

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES
HUMANAS**



TESIS DE GRADO

**BIENESTAR PSICOLÓGICO Y RESILIENCIA EN ADULTOS
MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO
INSTITUCIONALIZADOS**

PRESENTADA POR

María Paula Gonzalvo Ranise

DIRECTOR: LIC. OMAR FERNÁNDEZ

Título a obtener con la presentación de la tesis: Licenciatura en
Psicología

Fecha: Mayo de 2014

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá y mi papá, por acompañarme incondicionalmente en cada paso de mi carrera, alentándome y ayudándome siempre, creyendo en mí y alegrándose con cada logro como si fuese propio, sin ellos esto no hubiese sido posible. Gracias por su amor y confianza.

A mi hermana y mi hermano, por su ayuda y confianza plena en mí, por tolerar mis frustraciones y festejar mis logros, por no dudar nunca de mi capacidad y ser un pilar indispensable en cada paso nuevo que doy en la vida.

A mi abuela, por su compromiso, su compañía, por entender cada ausencia y alentarme todos los días a seguir adelante.

A Male, por hacerme sentir que siempre podía un poco más, por ayudarme a seguir en los momentos más difíciles de la carrera, por entender y compartir día a día el amor a esta profesión, por ser mi compañera, mi gran amiga y ahora colega. Gracias por tanta confianza y entrega.

Y un agradecimiento muy especial a mi tutor, el Lic. Omar Fernández, por acompañarme en este último paso, ha sido un orgullo para mí contar con su apoyo y asesoramiento.

A todos ellos, muchas gracias.

Bienestar psicológico y resiliencia en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados

María Paula Gonzalvo Ranise

RESUMEN

Desde hace años la psicología se ocupó en mayor medida de los malestares y patologías del ser humano que de la vida feliz (Castro Solano, 2010), así como también los estudios acerca de la vejez se centraron en el deterioro de las personas y no en sus características positivas, recursos y competencias (Iacub, 2011).

El bienestar psicológico cobra especial relevancia por identificar el grado de conformidad que tienen estas personas con la vida que han llevado hasta el momento (Castro Solano, 2010), y su capacidad resiliente juega un papel importante a la hora de adaptarse a esta nueva etapa de sus vidas con sus múltiples variables ambientales y contextuales (Villalba Quesada, 2003).

El objetivo de la presente investigación es indagar la relación entre los niveles de bienestar psicológico y resiliencia en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Se examinó una muestra de 136 individuos (75 institucionalizados y 61 no institucionalizados), 59 varones y 77 mujeres, con un rango etario de 75 a 85 años inclusive, residentes de la localidad de Lomas de Zamora, Buenos Aires. La estrategia teórico metodológica ha sido cuantitativa, de tipo correlacional y comparativa, y la secuencia temporal, transversal. Para la evaluación de las variables se administraron la Escala BIEPS-A (Casullo, 2002), la Escala de Resiliencia (Wagnild & Young, 1993; versión argentina: Rodríguez et al., 2009), y un breve cuestionario de datos sociodemográficos.

Los resultados han señalado que el Bienestar Psicológico y la Resiliencia es menor en aquellos adultos mayores institucionalizados que en aquellos no institucionalizados. Al mismo tiempo, los altos niveles de Bienestar Psicológico se relacionan con una Resiliencia alta, tanto en los adultos mayores institucionalizados como en los que no lo están.

Palabras clave: Bienestar Psicológico, Resiliencia, Adultos Mayores, Residencias Geriátricas.

*Psychological Well-being and Resilience in institutionalized and non
institutionalized old people*

María Paula Gonzalvo Ranise

ABSTRACT

Psychology has, for a long time, paid more attention to discomforts and pathologies of human beings than to the good side of life (Castro Solano, 2010). Likewise, studies on old age have been centered on people's decay instead of on positive characteristics, resources and abilities (Iacub, 2011).

Psychological Well-being holds special relevance identifying the grade of conformity these people have achieved in their present lives. At the same time, Resilience plays an important role in this new stage plenty of contextual and environmental issues.

The aim of this research is to investigate the relationship between levels of Psychological Well-being and Resilience in elderly people, be they institutionalized or not. The research is based on a sample of 136 individuals (75 institutionalized, 61 non-institutionalized), 59 males and 77 females, with an age range between 75 and 85 years, all resident in Lomas de Zamora, Buenos Aires. The theoretical-methodological strategy is quantitative, correlative and comparative, and the time sequence is transverse. In order to evaluate variables, the BIEPSA Scale (Casullo, 2002), and the Resilience Scale (Wagnild & Young 1993, Argentinian version: Rodriguez et al., 2009), have been used, altogether with a brief questionnaire on socio-demographic particulars.

The results have indicated that Psychological Well-being and Resilience is lower in institutionalized old people than in non-institutionalized. At the same time, high levels of Psychological Well-being are related to a high Resilience in elderly people, be they institutionalized or not.

Keywords: Psychological Well-Being, Resilience, Old People, Geriatric Residences.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE GRÁFICOS	6
INTRODUCCIÓN	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
CAPÍTULO I: PSICOLOGÍA POSITIVA, BIENESTAR PSICOLÓGICO Y RESILIENCIA	9
1. 1.- PSICOLOGÍA POSITIVA.....	10
1.2.- BIENESTAR PSICOLÓGICO.....	11
1.2.1.- BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL ADULTO MAYOR.....	15
1.3.- RESILIENCIA.....	17
1.3.1.- RESILIENCIA INDIVIDUAL Y RESILIENCIA FAMILIAR.....	20
1.3.2.- RESILIENCIA DEL ADULTO MAYOR.....	20
CAPÍTULO II: ENVEJECIMIENTO, VEJEZ E INSTITUCIONES GERIÁTRICAS	23
2.1.-ENVEJECIMIENTO.....	24
2.2.-VEJEZ	25
2.3.- INSTITUCIONES GERIÁTRICAS	28
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	31
3.1.- OBJETIVO GENERAL	32
3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
3.3.- HIPÓTESIS.....	33
3.4.- JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA	33
3.5.- TIPO DE ESTUDIO	34
3.6.- POBLACIÓN.....	34
3.7.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	34
3.8.-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	35
3.9.- INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	35
3.10.-PROCEDIMIENTO	36
3.11.- MUESTRA	36
3.12.- ANÁLISIS.....	37
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	38
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	47
REFERENCIAS	53
ANEXO	57
ANEXO I: GRÁFICOS.....	58
ANEXO II: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	63

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. PRUEBA DE NORMALIDAD DE BIENESTAR PSICOLÓGICO Y RESILIENCIA	39
TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA	40
TABLA 3. COMPARACIÓN ENTRE INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS EN BIENESTAR PSICOLÓGICO Y RESILIENCIA.....	43
TABLA 4. CORRELACIÓN ENTRE BIENESTAR PSICOLÓGICO Y RESILIENCIA EN INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS	44
TABLA 5. COMPARACIÓN ENTRE NIVEL EDUCATIVO, IMPORTANCIA DE LA RELIGIÓN, FRECUENCIA DE CONTACTO Y REMUNERACIÓN MENSUAL EN INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS	45
TABLA 6. CORRELACIÓN ENTRE NIVEL EDUCATIVO, IMPORTANCIA DE LA RELIGIÓN, MESES DE RESIDENCIA, FRECUENCIA DE CONTACTO Y REMUNERACIÓN MENSUAL CON BIENESTAR PSICOLÓGICO Y RESILIENCIA EN INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. GÉNERO DE NO INSTITUCIONALIZADOS.....	58
GRÁFICO 2. GÉNERO DE INSTITUCIONALIZADOS	58
GRÁFICO 3. ESTADO CIVIL DE NO INSTITUCIONALIZADOS.....	58
GRÁFICO 4. ESTADO CIVIL DE INSTITUCIONALIZADOS	58
GRÁFICO 5. PRESENCIA DE HIJOS EN NO INSTITUCIONALIZADOS.....	58
GRÁFICO 6. PRESENCIA DE HIJOS EN INSTITUCIONALIZADOS	58
GRÁFICO 7. ACTIVIDAD LABORAL ANTERIOR DE NO INSTITUCIONALIZADOS.....	59
GRÁFICO 8. ACTIVIDAD LABORAL ANTERIOR DE INSTITUCIONALIZADOS.....	59
GRÁFICO 9. REMUNERACIÓN MENSUAL DE NO INSTITUCIONALIZADOS	59
GRÁFICO 10. REMUNERACIÓN MENSUAL DE INSTITUCIONALIZADOS.....	59
GRÁFICO 11. NIVEL EDUCATIVO DE NO INSTITUCIONALIZADOS.....	59
GRÁFICO 12. NIVEL EDUCATIVO DE INSTITUCIONALIZADOS	59
GRÁFICO 13. RELIGIÓN DE NO INSTITUCIONALIZADOS	60
GRÁFICO 14. RELIGIÓN DE INSTITUCIONALIZADOS.....	60
GRÁFICO 15. IMPORTANCIA DE LA RELIGIÓN DE NO INSTITUCIONALIZADOS.....	60
GRÁFICO 16. IMPORTANCIA DE LA RELIGIÓN DE INSTITUCIONALIZADOS	60
GRÁFICO 17. ¿VIVE SOLO? EN NO INSTITUCIONALIZADOS.....	60
GRÁFICO 18. PRESENCIA ENFERMEDAD CRÓNICA EN NO INSTITUCIONALIZADOS	61
GRÁFICO 19. PRESENCIA ENFERMEDAD CRÓNICA EN INSTITUCIONALIZADOS	61
GRÁFICO 20. PRESENCIA DE DOLENCIA CRÓNICA EN NO INSTITUCIONALIZADOS	61
GRÁFICO 21. PRESENCIA DE DOLENCIA CRÓNICA EN INSTITUCIONALIZADOS.....	61
GRÁFICO 22. OCIO DE NO INSTITUCIONALIZADOS	61
GRÁFICO 23. OCIO DE INSTITUCIONALIZADOS.....	61
GRÁFICO 24. MODO DE ESTABLECER CONTACTO DE NO INSTITUCIONALIZADOS.....	62
GRÁFICO 25. MODO DE ESTABLECER CONTACTO DE INSTITUCIONALIZADOS	62
GRÁFICO 26. FRECUENCIA DE CONTACTO DE NO INSTITUCIONALIZADOS.....	62
GRÁFICO 27. FRECUENCIA DE CONTACTO DE INSTITUCIONALIZADOS	62

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

Actualmente se observa un envejecimiento mundial de la población en el que la proporción de población joven y vieja comienza a equipararse, lo que lleva al estudio de la vejez y el envejecimiento como temas centrales del debate social del siglo XXI (Parales & Ruiz, 2002).

