

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Tesina de Licenciatura

“LA ACTIVIDAD ARTÍSTICA Y SU INFLUENCIA EN LA
CALIDAD DE VIDA DE LOS VIEJOS
INSTITUCIONALIZADOS”

Alumna: Estefanía Anabel Fredes

Directora de tesina: Lic. Rosi B. Pérez Vitali

Mendoza, Junio 2012

Hoja de Evaluación

Tribunal de Evaluación:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Lic. Rosi B. Pérez Vitali

Calificación:

Agradecimientos

En primer lugar, agradecer a “mis viejos”, a mis padres queridos por permitirme la búsqueda y encuentro de mi vocación, por ser mis pilares afectivos y enseñarme de la vida y sus vicisitudes.

A mi hermano, por compartir tantos momentos de alegrías y tristezas siempre juntos.

A mis abuelas del alma, quienes me han enseñado con su ejemplo como seguir adelante y luchar por lo que se quiere.

A Iván, por ser mi sostén, motivación y amor. Mi compañero incondicional.

A mi querida amiga y compañera de estudio Florencia, por tantos momentos compartidos. Por su apoyo, consejos, experiencias y risas. A todas mis amigas y amigos de la vida que de alguna manera participaron con su afecto y motivación.

A mi directora de tesina, Lic. Rosi Pérez, por brindarme su predisposición, tiempo y conocimientos, por creer en mis capacidades y apoyarme en mi trabajo.

A la residencia para adultos mayores “Casa de Campo”, por permitirme descubrir gente con tanta vida y tan bondadosa, y por darme el espacio para poder investigar y comprometerme aún más con la vejez. A todos los abuelos de la residencia, por las enseñanzas y aprendizajes dejados en mí, por las risas y el cariño que me brindaron.

Al Sr. Decano Lic. Hugo Lupiáñez y por su intermedio a todas las autoridades y docentes que acompañaron mi carrera.

Resumen

En la presente tesina se tiene como principal objetivo determinar la influencia de la realización de actividades artísticas en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos, comparando la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos que participan en la realización de actividades artísticas, con la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos que no participan en la realización de tales actividades.

La estrategia metodológica utilizada es cuantitativa, con un diseño experimental preprueba- posprueba y grupo de control; además se utilizó la modalidad de talleres para desarrollar las actividades artísticas.

Las técnicas utilizadas en la investigación fueron: la Escala de Satisfacción con la Vida (Satisfaction with Life Scale – SWLS, Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985), la Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale – PGCMS, Lawton, 1972) y la Escala de Calidad de Vida de Flanagan (Quality of Life Scale, Flanagan, 1982). Todas ellas apuntan a evaluar las diversas dimensiones que abarca el concepto de calidad de vida.

Los resultados obtenidos mostraron que se produjeron modificaciones significativas en la calidad de vida de los viejos que participaron en los talleres de actividades artísticas y no así en la calidad de vida de los viejos que no participaron en los mismos. Por tanto, este estudio apoya la idea de que el tratamiento aplicado influyó de manera positiva en varios aspectos de la calidad de vida del grupo de viejos que participó en dicho tratamiento.

Summary

The main goal in this thesis is to determine the influence of artistic activities in the quality of life of the elderly that live in nursing homes, compared to the quality of life of those elderly that also live in nursing homes but do not participate in artistic activities.

The methodological strategy used is quantitative with experimental pre-proof- post-proof design and control group. The artistic activities were carried out in workshops.

The following techniques were used: Satisfaction with Life Scale – SWLS, Diener, Emmons, Larsen and Griffin, 1985; Philadelphia Geriatric Center Morale Scale – PGCMS, Lawton, 1972 and Quality of Life Scale, Flanagan, 1982. The aforementioned aim is to evaluate the diverse dimensions that the concept of quality of life embodies.

The results obtained showed that significant changes occurred in the quality of life of the elderly that participated in the artistic workshops and not so in the quality of life of those elderly that did not. For this reason, this study supports the idea that the treatment influenced in several aspects, the life quality of the participant group.

Índice

Título.....	Pág. 2
Hoja de Evaluación.....	Pág. 3
Agradecimientos.....	Pág. 4
Resumen.....	Pág. 5
Índice.....	Pág. 7
Introducción.....	Pág. 11

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: LA VEJEZ

I.1- Una aproximación conceptual.....	Pág. 17
I.2- Situación demográfica de la vejez.....	Pág. 19
I.3- Teorías del envejecimiento.....	Pág. 21
I.3.1- Teorías biológicas.....	Pág. 21
I.3.1.1- Cambios biológicos asociados al envejecimiento.....	Pág. 23
I.3.2- Teorías psicológicas.....	Pág. 25
I.3.2.1- Cambios psicológicos- cognoscitivos asociados al envejecimiento....	Pág. 31
I.3.3- Teorías sociológicas o antropológicas.....	Pág. 40
I.3.3.1- Cambios sociales asociados al envejecimiento.....	Pág. 43
I.4- El envejecimiento exitoso.....	Pág. 49
I.5- El envejecimiento en residencias geriátricas.....	Pág. 51

CAPÍTULO II: CALIDAD DE VIDA

II.1- Una aproximación conceptual.....	Pág. 55
II.2- Multidimensionalidad de la calidad de vida.....	Pág. 57
II.3- Viejos: Sujetos de derecho.....	Pág. 60

CAPÍTULO III: ACTIVIDADES ARTÍSTICAS

III.1- Elección de un envejecimiento activo.....	Pág. 64
--	---------

III.2- Diferenciando conceptos.....	Pág. 66
III.3- Las actividades artísticas en la institución.....	Pág. 70
III.4- Las actividades artísticas como modificadoras de la calidad de vida en la vejez.....	Pág. 71

CAPÍTULO IV: FENOMENOLOGÍA DE ROGERS

IV.1- Un acercamiento a la teoría fenomenológica de Carl Rogers.....	Pág. 74
IV.2- El terapeuta o consejero.....	Pág. 76
IV.3- El cliente.....	Pág. 78
IV.4- Terapia grupal.....	Pág. 80
IV.5- Vida plena.....	Pág. 82

SEGUNDA PARTE: MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO V: MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

V.1- Objetivos, preguntas de investigación e hipótesis de trabajo.....	Pág. 86
V.1.1- Objetivos de trabajo.....	Pág. 86
V.1.2- Preguntas de investigación.....	Pág. 86
V.1.3- Hipótesis de trabajo.....	Pág. 87
V.2- Método.....	Pág. 87
V.2.1- Tipo de estudio.....	Pág. 87
V.2.2- Descripción de la muestra.....	Pág. 91
V.2.3- Instrumentos de evaluación.....	Pág. 93
V.2.4- Procedimiento.....	Pág. 97

CAPÍTULO VI: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

VI.1- La Escala de Satisfacción con la Vida (Satisfaction with Life Scale – SWLS, Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985).....	Pág. 118
Tabla 1.....	Pág. 118
Figura 1.....	Pág. 119
VI.1.1- Análisis descriptivo.....	Pág. 119
VI.1.2- Aplicación de la prueba de la diferencia de medias para dos grupos con muestras no independientes o apareadas.....	Pág. 120

VI.1.2.1- Pasos de la inferencia estadística para el grupo experimental.....	Pág. 120
VI.1.2.1.a- Interpretación: Análisis correlacional.....	Pág. 121
VI.1.2.2- Pasos de la inferencia estadística para el grupo de control.....	Pág. 121
VI.1.2.2.a- Interpretación: Análisis correlacional.....	Pág. 122
VI.2- La Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale – PGCMS, Lawton, 1972).....	Pág. 123
Tabla 2.....	Pág. 123
Figura 2.....	Pág. 123
VI.2.1- Análisis descriptivo.....	Pág. 124
VI.2.2- Aplicación de la prueba de la diferencia de medias para dos grupos con muestras no independientes o apareadas.....	Pág. 124
VI.2.2.1- Pasos de la inferencia estadística para el grupo experimental.....	Pág. 124
VI.2.2.1.a- Interpretación: Análisis correlacional.....	Pág. 125
VI.2.2.2- Pasos de la inferencia estadística para el grupo de control.....	Pág. 126
VI.2.2.2.a- Interpretación: Análisis correlacional.....	Pág. 126
VI.3- La Escala de Calidad de Vida de Flanagan (Quality of Life Scale, Flanagan, 1982).....	Pág. 127
Tabla 3.....	Pág. 127
Figura 3.....	Pág. 127
VI.3.1- Análisis descriptivo.....	Pág. 128
Tabla 4.....	Pág. 128
Figura 4.....	Pág. 129
VI.3.2- Análisis descriptivo.....	Pág. 129
VI.3.3- Aplicación de la prueba de la diferencia de medias para dos grupos con muestras no independientes o apareadas.....	Pág. 130
VI.3.3.1- Pasos de la inferencia estadística para el grupo experimental.....	Pág. 130
VI.3.3.1.a- Interpretación: Análisis correlacional.....	Pág. 131
VI.3.3.2- Pasos de la inferencia estadística para el grupo de control.....	Pág. 131
VI.3.3.2.a- Interpretación: Análisis correlacional.....	Pág. 132
Tabla 5.....	Pág. 132
VI.4- Análisis descriptivo.....	Pág. 133

CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y

CONCLUSIONES.....Pág. 134

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....Pág. 140

APÉNDICES.....Pág. 145

Introducción

“La vejez”

Cuánto me costó, amiga, conocerte,
aceptar que llegaste a mi vida,
yo, que estaba segura de mi suerte,
cuando pensaba que nunca vendrías.

Y miraba a los viejos con tristeza,
cual si fuera un estado muy lejano,
creía que luchando con firmeza,
estaría a cubierto de tu mano.

Qué inocente y total ingenuidad,
tú vienes como todo llega un día,
aunque ignoremos nuestra realidad,
te encontramos, altiva y decidida.

Decidida a enseñarnos, con paciencia,
que nunca vienes a destruir destinos,
si descubrimos esa vieja ciencia,
de transitar alegres tu camino.

Aprender a gozar de nuestros hijos,
de lo que hoy nos dan, sin pedir nada,
quererlos y expresar el regocijo,
que de su tierno amor, el alma embarga.

Vivir de cada nieto, una alegría,
mirar en ellos toda nuestra infancia,
y ahora que recordarlo es cosa fácil,
poder sentir de nuevo su fragancia.

Y por fin, conservar nuestros amigos,
aquellos que sentimos alejados,
los que viven felices y queridos,

y los que viven solos y olvidados.
Encontrar cosas nuevas cada día,
como el comienzo de una etapa más,
pero poniendo en todas , la energía
con que empezamos el acto final.
Y esperar a la muerte sin temores,
con fe sincera y corazón sereno,
porque supimos perdonar errores,
y morir, al final, ¡es lo de menos!

(Méndez Casariego de Arigós, M. C.)

Envejecer es el destino de todos los seres vivos. No se debe tener miedo a envejecer, es parte de la vida. Aceptar el paso del tiempo no es fácil, y menos en la sociedad actual en la que se está inserto.

Luchar contra el paso del tiempo parece ser un valor imperante en nuestros días, ya que existe una sobrevaloración de la juventud. Así los viejos hoy, se ven inmersos en un contexto de exclusión en el que deben sobrevivir. Alcanzar la vejez ya no es un momento apreciado por la sociedad ni asociado con la sabiduría, experiencia y respeto como antes, si no que constituye un espejo al que es mejor no mirar.

La vejez está caracterizada por declinación de funciones o cierta involución del individuo; pero no se puede basar solo en dichas características, sin considerar las capacidades y lo que aún se puede realizar y descubrir.

Esto, como profesionales de la salud más que preocupación debe ser motivo de ocupación, ya que en los últimos años, la población de viejos ha crecido considerablemente. El aumento significativo de la expectativa de vida, más el descenso de la natalidad, han producido una gran transformación en la estructura de la pirámide poblacional en nuestro país y en el mundo.

La intención se centra en considerar a la vejez como una etapa más del ciclo vital, y al sujeto como un ser biopsicosocial, brindando y utilizando recursos que le otorguen al viejo elementos prácticos para mantener una buena calidad de vida, mediante actividades artísticas que procuren el intercambio de aprendizajes y experiencias, donde se utilice el tiempo libre en favor de sí mismos y compartiendo con

otros; evitando así, la pasividad, indiferencia y marginación, y alcanzando el bienestar físico, psíquico y social.

Por esto, es que se cree que un modelo de abordaje en la vejez debe ser integral y abarcativo, contemplando la importancia de la participación hacia una mejora en la calidad de vida y un aumento de las expectativas de continuar siendo miembros activos en la vida social y cultural de la comunidad, considerando de suma importancia la integración y el apoyo social.

Por lo mismo, se ha intentado promover el derecho a la recreación mediante la realización de actividades artísticas, proponiendo armar un espacio para tener un tiempo para pensar, reflexionar, actuar, intervenir, crear y disfrutar.

Este trabajo pretende, de alguna forma, ser un pequeño aporte al fenómeno del envejecimiento en nuestra sociedad. Pretende profundizar y dar algunas respuestas sobre cómo comprender y mejorar la calidad de vida de las personas que están transitando la etapa de la vejez.

Con el fin de hacer comprensible esta exposición, se ha dividido la tesina en dos partes:

En la primera parte, se desarrolla el Marco Teórico que consta de cuatro capítulos, los cuales sirven de base y sostén a la investigación realizada.

El **primer capítulo** abarca generalidades de la vejez, una aproximación conceptual, la situación demográfica, las teorías y cambios biológicos, psicológicos y sociológicos o antropológicos de esta etapa. Por otro lado, se desarrolla el envejecimiento exitoso y el envejecimiento en residencias geriátricas.

El **segundo capítulo** referido a la calidad de vida, comprende una aproximación conceptual, una descripción de la multidimensionalidad de la calidad de vida y además se incluye la importancia de los derechos de los viejos.

El **tercer capítulo** abarca el concepto de actividades artísticas, haciendo una diferenciación de conceptos, desarrollando la importancia de estas actividades en la institución y en la modificación de la calidad de vida, y además, se expone la opción de poder elegir un envejecimiento activo.

El **cuarto capítulo** desarrolla la perspectiva teórica desde la cual se trabajó: la fenomenología de Carl Rogers. Se realiza un acercamiento a esta teoría, se describe el actuar del terapeuta o consejero y del cliente [en la tesina no se hablará de cliente sino de viejo o anciano]. También, se desarrollan los puntos relevantes de la terapia grupal,

los cuales se aplican en los encuentros de talleres de actividades artísticas, y por último, se habla de la vida plena.

En la segunda parte de la tesina, se desarrolla el Marco Metodológico que consta de tres capítulos, en los cuales se exponen las características de la investigación realizada.

El **quinto capítulo** desarrolla los métodos y procedimientos del estudio. Se plantean los objetivos, preguntas e hipótesis de investigación, se describe el método, la selección de la muestra, los instrumentos de evaluación y el procedimiento empleado para llevar a cabo este trabajo.

En el **sexto capítulo** se realiza la presentación de los datos obtenidos en cada técnica tomada. Los mismos se presentan a través de tablas y gráficos, y seguido se realiza el análisis descriptivo correspondiente. Además, para cada técnica, también se presenta un análisis estadístico de la prueba de la diferencia de medias y su correspondiente análisis correlacional.

En el **séptimo capítulo** se presenta la discusión de resultados y las conclusiones de la investigación.

I PRIMERA PARTE I
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

I La vejez I

I.1- Una aproximación conceptual

Desde tiempo inmemorial, la gran mayoría de la sociedad ha visto y ve a la vejez como sinónimo de carga, inutilidad, dependencia, incapacidad, pasividad, enfermedad, etc.; lo que obviamente, influye de manera negativa a la hora de hacer frente a los cambios físicos, psicológicos y sociales inherentes a esta etapa evolutiva; y, al mismo tiempo, impide la definición de este período como un momento evolutivo en la vida de los hombres al igual que los anteriores, con tareas y cambios a los que debe hacerse frente, pero que no necesariamente son tan humillantes, terribles, ni irreversibles como generalmente se piensa cuando se habla de vejez.

Hasta hace poco tiempo, algunos procesos de envejecimiento se han confundido a menudo con procesos patológicos. La realidad es que nadie se muere de viejo, por la sencilla razón de que la vejez no es una causa de defunción, sino que la muerte sobreviene siempre como consecuencia de una enfermedad o entidad patológica definida. También es cierto que ningún ser humano puede eludir el proceso de envejecer, aunque el hecho de sentirse viejo varía de una persona a otra. (Katz, 1992)

Desde la perspectiva de Ferrero (1998):

Se habla de vejez como proceso, y como tal, ligado a cambios desde el embrión. No por eso la existencia se convierte en una muerte lenta, pero sí en un camino signado por una ley de vida que sitúa como condición de vida lo precedero. La esencia del organismo vivo se vincula a esa tendencia a volver a lo inorgánico, al estado anterior. (p. 16)

La Organización Mundial de la Salud (s/f, citado en Cornachione Larrínaga, 2006, 88) considera al envejecimiento como “un proceso fisiológico normal no uniforme, ya que el ritmo de los cambios que se producen varía de un individuo a otro, que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos para las especies durante todo el ciclo de la vida, produciendo estos cambios, en los últimos años de la vida, una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación a su medio”.

La misma organización sitúa el comienzo de la vejez a los sesenta y cinco años. Considera personas de edad a las comprendidas entre los sesenta y cinco y setenta

y cuatro años, personas viejas o ancianas a las comprendidas entre los setenta y cinco a noventa años, y a las de más de 90 años muy viejas. (Casals, 1982)

Otra concepción de vejez según la edad cronológica la da Edwards (2001), quien considera “personas mayores, a mujeres y hombres que tienen 60 años o más. Esta edad puede parecer joven en algunas regiones desarrolladas donde la mayoría de las personas de más de 60 años de edad goza de un nivel de vida positivo y de buena salud. Sin embargo, es probable que la edad de 60 años sea fiel reflejo de la vejez en los países en vías de desarrollo, donde las personas no disfrutaron en los primeros años de sus vidas de todas aquellas ventajas que llevan a una vejez saludable”.

Por este motivo esta autora plantea que es importante reconocer que la edad cronológica no siempre es el mejor indicador de los cambios que acompañan al envejecimiento. Las variaciones en el estado de salud de cada persona mayor de la misma edad pueden ser espectaculares. (Edwards, 2001)

Cornachione Larrínaga (2006), plantea que:

Al referirnos a la vejez, se hablará de un estado, relativamente prolongado correspondiente al último período del ciclo vital. Por su parte, definirá el envejecimiento como: un proceso progresivo, natural y lento de transformación, que afecta a los seres vivos desde su nacimiento hasta su muerte. Agrega que, por lo tanto, es inevitable y universal y se despliega en los aspectos: biológicos, psíquicos y sociales de las personas, estructurado a su vez en torno al tiempo, resultado de la interacción de la herencia, el ambiente y la conducta. Considera además que el envejecimiento constituye una etapa más del ciclo vital y no debe ser rotulado como un estado de enfermedad ni patológico. (p. 89)

Todo lo anterior, deja ver la necesidad de evaluar este momento de la vida desde una perspectiva integradora y no exclusivamente en un basamento temporal. Sobre todo, porque no todos los individuos envejecen al mismo ritmo ni de la misma manera, por lo que se torna excesivamente complejo delimitar el período exacto en que una persona dejar de ser adulto para convertirse en viejo.

No hay criterios universalmente aceptados, ni teorías que lleguen a explicar en toda su extensión este fenómeno, se prefiere, por tanto, dejar sólo una huella, que deje entrever hacia dónde se vislumbra el camino que siguen los científicos a escala universal, a la hora de intentar solidificar sus posiciones teóricas en este contexto.

I.2- Situación demográfica de la vejez

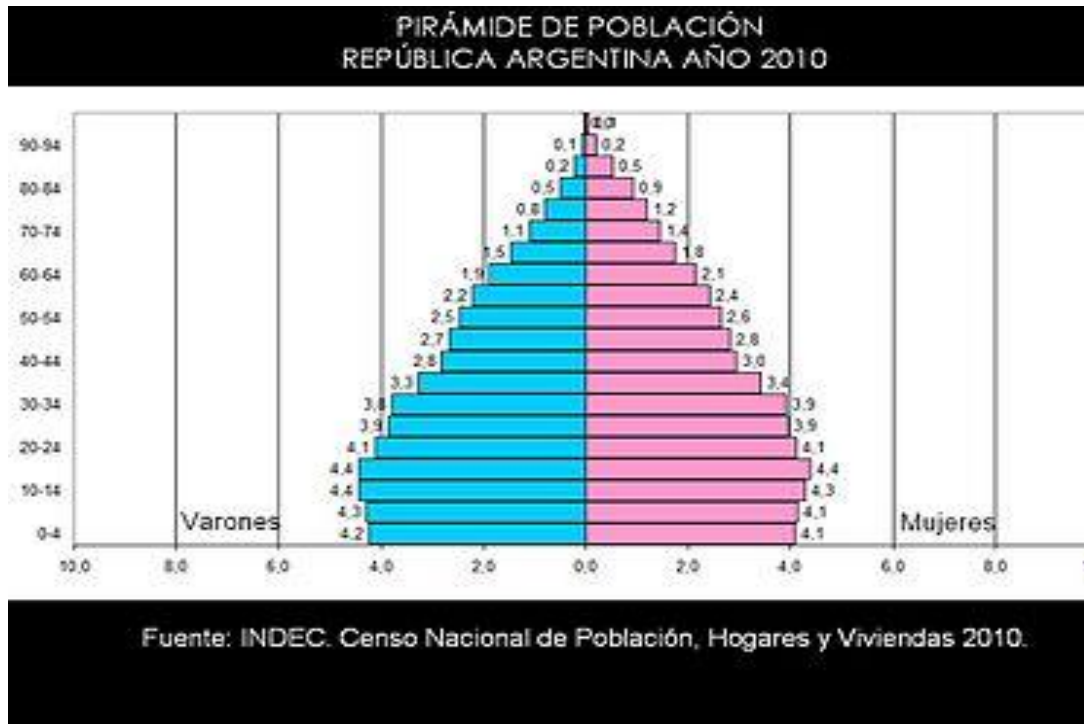
Según Edwards (2001), “en todo el mundo, la proporción de personas que tienen 60 años, y más, está creciendo con más rapidez que ningún otro grupo de edad. Entre 1970 y 2025, se prevé que la población con más edad aumente en unos 870 millones, o el 380 %. En 2025, habrá un total de cerca de 1,2 billones de personas con más de 60 años”.

Por ello es que esta autora plantea que en los años posteriores, las actividades deben centrarse en conservar la autonomía, evitar y retrasar la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas mayores que vivan con algún grado de enfermedad o discapacidad. (Edwards, 2001)

El envejecimiento es un fenómeno social que implica un importante desafío para todos los profesionales de la salud implicados en él. Tener en cuenta los porcentajes y la velocidad e intensidad del mismo, es de suma relevancia para este trabajo.

La población de la República Argentina, de acuerdo al censo del 27 de octubre de 2010 que realizó el INDEC, asciende a 40.117.096 habitantes, la población de 65 años o más correspondería al 10,2% del total y la de 60 años o más, al 14,3%, haciendo que la Argentina sea el tercer país más envejecido de América Latina después de Uruguay y Cuba. A su vez, con el correr de las décadas, se nota un paulatino descenso de la población entre 0 a 14 años, representando el 25,5% en 2010, inferior al 28,3% de 2001.

La pirámide de población (2010), confirma la tendencia al aumento del peso relativo de la población adulta mayor y, a la vez, da cuenta de menores niveles de natalidad. Esto último se refleja en el achicamiento de la base de la pirámide.



Estos cambios en la pirámide poblacional, implicarán la necesidad y urgencia de repensar las políticas sociales, económicas, de salud y educativas de la población para posibilitar la permanente integración y participación de los viejos.

Se tiene que tener en cuenta que el proceso de envejecimiento poblacional se debe a dos grandes causas: disminución de la tasa de natalidad, junto a la disminución de la tasa de mortalidad más el aumento significativo de la expectativa de vida, debido a mejores condiciones de vida, avances médicos y tecnológicos, etc. (Cornachione Larrínaga, 2006)

Si se observan las cifras de la esperanza de vida (75,5 años) obtenidas en el censo nacional del 2010, se puede advertir que ésta ha aumentado considerablemente en los últimos años, pero es necesario destacar que no sólo es importante cuántos años más se vive, sino también cómo se viven esos años.

Junto con el interés de prolongar la vida, se debe hacer hincapié en mejorar la calidad de ésta. Es decir, tener en cuenta todos los factores que influyen a llevar una vejez saludable y digna.

En síntesis, la acción combinada de la disminución de la tasa de natalidad, el aumento de la expectativa de vida y la disminución de la mortalidad en este país, tiene por resultado una dinámica poblacional envejeciente.

I.3- Teorías del envejecimiento

A lo largo de los años, para explicar y comprender el proceso de envejecimiento se han desarrollado teorías y modelos desde diversas disciplinas.

Para lograr una explicación integral, se desarrollaron de manera resumida, algunas de las principales teorías vigentes, intentando dar una visión totalizante, tanto del proceso de envejecimiento, como del ser humano. Se subdividen las mismas en: teorías biológicas, psicológicas y sociológicas o antropológicas; ya que como plantea Marchesi (1985):

El envejecimiento es a la vez un hecho biológico, un hecho social y un hecho psicológico, y cualquier consideración que no se asiente simultáneamente sobre estos tres pilares, corre el riesgo de la deformación y de dar lugar a creencias condenadas a una pronta sustitución. (p. 24)

I.3.1- Teorías biológicas

Se examinaron algunos signos propios de la edad, pero no todos los individuos los presentan. Además, no se puede decir que el curso biológico habitual de la naturaleza sea la única explicación del envejecimiento. Muchos han sufrido alguna enfermedad o accidente de jóvenes y luego se presentan las dificultades en la vejez.

No se puede concluir que todos los cambios que trae consigo la edad sean parte normal de los procesos de envejecimiento.

Según Katz (1992, 99) “la forma de envejecer tiene mucho que ver con cómo se han vivido interiormente etapas anteriores, pero también en las características del anciano, con qué posibilidades de bienestar, dentro de qué circunstancia”.

Para Cornachione Larrínaga (2006, 76), “hasta la fecha no hay acuerdo entre los científicos con respecto a las causas que dan origen a la involución física del ser

humano, ya que los modelos y explicaciones con que se cuenta se asientan en marcos teóricos estrictamente específicos”.

La autora propone, en términos generales, establecer dos grupos fundamentales de teorías sobre el envejecimiento biológico:

- Teorías ambientalistas o basadas en factores externos: las cuales explican el envejecimiento biológico, como la resultante del accionar de factores del medio ambiente que actúan sobre el organismo y reducen la capacidad para sobrevivir a las agresiones. Entre estos factores están: los cambios en el estilo de vida, en la nutrición, en la actividad física, en la contaminación atmosférica, etc.
- Teorías basadas en factores internos: las cuales explican el envejecimiento por las siguientes causas: inmunológicas (que sostiene que a medida que avanzan los años, el sistema inmunológico resulta menos efectivo para proteger y/o defenderse de las enfermedades); celulares (determina que el envejecimiento es provocado por una creciente pérdida de células que proviene de la pérdida de información contenida en las moléculas de ADN); endocrinológicas (considera que la liberación de hormonas del cuerpo humano, podría ser la causante del envejecimiento biológico); genéticas (que parten de la necesidad de conocer el código genético de cada individuo para así poder determinar su correspondiente longevidad), entre otras.

Desde el punto de vista de Craig (2001) se pueden agrupar en dos categorías las teorías del envejecimiento:

- Teorías estocásticas: según las cuales, el cuerpo envejece por los ataques aleatorios del medio interno y externo. En estas teorías, a veces llamadas de deterioro y desgaste, se compara el cuerpo humano con una máquina que termina por deteriorarse por el uso constante y por la acumulación de agresiones y lesiones de las células. Se supone, por ejemplo, que las células al envejecer eliminan los desechos en una forma menos eficiente. Las sustancias prescindibles, en particular una sustancia grasa llamada lipofucsina, se acumula especialmente en la sangre y en las células del tejido muscular. Con el tiempo ocupan más espacio y disminuyen la rapidez de los procesos celulares.

- Teorías del reloj biológico: se centran en la programación genética. Sostienen que el envejecimiento se rige por las acciones programadas de ciertos genes. Se piensa que aproximadamente 200 genes humanos determinan la esperanza media de vida en el hombre. El concepto de reloj biológico se asocia con el de envejecimiento programado. La idea es que hay cronómetros o relojes integrados que están puestos para activarse según un programa. Pueden estar situados en las células o en el cerebro.(p. 561)

En suma, ninguna teoría explica de modo satisfactorio el envejecimiento, por ello es preferible combinarlas. (Craig, 2001)

I. 3.1.1- Cambios biológicos asociados al envejecimiento

Cambios biológicos internos asociados al envejecimiento:

Cornachione Larrínaga (2006) presenta los cambios producidos en esta etapa según los distintos sistemas:

-Sistema cardiovascular: Se presenta un aumento de la presión arterial (llegando en algunos casos a un diagnóstico de hipertensión), y una disminución de la capacidad de bombeo del corazón y de respuesta al estrés. (p. 83)

-Sistema respiratorio: Disminuye la capacidad vital. Decece la capacidad y el tamaño de los pulmones para captar oxígeno y los mismos se vuelven vulnerables. Disminuye la ventilación voluntaria máxima, por rigidización de la caja torácica. La capacidad de reserva del corazón, pulmones y otros órganos también decece con la edad. (p. 83)

La disminución de la capacidad de reserva puede darse con el calor y el frío. Muchos ancianos se adaptan con más lentitud al frío que cuando eran jóvenes y se enfrían con mayor facilidad, así, la baja temperatura corporal es un grave riesgo para la salud. También presentan problemas parecidos con el calor, sobre todo si realizan ejercicio físico. Sin embargo, pueden realizar tareas que acostumbran, siempre que lo

hagan más espacio y estén al tanto de los efectos del frío y calor extremo. (Craig, 2001)

-Sistema inmune: “Se reduce la eficiencia de la respuesta inmunitaria en mayor o menor proporción”. Cornachione Larrínaga (2006, 83)

Según Craig (2001, 558) “la producción de anticuerpos alcanza su nivel máximo durante la adolescencia y luego comienza a decrecer. El resultado es que los ancianos tienen menos protección contra los microorganismos y las enfermedades”.

