permiten formar estrategias de expresión y control o regulación emocional.

La adquisición de las estrategias se da en la vida social y son sensibles al desarrollo individual, como muestran los cambios relacionados a la edad hacia un patron más saludable de estrategias desde la adultez hasta la vejez (John y Gross, 2004 citado en Lombardo, 2013).

Los hallazgos de las últimas décadas presentan una perspectiva positiva acerca de los cambios emocionales en el envejecimiento, indicando que los niveles relativamente altos de bienestar afectivo y estabilidad emocional constituyen la norma más que la excepción, al menos hasta los 70 u 80 años (Carstensen

Pasupathi, Mayr y Nesselroade, 2000; Kunzmann, U., Little, T.D, y Smith, J. 2000. Kessler, E.M, y Staudinger, U.M. 2009 citado en Lombardo, 2013).

Aparece un cambio en la perspectiva, el envejecimiento ya no es visto como un proceso inexorable y universal de deterioro, sino que además de una gran variabilidad, presentan distintos aspectos en los que vemos el desarrollo de potencialidades y recursos que no estaban presentes en etapas anteriores. Durante el desarrollo del curso de la vida un sujeto va construyendo estrategias adaptativas a partir de vivencias personales y de aquellas provenientes de su pertenencia a un colectivo social, que apuntan a objetivos como lograr metas o superar problemas. Se podría decir que en la búsqueda de bienestar en la vejez en relación a las emociones se produce un ajuste en las estrategias, ya que son la fuente principal de mal estar y bienestar.

Lógicamente este bienestar psicológico irá tomando determinadas formas, ya que el adulto mayor cuando comienza la vejez, se encuentra con nuevas situaciones (como en toda etapa del ciclo vital) a las cuales afrontar, ya sea: pérdida de seres queridos, jubilación, aparición de alguna dificultad en la motricidad. Por todas estos posibles obstáculos, es que la persona debe replantearse nuevas metas y objetivos, actividades, adaptarse a la etapa en la que se encuentra, adquirir nuevas capacidades (Zamarrón C, Maria D., 2006 citado en Ortiz Arriagada, Castro Salas, 2009)

Hablando de bienestar psicológico, se habla de la importancia que tiene la autoestima en este estado. Dicha autoestima, es un factor clave para que el desarrollo de la persona sea óptimo, haciendo que haya un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico (Miranda C., 2005 citado en Ortiz Arriagada, Castro Salas, 2009)

Y refiriéndonos a la tercera edad, la autoestima cobra un valor sumamente importante en lo que respecta a su bienestar psicológico. Para alcanzar o

mantener este bienestar, el viejo debe valorar sus habilidades y características (las que tenía y que han sufrido cambios, como las nuevas que pudo haber adquirido). Lógicamente hay que tener en cuenta que esta autoestima puede variar de acuerdo a la situación en la que se encuentre el anciano, ya que por los prejuicios culturales y sociales que hay, condiciones del ambiente en el que se encuentra, ellos se sienten rechazados, menospreciados y pueden llegar a tener una mirada negativa hacia ellos mismos (Trujillo S., 2005 citado en Ortiz Arriagada, Castro Salas, 2009)

La autoeficacia también es un concepto que hay que analizar, por su influencia en la perspectiva que tendrá la persona de sí misma. La autoeficacia hace referencia a la confianza que tiene la persona en sus capacidades, potencialidades y recursos para lograr alcanzar los resultados deseados. (Campos S, Pérez J, 2007 citado en Ortiz Arriagada, Castro Salas, 2009). Lo que le permitiría al adulto mayor, saber con qué recursos cuenta y cómo poder afrontar situaciones que se le presentan en la vida cotidiana.

Así los ancianos que no perciben niveles adecuados de autoeficacia tienden a mostrar una baja autoestima y sentimientos negativos sobre sus capacidades, ya que no son capaces de solucionar aquellos estresores propios de la ancianidad; es más difícil para ellos motivarse con las capacidades que ahora poseen y así lograr sus metas (San Juan P, Pérez A, Bermúdez J., 2000 citado en Ortiz Arriagada, Castro Salas, 2009)

Por esto es que los profesionales de la salud deben prestar atención y fortalecer, cuidando y educando, la autoestima, autoeficacia, independencia para obtener mejores resultados en el bienestar del viejo y que logre adaptarse de la mejor manera a la etapa que se le presenta (Sanhueza M, Castro M, Zavala M, Withan P., 2005 citado en Ortiz Arriagada, Castro Salas, 2009)

Keyes y López (2002 en Hervás, 2009) proponen además del bienestar psicológico individual; el bienestar subjetivo (alto nivel en las emociones positivas

y bajas emociones negativas) y el bienestar social, el cual se refiere a la satisfacción que tiene el sujeto con su entorno cultural y social. Este bienestar social tiene que ver con cómo el entorno en el que uno vive, es percibido como bueno o malo.

3.4. Predictores del bienestar:

Para sentir y tener bienestar, no influyen de manera significativa la edad, ni el sexo ni lo económico. Lo que podría tener mayor influencia es el estado civil de la persona (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999 citado en Hervás, 2009)

Los rasgos asociados al bienestar son la extraversión (tendencia a la sociabilidad y a experimentar emociones positivas) y la estabilidad emocional (tendencia a reaccionar frente al estrés y las dificultades de manera suave). Otro de los rasgos que influyen son el optimismo, la capacidad de agradecimiento, capacidad para afrontar las dificultades y la capacidad para afrontar las elecciones (Hervás 2009; Lyubomirsky 2001 citado en Hervás, 2009) Lo importante de esto es que si llegamos a comprender porqué algunas personas son más felices que otras, podremos desarrollar estrategias que sirvan para fomentar dicha felicidad o bienestar en aquellas a quienes les es una gran dificultad.

La pregunta que sería de ayuda es *¿Qué hacen las personas extravertidas para ser más felices?* Si sabemos qué hacen, se puede recomendar a otros que hagan lo mismo. En base a esta pregunta, surge una de las posibles respuestas en una investigación realizada, en la que se demuestra que las personas extravertidas disfrutan de las pequeñas cosas o detalles (Hervás y Vázquez, 2006 citado en Hervás, 2009).

3.5. El estudio del bienestar:

Ya que la felicidad es una de los objetivos más buscados por las personas, es un tema de gran interés para investigar. Además de esto, es de gran importancia su estudio ya que el bienestar psicológico conlleva grandes consecuencias. No sólo

genera placer, sino que influye en su salud mental, física, en su contexto social y comunitario (Lyubomirsky, King y Diener, 2005 citado en Hervás 2009)

En una investigación realizada en un Geriátrico de Colombia, pudo observarse que el envejecimiento es percibido como un proceso de carácter multidimensional, ya que la percepción del envejecimiento está influida por el apoyo social, la salud, la espiritualidad. Y con respecto al bienestar, la mayoría estuvo conforme con sus logros y éxitos y con los recursos con los cuales cuenta; es decir que prevalecen en ellos las percepciones positivas (Alonso Palacio, Caro de Payares, Ríos, Maldonado, Quiñonez, Zapata, 2010)

El bienestar psicológico que la persona sienta, va a estar influenciado (entre otros factores) por la calidad de vida que perciba tener. De Juanas Oliva, Limón Mendizábal y Navarro Asencio (2013) toman este concepto refiriendo que fue definida en 1994 por el Grupo de la Calidad de Vida de la OMS (2001) y es tomada como la percepción individual que tiene un sujeto sobre su posición en la vida, donde se tiene en cuenta el contexto del sistema cultural en el que se encuentra, y los valores en que vive la gente y relacionada con sus objetivos, expectativas y preocupaciones. Hablamos de un concepto amplio y subjetivo, en el que se incluye la salud física de la persona, su estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias y las convicciones personales y su relación con aspectos importantes del medio ambiente.

Con todo esto podemos decir que la calidad de vida en las personas mayores, tiene carácter multidimensional, ya que incluye el funcionamiento físico, la energía y vitalidad personal, el bienestar psicológico y emocional, ausencia de problemas de comportamiento, el funcionamiento social, sexual, el apoyo recibido y percibido, y la satisfacción con la vida y percepción del estado de salud (Gonçalves, 2012 citado en De Juanes Oliva, Limón Mendizábal, Navarro Asencio, 2013).

Temas como la salud, el bienestar en la vejez, el cuidado que necesitan las

personas mayores dependientes, los beneficios psicosociales de la actividad física, la calidad de vida, la influencia que tienen los estilos de vida en las imágenes y actitudes frente al envejecimiento, la educación y formación en esta etapa de la vida, entre otros, fueron abordados en la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebradas en Viena (1982) y en Madrid (2002). Ya en la Segunda Asamblea sobre el Envejecimiento, se concluye que “la participación en actividades sociales, económicas, culturales, deportivas, recreativas y de voluntariado contribuye también a aumentar y mantener el bienestar personal”, es por esto que se recomienda “alentar a las personas de edad a que mantengan o adopten modos de vida activos y saludables que incluyan actividades físicas y deportes”

De Juanas Olvida, Limón Mendizábal y Navarro Asencio (2013) dicen que un envejecimiento saludable será el resultado de un proceso que dura toda la vida. Por tanto, es sumamente importante optimizar el desarrollo desde la primera infancia. .

Hoy por hoy, las instituciones que trabajan para los adultos mayores o en las que ellos se encuentran, están centradas en el “hacer para” más que en el “hacer con”, y si se intenta trabajar en este “hacer con” esto ayudaría a los viejos a implicarse más en su realidad, trabajar en ella y construirla.

Una investigación realizada en el país vecino de Chile, se llegó al resultado que las mujeres manifestaban mayor participación social y por tanto mejor calidad de vida. El participar, el tener relaciones sociales y el sentirse enfermo o no, contribuye a mejorar la calidad de vida de la persona porque disminuye su dependencia hacia otros. Otro factor a tener en cuenta, es la Autoaceptación, ya que en la medida que el adulto mayor acepte sus limitaciones y valore sus capacidades, habilidades y potencialidades, mejorará su capacidad para resolver problemas de la vida cotidiana y estará satisfecho con las actividades que realice, permitiendo la aceptación y adaptación en esta etapa del ciclo vital que atraviesa

(Urzúa, Bravo, Ogalde, Vargas 2011)

Como sabemos la psicología ha estudiado diversos ámbitos de la vida del ser humano, tantos aspectos positivos como negativos, lo que se necesita es seguir profundizando en algunos ámbitos que si bien se encuentran estudiándose, requieren mayor investigación aún. Se necesita seguir estudiando qué aspectos por ejemplo, influyen en el bienestar psicológico de una persona. Teniendo en cuenta esto, se pudo encontrar que la “gratitud” es uno de las variables que influyen en este bienestar.