En Argentina se pudo observar, mediante los datos del censo del año 2010, que el envejecimiento de la población continuó avanzando, siendo las personas de 80 años y más quienes conformaron el grupo de edad que presentó el mayor crecimiento relativo de la población en la última década. Específicamente en el partido de Lomas de Zamora, las personas de 65-90 años constituyeron el 10,8% del total (Ministerio de Economía y Finanzas, Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011).

Los adultos mayores a medida que se vuelven más dependientes tienen como destinos posibles: el quedar a cargo de un familiar, de un cuidador, o la internación en instituciones geriátricas destinadas a su atención y cuidado. Estas instituciones, lejos de ser lugares similares a sus hogares, se vuelven sitios en donde los niveles de asistencia son poco satisfactorios y conllevan sentimientos de soledad, marginación y abandono para los ancianos. Estos sentimientos son consecuencia de una atención rígidamente programada por los empleados de los geriátricos que responden a una organización burocrática que lejos está de tener en consideración las necesidades reales del grupo etario al cual están destinadas (Rodríguez Feijóo, 2008). La autora menciona: "El anciano debe dejar el ambiente familiar de su casa para internarse en una institución en la cual el entorno es mucho más regulado, formalizado e impersonal" (p. 108).

Resulta entonces interesante investigar en el presente estudio si el hecho de que los adultos mayores vivan en instituciones geriátricas o en sus hogares influye en su nivel de bienestar psicológico, considerándolo según Castro Solano (2010), como un todo que integra tanto el afecto positivo, el afecto negativo, como el componente cognitivo. Al mismo tiempo, se indagará si el nivel de resiliencia de estas personas se correlaciona con el de bienestar psicológico y si se encuentra alguna variación de acuerdo al lugar donde viven,

entendiendo por resiliencia un proceso dinámico que permite a los individuos sobreponerse a situaciones adversas adquiriendo una adaptación y actitud positiva y vital (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Se toma como eje directriz del trabajo la perspectiva eudaemónica del bienestar psicológico planteada inicialmente por Ryff (1989), quien define al bienestar psicológico como el resultado de una vida bien vivida en la cual la persona logró el desarrollo de su verdadero potencial.

Cabe destacar que en la presente investigación se adhiere con Casullo (2002), en que el bienestar psicológico puede estudiarse empíricamente y realizarse comparaciones entre los niveles del mismo que tienen las personas que viven en distintos contextos.

CAPÍTULO I

PSICOLOGÍA POSITIVA, BIENESTAR PSICOLÓGICO Y RESILIENCIA

1. PSICOLOGÍA POSITIVA, BIENESTAR PSICOLÓGICO Y RESILIENCIA

1.1.- *Psicología Positiva.*

Durante años el desarrollo en el campo psicológico se centró en las emociones negativas, en la enfermedad y la problemática humana en general, orientándose hacia lo patológico, aspecto que ha incidido en que la psicología sea identificada como psicopatología (Vera Poseck, 2006). Como resultado de dicha conceptualización la psicología ha desarrollado modelos intervención eficaces para el abordaje de muchas problemáticas, en detrimento del avance en la investigación de métodos y estrategias para optimizar los recursos y fortalezas de los individuos (Contreras & Esguerra, 2006).

Como opinan Seligman y Csikszentmihalyi (2000), la consecuencia de que la psicología haya estado focalizada durante años en la enfermedad mental es que desarrolló una perspectiva vaga de lo que es normal y excepcional en la experiencia humana.

Vera Poseck (2006), afirma que la psicología históricamente ha considerado al ser humano como un sujeto pasivo que reacciona frente a estímulos del ambiente, por lo que su intervención debía basarse en curar el sufrimiento de los individuos, causado por efectos negativos de estímulos estresores. Sin embargo, continúa la autora, se debe pensar a la psicología como una ciencia que es mucho más que un brazo de la medicina centrado en la enfermedad-salud mental.

La psicología se ocupó más del estudio de temas relacionados con la patología, las enfermedades, los malestares y síntomas clínicos, descuidando el análisis del efecto que el bienestar y la felicidad tienen sobre el funcionamiento psicológico personal (Castro Solano, 2010). En el terreno de la salud mental se buscaron explicaciones acerca de qué es lo que causa el malestar de las personas pero no se estudiaron los aspectos generadores de salud (Casullo, 2002).

Intervenir desde la salud y el bienestar es un propósito de la psicología positiva, la cual puede definirse como: el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales, las fortalezas y virtudes humanas, sus

motivaciones y capacidades, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología (Seligman, 2005 citado en Contreras & Esguerra, 2006).

1.2.- Bienestar Psicológico.

La psicología se ha dedicado mayormente al estudio de la infelicidad que de la vida feliz (Castro Solano, 2010). Se ocupó más del estudio de temas relacionados con la patología, las enfermedades, los malestares y síntomas clínicos, descuidando el análisis del efecto que el bienestar y la felicidad tienen sobre el funcionamiento psicológico personal. En el terreno de la salud mental se buscaron explicaciones acerca de qué es lo que causa el malestar de las personas pero no se estudiaron los aspectos generadores de salud (Casullo, 2002). Tal como refiere Castro Solano (2010), diferentes investigaciones resaltaron que las personas felices poseen mejores apreciaciones de sí mismos, mejor dominio de su entorno y de sus habilidades sociales para vincularse con otras personas.

Durante largos años el tema de la felicidad, el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida fueron objeto de interés y debate filosófico y sociológico creyéndose que sentirse satisfecho con la vida estaba relacionado fundamentalmente con la inteligencia, la apariencia física y las buenas condiciones económicas. Actualmente se sabe que el mayor o menor grado de bienestar psicológico está relacionado también con la subjetividad individual. Si bien el interés por la temática de la felicidad y el sentirse bien es ancestral, se convirtió en objeto de estudio científico para la psicología recién en las últimas décadas del siglo XX (Casullo, 2002).

Un profundo análisis sobre el tema del bienestar implica tener en consideración aspectos relacionados con la estructuración del sí mismo y la identidad como expresión de la vigencia de valores y creencias culturales, los cuales brindan a los actores sociales guiones normativos correspondientes a un sistema social determinado. Es por ello que resulta relevante tener presente que el estudio del bienestar psicológico debe considerar distintos niveles de integración de los comportamientos de las personas: desde indicadores económicos de una sociedad, desigualdad, aspectos políticos, respeto hacia

los derechos humanos, situaciones de pobreza y marginalidad, guerras, hasta índices de desempleo (Casullo, 2002).

Siguiendo a Castro Solano (2010), el bienestar psicológico tiene tres elementos básicos que son el afecto positivo, el afecto negativo y el componente cognitivo, el cual es considerado como el resultado de la integración cognitiva que las personas llevan a cabo cada vez que evalúan cómo les fue o les está yendo en sus vidas. Este componente cognitivo es denominado por el autor “satisfacción vital” o “bienestar” y es producto de un juicio cognitivo que se mantiene más estable a lo largo del tiempo en relación a los estados emocionales, los cuales son lábiles y momentáneos aunque independientes. Tener un alto nivel de afectividad positiva no significa tener una baja dosis de aquella negativa (Casullo, 2002).

El bienestar fue abordado fundamentalmente desde dos perspectivas: la tradición hedónica y la eudaemónica. Algunos autores ampliaron esta clasificación y utilizaron el concepto bienestar subjetivo para hacer referencia a la tradición hedónica y bienestar psicológico como constructo representante de la tradición eudaemónica (Martí Noguera, Martínez Salvá, Martí Vilar & Marí Mollá, 2007).

La tradición hedónica hace referencia a cómo y porqué la gente experimenta su vida de manera positiva incluyendo tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas (Diener, 1994, citado en Zubieta & Delfino, 2010). Esta perspectiva se ubica dentro de un marco fundamentalmente emocional que tomó como denominaciones: felicidad, satisfacción con la vida y afectos positivos y negativos, todo lo cual refiere a cómo una persona evalúa de manera global la calidad de la vida que lleva (Martí Noguera et al., 2007). Veenhoven (1994, citado en Clemente, Tartaglioni & Stefani, 2008), establece que para evaluar sus vidas las personas utilizan tanto el componente cognitivo como el afectivo y que el primero de ellos, la satisfacción con la vida, está estrechamente relacionado con la distancia que el individuo encuentra entre sus aspiraciones y sus logros y el segundo, representa el agrado o desagrado que experimenta la persona en relación a sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes.

Como plantea Castro Solano (2010), la línea hedónica establece que una persona es feliz cuando experimentó más emociones positivas que

negativas por lo que se consideró que la suma de momentos placenteros conduce a la felicidad. El autor continúa su desarrollo manifestando que por lo general estos placeres son alcanzados con mayor facilidad por medio del dinero por lo cual los seres humanos igualan dinero con felicidad, sin embargo, cuando las necesidades básicas están cubiertas, un mayor nivel adquisitivo no trae aparejado un mayor bienestar.

Considerando ahora la perspectiva eudaemónica, el autor mencionado precedentemente plantea que hacia finales de los ochenta otros autores como Ryff (1989), comenzaron a plantear que la felicidad se relacionaba más con la calidad de los vínculos, los proyectos personales y el significado vital y no únicamente con las emociones positivas. Esta nueva perspectiva marca un importante cambio en la concepción del bienestar ya que viene a mostrar que “éste no es fácilmente manipulable a través del dinero, un placer momentáneo o inclusive alguna medicación que mejore el tono afectivo” (Castro Solano, 2010, p. 58).

El modelo multidimensional propuesto por Ryff (1989), hace referencia al bienestar psicológico como el esfuerzo por perfeccionar el potencial de cada persona, con miras a la propia superación y al reconocimiento y realización de todos sus talentos (Scolni & Goris Walker, 2011). La autora basó su interés en investigar el desarrollo y crecimiento personal, los estilos y maneras como las personas enfrentan los retos vitales y el esfuerzo e interés por conseguir satisfacción en la vida. Para dicha tarea, formuló un modelo multidimensional del desarrollo personal donde especifica seis dimensiones: Auto aceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal; y confeccionó un instrumento que medía esta variable en cada una de sus dimensiones y de manera global (Ryff, 1989).

Casullo (2002), confeccionó un nuevo instrumento para evaluar el bienestar psicológico en adultos, la Escala BIEPS-A, Escala de Bienestar Psicológico en Adultos, la cual arroja un puntaje global y reduce las seis dimensiones a cuatro:

Aceptación/Control: Poder aceptar los múltiples aspectos de uno mismo, sentirse bien respecto de consecuencias de situaciones pasadas. Sensación de control y auto competencia, con capacidad de

moldear contextos para adaptarlos a las necesidades e intereses propios.

Autonomía: Capacidad de actuar y tomar decisiones de manera independiente, poder confiar en el propio juicio y ser asertivo.

Proyectos: Tener propósitos y metas en la vida, asumir valores que le brinden significado y sentido a la vida.