-Sistema musculoesquelético: “Disminuye el peso muscular y, por tanto, también la fuerza y la resistencia. Se alteran la estructura y la composición de las células musculares; se disminuye el peso debido a la pérdida de tejido muscular”. Cornachione Larrínaga (2006, 83)

Los huesos se tornan más débiles, porosos y frágiles, esto hace que la persona se vuelva más propensa a fracturas y caídas, las que se hacen más frecuentes por los cambios del sistema vestibular que se encarga de regular el equilibrio. (Craig, 2001)

-Sistema nervioso: “Se disminuye la masa cerebral con pérdida de neuronas (lo que no se traduce necesariamente en patologías), disminuye, también, el flujo sanguíneo, la sensibilidad, la coordinación, la capacidad de reacción, la memoria, la atención y la capacidad de aprendizaje. Pero se mantiene la capacidad mental, sin presentar alteración en el pensamiento y se conserva la capacidad intelectual”. Cornachione Larrínaga (2006, 83)

-Sistema sensorial: “Los órganos de los sentidos es frecuente que pierdan eficiencia con la edad, llegando a afectar la vida cotidiana y las relaciones interpersonales, pero hay que considerar que los mismos no afectan a todos por igual aunque la dificultad para percibir y procesar un estímulo a través de este sistema sea una característica común en los viejos”. Cornachione Larrínaga (2006, 83)

Las deficiencias auditivas son frecuentes, afectando la vida diaria de una tercera parte de este grupo de edad. Esto puede llevar muchas veces a la desatención, vergüenza o aislamiento. (Craig, 2001)

“En cuanto a la visión, se suele perder o disminuir la agudeza visual, es decir, la capacidad para distinguir detalles finos. Algunos de los problemas que pueden surgir son: cataratas, glaucomas, etc., problemas que en la actualidad son fácilmente

solucionables. Se observa una mayor dificultad en la capacidad para discriminar los colores y se reduce la transparencia”. Cornachione Larrínaga (2006, 83)

“Los cambios en el olfato y el gusto incluyen una alteración de los umbrales perceptivos, de la intensidad con que se perciben los estímulos y en la capacidad para discriminar un olor o un sabor de otro semejante. En relación al gusto, lo dulce y lo salado parecen ser los más vulnerables con el envejecimiento”. Cornachione Larrínaga (2006, 83)

Según Craig (2001, 557), “los ancianos tienen dificultades para distinguir los sabores de alimentos combinados. El problema parece deberse más a un deterioro del olfato que a la disminución de la sensibilidad del gusto. El olfato presenta a menudo un gran deterioro en comparación con el gusto”.

En cuanto al tacto, según los estudios de Thornbury y Mistretta (1981, citado en Cornachione Larrínaga, 2006, 93), “la sensibilidad táctil se reduciría ligeramente en las palmas de las manos, planta de los pies y dedos, manteniéndose conservada en el resto del cuerpo”.

Cambios biológicos externos asociados al envejecimiento:

Según Cornachione Larrínaga (2006):

La piel se seca, resulta más fina, menos elástica y aparecen manchas en la misma; el cabello se torna más fino y aparecen las canas y la calvicie, más frecuente en los hombres; se modifica la estatura, cambia la silueta y el peso por reducción de la masa muscular y se reduce la fuerza muscular, sobre todo en las piernas. (p. 75)

Salvarezza (1993, 49) agrega que “la silueta se pone pesada por la gordura que predomina en el vientre y las caderas, las varicosidades se acusan y las venas sobresalen, y en la piel se denotan las arrugas”.

I.3.2- Teorías psicológicas

Las teorías que a continuación se exponen buscaron en distintos momentos darle explicación a los fenómenos psicológicos que se producen en la vejez.

- Series complementarias de Freud (1916)

De acuerdo a Salvarezza (1993):

El psicoanálisis ha privilegiado el encuadre histórico individual, en éste la historia es una explicación del presente por el pasado, más especialmente, del presente adulto por el pasado infantil. Para entender la operatividad de este concepto hay que recurrir a la formulación de las series complementarias. En ellas hay tres series de causas que no actúan independientemente sino que, en realidad, lo que actúa es la resultante de su interacción. Una primera serie está constituida por factores hereditarios y congénitos, entre los primeros están los transmitidos por herencia, por los genes, y entre los segundos, los que derivan del período intrauterino. Esta serie también se domina componente constitucional. La segunda serie está constituida por las experiencias infantiles, que son de importancia fundamental porque ocurren en los primeros momentos de la formación de la persona. Los factores actuales o desencadenantes constituyen la tercera serie. Estos actúan sobre la disposición, es decir, sobre el resultado de la interacción de la primera con la segunda serie. (p. 47)

Este esquema, permite entender el desarrollo psicológico de los seres humanos y, por lo tanto, nos permitirá comprender las particularidades de cada proceso de envejecimiento por la estructura de la personalidad (constitucional + disposicional) y por la acción de los factores actuales que sobre ella inciden, tales como los biológicos y los sociales, y poder determinar en qué momento éstos se convertirán en traumáticos. (Salvarezza, 1993)

- La teoría de Jung (1933)

Jung vio a las personas mayores cómo todavía se esforzaban para desarrollarse a sí mismos, dado que creía que raramente se alcanzaba una personalidad integrada. Dentro de cada persona veía fuerzas y tendencias en conflicto que necesitaban ser reconocidas y reconciliadas. Parte de este reconocimiento se refleja en la tendencia de cada género a expresar rasgos generalmente asociados con el otro sexo. Jung proponía que esta tendencia aparecía por primera vez en la mitad de la vida y observó que la expresión del potencial de género que estaba oculto aumentaba en la tercera edad. (Zuleta, 2002)

Según Zuleta (2002):

Durante la tercera edad, la expresión de los hombres de su feminidad y la de las mujeres de su masculinidad supone otro intento de reconciliar las tendencias en

conflicto. Jung propuso que dentro de cada persona existía una orientación hacia el mundo exterior, que denominó extroversión, y una orientación hacia el interior, el mundo subjetivo, que llamó introversión. En la juventud y en gran parte de la mediana edad, las personas expresan su extroversión. Una vez que la familia ya ha salido adelante y la vida profesional ha llegado a su fin, hombres y mujeres se sienten libres para cultivar sus propias preocupaciones, reflexionar sobre sus valores y explorar su mundo interior. Para una persona joven, escribió Jung, es casi un pecado o al menos un peligro preocuparse por ella misma; pero para la persona que está envejeciendo, es un deber y una necesidad dedicar seria atención a sí misma. Este cambio de orientación conduce a las personas mayores a desarrollar con paso firme la tendencia hacia la introversión. (p. 2)

- Teoría de los rasgos de Allport (1961)

En esta teoría la personalidad es definida como una estructura caracterizada por una serie de rasgos, resultando estas características las que establecen el cómo piensa, reacciona y actúa cada persona. Estas características son disposiciones estables en el transcurso del tiempo y a la vez se manifiestan en contextos distintos. (Cornachione Larrinaga, 2006)

Según diversas investigaciones realizadas por Allport, se puede afirmar que la estabilidad de la personalidad pone de manifiesto que las personas viejas mantienen sus características de personalidad a pesar de la edad. Los cambios que la acompañan se refieren a roles sociales, a la jubilación o la viudez y pueden tener un marco de incidencia en las personas mayores. (Cornachione Larrinaga, 2006)

- La teoría psicosocial de Erikson (1968)

Para Erikson, el mayor logro de la edad adulta tardía es un sentido de integridad del yo, un logro basado en la reflexión acerca de la propia vida. En la octava y última etapa del ciclo de vida, integridad del yo frente a desesperanza, los ancianos necesitan evaluar, sintetizar y aceptar sus vidas para admitir la proximidad de la muerte. Con base en los resultados de las siete etapas anteriores, se esfuerzan por lograr un sentido de coherencia e integridad, en lugar de rendirse ante la desesperación por su incapacidad de revivir el pasado de manera diferente. La gente que tiene éxito en esta última etapa integradora obtiene un sentido del orden y significado de su vida dentro del orden social más amplio pasado, presente y futuro. La virtud que es posible

desarrollar durante esta etapa es la sabiduría, una preocupación informada y desapegada por la vida al enfrentar la muerte. (Papalia, 2005)

Erikson decía que la sabiduría significa aceptar sin grandes arrepentimientos la vida que a uno le tocó. Significa aceptar la imperfección en el yo, en los padres y en la vida. (Papalia, 2005)

Erikson sostenía que aunque la integridad debe ser mayor que la desesperanza para que esta etapa se resuelva con éxito, es inevitable sentir cierta desesperación. La gente necesita lamentar no sólo sus propios infortunios y oportunidades perdidas, sino la vulnerabilidad y el carácter efímero de la condición humana (...) No obstante, creía que la edad adulta tardía es también una época para jugar, para rescatar una cualidad infantil esencial para la creatividad. El tiempo para la procreación ha pasado, pero la creación puede tener lugar todavía. Aun a medida que las funciones del cuerpo se debilita y la energía sexual puede disminuir, las personas pueden disfrutar una experiencia enriquecida, corporal y mentalmente (Papalia, 2005)

Según Salvarezza (1993, 47) “este esquema que plantea Erikson es muy útil y ha satisfecho las preguntas de muchos investigadores, pero es un poco generalizador y abarcativo y da respuestas globales, que si bien abren el camino, no terminan de explicar el destino personal y subjetivo de nuestro propio envejecimiento”.

- Modelo de Jean Piaget (1972)

Los postulados de Piaget se han aplicado al envejecimiento intelectual hace pocos años y los resultados obtenidos se agrupan en tres líneas de pensamiento:

- Regresión a estadios previos:

La perspectiva de Piaget puede explicar el declive y/o la disminución intelectual en el proceso de envejecimiento como una regresión del estadio formal a estadios previos del desarrollo cognitivo.

Esta propuesta de regresión cognitiva en el proceso de envejecimiento no ha resultado aceptada en su plenitud. (Piaget, s/f citado en Cornachione Larrínaga, 2006)

- Asentamiento del pensamiento formal:

La teoría de Piaget afirmaba que el pensamiento formal, el que el ser humano alcanza en la adolescencia, le acompaña al hombre en toda la vida posterior.

Es probable que el pensamiento formal no resulte tan extendido como lo planteó Piaget y que se presente fundamentalmente relacionado con la educación formal.

Los estudios que evalúan el pensamiento formal indican que cuando el razonamiento formal no se relaciona con los problemas de la vida diaria, es posible que no se lo use en el proceso de envejecimiento intelectual. (Piaget, s/f citado en Cornachione Larrínaga, 2006)

- Pensamiento post formal:

El modelo de Piaget ha sistematizado la naturaleza del pensamiento en el proceso de envejecimiento normal dividiendo en: pensamiento divergente, que se caracteriza por el planteamiento de nuevos problemas y por el descubrimiento de nuevos procedimientos heurísticos; y las operaciones dialécticas, que resultan ser el pensamiento maduro hacia el cual progresa el individuo desde cualquiera de los estadios de Piaget.

El pensamiento post formal encuentra los problemas y descubre nuevas cuestiones a las que hay que responder, es un pensamiento relativo. (Piaget, s/f citado en Cornachione Larrínaga, 2006)

- Teoría de Havighurst (1972)

Havighurst hace referencia a las tareas evolutivas como delimitadoras del cambio que acontece a lo largo de todo el ciclo vital. Las tareas evolutivas que propone tienen componentes biológicos, psicológicos y sociales. El autor propone que el ser humano afronta cada una de las tareas evolutivas cuando enfrenta determinados acontecimientos vitales, como el matrimonio, la maternidad, la paternidad, la jubilación, la viudez. Estos acontecimientos vitales resultan ser demarcadores del cambio personal y habitualmente van acompañados de normas que sugieren o indican posibles soluciones. Desde esta perspectiva presenta períodos de vida que una vez definidos socialmente pasan a resultar significativos para la persona, ya que los puede percibir desde su propia posición, a la vez que puede pasar de un período a otro. Las personas aprenden los tipos de comportamiento que se consideran adecuados según el sexo, el grupo social y la edad cronológica en cada uno de los períodos y este aprendizaje determina y/o afecta su comportamiento, su autoimagen y su personalidad. Esta convergencia entre la psicología de la personalidad y el enfoque social del envejecimiento, permiten reconocer ciertos niveles de socialización y determinadas configuraciones de la personalidad. (Cornachione Larrinaga, 2006)

- Teoría de Seligman (1974)

En esta teoría se conceptualiza la depresión como una desesperanza o indefensión aprendida, debida a la falta de control sobre el medio. El viejo vive la muerte de sus seres queridos, la pérdida de estatus, etc. Generalmente, experimenta una sensible pérdida de control sobre su medio. Pero no todos los viejos experimentan esta sensación, sino que en diferentes estudios se presentan casos en donde los viejos permanecen activos, controlando su medio ambiente aun contando con eventos estresantes. (Marchesi, 1985)

La mayoría de los autores proponen que las diferencias individuales halladas, se deben a la existencia de diferencias en cuanto al manejo o control de situaciones problemáticas, eventos aversivos o negativos frecuentes en, o por no decir propios, de edades avanzadas. (Marchesi, 1985)

En relación a esta teoría podemos agregar dos enfoques teóricos del estudio de afrontamiento en la vejez. Por un lado tenemos la teoría de las defensas adaptativas de George Vaillant (2000), quien establece que estas defensas modifican las percepciones que tiene la gente de las realidades que no puede cambiar. Las defensas adaptativas pueden ser inconscientes o intuitivas. En contraste, tenemos por otro lado, el modelo de valoración cognoscitiva propuesto por Lazarus y Folkman (1984), el cual plantea que la gente elige de manera consciente estrategias de afrontamiento con base en la forma en que percibe y analiza una situación. El afrontamiento ocurre cuando una persona percibe que una situación pone a prueba o supera sus recursos y por ende exige un esfuerzo inusual. El afrontamiento incluye cualquier cosa que un individuo piensa o hace al tratar de adaptarse al estrés, independientemente de qué tan bien funcione. (Papalia, 2005)

- El rol del auto-concepto en la vejez (1992)

El rol del auto-concepto, según Markus y Herzog (1992), tiene un potencial explicativo sobre distintas áreas de la cognición social, con énfasis en el procesamiento individual de la información y el desarrollo de la investigación sobre el curso de vida y en particular en la vejez. (Zuleta, 2002)

El rol del auto-concepto tiene dos funciones centrales: por un lado, permite comprender el rol del sujeto en el desarrollo de la adultez y la vejez, ya que la noción de sí mismo agrupa una serie de estudios separados sobre la autoestima, identidad, locus de control e identificación a la vejez que pueden tener un impacto durante el proceso

de envejecimiento. También es posible explicar las diferentes miradas del sí mismo y la capacidad para darles una continuidad, coherencia y una visión positiva. Por el otro lado, posibilita comprender por qué alguna gente envejece bien y otra no. El funcionamiento positivo pareciera depender del modo en que la gente encuentra vías para mantener una visión positiva de sí mismos, atravesando la estabilidad y el cambio propios del desarrollo del adulto. (Zuleta, 2002)

Estos estudios destacan que el impacto individual de un evento depende, no sólo de indicadores objetivos o de la importancia del mismo, sino de la relevancia que este tenga para el sí mismo, y en cómo éste es interpretado y significado, es decir como se lo enmarca. (Zuleta, 2002)

El modo en que los individuos negocian las experiencias y eventos de su vida depende fuertemente del contenido, organización y funcionamiento del auto-concepto. (Zuleta, 2002)

I.3.2.1- Cambios psicológicos- cognoscitivos asociados al envejecimiento

Así como se pueden describir los procesos biológicos de la vejez normal también es factible establecer cuales son los signos que se presentan para caracterizar esta etapa en términos psicológicos y cognoscitivos.

Según Craig (2001):

Con la senectud disminuye la rapidez del desempeño mental y físico, y muchas investigaciones han demostrado que, en esta etapa de la vida, se deterioran las funciones intelectuales que exigen un desempeño acelerado. Por lo regular, los ancianos muestran mayor lentitud en los tiempos de reacción, en los procesos perceptuales y en los procesos cognoscitivos en general. (p. 564)

Marchesi (1985), plantea que:

Si bien las investigaciones sobre los procesos cognitivos durante la vejez ponen de manifiesto la existencia de un cierto decremento en su eficacia, existe una enorme disparidad respecto a cuándo se produce ese decremento y en qué consiste. Si

bien la literatura sobre este tema nos indica que tal decremento se produce con caracteres de inevitabilidad a edades muy avanzadas, también nos indica que no afecta por igual a todos los dominios cognitivos, y en algunos el decremento no llegará a producirse nunca. (p. 285)

Profundizaremos acerca de algunas funciones que han sido ampliamente investigadas en esta etapa, a saber: la inteligencia, la memoria, la sabiduría y la creatividad.

- La inteligencia:

Según Cornachione Larrinaga (2006, 107), “la inteligencia debe ser inferida a partir del comportamiento humano, o sea a través de la vida diaria, y teniendo en consideración las operaciones mentales que le hacen posible funcionar efectiva y adecuadamente en el entorno vital”.

Schaie (1990, citado en Cornachione Larrinaga, 2006, 107), sostiene que “resulta carente de fundamento la afirmación de la existencia de un declive biológico e irreversible en las aptitudes intelectuales a medida que avanza el proceso de envejecimiento normal. El declive de la inteligencia suele estar asociado a los problemas de salud y al nivel socioeconómico bajo. Ya sea por graves enfermedades cardiovasculares y por falta de estimulación socioambiental. También es importante señalar la incidencia de los rasgos de personalidad y variables que se relacionan con el estilo de vida. Entre los factores que inciden se pueden mencionar los siguientes: - expectativas y atribuciones que los mismos ancianos se postulan para su inteligencia, -la dimensión rigidez- flexibilidad, - estado de salud, - factores estructurales. Ej.: status laboral, nivel de ingresos, etc”.

Papalia (2005) plantea qué sucede con la mecánica de la inteligencia en la edad adulta, estableciendo que:

El motivo principal de los cambios en las capacidades cognoscitivas y la eficiencia del procesamiento de información es el hecho de que el funcionamiento del sistema nervioso central se hace más lento, según la medición del tiempo de reacción. Las habilidades usadas para el aprendizaje y la adquisición de nuevas destrezas tienden a declinar en los ancianos. Pero, si bien, las pérdidas en la velocidad de procesamiento están relacionadas con el desempeño cognoscitivo, no cuentan toda la historia. Ciertas capacidades, como el razonamiento, las capacidades espaciales y la memoria no declinan con tanta rapidez como la velocidad de procesamiento. (p. 701)

Hasta hace poco la visión dominante era que todos los componentes del procesamiento se hacían lentos por igual. Ahora los neurocientíficos cognoscitivos han cuestionado esa opinión después de observar los complejos pasos en el procesamiento estímulo y respuesta que entran en el tiempo de reacción. Un hallazgo alentador es que la declinación cognoscitiva es lenta y no general. Si viven el tiempo suficiente, el funcionamiento de la mayoría de las personas disminuirá en algún punto; pero muy pocos se debilitan en todas o la mayor parte de las capacidades y muchos mejoran en algunas áreas. Los ancianos más saludables muestran sólo pequeñas pérdidas hasta los setenta. No es sino hasta los ochenta que caen por debajo del desempeño promedio de los adultos jóvenes. (Papalia, 2005)

Catell (1942) propone una interesante diferencia entre inteligencia fluida y cristalizada, siendo Horn (1965) quien difunde estos conceptos a partir de estudios longitudinales y cómo ambos tipos influyen en las puntuaciones de las pruebas de inteligencia. (Cornachione Larrínaga, 2006)

“La inteligencia fluida es definida como: Área general de la inteligencia que abarca las capacidades que se emplean cuando se aprenden cosas nuevas, incluye la memorización, el razonamiento inductivo y la percepción rápida de las relaciones espaciales”. Craig (2001, 500) “Depende principalmente del estado neurológico”. Papalia (2005, 700)

“Y la inteligencia cristalizada es definida como: Área general de la inteligencia que incluye emitir juicios, analizar problemas y extraer conclusiones de información y conocimientos basados en la experiencia. Se basa en la educación y cultura general”. Craig (2001, 500) “Depende principalmente del conocimiento acumulado”. Papalia (2005, 700)

Se piensa que la inteligencia fluida se acrecienta y alcanza su nivel máximo entrada la adolescencia o al inicio de la adultez, deteriorándose luego en forma gradual durante el resto de la vida, ocurriendo lo mismo con la eficiencia e integridad del sistema nervioso (Craig, 2001). A diferencia de la inteligencia cristalizada que suele mejorar y aumentar a lo largo del ciclo vital en quienes no sufren daño cerebral y son capaces de mantenerse en alerta, recibir y registrar información. En conclusión, de cierta manera el incremento de la inteligencia cristalizada subsana la decadencia de la inteligencia fluida. (Papalia, 2005)

- La memoria:

Existen una gran cantidad de estudios y experimentos realizados en torno al funcionamiento de la memoria durante el proceso de envejecimiento.

No obstante, exhaustivas investigaciones han llegado a la conclusión que el declive o deterioro de la memoria no es tan generalizado ni tan grave como se supone. Lejos de ser inherente al proceso de envejecimiento, muchos son los factores que constituyen los problemas de memoria, tales como: depresión, inactividad, falta de estimulación o efectos secundarios de los medicamentos. (Craig, 2001).

Varios investigadores comparten sus estudios sobre el modelo de memoria basado en el procesamiento de la información. A partir de una perspectiva lineal la memoria puede subdividirse en distintas etapas:

Almacenamiento sensorial: es una memoria visual o auditiva muy breve que conserva la información sensorial por fracciones de segundos mientras es procesada. Al parecer los ancianos pueden captarla y mantenerla ligeramente menos tiempo que los jóvenes. En promedio, tienen un alcance perceptual un poco más corto, sobre todo cuando dos cosas ocurren al mismo tiempo. (Craig, 2001)

“No es probable que las modestas pérdidas en la memoria sensorial que se observan en la vejez tengan mucho efecto en la vida cotidiana, en la que casi todas las cosas se pueden observar por un tiempo más largo”. Craig (2001, 564)

Cornachione Larrínaga (2006), desarrolla el siguiente concepto:

Memoria a corto plazo o memoria primaria: esta memoria tiene más estabilidad pero su capacidad es muy limitada por ello la información se pierde con mucha facilidad. Esta memoria mantiene la información en la conciencia y tiene un papel importante en el control y asimilación de la nueva información. La misma es la que permite mantener un número telefónico hasta marcarlo, ya que la información la pierde en aproximadamente quince segundos, a demás la memoria de corto plazo tiene entre sus funciones la de almacenamiento. (p. 131)

Según Cornachione Larrinaga (2006,131), “la memoria a corto plazo resulta comprometida en cuanto a la recuperación, ya que en las personas viejas la recuperación es más lenta”.

Según Craig (2001, 565), “las investigaciones revelan que no hay una diferencia notable en la capacidad de esta memoria entre ancianos y adultos jóvenes”.

Cornachione Larrinaga (2006) sigue con el desarrollo del siguiente concepto:

Memoria a largo plazo o memoria secundaria: esta es una capacidad de potencial ilimitada que implica mecanismos muy variados y marcada extensión temporal. Es el sistema que mantiene permanentemente la información y a la vez interviene activamente en el recuerdo. Resulta así el almacenamiento individual de la experiencia pasada, los recuerdos del pasado, el conocimiento sobre el mundo, sobre cómo hacer las cosas y la información sobre cómo funcionan los propios procesos del pensamiento. En la memoria a largo plazo se ubica la información codificada hasta que el individuo lo requiera. Los déficit de codificación se manifiestan en las personas ancianas, pero con diferencias poco significativas con respecto a los jóvenes. El almacenamiento de la información codificada parecería que no sufre modificaciones con el envejecimiento. Distintas investigaciones muestran que los ancianos utilizan mecanismos de recuperación menos efectivos. Los ancianos utilizan menos mecanismos de organización para el recupero de la información. (p. 131)

Según Craig (2001):

Los ancianos tienen menos capacidad de reserva, por lo menos en algunas habilidades. Dicho de otra manera, su pensamiento ofrece menos margen de memoria y menos plasticidad (...) Los ancianos suelen ser un poco más selectivos en lo que retienen, pueden negarse a memorizar cosas que creen inútiles, por ello suelen recordar lo que les parece útil e importante. Igualmente según este autor se debe tener en consideración, que el desarrollo y el comportamiento se dan en un contexto y que, aún cuando envejecemos, las exigencias y las oportunidades ambientales moldean nuestras capacidades y habilidades. (p. 565)

Craig (2001) expresó que:

Memoria a muy largo plazo o memoria de hechos muy remotos o memoria terciaria: ésta permanece relativamente intacta en el anciano. Así, en algunas investigaciones los viejos recuerdan mejor los detalles de los acontecimientos históricos que los jóvenes. La tendencia se observa sobre todo en el caso de los acontecimientos históricos que experimentaron en forma personal. Esto explica la facilidad con que a menudo describen sucesos memorables de su niñez. (p. 566)

A modo de síntesis, deberíamos tener presente que una buena estimulación y entrenamiento de esta función cognitiva, podría ser el resultado de una adecuada prevención de pérdida de recuerdos o declive en su funcionamiento, junto a una optimización de la memoria que cada persona conserva.

Papalia (2005, 708) agrega que “otros estudios sobre la memoria están relacionados con las estructuras biológicas que hacen funcionar la memoria, es decir con los cambios neurológicos de la vejez”.

La declinación en la velocidad de procesamiento, la cual refleja un funcionamiento general más lento del sistema nervioso central, parece ser un contribuyente fundamental a la pérdida de memoria relacionada con la edad.

Se estima que el hipocampo, que es crucial para la habilidad de almacenar nueva información en la memoria a largo plazo, pierde 20% de sus células nerviosas con la edad avanzada. No pasa lo mismo con el recuerdo del aprendizaje previo, el cual es menos afectado, e incluso puede mejorar como resultado de la complejidad creciente de las conexiones nerviosas en la corteza. (Papalia, 2005)

La declinación temprana en la corteza prefrontal subyace a los problemas de memoria comunes en la edad adulta tardía como olvidar una cita y pensar qué acontecimientos imaginados ocurrieron realmente, lo cual tiene que ver con la falla del monitoreo de la fuente. (Papalia, 2005)

La probabilidad de que el deterioro neurológico este detrás del debilitamiento de ciertas habilidades no significa que nada pueda hacerse. Los ancianos logran mejorar los juicios de la fuente prestando atención a los aspectos reales, más que emocionales, de una situación y siendo más cuidadosos y críticos al evaluar de dónde viene un recuerdo. (Papalia, 2005)

A menudo, el cerebro compensa las declinaciones relacionadas con la edad en regiones especializadas habilitando otras regiones para ayudar. La capacidad del cerebro para compensar de esta forma ayuda a explicar porqué los síntomas de la enfermedad de Alzheimer no aparecen hasta que la enfermedad está bien avanzada, y las regiones previamente no afectadas del cerebro, que pueden haber revelado a las regiones dañadas, también pierden la capacidad de trabajo. (Papalia, 2005)

Baltes (1993, citado en Craig, 2001, 565), “se concentra en los mecanismos con que los ancianos coordinan las ganancias y las pérdidas de una mente que envejece. Esos mecanismos son especialmente importantes a medida que el deterioro biológico y el que se relaciona con la salud van modificando el equilibrio del funcionamiento cognoscitivo. El modelo que diseño Baltes se basa en una “optimización selectiva por compensación”, el cual postula que a medida que los ancianos reconocen sus pérdidas objetivas y subjetivas, lo mismo que el equilibrio cambiante entre las ganancias y las

pérdidas, reorganizan y ajustan su sentido del yo. Este reajuste explicaría porqué la mayoría de ellos no sufre una importante disminución en su sentido de bienestar subjetivo o de control personal”.

- La sabiduría:

La sabiduría es uno de los atributos psicológicos que en los últimos años ha ido mostrando un significativo crecimiento en el campo de estudio de los procesos de envejecimiento intelectual. (Cornachione Larrínaga, 2006)

Según Fernández Ballesteros (1999, citado en Cornachione Larrínaga, 2006, 128) “la sabiduría puede ser considerada como un atributo psicológico muy complejo que engloba aspectos cognitivos, afectivos y prácticos, además las personas sabias se caracterizan por presentar: comprensión excepcional y habilidades de juicio y comunicación”.

Según Craig (2001):

La sabiduría es el conocimiento experto que se concentra en el aspecto pragmático de la vida y que supone buen juicio y consejos sobre los asuntos más importantes de la vida. Agrega que la misma es por lo menos una cualidad cognoscitiva que encontramos en la inteligencia cristalizada basada en la cultura y que se relaciona con la experiencia y la personalidad, ya que la inteligencia cristalizada proviene del conocimiento y de la información que obtenemos acerca del mundo y de las relaciones humanas a lo largo de la existencia. (p. 566)

Según Sternberg (1998, citado en Papalia, 2005, 710) “la sabiduría es una forma especial de inteligencia práctica con un aspecto moral. Se basa en el conocimiento tácito y está dirigida a lograr el bien común por medio del equilibrio de múltiples intereses que con frecuencia están en conflicto. A diferencia de otras formas de inteligencia, las cuales se usan para cualquier propósito, la sabiduría implica juicios de valor acerca de qué fines son buenos y cómo alcanzarlos mejor”.