La gratitud se afianzó en estudiar, a fines del Siglo XX, coincidiendo con la incidencia de la Psicología Positiva. En este campo, se hace hincapié en los recursos, fortalezas, potencialidades que tiene el sujeto para poder progresar, desarrollarse y adaptarse a su realidad. Dentro de estas cualidades que puede tener la persona, se menciona a la gratitud. Ésta tiene íntima asociación positiva con las conductas prosociales, las emociones positivas, el optimismo, la esperanza y la satisfacción con la vida (McCullough, Emmons y Tsang, 2002 citado en García Méndez, Serra Desfilis, Márquez Barradas y Bernabé Valero, 2014), así como también con el bienestar psicológico, subjetivo y físico (McCullough, Emmons, 2004; Watkins, Woodward, Stone y Kolts, 2003 citado en García Méndez et al., 2014) y también ayuda a contribuir a que las relaciones sean más duraderas y estables (Fredrikson 2004; Kashdan, Mishra, Breen y Froh 2009 citado en García Méndez et al., 2014).

Se ha demostrado que las personas cuando llegan a la adultez toman conciencia del tiempo que queda y necesitan enfocarse hacia todo aquello que les produzca placer. Para esto, evalúan sus prioridades, metas, buscan eventos que les provoquen satisfacción y emociones positivas. (Carstensen, Gross y Fung 1997; Carstensen, Isaacowitz y Charles 1999; Kashdan et al 2009 citado en García Méndez et al., 2014)

Emmons (2007 en García Méndez et al., 2014), habla de la gratitud como una

emoción y como un rasgo de personalidad. Al ser un rasgo de personalidad, permanece en la persona a lo largo del tiempo y depende por tanto, de factores personales y estructurales estables. Esta palabra deriva del latín y significa gracia, gentileza, agradecimiento. Esta capacidad del ser agradecidos nos permite reconocer aspectos pasados y presentes positivos que nos han ayudado y otorga un significado agradable a nuestra existencia (Emmons 2007; Moyano 2009; Peterson Seligman, 2004 citado en García Méndez et al., 2014)

Lo que podría explicar la relación existente entre gratitud y bienestar psicológico son las estrategias de afrontamiento positivas. Fredrickson (2001 en García Méndez et al., 2014), propone que la gratitud conduce a un pensamiento integrador, creativo, flexible y que a la vez, favorece la construcción de recursos personales, los cuales facilitan la adaptación del individuo a las circunstancias vitales que le toca afrontar.

Se destaca la importancia de la gratitud en la vida de las personas, ya que ésta ayuda a que las personas obtengan mayor crecimiento personal, más relaciones sociales positivas, un propósito en la vida y aceptación de sí mismos.

La participación en actividades, le permite a la persona concretar determinados objetivos, proporciona competencia lo que va a ayudar a la autoestima de la persona, su autoconfianza y esto lo llevará a querer tener una participación activa. De esta manera, la “participación” se vuelve fundamental para mantener un nivel de salud y calidad de vida, óptimo (Herranz Aguayo et al., 2013)

En Cuba por ejemplo, existen más de 900 instituciones denominadas “Cátedras y Filiales Universitarias del Adulto Mayor”, lo que son universidades del adulto mayor. La primer Universidad fue fundada en el año 2000 en La Habana. Estas instituciones cuentan con programas de extensión universitaria para la vejez. Uno de los grandes beneficios es que debido a la cantidad de auspiciantes que tiene (Ministerio de Educación Superior, Central de Trabajadores de Cuba, Instituto de Deportes Educación Física y Recreación, Ministerio de Ciencia Tecnológica y

Medio Ambiente, entre otros) estos Programas son gratuitos y la participación voluntaria de los profesores que dictan las clases.

El Programa Universitario para Mayores, cuenta con un curso básico con duración de año escolar, desde el cual una vez graduados, los alumnos pueden optar por otros cursos. Los módulos de los cursos son: desarrollo humano, salud, cultura, seguridad social y tiempo libre. Cada uno de estos cursos está organizado por cada municipio e universidad.

Otra de las particularidades de dichos cursos, son la superación personal de cada sujeto y aportar sus experiencias a la sociedad. Así podrán contar con recursos tanto intelectuales como emocionales, y de esta manera conocer mejor el mundo en el que viven, comprender los cambios que hay, las problemáticas actuales, los desafíos que se presentan. De esta forma se le da la importancia que el adulto mayor necesita y la cual, le es un derecho. Ya que se lo toma en cuenta como sujeto de esta realidad y perteneciente a una cultura que es de todos.

Más allá de esta particularidad de cada sujeto en su historia, hay situaciones por las que pasa la mayoría al llegar a la vejez. Por ejemplo: ser abuelos, jubilación, viudez, duelos por seres queridos fallecidos por llegar a grandes. Sin embargo, volviendo a lo particular, cada una de estas situaciones va a vivenciarse de acuerdo a lo singular de cada persona.

Otra de las variables a tener en cuenta en el proceso de desarrollo de la vejez, es que seremos lo que hemos aprendido a lo largo de la vida. Esto hace que sea tan importante trabajar la vejez, como sus concomitantes años antes. Ya sea la perspectiva que se tenga como la adaptación a ella.

Los otros que forman parte del círculo del adulto mayor, serán facilitadores de su desarrollo psicológico y constituyen los potenciadores de su zona de desarrollo próximo. Pese a esta importancia que tiene la otra persona, quien tiene mayor influencia e importancia, es el propio viejo. Teniendo en cuenta todo esto y la

perspectiva histórico- cultural, se puede concebir a la vejez como una etapa más de desarrollo, de continuidad y no como una momento de involución (Orosa Fraiz, 2008).

3.6. Poema de una alumna del Programa Universitario del Adulto Mayor:

Mi vejez no será la de los pasos perdidos,
Los anhelos prestados,
Los aplausos de cristal a los demás,
Y los años que se quedan atrás.

Mi vejez no será la del frío en los huesos,
El carácter agrio y doblgado,
Las canas que me avergüencen,
Y las caricias que sobren.

Mi vejez será la de la mirada ardiente,
La precisión en el oído,
La palabra justa en el momento exacto,
Y los ojos puestos en el futuro.

Mi vejez será la del yo renovado,
Los niños revoloteando por doquier,
Los paseos en la tarde
Y los labios pintados de deseos.

Mi vejez será la de los sueños que se cumplen,
La de los amores que visten mi memoria,
El orgullo a flor de piel,
Y la sonrisa siempre, en el rostro reluciente de arrugas.

Algunas de las conclusiones a las que llegaron los adultos mayores en el programa de Psicología para el Adulto Mayor:

-“Me impacta lo poco que se ha estudiado la tercera edad, a pesar de que es la edad de la trascendencia”.

-“Se dijo una realidad, la vejez se presenta como un proceso con precedentes, es decir, soy como he sido en mi vida anterior”.

CAPITULO IV:
“PSICOLOGÍA POSITIVA”

4.1 Psicología positiva:

Dentro de lo que es la Psicología tradicional, ya podía observarse los antecedentes de la Psicología Positiva, como por ejemplo con el movimiento humanista de Abraham Maslow y Carl Rogers. Ellos recuperaron una visión positiva del ser humano frente hasta lo que se conocía de él por las corrientes del psicoanálisis y conductismo (Hervás 2009)

La Psicología Positiva es un movimiento que toma fuerza en la primer década del siglo XXI, donde hasta ese momento existía lo que era la Psicología tradicional luego de la segunda guerra mundial, en ese momento la Psicología se enfocaba en entender el sufrimiento, problemas, déficits psicológicos y clasificación de trastornos mentales (Tarragona 2013)

Este nuevo enfoque, en cambio, realiza la investigación científica de la felicidad, el bienestar y el buen funcionamiento en la vida de las personas. Mihaly Csikszentmihalyi (2008 citado en Tarragona, 2013), quien investiga junto con Martin Seligman esta corriente, dice que es una orientación metafísica hacia lo bueno. Así comienzan a tomar interés temas como: la creatividad, la curiosidad, apertura mental, el gusto por el aprendizaje, la capacidad de tomar en cuenta el punto de vista de los otros, la sabiduría, perseverancia, vitalidad, bondad, inteligencia social, justicia, equidad, liderazgo, trabajo en equipo, gratitud, humor, esperanza, apreciación de la belleza y destreza en los ámbitos de la vida. (Lombardo, 2013)

El nombre “Psicología Positiva” tuvo desde un primer momento un prejuicio, ya que se creía que si se le colocaba ese nombre las personas creerían que este enfoque se basaría solamente en los aspectos positivos, reduciéndose solamente a esto (Hervás 2009) Sin embargo puede observarse en estudios del afrontamiento adaptativo al trauma, resiliencia y crecimiento postraumático (Vázquez, Castilla y Hervás 2008 citado en Hervás, 2009) o programas de intervención positivos para personas en riesgo de exclusión (Marujo y Neto, 2009)

citado en Hervás, 2009) que esto no es así.

Se sabe que las emociones negativas son relativamente independientes de las positivas, y lo que hace que unas se reduzcan no necesariamente hace que las otras aumenten, bueno lo mismo ocurre en lo que respecta a la enfermedad y salud (Vázquez, Castilla y Hervás, 2008; Keyes y Waterman, 2003 citado en Hervás, 2009)

Esta Psicología Positiva, nace oficialmente con Martin Seligman (Director de la APA) en 1998, con el fin de complementar la Psicología tradicional. No minimiza la importancia de conocer los trastornos que padece la persona, sino que intenta desarrollar fortalezas y recursos, para alcanzar un buen estilo de vida. Seligman sugirió que los temas de la Psicología Positiva pueden agruparse en tres grandes bloques: el estudio de las emociones positivas, el estudio de los rasgos positivos y el estudio de las organizaciones positivas. Y en los últimos años se ha añadido las relaciones positivas (Peterson, 2006 citado en Hervás, 2009). Y el desarrollo de las estrategias específicas, programas, herramientas y su aplicación, para programas de prevención, promoción e intervención de salud (Hervás 2009)

Cuando se habla de emociones positivas, es importante aclarar que son etiquetadas como positivas, por la sensación placentera que producen, frente a las negativas que generan malestar. Como puede observarse en diferentes investigaciones, las emociones positivas mejoran la capacidad para afrontar problemas, aumentan la creatividad, la capacidad para resistir el dolor, etc. (Avia y Vázquez 1998 citado en Hervás, 2009) Y las emociones negativas también le son de ayuda a los seres humanos, ya que sirven para la supervivencia, como por ejemplo el aislamiento, pasividad.