Vínculos: Calidad de las relaciones personales, capacidad de establecer buenos vínculos con calidez, empatía y confianza en los demás, capacidad afectiva.

Según escriben Zubieta y Delfino (2010), las dos líneas de investigación planteadas anteriormente están interesadas en un mismo proceso psicológico pero utilizan distintos indicadores para medir el bienestar. Plantean que la tradición eudaemónica integra aspectos psicológicos pero también considera la dimensión individual y social, el mundo dado y aquel construido intersubjetivamente. Así, concluyen las autoras, el bienestar implica la valoración que realizan las personas acerca de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad.

El estudio sobre el bienestar psicológico debe considerar “la autoaceptación de sí mismo, un sentido de los propósitos o el significado vital, el sentido de crecimiento personal o compromiso y el establecimiento de buenos vínculos personales” (Casullo, 2002, p. 17). La autora menciona que este constructo tiene que ver con cómo cada quien valora el resultado logrado con una determinada manera de haber vivido. El bienestar psicológico hace referencia a la consecución de los valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, al crecimiento personal y no tanto a aquello que nos da placer (Tomás Miguel, Meléndez Moral & Navarro Pardo, 2008 citado en Zubieta & Delfino, 2010).

Según refiere Castro Solano (2010), en las investigaciones más recientes se demostró que el bienestar no es simplemente el resultado de otras variables psicológicas sino que es un buen predictor de la salud física, la longevidad, las relaciones interpersonales duraderas y de buena calidad, la obtención de buenos trabajos e incluso del funcionamiento psicológico óptimo de los seres humanos. Resulta entonces interesante saber, siguiendo al autor,

cómo puede lograrse ese estado, cómo mantenerlo y qué se necesita hacer para que éste no disminuya.

1.2.1- Bienestar Psicológico del adulto mayor.

En 1989, Carol Ryff realizó un estudio para evaluar la influencia de la edad en las diferentes dimensiones del bienestar psicológico, partiendo de tres grupos: adultos jóvenes (media de 20 años), adultos medios (media de 50 años) y adultos mayores (media de 75 años). Se llegó a los siguientes resultados: los adultos medios arrojaron valores más elevados en la dimensión “propósito en la vida” en relación a los adultos mayores y también presentaron puntuaciones más altas que las personas más jóvenes en “autonomía”; los adultos jóvenes presentaron menores puntuaciones en “dominio del ambiente” que los adultos mayores mientras que éstos obtuvieron menores valores que los otros dos grupos en “crecimiento personal”. Por último, se detectó que algunas dimensiones permanecen más estables a lo largo de los años: “autoaceptación” y “relaciones positivas con los demás” (Ryff, 1989, citado en Zubieta & Delfino, 2010).

En relación al bienestar psicológico del anciano con respecto al proceso de institucionalización, Molina Sena y Meléndez Moral (2006), investigaron el bienestar psicológico en 111 adultos mayores de nacionalidad dominicana, con edad superior a 65 años. Realizaron un análisis factorial de la escala de bienestar psicológico de Ryff (1989), reduciéndola a 43 ítems y 5 factores: autoaceptación, dominio del ambiente, crecimiento personal, relaciones positivas con otros y autonomía, quedando la dimensión original de propósito en la vida reflejada parcialmente en las otras dimensiones. Los resultados evidenciaron diferencias significativas en el nivel de bienestar psicológico del adulto mayor en relación a su condición de institucionalizado – no institucionalizado; presentando mayor bienestar psicológico aquellos que no residían en geriátricos en 3 de los 5 factores, estos son: dominio del ambiente, relaciones positivas y autonomía. Se hallaron, al mismo tiempo, diferencias significativas respecto al estado civil, siendo aquellos casados quienes puntuaron más alto en las dimensiones dominio del ambiente y relaciones positivas con otros, en relación a los solteros. Respecto a las variables sexo,

edad, estudios y presencia de hijos, no se han encontrado diferencias significativas.

En consonancia con lo que se viene desarrollando, Meléndez, Tomás y Navarro (2008), realizaron una investigación con una muestra de 169 personas entre 65 y 94 años inclusive, no institucionalizadas, de la Comunidad Valenciana (España). Administraron la escala de bienestar psicológico de Ryff (1989), y la Life Satisfaction Index versión española (Stock, Okun & Gómez, 1994). Los resultados evidenciaron descenso significativo en la puntuación global de bienestar psicológico y en tres de las dimensiones propuestas por Ryff (1989), al avanzar en edad: “dominio del ambiente”, “crecimiento personal” y “propósito en la vida”. Los autores refieren que las bajas puntuaciones en “dominio del ambiente” estarían relacionadas con el mayor uso de estrategias adaptativas, replanteándose ciertas metas y reduciendo el nivel de aspiración. Con respecto a las dimensiones “crecimiento personal” y “propósito en la vida”, los autores establecen que este decrecimiento al avanzar la edad tendría su fundamento en que el contexto ofrece pocas alternativas y oportunidades para este grupo etario, lo que impediría el crecimiento y desarrollo personal. En relación a la Satisfacción Vital, los resultados mostraron que en los primeros años de la vejez hay una disminución significativa de dicha variable que se mantiene estable después de los 85 años.

En un estudio comparativo realizado por Arias y Soliverz (2009), se investigó el comportamiento de la variable bienestar psicológico en una muestra de 80 adultos mayores entre 60 y 93 años inclusive de la Ciudad de Mar del Plata, 40 no institucionalizados y 40 institucionalizados. Se administró la Escala BIEPS-A (Casullo, 2002) y se obtuvieron como resultados los siguientes: las puntuaciones globales del bienestar psicológico, así como también las de las dimensiones “vínculos” y “proyectos”, fueron significativamente mayores en el grupo de sujetos no institucionalizados en comparación con quienes residían en geriátricos.

A pesar de que los últimos años de la vida de una persona conllevan nuevos estados psicosociales y físicos que son inevitables, los adultos mayores se adaptan a estas circunstancias y se replantean sus metas y desafíos de acuerdo a sus nuevas capacidades físicas, psicológicas y sociales. El bienestar psicológico puede, por esa razón, mantenerse relativamente estable en ciertas

dimensiones y presentar altos niveles globales aún en edades avanzadas ya que sus objetivos ya no son iguales que antes y presentan menor frustración frente al fracaso; siempre que se trate de personas mayores no institucionalizadas ya que esta variable contextual modificaría los resultados (Ortiz Arriagada & Castro Salas, 2009).

1.3.- Resiliencia.

“En relación al origen del concepto, el vocablo resiliencia proviene del término latino *resilium*, que significa “volver atrás”, “volver de un salto”, “volver al estado inicial”, “rebotar” (Villalba Quesada, 2003, p. 284).

En su aplicación, el término resiliencia tuvo sus orígenes en la física, siendo aquella capacidad que tiene un cuerpo para resistir un choque, pero cuando se trasladó a las ciencias sociales, se tradujo como la capacidad que tiene una persona para poder desarrollarse y vivir positivamente en la sociedad aun habiendo experimentado situaciones adversas con riesgo de desenlace negativo (Rodríguez Piaggio, 2009).

En el campo psicológico, Garmezy (1991), define inicialmente a la resiliencia como aquella capacidad para recuperarse y desarrollar una conducta adaptativa aún después de un evento estresante o el abandono; no es la invulnerabilidad al estrés sino la habilidad para sobreponerse. Luego, en 1998, la Organización Mundial de la Salud define este constructo como un proceso dinámico que permite a los individuos sobreponerse a situaciones adversas adquiriendo una adaptación y actitud positiva y vital frente a éstas. Posteriormente, en el año 2003, Villalba Quesada esclarece aún más este constructo indicando que es una característica individual que está a su vez condicionada por factores ambientales, una capacidad del individuo que surge a partir de la confluencia de múltiples factores ecológicos que generan una reacción diferente a la tradicional frente a una importante amenaza. Por su parte, Becoña (2006), define la resiliencia como aquella capacidad para afrontar exitosamente las experiencias traumáticas evitando los desenlaces negativos asociados con el riesgo, es aquel proceso que permite sobrellevar positivamente las consecuencias negativas de la exposición al riesgo.

El auge del interés por este concepto en el campo psicológico durante los últimos años se debió a que se observó que personas que experimentaron

en su infancia situaciones traumáticas, adversas o extremas, no desarrollaron en la edad adulta conductas delictivas, abuso de sustancias o problemas de salud mental (Becoña, 2006). Siguiendo al autor, el estudio y elaboración de este constructo tiene su fundamento en la necesidad de conocer el origen de la psicopatología, específicamente en aquellos niños en estado de vulnerabilidad debido a la exposición a ciertos factores de riesgo como ser: padres que sufren de enfermedad mental, pobreza, abandono, abuso, entre otros.

Este término brinda, a su vez, aportes de gran relevancia a los profesionales de la intervención social pero genera controversias en el ámbito académico ya que se presentan dificultades al definirlo debido a que frente a circunstancias parecidas, los niveles de conciencia, respuesta y las reacciones subjetivas de las personas pueden variar (Villalba Quesada, 2003).

Becoña (2006), refiere que mediante la investigación con niños en torno a este concepto, se identificaron tres características principales que influyen en la capacidad resiliente:

Los atributos del propio niño.

Las características de sus familias.

Las características del contexto social más amplio que los rodea.

En un principio, la investigación se basó en la identificación de los factores protectores propios de los niños considerados resilientes pero, en las últimas dos décadas, el foco viró hacia la comprensión de los procesos que subyacen a estos factores: cómo estos contribuyen a la adaptación exitosa (Becoña, 2006). Al mismo tiempo, la resiliencia pasó a ser considerada “como algo *relativo*, que depende del equilibrio dinámico de factores personales, familiares y sociales y también de los momentos del ciclo vital, y *específico*, generalmente circunscrito a determinadas áreas de adaptación psicológica” (Villalba Quesada, 2003, p. 286).

Existen conceptos estrechamente vinculados al de resiliencia, Becoña (2006), plantea y analiza los siguientes:

Competencia: Es una característica que lleva al niño a realizar resultados resilientes y está relacionado con el CI, entendiendo que aquellas personas con bajo CI son más vulnerables. En relación con la resiliencia, la competencia fue evaluada como el éxito académico o la competencia social. La resiliencia es más amplia y abarca la

competencia, siendo la primera aquella adaptación emocional y conductual que incluye índices de ajuste positivos y negativos; y la segunda, implica sólo el ajuste positivo de conductas manifiestas.

Vulnerabilidad: La persona vulnerable es aquella que tiene mayores probabilidades de desarrollar un resultado negativo frente a la exposición a factores de riesgo. La persona resiliente, en cambio, es quien logra evadir los problemas que implica ser vulnerable.