Baltes (1993, citado en Craig, 2001, 567) brinda dos razones que explican por qué aumenta con los años la cantidad y la calidad de conocimiento relacionado con la sabiduría. “En primer lugar, se necesitan largos años de experiencia en varias circunstancias de la vida para comprender con plenitud los factores que mejoran la sabiduría y para trabajarlos. En segundo lugar, al envejecer adquirimos atributos que favorecen la obtención de la sabiduría. Esos atributos comprenden el crecimiento cognoscitivo y de la personalidad. Pero no se trata de un proceso irreversible. Las

pérdidas de procesamiento cognoscitivo que se observan en los ancianos pueden limitar su sabiduría o su capacidad para aplicarla”.

Baltes (1993, citado en Craig, 2001, 567) también brinda cinco características generales de la sabiduría:

- Se concentra en los asuntos importantes y difíciles que a menudo se asocian con el significado de la vida y la condición humana.
- Se refleja la existencia de un nivel superior de conocimiento, sensatez y consejo.
- El conocimiento asociado con la sabiduría tiene un alcance, una profundidad y un equilibrio extraordinarios, y se aplica además a situaciones concretas.
- La sabiduría combina la mente y la virtud, y se emplea en favor del bienestar personal y de la humanidad.
- La sabiduría es difícil de alcanzar, pero la mayoría de la gente la reconoce con facilidad”.

Holliday y Chandler (1986, citado en Cornachione Larrínaga, 2006, 127) consideran que “la sabiduría resulta determinada por cinco factores:

- Comprensión excepcional, ya que el individuo se asienta en la experiencia diaria, utiliza el sentido común, ve las cosas en un contexto amplio, se comprende a sí mismo, etc.
- Habilidades de comunicación y juicio, por su inclusión en el manejo de los problemas diarios, por comprender la vida, por estar dispuesto a escuchar, etc.
- Competencia general, que incluye ser curioso, educado, atento, creativo, inteligente, etc.
- Habilidades interpersonales, que incluye ser amable, sensible, sociable, etc.
- No obstrucción social, que incluye ser discreto, silencioso, no juzgar, etc”.

En general, la sabiduría es un asunto individual, que no se sujeta a generalizaciones acerca del desarrollo normativo ni se relaciona con el género. Y siguiendo los resultados de varias investigaciones debemos tener en cuenta que la

sabiduría, aunque no es terreno exclusivo de la vejez, es un área en que los ancianos, en especial los que han tenido ciertos tipos de experiencias, logran mantenerse o desempeñarse mejor. (Papalia, 2005)

- La creatividad:

“La creatividad es la habilidad que le permite al individuo innovar para ofrecer respuestas nuevas, para ubicar de forma nueva y conjunta elementos que antes no lo estaban, por ello la creatividad resulta asociada a la inteligencia”. Cornachione Larrínaga (2006, 125)

Perlmutter y Hall (1992, citado en Cornachione Larrínaga, 2006, 125) consideran que “la creatividad puede ser abordada desde cuatro perspectivas:

- Perspectiva de los procesos creativos: que se refiere a cómo se procesa la información, la flexibilidad y espontaneidad, el pensar de manera integradora y original sobre la propia experiencia.
- Perspectiva de la personalidad creativa: que se refiere al ser del individuo, a la motivación, persistencia, concentración, pensamiento.
- Perspectiva de los productos de la creación: que se refiere al proceso creativo reconocido por los demás, el cambio a lo largo de la actividad, la relación entre la calidad y la cantidad de la producción creativa.
- Perspectiva del impacto creativo: que se refiere al impacto social de la creación, el interés por la interacción con el mundo circundante, que la producción creativa y artística ha demostrado aumentar la satisfacción vital”.

Estudios realizados demostraban que la creatividad era sólo una capacidad de los más jóvenes. Pero en la actualidad se ha comprobado que para que una persona logre una capacidad creativa y mantenga procesos originales e integradores es muy importante la propia experiencia a lo largo de la vida. (Cornachione Larrínaga, 2006)

En resumen, es cierto que numerosas funciones psicológicas como la inteligencia, la memoria, la sabiduría, la creatividad, la capacidad para resolver problemas, el tiempo de reacción, etc., sufren modificaciones durante el período de la vejez. Sin embargo, los déficit de las funciones cognitivas son influenciados por numerosos factores tales como la experiencia, el nivel educativo, el ambiente social, entre otros. Por ello resulta extremadamente difícil hacer generalizaciones con respecto al deterioro en las capacidades cognitivas dado que su rendimiento puede ser influido

en cada individuo de un modo diferente por distintas razones, lo que lo hace variar de una persona a otra.

I.3.3- Teorías sociológicas o antropológicas

En el ámbito de las ciencias sociales, se han desarrollado algunas teorías, que se hallan íntimamente relacionadas con las teorías psicológicas.

A continuación una breve descripción de ellas:

- Teoría de la liberación (Belsky, 1996) o teoría del desapego (Salvarezza, 1993) o teoría de la desvinculación (Cornachione Larrínaga, 2006)

De acuerdo con Cumming y Henry (1961, citado en Belsky, 1996) “en la edad avanzada, se produce un proceso gradual de desconexión. La gente automáticamente se distancia de la sociedad, se retrae del mundo. También postulan que la desconexión en la postrimetría de la vida, lejos de ser un signo de patología, es universal, normal y natural. De hecho, es la forma correcta de envejecer”.

Salvarezza (1993) agrega que:

De acuerdo a esta teoría, a medida que el sujeto envejece se produce una reducción de su interés vital por las actividades y objetos que lo rodean, lo cual va generando un sistemático apartamiento de toda clase de interacción social. Gradualmente la vida de las personas viejas se separa de la vida de los demás, se van sintiendo menos comprometidas emocionalmente, con problemas ajenos y están cada vez más absortas en los suyos propios y en sus circunstancias. Este proceso no sólo pertenece al desarrollo normal del individuo, sino que es deseado y buscado por él, apoyado en el lógico declinar de sus capacidades sensoriomotrices, lo cual le permite una redistribución adecuada de sus mermadas reservas sobre menos objetos, pero más significativos para el sujeto. (p. 17) Según Cornachione Larrínaga (2006, 149) “planteada de esta manera, la desvinculación resultaría una preparación para la desvinculación última y definitiva: la muerte”.

Hay determinadas situaciones que llevan a la desvinculación, a saber: cuando la sociedad no presta atención a las personas viejas; cuando acontece la jubilación, ya

que la pérdida de la actividad laboral no es cubierta y/o sustituida; cuando la persona siente la muerte como muy cerca. (Cornachione Larrínaga, 2006)

Bromley (1966, citado en Salvarezza, 1993, 18) señala que “las críticas a la teoría del desapego pueden agruparse en tres clases: la crítica práctica, que postula que creyendo en esta teoría uno se inclina a adoptar una política de segregación o de indiferencia hacia los viejos o a desarrollar la actitud nihilista de que la vejez no tiene valor. La crítica teórica, que se refiere a que la teoría del desapego no es un sistema axiomático en el sentido científico, sino en el mejor de los casos, una prototeoría. La crítica empírica, tal vez la más seria, es que la evidencia usada para soportar la teoría es inadecuada o, aún más, no cierta”.

En un estudio llevado a cabo en una residencia geriátrica, se comprobó que en un entorno positivo la gente vieja generalmente prefiere la actividad y los contactos sociales informales más que el desapego. También se obtuvo que algunas conductas de los viejos, tales como el desapego, son el resultado de conductas adversas del entorno más que elementos constitutivos propios de la edad. (Salvarezza, 1993)

- Teoría de la actividad

Maddox (1973, citado en Salvarezza, 1993, 19) propuso su teoría de la actividad, contraponiéndola a la teoría del desapego. Sostuvo que “los viejos deben permanecer activos tanto tiempo como les sea posible, y que cuando ciertas actividades ya no sean posibles deben buscarse sustitutos para ellas”.

Fry (1992, citado en Cornachione Larrínaga, 2006, 150) es uno de los investigadores de la teoría de la actividad y sostiene que “para las personas viejas: es importante mantenerse activas; es muy importante el tipo de actividad que realizan; las actividades que les proveen mayor grado de satisfacción son aquellas de tipo informal, que realizan con amigos o familiares; las actividades muy formales y a la vez muy estructuradas suelen tener efectos nocivos; las actividades que realizan en forma solitaria resultan carentes de afecto”.

Neugarten, Havighurst y Tobin (1968, citados en Papalia, 2005) investigadores de la teoría de la actividad, plantearon que “los roles de un adulto son las principales fuentes de satisfacción y que entre mayor sea la pérdida de roles a través de la jubilación, la viudez, la distancia de los hijos o la enfermedad, menos satisfecha estará la persona. Varias investigaciones sugieren que la participación en actividades y roles sociales desafiantes promueve la retención de las capacidades cognitivas, tiene

efectos positivos en la salud y el ajuste social, y producen un bienestar en las personas por su impacto en el sentido de autoeficacia, dominio y control”.

Según Cornachione Larrínaga (2006):

La teoría de la actividad considera que el hecho de que las personas ancianas se mantengan activas, les provee un proceso de envejecimiento más feliz y satisfactorio, en relación a que continúan manteniendo relaciones y roles en el contexto social y por ello es que la recomendación es que las personas viejas se mantengan activas a partir de la sustitución de actividades. (p. 150)

Según Belsky (1996 ,215) “se demostró, en investigaciones realizadas, que mantenerse tan activo como sea posible es una prescripción excesivamente simplista para la forma ideal de envejecer. Algunos individuos ancianos salieron ganando siendo activos, otros fueron más felices manteniéndose al margen”.

- Teoría del apego

Salvarezza (1993, citado en Cornachione Larrínaga, 2006, 149) sostiene que “el hombre aislado es un problema y no un ideal, pero ello mal puede argüirse el apartamiento y el desapego como un proceso intrínseco del ser humano y deseado por él. Considera el autor que resulta muy arraigada en el hombre la tendencia a asociarse con otros, a formar grupos, a participar en asuntos comunitarios tanto para relacionarse como para satisfacer sus necesidades. Por ello sostiene que el secreto de un buen envejecimiento está en la aceptación de las declinaciones inevitables y en el mantener a la persona vieja apegada a sus objetos y actividades durante el mayor tiempo posible”.

- Teoría de la continuidad

“Esta teoría sugiere que la gente que mantiene sus actividades y estilo de vida anteriores se ajusta con más éxito”. Papalia (2005,735)

Según Cornachione Larrínaga (2006):

El representante de esta teoría es Atchley (1989) y considera que en las personas viejas: existe una tendencia a mantener las estructuras internas y externas; realizan elecciones que guardan relación con sus experiencias anteriores; la continuidad se presenta como una estrategia de adaptación; la continuidad resulta promovida por la propia persona, a la vez que cuenta con aprobación del contexto social. (p. 150)

Atchley (1989, citado en Papalia, 2005, 728) también enfatiza en “la necesidad que tiene la gente de mantener una conexión entre el pasado y el presente y en la importancia de la actividad no sólo por sí misma, sino en la medida que representa

la continuación de un estilo de vida. Además, esta teoría ofrece una razón para mantener a los ancianos fuera de las instituciones y en la comunidad, así como para ayudarlos a vivir con tanta independencia como sea posible”.

- Teoría de la selectividad socio-emocional

Según Carstensen (1991, 1995, 1996, citado en Papalia, 2005, 744) “los ancianos se vuelven cada vez más selectivos con las personas que pasan su tiempo. Cuando la gente se percata de que le queda poco tiempo, las necesidades emocionales inmediatas adquieren prioridad sobre las metas de largo alcance. Es por ello que una anciana puede estar menos dispuesta que un joven, a pasar su precioso tiempo con alguien que le irrita. Igualmente, los viejos tienden a elegir pasar el tiempo con personas a quien conocen bien, que con personas nuevas”.

I.3.3.1- Cambios sociales asociados al envejecimiento

“Las relaciones sociales y todo aquello que se relaciona o vincula con ellas se continúa modelando a lo largo de todo el ciclo vital. Las relaciones sociales no sólo inciden sino que resultan básicas para el desarrollo personal, para el desarrollo afectivo, para la salud física y para la salud mental”. Cornachione Larrínaga (2006, 155)

Según George (1982, citado en Cornachione Larrínaga, 2006, 155) “la socialización es la adecuación de la persona vieja al contexto social cotidiano a partir del uso de normas sociales y conforme a reglas sociales específicas”.

A continuación se abordarán los cambios sociales que con mayor frecuencia enfrentan los viejos en esta etapa de la vida:

- La jubilación y el trabajo:

Según Marchesi (1985, 299) “se suele entender la jubilación como el cese en un trabajo remunerado y el subsiguiente cobro de una pensión o equivalente. El retiro del trabajo se hace según una gran diversidad de modalidades y las dificultades o problemas posteriores que acarrea esta situación son también muy diferentes”.

De acuerdo con Papalia (2005):

El hecho de jubilarse y cuándo hacerlo se encuentra entre las decisiones del estilo de vida más cruciales que toman las personas al aproximarse a la vejez. Estas

decisiones afectan tanto su situación financiera como su estado emocional, así como las formas en que pasan sus horas de vigilia y las maneras en que se relacionan con la familia y los amigos. (p. 729)

Varias investigaciones muestran que para la mayoría de las personas jubiladas, la jubilación no se presenta como estresante, ni cargada de connotaciones positivas o negativas que influyen sobre el bienestar, ya que resultaría como un paso lógico a partir de muchos años de trabajo, no obstante, para muchas personas viejas la jubilación guarda relación con el declive de las capacidades, de la integración social y de la valoración social. Esto incide en el bienestar psicológico, y en consecuencia en la percepción de la calidad de vida. (Cornachione Larrínaga, 2006)

Cornachione Larrínaga (2006) sostuvo que:

La jubilación no hace más que segregar a toda una generación de la posibilidad de seguir realizándose, en el marco de un proyecto vital y participativo como lo es el del trabajo; que es lo único que dignifica a la persona. Los que se jubilan ingresan a un grupo desvalorizado por el sistema. El carácter brusco que asume el pasaje de un estado productivo a un estado de ocio improductivo genera una reacción de sucesivas rupturas. La primera ruptura es la del jubilado con su grupo de pertenencia. Este vacío, es decir, esta ausencia del grupo que le daba el sentido lleva a una pérdida de identidad y disminución de su autoestima, adoptando conductas tales como la marginación, introspección, aferrarse al pasado y aparición de sentimientos de inferioridad. (p. 169)

Lo mencionado anteriormente se produce por el hecho de pertenecer a una sociedad centrada en el trabajo, donde la jubilación legitima el derecho a no trabajar. Y porque gran parte de la población tiene su identidad centrada en el trabajo como eje fundamental.

Para Craig (2001):

La jubilación es un cambio significativo de estatus en la vejez, ya que el trabajo ofrece una estructura de vida, un programa diario. Ofrece compañeros y otras personas con quienes interactuar con regularidad, ofrece roles y funciones, lo que favorece la identidad personal. Este mismo autor expresa que la actitud que tengamos ante el trabajo influye también en lo que pensemos de la jubilación. (p. 586)

Según la teoría de Thompson (1977, citado en Craig, 2001, 588) “ajustarse al retiro de la vida laboral es más fácil si uno se ha venido preparando, y esta preparación

consta de tres elementos: 1- Desaceleración: a medida que la gente envejece comienza a abandonar o disminuir sus responsabilidades laborales a fin de evitar una reducción abrupta de su actividad en el momento de jubilarse. 2- Planeación de la jubilación: la gente planea con detalle la vida que llevará una vez que se retire. 3- Vida de jubilado: la gente encara los problemas que entraña dejar de trabajar y reflexiona sobre cuál será su vida de jubilado”.

Según Papalia (2005):

La gente que se jubila puede sentir esta situación de dos maneras: como la pérdida de un papel que es central para su identidad, o quizás disfrute la pérdida de las presiones que se van con ese papel. La jubilación también trae otros ajustes a los roles. No sólo altera el ingreso del hogar sino que también cambia la división del trabajo doméstico, la calidad matrimonial y la distribución del poder y la toma de decisiones. Puede disponerse de más tiempo para tener contacto con la familia extendida y los amigos, así como para cuidar a los nietos. (p. 734)

En relación a lo anteriormente mencionado, se han realizado varias investigaciones, cuyos resultados han demostrado que el bienestar de las mujeres dependía menos de la jubilación que el de los hombres; su moral era menos afectada por los cambios en el nivel de ingresos y más por la calidad matrimonial. (Papalia, 2005) También podemos agregar que la mujer jubilada, en términos generales, no se presenta sin rol alguno, ya que continúa con otros roles de importancia luego de la jubilación. Por lo tanto los efectos de la jubilación en la mujer no resultan tan significativos como en el hombre, ya que la mayoría de las mujeres cambian las tareas del trabajo fuera de la casa por más actividades del hogar. (Cornachione Larrínaga, 2006)

Para concluir se puede decir que, la jubilación no es un solo acontecimiento sino un proceso en marcha y su impacto debe ser evaluado en su contexto. Los recursos personales, los recursos económicos y los recursos de las relaciones sociales, como el apoyo de un compañero y de los amigos, afectan la manera en que los jubilados sobrelleven esta transición. (Papalia, 2005)

- Relaciones sociales:

Según Graig (2001,589) “en todo período de la vida, el contexto social de la familia y las relaciones personales contribuyen a definir nuestros roles, responsabilidades y satisfacciones con la vida”.

“La mayoría de los ancianos enriquecen sus vidas con la presencia de familiares y amigos de largo tiempo. Aunque los ancianos vean a la gente con menos frecuencia, las relaciones personales continúan siendo importantes, quizá más ahora que antes”. Papalia (2005, 742)

Relaciones familiares:

“La familia como red social de apoyo acrecienta su importancia con el envejecimiento, en una etapa en que tienden a retraerse otras relaciones sociales”. Cornachione Larrínaga (2006, 156)

Según Cornachione Larrínaga (2006):

La familia es el grupo humano que se mantiene por la cohesión y exclusividad de la pertenencia. Constituye el núcleo de la organización social básica. Y ofrece a las personas, en los distintos segmentos del ciclo vital, protección, intimidad, afecto e identidad social. La familia es un grupo humano dinámico que varía a lo largo de la vida y de unos grupos a otros. A medida que las personas avanzan en edad y se ubican en el proceso de envejecimiento, el status y roles enfrentan adaptaciones que dan origen a otros nuevos. (p. 159)

“Los vínculos del anciano con la familia pueden variar de una familia a otra en función de su historia anterior, de la estructura de la familia como grupo, de las características de personalidad de sus miembros y de otros factores”. Cornachione Larrínaga (2006, 159)

- Matrimonio:

De acuerdo con Papalia (2005):

Las parejas casadas que permanecen juntas en la edad adulta tardía tienen más probabilidades que las parejas maduras de reportar que su matrimonio es satisfactorio, incluso muchas afirman que ha mejorado. Dado que en los últimos años ha sido más fácil obtener el divorcio, es probable que los cónyuges que permanecen juntos en la vejez, hayan resuelto sus diferencias para llegar a acuerdos satisfactorios para ambos. Con el final de la crianza infantil, los hijos tienden a convertirse en una fuente de placer y orgullo compartidos en lugar de una fuente de conflicto (...) En la vejez, el matrimonio es puesto a prueba por la edad avanzada y las enfermedades físicas. Los cónyuges que deben cuidar de compañeros discapacitados pueden sentirse aislados, enojados y frustrados, en especial cuando ellos también tienen mala salud (...)

Los cónyuges cuidadores que son optimistas, bien ajustados y que permanecen en contacto con los amigos por lo general afrontan mejor esta situación. (p. 746)

Según Craig (2001, 590) “los matrimonios felices que perduran hasta la vejez son más igualitarios y cooperativos. Se observa una igualdad razonable respecto al amor, al estatus y al dinero. Los roles de género tradicionales pierden importancia”.

- Viudez:

Las ancianas tienen una probabilidad mucho mayor que los hombres de ser viudas, ya que las mujeres tienden a vivir más que sus maridos y tienen menor probabilidad que los hombres de volver a casarse. (Papalia, 2005)

“Los hombres y mujeres cuyo cónyuge fallece adoptan un nuevo estatus de vida, el de viudo o viuda. Algunas veces se trata de una transición difícil que supone cambios radicales en los patrones de vida y el riesgo de aislamiento social. Otras veces brinda la oportunidad largamente esperada de asumir el control de la propia existencia, sobre todo si llevan mucho cuidando al cónyuge enfermo”. Craig (2001, 590)

“A las viudas les cuesta menos mantener la vida social, ya que por tradición conservan comunicación con los miembros de la familia e inician actividades sociales con los amigos. En consecuencia, es más probable que los viudos se aíslen de los contactos sociales del matrimonio. Suelen ser menos activos en las organizaciones sociales”. Craig (2001, 593)

- Hermanos:

“Muchos ancianos dan cuenta de un mayor interés y contacto con los hermanos. Los hermanos comparten la casa, ofrecen consuelo y apoyo en momentos de crisis, y se ayudan mutuamente en caso de enfermedad. Son compañeros valiosos porque el tipo de recuerdo que comparten favorece la integridad del yo”. Craig (2001, 593)

Según Papalia (2005):

La muerte de un hermano en la vejez se entiende como una parte normativa de esa etapa de la vida, pero aun así, es probable que los hermanos sobrevivientes se aflijan intensamente y se vuelvan solitarios y deprimidos. La muerte de un hermano representa no sólo la pérdida de alguien en quien apoyarse y un cambio en la constelación familiar, sino posiblemente una pérdida parcial de la identidad. De esta manera, afligirse por un hermano es hacerlo por la integridad perdida de la familia

original en la que uno llegó a conocerse. También hace caer en la cuenta respecto a la cercanía de la muerte. (p. 752)

- Hijos:

Las personas que envejecen tratan de pasar más tiempo con la gente que significa más para ellas, como sus hijos (...) El equilibrio de ayuda mutua que fluye entre los padres y sus hijos adultos tiende a cambiar conforme los padres envejecen, ya que ahora los hijos proporcionan mayor apoyo (...) Asimismo, es probable que los ancianos se depriman si necesitan ayuda de sus hijos, ya que la situación de dependencia resulta desalentadora. Los padres no desean ser una carga para sus hijos o agotar sus recursos, pero también tienden a deprimirse si temen que sus hijos no cuidarán de ellos. (Papalia, 2005)

“Casi siempre los viejos sienten la responsabilidad de ayudar a sus hijos cuando lo necesitan, aunque procuran no entrometerse en su vida (...) Aparte de los consejos, solicitados o no, los progenitores presentan a sus hijos varias clases de ayuda, como dinero o su servicio para cuidar a los hijos”. Craig (2001, 590)

- Abuelos:

“A menudo el papel de abuelos es visto como uno de los roles más satisfactorios de la vejez. La investigación revela que muchos abuelos establecen relaciones sólidas y de camaradería con los nietos. Estos vínculos, que se basan en el contacto regular, constituyen la base de relaciones estrechas y afectuosas”. Craig (2001, 590)

Según Cornachione Larrínaga (2006):

La relación abuelos nietos es enriquecedora para ambos, pero puede resultar susceptible de tensiones o emociones contradictorias entre los abuelos y sus hijos a raíz de distintos criterios de crianza, de distintas formas de educación, de sentimientos de rivalidad (...) El ser abuelo o abuela hoy no se presenta como una tarea fácil, ya que en muchos casos fracasan las habilidades sociales para establecer diálogos constructivos en el entorno familiar. (p. 162)

Relaciones personales:

“Las actividades sociales que se realizan fuera de la familia y de la pareja también inciden en la vida de las personas ancianas ya que facilitan su socialización”. Cornachione Larrínaga (2006, 164)

- Amigos y vecinos:

El significado de la amistad cambia poco a lo largo de la vida, pero sí cambian su contexto y contenido. Entre los ancianos, las amistades por lo general ya no están ligadas al trabajo y a la crianza, como en períodos anteriores de la edad adulta. En lugar de ello se concentran en la compañía y el apoyo (...) La mayoría de los ancianos tienen amigos cercanos, y los que cuentan con un círculo activo de amigos son más saludables y felices (...) Las personas que tienen a quien confiar sus pensamientos y sentimientos y que además hablan con amigos acerca de sus preocupaciones y dolor manejan mejor los cambios y crisis del envejecimiento (...) Los amigos y los vecinos a menudo toman el lugar de los familiares que están lejos, y aunque los amigos no pueden reemplazar a un cónyuge o compañero, sí ayudan a compensar su ausencia. (Papalia, 2005)

Las amistades ofrecen gran estabilidad y satisfacción. Las mismas cobran especial importancia para los viejos que carecen de hermanos. Son además fuente importante de apoyo social para los ancianos que viven en comunidades de retiro. (Craig, 2001)

I.4- El envejecimiento exitoso

Antes de entrar al concepto central de envejecimiento exitoso se planteará una diferenciación entre términos:

- Envejecimiento normal:

Es aquel que evoluciona sin patologías inhabilitantes (biológicas o mentales). En éste se pueden situar personas que aunque no padezcan enfermedades inhabilitantes, pueden presentar riesgos de padecerlas; también aquellas en las que su funcionamiento físico y/o cognitivo pueden presentar alteraciones aunque no patológicas, inclusive personas sin ningún tipo de patologías, sin riesgos a padecerlas y con un máximo funcionamiento físico, cognitivo y social. (Yanguas, s/f citado en Staite, 2008)

- Envejecimiento patológico:

Aquel que se desarrolla en un organismo quebrantado por la enfermedad e inhabilidad. (Yanguas, s/f citado en Staite, 2008)

- Envejecimiento exitoso:

Corresponde al proceso de la vejez con baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada, alto funcionamiento cognitivo y físico, capacidad funcional y compromiso activo con la vida. Sería el denominador común dado por el entrecruzamiento de la salud (no enfermedad) y habilidad funcional (no discapacidad), alcanzando un óptimo funcionamiento físico, cognitivo y social (Yanguas, s/f citado en Staite, 2008)

De acuerdo con Baltes (1995, citado en Papalia, 2005, 729) “el envejecimiento exitoso depende de tener metas para guiar el desarrollo y contar con recursos para poder alcanzarlas. En la vejez esto ocurre por medio de la optimización selectiva por compensación, por medio de la cual el cerebro que envejece compensa las pérdidas en ciertas áreas, ya sea optimizando de manera selectiva o sacando el mayor provecho de otras habilidades”.

Esta estrategia de optimización selectiva por compensación se utiliza para reconocer el envejecimiento exitoso y la misma se asienta en los siguientes principios: - se deben seleccionar los comportamientos para cada persona, ya que la capacidad de reserva varía de un individuo a otro y resulta necesario seleccionar la que presenta margen de crecimiento; - se deben tener en cuenta los niveles de ejecución que las personas conservan y seleccionar los que resultan más óptimos para continuar usándolos; - para mantener los niveles máximos es necesario sustituir unas estrategias por otras, a los fines de compensar los déficits. (Cornachione Larrínaga, 2006)

Según Craig (2001, 584), “no interrumpir actividades que realizamos bien y compensar en forma activa cualquier deterioro físico o mental son factores importantes de un envejecimiento exitoso. Hay que evitar la enfermedad y la discapacidad, conservar el funcionamiento físico y cognoscitivo y, sobre todo participar en actividades sociales y productivas. En conclusión, lo que será nuestra vejez depende de nosotros en gran medida”.

En relación con lo anteriormente dicho Muchinik (2006) postula:

Que esto implica un nuevo optimismo que permite acentuar el potencial de cambio a partir del peso de las variables subjetivas, bajo el convencimiento de que la

psiquis humana es extraordinariamente plástica, adaptativa y que posee capacidad para compensar. Asimismo la autoestima, el sentimiento de autoeficacia y de autocontrol hacen a la calidad de vida. En esto reside la importancia de los indicadores subjetivos, si bien las variables objetivas no deben ser subestimadas: la realidad humana es, como muchas otras, una realidad construida. (p. 89)

I.5- El envejecimiento en residencias geriátricas

“El importante incremento experimentado por el grupo de personas con edad especialmente avanzada, unido a la frecuente presencia de problemas funcionalmente incapacitantes, plantea cada vez más una serie de demandas, que desbordan la capacidad de respuesta familiar, y a la que el sistema social debe dar cumplida respuesta. Respuesta que hasta el momento ha sido en muchos casos la residencia geriátrica”. Salvarezza (2000, 357)

Según este mismo autor, vivir en el propio domicilio o trasladarse a una residencia son alternativas para los mayores de 65 años. Sin embargo, mientras que para algunos la opción es libre, para otros se convierte en una necesidad inexcusable: la enfermedad crónica, la discapacidad funcional, la soledad, parecen ser razones que obligan al individuo a dejar su domicilio y aunque éste ya no sea el marco físico de una familia continúa siendo el hogar para el individuo y su pérdida parece ser vivida con dolor. (Salvarezza, 2000)

Según Ferrero (1998) las causas del fenómeno de la institucionalización son muy variadas y de diverso tipo, las mismas se pueden reunir en tres grandes grupos:

1- Causas físicas: representan el 75% del total de las institucionalizaciones, merecen mencionarse especialmente: las consecuencias de los accidentes cerebrovasculares, las discapacidades motoras, los procesos con déficit cognitivos, los trastornos sensoriales, la diabetes.

2- Causas psicológicas: dentro de este grupo encontramos: los temores a morir abandonado, los sentimientos de representar una molestia para los demás, trastornos afectivos, trastornos psicóticos crónicos, neurosis y trastornos de personalidad.

3- Causas sociales: cabe indicar, los problemas de vivienda, la falta de cobertura médica domiciliaria, abandono familiar, falta de seguridad social. (p. 120)

Lowenthal (s/f, citado en Ferrero, 1998, 122) plantea que “la institucionalización se produce en la mayoría de los casos cuando la persona a cargo del cuidado del viejo se agotó física, emocional o financieramente, más que en relación a un empeoramiento de las condiciones del viejo”.