Bárbara Fredrickson (1998 en Hervás, 2009) al plantear su teoría, dice que la Psicología Positiva tendría como función principal desarrollar habilidades y comportamientos nuevos, ya que las emociones positivas favorecen a la flexibilidad, ampliación de pensamiento, construcción de recursos para mediano y

largo plazo. A diferencia de las negativas que se utilizan para situaciones específicas.

4.2 Factores influyentes en el bienestar

Seligman (2011, citado en Tarragona, 2013) al estudiar los factores que influyen en el bienestar de las personas, encuentra cinco elementos principales, estos son lo que se conoce como el PRISMA (más adelante se describirán detalladamente):

- ♦ Positividad
- ♦ Relaciones interpersonales
- ♦ Involucramiento
- ♦ Sentido de la vida
- ♦ Metas alcanzadas

Otra referente de este enfoque ya nombrada, es Bárbara Fredrickson (2009 en Tarragona, 2013) que describe diez emociones positivas que la gente puede identificar con mayor frecuencia: gratitud, gozo, serenidad, interés, esperanza, orgullo, diversión, asombro, inspiración y amor. Uno de los descubrimientos más importantes que se ha hecho, es que las personas cuando experimentan emociones positivas mejoran aspectos cognitivos, como por ejemplo la memoria inmediata y el vocabulario, estando más abiertos a toda información nueva.

4.3 El proyecto VIA: clasificación de fortalezas:

Una de las áreas más importantes que se estudia en la Psicología Positiva, es el área de las fortalezas humanas. Seligman y Peterson (2004, citado en Hervás, 2009), proponen 24 fortalezas de carácter que se agrupan en seis virtudes:

- ♦ Sabiduría
- ♦ Coraje
- ♦ Humanidad

- ♦ Justicia
- ♦ Templanza
- ♦ Trascendencia

Es importante y una tarea pendiente de la Psicología, conocer y comprender el origen de las fortalezas del carácter. Ya que esto permitiría comenzar a disponer de teorías sobre aspectos del ser humano que de otra forma pasarían por alto o se interpretarían en base a rasgos negativos (Avia y Vázquez ,1998 citado en Hervás, 2009)

La clasificación de las fortalezas son 24 y son el resultado de la búsqueda de aspectos positivos y deseables del ser humano (Hervás 2009)

4.4 Clasificación de las fortalezas VIA (Peterson y Park 2009, citado en Hervás, 2009)

1) Sabiduría y conocimiento:

- Creatividad: pensar en formas nuevas y/o productivas de hacer las cosas.
- Curiosidad: tener interés sobre todas las experiencias que están ocurriendo en el momento.
- Apertura de mente: pensar en las cosas con profundidad y desde todos los ángulos.
- Amor al aprendizaje: buscar el desarrollo de nuevas destrezas y temas de conocimiento.
- Perspectiva: ser capaz de proporcionar sabios consejos para otros.

2) Coraje:

- Autenticidad: decir la verdad y presentarse a uno mismo de una forma genuina.
- Valor: no acobardarse ante la amenaza, el desafío, la dificultad o el dolor.

- Persistencia: finalizar lo que uno empieza.
- Vitalidad: acercarse a la vida con excitación y energía.

3) Humanidad:

- Bondad: hacer favores y ayudar a los demás.
- Amor: valorar las relaciones cercanas con los demás.
- Inteligencia social: ser consciente de los motivos y sentimientos de uno mismo y de los demás.

4) Justicia:

- Justicia: tratar a todo el mundo de la misma forma de acuerdo a las nociones de justicia y equidad.
- Liderazgo: organizar actividades de grupo y conseguir que se lleven a cabo.
- Trabajo en equipo: trabajar bien como miembro de un grupo.

5) Contención:

- Capacidad de perdonar: perdonar a aquellos que nos han hecho daño.
- Modestia: dejar que los logros propios hablen por sí mismos, sin que haga falta que uno mismo los mencione.
- Prudencia: ser cuidadoso acerca de las propias decisiones, no hacer o decir cosas de las que luego uno se podría arrepentir.
- Autorregulación: regular lo que uno siente y hace.

6) Trascendencia:

- Apreciación de la belleza y la excelencia: percibir y apreciar la belleza, la excelencia, o la destreza en todos los ámbitos de la vida.
- Gratitud: ser consciente y agradecido de las buenas cosas que suceden.
- Esperanza: esperar lo mejor y trabajar para lograrlo.
- Humor: gusto por la risa y la broma, generar sonrisas en los demás.
- Religiosidad: tener creencias coherentes sobre un propósito más alto y un sentido en la vida.

La propuesta que se hace es que la persona pueda desarrollar las fortalezas que ha adquirido de manera natural, es decir, que se trata de destacar los recursos del sujeto y aprovecharlos, más que fijarse en los aspectos negativos que tiene y tratar de reducirlos. Ya que se considera que si se hace hincapié en sus fortalezas, lo negativo se reducirá por consecuencia de centrar la atención en el crecimiento de las cualidades naturales que se tiene.

Seligman (2011 en Tarragona, 2013), tras investigar cuáles son los factores que favorecen al bienestar, encuentra cinco elementos principales que se describen a continuación:

- 1) Positividad: ésta hace referencia a poder experimentar más emociones positivas que negativas. Implica además un estilo cognitivo optimista, esto quiere decir, que el sujeto espera que sucedan cosas buenas.

- 2) Relaciones interpersonales: Peterson (2006 citado en Tarragona, 2013) subraya que la variable con mayor peso y por tanto, que influye en el bienestar, es la calidad de nuestras relaciones interpersonales. En las investigaciones realizadas a las personas más felices, se concluye que éstas han tenido buenas relaciones.

En estudios realizados se encontró que las personas (de cualquier edad y de diferentes culturas) tienden a entristecerse cuando está sola y es más alegre cuando está con otras personas (Csikszentmihalyi, 1997 citado en Tarragona, 2013)

- 3) Involucramiento: este concepto está relacionado con lo que se llama en Psicología Positiva como “*flow*” o flujo de conciencia. El flow refiere a cuando alguien está concentrado en una actividad y en ese momento no piensa en nada más, su atención está totalmente enfocada en esa actividad

que está realizando. Lo que pasa cuando está involucrado con su tarea, es que pierde la noción del paso del tiempo.

Las investigaciones resuelven que cuantas más experiencias de flow tenemos, más felices somos.

- 4) Sentido de vida: o también llamado significado, está en relación a lo que los filósofos siempre se han preguntado “el sentido de la vida”. Michael Steger (2009 en Tarragona, 2013) define el sentido de la vida como el grado en el que una persona percibe significado a su vida y puede sentir que ésta tiene una meta. Así en sus investigaciones, se concluye que las personas que piensan que su vida tiene sentido son más felices, tienen menos depresión y ansiedad, experimentan mayor bienestar y satisfacción, tienen un control sobre las cosas y se involucran con su trabajo.

- 5) Metas alcanzadas: Seligman (2007, citado en Tarragona, 2013) se refiere a este concepto como “la vida victoriosa”, relacionada con la satisfacción que sentimos cuando logramos cumplir nuestras metas. Al proponernos metas, desarrollamos habilidades y nos sentimos competentes.

4.5 La resiliencia y el crecimiento ante la adversidad:

La resiliencia es uno de los factores que más frutos trae, a la hora de estudiar las fortalezas (Bonanno, 2005 citado en Hervás, 2009) Este concepto de resiliencia, proviene de la ingeniería y física, y está relacionada a la resistencia de los materiales. Es decir, a la capacidad de los materiales de ser flexibles ante una fuerza externa, luego puede volver a su posición original cuando esta fuerza desaparece. En lo que respecta a la Psicología, este concepto de resiliencia, tiene 2 elementos relacionados que son: la capacidad y el resultado. Esto quiere decir, que la persona que es resiliente, tiene la capacidad para afrontar situaciones adversas o traumáticas y las afronta como metas o desafíos más que como

amenazas. El resultado, tiene que ver con que la persona al haber sufrido determinada situación adversa no la condiciona para luego generar alguna psicopatología o problema de adaptación. Sin embargo, cabe aclarar que esto no significa que estas personas no sufran o sufran menos, pero tienen la capacidad y oportunidad de poder afrontarlo de una manera más sana.

4.6. Psicología positiva y sus críticas:

Con la aparición de la Psicología Positiva, se hicieron varias críticas ya que se temía que caer en la simplificación o dogmatismo.

Es importante destacar que si bien las emociones positivas son importantes y tiene gran influencia en la salud y desarrollo de la persona, esto no quiere decir que sea de igual manera para todas las personas ni en todas las situaciones. Como por ejemplo, sucede en una situación de autoestima excesivamente positiva, ya que trae consecuencias negativas en las relaciones interpersonales (Baumeister, Smart y Boden, 1996 citado en Hervás, 2009).

4.7. Psicología positiva y vejez:

El trabajo teórico del campo de las emociones positivas es de interés debido a que desde una perspectiva clásica, de raíz biologicista, se plantea como aspecto central de la vejez, el declive de las fortalezas físicas y psíquicas, y por lo tanto, la pérdida de aquellos rasgos y cualidades positivas que fueron fundamentales durante la vida juvenil y adulta. La vejez estaría marcada por un deterioro, fragilización y pérdida de autoregulación progresiva del sujeto. Esta visión llevó a la invisibilización de aspectos claramente positivos de la vejez, como el acopio de experiencia o la mayor disponibilidad de tiempo libre que le permitiría una mayor amplitud en la búsqueda de formas de realización personal, entre otras.

A partir de estos cambios se comienza a promover estudios que buscan las dimensiones positivas del envejecimiento más que en su deterioro, modificando el punto de vista hegemónico que se conformó en el S XIX, a partir del cual, se redujo a la vejez a un problema de la medicina, y en donde el viejo devino en las representaciones científicas y sociales de un enfermo (Iacub, 2006 citado en Lombardo, 2013) en lo que se ha llamado “paradigma decremental de la vejez”.