Dureza o personalidad resistente: Es una derivación del concepto de resiliencia. Se refiere al estilo de afrontamiento de la persona frente a la situación de alto estrés (algunas enferman y otras no) y también a la respuesta del individuo al momento de enfermar (de modo adaptativo y luchador o no). Esta capacidad puede estar generada por factores psicológicos, biológicos y ambientales o también ser aprendida. Tiene tres componentes: compromiso, control y desafío.

Recuperación: La resiliencia es la capacidad de las personas que han vivido situaciones traumáticas en la infancia, de mantener un equilibrio estable. La recuperación en cambio está relacionada con la habilidad de una persona para volver a su estado de normalidad luego de haber transcurrido un tiempo mal debido a un acontecimiento traumático .

Locus de control interno y estilo atribucional: Son factores que protegen a los niños de los estresores y promueven la resiliencia. Los niños resilientes poseen una alta autoestima y seguridad en poder afrontar situaciones adversas (autoeficacia), consideran que los factores que provocan consecuencias negativas son modificables y que sus contribuciones son tenidas en cuenta y valiosas. Su estilo atribucional es de tipo explicativo optimista.

Factores de riesgo y protección: La resiliencia podría ser entendida como un factor de protección de la persona, pero se debe tener en cuenta que ésta no implica únicamente características individuales, por lo tanto, sería más correcto considerarla un macrofactor que explicaría el resultado adaptativo del individuo con sus factores de protección, frente a los factores de riesgo del ambiente.

Psicología positiva: De manera similar a la resiliencia, este modelo de la psicología se centra en lo positivo del individuo y no en lo negativo (la

patología). Existen fortalezas y características positivas como la creatividad, alegría, optimismo, perseverancia, etc., que operan como factores protectores de la salud mental de los individuos. Las emociones positivas, propias de esta psicología, favorecerían el surgimiento de la resiliencia, constituyéndose en un factor positivo frente a la adversidad.

1.3.1.- Resiliencia individual y resiliencia familiar.

Villalba Quesada (2003), menciona que existe al mismo tiempo un tipo de resiliencia familiar que consiste en la capacidad de auto reparación de la familia, siendo útil para colaborar con ellas en la identificación y promoción de procesos que subyacen esta capacidad, permitiendo enfrentar mejor las crisis o estados de permanente estrés, externos o internos, emergiendo más fortalecidos de estos. Esta resiliencia familiar apunta a evaluar el proceso de la familia frente a las adversidades, el funcionamiento de la misma en su contexto y el nivel de ajuste a éste según las exigencias que plantea. Por otra parte, tiene en consideración una visión evolutiva, longitudinal, de las adversidades con las que tiene que enfrentarse la familia y cómo reacciona a medida que transcurre el tiempo, evaluando las variaciones de la resiliencia en los distintos momentos del ciclo vital de la misma. Como menciona la autora, este concepto resulta útil en la evaluación del funcionamiento familiar tomando en cuenta las demandas psicosociales, su estructura, recursos y limitaciones.

1.3.2.- Resiliencia del adulto mayor.

Como refiere Villalba Quesada (2003), la investigación en relación a la capacidad resiliente de las personas mostró que implica una progresión evolutiva, es decir, que a medida que cambian las circunstancias vitales, las vulnerabilidades y apoyos también sufren alteraciones.

En la vejez, el concepto de resiliencia cobra relevancia ya que esta es una etapa en la que “se suelen presentar diversos eventos críticos y altamente estresantes y, cabe notar que, a pesar de ello, muchas personas mayores se adaptan a tales condiciones sin mostrar un decremento en el bienestar o en la satisfacción con la vida” (Jiménez Ambriz, 2008, p. 3). Lo importante aquí es que, continúa la autora, aun habiendo atravesado eventos críticos propios de la

edad (pérdida de seres queridos, problemas de salud, económicos, etc.), muchas personas mayores muestran buen humor, vitalidad, motivación para llevar a cabo diversas actividades y manifiestan interés en seguir participando y contribuyendo con su familia y demás allegados, lo cual indica que se han adaptado a circunstancias adversas y han logrado mantener un adecuado funcionamiento, demostrando resiliencia frente a estos cambios.

Todos los individuos cuentan con ciertos recursos denominados *protectores* que sirven para atenuar o eliminar los efectos negativos de la exposición a circunstancias extremas (Greve & Staudinger, 2006, citados en Jiménez Ambriz, 2008). Los factores protectores de las personas mayores se encuentran en tres áreas: las características y cualidades propias de la persona, el modo de enfrentar y resolver los problemas, la familia y el contexto social más amplio: en cuanto a la familia, es importante la relación de apoyo, cuidado y cariño que los integrantes mantienen con la persona mayor ya que cumplen una importante función en el desarrollo psicológico de la misma. En cuanto al entorno social, es el encargado de proporcionar diversos recursos para atender las necesidades del anciano y que pueda mantener una buena calidad de vida (Greve & Staudinger, 2006, citados en Jiménez Ambriz, 2008).

Jiménez Ambriz (2008), refiere que existen distintos recursos que potencian la resiliencia en los adultos mayores; estos recursos son:

Identidad Positiva: Los mayores pueden ser menos vulnerables ante las circunstancias adversas cuando se evalúan positivamente y establecen niveles de funcionamiento diversos.

Control personal: Cuando la persona cree que mediante sus propios comportamientos tiene el control sobre su vida y entorno, se activan ciertos estados emocionales que favorecen la salud y la adaptación exitosa a las situaciones de crisis.

Autoeficacia: Esta variable es útil para que la persona mantenga el optimismo en diferentes circunstancias ya que consiste en la creencia de su capacidad para manejar las situaciones futuras.

Autoestima: Se vincula con altos niveles de bienestar en instancias extremas debido a que consiste en la valoración que la persona tiene de sí misma y, por lo tanto, interviene a la hora de enfrentar el estrés.

Emociones Positivas: Son estados de ánimo que proporcionan a los individuos experiencias subjetivas placenteras y que poseen gran relevancia en los momentos de adaptación ya que favorecen el bienestar, propician la obtención de recursos sociales, moderan la recuperación y reacción frente al estrés y, por ende, movilizan estrategias de afrontamiento adaptativas.

Optimismo: Esta variable conlleva bienestar, beneficios en la salud y colabora en el afrontamiento de adversidades. De igual modo que la autoestima, no mantiene una relación lineal con resultados positivos.

Afrontamiento: Consiste en un proceso de acomodación en el cual tanto la imagen del individuo como la de sus metas sufren alteraciones con el objetivo de atenuar los aspectos negativos de determinadas situaciones. Las personas mayores modifican sus estrategias frente a problemas que son difíciles o imposibles de resolver de manera activa y, en aquellas situaciones en que no pueden tener el control, tienden a aceptar las consecuencias y efectos.

Redes sociales y apoyo social: Estas redes brindan ayuda instrumental para resolver ciertos problemas y potencian la autoestima y el sentimiento de autoeficacia. Lo importante es la percepción que la persona mayor tiene del apoyo que recibe, la calidad de las relaciones que mantiene.

Como menciona Jiménez Ambriz (2011):

“conocer estas variables y basar las estrategias de intervención en ellas puede enriquecer los programas destinados a mantener y aumentar el bienestar y la resiliencia, así como prevenir o «inmunizar» contra la vulnerabilidad y la adversidad. (...) Conocer las fortalezas y la plasticidad potencial de las personas mayores dará un carácter positivo a la intervención, unido a la posibilidad de incorporar aspectos atractivos y divertidos como es el sentido del humor y la creatividad en el diseño de los programas, lo que a su vez puede favorecer otras funciones, como son las cognitivas” (p.1).

CAPÍTULO II

ENVEJECIMIENTO, VEJEZ E INSTITUCIONES GERIÁTRICAS

2. ENVEJECIMIENTO, VEJEZ E INSTITUCIONES GERIÁTRICAS.

2.1.- Envejecimiento.

El envejecimiento y la vejez son temas centrales del debate social actual a causa de las transformaciones demográficas que llevan a un envejecimiento poblacional en todo el mundo (Parales & Ruiz, 2002). En Argentina, en el último censo, las personas de 80 años y más conformaron el grupo de edad que presentó el mayor crecimiento relativo de la población. Específicamente en el partido de Lomas de Zamora, las personas de 65-90 años constituyeron el 10,8% del total (Ministerio de Economía y Finanzas, Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011).

El proceso de envejecimiento está influido de manera determinante por factores psicológicos, biológicos y sociales, cobrando especial importancia el entorno en el que se desenvuelve el adulto mayor y el proceso histórico en el que se construye y construye su vida, sus pensamientos, sentimientos y formas particulares de vivir, percibir y enfrentar la vejez (Salvarezza, 1996).

Como plantea Iacub (2011), el proceso de envejecimiento supone que a lo largo de su vida el sujeto va adquiriendo las características asociadas a la vejez, las cuales mutan en consonancia con la diversidad histórica, cultural, generacional y aquella propia del individuo, por lo que los signos del envejecimiento que anteceden a la vejez resultan poco generalizables y clasificables. Signos de este tipo incluirían “tanto el deterioro o la involución como la maduración y la sabiduría” (Iacub, 2011, p. 37).

El envejecer ocurre en todas las formas de vida existentes pero su complejidad y características varían según la especie, la etapa histórica y en cada individuo en particular (Iacub, 2011). Como plantea el autor, cada curso vital conlleva continuidad y discontinuidad, conservándose ciertos aspectos y surgiendo a la vez otros nuevos. Existe reciprocidad en las relaciones que el organismo establece con el medio ya que mientras el primero es activo en la determinación de su desarrollo, el medio es un requisito para la ocurrencia del progreso, su estimulación o inhibición (Dowd, 1990).

2.2.- Vejez.

“Toda definición supone el ejercicio de una serie de controles (...) desde los cuales se determina lo que se designa por vejez y el tipo de problematización que se realiza, es decir, el modo en que esta será identificada, tratada y valorada” (Iacub, 2011, p. 49).

Barcia Goyanes (1997), realiza una clasificación de la vejez en tres etapas que se suceden y poseen características particulares:

Decrecencia: Se encuentra ubicada entre los 65-75 años y se asemeja a la *adolescencia* en que las personas no se encuentran aún instaladas en dicha etapa, entendiéndose por esto que no viven todavía según las determinadas características psicobiológicas y sociales de la misma. Estos individuos se encuentran en una etapa de transición desde la vida adulta a la vejez, son momentos de cambio.

Tercera edad: Está comprendida entre los 75-85 años. En esta etapa las personas pueden contar con un tiempo del que normalmente no disponían en las edades anteriores, lo que les permite disfrutar más de sus tareas voluntarias y momentos de ocio. También caracteriza a esta etapa la madurez y la valoración del recuerdo, que es mayor en calidad afectiva y en cantidad en el viejo que en el joven. En esta etapa el viejo tiene futuro y puede proyectar en él.