Según Salvarezza (2000):

El ingreso en una residencia para ancianos puede suponer uno de los cambios capaces de generar mayor estrés. De acuerdo con la teoría del interiorismo biográfico (Rowles, 1990) el hogar del anciano adquiere connotaciones que subjetivamente trascienden la realidad de un mero espacio físico. A través de los años y de las experiencias vividas en el entorno familiar, las distintas partes de la casa han sido impregnadas de recuerdo y emociones que pueden actuar a modo de testimonio vivo, en el que se encuentran todos aquellos objetos y posesiones que unen al anciano con su pasado. Abandonar la casa familiar supone abandonar el escenario donde se desarrollaron partes importantes de su propia vida, conllevando por lo tanto a una especie de renuncia, que en muchos casos puede resultar dolorosa. (p. 358)

En relación a lo anteriormente dicho Salvarezza (2000) sigue acotando que:

Los distintos estudios comparativos realizados sobre ancianos que viven en la comunidad, y usuarios de instituciones geriátricas, coinciden en la presencia de mayores tasas de deterioro cognitivo, trastornos afectivos, y manifestaciones depresivas en la población institucionalizada (...) Esto puede deberse, en parte, a que el ingreso en una residencia geriátrica, a diferencia del traslado que supone ir a vivir con algún familiar, lleva consigo la incorporación a un ambiente tan extraño como artificial, en el que el anciano, antes que cualquier otra cosa, es un desconocido. Además, la institución geriátrica es un centro que debe necesariamente regirse por una serie de normas, acrecentando con ésto la pérdida del sentido de control personal en los nuevos usuarios. (p. 360)

Los progresivos avances en los estudios que se realizan en relación al binomio persona- ambiente y a la vez en torno al clima psicosocial de las instituciones geriátricas, van posibilitando su acomodación para ofrecer una mejor calidad de vida a los ancianos que deben recurrir a ellas. (Cornachione Larrínaga, 2006)

Igualmente, en la actualidad la internación en instituciones geriátricas no es la única alternativa a la que pueden recurrir las personas viejas. Se pueden tener en cuenta, también: servicios de atención domiciliaria, departamentos individuales o compartidos, convivencia intergeneracional, alojamientos tutelados, adecuación de la vivienda del anciano, asistencia a centros de día (donde se entretiene y se le da de comer a los ancianos) y centros de noche (donde los ancianos van sólo a dormir). Según Casals (1982, 116) “se deben tener en cuenta diversas posibilidades para impedir o retrasar la internación de los ancianos en residencias geriátricas”.

CAPÍTULO II

I Calidad de Vida I

II.1- Una aproximación conceptual

La calidad de vida ha sido definida por muchos autores como un concepto abstracto, amorfo, sin límites claros, difícil de definir y de operacionalizar. En el campo social ha sido definida como equivalente al bienestar, en el bio- médico al estado de salud y en el campo psicológico a la satisfacción y al bienestar psicosocial. (Munita, 2006)

La calidad de vida es el producto de la interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones. (Browne, 1994 citado en Munita, 2006)

Según Labiano (2004, citado en Oblitas, 2004, 299) “se entiende a la calidad de vida como el bienestar, es decir, como un estado y un proceso, resultado de la interacción de múltiples dimensiones o subsistemas. Donde hay una realidad dinámica y cambiante, que implica continuas reestructuraciones de esquemas valorativos, cognitivo- emocionales y de comportamiento”.

También se puede entender a la calidad de vida como una responsabilidad de cada ser humano. Es una resultante de nuestro propio comportamiento, dependiendo de factores tales como: hábitos alimenticios y de sueño, conductas adictivas (como fumar, beber alcohol o utilizar drogas lícitas o ilícitas), práctica de ejercicio físico, afrontamiento del estrés, factores socioeconómicos, satisfacción en las relaciones (principalmente conyugal), pasatiempos e intereses, entre otros. (Oblitas, 2004)

La OMS (1996, citado en Foro Mundial de la Salud, 1996) define la calidad de vida como “la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Éste es un concepto amplio, del que forman parte elementos como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales de la persona y su relación con el ambiente que le rodea”.

Por otra parte, un concepto operativo de calidad de vida debe contener tanto aspectos subjetivos (valoraciones, juicios, sentimientos, etc.) como objetivos (servicios con los que cuenta la persona, nivel de renta, etc.). Dicho de otra forma, deberían

considerarse tanto las apreciaciones y valoraciones de los sujetos sobre los distintos ingredientes de su calidad de vida (por ejemplo, si están satisfechos con las relaciones afectivas que sostienen con sus amigos y familiares o si consideran que su salud es satisfactoria) como los aspectos objetivos de estas mismas dimensiones, por ejemplo, cuántos fármacos ingiere y otros indicadores objetivos de salud y la frecuencia con que se producen las interrelaciones sociales. (Fernández Ballesteros, 1993)

Existe consenso entre varios autores en identificar cuatro modelos conceptuales de calidad de vida; se define la calidad de vida: 1- como las condiciones de vida de una persona; 2- como la satisfacción experimentada por la persona en dichas condiciones vitales; 3- como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta; 4- como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. (Gómez, 2001 citado en Munita, 2006)

En relación a lo anteriormente dicho se considera que un modo de calidad de vida reduccionista (ya sea exclusivamente objetivo o exclusivamente subjetivo) únicamente logrará empobrecer e invalidar un concepto que, por propia naturaleza, es extraordinariamente diverso ya que la vida establece unas condiciones objetivas y la existencia humana proporciona conciencia y reflexión, es decir, subjetividad. No se puede ignorar ningún tipo de condición en ninguna consideración de la calidad de vida de un sujeto o de un grupo de sujetos determinados. (Fernández Ballesteros, 1998 citado en Munita, 2006)

Por otro lado, Cornachione Larrínaga (2006) en lo que respecta a la calidad de vida en la vejez, indica que:

La misma está estrechamente relacionada con el grado de funcionalidad, es decir independencia física, psíquica y social de la persona. Se deben mantener metas que generen ilusiones, se trata de agregar más vida a los años. Llevar un estilo de vida que le permita vivir de forma libre, independiente y satisfactoriamente. (p. 64)

Otro autor que trata sobre este tema es Moody (1995, citado en Iacub, 2001, 212) quien opina que “hay que intervenir rescatando un sentido de vida valorable hasta el fin de los días, donde se fomente la vejez exitosa o vejez productiva. La frase que más claramente hace alusión a esto es: Darle más vida a los años, que más años a la vida”.

En definitiva, se deberá tener en cuenta en todo momento la multidimensionalidad del concepto de Calidad de Vida, su carácter amplio y abarcativo y su complejidad.

II.2- Multidimensionalidad de la calidad de vida

Se parte de la base de que el ser humano es un ser bio-psico-social, por lo tanto su estudio es complejo y multidimensional, así como la calidad de vida. Por lo tanto, según Oblitas (2004, 299), “para optimizar estados saludables se debe considerar la diversidad de aspectos relacionados con las diversas dimensiones: biológicas o del estrato somático, aspectos subjetivos, el entorno físico y la calidad de las interacciones sociales”.

Un elemento de consenso sobre el concepto de calidad de vida es su condición de concepto multidimensional, lo que implica que, así como se consideran factores personales (la salud, las actividades de ocio, la satisfacción con la vida, las relaciones sociales y las habilidades funcionales) también habrá de considerarse factores socio- ambientales o externos. La salud está íntimamente asociada con los servicios sociales existentes y disponibles, las actividades de ocio con la calidad del ambiente, la satisfacción con factores culturales, las relaciones sociales con el apoyo social y las habilidades funcionales con las condiciones económicas de las personas mayores. (Munita, 2006)

Estos componentes constituyen subsistemas que se encuentran entrelazados y se afectan entre sí, existiendo una clara interdependencia entre los mismos. Atender a estas dimensiones es de suma importancia para la modificación o elevación de la calidad de vida. (Oblitas, 2004)

Existen dos estrategias para definir las dimensiones o componentes de la calidad de vida: una teórica y otra empírica. Desde la perspectiva teórica, la Organización Mundial de la Salud, determina cinco componentes: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales y entorno. Por otro lado, definir empíricamente los contenidos de la calidad de vida significa preguntar a los individuos acerca de los componentes de su propia calidad de vida. Ejemplos más frecuentes

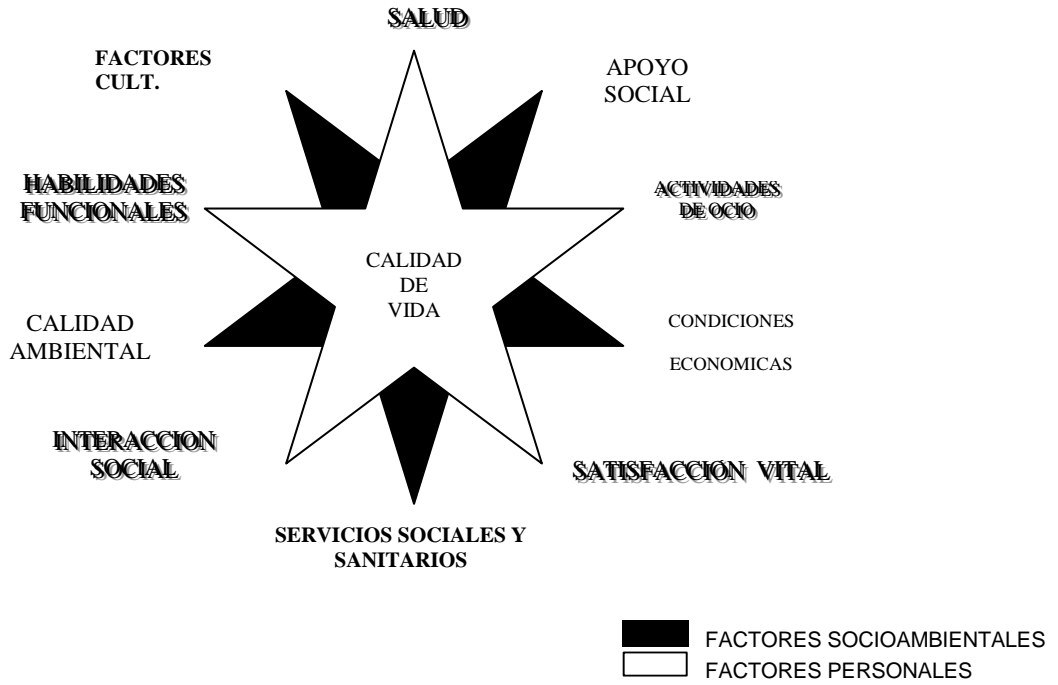
serían: bienestar físico y material; relaciones con otras personas; actividades sociales, comunitarias y cívicas; desarrollo personal; factores socioeconómicos; autonomía personal; satisfacción subjetiva y factores de personalidad. (Munita, 2006)

Por lo tanto, se deberá tener presente que aunque las necesidades básicas son bastante generales y difieren en mínimas medidas entre los seres humanos, es probable que ciertos componentes tengan más peso que otros en determinados momentos o situaciones. Si bien es posible aspirar a establecer una serie de componentes comunes a la calidad de vida de una persona o población, los mismos variarán en ponderación o significación, de acuerdo a variables contextuales, como la edad o etapa evolutiva, el género, la posición social, etc. Así es que se puede hablar de la especificidad del concepto de calidad de vida en personas mayores, interviniendo factores importantes que no los serán en otros grupos etarios. Por lo tanto, la calidad de vida es contextual y exige conocer la teoría implícita de la población a la que se desea analizar, en este caso, la vejez. (Munita, 2006)

En concordancia con lo anterior, es que el concepto ha de tener una consideración nomotética y una ideográfica. El carácter nomotético nos hablaría de cierta generalidad aplicable a todos los individuos y la construcción ideográfica refiere a que debe ser el propio individuo quien defina el concepto y sus componentes esenciales. Lo ideal sería un equilibrio en ambas consideraciones, sin dejar de tener en cuenta la especificidad del concepto que determina su carácter contextual. (Munita, 2006)

A continuación, se expone el modelo de las estrellas propuesto por Fernández Ballesteros (1993, citado en Munita, 2006). El mismo integra las dimensiones personales y socio-ambientales, y los elementos subjetivos y objetivos implicados en la calidad de vida de las personas mayores:

Multidimensionalidad de la calidad de vida.



Factores subjetivos y objetivos



Si nos basamos en los factores que presenta este modelo debemos tener en cuenta que diferentes personas y personas en diferentes grupos de edad, con diferentes características y que han vivido en diferentes circunstancias vitales necesariamente tendrán diversas prioridades a la hora de evaluar su calidad de vida, en otras palabras, la valoración de cada dimensión de la calidad de vida dependerá directamente del contexto demográfico, histórico, político y social en el cual se experimenta la vejez. (Munita, 2006)

Según Cornachione Larrínaga (2006, 28) “contra la vejez no hay estrategia válida sino es a partir de la prevención y la creatividad para plasmar una mejor calidad de vida. Agrega, que adoptar un estilo de vida saludable implica básicamente el cuidado del cuerpo y el cuidado del funcionamiento psicológico en conjunto”.

El cómo conseguir una mejor calidad de vida, no debería venir desde el exterior, sino que se debe abrir un espacio donde el propio adulto mayor cree medios para su etapa, desarrollando al máximo sus potencialidades, transformando así una mera existencia biológica en una vida significativa.

II.3- Viejos: sujetos de derecho

Una gran mayoría de los viejos desconoce sus derechos consignados en leyes y códigos vigentes de cada país, permitir su conocimiento acerca más a la revalorización y dignificación de la vejez. Por ello es que se hará un breve acercamiento a los factores más importantes que deberían ser tomados en cuenta, ya que a través de la educación, parece necesario romper con viejos mitos en torno a la vejez y con prejuicios mantenidos a lo largo de la historia y transmitidos de generación en generación, hasta por los mismos viejos por falta de información.

El objetivo central a partir del cual deberían surgir todas las iniciativas y propuestas relacionadas con la vejez, es el bienestar de las personas mayores. La preocupación debería centrarse en la calidad de vida de los mismos, así como del ejercicio en plenitud de sus deberes y derechos como ciudadanos, sin que la edad constituya la causa de discriminación o limitación al ejercicio real de estos derechos. (Cornachione Larrínaga, 2006)

Como se establece en el artículo 1° del Proyecto de Ley Nacional de los Adultos Mayores, se deben preservar los derechos del adulto mayor, promoviendo su integración activa en la familia y la comunidad, asegurándole una vejez con bienestar físico, psicológico y socioeconómico, mediante una asistencia integral: médica, jurídica, recreativa, educativa, psicológica, con orientación gerontológica y geriátrica.

En el artículo 4° se establece que el Plan Gerontológico Nacional deberá, entre otras cosas, establecer medidas de acción positivas para la promoción, protección, atención y rehabilitación de la salud de los adultos mayores con el fin de asegurarles un estado completo de bienestar físico, mental y social; mediante la participación de equipos multidisciplinarios [se debería replantear la implementación de la transdisciplinariedad como forma de trabajo]. También deberá establecer disposiciones reglamentarias que procuren asegurar la calidad asistencial de los establecimientos geriátricos así como el respeto a la libertad, la privacidad, las costumbres y la dignidad de los adultos mayores que utilizan sus servicios.

El artículo 8° propone que se deben promover para todos los adultos mayores y cualquiera fuera su condición social, actividades gratuitas deportivas y recreativas en instituciones públicas o privadas acordes con las necesidades e intereses de la edad. También se dispone que deben promoverse actividades culturales y eventos sociales que incentiven la integración social del adulto mayor y su participación en la vida comunitaria.

En el artículo 9° de este mismo Proyecto de Ley se establece que el Plan Gerontológico Nacional, deberá, entre otras cosas, promover la educación de la ciudadanía a fin de erradicar los prejuicios y mitos relacionados con la vejez revalorizando la tercera edad, con la finalidad de promover una mejor integración de los individuos en sus distintas etapas del desarrollo. También, deberá establecer la importancia de la participación activa del ciudadano mayor en todas las instituciones democráticas (partidos políticos, organizaciones sindicales, escuela, universidades, institutos), propiciando medidas que le faciliten su accionar.

Según Cornachione Larrínaga (2006):

Hay que tener en cuenta que el hecho de que muchas personas viejas reingresen o ingresen a las actividades educativas sistemáticas permite inferir que la edad no es un factor de interferencia negativa para continuar aprendiendo. Agrega que lo indicado es conocer la importancia que las propias personas viejas otorgan a su

educación y si ellas reconocen como una necesidad el estar inmersas en un proceso de educación permanente. Si la respuesta es afirmativa, la oferta habrá de reunir, además de los criterios metodológicos específicos, el ser significativa y significativa para los viejos, ya que debe resultar estimulativa, interactiva e incentivadora. (p. 134)

El dignificar la vejez implica poder cuestionar y hasta criticar los prejuicios y valoraciones erróneas acerca de esta etapa del ciclo vital. Entenderla como un período más de la vida acerca más a esta dignificación. (Cornachione Larrínaga, 2006)

CAPÍTULO III
I Actividades artísticas I

III.1- Elección de un envejecimiento activo

El hecho concreto de la jubilación deja a las personas sin rol, sin papel dentro de esta sociedad consumista. Ante esta situación se plantea que la solución se encuentra en poder convertir ese “rol sin rol” en un “rol con rol” a partir de la desmitificación de la importancia del trabajo durante la vida adulta, la dignificación en el contexto socio-familiar a partir del descanso y el desempeño de otras actividades de interés y de la afirmación y consolidación de la importancia y validez del ocio y recreación en esta etapa del ciclo vital. Este pasaje implica encaminarse hacia un rol diferente, pero rol en fin y un pasaje al tiempo libre constructivo. (Cornachione Larrínaga, 2006)

Si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva, una vida más larga, debe ir acompañada de oportunidades continuas de autonomía y salud, productividad y protección. La Organización Mundial de la Salud utiliza el término "envejecimiento activo" para expresar el proceso por el que se consigue este objetivo. El envejecimiento activo es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. (Albelo Feijoa, 2006)

El vocablo "activo" hace referencia a una implicación continua en cuestiones sociales, económicas, espirituales, culturales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo. Las personas mayores que estén enfermas o tengan limitaciones físicas que determinen discapacidad pueden seguir colaborando activamente con sus familias, sus semejantes, en el ámbito comunitario y nacional. El envejecimiento activo permite a las personas mayores mejorar al máximo sus posibilidades de autonomía, buena salud y productividad. (Albelo Feijoa, 2006)

Una de las intervenciones que se utiliza para alcanzar el envejecimiento activo es: la Animación Sociocultural. Se la entiende como un proceso de intervención, un estilo de trabajo, una pedagogía activa para promover la participación de los propios beneficiarios. Constituye una metodología basada siempre en el grupo en su conjunto y en un equipo de trabajo. (Staite, 2008)

Además de la mejora de la calidad de vida, tiene por objetivo convertir a sus miembros en sujetos activos de su propia transformación y la del entorno al que pertenecen hacia una mejora de la situación en la que viven. (Cornachione Larrínaga, 2006)

Las dimensiones que dan sentido a la Animación Sociocultural son las siguientes:

- Sociológica: la cual coloca a la persona en una estructura social determinada, en tiempo y espacio concreto, ofreciendo tanto límites como posibilidades, por lo tanto se requiere de un análisis y diagnóstico de la realidad en la que se va a intervenir.
- Pedagógica: haciendo referencia a un estilo de trabajo centrado en la reflexión común, el diálogo y la creatividad, que requiere por lo tanto la toma de conciencia y la decisión conjunta.
- Comunitaria: aquella que requiere el fomento de las relaciones de grupo y comunidad, moviéndose en un ambiente de convivencia, trabajo en equipo, solidaridad, compañerismo y participación.
- Teleológica: la cual clarifica la finalidad, dando sentido y coherencia a la acción. Hace alusión a revalorar la vejez.

La Animación Sociocultural como un eficaz elemento más de integración en el tiempo y en el espacio común que viven y comparten las personas mayores, es algo más que un conjunto de actividades organizadas y propuestas. Es una nueva actitud ante la vida, un nuevo estímulo de creatividad, una nueva posibilidad de relacionarse, una nueva experiencia en comunidad. El mejor estímulo para el ser humano es el ser humano y más, si se transita y comparte la misma etapa del ciclo vital. (Staite, 2008)

La Animación Sociocultural en la vejez, presenta cinco características esenciales:

- Desarrollo: La importancia radica en establecer condiciones adecuadas para que los sujetos resuelvan por sí mismos los problemas comunes.
- Relación: Aquí lo relevante pasa por fomentar y establecer grupos o encuentros interpersonales e intergeneracionales instaurando la comunicación, el diálogo y la reflexión.
- Creatividad: La cual se promueve e incentiva impulsando la responsabilidad tanto individual como colectiva.

- Participación: En todos sus niveles (individual, grupal, entorno cercano, lejano, en el barrio o comunidad). Implica una participación comunitaria incorporándose a lo religioso, político, cultural, festivo y asociativo.
- Convivencia: Con el fin de cohesionar los grupos a través del compartir, de la participación, los puntos en común, la comunicación, el encuentro social, etc. (Staite, 2008)

III.2- Diferenciando conceptos

A la hora de arribar al concepto de actividades artísticas, se encuentran otros conceptos íntimamente ligados, por lo que se hace necesario hacer una diferenciación de los mismos antes de desplegar el concepto central. Se hace referencia a los conceptos de tiempo libre y ocio.

- Tiempo libre:

Según Cornachione Larrínaga (2006, 175) “el tiempo libre está indicando un potencial de tiempo que requiere ser llenado. Es aquel tiempo que queda después del trabajo, del descanso, de las actividades para la vida física, para las obligaciones familiares y para las obligaciones sociales”. Para Dumazedier (1968, citado en Cornachione Larrínaga, 2006, 175) “la característica que identifica al tiempo libre es la libertad de decisión que la persona tiene para cubrirlo en oposición al tiempo de trabajo que resulta organizado, reglado y con horario específico. También establece que el tiempo libre es la parte del tiempo liberado del trabajo profesional y familiar, que incluye, además del tiempo de ocio, el dedicado a las obligaciones socioespirituales y sociopolíticas”.

“El tiempo libre se puede cubrir con actividades de ocio, de distracción, de recreo, ya sean físicas, psíquicas o sociales”. Cornachione Larrínaga (2006, 175). Según Waichman (1993, 43) “sería el basamento temporal en el que tienen lugar las actividades de ocio”.

De acuerdo con Munné (1980, citado en Waichman, 1993, 114) se puede definir al tiempo libre como “aquel modo de darse el tiempo personal que es sentido como libre al dedicarlo a actividades autocondicionadas de descanso, recreación y

creación para compensarse, y en último término afirmarse la persona individual y socialmente”.

Según Cornachione Larrínaga (2006, 176) “al llegar a la jubilación la persona se enfrenta con una disponibilidad de tiempo libre, que consideran, en muchos casos excesiva, ya que si no se cubren con actividades significativas pueden resultar una carga pesada y difícil de llevar”.

“El desafío es cubrir el tiempo libre con actividades que apuntalen la autonomía, la realización personal, la autoestima, las relaciones interpersonales y la participación social. A través del ocio la persona jubilada debe alcanzar bienestar físico, psíquico y una adecuada satisfacción de vida”. Cornachione Larrínaga (2006, 177)

- El ocio:

Según Dumazedier (1968, citado en Cornachione Larrínaga, 2006, 175) “el ocio debe ser una posibilidad de realización personal, ya que lo plantea como voluntario, como facilitador de desarrollo, como destinado a la participación y a la libertad del hombre”.

La definición más conocida de Dumazedier (1950, citado en Waichman, 1993, 60) es que “el ocio es el conjunto de actividades a las que el individuo puede dedicarse de lleno, ya sea para descansar, ya sea para divertirse, ya sea para desarrollar su información o su formación desinteresada, su participación social voluntaria o su libre capacidad creadora, una vez que se ha liberado de sus obligaciones profesionales, familiares y sociales”.

El ocio, para Dumazedier (1950, citado en Waichman, 1993, 90) posee tres funciones principales, las denominadas “3 D”:

-Descanso: El cual libera al sujeto del cansancio generado en el tiempo de trabajo, previniendo al organismo de trastornos físicos y/o psíquicos.

-Diversión: La misma libera del aburrimiento y monotonía de la realidad cotidiana, actuando como reequilibradora frente a las obligaciones diarias.

-Desarrollo: Se refiere al despliegue y desarrollo de la personalidad, la cual actúa como liberadora de los automatismos del pensamiento y de la actividad cotidiana, posibilitando la participación y cooperación social y cultural. Favorece el salir de la rutina y de estereotipos sociales, liberando el poder creador llegando así a la superación de sí mismo.

De acuerdo con Kaplan (1960, citado en Waichman, 1993, 55) “toda actividad puede ser ocio ya que su definición no pasa por la actividad en particular sino por la relación que el sujeto plantea con la actividad. El ocio, desde esta perspectiva, posee una dimensión intrínseca (el placer producido por la actividad) y una dimensión extrínseca (la valoración social que se hace de esa actividad). Es una manera de renovarse, de desarrollarse, de conocerse a sí mismo”.

“Las actividades de ocio resultan extraordinariamente variadas, ya que sólo las limita la creatividad de los seres humanos. Es una experiencia global del ser humano y responde a deseos diferentes en cada persona”. Cornachione Larrínaga (2006, 175)

Según Munné (1980, citado en Waichman, 1993, 51) “la mayor parte de los autores compartirían su opinión sobre las características que presenta el ocio: - Subjetivismo: se concibe al ocio como la vivencia de un estado subjetivo de libertad, de libertad de elección, expresivo de la personalidad; -Individualismo: se considera que el ocio pertenece a la esfera del individuo, es decir, a una esfera vital separada de lo colectivo, porque no depende de los demás ya que uno solo puede gozar del ocio. Lo que no significa que no se plantee colectivamente; -Liberalismo: se destaca que el ocio es un asunto privado por lo que la sociedad no puede determinar su empleo personal”.

Resumiendo, se puede decir que el ocio cumple un importante papel preventivo y rehabilitador en las últimas etapas del ciclo vital del sujeto. La práctica de alguna actividad de ocio es fundamental y saludable, no sólo para mantener entrenadas ciertas capacidades cognitivas y/o físicas y minimizar el efecto de ciertos deterioros psico-físicos, sino también para mantener la interacción con el entorno sociocultural, orientar la propia acción y encontrar significación gratificante a esta etapa de la vida.

- Actividades artísticas:

Según Tapia (1998, citado en Ferrero, 1998) se puede pensar la producción artística como “una representación en términos de una reproducción analógica de la realidad. Para que este proceso se realice es necesario tomar un punto de vista, es decir, efectuar un recorte de esa realidad que es el que re-presenta en la imagen. Esta imagen, tiene otro sentido distinto, el cual marcará un estilo”.

“Los talleres creativos fueron surgiendo como una modalidad de contacto con el acto creador. Fueron publicitados como lugares de encuentro, de aprendizaje y adicionaron un fin terapéutico (...) Los talleres artísticos implican un trabajo de elaboración, repetición y producción. Un mundo se construye en torno de este

ordenamiento que trae el sentido y pone al sujeto en movimiento, lo inquieta”. (Tapia, 1998 citado en Ferrero, 1998, 204)

Desde el punto de vista de Ferrero (1998):

Las actividades artísticas abren espacios de: -creatividad, porque el sujeto aparece en libertad de ser creador; -gratificación, ya que son satisfactorias por sí mismas; -facilitador, para que podamos operar más dinámicamente entre todos en las estructuras más rígidas; -integración grupal, ya que se comparte una actividad común que se construye participando y permite trabajar diferentes sentimientos; -reconocimiento, de aquellas cosas que van apareciendo: el saber y la memoria. (p. 154)

Este mismo autor agrega que el abordaje grupal óptimo que se debe utilizar para la realización de las actividades artísticas contempla: el trabajo con un grupo de tiempo limitado, donde todos los miembros puedan hacer sus propuestas, que se instituya como una experiencia con un inicio, un desarrollo y un final, al término del cual se elabore grupalmente la situación actual de cada integrante. De esta forma se permite al grupo: compartir un proyecto común, basado en un cierto sentimiento de confianza de que cada uno de ellos podrá obtener satisfacción de la situación que experimentarán. (Ferrero, 1998)

Según Usandivaras (1982, citado en Ferrero, 1998, 215) “en la realización de actividades artísticas surge entre los sujetos un grado muy grande de cohesión grupal y solidaridad, que forma la base de la interrelación sobre las que se desarrollan las vicisitudes de rivalidades, rencores, resentimientos y envidias propios de la naturaleza humana, pero con esa característica de contacto franco y directo entre personas como totalidad... es cuando más creativo se vuelve el grupo”.

Poder participar de actividades recreativas en la vejez, es un derecho, tan importante como tener acceso a una buena alimentación, una jubilación justa, vivienda digna y adecuada protección de la salud, entre otros. La vejez hoy necesita contar con oportunidades para acceder a lugares de recreación; espacios donde se pueda estar con otros, contar con otros, tener espacios socialmente significativos, seguir participando políticamente, integrar un grupo de pares, un lugar donde se pueda seguir accediendo a la cultura y a la educación, donde actualizarse, donde reírse, donde se puedan procesar las pérdidas, donde poner el cuerpo en movimiento, expresarse, ser tenido en cuenta, participar opinando, tomar decisiones en cosas importantes, revisar las distintas posibilidades que presenta el tiempo libre en esta nueva etapa de la vida. (Fajn, 2000)

III.3- Las actividades artísticas en la institución

Un aspecto importante a considerar es si las instituciones geriátricas permiten que se aproveche el tiempo libre de los miembros que la conforman y el modo en que lo permiten.