Se abre un amplio campo de investigación acerca de las potencialidades, capacidades que se conservan en la vejez.

Dentro de esta corriente, el capital psíquico constituye un constructo que se define como el conjunto de potencialidades, capacidades cognitivas, emocionales vinculares, habilidades cívicas y sistema de valores que permiten generar fortalezas personales así como aprender a protegerse y sobrevivir (Casullo, 2006).

El capital psíquico incluye:

- a) Capacidades cognitivas para adquirir y usar formas de conocimiento como la creatividad, curiosidad, motivación o sabiduría.
- b) Capacidades emocionales para desarrollar proyectos, superando obstáculos: honestidad, autoestima, persistencia, resiliencia.
- c) Habilidades cívicas para lograr mejor participación ciudadana; como el liderazgo, lealtad, compromiso, prudencia.
- d) Capacidades para establecer vínculos interpersonales como inteligencia emocional, amor, sentido del humor, empatía y altruismo.
- e) Sistemas de valores como metas que orientan los comportamientos que incluye el sentido de justicia, capacidad para perdonar, gratitud, espiritualidad.

Todo esto, nos permitiría cierta actitud positiva en relación a los desafíos que nos

presenta el medio. Podríamos decir entonces, que un sujeto a lo largo de su vida va construyendo reservas emocionales, cognitivas, sociales y morales para etapas de escasez. Particularmente en la vejez pueden ponerse a prueba esas reservas por tratarse de un momento crítico intra e intersubjetivo.

El otro constructo de interés en el que convergen la psicología positiva y la psicogerontología, es el bienestar psicológico.

Según Andrews y Withey (1976 en Lombardo, 2013), el bienestar psicológico tiene tres componentes básicos:

- 1) El afecto positivo
- 2) El afecto negativo
- 3) Los juicios cognitivos sobre el bienestar

El componente cognitivo de la satisfacción se denomina bienestar, y es el resultado de la evaluación cognitiva que las personas realizan acerca de cómo les fue (o les está yendo) en el transcurso de su vida.

Las prioridades que tienen las personas están en gran medida relacionadas con el bienestar que experimentan, y estas prioridades están a su vez determinadas por los objetivos vitales en el corto, mediano y largo plazo.

Para Csikszentmihalyi (1998 en Lombardo, 2013) se basa fundamentalmente en las dimensiones hedónicas (el bienestar que evalúo afectiva y cognitivamente aquí y ahora) o eudemónicas (el sentido de la vida y su proyección en el futuro).

Estar y sentirse bien con la vida es un estado psíquico y por lo tanto subjetivo relacionado con la felicidad, la cual se define de dos maneras distintas según sea la dimensión temporal en que tienda a contextualizarse.

CAPITULO V:

“CEDOM”

5.1. ¿Qué es el CEDOM?

El CEDOM es el “*Centro De Documentación Municipal*” el cual es el encargado de reunir, procesar y difundir la información que se necesita para el conocimiento de los derechos administrativos, el derecho local y temas comunales. (Organización político-institucional, gobierno y administración local; economía y finanzas, obras y servicios públicos, urbanismo, ecología y medio ambiente, tránsito y transporte, edificación, salud, educación, cultura, etc.) Que pueden tener procedencia nacional y extranjera.

5.2. Geriátrico

5.2.1 Definición y Alcance:

Son considerados Establecimientos Residenciales para personas mayores, teniendo como objetivo ofrecerles servicio de alojamiento, higiene, alimentación recreación activa o pasiva, atención médica y psicológica a las personas mayores de 60 años, ya sea esta atención/internación permanente o transitoria, pudiendo ser gratuita (estatal) o paga (privada).

Aunque como se dijo anteriormente, la edad de las personas mayores para ingresar es de 60 años, pueden existir casos con menor edad en las que requieran la internación en un geriátrico, por sus condiciones socio-económicas o psico-físicas, a ellas también se les permite el ingreso a dicha institución.

Los Establecimientos Residenciales para personas mayores deben tener, como mínimo, capacidad para albergar a cinco (5) residentes y no pueden prestar servicios sin la habilitación previa e inscripción actualizada en el Registro.

En todos los casos deben garantizar las condiciones que preserven la seguridad, salubridad e higiene de los residentes y estimulen sus capacidades, el pleno respeto como personas, promoviendo los vínculos con el núcleo familiar y la comunidad a la que pertenecen.

5.2.2. Clasificación:

- a. Residencia para Personas Mayores Autoválidas con autonomía psicofísica acorde a su edad: establecimiento no sanatorial destinado al alojamiento, alimentación y actividades de prevención y recreación con un control médico periódico.
- b. Hogar de Día para Personas Mayores Autoválidas con autonomía física acorde a su edad: establecimiento con idénticas características que las definidas en el inc. a), con estadía dentro de una franja horaria determinada.
- c. Residencia para Personas Mayores que requieran cuidados especiales por discapacidad física que limite su autonomía.
- d. Residencia para Personas Mayores que por trastornos de conducta o padecimientos mentales tengan dificultades de integración social con otras personas, y no requieran internación en un efector de salud.
- e. Hogar de Día para Personas Mayores con trastornos de conducta o padecimientos mentales que tengan dificultades de integración social con otras personas, y que no requieran internación en un efector de salud, con estadía dentro de una franja horaria determinada.
- f. *Hogar de Residencia:* Establecimiento que brinda, exclusivamente, alojamiento, alimentación y demás servicios de cuidados, con fines de lucro, a personas mayores con autonomía psicofísica acorde a su edad, certificada por profesional médico. Solo N° 3092 - 09/01/2009 Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires Página N°10 están autorizados a albergar hasta cuatro (4) personas mayores.

En todos los Establecimientos, de acuerdo con la particularidad de cada caso, el médico o el director profesional del establecimiento ordena la intervención de otros

profesionales pertinentes, sin que esto represente un costo adicional para la persona mayor que requiera los servicios de conformidad con las condiciones y requisitos que fija la reglamentación.

En aquellas residencias que brindan prestaciones polimodales, las mismas deben contar con el personal acorde al presente artículo para cada una de las áreas habilitadas.

La reglamentación establece, teniendo en cuenta el número de camas ocupadas y la clasificación de los establecimientos, la carga horaria mínima del personal y la modalidad de guardia para el caso de los establecimientos que la requieran.

En todos los casos, los establecimientos cuentan como mínimo, con un/a integrante de cada categoría de las enunciadas, con la disponibilidad horaria necesaria para el cumplimiento de sus tareas específicas.

Es obligatorio que todo el personal de los establecimientos descriptos posean Libreta Sanitaria de conformidad con lo dispuesto por la Ley N° 2183.

Es obligatorio que todo el personal de los establecimientos descriptos que presten servicios asistenciales a los alojados o concurrentes, tengan capacitación en gerontología, a través de cursos con reconocimiento oficial.

5.3. Algunas condiciones a tener en cuenta para los establecimientos mencionados:

5.3.1. Condiciones de seguridad de los alojados:

Los peldaños de las escaleras deberán ser recubiertos de material antideslizante. Las paredes de los pasillos y escaleras estarán dotadas de pasamanos en ambos lados, para la seguridad del usuario.

5.3.2. Chapa mural

En el frente del edificio y en lugar visible se coloca una chapa o letrero de 0.30 x 0.40 m como mínimo, que especifique el rubro, la denominación institucional y el Nº de inscripción en el Registro Único y Obligatorio de Establecimientos Residenciales para personas mayores de la Ciudad de Buenos Aires y clasificación establecida por la Autoridad de Aplicación

5.3.3. Libreta sanitaria:

El personal que trabaje o habite en estos establecimientos deberá poseer libreta sanitaria, extendida por entidad oficial y renovable anualmente.

Este requisito deberá cumplimentarse antes de obtener la habilitación correspondiente del establecimiento o antes de comenzar a desempeñarse en el mismo.

5.3.4. Libro de registro de inspecciones:

Estos establecimientos deberán contar con un libro foliado para asientos de las inspecciones,

5.3.5. Libro de atención médica:

Deberán contar con un libro habilitado por la Dirección donde se asiente la atención médica de los internados, que deberán ser examinados con una frecuencia no inferior de una vez por semana. Esta atención deberá ser prestada por el profesional responsable del establecimiento o por médico particular del hospedado, a pedido de éste. En ambos casos se dejará asentado el diagnóstico.

5.3.6. Libro de registro de hospedados:

El establecimiento deberá contar con un libro registro permanente actualizado de las personas que se hospeden en el mismo, debiendo consignar nombre, apellido,

edad, sexo, nacionalidad, número de habitación, fecha de ingreso, nombre y apellido, documento de identidad y domicilio del o de los responsables.

5.3.7. Vestimenta para el personal

El personal de servicio realizará sus tareas con ropa adecuada al trabajo, debiendo exigirse el más estricto aseo, tanto en la vestimenta como en su persona.

5.3.8. Higiene y aseo

Los locales del establecimiento y todas las dependencias, así como también los muebles, enseres, colchones, ropa de cama, vajilla y utensilios que en la misma existan deberán mantenerse en perfecto estado de higiene y conservación.

Se deberán retirar los que se encontraren en mal estado, igualmente se exigirá el blanqueo o pintura de los locales, cuando así lo estime necesario la autoridad competente. Asimismo los artefactos sanitarios deberán conservarse en buenas condiciones de funcionamiento y uso. En los patios, corredores, pasillos, escaleras y servicios sanitarios no deberán existir objetos que impidan su fácil circulación y uso.

5.3.9. Habitaciones destinadas para alojamiento.

Moblaje mínimo: Cama, guardarropa adecuado, mesa de luz por alojado y timbre de llamada individual.

Ropa de cama: La ropa de cama y tocador deberá ser cambiada cada vez que deba usarse, previo lavado y planchado. En los demás casos, las mismas deberán ser cambiadas cada vez que sea necesario y no menos de dos (2) veces por semana. Deberán contar como mínimo con la siguiente dotación fija por alojado: sábanas seis (6), fundas cinco (5), colchas dos (2), frazadas tres (3), toallas tres (3), toallas baño una (1), impermeable uno (1), zaleas cinco (5).

5.3.10. Servicios sanitarios para alojados:

Las duchas, inodoros, bidets, bañeras y lavabos deberán contar con agarraderas adosadas a la pared para comodidad y seguridad del usuario.