Cuarta edad: Se desarrolla desde los 85 años en adelante y está caracterizada por la no resonancia afectiva del recuerdo, la vivencia de soledad, la sensación de haber sido abandonado y olvidado. El anciano de esta edad se encuentra en un mundo en el que se siente retirado y que se encuentra poblado de personas que desarrollaron su vida y se olvidaron de él.

Erickson (2000), desde su teoría del desarrollo psicosocial, ubica a la vejez como la octava etapa dentro de este y plantea que acarrea, como toda etapa nueva, una crisis que se define como un estado temporal de desorganización en el cual el individuo es incapaz de abordar situaciones particulares. Plantea que en la vejez se desarrolla una revisión de lo vivido hasta el momento y escribe: “se incluye una mirada retrospectiva de la vida hasta el momento actual, concomitantemente surge la desesperanza como la

expresión del sentimiento de que el tiempo es corto, demasiado corto para intentar empezar una nueva vida y emprender vías alternativas” (Erickson, 2000, p. 67). El autor entiende que en esta etapa el ser humano vive una transformación que compromete su propia percepción, la forma en que se siente con respecto a lo vivido y a lo que en ese momento está viviendo.

En el 2011, la vejez es definida por Iacub como “la cualidad de ser viejo o también es aplicable a las personas que han vivido más tiempo que las demás, es decir que surge desde una comparación con el interior de una comunidad o de un grupo” (p. 38). Según el autor, la edad determina en el diagrama social de una comunidad las formas en que una sociedad considera y habilita posibilidades para cada grupo en particular, “determinando con ello una serie de valoraciones diversas e interconectadas en relación con un amplio sistema social, económico y cultural” (Iacub, 2011, p. 44).

Coincidiendo con Candás y García (2006), aunque continúa habiendo en la actualidad un estereotipo de vejez caracterizado por la dependencia, fragilidad y exclusión, se observa también una demanda de este grupo poblacional por ganar visibilidad social. Sin embargo, no debe perderse de vista que este grupo etario se ve presionado hacia la invisibilidad social como consecuencia del énfasis en las pérdidas bio, psico y sociales que lo caracterizan. Mediante la exclusión de la vida activa, continúan las autoras, los adultos mayores dejan de ser reconocidos ya que aquello que no participa del funcionamiento social es como si no tuviera existencia.

Como menciona Hernández Zamora (2007), la ancianidad continúa siendo un tema pendiente, teniendo en cuenta que los niveles de asistencia para este grupo etario no son aún satisfactorios y siguen existiendo necesidades psíquicas y sociales no cubiertas como la soledad, marginación y el abandono.

De todos modos, se debe tener en consideración que hay casos en que la dependencia es real y es donde cumple un rol crucial la familia del anciano ya que por lo general es ella quien decide qué hacer con aquella persona que es ahora dependiente: si irá a vivir a su casa, si le va a prestar apoyo domiciliario o si lo internará en un geriátrico (Rodríguez Feijóo, 2008).

En una investigación realizada por Rodríguez Feijóo (2003), se estudió el nivel de estrés en una muestra de 100 sujetos de diferentes niveles

socioeconómicos que tenían a su cargo un familiar anciano dependiente, pertenecientes a la Ciudad de Buenos Aires; la mitad de la muestra tenían al anciano viviendo en su hogar y el resto lo visitaban en el geriátrico en el cual estaba internado. Se administró un cuestionario de datos sociodemográficos y una escala para medir el nivel de estrés elaborada por la autora (Rodríguez Feijóo, 1994). Los resultados estadísticamente significativos fueron los siguientes: los hombres presentan mayor nivel de estrés que las mujeres; las personas creyentes presentaron menor nivel de estrés que aquellas no creyentes; las personas con cónyuge, hermanos e hijos presentan menor nivel de estrés que aquellas personas que se encuentran solas; aquellos sujetos con problemas de salud, con dificultades en la relación con el anciano y con un grado de parentesco muy cercano presentan mayor nivel de estrés; los familiares que internaron al anciano por consejo médico presentan menor nivel de estrés que aquellos que lo hicieron por propia decisión sin existir trastornos físicos y/o psíquicos graves. La autora concluye entonces que, acorde a las normas de solidaridad familiar y por el bienestar psicofísico del adulto mayor dependiente, como también del familiar que está a su cargo, es mejor evitar la internación en un geriátrico y hacerla únicamente en los casos en que no existe ninguna otra alternativa. Continuando con la idea de esta autora, para el adulto mayor es conveniente vivir en su hogar aún cuando necesite algún tipo de ayuda externa pero hay casos en que les queda como última opción la internación en una institución geriátrica por tener una edad muy avanzada, un alto nivel de dependencia funcional o necesidad de cuidados permanentes (Rodríguez Feijóo, 2003).

Existe a su vez, como plantea Iacub (2011), una visión de la vejez que se aleja del estereotipo planteado con anterioridad, en donde se instauran una serie de actividades pedagógicas y socio – recreativas particulares para este grupo nombrado como *tercera edad*. Así, continúa el autor, surge una corriente dirigida a modificar la idea del retiro y que apunta a una tercera etapa para comenzar actividades específicas: los centros de jubilados y centros para la tercera edad. Emerge así un nuevo actor social con un rol más activo y especificado por su condición etaria, donde no es necesaria la internación.

2.3.- Instituciones Geriátricas.

La situación de los adultos mayores institucionalizados en geriátricos conlleva cambios drásticos en todos los ámbitos de sus vidas; el sólo hecho de estar reclusos hace muy complicada su adaptación (Cuevas, 1993, citado en Hernández Zamora, 2007).

La atención dirigida a este grupo etario se profesionaliza cada vez más y lo que antes quedaba en manos de la familia del anciano, ahora es llevado a cabo por acompañantes terapéuticos, enfermeros, cuidadores y trabajadores sociales, entre otros (Matusevich, 1998). El autor plantea que la expansión y multiplicación de residencias geriátricas no puede ser pensada únicamente por el incremento en el número de viejos sino que deben tenerse en consideración motivos culturales, sociales, políticos, económicos, psicológicos, además de los demográficos. Debe tenerse en cuenta, continúa, que la existencia de estas instituciones de por sí genera en las personas mayores una fuerte presión, ya que en muchas ocasiones son ellos mismos quienes se someten a la separación que implica el ingreso a un geriátrico.

En el imaginario de muchos ancianos el geriátrico es considerado la última e irremediable estación de la vida al haber sido rechazados por sus familias ya que en este grupo poblacional existe el prejuicio de que quien fue institucionalizado no es apreciado por la propia familia de origen y les es muy difícil comprender motivos como rehabilitación o dificultades para vivir solo (Matusevich, 1998).

En relación a las causas más frecuentes de internación geriátrica, Matusevich (1998), realiza una clasificación de las mismas, estas son:

Causas físicas: El 75% de las institucionalizaciones son por estas causas que incluyen discapacidades motoras, trastornos sensoriales, consecuencias de accidentes cerebro-vasculares, procesos con déficit cognitivos como son las demencias, y enfermedades crónicas como la diabetes.

Causas psicológicas: Incluyen los trastornos afectivos, bs temores a morir abandonado, los trastornos psicóticos crónicos, las neurosis, los trastornos de personalidad, y el sentirse una molestia para los demás.

Causas sociales: Dentro de este grupo se encuentran el abandono familiar, la carencia de cobertura médica domiciliaria, los problemas de vivienda y los problemas referidos a la inseguridad social.

En los casos en que la institucionalización se realiza por motivos de recuperación o rehabilitación, con la creencia general de que ésta tiene que llevarse a cabo en una institución, se demostró que estos periodos breves de internación son sólo la antesala de la internación definitiva, ya que estas personas pierden la capacidad de desenvolverse de manera autónoma y de habitar su propia casa (Matusevich, 1998). De todas maneras, plantea el autor, se sabe que muchos ancianos que padecen algunos de los trastornos mencionados nunca ingresa a una residencia geriátrica, lo que permite pensar que las causas de internación están muy interrelacionadas y que, en la mayoría de los casos, lo que ocurre es que la persona que estaba a cargo de su cuidado se agotó física, emocional o financieramente, lo que permite concluir que “el sistema de sostén es el factor crítico en la institucionalización y no la enfermedad física o mental” (Matusevich, 1998, p. 122).

Uno de los principales problemas que ocurre con la mayor parte de los geriátricos es que están dentro de lo que Goffman (1988, citado en Matusevich, 1998) menciona como *instituciones totales*. Esta clase de instituciones, plantea el autor, se caracterizan por romper con la lógica de la vida cotidiana: las actividades son desarrolladas en un mismo lugar, la planificación de las mismas responde a los objetivos de la institución y no a necesidades personales, las personas están acompañadas permanentemente por otras y haciendo juntas lo mismo, la secuencia de las actividades está programada y es impuesta a través de normas explícitas vehiculizadas por el personal especializado, y una misma autoridad rige para todo. El geriátrico, concluye, altera a su vez la espontaneidad y naturalidad del intercambio diario con aquellos que ya envejecieron.

Como escribe Rodríguez Feijóo (2008), en estas instituciones los empleados programan las actividades de forma rígida obedeciendo a una organización burocrática, siendo muy escasos los contactos con el mundo exterior; “el anciano debe dejar el ambiente familiar de su casa para internarse en una institución en la cual el entorno es mucho más regulado, formalizado e impersonal” (p. 108).

Lo que ocurre como consecuencia de la institucionalización, en la mayoría de los casos, es que el geriátrico presentado de esta manera tiende a potenciar los síntomas orgánicos y afectivos ya existentes debido al aislamiento, la falta de estímulos, la monotonía y la reglamentación que domina la vida cotidiana de las personas (Matusevich, 1998). La consecuencia principal de la institucionalización, escribe el autor, es la pérdida de capacidades que el anciano poseía antes del ingreso, debido al desarrollo de un vínculo de dependencia que lleva a un creciente deterioro en el funcionamiento autónomo en la medida en que el geriátrico provee demasiada asistencia. Una vez instalado este circuito de dependencia, continúa, se torna compleja la diferenciación entre los síntomas correspondientes a cuadros depresivos o trastornos cognitivos y aquellos que son meros efectos de la institucionalización.

“La institución geriátrica, en sentido amplio, no respeta la singularidad del envejecer en sus múltiples aristas. El tiempo de los viejos (...) está condicionado por gustos, ritmos y valores cuya vigencia se va debilitando, perdiendo centralidad” (Matusevich, 1998, p.141).

Se debe tener en consideración, al mismo tiempo, que existen casos en que realmente las familias no pueden hacerse cargo de estas personas o se han vuelto tan dependientes que requieren una internación, al respecto escribe Hernández Zamora (2007):

“El problema ético radica cuando la persona no es consultada si es que es capaz de dicha decisión, o cuando son simples lugares de “guardado” donde no se respetan los mínimos derechos humanos y se recurre a restricciones, malos tratos y decisiones atropelladas, donde la familia los abandona y sigue su vida cómodamente; donde las condiciones de cuidado lejos de procurar atención, rehabilitación y bienestar se limitan a techo y comida” (p. 249).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3. METODOLOGÍA.