Según Waichman (1993, 112) “la institución estimula aquellos aspectos que consolidan el mantenimiento de su cosmovisión y atenta contra aquellos que puedan ser renovadores o modificadores en tanto se constituyen en generadores de conflicto social”.

En la mayoría de las instituciones geriátricas aparece una dualidad, por un lado, el permitido acceso y desarrollo del tiempo libre a través de diferentes actividades, y por el otro, un gran control de estas actividades. Por lo tanto, los sujetos no pueden acceder del todo a la libertad de elegir, esa libertad que se caracteriza esencialmente por la conducta creadora y por la transformación de la realidad de la que el hombre es parte. (Waichman, 1993)

De acuerdo con Ferrero (1998):

La institución, como una gran máquina, funde las diferencias particulares e individuales en una pauta monótona, sostiene un muro divisorio con el contexto social, obtura el espíritu creador. La máquina espera a aquel que llega desarraigado de su cultura, rechazado por otras instituciones, a veces de la calle, a veces de su casa, a veces de su familia, a veces de su soledad. Cargada con la estafa de su jubilación, con la descalificación de la mirada de los otros, cargada con abandonos no siempre comprendidos, con duelos que no cesan de golpear, con recuerdos olvidados, con su propia imagen empobrecida... Y la máquina espera, con su voracidad de uniformarlo todo. (p. 149)

Según Ferrero (1998, 150) “muchas veces dejamos que la máquina de la institución nos pase por encima, ya que nos ocupamos del “ser viejo” y nos alejamos del “ser”. Primero está el “ser” y después el “ser viejo”, primero hay un sujeto que piensa, demanda y desea”.

En conclusión, el trabajo de muchos pasa por seguir pensando y planteando modos y formas, para que aquellos que no tengan otra posibilidad que la máquina, no

se adormezcan, y sigan sintiéndose vivos. Y para los otros, los que sí puedan, vuelvan del exilio a re-insertarse en su medio social. (Ferrero, 1998)

III.4- Las actividades artísticas como modificadoras de la calidad de vida en la vejez

Los beneficios que brinda el uso del tiempo libre a través de la realización de actividades artísticas son sin dudas muy amplios. Abarcan todas las dimensiones del ser humano y permiten comprender la importancia de estas herramientas en esta etapa de la vida.

Siguiendo a Fernández Ballesteros (1992) y su modelo de estrellas, el uso y disfrute de las experiencias de ocio constituye un factor importante en la calidad de vida de los viejos, convirtiéndose en un recurso relevante para estimular el desarrollo personal, pudiendo hasta cumplir en ocasiones una función terapéutica frente a situaciones de cambio o afrontamiento de situaciones adversas.

A partir de numerosas investigaciones se han podido determinar los diversos beneficios atribuidos a la realización de actividades artísticas en la vejez: (Albelo Feijoa, 2006)

- Aumenta la vitalidad.
- Ayuda a combatir el estrés.
- Brinda mayor energía y capacidad de trabajo.
- Mejora la imagen que se tiene de sí mismo.
- Incrementa la resistencia a la fatiga.
- Ayuda a combatir la ansiedad y la depresión.
- Ayuda a relajarse y a estar menos tensos.
- Aumenta la sensación de placer o bienestar.
- Aumenta la capacidad de estética.
- Mejora la autonomía.
- Se adquiere una vida más independiente.
- Se logra una vinculación solidaria, cálida y afectiva con los demás.

- Favorece la memoria y el recuerdo.
- Fomenta la autoconfianza.
- Ayuda a sentirse parte de un grupo y a compartir experiencias.
- Fomenta la competencia, adquisición y dominio de habilidades.
- Mejora el desempeño cognitivo.
- Aumenta el sentido de control sobre la propia vida.
- Aumenta la creatividad.
- Aumenta la adaptabilidad.
- Se adquiere tolerancia.
- Aumenta la satisfacción comunitaria.

Por otro lado, se citan las investigaciones de Beard y Ragheb que establecen en base a su Escala de Satisfacción de Ocio, seis tipos de beneficios o propiedades de las actividades de ocio en los sujetos que realizan actividades artísticas: (Staite, 2008)

- Psicológicas: sentimiento de libertad, diversión, pertenencia y cambio.
- De tipo educativo: progreso intelectual y adquisición de conocimientos.
- De tipo social: relaciones gratificantes con otras personas.
- Relativas al relax: disminución del cansancio y reducción del estrés.
- Fisiológicas: forma física, salud, control del peso, bienestar.
- Estéticas: acceso a entornos placenteros y a la belleza del medio.

Por lo expuesto, son innumerables los beneficios atribuidos a la práctica de las actividades artísticas y al uso del tiempo libre durante la vejez e incluso en cualquier etapa del ciclo vital. Engloban todas las dimensiones del ser humano y actúan en conjunto y de manera integral hacia una mejor calidad de vida.

CAPÍTULO IV
I Fenomenología de Rogers I

IV.1- Un acercamiento a la teoría fenomenológica de Carl Rogers

La fenomenología es una escuela de la filosofía y de la psicología que aparece a fines del siglo XIX y comienza en el siglo XX. La misma destaca la experiencia humana como punto de partida de toda búsqueda de la verdad, propone que la realidad existe según sea percibida por el campo perceptual de cada persona y que el individuo tiene necesidades que representan las acciones necesarias para mantener o reforzar su propio yo fenoménico. El hombre es básicamente bueno, puede desarrollar sus potenciales y lograr por sí mismo una reorganización de sus percepciones del mundo que lo rodea. (Mota Enciso, 1999)

La teoría de Rogers se ha propuesto como prototipo de las teorías fenomenológicas. El mismo es uno de los autores más conocidos del movimiento humanista. Su método terapéutico, la terapia centrada en el “cliente” [en esta tesina no se utiliza el término “cliente” para nombrar a las personas que participaron en la investigación, sino “viejo o anciano”], o terapia no directiva, parte de la hipótesis central de que el individuo posee en sí mismo medios para la autocomprensión y para el cambio del concepto de sí mismo, de las actitudes y del comportamiento autodirigido. (Mota Enciso, 1999)

Esta es una teoría de la conducta individual y grupal, se basa en el supuesto de que el individuo puede aprender a conocerse a sí mismo, pensar y confiar en sí mismo, tomar sus propias decisiones y expresar sus sentimientos auténticamente. (Mota Enciso, 1999)

Para Rogers el ser humano nace con una tendencia realizadora que, si la infancia no la estropea, puede dar como resultado una persona plena: abierta a nuevas experiencias, reflexiva, espontánea y que valora a otros y a sí mismo. La persona inadaptada tendría rasgos opuestos: cerrada, rígida y despreciativa de sí misma y de los demás. (Mota Enciso, 1999)

Rogers cree que el individuo percibe el mundo que le rodea de un modo singular y único, que estas percepciones constituyen su realidad (campo fenoménico), y que la única realidad que cuenta para un sujeto es la suya propia. (Mota Enciso, 1999)

La realidad es un concepto subjetivo. El campo perceptual de una persona contiene "su realidad". Su propia conciencia es la única que puede determinar qué es lo que está dentro o fuera de su realidad. El individuo reacciona ante el campo tal como lo experimenta y lo percibe. Este campo perceptual es, para el individuo, la "realidad". (Rogers, 1977)

La realidad está en un continuo devenir. La realidad es cambiante. La conducta de una persona está determinada por su actual campo de experiencia. Es por eso que importa sólo "el aquí y el ahora", vivir el presente, vivir "su realidad". (Mota Enciso, 1999)

Se deben tener en cuenta los tres tipos de conocimiento que distingue Rogers:

1. El subjetivo: formación de hipótesis a partir de la experiencia interior. A través de él se sabe si se ama, se odia, etc.

2. El objetivo: las hipótesis se confrontan y verifican con el exterior.

3. El interpersonal o fenomenológico: a caballo entre los dos anteriores y a través del cual se tiene acceso al mundo subjetivo de otra persona. (Mota Enciso, 1999)

Para validar este conocimiento se puede, además de observar y preguntar al otro, crear un clima empático entre los dos (el terapeuta y el "cliente"), siendo este último método el preferido por Rogers. (Mota Enciso, 1999)

Rogers insiste en la importancia que tienen las actitudes y cualidades del terapeuta para el buen resultado de la terapia: las tres principales son la empatía, la autenticidad y la congruencia. El terapeuta debe proporcionar un clima de actitudes psicológicas favorables para que el "cliente" pueda explotar los medios con que cuenta. Dos rasgos principales de la terapia centrada en el "cliente" son: la confianza radical en la persona del "cliente" y el rechazo al papel directivo del terapeuta. (Mota Enciso, 1999)

Según Rogers lograr la autenticidad, el funcionamiento pleno, el funcionamiento cabal y la autorrealización, es el objetivo de la psicoterapia de la vida misma. Esto sería equivalente a lograr que una persona se mantenga sana física y mentalmente. Sería igual a obtener el estado ideal de una persona. ¿Cuáles serían las características de esta persona de funcionamiento cabal? Rogers enuncia algunas. La persona de funcionamiento cabal tiene:

- Mayor apertura a la experiencia. Descubrir y experimentar sentimientos, actitudes y tendencias, vivir los estímulos, alejarse de las actitudes defensivas, actuar en congruencia con las sensaciones orgánicas totales.
- Tendencia a vivir existencias. Vivir el aquí y el ahora, vivir íntegramente cada momento: lo que sea y haga en el momento siguiente, dependerá de ese momento, y nadie puede predecirlo de antemano. Implica la ausencia de planeación, estructuración, rigidez y control. Requiere abrir el espíritu a lo que está sucediendo ahora.
- Mayor confianza en el organismo. Lo que yo sienta que vale la pena hacerse, vale la pena hacerse. Se debe confiar más en el organismo que en el intelecto. (Rogers, 1980)

La autorrealización vendría como una consecuencia de ser congruente, ser auténtico, ser una persona de funcionamiento cabal. (Rogers, 1980)

IV.2- El terapeuta o consejero

La orientación actitudinal que parece ser óptima para el consejero centrado en el “cliente” está basada en la hipótesis de que el individuo tiene una capacidad suficiente para manejar en forma constructiva todos los aspectos de su vida que potencialmente pueden ser reconocidos en la conciencia. Esto implica la estructuración de una situación interpersonal en la que el material puede llegar a la conciencia del “cliente”, y una demostración significativa de la aceptación, por parte del consejero, del “cliente” como persona competente para dirigirse a sí misma. (Rogers, 1977)

“La función del consejero sería la de asumir, en la medida de lo posible, el marco de referencia interno del “cliente” para percibir el mundo tal como éste lo ve, para percibir al “cliente” tal como él mismo se ve, dejar de lado todas las percepciones según un marco de referencia externo, y comunicar algo de esta comprensión empática al “cliente”. Rogers (1977, 40)

La empatía, condición esencial de la terapia, supone sentir el mundo privado del “cliente” como si fuera el propio, pero sin perder en ningún momento la cualidad de “como sí”. Cuando el terapeuta capta con claridad el mundo del otro y se desplaza

en él libremente, puede comunicarle su comprensión de lo que el “cliente” ya sabe y transmitirle también los significados de su experiencia que éste mismo ignora. (Rogers, 1961)

Se ha descubierto que el cambio personal se ve facilitado cuando el psicoterapeuta es lo que es; cuando en su relación con el “cliente” es auténtico y no se escuda bajo una fachada falsa, y cuando manifiesta abiertamente los sentimientos y actitudes que en ese momento surgen en él (...) Cuanto más auténtico y coherente es el psicoterapeuta en la relación, tantas más probabilidades existen de que se produzca una modificación en la personalidad del “cliente”. (Rogers, 1961)

Según Rogers (1961):

El cambio también se ve facilitado cuando el terapeuta experimenta una actitud de aceptación, cálida y positiva, hacia lo que existe en el “cliente”. Esto supone, por parte del terapeuta, el deseo genuino de que el “cliente” sea cualquier sentimiento que surja en él en ese momento: temor, confusión, dolor, orgullo, enojo, amor, coraje o pánico. Significa que el terapeuta se preocupa por el “cliente” de manera no posesiva, que lo valora incondicionalmente y que no se limita a aceptarlo cuando se comporta según ciertas normas, para luego desaprobalo cuando su conducta obedece a otras. Podemos describir esta situación con la expresión: respeto positivo e incondicional. (p. 64)

Rogers (1977) a demás se hace la siguiente pregunta:

¿Qué es lo que permite al terapeuta tener un profundo respeto y aceptación del otro? Basándose en la experiencia, es más probable que tal filosofía sea sostenida por la persona que tiene un respeto básico por el mérito y significación de sí mismo. No podemos, con toda probabilidad, aceptar a otros a menos que no nos hayamos aceptado antes a nosotros mismos (...) Una persona puede instrumentalizar su respeto hacia los otros, solamente en la medida en que ese respeto sea una parte integrante de la estructura de su personalidad. (p. 34)

Características indispensables del terapeuta según Rogers:

El terapeuta:

- Es capaz de participar completamente en la comunicación del “cliente”.
- Sus comentarios están siempre de conformidad con lo que el “cliente” trata de transmitir.

- Ve al “cliente” como un colaborador en un problema común.
- Trata al “cliente” como un igual.
- Es capaz de comprender los sentimientos del “cliente”.
- Sigue siempre la línea de pensamiento del “cliente”.
- Su tono de voz transmite la plena capacidad de compartir los sentimientos del “cliente”. (Rogers, 1977)

IV.3- El cliente

[en esta tesina no se utiliza el término “cliente” para nombrar a las personas que participaron en la investigación, sino “viejo o anciano”]

Rogers describe el cambio que sufre el paciente cuando se siente comprendido y aceptado por el terapeuta:

- Se produce una relajación de los sentimientos: de considerarlos como algo remoto se reconocen como propios y, finalmente como un flujo siempre cambiante.
- Cambio en el modo de experimentar: de la lejanía con que primero experimenta su vivencia se pasa a aceptarla como algo que tiene un significado, y al terminar el proceso el paciente se siente libre y guiado por sus vivencias.
- Se pasa de la incoherencia a la coherencia: desde la ignorancia de sus contradicciones hasta la comprensión de las mismas y su evitación.
- Se produce también un cambio en su relación con los problemas: desde su negación hasta la conciencia de ser él mismo su responsable, pasando por su aceptación.
- Cambia igualmente su modo de relacionarse con los demás: desde la evitación a la búsqueda de relaciones íntimas y de una disposición abierta.
- De centrarse en el pasado a centrarse en el presente. (Mota Enciso, 1999)

Resumiendo lo anteriormente expresado, se puede decir que para el “cliente”, esta terapia óptima representa una posibilidad de indagarse y descubrir en sí mismo sentimientos extraños, desconocidos y peligrosos. Esta exploración sólo es posible si advierte que se lo acepta incondicionalmente. De esta manera el individuo se familiariza con los aspectos de su experiencia que en el pasado había excluido de su conciencia, por sentirlos demasiado amenazadores o perjudiciales para la estructura del sí mismo; descubre que puede vivenciarlos plenamente en la relación y ser, en cada momento, su miedo, su enojo, su ternura o su fuerza. A medida que vive estos sentimientos tan diversos en todos sus grados de intensidad, advierte que se ha experimentado a sí mismo y que él es todos esos sentimientos. Comprueba también que su conducta cambia en sentido constructivo, de acuerdo con su sí mismo recientemente experimentado. Por último, el individuo comprende que ya no debe temer a la experiencia sino aceptarla como parte de su sí mismo cambiante. (Rogers, 1961)

Según Rogers (1961,67) “el individuo se acerca paulatinamente a la fluidez y adquiere la capacidad de cambiar, reconocer y aceptar sus sentimientos y experiencias, formular constructos provisionales, descubrirse en su propia experiencia como una persona cambiante, y establecer relaciones auténticas y estrechas; en fin, se convierte en una unidad y alcanza la integración de sus funciones”.

Para llegar a la obtención de estos logros es necesario un proceso de reorganización del sí mismo, ya que la imagen de sí del “cliente” debe modificarse para incluir las nuevas percepciones de la experiencia. (Rogers, 1977)

Se recalca nuevamente que esto se puede lograr sólo si el “cliente” experimenta que otro tiene una total aceptación de todos sus aspectos, de esta forma puede asumir la misma actitud hacia sí mismo. Encuentra que él también puede aceptarse, aun con las adiciones y alteraciones que requieren las nuevas autopercepciones hostiles, y que puede experimentarse como una persona que tiene tanto sentimientos hostiles como de otros tipos, sin sentir culpa. Puede hacerlo porque otra persona pudo adoptar su marco de referencia, percibir con él, y sin embargo percibirlo con aceptación y respeto. (Rogers, 1977)

IV.4- Terapia grupal

Según Rogers (1977):

La terapia grupal tiene características particulares que no se encuentran en la relación que existe cuando se hallan comprendidas solamente dos personas. Una de las más importantes de estas características distintivas reside en el hecho de que la situación grupal enfoca la adecuación de las relaciones interpersonales y proporciona una oportunidad inmediata para descubrir modos nuevos y más satisfactorios de relacionarse con la gente. (p. 251)

La terapia grupal, además, ofrece una oportunidad que puede ser muy importante en el proceso terapéutico. En el grupo el individuo puede dar ayuda al mismo tiempo que la recibe (...) Una persona puede alcanzar un equilibrio maduro entre dar y recibir, entre su propia independencia y una dependencia de los demás realista y autosustentadora. (Rogers, 1997)

Se cree que cada miembro de un grupo terapéutico, para que aproveche en verdad este momento, debe encontrar en el terapeuta y en los otros miembros un genuino sentimiento de aceptación. Debe encontrar en la situación grupal una necesidad cada vez menor de defenderse contra la ansiedad, lo que lo hace tan ineficaz en su vida con los otros y tan infeliz en su vida consigo mismo. Es un espacio donde debe sentirse cada vez más libre para examinarse a sí mismo, con la seguridad de que encontrará una comprensión de su vida tal como él la ve, y que se lo respetará como persona en todo momento del proceso. También es necesario que el individuo encuentre en el grupo una confianza tácita en su capacidad para ser responsable de su propia vida, y un deseo de que haga sus propias elecciones, independientemente de la dirección de las mismas, con la confianza última en que tomará las decisiones esenciales para su plena autorrealización. (Rogers, 1977)

Telschow (1950, citado en Rogers, 1997, 265) ha mostrado, en un análisis sistemático y amplio de protocolos, que “las proposiciones más productivas del terapeuta son las que implican una simple aceptación de lo que se dice, una reformulación del contenido y un esclarecimiento de los sentimientos. Junto con este

tipo de proposiciones se da una exploración más intensa y penetrante por parte de los miembros del grupo”.

El mismo autor agrega, que es muy importante seguir el tiempo y el ritmo del grupo. Parece que hay un monto óptimo de participación del terapeuta, que ayuda a controlar la discordancia en el grupo. El terapeuta no es un miembro pasivo, debe participar graduando el tono. (Telschow, 1950)

En relación a lo anteriormente dicho Rogers (1997) plantea que:

El líder de un grupo puede proponer planes previos, y que la manera en que el grupo reaccione ante los mismos dependerá en gran medida de la relación que existe entre ambos. Un grupo cuyos miembros son hostiles al líder y lo rechazan, o que dependen de él para que los dirija o motive, generalmente lucha contra los planes del líder o los acepta con sumisión. En ambos casos, el planeamiento previo del líder tiene por efecto reducir la posibilidad de la emergencia espontánea de planes en el grupo mismo. El líder centrado en el grupo considera que hacer planes para este tipo de grupo es un obstáculo evidente para que los miembros aprendan a planear por sí mismos. Sin embargo, cuando un líder centrado en el grupo ha delegado exitosamente las funciones del liderazgo en éste, cuando lo perciben más como otro miembro del grupo que como un líder, sus intentos de planear no son diferentes de los intentos realizados por cualquier otro miembro. El grupo ahora se siente lo suficientemente seguro como para aceptar sus sugerencias, o rechazarlas, de acuerdo con el mérito de las mismas. Luego, éstas no son aceptadas porque son las del líder, ni tampoco son rechazadas intensamente como reacción contra su autoridad (...) También es necesario que el líder sea sensible a las resistencias a que él planee, y que descarte sus planes si el grupo decide rechazarlos. (p. 312)

El terapeuta debe comprender y aceptar que será comprendido y aceptado por varias personas que también comparten honestamente sus sentimientos en una búsqueda común de un modo de vida más satisfactorio. (Rogers, 1977)

Rogers (1997) expone las condiciones que trata de crear el líder centrado en el grupo:

- La oportunidad de participar.
- La libertad de comunicación.
- Un clima psicológico carente de amenazas.
- La transmisión de calidez y empatía.

- La mayor atención a los otros.
- La comprensión de los significados e intenciones de lo que expresan los demás.
- La expresión de la aceptación.
- La función de “vínculo” (en relación al enlace que se va produciendo con cada comentario que emiten los miembros del grupo).

Rogers (1977) agrega que:

Los diferentes términos que se utilizan para describir los tipos de enunciados que el terapeuta formula en la terapia individual- tales como, clarificación de los sentimientos, reflejo de los sentimientos, reformulación del contenido, simple aceptación, estructuración y otros- son igualmente apropiados para la situación grupal. También hay otras similitudes que se deberían mencionar, como la preocupación mínima que hay por el diagnóstico, que no se confía en la interpretación como instrumento terapéutico, que no se considera el insight como un agente de cambio esencial en el proceso del aprendizaje, que las actitudes transferenciales se manejan igual que todas las demás expresiones cargadas de afecto y se considera que el pronóstico más eficaz de los posibles logros de la terapia es la experiencia misma. (p. 250)

IV.5- Vida plena

Según Rogers (1961, 167) “la vida plena es un proceso, no una situación estática. Es una orientación, no un destino. La orientación que constituye una vida plena es elegida por el organismo en su totalidad siempre que disfrute de una libertad psicológica que le permita moverse en cualquier dirección”.

Al elegir el rumbo que adoptarán en una situación determinada, muchas personas se apoyan en ciertos principios por los que se guían, en el sistema nominativo de algún grupo o institución, en el juicio de los otros o en su propia conducta en una situación similar del pasado. Sin embargo, cada una de esas personas es capaz de confiar en sus reacciones orgánicas en una situación nueva, porque han descubierto que si se abren a su experiencia, la orientación más útil y digna de confianza consiste en

hacer lo que les parece bien, pues de esa manera hallarán una conducta realmente satisfactoria. (Rogers, 1961)

Rogers (1961, 170) “considera que la persona que vive el proceso de una vida plena experimenta mayor confianza en su organismo como medio para alcanzar la conducta más satisfactoria en cada situación existencial”.

A medida que los “clientes” pueden abrirse más a todas sus experiencias, descubren que pueden confiar en sus reacciones. Si tienen ganas de mostrar su enojo, lo hacen y comprueban que esto les produce satisfacción, puesto que al mismo tiempo perciben todos sus deseos de afecto, asociación y relajación (...) Este individuo puede experimentar todos sus sentimientos y éstos le inspiran menos temor; selecciona sus propias pruebas y está más abierto a las que proceden de cualquier otra fuente; se dedica de lleno a ser y convertirse en sí mismo y así descubre que es un ser auténticamente social, dotado de un sentido realista; vive por completo en el momento, pero aprende que ésta es la mejor manera de vivir en cualquier ocasión. Se convierte en un organismo que funciona de modo más integral y, gracias a la conciencia de sí mismo que fluye libremente en su experiencia, se transforma en una persona de funcionamiento más pleno. (Rogers, 1961)

Rogers (1961) expresa que:

Calificativos tales como feliz, resignado, bienaventurado o satisfecho no son apropiados para la descripción general de este proceso que se denomina una vida plena, aun cuando la persona que se halla embarcada en él experimente cada uno de esos sentimientos en un momento dado. Los adjetivos más adecuados son: enriquecedor, estimulante, gratificante, inquietante, significativo. Además debemos tener en cuenta que este proceso de la vida plena no es para cobardes, ya que convertirse en las propias potencialidades significa crecer [en esta tesina utilizamos el término “desarrollarse” en lugar de “crecer”, ya que es un término más amplio y se habla de una evolución cualitativa y positiva], e implica el coraje de ser y sumergirse de lleno en el torrente de la vida. A pesar de esto, resulta profundamente estimulante ver que cuando el ser humano disfruta de libertad interior, elige como la vida más satisfactoria este proceso de llegar a ser. (p. 175)

I SEGUNDA PARTE I
MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO V
I Métodos y Procedimientos I

V.1- Objetivos, preguntas de investigación e hipótesis de trabajo

V.1.1- Objetivos de trabajo

Objetivo general:

- Determinar la influencia de la realización de actividades artísticas en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos.

Objetivos específicos:

- Comparar la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos que participan en la realización de actividades artísticas, con la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos que no participan en la realización de tales actividades.
- Determinar qué aspectos de la calidad de vida se modifican y en qué medida.
- Obtener información sobre los beneficios que produce la realización de actividades artísticas en la vejez.

V.1.2- Preguntas de investigación

- ¿Qué diferencias existen entre la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que participan en la realización de actividades artísticas, y la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que no participan en la realización de tales actividades?
- ¿Qué aspectos de la calidad de vida se modifican y en qué medida?

V.1.3- Hipótesis de trabajo

- Existen modificaciones significativas en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que participan en la realización de actividades artísticas, en comparación con la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que no participan en tales actividades.
- La realización de actividades artísticas modifica en gran medida varios aspectos de la calidad de vida de viejos que viven en geriátricos.

V.2- Método

V.2.1- Tipo de estudio

La estrategia metodológica que se creyó más apropiada utilizar para obtener la información que se buscaba tras este estudio, estuvo basada en un **método cuantitativo de investigación**. El mismo, utiliza la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. (...) Este proceso cuantitativo es secuencial y probatorio, donde cada etapa precede a la siguiente y no se pueden eludir pasos, el orden es riguroso. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006)

La investigación cuantitativa debe ser lo más objetiva posible. Los fenómenos que se observan y/o miden no deben ser afectados de ninguna forma por el investigador. Éste debe evitar que sus temores, creencias, deseos y tendencias influyan en los resultados del estudio. En pocas palabras, se busca minimizar las preferencias personales. (...) En una investigación cuantitativa se pretende generalizar los resultados encontrados en un grupo a una colectividad mayor. También se busca que los estudios

efectuados puedan replicarse. (...) Al final, con los estudios cuantitativos se pretende explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos. Esto significa que la meta principal es la construcción y demostración de teorías. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006)

En esta investigación se aplicó un **diseño experimental**, es decir, un estudio en el que se manipulan intencionalmente una o más variables independientes, supuestas causas antecedentes (en este caso, las actividades artísticas), para analizar las consecuencias que la manipulación tiene sobre una o más variables dependientes, supuestos efectos- consecuentes (en este caso, la calidad de vida), dentro de una situación de control para el investigador. (...) Los diseños experimentales se utilizan cuando el investigador pretende establecer el posible efecto de una causa que se manipula. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006)

Creswell (2005, citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2006, 160) denomina a los experimentos como “estudios de intervención, porque un investigador genera una situación para tratar de explicar cómo afecta a quienes participan en ella en comparación con quienes no lo hacen”.

En un experimento, el investigador manipula o hace variar la variable independiente para observar el efecto en la dependiente. La variación se realiza a propósito por el experimentador (no es casual): tiene control directo sobre la manipulación y crea las condiciones para proveer el tipo de variación deseado. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006)

Según Hernández, Fernández y Baptista (2006):

Un requisito que todo experimento debe cumplir es el **control o la validez interna** de la situación experimental. (...) Tener control significa saber qué está ocurriendo realmente con la relación entre las variables independientes y las dependientes. (...) Lograr control en un experimento es contener la influencia de otras variables extrañas en las variables dependientes, para así saber en realidad si las variables independientes que nos interesan tienen o no efecto en las dependientes. (p. 169)

Según León y Montero (2003, 191), “una vez comprobada la covariación y la antecesión (antecedente- consecuente), debemos poder descartar que existe otra

variable que, no formando parte del experimento, cambia al tiempo que lo hace la independiente y pudiera explicar los cambios observados”.

También, Hernández, Fernández y Baptista (2006) sostienen que:

La validez interna se relaciona con la calidad del experimento y se logra cuando hay control, cuando los grupos difieren entre sí solamente en la exposición a la variable independiente, cuando las mediciones de la variable dependiente son confiables y válidas, y cuando el análisis es el adecuado para el tipo de datos que estamos manejando. (p. 171)

Además, en relación a la validez interna, se debe recordar que para poder contrastar relaciones causales entre variables- objetivo principal de la experimentación- sería necesario que se diera covariación entre las variables independiente y dependiente, que la variable independiente antecediera a la dependiente en el tiempo y que se pudieran descartar otro tipo de variables como posibles causas de la variación observada en la dependiente. (León y Montero, 2003)

Si bien un experimento debe buscar validez interna, es decir, confianza en los resultados. Ésta es sólo una parte de la validez de un experimento, en adición a ella, es muy deseable que el experimento tenga, también, validez externa.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2006, 198), “**la validez externa** se refiere a qué tan generalizables son los resultados de un experimento a situaciones no experimentales, así como a otros participantes y poblaciones”.

“La validez externa es una propiedad que consiste en el poder de generalización de los resultados. (...) Todos los experimentos deben tener validez externa. Lo que ocurre es que no todos tienen el mismo poder de generalización”. León y Montero (2003, 196)

Resumiendo se puede decir que, según León y Montero (2003):

La validez se puede articular en torno a dos ideas: a) la supervisión del proceso en aras de establecer, o contrastar, relaciones causales entre las variables independientes y la dependiente, y b) el establecimiento de las condiciones que permitan la generalización de los resultados al ámbito natural en el que aparecen los procesos investigados. El concepto de validez interna recoge la primera de estas dos ideas mientras que el de validez externa da cuenta de la segunda. (p. 328)

Además de la validez de un experimento, se debe tener en cuenta el contexto en el que se desarrolla la investigación. En este caso hablamos de un **experimento de campo**.