Para determinar la cantidad de servicios sanitarios a exigir, no deberán computarse las personas que ocupen habitación con cuarto de baño completo (ducha, inodoro, bidet y lavabo) para su uso exclusivo.

Si los establecimientos ocupan plantas o departamentos independientes serán de aplicación las proporciones antes determinadas en base a la cantidad de alojados por planta.

Los locales donde se instalen servicios sanitarios colectivos, estarán independizados de las habitaciones y dependencias.

Las puertas estarán provistas de cerraduras que permitan su apertura desde el exterior con llave maestra.

Se prohíbe la existencia de servicios sanitarios colectivos en comunicación directa con las habitaciones o con dependencias del personal del establecimiento.

5.3.11. Comedor

Su existencia será obligatoria en los establecimientos que alberguen más de veinte alojados, el que podrá ser utilizado indistintamente como Sala de Estar o Entretenimientos.

Cuando el número de personas sea inferior a veinte, podrán servirse las comidas en el interior de las habitaciones.

5.4. Fundación SEA: FUNDACION SANIDAD EJERCITO ARGENTINO

5.4.1. Residencia para la tercera edad "Campo de Mayo"

La investigación de campo se llevó a cabo en la Residencia para la tercera edad "Campo de Mayo", que queda en la localidad de Buenos Aires Capital, en el distrito de San Miguel. Dicha institución surge el 17 de Septiembre de 1999 como respuesta del Ejército Argentino a una creciente necesidad respecto a la atención gerontológica de la familia militar. Posee su propia planta con personal médico gerontólogo, personal destinado a la atención de gerontes, auxiliares de enfermería y de servicios de apoyo especialmente capacitados. Está destinado al personal militar y civil de las Fuerzas Armadas, Gendarmería Nacional, familiares y civiles autorizados.

En el día de las entrevistas, realicé un reconocimiento del lugar guiada por el Director del establecimiento; Coronel (retirado) Alberto Omar Etchegorry Castro. Él mismo se ofreció para realizar la recorrida conmigo y mostrarme los diferentes sectores.

Con respecto a la inscripción para el ingreso de pacientes, el arancel establecido es acorde a la necesidad de prestación que se hará, con posibilidad de admisión para personas autoválidas, semindependientes o dependientes. Los requisitos para la admisión es tener 60 años o más, no padecer enfermedades psiquiátricas y aceptar el arancel vigente.

Cuenta con atención de enfermería las 24 hs, control clínico diario, servicio de kinesiología, psicología y nutrición.

El lugar tiene barandas de agarre en los pasillos, habitaciones y escalones. Posee cámaras de seguridad para los lugares públicos. Cuenta con una sala de estar, comedor amplio, 55 plazas (habitaciones que pueden ser compartidas o individuales), baño privado o compartido, gimnasio, biblioteca, un amplio jardín, sala de cine y sala donde se realizan talleres psicológicos grupales y musicoterapia.

SEGUNDA PARTE:
INVESTIGACIÓN DE CAMPO

CAPITULO VI:
**“MÉTODO, PROCEDIMIENTO Y
MATERIALES”**

6.1. Metodología:

En este estudio el método que se utiliza es **cuantitativo** al tratarse de un estudio delimitado y concreto, donde habrá un acercamiento objetivo hacia el fenómeno. En el dicho estudio, se realizará la recolección de datos para evaluar y analizar los resultados obtenidos por medio de la estadística.

6.2. Tipo de estudio:

Su alcance es **descriptivo** dado que se buscará especificar las características de las personas involucradas en la investigación, se describirán situaciones y contextos. Se intentará medir y evaluar diferentes aspectos para luego describirlos, además de describir la tendencia de un grupo específico de la población y de un geriátrico determinado.

6.3. Objetivo:

Realizar un análisis y comparación del desempeño habitual (entendiendo por éste su rutina diaria, relaciones interpersonales con el entorno, actividades que realiza) entre ancianos que viven en geriátricos y ancianos que no estén en éstos, para tal fin se estudia el bienestar psicológico y satisfacción con la vida de estas personas. Enfocándome desde la Psicología Positiva. Y así, la realización de este trabajo podrá contribuir en la investigación del área de la tercera edad y aportar a la Prevención y Promoción de la Salud de personas mayores en pos de mejorar su calidad de vida y cumplimiento de sus derechos.

6.4. Muestra:

Se trabajó con una muestra no probabilística intencional de 10 hombres y 10 mujeres; de los cuales 5 de cada género serán elegidos por estar en el geriátrico y 5 que estén fuera del mismo. Los criterios a tener en cuenta para seleccionarlos fueron la edad (entre 65 y 90 años) y autovalides para realizar las entrevistas previstas con ellos. Dicha muestra es tomada en la Ciudad de Buenos Aires.

Cabe aclarar que al tratarse de una muestra no probabilística, no puede realizarse

una generalización en base a los resultados obtenidos, sino que se puede estimar una aproximación.

6.5. Instrumentos utilizados:

Se realizaron entrevistas semidirigidas a cada participante, la administración de la misma fue individual, contando con 5 preguntas. El fin de las entrevistas era obtener mayor información acerca de la percepción que tienen sobre la vejez y su día a día.

Se tomó la Evaluación de Bienestar Psicológico para Adultos (BIEPS-A) de María Martina Casullo. En el cual se evalúa la percepción que una persona tiene sobre los logros alcanzados en su vida, el grado de satisfacción personal con lo que hizo, hace o puede hacer, desde una mirada estrictamente personal o subjetiva. Su aplicación fue grupal.

Se administró la Escala de Satisfacción con la Vida de Ed Diener, la misma tiene como objetivo medir el grado de satisfacción que una persona tiene con su vida. Su aplicación también fue grupal.

6.5.1. Escala bienestar psicológico para adultos: BIEPS-A

6.5.2. Fundamentación

María Martina Casullo y colaboradores, basaron sus estudios empíricos sobre el Bienestar Psicológico, en la teoría propuesta por Carol Ryff quien plantea al bienestar psicológico como una concepción multidimensional. Dicho bienestar, está compuesto por seis dimensiones: apreciación positiva de sí mismo, capacidad para manejar de forma efectiva el medio y la propia vida, la calidad de los vínculos interpersonales, la creencia de que la vida tiene un propósito y significado, el sentimiento de que uno va desarrollándose en la vida y el sentido de autodeterminación.

En base a esto, Casullo propone realizar una evaluación de la percepción que tiene una persona sobre los logros alcanzados en su vida y el grado de satisfacción personal con lo que hizo, hace o puede hacer, desde una mirada estrictamente personal y subjetiva.

En la escala se analizan cuatro dimensiones:

Aceptación/Control de situaciones: Aquellos sujetos que obtienen un puntaje alto en esta dimensión, tienen una sensación de control y de autocompetencia. Pueden crear o manipular contextos para adecuarlos a sus propias necesidades o intereses. En cambio, aquellos que obtienen una puntuación baja; tienen dificultades en manejar los asuntos de la vida diaria, no se dan cuenta de las oportunidades y creen que es incapaz de modificar el ambiente.

Vínculos psicosociales: Aquí los sujetos que alcanzan puntuación alta confían en los demás, tienden a ser cálidos. Pueden establecer buenos vínculos y tener capacidad afectiva y empática.

Los sujetos que obtienen un puntaje bajo tienen pocas relaciones con los demás. Suelen ser aislados, se sienten frustrados en los vínculos que establecen con los demás. No pueden hacer compromisos con los demás.

Autonomía: esta dimensión consiste en poder tomar decisiones de modo independiente. Son sujetos asertivos. Confían en su propio juicio.

Cuando se obtiene una puntuación baja; se interpreta como sujetos que son emocionalmente inestables, dependen de los demás para tomar decisiones. Les preocupa lo que piensan los otros.

Proyectos: Al obtener una puntuación alta, se describe a los sujetos como personas que tienen metas y proyectos en la vida. Consideran que la vida tiene significado. Tienen valores que hacen que la vida tenga sentido.

En cambio, los sujetos con puntuación baja creen que la vida carece de sentido y significado. Tienen pocas metas y proyectos. No pueden establecer que la vida

tenga algún propósito.

6.5.3. Interpretación de la escala:

Puntuaciones inferiores al percentil 25: se considera que la persona posee un bajo bienestar psicológico y varias de sus áreas vitales se encuentran comprometidas.

Percentil 25: también indica un bajo bienestar psicológico, pero sin que sus áreas vitales se encuentran muy comprometidas.

Percentil 50: indica que el sujeto posee un bienestar psicológico promedio, donde el sujeto, en términos generales, se encuentra satisfecho.

Percentil de 75 a 95: indican un alto nivel de bienestar psicológico, señalando que el sujeto se siente muy satisfecho con su vida en general.

Valoración de las respuestas es la siguiente:

- De Acuerdo: 3 puntos
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 2 puntos.
- En Desacuerdo: 1 punto.

Una vez analizados los puntajes directos con sus correspondientes percentiles, se realiza el análisis de cada dimensión.

6.5.4. Escala de Satisfacción con la Vida

6.5.5. Fundamentación

Esta escala es creada por Ed Diener y tiene como objetivo medir el grado de satisfacción que una persona tiene con su vida.

Es unidimensional y consta de 5 afirmaciones positivas, proporcionando para cada ítem una puntuación que va del 1 al 7 (completamente en desacuerdo, en desacuerdo, ligeramente en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, ligeramente de acuerdo, de acuerdo, completamente de acuerdo) La puntuación máxima posible es 35. Para llegar al puntaje directo, se suman todas las respuestas. Un puntaje máximo indica un alto grado de satisfacción con la vida.

6.5.6. Interpretación de la escala:

Para la interpretación de los resultados se tienen en cuenta los siguientes rangos:
30- 35: Puntuación muy alta. Refiere a personas altamente satisfechas, aman su vida y sienten que les cosas van muy bien. Piensan que la vida no es perfecta, pero es tan buena como puede ser. Hay que aclarar que el crecimiento y el desafío podrían ser parte de la razón por la que está satisfecho. Para la mayoría de la gente que se encuentra en esta categoría, la vida es placentera.

25-29: Puntuación alta. Las personas que obtienen una puntuación en este rango les gustan sus vidas y sienten que las cosas van bien. Pese a ello, tienen identificadas áreas de insatisfacción.