3.1.- Objetivo general.

Indagar la relación entre el nivel de bienestar psicológico y resiliencia en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y aquellos que viven en hogares particulares.

3.2.- Objetivos específicos.

Caracterizar la muestra según variables sociodemográficas, a saber: sexo, edad, estado civil, si tiene o no hijos, profesión o actividad laboral anterior, remuneración mensual que percibe, nivel educativo, religión e importancia de la misma, presencia de enfermedad crónica, presencia de dolencia crónica, actividad que realiza en momentos de ocio, modo de establecer contacto con sus familiares o conocidos y frecuencia de contacto con los mismos.

Describir el nivel de bienestar psicológico en adultos mayores.

Describir el nivel de resiliencia en adultos mayores.

Comparar el nivel de bienestar psicológico de los adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y aquellos que viven en hogares particulares.

Comparar el nivel de resiliencia de los adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y aquellos que viven en hogares particulares.

Diferenciar el nivel de bienestar psicológico según sexo, edad, estado civil, si tiene o no hijos, profesión o actividad laboral anterior, remuneración mensual que percibe, nivel educativo, religión e importancia de la misma, presencia de enfermedad crónica, presencia de dolencia crónica, actividad que realiza en momentos de ocio, modo de establecer contacto con sus familiares o conocidos y frecuencia de contacto con los mismos.

Diferenciar el nivel de resiliencia según sexo, edad, estado civil, si tiene o no hijos, profesión o actividad laboral anterior, remuneración mensual que percibe, nivel educativo, religión e importancia de la misma, presencia de enfermedad crónica, presencia de dolencia crónica, actividad que realiza en momentos de ocio, modo de establecer contacto con sus familiares o conocidos y frecuencia de contacto con los mismos.

Establecer la correlación entre el nivel de bienestar psicológico y de resiliencia en los adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y aquellos que viven en hogares particulares.

3.3.- Hipótesis.

H 1: Los adultos mayores que residen en instituciones geriátricas presentan menor nivel de bienestar psicológico que aquellos que viven en hogares particulares.

H 2: Los adultos mayores que residen en instituciones geriátricas presentan menor nivel de resiliencia que aquellos que viven en hogares particulares.

H 3: A mayor nivel de resiliencia, mayor bienestar psicológico en adultos mayores.

3.4.- Justificación y relevancia.

Tal como refiere Castro Solano (2010), el bienestar psicológico es un buen predictor de la salud física, la longevidad, las relaciones interpersonales duraderas, una buena calidad de vida e incluso el funcionamiento psicológico óptimo de los seres humanos. Resulta entonces interesante saber, siguiendo al autor, cómo puede lograrse ese estado, cómo mantenerlo y qué se necesita hacer para que éste no disminuya.

El envejecimiento y la vejez son temas centrales del debate social actual a causa de las transformaciones demográficas que llevan a un envejecimiento poblacional en todo el mundo (Parales & Ruiz, 2002), y específicamente en Argentina, donde se observó en el último censo que las personas de 80 años y más conformaron el grupo de edad que presentó el mayor crecimiento relativo de la población. Específicamente en el partido de Lomas de Zamora, las personas de 65-90 años constituyeron el 10,8% del total (Ministerio de Economía y Finanzas, Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011). Por esta razón, este estudio adquiere relevancia práctica y social debido a la necesidad de pensar la inserción social y el modo de intervención con este sector de la población.

Resulta relevante la investigación planteada teniendo en consideración que el análisis de los datos obtenidos permitirá conocer cuál es el nivel de

bienestar psicológico y resiliencia de los adultos mayores según su contexto, con el fin de aportar nuevos conocimientos que alimenten el desarrollo de futuras propuestas de intervención para este grupo etario.

Al mismo tiempo, no se han encontrado investigaciones en la ciudad de Buenos Aires que estudien la relación entre el bienestar psicológico y la resiliencia en este grupo generacional y cómo estas variables se alteran en concordancia con la institucionalización de las personas, por lo que se considera un aporte teórico relevante que podrá dar lugar a futuras investigaciones que profundicen en la temática y posibles intervenciones que mejoren el bienestar psicológico de los adultos mayores. Los resultados que se obtengan mediante el presente estudio contribuirán a un mayor conocimiento de este grupo etario y sus condiciones de vida.

3.5.- Tipo de estudio.

Estudio ex post facto con grupo cuasi control.

Investigación transversal o sincrónica: se estudia una determinada población en un único tiempo.

Investigación cuantitativa: se busca un conocimiento sistemático, comparable y comprobable.

Investigación correlacional y comparativa.

Tipos de fuentes de datos: datos primarios (escalas autoadministrables).

Finalidad: Aplicada.

3.6.- Población.

Personas entre 75 y 85 años de edad que residan en geriátricos y en hogares particulares de la localidad de Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires, Argentina. La unidad de análisis fue determinada por los siguientes criterios:

3.7.- Criterios de inclusión.

Adultos mayores entre 75 y 85 años inclusive que residan en la localidad de Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Nacionalidad argentina.

Adultos mayores que vivan en residencias geriátricas.

Adultos mayores que no vivan en residencias geriátricas.

3.8.- Criterios de exclusión.

Presencia de deterioro cognitivo moderado a grave, cuadros psicóticos y/o retraso mental moderado a severo.

Adultos mayores que vivan en una residencia geriátrica por un período inferior a los 3 meses.

Adultos mayores que trabajen actualmente.

3.9.- Instrumentos para la recolección de datos.

- Escala de Resiliencia (Wagnild & Young, 1993; versión argentina: Rodríguez et al., 2009): escala autoadministrable que consta de 25 ítems con un formato tipo Likert que va desde 1=totalmente en desacuerdo a 7=totalmente de acuerdo. Todos los ítems se evalúan de forma positiva. El puntaje total se obtiene por la suma de los puntajes de la escala y los valores teóricos van desde 25 a 175. Los valores mayores a 147 indican mayor capacidad de resiliencia; entre 121- 146, moderada resiliencia; valores menores a 121 escasa resiliencia. La consistencia interna de dicha escala es adecuada, con un Alfa de Cronbach de 0.72.
- Escala BIEPS-A, Escala de Bienestar Psicológico para Adultos (Casullo, 2002): escala autoadministrable que consta de 13 ítems con un formato tipo Likert de tres opciones de respuesta: de acuerdo (1), ni de acuerdo ni en desacuerdo (2), en desacuerdo (3). El puntaje global de la escala se obtiene sumando los valores de los reactivos de manera invertida: de acuerdo (3), ni de acuerdo ni en desacuerdo (2), en desacuerdo (1). La escala evalúa cuatro dimensiones del bienestar psicológico: Aceptación/Control, Autonomía, Proyectos, Vínculos; y arroja un puntaje global cuyo punto de corte es 35. La confiabilidad total de la escala es aceptable, alcanzando un Alfa de Cronbach de 0.70. Si bien la confiabilidad de cada una de las escalas es menor (proyectos: 0.59; autonomía: 0.61; vínculos: 0.49 y control/aceptación: 0.46) los autores

plantean que se debe fundamentalmente a la reducida cantidad de elementos (Casullo, 2002).

- Cuestionario sociodemográfico construido ad hoc para la presente investigación.

3.10.- Procedimiento.

Se solicitó a directivos de seis instituciones geriátricas de la localidad de Lomas de Zamora, Buenos Aires, de gestión privada, la autorización para la recolección de los datos. El director de cada institución seleccionó los adultos mayores a ser encuestados de acuerdo a los criterios del presente estudio. Los datos referidos al tiempo de residencia fueron tomados de las historias clínicas de los residentes. En el caso de los adultos mayores no institucionalizados, el contacto fue establecido por informantes clave.

La administración de los cuestionarios fue realizada con cada adulto mayor por separado, con supervisión y sin límite de tiempo. Ninguno de los participantes de este estudio recibió compensación económica y todos completaron ambas escalas en forma individual. Si bien recibieron información acerca de los objetivos generales del estudio, no se informó respecto a las hipótesis, y se los invitó a participar en forma anónima y voluntaria.

3.11.- Muestra.

No probabilística, intencional. Compuesta por 136 adultos mayores, 43,4% de sexo masculino (n=59) y 56,6% de sexo femenino (n=77). La media de edad fue de 79,93 años ($DE = 3,241$; min. = 75; máx. = 85). El 55,1% vive en residencias geriátricas (n=75) y el 44,9% en hogares particulares (n=61), el 45,6% es viudo/a y el 21,3% casado/a, el 75% tiene hijos (la mayoría dos, el 28,7%) y su actividad laboral fue ser empleado administrativo (27,2%), ama de casa (25%) o comerciante (23,5%). El 35,3% poseen secundario completo, de religión católica (53,7%) y el 33,8% consideran su religión muy importante. A su vez, el 53,7% padece enfermedades crónicas y el 52,9% dolencias crónicas, miran televisión en sus momentos de ocio (35,3%), leen (19,9%) o conversan con otra gente (19,1%). El modo más habitual de establecer contacto con sus familiares o conocidos es cara a cara (60,3%) o por teléfono (38,2%), el 41,2%

mantiene este contacto diariamente y el 24,3% lo establece una vez a la semana. El grupo de adultos mayores institucionalizados, presenta un promedio de internación de 32 meses en el geriátrico (Rango = 5 meses a 7 años).

3.12.- Análisis

Los datos fueron cargados y procesados mediante el paquete estadístico *SPSS 19* (en español). Se realizó un contraste de hipótesis sobre la normalidad de las variables estudiadas mediante un análisis de Shapiro Wilks (N = 136 casos).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4. RESULTADOS.

En la Tabla 1 se presentan la prueba de normalidad (análisis de Shapiro-Wilks) con la significación de la distribución de las puntuaciones de ambos instrumentos. Los valores obtenidos muestran que puede asumirse una distribución asimétrica para Bienestar Psicológico y Resiliencia. En consecuencia se decidió usar estadística no paramétrica para todos los análisis, evaluados a una cola mediante el test de *U* de Mann-Whitney para comparar grupos y coeficiente el *Rho* de Spearman para correlacionar variables. El valor de Alfa de Cronbach presenta un buen nivel de confiabilidad de cada escala (por encima de $p > .60$), siendo para la Escala BIEPS-A de 0.82 y para la Escala de Resiliencia de 0.92.