Según Kerlinger y Lee (2002, citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2006, 201), se concibe al experimento de campo como “un estudio de investigación efectuado en una situación realista y natural en la que una o más variables independientes son manipuladas por el experimentador en condiciones tan cuidadosamente controladas como lo permite la situación”.

Si bien los experimentos de campo no logran un control tan riguroso como lo hacen los experimentos de laboratorio, suelen tener mayor validez externa. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006)

Este diseño experimental que se viene describiendo, incluye el **diseño con preprueba- posprueba y grupo de control** que se caracteriza, según León y Montero (2005, 120), “por la toma de una medida antes de la intervención y otra después, y que, además del grupo al que se le aplica el tratamiento, se mide en los dos mismos momentos la variable dependiente en otro grupo de comparación no tratado”.

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2006, 193), “a los grupos que componen el experimento se les aplica simultáneamente la preprueba; un grupo recibe el tratamiento experimental y otro no (es el grupo de control); por último, se les administra, también simultáneamente, una posprueba. El diseño se diagrama de la siguiente forma: RG1 01 X 02

RG2 03 - 04”

Como mencionamos anteriormente, se trabajó con un grupo experimental, a través de una serie de encuentros donde se aplicó la **modalidad de taller** y con un grupo de control al cual no se le aplicó tal modalidad.

Se considera que la modalidad de taller fue el recurso más adecuado para el trabajo que se pretendía realizar. Ya que se buscó en cada encuentro desarrollar una actividad artística que lograra la participación y opinión de los involucrados, así como también fomentar la cooperación, la integración y el trabajo en equipo, logrando el enriquecimiento tanto individual como grupal. Además, se permitió que cada individuo

podiera expresar lo que pensaba y sentía sin restricción alguna y manteniendo un clima de aceptación y respeto.

También, los talleres en los cuales se realizaron diversas actividades artísticas, se convirtieron en espacios de problematización sobre diferentes temáticas y así se fue fomentando la creación de sujetos críticos capaces de ser protagonistas de su propia historia.

En resumen, a través de la estrategia metodológica utilizada (método cuantitativo de investigación, con un diseño experimental preprueba- posprueba y grupo de control) y de la modalidad aplicada (talleres), se intentó verificar o refutar las hipótesis planteadas y dar respuestas a las incógnitas que fueron las causantes de dicha investigación.

V.2.2- Descripción de la muestra

En esta investigación se trabajó con una **muestra no probabilística**, ya que la elección de los elementos no dependió de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación. Un estudio así es valioso en cuanto a que el valor causa-efecto es más preciso al aislar otras variables; sin embargo, no es posible generalizar los datos a todos los sujetos, sino a un grupo de sujetos con las mismas características. Además, para poder generalizar los resultados a la población se necesitarían repetidos experimentos. En definitiva, según Hernández, Fernández y Baptista (2006, 242), “la elección de la muestra no es al azar, aunque la asignación de los sujetos a los grupos sí lo es”.

En esta experimentación, como se acaba de mencionar, el método que se utilizó para hacer inicialmente equivalente a los grupos fue: **la asignación aleatoria o al azar** de los participantes a los grupos del experimento.

“La asignación al azar es el mejor método para hacer equivalentes los grupos (más preciso y confiable), (...) garantiza que otras variables (además de la variable

independiente de interés para el investigador) no afecten las dependientes ni confundan al experimentador”. Hernández, Fernández y Baptista (2006, 186)

Según Nunnally (1975, citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2006, 186): “la bondad de la asignación al azar de los participantes o sujetos a los grupos de un diseño experimental es que el procedimiento asegura absolutamente que, en promedio, los grupos no diferirán (antes de que participen en los tratamientos experimentales) en ninguna característica más de lo que pudiera esperarse por pura casualidad”.

De acuerdo con Christensen (2000, citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2006, 182): “La asignación al azar produce control, pues las variables que deben ser controladas (variables extrañas y fuentes de invalidación interna) se distribuyen aproximadamente de la misma manera en los grupos del experimento. Y puesto que la distribución es bastante similar en todos los grupos, la influencia de otras variables que no sean la o las independientes se mantiene constante, porque aquellas no pueden ejercer ninguna influencia diferencial en la variable dependiente”.

“Si la única diferencia que distingue al grupo experimental y al de control es la variable independiente, las desemejanzas entre los grupos pueden atribuirse a esta última. Pero si hay otras diferencias, no podríamos hacer tal afirmación”. Hernández, Fernández y Baptista (2006, 182)

Según León y Montero (2003):

La característica de incluir sujetos distintos en los grupos del experimento hace que el diseño se considere de “grupos independientes”. Si los sujetos son asignados al azar a cada uno de los grupos, entonces se dice que es un “diseño de grupos aleatorios”. La palabra aleatorio entonces indica que la única explicación que podemos dar a quién nos pregunte por qué un sujeto estaba en un grupo y no en el otro, es que fue por azar. (p. 208)

En esta investigación, la asignación aleatoria se llevó a cabo empleando trozos de papel, en los que se escribió el nombre de cada participante. Luego, se juntaron todos los trozos en un recipiente, se revolvieron y se fueron sacando uno a uno, sin observar, para formar los dos grupos. Las personas que salieron en orden

impar fueron las integrantes del grupo experimental, y las que salieron en orden par fueron las integrantes del grupo de control.

De esta manera, se obtuvieron dos grupos lo más equivalentes posibles, por un lado, el grupo experimental, al cual se le aplicará el tratamiento de la variable independiente, y por otro, el grupo de control al cual se le aplicará el valor nulo de la variable independiente. Ambos grupos quedaron integrados por nueve personas cada uno, comprendiendo viejos entre 70 y 94 años, de ambos sexos, pertenecientes todos a la residencia geriátrica Casa de Campo.

Se debe tener en cuenta, que si bien la equivalencia inicial implica que los grupos son similares entre sí al momento de iniciarse el experimento, es prácticamente imposible alcanzar la equivalencia perfecta o ideal, pero no deben permitirse diferencias iniciales significativas entre los grupos. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006)

V.2.3- Instrumentos de evaluación

En esta investigación se tomaron las siguientes técnicas, las cuales fueron aplicadas a 18 personas (9 del grupo experimental y 9 del grupo de control) entre 70 y 94 años de edad, realizándose la toma de manera individual y personalizada, antes y después de la intervención.

1- La Escala de Satisfacción con la Vida (Satisfaction with Life Scale – SWLS, Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985).

La Escala de Satisfacción con la Vida tiene como objetivo principal evaluar la satisfacción general con la vida. Según Diener (1985, citado en Martínez, García, Cortés, Reig Ferrer y Herrero, 2004) “la satisfacción vital se define como una valoración global que la persona hace sobre su vida, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que esperaba obtener, sus expectativas”.

Esta definición señala que al realizar esta valoración, la persona examina los aspectos tangibles de su vida, sopesa lo bueno contra lo malo, lo compara con un

estándar o criterio elegido por ella y llega a un juicio sobre la satisfacción con su vida (Pavot, 1991 citado en Atienza, Pons, Balaguer, García-Merita, 2000). Por tanto, los juicios sobre la satisfacción dependen de las comparaciones que el sujeto hace entre las circunstancias de su vida y un estándar que considera apropiado. Este último matiz es importante ya que no se trata de un estándar impuesto externamente sino que es un criterio autoimpuesto.

Según Diener (1984, citado en Atienza, Pons, Balaguer, García-Merita, 2000) “las investigaciones sobre la satisfacción con la vida se deben centrar en los juicios subjetivos que hace la persona sobre su propia vida. Por tanto, en lugar de sumar la satisfacción a través de dominios específicos para obtener una medida de la satisfacción general, es necesario preguntarle a la persona por una evaluación global sobre su vida”.

La satisfacción vital se ha utilizado como un indicador global de calidad de vida relacionada con la salud. Es un constructo controvertido en sí mismo que resulta más complejo al ubicarlo en el ámbito de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La calidad de vida es un término polivalente y su evaluación debe contemplar, básicamente, tres dimensiones: funcionamiento psicológico, funcionamiento social y funcionamiento físico. Aunque, en principio, resultaría lógico pensar que la satisfacción vital podría ser uno de los indicadores del funcionamiento psicológico, lo cierto es que, en el contexto conceptual de la calidad de vida, la satisfacción con la vida es considerada a otro nivel, no como un elemento o indicador de una de las dimensiones de la calidad de vida, sino, como un indicador macro, en el que participan, en mayor o menor medida, las tres dimensiones señaladas. (Martínez, García, Cortés, Reig Ferrer y Herrero, 2004)

La Escala de Satisfacción con la Vida presenta una única dimensión evaluada con 5 ítems referidos a la valoración afectiva de la propia vida. Estos 5 ítems se presentan con alternativas de respuestas múltiples que oscilan entre 1 (completamente en desacuerdo) a 7 (completamente de acuerdo).

Esta escala ha mostrado buenas propiedades psicométricas:

- Fiabilidad:

El coeficiente alfa es de 0.87.

La fiabilidad test-retest, es decir, la estabilidad temporal es de 0.82 a los dos meses y 0.50 para períodos más largos.

- Validez:

La correlación con diversas escalas de bienestar subjetivo oscila entre 0.47 y 0.75 (según diversas muestras).

Los análisis factoriales obtienen un solo factor que explica el 66% de la varianza total.

2- La Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale - PGCMS).

Esta escala fue elaborada por Lawton en 1972. Es una importante medición multidimensional del bienestar subjetivo dirigida a los ancianos tanto institucionalizados como residentes en la comunidad. Esta escala es recomendable para la evaluación de personas mayores por su brevedad y sencillez de aplicación. Además está considerada por grupos de expertos de la British Geriatric Society y el American National Institute of Aging como el mejor instrumento de evaluación del estado de ánimo y la satisfacción con la vida. (Lluch Canut, 1999)

Esta escala mide el grado subjetivo de satisfacción o bienestar del anciano con su situación actual en tres sentidos: actitud hacia el propio envejecimiento, insatisfacción con la soledad, y ansiedad o inquietud. La misma consta de 17 preguntas de respuesta dicotómica y la suma de las puntuaciones por respuesta (satisfacción o bienestar positivo: 1; negativo: 0) permite clasificar a las personas en cuatro categorías según su grado de satisfacción con la vida: 0-5 nivel bajo de calidad de vida; 6-9 nivel medio-bajo; 10-13 nivel medio-alto y 14-17 alto grado de satisfacción con la vida, a fin de analizar posibles diferencias entre los sujetos de la muestra según este parámetro. (Álvarez y Bertone, 2008)

Esta escala ha mostrado las siguientes propiedades psicométricas:

- Fiabilidad:

El coeficiente de fiabilidad es de 0.74.

El coeficiente de consistencia interna es de 0.81 y los coeficientes de fiabilidad test-retest varían entre 0.75 y 0.91 (según el periodo de tiempo).

- Validez:

La correlación con el Índice de Satisfacción con la Vida (*Life Satisfaction Index*) de Neugarten y Havighrust (1961) es de 0.57.

3- La Escala de Calidad de Vida de Flanagan (Quality of Life Scale, Flanagan, 1982).

Esta escala apunta a áreas específicas para la medición de lo que es calidad de vida. Las mismas se resumen en:

- 1- Bienestar físico y material
- 2- Relaciones con otras personas
- 3- Actividades sociales y grupales
- 4- Desarrollo y realización personal
- 5- Recreación

La Escala de Calidad de Vida de Flanagan viabiliza la obtención de datos objetivos sobre la calidad de vida del paciente por medio de la puntuación obtenida en la misma. Este instrumental utiliza la cuantificación de cada punto atribuido para expresar cada ítem de cada dominio, correspondiendo siete puntos. Esa graduación tiene como nota máxima 7, equivalente a “muy placentero”, y como nota mínima 1, equivalente a “terrible”. Así, cada nota se refiere al grado de satisfacción del paciente, con la siguiente correspondencia: terrible = 1, desagradable = 2, insatisfecho = 3, indiferente = 4, satisfecho = 5, agradable = 6 y muy placentero = 7.

La utilización de esta escala se debe al hecho de ser un instrumento válido y de utilización comprobada en el área de la salud.

Por último, se agrega, que la relevancia de la evaluación de la calidad de vida reside en la necesidad de comprender el nivel en el que se experimenta una buena vida por parte de las personas, y para poder realizar la medición de este concepto, se partió de la base de que todas las personas comparten juntas la experiencia humana y de que cada ser humano tiene derecho a vivir una buena vida dentro de su sociedad. (Verdugo Alonso y Schalock, 2002)

Además, en esta evaluación se tuvo presente en todo momento la perspectiva fenomenológica de Carl Rogers, la cual se basa en el supuesto de que el

individuo puede aprender a conocerse a sí mismo, pensar y confiar en sí mismo, tomar sus propias decisiones y expresar sus sentimientos auténticamente. (...) También, Rogers cree que el individuo percibe el mundo que le rodea de un modo singular y único, que estas percepciones constituyen su realidad (campo fenoménico), y que la única realidad que cuenta para un sujeto es la suya propia. (Mota Enciso, 1999)

V.2.4- Procedimiento

En la realización de esta investigación se llevaron a cabo varios pasos que fueron necesarios para obtener los datos e información que se buscaba.

1º paso: Luego de tener la aceptación por parte de los directivos de la residencia geriátrica donde se realizaría el trabajo, se procedió a conocer a los residentes del lugar, es decir, a los viejos que participarían en la investigación. También se dio una explicación sobre el objetivo de la presencia de la tesista allí y se trató de responder a todo tipo de dudas que se presentaron.

2º paso: Con el objeto de formar los grupos necesarios para esta investigación, se llevó a cabo la técnica de asignación al azar. A través de la misma, se logró obtener dos grupos (el experimental y el de control) con un alto grado de equivalencia inicial.

3º paso: Una vez obtenidos los dos grupos, se procedió a tomar la evaluación de las prepruebas a ambos grupos:

- Escala de Satisfacción con la Vida (Satisfaction with Life Scale – SWLS, Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985).
- La Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale – PGCMS, Lawton, 1972)
- La Escala de Calidad de Vida de Flanagan (Quality of Life Scale, Flanagan, 1982)

4º paso: Se comenzaron a realizar dos veces por semana los encuentros con las personas que integraban el grupo experimental, y en cada uno de esos encuentros se planteaba un taller que fuera de interés de los participantes.

Los talleres tenían una duración aproximada de una hora y media cada uno y se realizaron durante dos meses. Los temas tratados eran elegidos por los mismos involucrados logrando así una participación y colaboración mayor.

Los talleres realizados fueron los siguientes:

Taller N° 1

Técnica: Ovillo de lana (técnica de inicio y presentación).

Objetivos:

- Lograr una atmósfera de confianza para el despliegue de las individualidades.
- Fomentar la dinamización social.

Procedimiento (actividad):

La técnica del ovillo de lana consiste en manipular un ovillo mientras cada participante se presenta. En ronda, inicia la técnica el coordinador quién comunicará sus datos personales y finalidad del proyecto, enrollará la lana en un dedo y lo pasará al azar al próximo a presentarse, y así sucesivamente hasta el último participante. Al iniciar la técnica, es muy importante advertir que al finalizar, el ovillo se deberá desenredar retornando al lugar donde comenzó, por lo tanto todos con mucha atención deberán ir memorizado el nombre de cada compañero y repetirlo hasta que el ovillo finalmente logre desenredarse y llegue nuevamente al coordinador.

Ejercicios respiratorios

Objetivos:

- Favorecer la coordinación de movimientos y el conocimiento del cuerpo.
- Mejorar la respiración, activando el diafragma y potenciando la musculatura que interviene en el proceso respiratorio.

-Oxigenar el organismo a través de diversos ejercicios para producir una estimulación general, que influya de manera positiva en el inicio de cualquier actividad.

Procedimiento (actividad):

Se realizan dos tipos de respiración profunda antes de comenzar cualquier actividad.

Para la primera, se pide a los participantes que coloquen sus manos sobre las costillas y se les indica que muy suavemente tomen aire por la nariz y noten como se van expansionando las costillas (caja torácica), mantengan unos segundos la respiración y seguidamente expulsen el aire suavemente por la boca, y luego descansen.

Para la segunda, se pide que coloquen sus manos en el abdomen y al igual que la vez anterior, se les indica que muy lentamente tomen aire por la boca y noten cómo se hincha el abdomen, expulsen suavemente el aire por la boca y descansen.

Estos ejercicios pueden repetirse diez veces cada uno.

Técnica: Ruedas con una pelota de goma.

Objetivos:

- Mantener y mejorar las condiciones mentales y su capacidad de comunicación y de relación con los demás.
- Desarrollar y estimular los procesos cognitivos básicos de las personas (memoria, lenguaje, evocación, atención, orientación).
- Activar los reflejos físicos al tomar la pelota y mentales al contestar las preguntas.
- Mejorar la coordinación de movimiento y pensamiento, al tiempo que se trabaja el aspecto cognitivo de los participantes.
- Fomentar la dinamización social.

Procedimiento (actividad):

Al comenzar esta actividad es necesario dejar a los participantes que toquen y tengan la pelota en sus manos, para que comprueben su poco peso, su textura y su blandura. Esto se debe realizar para que no tengan miedo cuando se les tire a cada uno de ellos mediante un pique en el suelo.

Sentados en semicírculo, el primer ejercicio será para saludar. Con gracia y buen humor irán saludando a cada uno por su nombre: “Buenas tardes Sra. o Sr.....”, al mismo tiempo que se le tira la pelota. Y esta persona deberá devolverla, rebotándola también contra el suelo, al tiempo que con voz firme devuelve el saludo diciendo: “Buenas tardes “X” (diciendo el nombre del coordinador). Y así con cada uno de ellos.

Siguiendo con la misma dinámica, se hacen diversas preguntas:

- Dígame el nombre de una fruta roja (amarilla, anaranjada, etc.).
- Dígame el nombre de una flor.
- Dígame el nombre de un animal.
- Dígame el nombre de un instrumento musical.
- Dígame el nombre de su comida favorita.
- Dígame el nombre de un árbol.
- Dígame el nombre de una prenda de ropa.
- Dígame el nombre de un equipo de fútbol.
- Dígame el nombre de un deporte.
- Dígame el nombre de una bebida.

Para finalizar el ejercicio se va entregando en la mano la pelota a su compañero de al lado diciendo: “Muchas gracias Sra. o Sr.....”

Taller N° 2

Ejercicios respiratorios

Técnica: Jugando con las palabras I y II

Objetivos:

- Potenciar y estimular la memoria, y prevenir la aparición y desarrollo de trastornos de la misma.
- Favorecer el pensamiento y el razonamiento lógico.
- Estimular la comunicación verbal y la integración grupal.

Procedimiento (actividad):

En la técnica: Jugando con las palabras I, la actividad consiste en pedir que cada participante diga palabras que comiencen con:

- Las letras: B, D, A, O, P.
- Las sílabas: RO, MA, PA, LU, SI, PE, TO.
- Comidas que comiencen con la letra: P.
- Frutas que comiencen con la letra: M.
- Colores que comiencen con la letra: A.
- Para finalizar cada uno debe decir el nombre de los compañeros que tiene a su lado.

En la técnica: Jugando con las palabras II, la actividad consiste en presentar una palabra “gancho” a la que cada participante contestará con otras palabras que estén relacionadas con ella. Las palabras “gancho” pueden ser: invierno, primavera, sol, jardín, casa, animal, panadería, tranquilidad, felicidad, amor, tristeza, belleza, etc.

Para terminar, se pedirá a los participantes que cada uno diga una palabra agradable, que encaje con la persona que tiene a su derecha.

Taller N° 3

Ejercicios respiratorios

Técnica: Caja con objetos

Objetivos:

- Potenciar y estimular la memoria, y prevenir la aparición y desarrollo de trastornos de la misma.
- Proponer el desafío de conocer la capacidad mnémica de cada uno.
- Estimular el uso de la memoria como función yoica.

Procedimiento (actividad):

Esta actividad consiste en presentar una caja con 14 objetos de diferentes tamaños y formas, los que serán mostrados uno por uno delante de todo el grupo. Una vez mostrados, la consigna será memorizar cada uno de ellos y luego, de manera individual, escribir en una hoja la mayor cantidad de objetos que recuerden haber visto.

Técnica: Activando la atenciónObjetivos:

- Fomentar la atención y concentración.
- Potenciar la memoria, prevenir la aparición y desarrollo de trastornos cognitivos.
- Fomentar la comunicación verbal.

Procedimiento (actividad):

Para esta actividad, se deben tener preparados algunos textos cortos en los que aparezcan: fechas y datos en un número superior al de participantes. Suelen funcionar bien las biografías cortas de personajes famosos que les sean próximos a ellos o cuentos cortos populares, con una duración que su lectura no exceda los tres minutos.

Después de pedir a los participantes que presten toda su atención en escuchar lo que se va a leer, especialmente los datos (año de nacimiento o de boda, número de hijos, nombres, etc.) que irán apareciendo, se empezará la lectura. Esta debe ser lenta, bien pronunciada y remarcando cada uno de los datos factibles de ser recordados.

Cuando se termina la lectura, se empezará a preguntar cosas sobre lo leído. Esto se puede hacer de dos maneras diferentes: dirigiéndose a cada uno con una pregunta concreta, sobre algo concreto: ¿dónde nació...? ¿Cómo se llamaba...? ó pidiéndoles en general y a cada uno que diga algún dato que recuerden.

Taller N° 4**Ejercicios respiratorios****Técnica: Toca- toca**Objetivos:

- Estimular el léxico y la memoria a través del tacto.
- Fomentar la atención y la concentración.
- Prevenir trastornos de memoria y fomentar la comunicación verbal.
- Trabajar el tacto y la memoria inmediata relacionada con este sentido.

Procedimiento (actividad):

Para esta actividad se necesita un número igual al número de participantes, de objetos de pequeño y mediano tamaño, puede ser cualquier objeto no mayor que un puño y que no sea punzante, cortante o que se pueda romper. También se necesitará una bolsa, mejor de tela, en la que se pueda poner todos los objetos.

Para empezar, se reparte un objeto a cada uno de los participantes, que como siempre estarán sentados en un semicírculo. Se pide y explica a cada uno de ellos, que toquen y palpén muy bien el objeto con el fin de memorizar su forma y su textura, ya que después los introducirán todos en la bolsa y cada uno de ellos tendrá que encontrar dentro de la bolsa y sin mirar, el objeto que ha tenido en sus manos.

Una vez que tenga cada participante el objeto en sus manos, se les pide que mientras tocan y examinan el objeto, cada uno por turno, explique qué sensaciones le provoca y qué recuerdos le trae en su cabeza el objeto que tienen entre sus manos.

Cuando todos y cada uno de los participantes termina de dar sus explicaciones, se procede a recoger los objetos y uno a uno irán introduciéndolos en la bolsa. Luego se revuelve con gran alarde para aumentar la dificultad de encontrarlos. Después se deposita la bolsa en el regazo del primer participante, quien metiendo la mano en la bolsa y sin mirar dentro, irá palpando. Cuando crea que ya ha encontrado “su” objeto, lo sacará y mostrará a los demás, que lo obsequiarán con un aplauso.

Se introduce de nuevo el objeto en la bolsa y entregándola al siguiente participante, se repite la misma acción, y así con cada uno de los asistentes. Es conveniente que cada participante “logre” sacar su objeto, aunque para ello, se tenga que ofrecer una disimulada ayuda.

Taller N° 5

Ejercicios respiratorios**Técnica: Ejercicios faciales o el juego de las muecas**Objetivos:

- Mantener y mejorar las capacidades físicas.
- Activar y potenciar los músculos faciales.

-Mejorar la circulación sanguínea de la zona.

-Mejorar la coordinación de movimientos y la simetría corporal.

Procedimiento (actividad):

Se llevan a cabo los siguientes ejercicios:

- Elevar las cejas durante tres segundos y volver a la posición normal, repitiendo cinco veces y descansar.
- Arrugar la frente tres segundos y relajarla. Repetirlo cinco veces y descansar.
- Hinchar los cachetes todo lo posible y mantenerlos tres segundos hinchados, soltar el aire y repetirlo cinco veces. Descansar.
- Emitir un silbido (aunque no suene) durante cinco segundos, descansar y repetirlo cinco veces.
- Arrugar la nariz, durante cinco segundos y descansar. Repetirlo cinco veces.
- Abrir la boca al máximo, manteniéndola abierta tres segundos, descansar y repetirlo cinco veces.
- Mover la boca a la derecha durante tres segundos y después a la izquierda, tres segundos más. Repetirlo cinco veces a cada lado y descansar.
- Abrir al máximo los ojos durante tres segundos, luego cerrarlos fuerte tres segundos más y descansar.
- Guiñar los ojos alternativamente, cinco veces con cada ojo.
- Apretar los dientes durante cinco segundos, descansar y repetirlo cinco veces.

Técnica: Ejercicios de cabeza y cuello

Objetivos:

-Mantener y mejorar las capacidades físicas.

-Aumentar la movilidad y potenciar la musculatura del cuello.

-Mejorar el sentido del equilibrio, paliar la sensación de mareos y evitar caídas.

Procedimiento (actividad):

Sentados en las sillas en semicírculo, se pide a los participantes que para estos movimientos de cabeza y cuello, dejen de recostarse en sus asientos por un momento, echando sus “colas” hacia atrás y manteniendo la espalda recta, sin apoyarla en el respaldo.

Después de cada tanda de movimientos, se les recuerda esta actitud de mantener la espalda recta.

Estos movimientos se realizan en una secuencia lenta, suave y progresiva, para evitar mareos.

Primero: Con la cara levantada, mirando al frente, girar la cabeza hacia la derecha como si se quisiera ver lo que hay detrás. Mantenerla aquí tres segundos y volver la cabeza en su posición inicial. Hacer el mismo movimiento hacia la izquierda. Repetirlo cinco veces a cada lado y descansar.

Segundo: Todo es exactamente como el anterior, pero ahora en vez de girar la cabeza, se la inclina como si se quisiera tocar el hombro con la oreja, pero sin levantar el hombro. Cinco veces a la derecha y cinco a la izquierda y descansar.

Tercero: Girar un poco la cabeza hacia la derecha y en esta posición, se baja la barbilla hasta tocar la clavícula. Sin levantar la cabeza, se gira lentamente el cuello como si se quisiera ver el techo con el ojo izquierdo, lentamente pero forzando el giro. Descansar y repetir lo mismo en el lado izquierdo y mirando hacia la derecha. Se puede hacer tres veces a cada lado.

Taller N° 6

Ejercicios respiratorios**Técnica: Ejercicios de hombros**Objetivos:

- Mantener y mejorar las capacidades físicas.
- Aumentar y mantener la movilidad de la articulación escapular.
- Potenciar la musculatura de los hombros y la parte troncal del cuerpo.

Procedimiento (actividad):

Se realizan los siguientes ejercicios:

Primero: Primero se estira el brazo derecho hacia adelante como si se quisiera tomar alguna cosa que esta lejos. Después lentamente se va levantado este brazo estirado hasta ponerlo vertical, una vez arriba se saluda con la mano abierta y girando la muñeca, durante tres segundos; después se baja el brazo despacio y se repite el mismo movimiento con el brazo izquierdo. Cinco veces con cada brazo.

Segundo: Simulando el movimiento de hombros de cuando se dice “a mí qué”, se suben los hombros y se mantienen subidos durante tres segundos, luego se bajan relajándolos. Se repite el mismo movimiento seis veces, descansando diez segundos entre cada subida de hombros.

Tercero: Se colocan las manos detrás de la nuca y con suavidad se llevan los codos hacia atrás y después hacia delante, repitiendo este movimiento seis veces seguidas. Para quienes tengan dificultad en poner las manos detrás de la nuca, pueden ponerlas tapándose las orejas.

Cuarto: Con las manos tocándose los hombros, se harán círculos con los codos. Cinco veces girando hacia adentro y cinco girando hacia fuera.

Quinto: Se colocarán ambas manos sobre el estómago con los dedos entrelazados. Con la espalda recta, se iniciará un movimiento de rotación hacia delante con el hombro derecho cinco veces e invirtiendo el sentido de rotación se rotará cinco veces más. Luego se descansa y se repite lo mismo con el hombro izquierdo.

Técnica: Ejercicios de manos y muñecas

Objetivos:

- Mantener y mejorar las capacidades físicas.
- Prevenir rigideces y bloqueos articulares en muñecas y dedos de las manos.
- Mantener y mejorar la coordinación de movimientos y aumentar la independencia funcional.

Procedimiento (actividad):

Se llevan a cabo los siguientes ejercicios:

Primero: Se coloca la mano derecha sobre la rodilla derecha, con la palma hacia abajo y la mano izquierda sobre la rodilla izquierda, con la palma hacia arriba. A

partir de esta posición se contará uno, dos y tres, y se girará las dos manos al mismo tiempo (La derecha palma arriba y la izquierda palma abajo). Así sucesivamente diez o doce veces.

Segundo: Con los antebrazos pegados al cuerpo, se tomarán las manos entrelazando los dedos. Las manos deben quedar un poco por debajo de la barbilla. Sin mover los brazos, se inclinan las manos hacia la derecha primero y luego hacia la izquierda. Diez veces a cada lado.

Después de descansar, con los brazos y manos en la misma posición anterior; sin mover los brazos, se girarán las manos hacia abajo y luego hacia el pecho, repitiendo el movimiento diez veces en cada sentido.

Por último y después de descansar, se colocarán los brazos y manos en la misma posición y se girarán las muñecas un sentido de rotación: derecha, abajo, izquierda y hacia el pecho. Se harán diez giros hacia la derecha y diez hacia la izquierda.