20-24: Puntuación media. Las personas que obtienen una puntuación en este rango están bastante satisfechas con la mayoría de aspectos de su vida, sin embargo consideran necesario mejorar cosas en cada una de las áreas vitales.

15-19: Ligeramente por debajo de la media. Las personas que obtienen una puntuación en este rango suelen tener problemas pequeños pero significativos en varias áreas de sus vidas. O tienen varias áreas en las que todo va bien pero hay una en la que hay un problema sustancial para ellos.

10-14: Insatisfechas. Las personas que obtienen una puntuación en este rango están significativamente insatisfechas con sus vidas. En general tienen áreas de sus vidas que no están yendo bien, o una o dos áreas que están yendo muy mal. Si se debe a un hecho reciente, es probable que en un tiempo pueda mejorar.

5-9: Puntuación muy baja. Son personas extremadamente insatisfechas, suelen sentirse enormemente infelices con su vida actual. En algunos casos puede deberse a algún hecho reciente malo. Sin embargo, la insatisfacción en este nivel suele deberse a la insatisfacción en múltiples ámbitos de la vida. Cualquiera sea la razón para el bajo nivel de satisfacción con la vida, probablemente necesite ayuda de los demás, un amigo o un familiar.

CAPITULO VI:
“PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE
RESULTADOS”

7.1. Resultados de categorías elegidas para las entrevistas:

Grupo de participantes	Muy bueno	Bueno	Regular
Institucionalizados	X		
No Institucionalizados	X		

7.2. Resultados obtenidos en la escala de satisfacción con la vida:

Grupo de participantes	Resultados
Institucionalizados	25-29: satisfechos
No institucionalizados	30-35: altamente satisfechos



- Grupo de participantes institucionalizados: al interpretar los resultados, se puede decir que este grupo se encuentra dentro del rango de “satisfacción” con una “puntuación alta”, al haber obtenido un puntaje de 29 (que abarca puntajes que van de 25 al 29). Es decir, que son personas que tienen identificadas determinadas áreas de insatisfacción, sin embargo les gusta sus vidas y sienten que las cosas van bien.
- Con respecto al grupo de participantes no institucionalizados: ya que el resultado fue de 31; indicaría que se trata de una “puntuación muy alta”. Se puede inferir entonces que son personas “altamente satisfechas”, aman su vida y sienten que les cosas van muy bien. Pueden pensar que la vida no es perfecta, sin embargo también creen es tan buena como puede ser. Cabe aclarar que para ellos, el mismo crecimiento y desafío que atraviesan podría ser parte de la razón por la que están satisfechos y por ello también la vida es placentera.

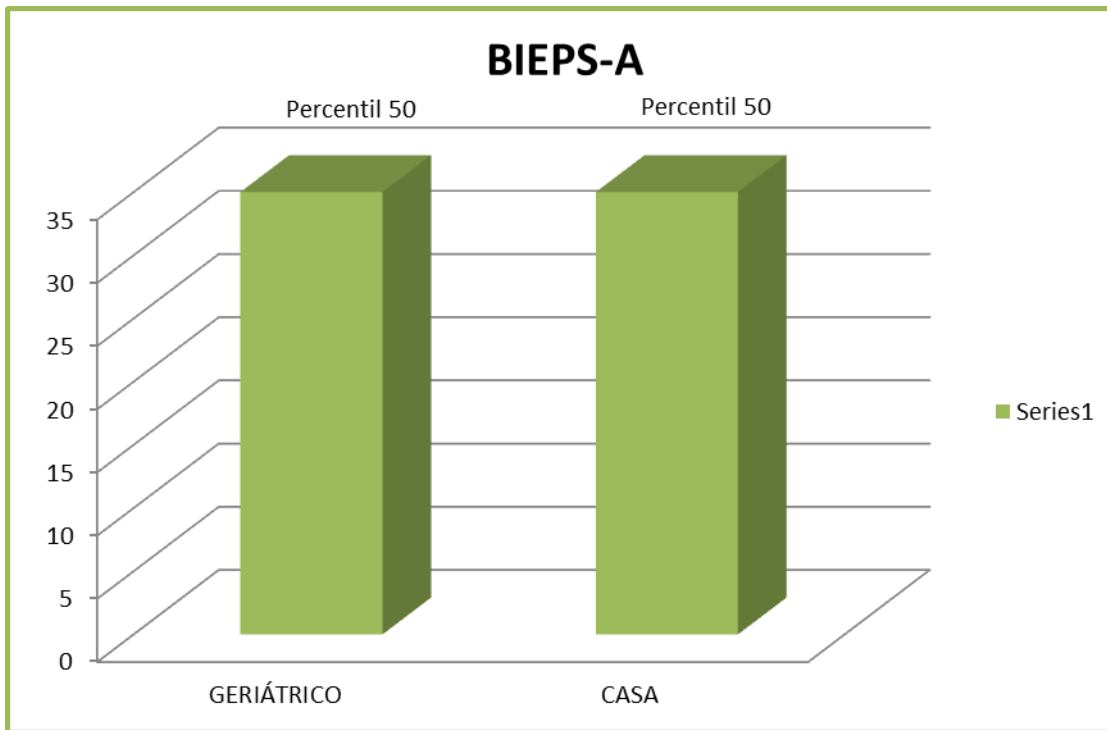
7.3. Resultados obtenidos en el BIEPS-A:

Tabla de sujetos institucionalizados:

Sujetos Institucionalizados	Puntaje Directo	Percentil	Aceptación/Control	Autonomía	Vínculos	Proyectos
S1	35	50	8	9	9	9
S2	39	95	9	9	9	12
S3	35	50	8	8	9	10
S4	37	50	9	9	9	10
S5	38	75	8	9	9	12
S6	37	75	9	9	9	10
S7	38	75	9	9	9	11
S8	33	25	9	6	9	9
S9	32	25	9	6	9	8
S10	38	75	9	8	9	12

Tabla de sujetos no institucionalizados:

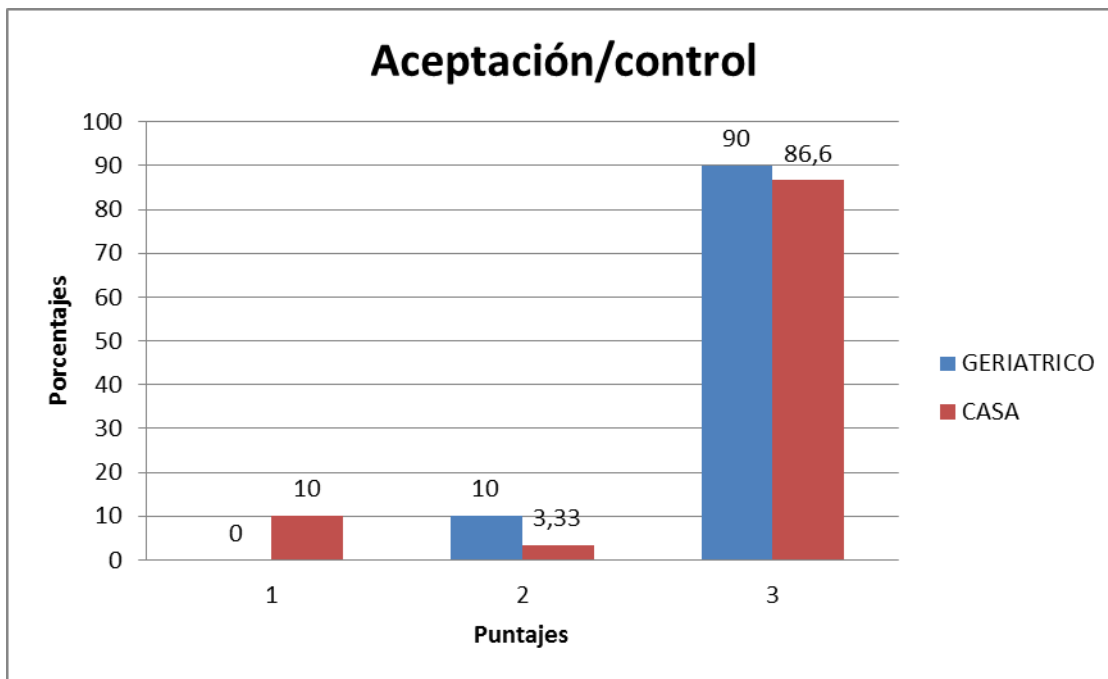
Sujetos No Institucionalizados	Puntaje Directo	Percentil	Aceptación/Control	Autonomía	Vinculo	Proyectos
S1	37	75	9	7	9	12
S2	39	75	9	9	9	12
S3	39	95	9	9	9	12
S4	38	75	8	9	9	12
S5	37	75	9	8	9	11
S6	37	75	9	8	9	11
S7	30	5	7	5	8	10
S8	32	25	5	7	9	11
S9	38	75	9	9	9	11
S10	37	75	9	9	9	10



- Para este análisis se realizó un promedio del total de los puntajes directos obtenidos en la escala, dando como resultado 35. Dicho puntaje equivale a un percentil 50, el cual equivale a un nivel de *Bienestar Psicológico Medio*, es decir que este grupo cuando evalúa de manera global su vida, se encuentra satisfecho con ella, se sienten conformes con cómo han vivido hasta ahora.