TABLA 1: PRUEBA DE NORMALIDAD DE BIENESTAR PSICOLÓGICO Y RESILIENCIA

<i>Variables</i>	<i>Grupo</i>	<i>Shapiro-Wilk</i>	<i>df</i>	<i>Sig.</i>
Bienestar Psicológico	No Institucionalizados	,880	61	< ,001
	Institucionalizados	,970	75	,077
1. Aceptación/control	No Institucionalizados	,810	61	< ,001
	Institucionalizados	,923	75	< ,001
2. Autonomía	No Institucionalizados	,875	61	< ,001
	Institucionalizados	,922	75	< ,001
3. Vínculos	No Institucionalizados	,689	61	< ,001
	Institucionalizados	,908	75	< ,001
4. Proyectos	No Institucionalizados	,856	61	< ,001
	Institucionalizados	,882	75	< ,001
Resiliencia	No Institucionalizados	,954	61	,022
	Institucionalizados	,980	75	,274

Tal como indica la tabla 2, de los adultos institucionalizados, el 52% eran viudos, el 74% tiene hijos (la mayoría dos, el 28%), su actividad laboral fue ser comerciante (23%) o ama de casa (23%), el nivel educativo fue secundario (40%), de religión católica (50%), para quienes la religión era “muy importante” (30%), el 68% padece enfermedades crónicas, miran televisión en sus ratos de ocio, conversan o leen (42% y 17-18%, respectivamente).

Respecto a los no institucionalizados, el 37% era viudo y el 36% casado. El 75% tiene hijos (la mayoría dos, el 29%). Su actividad laboral fue ser empleado administrativo (33%), comerciante (24%) o amas de casa (27%), el nivel educativo fue secundario (29%) y de religión católica (57%), para quienes la religión era ‘muy importante’ (37%). Sólo el 36% padece enfermedades crónicas, miran televisión en sus ratos de ocio, conversan o leen (26% y 21-21%, respectivamente).

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

<i>Variables</i>	<i>No Institucionalizados</i>		<i>Institucionalizados</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Estado Civil</i>				
Soltero/a	7	11,5	6	8,0
Convive/pareja de hecho	1	1,6	-	-
Casado/a	22	36,1	7	9,3
Separado/a	1	1,6	10	13,3
Divorciado/a	6	9,8	13	17,3
Viudo/a	23	37,7	39	52,0
En pareja	1	1,6		
<i>Hijos (sí)</i>				
Un hijo	9	14,8	12	16,0
Dos hijos	18	29,5	21	28,0
Tres hijos	9	14,8	15	20,0
Más de tres hijos	10	16,4	8	10,7
<i>Profesión o actividad laboral anterior</i>				
Comerciante	18	24,0	14	23,0
Profesional	10	13,3	12	19,7
Empleado administrativo	25	33,3	12	19,7
Ama de casa	20	26,7	14	23,0
Desempleado/Trabajo part-time	1	1,3	4	6,6

<i>Variables</i>	<i>No Institucionalizados</i>		<i>Institucionalizados</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Estado Civil</i>				
Soltero/a	7	11,5	6	8,0
Convive/pareja de hecho	1	1,6	-	-
Casado/a	22	36,1	7	9,3
Separado/a	1	1,6	10	13,3
Divorciado/a	6	9,8	13	17,3
Viudo/a	23	37,7	39	52,0
En pareja	1	1,6		
Técnico	1	1,3	5	8,2
<i>Remuneración mensual</i>				
De \$2.000 a \$3.000	21	34,4	33	44,0
De \$3.001 a \$4.000	17	27,9	24	32,0
De \$4.001 a \$5.000	10	16,4	14	18,7
Más de \$5.000	13	21,3	4	5,3
<i>Nivel educativo</i>				
Primario incompleto	3	4,9	4	5,3
Primario completo	11	18,0	13	17,3
Secundario incompleto	11	18,0	11	14,7
Secundario completo	18	29,5	30	40,0
Terciario incompleto	3	4,9	5	6,7
Terciario completo	7	11,5	6	8,0
Universitario incompleto	-	-	1	1,3
Universitario completo	8	13,1	5	6,7
<i>Religión</i>				
Católica	35	57,4	38	50,7
Judía	2	3,3	6	8,0
Protestante	5	8,2	4	5,3
Evangelista	5	8,2	10	13,3
Agnóstico/a	3	4,9	2	2,7
Ateo/a	4	6,6	5	6,7
Ninguna	7	11,5	10	13,3
<i>Importancia de la religión</i>				
Nada importante	11	18,0	19	25,3
Poco importante	10	16,4	13	17,3
Algo importante	17	27,9	20	26,7

<i>Variables</i>	<i>No Institucionalizados</i>		<i>Institucionalizados</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Estado Civil</i>				
Soltero/a	7	11,5	6	8,0
Convive/pareja de hecho	1	1,6	-	-
Casado/a	22	36,1	7	9,3
Separado/a	1	1,6	10	13,3
Divorciado/a	6	9,8	13	17,3
Viudo/a	23	37,7	39	52,0
En pareja	1	1,6		
Muy importante	23	37,7	23	30,7
<i>Vive solo (sí)</i>	<i>34</i>	<i>55,7</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Enfermedad crónica</i>				
Sí	22	36,1	51	68,0
No	39	63,9	24	32,0
<i>Dolencia crónica</i>				
Sí	28	45,9	44	58,7
No	33	54,1	31	41,3
<i>Ocio</i>				
Leer	13	21,3	14	18,7
Mirar televisión	16	26,2	32	42,7
Jugar juegos de mesa	6	9,8	5	6,7
Actividades manuales	5	8,2	3	4,0
Caminar	8	13,1	8	10,7
Conversar con otra gente	13	21,3	13	17,3
<i>Modo de establecer contacto</i>				
Teléfono/Mensaje de texto	24	39,3	28	37,3
Cara a cara	37	60,7	45	60,0
No establece contacto	0	0	2	2,7
<i>Frecuencia de contacto</i>				
Diariamente	38	62,3	18	24,0
2 veces a la semana	10	16,4	15	20,0
1 vez a la semana	13	21,3	20	26,7
2 veces al mes	0	0	12	16,0
1 vez al mes	0	0	5	6,7
Menos de 1 vez al mes	0	0	5	6,7

Se llevó a cabo una comparación con estadística no paramétrica (*U* de Mann-Whitney) entre Institucionalizados y No institucionalizados. Los resultados mostraron que los adultos mayores que viven en instituciones geriátricas presentan menor nivel de Bienestar Psicológico que aquellos que residen en hogares particulares (*M Institucionalizados* = 26,41; *M No Institucionalizados* = 33,77; *p.* < .001). El mismo resultado se presenta para Aceptación/control (*M Institucionalizados* = 6,21; *M No Institucionalizados* = 7,95; *p.* < .001), Autonomía (*M Institucionalizados* = 6,55; *M No Institucionalizados* = 7,41; *p.* = .007), Vínculos (*M Institucionalizados* = 7,17; *M No Institucionalizados* = 8,39; *p.* < .001), y Proyectos (*M Institucionalizados* = 6,48; *M No Institucionalizados* = 10,02; *p.* < .001).

Por otro lado, los adultos mayores que viven en instituciones geriátricas presentan menor nivel de Resiliencia en comparación con aquellos que residen en hogares particulares (*M Institucionalizados* = 93,23; *M No Institucionalizados* = 136,57; *p.* < .001).

TABLA 3: COMPARACIÓN ENTRE INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS EN BIENESTAR PSICOLÓGICO Y RESILIENCIA

<i>Variables</i>	<i>Grupo</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>U de MW</i>	<i>z</i>	<i>Sig.</i>
<i>Bienestar psicológico</i>	No institucionalizados	61	33,77	3,23	540,500	7,66	< .001
	Institucionalizados	75	26,41	5,05			
1. <i>Aceptación/control</i>	No institucionalizados	61	7,95	1,18	864,000	6,34	< .001
	Institucionalizados	75	6,21	1,54			
2. <i>Autonomía</i>	No institucionalizados	61	7,41	1,45	1680,000	2,70	,007
	Institucionalizados	75	6,55	1,86			
3. <i>Vínculos</i>	No institucionalizados	61	8,39	0,90	1147,000	5,22	< .001
	Institucionalizados	75	7,17	1,43			
4. <i>Proyectos</i>	No institucionalizados	61	10,02	1,98	624,000	7,33	< .001
	Institucionalizados	75	6,48	2,20			
<i>Resiliencia</i>	No institucionalizados	61	136,57	15,07	233,500	8,98	< .001
	Institucionalizados	75	93,23	21,09			

Se llevó a cabo una correlación mediante el coeficiente *Rho* de Spearman entre Resiliencia y Bienestar Psicológico. Los resultados han señalado que aquellos adultos mayores que presentan mayor bienestar psicológico tienden a ser más resilientes, estén o no institucionalizados (*Rho Institucionalizados* = .685; *p.* < .001; *Rho No institucionalizados* = .459; *p.* < .001). En los adultos mayores institucionalizados, la Resiliencia correlacionó positivamente con las cuatro dimensiones del Bienestar Psicológico (*Rho Aceptación/Control* = .627; *p.* < .001; *Rho Autonomía* = .528; *p.* < .001; *Rho Vínculos* = .619; *p.* < .001; *Rho Proyectos* = .339; *p.* = .003). En aquellos no institucionalizados, la Resiliencia correlacionó positivamente sólo con la dimensión Proyectos (*Rho Proyectos* = .369; *p.* = .003).

TABLA 4: CORRELACIÓN ENTRE BIENESTAR PSICOLÓGICO Y RESILIENCIA EN INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS

	Bienestar Psicológico	Aceptación/Control	Autonomía	Vínculos	Proyectos
Resiliencia (Institucionalizados)	,685(**) < ,001	,627(**) < ,001	,528(**) < ,001	,619(**) < ,001	,339(**) ,003
Resiliencia (No institucionalizados)	,459(**) < ,001	,180 ,165	,153 ,240	,180 ,165	,369(**) ,003

Se llevó a cabo una comparación con estadística no paramétrica (*U* de Mann-Whitney) entre adultos mayores Institucionalizados y no Institucionalizados en las variables Nivel educativo, Importancia de la religión, Frecuencia de contacto y Remuneración mensual. Se encontró diferencia significativa en los No institucionalizados en Frecuencia de contacto (*M No Institucionalizados* = 1,59; *M Institucionalizados* = 2,81; *p.* < .001); y diferencia marginalmente significativa en Remuneración mensual (*M No Institucionalizados* = 4,25; *M Institucionalizados* = 3,85; *p.* = .057). (ver Tabla 5).