Tercero: (Contar con los dedos) Mostrando las palmas de ambas manos y siguiendo la voz del coordinador, se tocarán la yema del dedo pulgar con la del dedo índice, luego el pulgar con el dedo medio, luego el pulgar con el dedo anular y finalmente el pulgar con el dedo meñique. Y así se repetirá, con ambas manos a la vez, mientras el coordinador va diciendo en voz alta: índice, medio, anular y meñique. Después de una docena de repeticiones, se invertirá el sentido ordenando con la voz: meñique, anular, medio e índice.

Cuarto: Se mostrarán las manos con las palmas hacia abajo. Se separarán los dedos entre sí lo máximo posible durante tres segundos y se cerrará el puño fuertemente durante diez segundos, para luego abrir la mano y relajarla. Se repetirá cinco veces.

Taller N° 7

Ejercicios respiratorios

Técnica: Ejercicios de los pies

Objetivos:

-Mantener y mejorar las capacidades físicas.

- Prevenir rigideces y bloqueos articulares en los tobillos.
- Mejorar la coordinación y amplitud de movimientos.
- Aumentar la independencia funcional.
- Desinhibir la expresión oral, activar la concentración y la memoria.

Procedimiento (actividad):

Se realizan los siguientes ejercicios:

Primero: Se levantarán las puntas de los pies, sin levantar los tacones del suelo. Se aguantará cinco segundos en esta posición y se descansarán los pies en el suelo para repetir el mismo ejercicio entre cinco y diez veces.

Segundo: Simulando el antiguo baile “con la punta y el tacón”, se levantarán sucesivamente el tacón (punta en el suelo) y la punta (tacón en el suelo). Con movimiento lento repetiremos la acción diez veces.

Tercero: Con los pies en el suelo y juntos, se abrirán las puntas sin separar los tacones y se cerrarán de nuevo las puntas. Se repite el movimiento diez veces.

Cuarto: Se esconderá la pierna izquierda debajo la silla y con la derecha sin levantarla del suelo, se escribe un círculo, cuanto más grande mejor, rodando cinco veces hacia fuera y cinco veces hacia adentro. Se descansa y luego se repite lo mismo con la pierna izquierda, escondiendo la derecha debajo de la silla.

La cuenta de las repeticiones la harán en voz alta y de forma sucesiva, cada uno de los participantes.

Técnica: Ejercicios de piernas

Objetivos:

- Mantener y mejorar las capacidades físicas.
- Prevenir bloqueos articulares en las rodillas.
- Facilitar la movilidad de la articulación y mantener o mejorar la coordinación y amplitud de movimientos.
- Desinhibir la expresión oral, activar la concentración y la memoria.

Procedimiento (actividad):

Se realizan los siguientes ejercicios:

Primero: Se levantará la pierna derecha y se la mantendrá estirada y lo más elevada posible, mientras un participante cuenta en voz alta del 10 hasta el 1. Llegado al uno, se baja la pierna y se repite lo mismo pero con la pierna izquierda. Ahora se encargará de contar del 10 al 1, el siguiente participante y así se va repitiendo hasta haber contado en voz alta todos los participantes o repetirlo al menos cinco veces con cada pierna.

Segundo: A este ejercicio lo llamamos “subir escaleras”. Se levantará la rodilla derecha hasta donde se pueda, luego se baja y se levanta la izquierda. Todos juntos en voz alta contarán del uno al diez. Llegado el diez se descansará durante 30 segundos.

Tercero: Este ejercicio es muy parecido al primero, solo que ahora una vez estirada y levantada la pierna derecha, se hará girar el pie diez vueltas hacia la derecha y diez vueltas hacia la izquierda. Después de descansar unos 30 segundos, se repetirá exactamente lo mismo pero con la pierna izquierda.

Taller N° 8

Ejercicios respiratorios

Técnica: Taller de abalorios

Objetivos:

- Mantener y mejorar la motricidad manual.
- Potenciar la autoestima y el sentimiento de utilidad.
- Promover la interrelación, la creatividad y el trabajo en grupo.
- Mejorar la coordinación viso manual.

Procedimiento (actividad):

Esta actividad consiste en realizar collares, pulseras, pendientes o adornos, en un ejercicio de ensartar objetos en un cordón, cinta o tanza. Puede hacerse de libre creación de cada participante o a partir de la referencia de un modelo.

Además se realizarán sobres de regalo, ya que estos adornos serán entregados a diferentes personas que cada uno elija, con lo cual, además de mantener y aumentar la destreza manual y la coordinación viso manual, también se logrará el

aumento de la autoestima y la sensación de sentirse útiles, además se potenciará su concentración y creatividad.

Taller N° 9

Ejercicios respiratorios

Técnica: Taller de reciclaje

Objetivos:

- Mantener y mejorar la motricidad manual.
- Potenciar la autoestima y el sentimiento de utilidad.
- Promover la interrelación y el trabajo en grupo.
- Mejorar la coordinación viso manual.
- Activar los mecanismos de aprendizaje.
- Potenciar la concentración y la creatividad.

Procedimiento (actividad):

La importancia de este trabajo reside en el hecho de conseguir un bonito regalo, aprovechando algo tan abundante en las residencias como son las cajas de guantes vacías.

Se pedirá con anterioridad a los participantes que guarden 3 cajas de guantes que ya no se utilicen en la residencia. Para luego, separados en tres grupos puedan realizar el trabajo.

En primer lugar, se forrarán las cajas con papel higiénico, procediendo de la forma siguiente: se pinta con plasticola una parte de la caja y a continuación se le van pegando trozos de papel higiénico, procurando que estos trozos sobresalgan tanto por la parte de abajo de la caja como por la parte del agujero superior, para finalmente encolar, doblar y pegar las partes que sobresalen, hacia abajo y hacia dentro del agujero.

Terminada esta primera capa, se repetirá la misma operación pero esta vez se procurará que al pegar el papel higiénico vaya formando arrugas desiguales. Por último, se pegará una tercera capa, arrugando el papel hasta conseguir una superficie extremadamente rugosa. Luego, se pintará toda la caja con los pinceles y las pinturas de color, y se roseará con brillantina.

A esta caja terminada, se le puede dar utilidades muy variadas que van desde servilletero, hasta caja para guardar los tiques mensuales de las compras, etc.

Taller N° 10

Ejercicios respiratorios

Técnica: El arca de Noé

Objetivos:

- Reflexionar acerca de la importancia de las relaciones con pares.
- Fomentar y mantener relaciones interpersonales.
- Comprender la importancia de la suma de individualidades en cada grupo y el respeto por las mismas.

Procedimiento (actividad):

Esta técnica consiste en colocar un papel afiche grande y dibujar un arca preparada para zarpar, con nubes negras acercando el diluvio universal. Además se recortan figuras de animales identificados por su conducta, por ejemplo:

- Mono: el gracioso.
- Jirafa: el que mira a todos desde lo alto.
- Hormiga: trabajadora y constante.
- Búho: silencioso, pero atento.
- Pato criollo: el torpe.
- Gallo: el peleador, altanero.
- Perro: el amigo fiel.
- Gato: el libre.
- Caballo: constante, trabajador, noble.
- Elefante: memorioso, tranquilo.
- Serpiente: traicionera.
- Cerdo: desordenado, desprolijo.
- Gallina: miedosa.
- León: el rey del grupo, cómodo.
- Lince: habilidoso para ver de lejos.

-Tigre: agresivo.

-Delfín: inteligente, creativo.

Luego se presenta a cada animal con sus características y se invita al grupo a pensar en una situación: se va a producir un diluvio universal y existe la posibilidad de salvar algunas especies animales en el arca. La selección se hará de manera personal, argumentando el por qué de la misma, enunciando la importancia de las actitudes del animal elegido en la vida de un grupo.

Taller N° 11

Ejercicios respiratorios

Técnica: Taller de música

Objetivos:

- Reconocer instrumentos musicales y conectarse con los sonidos.
- Reconocer diversos estilos de canciones y fomentar la habilidad auditiva.
- Utilizar la música como medio de expresión y creación.

Procedimiento (actividad):

Esta actividad consiste en presentar ante los participantes una gran variedad de instrumentos musicales, para que puedan reconocerlos, escuchar sus sonidos y luego poder identificarlos en diferentes canciones.

Luego se presentan canciones de diferentes épocas y estilos, haciendo el reconocimiento del tipo de canción y de los instrumentos que se escuchan en cada una de ellas.

Algunos de los instrumentos presentados fueron: órgano, guitarra, armónica, castañuelas, pandereta, flauta, cicus, matraca, entre otros.

Las canciones que se escucharon fueron: folklóricas, clásicas, españolas, actuales, viejas, etc.

Para finalizar esta actividad se escuchó una canción de Soledad Pastoruti llamada “Para todos brilla un sol”, y se pidió a cada participante que hiciera algún comentario sobre el contenido de la letra de esta canción.

Taller N° 12

Ejercicios respiratorios**Técnica: Taller de danza**Objetivos:

- Fomentar la actividad física a través de la danza.
- Elaborar formas de expresión y comunicación corporal.
- Realizar ejercicios de danzas folklóricas que contribuyan a la diversión de los participantes.
- Conocer elementos de danzas folklóricas y aprender a utilizarlos.

Procedimiento (actividad):

En este taller se presenta en primer lugar la música de las dos danzas con las que se trabajará: la cueca y la zamba. Luego se hará la presentación del elemento que se aprenderá a utilizar, el cual es indispensable en estas dos danzas: el pañuelo.

A continuación, se realizarán diversos ejercicios de pañuelo acompañados con la música correspondiente. Se harán varias repeticiones de cada ejercicio, alternándolos con períodos de descanso.

Taller N° 13

Ejercicios respiratorios**Técnica: Collage del envejecimiento**Objetivos:

- Generar un espacio de intercambio de información y conocimientos en relación al envejecimiento.
- Favorecer el debate y la reflexión.
- Fomentar un acercamiento al concepto de envejecimiento activo.

Procedimiento (actividad):

El taller consiste en crear un espacio que abra al debate y a la libre expresión de las ideas de los participantes en relación a los siguientes interrogantes:

-¿Qué entienden por envejecimiento?

-¿Qué sienten al envejecer?

-¿Qué cambios hay?

-¿Hay diferentes formas de envejecer?

La técnica implementada será la de comparar a través de imágenes y frases que encuentren en revistas los dos tipos de envejecimiento: el clásico o pasivo y el satisfactorio o activo.

Con las imágenes y frases que encuentren y recorten de las revistas deberán armar dos carteles correspondientes a los dos tipos de envejecimiento. Una vez terminados los dos collages los participantes deberán explicar por qué creen que cada figura elegida formaría parte de ese envejecimiento.

Taller N° 14

Ejercicios respiratorios

Técnica: El centro de mesa navideño

Objetivos:

- Activar los mecanismos de aprendizaje y mejorar la coordinación visual y manual.
- Potenciar la concentración y la creatividad.
- Aumentar la autoestima y la sensación de utilidad.
- Promover la interrelación y trabajo en grupo.
- Valorar el aporte de sí mismos y de sus compañeros para llegar a una producción final.

Procedimiento (actividad):

Esta actividad se trata de realizar un pequeño árbol de navidad, para ser utilizado como centro en las mesas del comedor.

Los participantes trabajarán juntos para realizar cuatro centros de mesa correspondientes a las cuatro mesas que hay en el comedor.

Lo primero será sacar el molde del árbol de navidad. Para ello se tomará un papel y se doblará por la mitad a lo largo. De esta forma solo se tendrá que dibujar la

mitad derecha o izquierda del árbol, luego se recorta y al abrirlo se tendrá un árbol totalmente simétrico. Luego con la ayuda del molde, se dibujará en una cartulina de color verde, dos árboles y con el mismo sistema y la ayuda de un CD, se dibujará un círculo que servirá de base.

Una vez dibujadas las tres figuras en la cartulina, se procederá a recortarlas. Después a uno de los árboles se le realizará un corte vertical en el centro que vaya desde la punta superior hasta la mitad, y en el otro se hará el mismo corte pero desde el final inferior del tronco hasta la mitad del árbol.

Para armar el árbol de navidad, se introducirá la parte con el corte inferior dentro del corte superior de la otra parte, formando, visto desde arriba, una cruz. Luego se doblará el tronco un centímetro para poderlo pegar sobre la base circular y así se tendrá montado el árbol. A partir de aquí, la decoración del árbol navideño ya depende de los gustos personales de los participantes. Se podrá poner una estrella culminando el árbol, pegarle algodón, bolitas de papel de colores, estrellitas o simular cajitas de regalos.

5º paso: Una vez terminada la aplicación de la serie de talleres con el grupo experimental, se tomaron nuevamente las técnicas de calidad de vida a ambos grupos, es decir, se aplicaron las pospruebas.

De esta manera quedó medida la variable dependiente (calidad de vida) antes y después de la manipulación de la variable independiente (talleres artísticos) en el grupo experimental. A la misma vez, también, se obtuvo la medida de la variable dependiente en el grupo de control, donde no se aplicó el tratamiento de la variable independiente. Así, posteriormente, se podrán computar la magnitud de los cambios y se podrán obtener las comparaciones entre ambos grupos evaluados.

Además, durante todo el procedimiento se tuvieron en cuenta, una serie de datos socio- demográficos para descartar posibles variables extrañas que pudieran afectar la validez de los resultados.

6º paso: Para finalizar este proceso se llevó a cabo una técnica de cierre, la cual se realizó con los miembros de ambos grupos.

Técnica: El sombrero preguntón.Objetivos:

- Reflexionar sobre el proceso realizado.
- Permitir que cada miembro del grupo exprese sus vivencias en relación con el trabajo realizado grupalmente.
- Expresar sentimientos y pensamientos personales.
- Expresar los aspectos positivos y negativos de la experiencia.

Procedimiento (actividad):

Se invita a los participantes del grupo experimental y del grupo de control a sentarse en una ronda. Una vez ubicados, se les muestra un sombrero, cuya característica principal es hacer pensar a las personas y que puedan expresar lo que sienten, es decir, que cuando el sombrero llegue a cada uno de ellos deberán contestar a los siguientes interrogantes:

- ¿Qué les pareció el trabajo realizado?
- ¿Qué tres aprendizajes se llevan?
- ¿Qué sentimientos nuevos surgieron?
- ¿Qué les gustaría seguir haciendo?
- ¿Qué planes y proyectos emprenderán?

Una vez que el sombrero de toda la vuelta, el coordinador será el último que se coloque el sombrero, contestando así las mismas preguntas que lo demás participantes.

CAPÍTULO VI

I Presentación y Análisis de los Resultados I

La etapa que sigue a la recolección de datos es la clasificación, es decir la agrupación de la información de acuerdo a las variables que son objeto de estudio.

Para permitir una rápida evaluación, descripción y comparación de las respuestas obtenidas, se presentaran los datos ordenados en tablas y gráficos diferentes y así se pondrán de manifiesto los fenómenos expresados por los participantes en cada una de la escalas aplicadas.

Para una mejor lectura de los datos, se llevó a cabo una división de tablas, gráficos y análisis por técnica aplicada.

VI.1- La Escala de Satisfacción con la Vida (Satisfaction with Life Scale – SWLS, Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985).

Tabla 1: Pueden observarse los datos correspondientes al grupo experimental y al grupo de control en la Escala de Satisfacción con la Vida (Satisfaction with Life Scale – SWLS, Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985), tanto las prepruebas como las pospruebas.

I.C	CORRESPONDENCIA	L.SUP	L.INF	P.C	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
					frecuencia Preprueba	frecuencia Posprueba	frecuencia Preprueba	frecuencia Posprueba
5- 9	Extremad. Insatisfecha	9,5	4,5	7	1	0	1	1
10-14	Insatisfecha	14,5	9,5	12	1	0	1	1
15-19	Liger.x debajo de la media	19,5	14,5	17	1	2	1	1
20- 24	Media	24,5	19,5	22	3	3	1	0
25- 29	Alta	29,5	24,5	27	2	1	2	5
30- 35	Muy alta	35,5	29,5	32	1	3	3	1

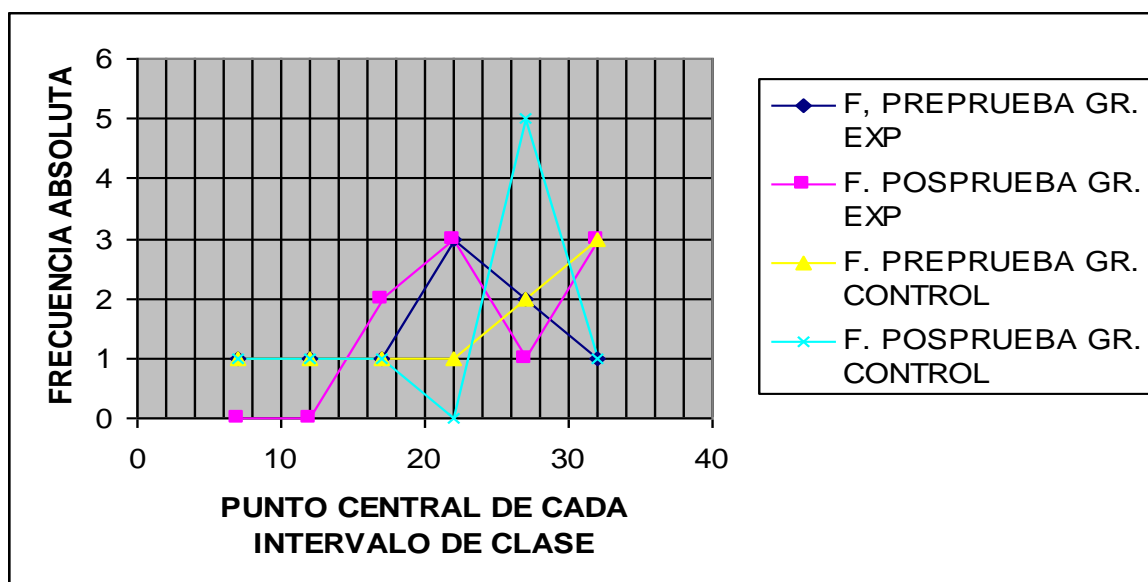


Figura 1: Polígono de frecuencia absoluta para comparar los resultados obtenidos a partir de la toma de la Escala de Satisfacción con la Vida en dos grupos, experimental y de control, de 9 personas cada uno.

VI.1.1- Análisis descriptivo

A partir de los datos obtenidos, se puede observar que en ambos grupos, tanto en las prepruebas como en las pospruebas, la mayor cantidad de frecuencias se presentan de la puntuación media hacia arriba (media, alta, muy alta).

Además, en la posprueba del grupo experimental, disminuyeron a una frecuencia cero las dos categorías más bajas de puntuación (extremadamente insatisfecha e insatisfecha), por lo que se puede deducir que la situación actual de participación en actividades artísticas pudo haber influido de alguna manera en este cambio.

También se puede observar, que en el grupo de control se mantienen las mismas frecuencias en las puntuaciones más bajas (extremadamente insatisfecha, insatisfecha y ligeramente por debajo de la media), tanto en las prepruebas como en las pospruebas. No así en el resto de las puntuaciones, donde se ve que la mayor cantidad

de frecuencias, en las prepruebas, está ubicada en la puntuación más alta (muy alta) y luego disminuye, en las pospruebas, aumentando la frecuencia de la puntuación anterior (alta).

Esta escala evalúa la valoración global que la persona hace sobre su vida, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que esperaba obtener, sus expectativas. Teniendo en cuenta esto, se observa que en una evaluación global sobre sus vidas, los sujetos, además de tener en cuenta todo lo ya vivido y logrado hasta el momento, también incluyen en su evaluación lo que están viviendo en el presente, por ello es que se presenta un aumento positivo en las frecuencias posprueba del grupo experimental.

VI.1.2- Aplicación de la prueba de la diferencia de medias para dos grupos con muestras no independientes o apareadas (Ritchey Ferris, 2002)

VI.1.2.1- Pasos de la inferencia estadística para el grupo experimental:

1-Hipótesis estadística: No existen modificaciones significativas en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que participan en la realización de actividades artísticas.

Hipótesis alternativa: Existen modificaciones significativas en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que participan en la realización de actividades artísticas.

2- Media de las puntuaciones preprueba: 20,9

Media de las puntuaciones posprueba: 25,1

3- Nivel de significancia: $\alpha = 0,05$ (es decir, un 95% de confianza). De dos colas o no direccional.

Valor crítico de la prueba: $t_{\alpha} = 2,3$

4- Efecto de la prueba: $D = 4,22$

Estadístico de la prueba: $t_D = 3,15$ EE

5- Decisión de rechazo: $[t_D] > [t_{\alpha}]$ es decir: $3,15 > 2,3$

Rechace la Hipótesis estadística y acepte la Hipótesis alternativa, al nivel de 95% de confianza.

VI.1.2.1.a- Interpretación: Análisis correlacional

A partir de los datos obtenidos se puede corroborar que existen modificaciones significativas en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que participan en la realización de actividades artísticas.

Estas modificaciones significativas se traducen en un aumento promedio de 4,22 puntos en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que realizan actividades artísticas.

Por lo tanto, se concluye con un 95% de confianza que la diferencia de 4,22 puntos en la Escala de Satisfacción con la Vida (Satisfaction with Life Scale – SWLS, Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985) entre las mediciones antes y después del tratamiento, fue tan grande que probablemente no se debió al error de muestreo esperado.

VI.1.2.2- Pasos de la inferencia estadística para el grupo de control:

1-Hipótesis estadística: No existen modificaciones significativas en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que no realizan ningún tipo de actividad artística.

Hipótesis alternativa: Existen modificaciones significativas en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que no realizan ningún tipo de actividad artística.

2- Media de las puntuaciones preprueba: 22,9

Media de las puntuaciones posprueba: 22,8

3- Nivel de significancia: $\alpha = 0,05$ (es decir, un 95% de confianza). De dos colas o no direccional.

Valor crítico de la prueba: $t_{\alpha} = 2,3$

4- Efecto de la prueba: $D = -0,11$

Estadístico de la prueba: $t_D = -0,2 EE$

5- Decisión de rechazo: $[t_D] < [t_{\alpha}]$ es decir: $-0,2 < 2,3$

Rechace la Hipótesis alternativa y acepte la Hipótesis estadística, al nivel de 95% de confianza.

VI.1.2.2.a- Interpretación: Análisis correlacional

A partir de los datos obtenidos se puede corroborar que no existen modificaciones significativas en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que no realizan ningún tipo de actividad artística.

Esto queda demostrado a través de los resultados obtenidos, donde si bien se presenta una disminución promedio de -0,11 puntos en la calidad de vida evaluada en la Escala de Satisfacción con la Vida (Satisfaction with Life Scale – SWLS, Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985) entre las mediciones preprueba y posprueba, se puede concluir con un 95% de confianza que esta disminución no llega a ser significativa.

VI.2- La Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale – PGCMS, Lawton, 1972).

Tabla 2: Pueden observarse los datos correspondientes al grupo experimental y al grupo de control en la Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale – PGCMS, Lawton, 1972), tanto las prepruebas como las pospruebas.

I.C	CORRESPONDENCIA	L.SUP	L.INF	P.C	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
					frecuencia Preprueba	frecuencia Posprueba	frecuencia Preprueba	frecuencia Posprueba
0- 5	Baja	5,5	0	2,75	2	0	2	1
6- 9	Media Baja	9,5	5,5	7,5	5	3	3	7
10-13	Media Alta	13,5	9,5	11,5	1	4	2	0
14-17	Alta	17,5	13,5	15,5	1	2	2	1

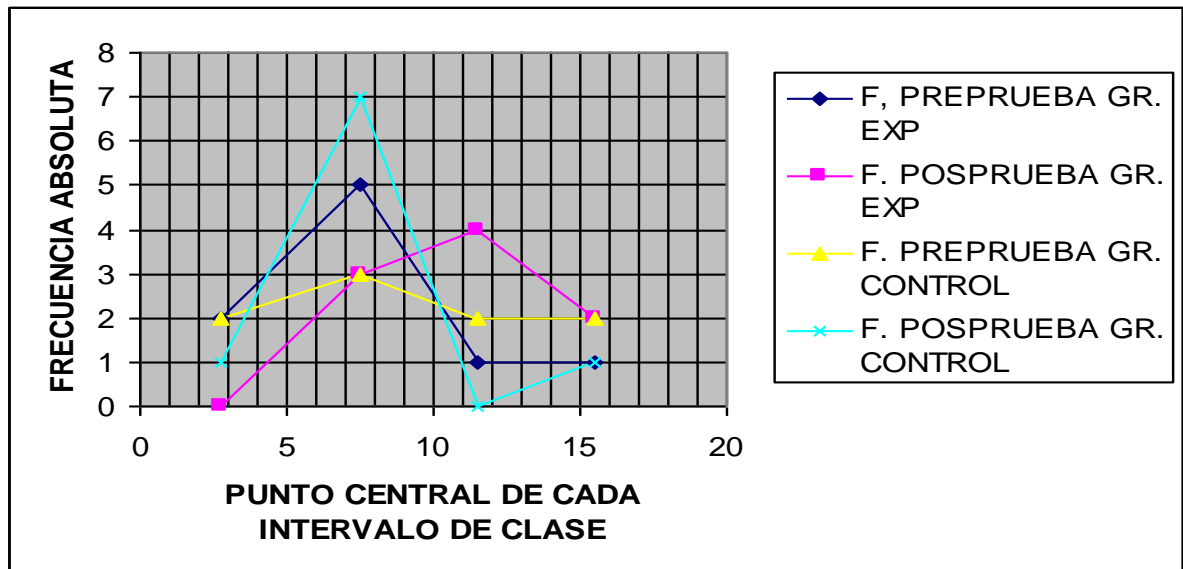


Figura 2: Polígono de frecuencia absoluta para comparar los resultados obtenidos a partir de la toma de la Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia en dos grupos, experimental y de control, de 9 personas cada uno.

VI.2.1- Análisis descriptivo

Teniendo en cuenta los datos arrojados por esta escala se puede ver que en las prepruebas del grupo experimental la mayor cantidad de frecuencias están acumuladas en las puntuaciones más bajas (baja y media baja), no así en las prepruebas del grupo de control donde la distribución de frecuencias es más equitativa.

A partir de esta data se puede deducir que el grupo experimental se encuentra al momento de las prepruebas con un nivel inferior de bienestar con su situación actual en los tres sentidos que evalúa esta escala: actitud hacia el propio envejecimiento, insatisfacción con la soledad, y ansiedad o inquietud.

Al observar las frecuencias de las pospruebas, se puede ver que en el grupo experimental, se invirtió el resultado, obteniendo mayores frecuencias en las puntuaciones más altas (media alta y alta), en cambio, en el grupo de control se concentraron la mayor cantidad de frecuencias en la puntuación: media baja.

VI.2.2- Aplicación de la prueba de la diferencia de medias para dos grupos con muestras no independientes o apareadas (Ritchey Ferris, 2002)

VI.2.2.1- Pasos de la inferencia estadística para el grupo experimental:

1-Hipótesis estadística: No existen modificaciones significativas en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que participan en la realización de actividades artísticas.

Hipótesis alternativa: Existen modificaciones significativas en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que participan en la realización de actividades artísticas.

2- Media de las puntuaciones preprueba: 7,8

Media de las puntuaciones posprueba: 11,2

3- Nivel de significancia: $\alpha = 0,05$ (es decir, un 95% de confianza). De dos colas o no direccional.

Valor crítico de la prueba: $t_{\alpha} = 2,3$

4- Efecto de la prueba: $D = 3,44$

Estadístico de la prueba: $t_D = 3,74$ EE

5- Decisión de rechazo: $[t_D] > [t_{\alpha}]$ es decir: $3,74 > 2,3$

Rechace la Hipótesis estadística y acepte la Hipótesis alternativa, al nivel de 95% de confianza.

VI.2.2.1.a- Interpretación: Análisis correlacional

A partir de los datos obtenidos se puede corroborar que existen modificaciones significativas en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que participan en la realización de actividades artísticas.

Estas modificaciones significativas se traducen en un aumento promedio de 3,44 puntos en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que realizan actividades artísticas.

Por lo tanto, se concluye con un 95% de confianza que la diferencia de 3,44 puntos en la Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale – PGCMS, Lawton, 1972) entre las mediciones antes y después del tratamiento, fue tan grande que probablemente no se debió al error de muestreo esperado.

VI.2.2.2- Pasos de la inferencia estadística para el grupo de control:

1- Hipótesis estadística: No existen modificaciones significativas en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que no realizan ningún tipo de actividad artística.

Hipótesis alternativa: Existen modificaciones significativas en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que no realizan ningún tipo de actividad artística.

2- Media de las puntuaciones preprueba: 9,8

Media de las puntuaciones posprueba: 8,1

3- Nivel de significancia: $\alpha = 0,05$ (es decir, un 95% de confianza). De dos colas o no direccional.

Valor crítico de la prueba: $t_{\alpha} = 2,3$

4- Efecto de la prueba: $D = -1,66$

Estadístico de la prueba: $t_D = -0,85 EE$

5- Decisión de rechazo: $[t_D] < [t_{\alpha}]$ es decir: $-0,85 < 2,3$

Rechace la Hipótesis alternativa y acepte la Hipótesis estadística, al nivel de 95% de confianza.

VI.2.2.2.a- Interpretación: Análisis correlacional

A partir de los datos obtenidos se puede corroborar que no existen modificaciones significativas en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que no realizan ningún tipo de actividad artística.

Esto queda demostrado a través de los resultados obtenidos, donde si bien se presenta una disminución promedio de -1,66 puntos en la calidad de vida evaluada en la Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale – PGCMS, Lawton, 1972) entre las mediciones preprueba y posprueba, se puede concluir con un 95% de confianza que esta disminución no llega a ser significativa.

VI.3- La Escala de Calidad de Vida de Flanagan (Quality of Life Scale, Flanagan, 1982).

Tabla 3: Pueden observarse los datos correspondientes al grupo experimental y al grupo de control en la Escala de Calidad de Vida de Flanagan (Quality of Life Scale, Flanagan, 1982), tanto las prepruebas como las pospruebas.