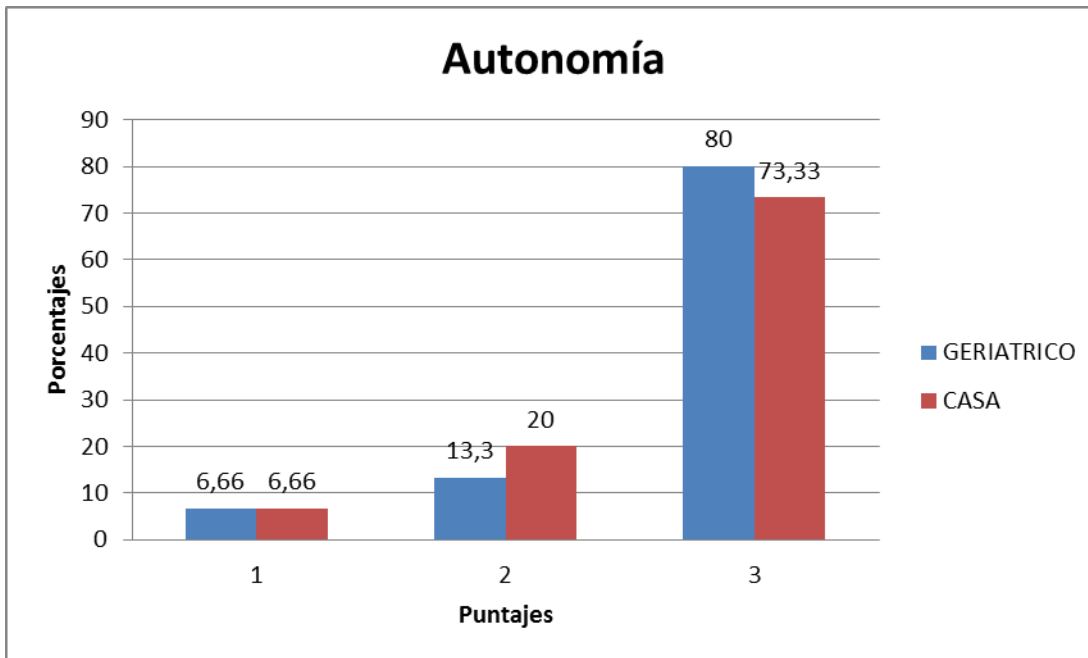
- Con el grupo de sujetos que no se encuentran en un geriátrico, se realizó el mismo procedimiento que para el grupo anterior, obteniendo también un resultado de 35. El mismo también equivale a un percentil 50, que indicaría un nivel de *Bienestar Psicológico Medio*. Podríamos decir entonces que este grupo al igual que los sujetos institucionalizados se encuentran satisfechos en varios aspectos de su vida. En términos generales pueden reconocer aspectos buenos y malos de sí mismos, establecer buenos vínculos, logran tomar decisiones de manera independiente, son capaces de confiar en sí mismos

Dimensiones del BIEPS-A:



Como puede observarse en esta dimensión el puntaje 3 (de mayor valor en la escala) es el destacado en los 2 grupos de participantes.

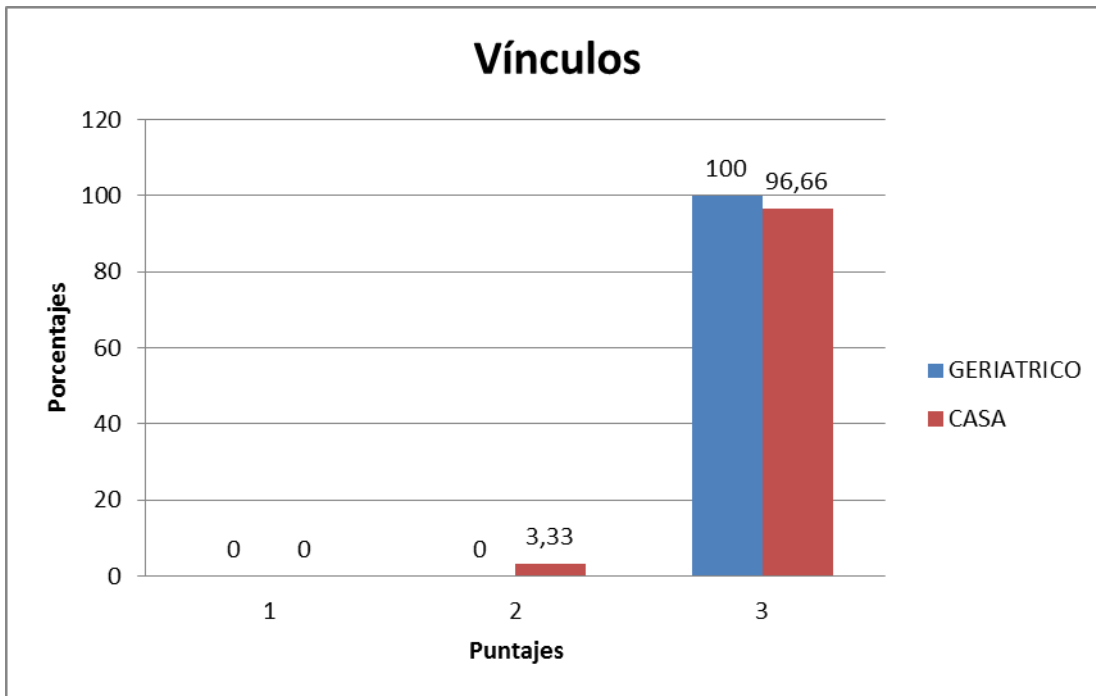
- El %90 del grupo institucionalizado puntuó alto, y el grupo no institucionalizado también. Queriendo decir con esto que dichos participantes tienen una sensación de control y de autocompetencia. Además pueden crear o manipular contextos para adecuarlos a sus propias necesidades o intereses.
- El %10 (tres personas institucionalizadas), junto con el %3 (una persona no institucionalizada) obtuvieron un puntaje medio, lo que querría decir que si bien cuentan con los recursos mencionados anteriormente, puede que por momentos sientan que no pueden controlar determinadas situaciones o manipular los contextos de acuerdo a sus necesidades.



En esta dimensión el %80 de personas que se encuentran en el geriátricos y el %73 que se encuentra en su casa puntuaron alto, es decir que esos participantes poseen gran autonomía, lo que refiere a que son capaces de tomar decisiones de modo independiente. Son sujetos asertivos y confían en su propio juicio.

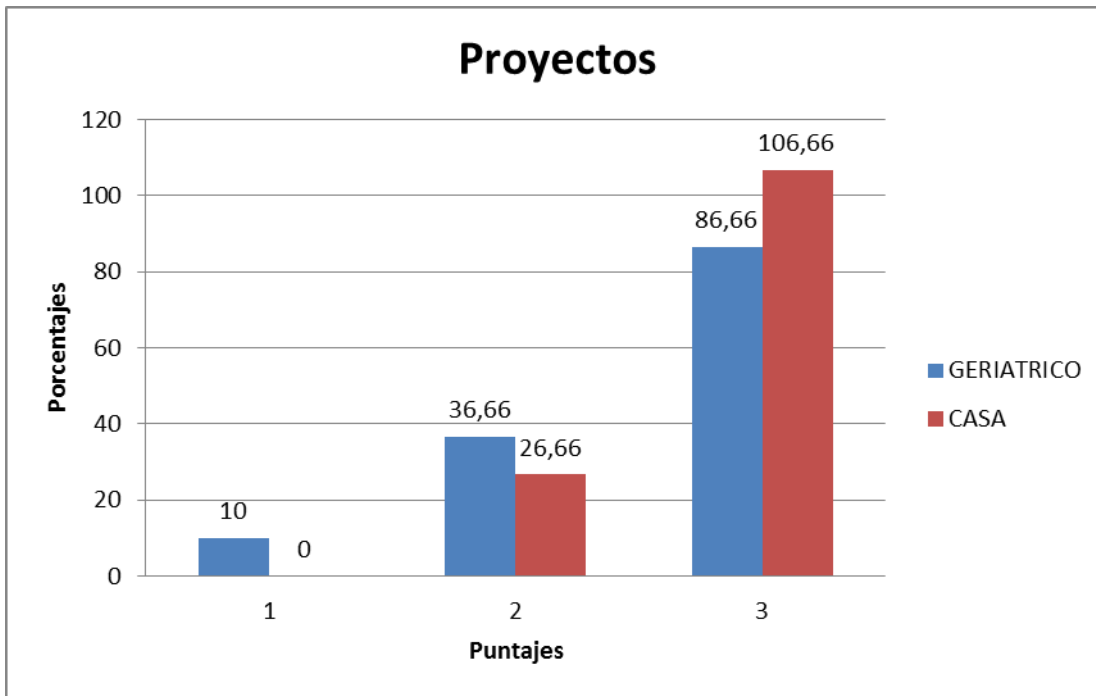
El %20 de participantes no institucionalizados obtuvo puntajes medios. Lo mismo ocurrió con el %13 de personas institucionalizadas. Lo que podemos inferir es que si bien poseen los recursos que anteriormente se nombraron, puede que exista alguna dificultad para actuar de manera independiente y pueden llegar a no confiar por completo en su propio juicio.

El %6 de participantes de los dos grupos obtuvieron una puntuación baja, esto se interpreta como sujetos que son emocionalmente inestables, dependen de los demás para tomar decisiones. Les preocupa lo que piensan los otros.



- En cuanto a esta dimensión, se observa la gran diferencia existente entre el puntaje 3 y los demás puntajes de la escala. Puede decirse que el %100 de las personas institucionalizadas y el %96 de personas no institucionalizadas, confían en los demás, tienden a ser cálidos. Pueden establecer buenos vínculos y tener capacidad afectiva y empática.

- Sólo el %3 (una persona que se encuentra en su hogar) obtuvo una puntuación media. Por lo que podría decirse que si bien puede confiar en los demás y establecer buenos vínculos, pueden existir momentos en los que no consiga concretarlos o no logre confiar en otras personas.



- En esta dimensión el %106 de personas (que se encuentran en su casa) y el %86 (de personas que están en el geriátrico), puntuaron alto. Esto quiere decir que son personas que tienen metas y proyectos en la vida. Consideran que la vida tiene significado. Tienen valores que hacen que la vida tenga sentido.
- El %26 de personas no institucionalizadas y el %36 de personas institucionalizadas, obtuvieron una puntuación media. Lo que significaría que si bien tienen metas en la vida, a veces puede ocurrir que no le encuentren un significado a sus vidas.
- Sólo el %10 (dos personas institucionalizadas) respondieron con puntaje bajo. Esto querría decir que creen que la vida carece de sentido y significado. Tienen pocas metas y proyectos. No pueden establecer que la vida tenga algún propósito.

Luego de realizar este análisis, se puede concluir que la dimensión que tiene

mejor funcionamiento en los dos grupos estudiados, es el área de los “Vínculos”. Luego seguirían la dimensión de “Proyectos Personales”, “Aceptación” y por último la dimensión “Autonomía”.

CONCLUSIONES:

En primer lugar lo que podemos aclarar, es que este estudio al tener una muestra del tipo no probabilística, sólo podemos tomar conclusiones en base a la muestra de la población entrevistada, sin que con ello se puedan hacer generalizaciones en el resultado.