I.C	CORRESPONDENCIA	L.SUP	L.INF	P.C	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
					frecuencia Preprueba	frecuencia Posprueba	frecuencia Preprueba	frecuencia Posprueba
0,5 -1,5	Terrible	1,5	0,5	1	0	0	0	0
1,51-2,5	Desagradable	2,5	1,5	2	1	0	1	1
2,51-3,5	Insatisfecho	3,5	2,5	3	1	0	1	2
3,51-4,5	Indiferente	4,5	3,5	4	6	0	5	6
4,51-5,5	Satisfecho	5,5	4,5	5	1	2	2	0
5,51-6,5	Agradable	6,5	5,5	6	0	7	0	0
6,51-7,5	Muy placentero	7,5	6,5	7	0	0	0	0

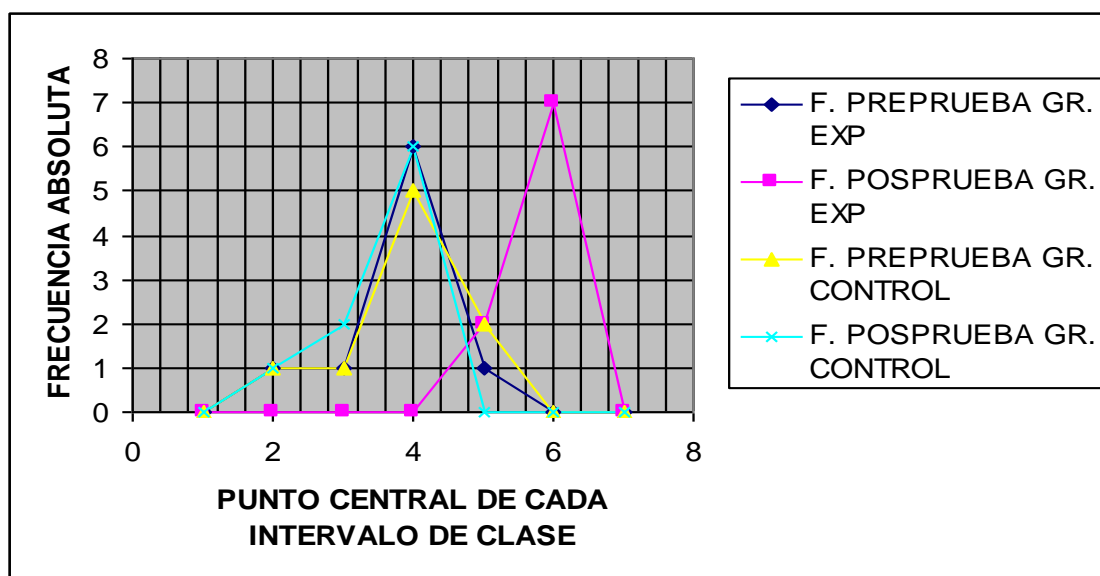


Figura 3: Polígono de frecuencia absoluta para comparar los resultados obtenidos a partir de la toma de la Escala de Calidad de Vida de Flanagan en dos grupos, experimental y de control, de 9 personas cada uno.

VI.3.1- Análisis descriptivo

Se puede observar que las prepruebas de ambos grupos arrojaron resultados muy similares, concentrándose la mayor cantidad de frecuencias en la puntuación media (indiferente).

Al observar las pospruebas, se puede ver que en el grupo experimental, se concentraron la totalidad de las frecuencias en las puntuaciones: satisfecho, y sobre todo en la puntuación agradable. En cambio, en las posprueba del grupo de control, la mayor frecuencia se mantuvo en la puntuación indiferente, pero también se obtuvieron frecuencias en las puntuaciones insatisfecho y desagradable.

Tabla 4: Se presentan los datos correspondientes a las cinco dimensiones evaluadas en la Escala de Calidad de Vida de Flanagan, tanto del grupo experimental como del grupo de control, de las prepruebas y pospruebas.

DIMENSIONES	GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
	MEDIA DE PREPRUEBA	MEDIA DE POSPRUEBA	MEDIA DE PREPRUEBA	MEDIA DE POSPRUEBA
Bienestar físico y material	5,1	5,6	5,6	5,7
Relaciones con otras personas	5,5	5,9	5,1	5
Actividades sociales y grupales	2,3	6,2	2,1	1,9
Desarrollo y realización personal	3,2	5	3,4	3,2
Recreación	2,7	6	3,1	2,3

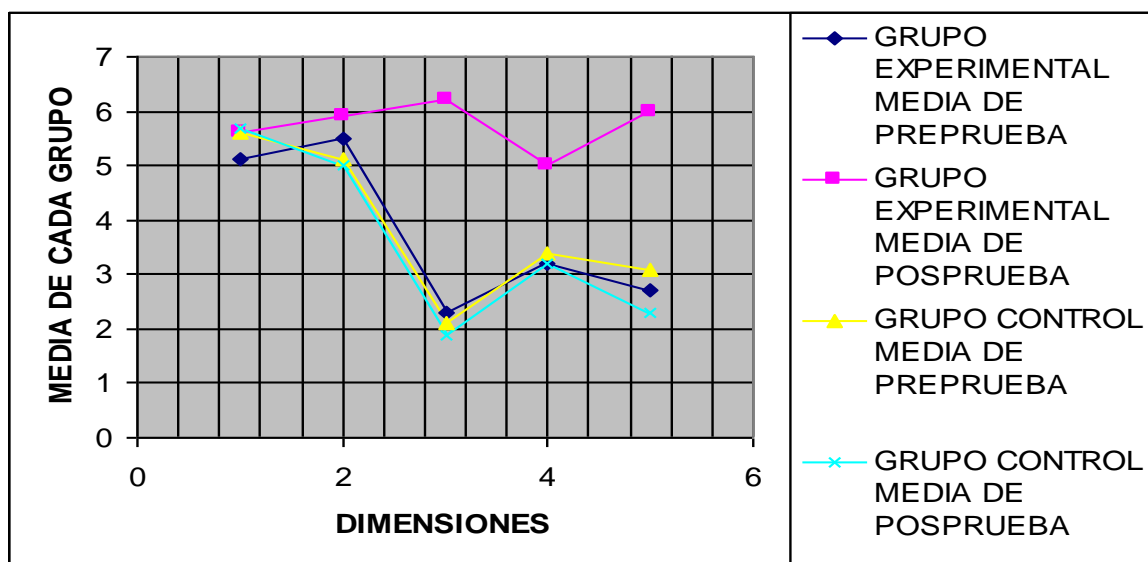


Figura 4: Polígono de frecuencia absoluta para comparar los resultados obtenidos en las diferentes dimensiones evaluadas en la Escala de Calidad de Vida de Flanagan.

VI.3.2- Análisis descriptivo

Esta escala apunta a áreas específicas para la medición de lo que es calidad de vida. Las mismas se resumen en:

- 1- Bienestar físico y material
- 2- Relaciones con otras personas
- 3- Actividades sociales y grupales
- 4- Desarrollo y realización personal
- 5- Recreación

Como bien se puede apreciar, los resultados de las prepruebas en ambos grupos son muy similares, variando en una muy pequeña diferencia. Pero si se observan los resultados de las pospruebas, se puede ver que en el grupo experimental se produjo un aumento en todos los valores.

En relación con lo anteriormente dicho, se observa que los cambios positivos más notorios están expuestos en las dimensiones de: actividades sociales y grupales, desarrollo y realización personal, y recreación. Produciéndose, también, un

aumento muy pequeño en las otras dos dimensiones evaluadas: bienestar físico y material, y relaciones con otras personas.

En las pospruebas del grupo de control, los resultados variaron en un grado muy pequeño, disminuyendo en la mayoría de los casos.

VI.3.3- Aplicación de la prueba de la diferencia de medias para dos grupos con muestras no independientes o apareadas (Ritchey Ferris, 2002)

VI.3.3.1- Pasos de la inferencia estadística para el grupo experimental:

1- Hipótesis estadística: No existen modificaciones significativas en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que participan en la realización de actividades artísticas.

Hipótesis alternativa: Existen modificaciones significativas en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que participan en la realización de actividades artísticas.

2- Media de las puntuaciones preprueba: 3,8

Media de las puntuaciones pospruebas: 5,7

3- Nivel de significancia: $\alpha = 0,05$ (es decir, un 95% de confianza). De dos colas o no direccional.

Valor crítico de la prueba: $t_{\alpha} = 2,3$

4- Efecto de la prueba: $D = 1,85$

Estadístico de la prueba: $t_D = 8,8$ EE

5- Decisión de rechazo: $[t_D] > [t_{\alpha}]$ es decir: $8,8 > 2,3$

Rechace la Hipótesis estadística y acepte la Hipótesis alternativa, al nivel de 95% de confianza.

VI.3.3.1.a- Interpretación: Análisis correlacional

A partir de los datos obtenidos se puede corroborar que existen modificaciones significativas en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que participan en la realización de actividades artísticas.

Estas modificaciones significativas se traducen en un aumento promedio de 1,85 puntos en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que realizan actividades artísticas.

Por lo tanto, se concluye con un 95% de confianza que la diferencia de 1,85 puntos en la Escala de Calidad de Vida de Flanagan (Quality of Life Scale, Flanagan, 1982) entre las mediciones antes y después del tratamiento, fue tan grande que probablemente no se debió al error de muestreo esperado.

VI.3.3.2- Pasos de la inferencia estadística para el grupo de control:

1-Hipótesis estadística: No existen modificaciones significativas en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que no realizan ningún tipo de actividad artística.

Hipótesis alternativa: Existen modificaciones significativas en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que no realizan ningún tipo de actividad artística.

2- Media de las puntuaciones preprueba: 3,9

Media de las puntuaciones pospruebas: 3,6

3- Nivel de significancia: $\alpha = 0,05$ (es decir, un 95% de confianza). De dos colas o no direccional.

Valor crítico de la prueba: $t_{\alpha} = 2,3$

4- Efecto de la prueba: $D = -0,27$

Estadístico de la prueba: $t_D = -1,08$ EE

5- Decisión de rechazo: $[t D] < [t \alpha]$ es decir: $-1,08 < 2,3$

Rechace la Hipótesis alternativa y acepte la Hipótesis estadística, al nivel de 95% de confianza.

VI.3.3.2.a- Interpretación: Análisis correlacional

A partir de los datos obtenidos se puede corroborar que no existen modificaciones significativas en la calidad de vida de los viejos que viven en geriátricos y que no realizan ningún tipo de actividad artística.

Esto queda demostrado a través de los resultados obtenidos, donde si bien se presenta una disminución promedio de $-0,27$ puntos en la calidad de vida evaluada en la Escala de Calidad de Vida de Flanagan (Quality of Life Scale, Flanagan, 1982) entre las mediciones preprueba y posprueba, se puede concluir con un 95% de confianza que esta disminución no llega a ser significativa.

Tabla 5: Datos socio- demográficos del grupo experimental y del grupo de control, tenidos en cuenta para descartar variables extrañas que pueden influir en la variable dependiente.

CLASIFICACIÓN	GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL
Cantidad de sujetos	9	9
Promedio de edad	82	83
Sexo		
Masculino	4	3
Femenino	5	6
Estado civil		
Soltero	1	1
Casado	1	1
Viudo	7	7
Promedio de tiempo de residencia	1 año y 4 meses	1 año y 9 meses
Lugar de residencia	geriátrico	geriátrico
Porcentaje de visitas	89%	67%

VI.4- Análisis descriptivo

En esta tabla se agruparon ciertos datos que se creyeron de importancia para la investigación, ya que podían servir para descartar variables extrañas que pudieran influir en los resultados del experimento.

Como se puede observar, se evaluaron las mismas variables en los dos grupos, obteniendo determinados datos que indican la diferencia o igualdad entre los grupos.

Uno de los datos en los que se presenta mayor diferencia, es en el porcentaje de visitas que recibe cada grupo; donde el grupo de control tiene una gran desventaja, presentando un 67% de visitas, contra un 89% en el grupo experimental.

También, se puede ver, que en el promedio de tiempo de residencia en la institución, el grupo de control presenta una cantidad superior. Por lo tanto, los sujetos que pertenecen a ese grupo llevan más tiempo alejados de sus pertenencias afectivas y materiales, en comparación con los sujetos del grupo experimental.

CAPÍTULO VII

I Discusión de Resultados y Conclusiones I

En este estudio se intentó realizar una evaluación multidimensional de la calidad de vida, que reflejara los múltiples cambios que ocurren en la vida de los viejos que viven en geriátricos luego de aplicar un tratamiento de actividades artísticas.

La medición de la calidad de vida no es una tarea sencilla, ya que se habla de un concepto difícil de definir y también de evaluar. No obstante, el interés creciente por comprender el concepto también ha multiplicado los esfuerzos por evaluar la calidad de vida. Por ello, es que una evaluación adecuada en la vejez, requiere tener en cuenta los cambios fisiológicos, psicológicos y ambientales. Todos estos cambios se han tenido en cuenta, de alguna forma, al elegir las técnicas que se aplicaron en esta investigación.

Los resultados obtenidos en el presente estudio apoyan la idea de que se produjo una mejoría estadísticamente significativa en la calidad de vida de los viejos que viven en el geriátrico “Residencia Casa de Campo” y que participaron en la realización de actividades artísticas, en comparación con la calidad de vida de los viejos que viven en este mismo geriátrico y que no participaron en tales actividades.

Por ello es que se puede decir que la realización de actividades artísticas influyó de manera positiva en varios aspectos de la calidad de vida del grupo de viejos que participó en el tratamiento, mientras que el grupo de viejos que no participó en dicho tratamiento no presentó una modificación significativa en su calidad de vida, aunque sí hubo una pequeña disminución de la misma.

Al obtener este resultado, se estaría coincidiendo con Maddox, quien propuso su teoría de la actividad, contraponiéndola a la teoría del desapego. Él sostuvo que los viejos deben permanecer activos tanto tiempo como les sea posible y que, cuando ciertas actividades ya no sean posibles, deben buscarse sustitutos para ellas. También, concuerda con lo expuesto por Cornachione Larrínaga, quien considera que el hecho de que las personas ancianas se mantengan activas, les provee un proceso de envejecimiento más feliz y satisfactorio, en relación a que continúan manteniendo relaciones y roles en el contexto social.

Las dimensiones de calidad de vida que mejoraron significativamente después de la aplicación del tratamiento de talleres de actividades artísticas fueron: “actividades sociales y grupales”: con una diferencia positiva entre la preprueba y

posprueba del 3,9; “recreación”: con una diferencia positiva de 3,3; “desarrollo y realización personal”: con una diferencia positiva de 1,8.

En las dos dimensiones restantes: “bienestar físico y material” y “relaciones con otras personas”, hubo un aumento pero no tan importante como en las dimensiones anteriormente nombradas.

Los resultados también mostraron que en una evaluación global sobre sus vidas, los viejos, además de tener en cuenta todo lo ya vivido y logrado hasta el momento, incluyen en su evaluación lo que están viviendo en el presente, por ello es que hubo un aumento positivo en la “valoración global que la persona hace sobre su vida”, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que esperaba obtener, sus expectativas. En este caso se presentó un aumento promedio de 4,22 puntos entre las mediciones antes y después del tratamiento.

Además, se obtuvo un aumento significativo en la calidad de vida en relación con el bienestar de los viejos en tres sentidos: “actitud hacia el propio envejecimiento”, “insatisfacción con la soledad”, y “ansiedad o inquietud”. Estas tres dimensiones se vieron influidas de manera positiva con la aplicación del tratamiento de actividades artísticas, logrando una mejora en la actitud de los viejos hacia su propio envejecimiento, aumentando el deseo de sentirse acompañados y provocando mayor tranquilidad. En este caso se presentó un aumento promedio de 3,44 puntos entre las mediciones antes y después del tratamiento.

Teniendo en cuenta que los datos obtenidos tienen una validez confiable dentro de esta población, se puede determinar que los talleres artísticos son espacios que generan condiciones de vida más saludables y que logran desplegar el potencial humano, la creación, la reflexión, la búsqueda de información y de entendimiento. Además, promueven las capacidades estimulando una actitud participativa, donde el grupo actúa como una red de contención que facilita la puesta en palabras de miedos, temores, alegrías, angustias, emociones y frustraciones de cada participante.

Por todo esto, es que se considera que la actividad artística tiene como misión especial desarrollar en el sujeto aquellas sensibilidades creadoras que hacen que la vida otorgue satisfacción y sea significativa. Debido a esto, se puede reafirmar lo planteado por Cornachione Larrínaga en sus estudios, en los cuales se demostró que la

creatividad no era sólo una capacidad que quedaba limitada a los más jóvenes sino que, también en la vejez, se presenta una gran capacidad creadora, ya que para lograr una mayor capacidad creativa y mantener procesos originales e integradores es muy importante la propia experiencia a lo largo de la vida.

Para dar mayor fiabilidad a la investigación y con el objetivo de descartar variables extrañas que pudieran influir en la modificación de la variable independiente estudiada (calidad de vida), se tomaron en cuenta algunos datos socio- demográficos que, en alguna medida, pueden haber influido en que el grupo de control no mantuviera intactas las puntuaciones de la primer toma a la segunda toma sino que, por el contrario, la puntuaciones tendieron a disminuir en todos los casos sin llegar a que esta disminución sea significativa.

Por ello, es que se podría suponer que la disminución en la calidad de vida en el grupo que no recibió el tratamiento de talleres artísticos se podría deber a que el porcentaje de visitas de este grupo es mucho menor al que posee el grupo experimental, presentando un 67% de visitas, contra un 89% en este último grupo.

También, el promedio de tiempo de residencia en la institución del grupo de control es mayor, por lo que estos viejos llevan más tiempo alejados de sus pertenencias afectivas y materiales, en comparación con los viejos que componen el grupo experimental.

A pesar de estas suposiciones, se debe tener presente que la técnica que se utilizó para formar los grupos, “la asignación al azar”, brinda seguridad sobre la verdadera influencia de la variable independiente sobre la dependiente, ya que al utilizarla se produce un control, pues las variables que deben ser controladas (variables extrañas y fuentes de invalidación interna) se distribuyen aproximadamente de la misma manera en los grupos del experimento. Y ya que la distribución es bastante similar en los dos grupos, la influencia de otras variables que no sean la independiente, se mantiene constante, porque aquellas no pueden ejercer ninguna influencia diferencial en la variable dependiente.

Igualmente, se creyó importante presentar estas observaciones aquí para que sean investigadas y desarrolladas con mayor profundidad en el futuro por aquellas personas que vislumbren en este tema una línea de investigación y trabajo. Además, es

factible, que aumentando el “n” de sujetos en futuras investigaciones, se puedan obtener conclusiones más acertadas y confiables sobre la existencia de la relación de estas variables.

Se debe tener en cuenta que las conclusiones que se derivan de este trabajo no pueden generalizarse a toda la población anciana, dadas las características de la muestra utilizada (muestra no probabilística) sino que son válidas únicamente para describir al grupo de sujetos que participó en la investigación o a un grupo de sujetos con las mismas características. Un estudio así es valioso en cuanto a que el valor causa-efecto es más preciso al aislar otras variables; sin embargo, para poder generalizar los resultados a la población se necesitarían repetidos experimentos, ya que el limitado número de sujetos participantes en este estudio supone una amenaza a la posibilidad de generalización de los resultados.

Se debe destacar que este trabajo apunta a ser una contribución en la temática tratada y está orientado a alentar y motivar a todos aquellos que trabajan por y para la vejez, generando un compromiso en todos aquellos que están o deberían estar involucrados en la realidad de los viejos. La idea es animar a las instituciones y profesionales a repensar generando mayor accesibilidad para todos, con políticas e intervenciones que contemplen la diversidad y el reconocimiento de los viejos como seres humanos y que promuevan el desarrollo a nivel familiar evitando la internación de los mismos.

Si se tiene en cuenta que actualmente la proporción de adultos mayores de 65 años de edad es muy numerosa y que se incrementa más todos los años, es necesario buscar caminos que den respuestas a la situación particular de este sector de la población.

Una buena orientación estaría en función de desarrollar las potencialidades en la vejez y brindar espacios para que puedan desarrollarlas, apuntando siempre a una mejor calidad de vida, a través del aprendizaje de estilos de vida saludables y hacia un envejecimiento exitoso y activo. Como sostiene Erikson en su teoría: la edad adulta tardía es también una época para jugar, para rescatar una cualidad infantil esencial para la creatividad. El tiempo para la procreación ha pasado, pero la creación puede tener lugar todavía. Aun a medida que las funciones del cuerpo se debilitan y la energía sexual

puede disminuir, las personas pueden disfrutar una experiencia enriquecida, corporal y mentalmente.

Para eso se destaca la necesidad de que los profesionales de la salud mental tengan presente que la vejez es un campo de acción importante que precisa de nuestro acompañamiento. Se coincide con Cornachione Larrínaga en que el objetivo central a partir del cual deberían surgir todas las iniciativas y propuestas relacionadas con la vejez es el bienestar de las personas mayores y que la preocupación y ocupación debería centrarse en la calidad de vida de los mismos, así como del ejercicio en plenitud de sus deberes y derechos como ciudadanos, sin que la edad constituya la causa de discriminación o limitación al ejercicio real de estos derechos.

Por último, quisiera subrayar que los viejos, al igual que todas las personas, llevan consigo capacidades y potencialidades de las que no se desprenden por el hecho de llegar a viejos y que, al incentivarlas y brindar un espacio para que sigan desarrollándolas, se ayuda a elevar su calidad de vida.

I Referencias Bibliográficas I

- Albelo Feijoa, Y. (2006). Incidencia de un plan de actividades física en el adulto mayor. Consultada el 25 de Junio de 2010 en <http://www.monografias.com>
- Alderete, V.; Morgenstern, O.; Gilligan, J.; Gianella, R. y Gómez de Bueno, B. (1998). Los proyectos de ley de los adultos mayores. Presidencia de la Nación. Secretaría de la Tercera Edad. *Gerontología Mundial*, 2, 69- 76.
- Álvarez, M. F. y Bertone, C. (2008). Apoyo socio familiar y satisfacción con la vida del adulto mayor. Consultada el 10 de enero de 2012 en <http://www.monografias.com>
- Atienza, F. L.; Pons, D.; Balaguer, I. y García Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes [versión electrónica]. *Psicothema*, 2 (12), 314-319.
- Avilleira Cruz, J. R. (2008). Proyecto deportivo recreativo para satisfacer la calidad de vida del adulto mayor en el Consejo Popular Centro Histórico. Consultada el 25 de Junio de 2010 en <http://www.monografias.com>
- Belsky, J. (1996). *Psicología del envejecimiento. Teorías, investigaciones e intervenciones*. Madrid: Ed. Masson.
- Casals, I. (1982). *Sociología de la ancianidad*. Madrid: Ed. Mezquita.
- Cornachione Larrínaga, M. A. (2006). *Psicología del desarrollo, aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Vejez*. Córdoba: Ed. Brujas.
- Craig, G. J. (1997). *Desarrollo Psicológico*. México: Ed. Prentice- Hall Hispanoamericana.
- Craig, G. J. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México: Ed. Pearson Educación.
- De Lucas Vaquero, M. V. (2003). Compilación de Técnicas para una Evaluación Multidimensional en Vejez. Un ejemplo de Protocolo de Evaluación. Consultada el 26 de septiembre de 2010 en <http://www.monografias.com>
- Di Menna, M. E. (2009). Las manifestaciones artísticas mejoran la calidad de vida en la tercera edad. Consultada el 26 de Junio de 2010 en <http://www.monografias.com>
- Di Segni de Obiols, S. (2002). *Adultos en crisis, jóvenes a la deriva*. Buenos Aires: Ed. Centro de Publicaciones Educativas.
- Fajn, S. (2000). Dispositivos de educación no formal y de recreación, una experiencia recreativa con adultos mayores en la escuela pública. I Congreso Internacional

- de Estudio e Intercambio sobre tiempo libre y recreación. Córdoba. Consultada el 10 de enero de 2012 en <http://www.funlibre.com>
- Fernández Ballesteros, R.; Izal, M.; Montario, I.; González, G. y Díaz, P. (1992). *Evaluación e Intervención Psicológica en la vejez*. España: Ed. Pirámide.
- Fernández Ballesteros, R. y Macía, A. (1993). *Calidad de Vida en la vejez*. Madrid: Ed. Intervención Psicosocial.
- Ferrero, G. A. (1998). *Envejecimiento y vejez nuevos aportes: prácticas interdisciplinarias*. Buenos Aires: Ed. Atuel.
- Foro mundial de la Salud (1996). *Organización Mundial de la Salud. Departamento de Promoción de la Salud*. Consultada el 20 de Junio de 2010 en <http://activeageing@who.int>
- Gacitua, D. (2002). *Vejez y el sentido de la vida*. Tesis de Licenciatura para optar al título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Galdric, C. (2000). *Actividades para residencias geriátricas*. Consultada el 10 de septiembre de 2011 en <http://vejezyvida.com>
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006) *Metodología de la Investigación*. México: Ed. Mc Graw Hill.
- Hug Sonego, N. (2001). *Estrategias de afrontamiento en la tercera edad, una mirada distinta de la vejez*. Tesis de Licenciatura para optar al título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Iacob, R. (2001). *Proyectar la vida. El desafío de los mayores*. Buenos Aires: Ed. Manantial.
- Johnson, R. & Kubly, P. (2004). *Estadística elemental: Lo esencial*. México: Ed. Thomson.
- Katz, I. (1992). *La tercera edad. Un proyecto vital y participativo para insertar a la vejez en la sociedad*. Buenos Aires: Ed. Planeta.
- Latorre, R. (1998). Proyecto de Ley. El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Ley Nacional de los Adultos Mayores. *Gerontología Mundial*, 2, 77- 81.
- León, O. y Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en Psicología y Educación*. Madrid: Ed. Mc Graw Hill.

- León, O. y Montero, I. (2005). Sistema de Clasificación del Método en los Informes de Investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1), 115-127.
- Lluch Canut, M. T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Tesis doctoral. División de Ciencias de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
- Mannoni, M. (1980). *Lo nombrado y lo innombrable*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Marchesi, A.; Carretero, M. y Palacios, J. (1985). *Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Ed. Alianza Psicología.
- Mariotti, F. (1999). *La recreación y los juegos*. Buenos Aires: Ed. Kodomo.
- Martínez, M. J.; Martínez, M.; García, J.; Cortés, M. I.; Reig Ferrer, A. y Herrero, B. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas [versión electrónica]. *Psicothema*, 3 (16), 448-455.
- Mota Enciso, F. (1999) La teoría Educativa de Carl R. Rogers: alcances y limitaciones [versión electrónica]. *Revista Academia*, 6, 45-56.
- Muchnik, E. (2006). *Envejecer en el siglo XXI. Historia y perspectivas de la vejez*. Buenos Aires: Ed. Lugar Editorial.
- Munita, P. A. (2006). Calidad de vida y vejez. Consultada el 20 de Junio de 2010 en <http://www.monografias.com>
- Neil Salkind, J. (1999). *Métodos de investigación*. México: Ed. Pearson.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y Calidad de Vida*. México: Ed. Thomson.
- Papalia, D. (2001). *Psicología del Desarrollo Humano*. Bogotá: Ed. Mc. Graw Hill.
- Papalia, D. (2005). *Desarrollo Humano*. México: Ed. Mc. Graw Hill.
- Páramo, M. A. (2009). Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA), 5ª edición. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza.
- Peggy, E. (2001). Prevención y Vigilancia de las Enfermedades No Contagiosas. *Organización Mundial de la Salud. Departamento de Promoción de la Salud*, 20. Consultada el 10 de enero de 2012 en <http://activeageing@who.int>

- Pérez Ruiz, M. E. (2005). *Actividad Física Salud y Calidad de Vida*. Consultada el 26 de Junio de 2010 en <http://www.monografias.com>
- Presidencia de la Nación. (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de Argentina*. Consultada el 20 de diciembre de 2011 en <http://wikipediadlaenciclopedia libre>
- Ribera Casado, J. M. y colaboradores. (2002). *Mayores en el tercer milenio*. Barcelona: Ed. Mayo.
- Ritchey Ferris, J. (2002). *Estadística para las ciencias sociales. El potencial de la imaginación estadística*. México: Ed. Mc Graw Hill.
- Rogers, C. R. (1961). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Ed. Paidos.
- Rogers, C. R. (1977). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Ed. Paidos.
- Rogers, C. R. (1978). *Libertad y creatividad en la educación: El sistema "no directivo"*. Buenos Aires: Ed. Paidos.
- Rogers, C. R. (1980). *El poder de la persona*. México: Ed. El Manual Moderno.
- Sabino, C. (1998). *Cómo hacer una tesis y elaborar todo tipo de escritos*. Buenos Aires: Ed. Lumen HV Manitas.
- Salvarezza, L. (1993). *Psicogeriatría: teórica y clínica*. Buenos Aires: Ed. Paidos.
- Salvarezza, L. (2000). *La vejez, una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Ed. Paidos.
- Schalock, R. y Verdugo Alonso, M. A. (2002). *Calidad de Vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios social*. Madrid: Ed. Alianza Editorial.
- Shuster, L. (1996). *La vejez, una etapa de desarrollo: un punto de vista psicoanalítico*. Tesis de Licenciatura para optar al título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Sierra Bravo, R. (1994). *Tesis doctorales y trabajos de investigación científica*. Madrid: Ed. Paraninfo.
- Staite, E. (2008). *La recreación: Un aporte para la modificación de la calidad de vida en la vejez*. Tesis de Licenciatura para optar al título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Waichman, P. (1993). *Tiempo libre y Recreación*. Buenos Aires: Ed. PW.
- Zuleta, C. (2002). *Factores psicológicos intervinientes en la calidad de vida de personas en la etapa de la vejez*. Investigación de Castrillón Gutierrez, S. y Montoya Silva,

A. L. (2000). Consultada el 26 de Junio de 2010 en <http://www.monografias.com>

I Apéndice I