El objetivo de este trabajo era analizar el “bienestar psicológico en la vejez junto con la satisfacción para con la vida de personas que se encuentren en geriátrico y aquellos que se encuentren fuera.” En las escalas y entrevistas tomadas, se llega a las siguientes conclusiones:

1. Tanto el grupo geriátrico como las personas que se encuentran en su casa, obtuvieron buenos puntajes en cuanto a las dos escalas administradas. En cuanto al BIEPS-A, obtuvieron un puntaje 35 que equivale a un percentil 50, dicho percentil es un nivel de **“Bienestar Psicológico Medio”**, es decir que estas personas lograrían adaptarse a distintas situaciones, podrían adaptar los contextos en los que se encuentran en función de sus necesidades o intereses. Se sienten conformes con sus vidas y con su forma de ser, poseen autonomía para decidir, lo que las ayudaría a sentirse autocompetentes y seguras de sí mismas. Serían personas asertivas, pueden confiar en su propio juicio, logran establecer buenos vínculos con los demás y consiguen disfrutar de ellos. Este es un dato alentador para cualquiera de los dos grupos.

Con respecto al análisis de las Dimensiones del BIEPS-A, podemos decir lo siguiente:

Al haber obtenido la puntuación más alta entre todas las dimensiones, en los *dos grupos*, con una pequeña diferencia no significativa, la dimensión que tiene mejor funcionamiento en ambos es el área de los **“Vínculos”**. Por lo que tanto las personas que se encuentran en el geriátrico, como aquellas que se encuentran en su casa, podría inferirse que pueden establecer buenos vínculos, confían en

los demás, logran tener capacidad empática y afectiva, así como también tienden a ser cálidos.

Luego seguirían las demás dimensiones en las que los porcentajes que diferencian a los grupos son ínfimas, por lo que no son diferencias significativas. La segunda dimensión de mayor puntuación fue **“Proyectos Personales”**, luego **“Aceptación”** y por último la dimensión **“Autonomía”**.

- Al interpretar los resultados obtenidos en la otra escala utilizada “Satisfacción con la vida” de Ed Diener:

Se puede decir que el Grupo del geriátrico al haber obtenido un puntaje de 29, se encuentra dentro de la categoría de **“satisfacción”**, es decir, que son personas que si bien tienen identificadas determinadas áreas de insatisfacción, les gusta sus vidas y sienten que las cosas van bien.

Con respecto al Grupo de participantes no institucionalizados, el resultado fue de 31; se puede inferir entonces que son personas **“altamente satisfechas”**. Pueden pensar que la vida no es perfecta, sin embargo también creen es tan buena como puede ser. Aman su vida y sienten que les cosas van muy bien. Cabe aclarar que para ellos, el mismo crecimiento y los desafíos que atraviesan podrían ser parte de la razón por la que están satisfechos y por ello también la vida es placentera.

Es decir que en general ambos grupos puntuaron de manera óptima en esta escala.

2. De acuerdo a la búsqueda de investigaciones y bibliografía para la realización de este trabajo, se puede decir que esta investigación tiene coincidencias con ello. Ya que se destaca cómo el seguir teniendo actividades en la vida diaria y lograr disfrutarlas (buscando actividades que provoquen bienestar y satisfacción en la persona), el seguir estableciendo vínculos, el poseer meta

(ya sean a corto o largo plazo, pequeñas o grandes), ayuda a las personas a vivir de manera plena. No importa cual fuese la etapa del ciclo vital por la que está atravesando.

3. Generalmente al hacer referencia a los geriátricos, los mismos viejos, la sociedad que los rodea, sus familiares y allegados tienen un concepto totalmente negativo de estos; sin embargo, el geriátrico que se visitó se destaca por ser diferente a la idea cliché que se puede tener de estos lugares.

Es una institución que ofrece tantas opciones de servicio de salud como recreativas se pueda pedir. Se destaca su preocupación por los internados con el sólo hecho de los servicios que presta para su bienestar. Por ejemplo: gimnasio, jardín, salidas transitorias, entre otros.

4. Lo que podemos decir de acuerdo a la teoría utilizada en esta investigación, es que mientras se cumplan con los derechos del viejo, éste tendrá una vejez saludable. No importa si se encuentra en un geriátrico o no, si las “condiciones de vida” son pobres, su bienestar psicológico disminuirá junto con su satisfacción, ***ya sea en una institución o en su propio hogar.***

5. Es de suma importancia escuchar al adulto mayor, en sus necesidades e intereses y en base a ellos, brindarles una mejor calidad de vida.

Esta “escucha” se logrará siempre y cuando sea la misma sociedad la que valore su rol como persona prestadora de subjetividad, de experiencia. Siendo éste uno de los pasos principales para cambiar la visión que se tiene con respecto a la vejez, ya que todo lo que escuchemos en la infancia y a lo largo de la vida, va a influir luego en nuestra percepción de la vejez en general y en la propia.

Es fundamental poder tomarla simplemente como una etapa más del ciclo vital, porque así, podremos ir sustituyendo actividades o habilidades que se tuvieron siempre, por otras diferentes en esta nueva etapa de la vida. Esto va a permitir vivirla sin mayores obstáculos que lo que puede tener otra etapa del ciclo vital.

6. Los dos grupos con los que se trabajó, mantienen relaciones interpersonales ya sea con sus pares como con familiares, además de tener actividades recreativas en las cuales invertir su tiempo libre.

“LAS EXPECTATIVAS SON ALTAMENTE PROMETEDORAS, BIENVENIDAS, YA QUE TODOS INEXORABLEMENTE FORMAREMOS PARTE DE ESTOS GRUPOS POR SER UNA ETAPA MAS DE LA VIDA”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Acosta Quiroz, C.O; González-Celis Rangel, A.L.M. (Julio-Diciembre, 2010). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Enseñanza e Investigación en Psicología* 15(2), 393-401. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215980010>
- Alonso, L.M.; Payares, S.C.; Ríos, A.L.; Maldonado, A.; Quiñonez, D.; Zapata, Y. (2010). Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del Hogar Geriátrico San Camilo de la Ciudad de Barranquilla (Colombia), *Salud Uninorte*, 26, 2. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/749>
- Castro Solano A., (Julio, 2009) El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. Recuperado de http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1258587233.pdf
- Casullo M. M.; Brenlla M.E.; Castro Solano A.; (2002) Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica.
- <http://www.cedom.gov.ar/es/legislatura/cedom/>
- http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/codigos/habilita/700_44.htm
!
- De-Juanas Oliva, Á., Limón Mendizábal, M., & Navarro Asencio, E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Revista Interuniversitaria*, 22, 153 - 168. doi: http://dx.doi.org/10.7179/PSRI_2013.22.11
- <http://www.geriatria.salud.gob.mx/>

- Herranz Aguayo, I.; Lirio Castro, J.; Portal Martínez, E. & Arias Fernández, E. (mayo-agosto, 2013) La actividad física como elemento de participación y calidad de vida en las personas mayores. *Escritos de Psicología*, 6 (2), 13-19. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092013000200003&lng=es&nrm=iso
- Lombardo, E. (2013). Psicología Positiva y psicología de la vejez. Intersecciones teóricas. *Revista de Psicodebate*. Recuperado de http://www.palermo.edu/cienciassociales/investigacion-y-publicaciones/pdf/psicodebate/13/Psicodebate_N13_03.pdf
- Loewy, M. (agosto, 2004). La vejez en las Américas. *Revista de la Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado de <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/celade/noticias/noticias/4/19454/P19454.xml&xsl=/celade/tpl/p1f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl>
- Méndez, A.G.; Serra Desfilis, E.; Márquez Barradas, M.L; Bernabé Valero, M.G. (2014) Gratitude existencial y bienestar psicológico en personas mayores. *Psicología y Salud*, 24 (2) 279- 286. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/931>
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Envejecimiento activo: marco político*. Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Envejecimiento del 2002. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>
- Orosa Fraiz, T. (agosto, 2008). Psicología del desarrollo en la vejez: un enfoque histórico-cultural. *Facultad de Letras y Ciencias Humanas*, 1 (1).

Recuperado de
<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/palabramayores/article/view/1225/1183>

- Ortiz Arriagada, J. B. & Castro Salas, M. (abril, 2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 25-31. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100004&lng=es&tlng=en.%2010.4067/S0717-95532009000100004
- Ramos Esquivel J, Meza Calleja A.M, Maldonado Hernández I., Ortega Medellín M.P, Hernández Paz M. T. (Agosto, 2009) Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf
- Sáez Narro, N., Aleixandre, M., De Vicente, P., Meléndez, J. C., & Villanueva, I. (1993). Cambio y socialización en la tercera edad. *Investigaciones psicológicas*, 12, 129-152. Recuperado de <http://designblog.uniandes.edu.co/blogs/dise2101/files/2011/04/Cambio-y-socializacion.pdf>
- Salvarezza L. (1988) *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Buenos Aires, Paidós.
- Salvarezza L. (2002) *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Buenos Aires, Paidós.

- Sánchez Palacios C. (2004). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas (Tesis Doctoral). Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Málaga. Recuperado de <http://www.riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/2667>
- Tarragona, M. (2013). Psicología Positiva y Terapias Constructivas: Una Propuesta Integradora. *Terapia psicológica*, 31(1), 115-125. doi: [10.4067/S0718-48082013000100011](https://doi.org/10.4067/S0718-48082013000100011)
- Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M., & Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista médica de Chile*, 139(8), 1006-1014. doi: [10.4067/S0034-98872011000800005](https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000800005)
- Valle Acosta, J.M. (2010). Conjunto de ejercicios con música encaminados a la incorporación de los abuelos al círculo del adulto mayor en el consultorio Nº 92 del consejo popular herradura del municipio consolación del sur. *Ciencia e innovación tecnológica en el deporte*, 12. Recuperado de http://www.gdeportes.cu/podium/2010_12/Trabajos/Podium_No12_05.pdf
- Zapata Farías H (2001). Adulto Mayor: participación e identidad. *Revista de Psicología Redalyc*, 10 (1), 189- 197. Universidad de Chile. Chile. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26410114>.
- http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2013-07_programa-nacional-envejecimiento-activo-salud.pdf

ANEXOS

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA:

A continuación hay cinco afirmaciones con las cuales usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Lea cada una de ellas y después marque en el listado desplegable que aparece junto a cada afirmación y seleccione la respuesta que mejor describa en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo

	Completamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	En desacuerdo	Completamente de acuerdo
1. En la mayoría de los aspectos, mi vida se acerca a mi ideal							
2. Las condiciones de mi vida son excelentes							
3. Estoy completamente satisfecho con mi vida							
4. Hasta ahora, he conseguido las cosas más importantes que quiero en la vida							
5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría nada							