TABLA 5: COMPARACIÓN ENTRE NIVEL EDUCATIVO, IMPORTANCIA DE LA RELIGIÓN, FRECUENCIA DE CONTACTO Y REMUNERACIÓN MENSUAL EN INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS

<i>Variables demográficas*</i>	<i>Grupo</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>U de MW</i>	<i>z</i>	<i>Sig.</i>
Nivel educativo (1)	No institucionalizados	5,11	2,001	2208,500	-,356	,722
	Institucionalizados	4,88	1,708			
Importancia de la religión (2)	No institucionalizados	2,85	1,123	2041,000	-1,121	,262
	Institucionalizados	2,63	1,171			
Frecuencia de contacto (3)**	No institucionalizados	1,59	,824	1156,000	-5,193	< .001
	Institucionalizados	2,81	1,477			
Remuneración mensual (4)	No institucionalizados	4,25	1,150	1874,500	-1,902	,057
	Institucionalizados	3,85	,911			

(1) Nivel educativo: 2 = Primario completo a 9 = Universitario completo

(2) Importancia de la religión: 1= Nada importante a 4= Muy importante

(3) Frecuencia de contacto: 1= Diariamente a 6= Menos de 1 vez al mes

(4) Remuneración mensual: 1= Hasta \$1000 a 6= Más de \$5000

** Las Medias de Frecuencia de Contacto se interpretan de manera inversa debido a que la variable está invertida respecto a las demás (a mayor puntaje, menor frecuencia de contacto).

Se llevó a cabo una correlación mediante al coeficiente *Rho* de Spearman entre Resiliencia y Bienestar psicológico con cinco variables demográficas de ambos grupos. Se encontraron 14 (25%) de 54 correlaciones significativas. Los institucionalizados (I) mostraron una correlación positiva entre Remuneración Mensual y Resiliencia ($Rho = .307$; $p = .007$), correlación positiva entre Importancia de la religión y Bienestar Psicológico ($Rho = .281$; $p = .014$), en particular en las dimensiones Aceptación/control, Autonomía, y Vínculos, y positiva con Resiliencia ($Rho = .334$; $p = .003$). Los adultos mayores institucionalizados también presentaron una correlación positiva entre Frecuencia de contacto y Bienestar Psicológico ($Rho = -.336$; $p = .003$), en particular Aceptación/control, Vínculos y Proyectos, así como también positiva con Resiliencia ($Rho = -.419$; $p < .001$).

En relación a los adultos mayores no institucionalizados (NI), estos mostraron una correlación positiva entre Nivel educativo con la dimensión Proyectos del Bienestar Psicológico ($Rho = .339$; $p = .008$), y positiva en Resiliencia ($Rho = .259$; $p = .044$), así como también negativa en Frecuencia de contacto con la dimensión Autonomía del Bienestar Psicológico ($Rho = .284$; $p = .026$), y positiva con Resiliencia ($Rho = -.267$; $p = .038$) (ver Tabla 6).

TABLA 6: CORRELACIÓN ENTRE NIVEL EDUCATIVO, IMPORTANCIA DE LA RELIGIÓN, MESES DE RESIDENCIA, FRECUENCIA DE CONTACTO Y REMUNERACIÓN MENSUAL CON BIENESTAR PSICOLÓGICO Y RESILIENCIA EN INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS

Variables	Nivel Educativo (1)		Importancia de la religión (2)		Meses en residencia	Frecuencia de contacto (3)**		Remuneración Mensual (4)	
	NI	I	NI	I	I	NI	I	NI	I
<i>Bienestar Psicológico</i>	,247 ,055	,034 ,774	-,130 ,316	,281* ,014	,101 ,414	-,107 ,411	-,336** ,003	,183 ,159	,199 ,087
1. <i>Aceptación/control</i>	,209 ,105	,156 ,182	-,094 ,472	,235* ,043	,084 ,494	-,184 ,156	-,363** ,001	,221 ,087	,213 ,067
2. <i>Autonomía</i>	,037 ,777	-,069 ,555	-,144 ,269	,265* ,022	,130 ,292	,284* ,026	-,149 ,201	-,024 ,853	,156 ,182
3. <i>Vínculos</i>	-,012 ,928	,020 ,863	,054 ,678	,433** < ,001	,114 ,354	-,226 ,079	-,313** ,006	,187 ,149	,196 ,092
4. <i>Proyectos</i>	,339** ,008	,099 ,399	,020 ,881	,019 ,872	-,143 ,243	-,242 ,061	-,232* ,045	,143 ,272	,138 ,236
<i>Resiliencia</i>	,259* ,044	,151 ,195	,120 ,359	,334** ,003	-,009 ,943	-,267* ,038	-,419** < ,001	,201 ,120	,307** ,007

I= Institucionalizados ; NI= No institucionalizados

(1) Nivel educativo: 2 = Primario completo a 9 = Universitario completo

(2) Importancia de la religión: 1= Nada importante a 4= Muy importante

(3) Frecuencia de contacto: 1= Diariamente a 6= Menos de 1 vez al mes

(4) Remuneración mensual: 1= Hasta \$1000 a 6= Más de \$5000

** Los valores del Rho de Spearman en la variable Frecuencia de Contacto se interpretan de manera inversa debido a que la variable está invertida respecto a las demás (un valor de Rho negativo se interpreta como positivo y viceversa).

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5. DISCUSIÓN

La presente investigación se propuso como uno de los objetivos fundamentales indagar si, en la muestra examinada, existe relación empírica entre el nivel de Bienestar Psicológico y Resiliencia en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y aquellos que viven en hogares particulares. En relación a este objetivo se puede afirmar que, de acuerdo a los análisis realizados, los resultados señalan que aquellos adultos mayores que residen en instituciones geriátricas presentan menor nivel de bienestar psicológico y resiliencia que aquellos que viven en hogares particulares, confirmándose las hipótesis planteadas. Lo mismo se verifica para cada una de las dimensiones de bienestar psicológico planteadas por Casullo (2002), a saber: Aceptación/control, Autonomía, Vínculos y Proyectos.

De esta manera, en este grupo investigado, se verifican las hipótesis planteadas en tanto que, si bien la vejez conlleva nuevos estados psicosociales y físicos inevitables, los adultos mayores no institucionalizados logran adaptarse a estas nuevas circunstancias replanteándose sus metas y desafíos de acuerdo a sus nuevas capacidades (Ortiz Arriagada & Castro Salas, 2009) y por ello presentan altos niveles de bienestar psicológico, lo cual implica “la auto aceptación de sí mismo, un sentido de los propósitos o el significado vital, el sentido de crecimiento personal o compromiso y el establecimiento de buenos vínculos personales” (Casullo, 2002, p. 17), aún en edades avanzadas. Algo similar ocurre con la resiliencia ya que, aun habiendo atravesado eventos críticos propios de la edad, los adultos mayores no institucionalizados de este estudio demuestran, como plantea Jiménez Ambriz (2008), que se han adaptado y han logrado mantener un adecuado funcionamiento, demostrando resiliencia frente a estos cambios.

En el caso de los adultos mayores institucionalizados, resulta interesante destacar que, como establecen Zubieta y Delfino (2010), la tradición eudaemónica del bienestar psicológico considera tanto la dimensión individual como la social, el mundo dado y aquel construido intersubjetivamente, la valoración que realizan las personas acerca de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad, lo que permite inferir que es esta dimensión contextual y social de la internación la que interfiere en la adecuada

adaptación del adulto mayor a las características propias de la vejez y por ello presentan niveles bajos de bienestar psicológico. Respecto a la resiliencia, ésta pasó a ser considerada como dependiente del equilibrio dinámico de factores individuales, familiares y sociales (Villalba Quesada, 2003), lo cual permite inferir que, en tanto el contexto y el contacto con familiares de la persona institucionalizada sufren alteraciones, la capacidad de reponerse a situaciones adversas propias de la edad disminuye. En concordancia con lo planteado, Greve y Staudinger (2006, citados en Jiménez Ambriz, 2008), establecen que todos los individuos cuentan con ciertos recursos *protectores* que sirven para atenuar los efectos negativos de la exposición a circunstancias extremas, dentro de los cuales se encuentran la familia y el contexto social, por lo que puede inferirse que dichos factores protectores son los que no estarían actuando adecuadamente en este grupo investigado, en tanto el entorno social es el encargado de proporcionar diversos recursos para atender las necesidades del anciano y que pueda mantener una buena calidad de vida y bienestar.

Cabe destacar que la institucionalización interfiere en la adecuada adaptación de los adultos mayores a las características particulares de la edad debido a que, como plantea Matusevich (1998), el geriátrico rompe con la lógica de la vida cotidiana: las actividades son desarrolladas en un mismo lugar, la planificación de las mismas responde a los objetivos de la institución y no a necesidades personales, las personas están acompañadas permanentemente por otras y haciendo juntas lo mismo, la secuencia de las actividades está programada y es impuesta a través de normas explícitas vehiculizadas por el personal especializado, y una misma autoridad rige para todo. Lo que ocurre como consecuencia de la institucionalización es que el geriátrico presentado de esta manera tiende a potenciar los síntomas orgánicos y afectivos ya existentes debido al aislamiento, la falta de estímulos, la monotonía y la reglamentación que domina la vida cotidiana de las personas (Matusevich, 1998), lo cual altera el bienestar psicológico y la resiliencia de los adultos mayores institucionalizados.

Se propuso en el presente estudio indagar cómo se relacionan el bienestar psicológico y la resiliencia y si se hallan diferencias en cada grupo investigado. En relación a este objetivo, los resultados evidencian que el mayor

nivel de bienestar psicológico está relacionado con una mayor resiliencia, lo cual se pudo confirmar tanto en las personas institucionalizadas como en aquellas no institucionalizadas, verificándose la tercera hipótesis que plantea que a mayor bienestar psicológico, mayor resiliencia. Carol Ryff (1989, citado en Scolni & Goris Walker, 2011), hace referencia al bienestar psicológico como el esfuerzo por perfeccionar el potencial de cada persona, el desarrollo y crecimiento personal, las maneras en que las personas enfrentan los retos vitales y el esfuerzo e interés por conseguir satisfacción en la vida. Por su parte Becoña (2006), plantea que existen fortalezas y características positivas que operan como factores protectores de la salud mental de los individuos, mediante las cuales podría favorecerse el surgimiento de la resiliencia, constituyéndose en un factor positivo frente a la adversidad. Al respecto puede inferirse que una potenciación de las fortalezas y características positivas de este grupo etario, que operarían como factores protectores de su salud mental, conllevaría una mejora en su bienestar psicológico y una mayor resiliencia frente a las circunstancias adversas.

En relación con los objetivos restantes de la siguiente investigación, que involucran la descripción general de la muestra y las comparaciones pertinentes entre los adultos mayores, es importante destacar que se encontraron diferencias entre aquellos institucionalizados y aquellos no institucionalizados. Los no institucionalizados presentaron mayor frecuencia de contacto con sus familiares y conocidos, sin embargo, aquellos adultos mayores que viven en geriátricos mostraron que cuanto más contacto tienen con sus allegados, su bienestar psicológico y resiliencia se incrementan, lo que estaría vinculado con lo que menciona Villalba Quesada (2003), de un tipo de resiliencia familiar que consiste en la capacidad de auto reparación de la familia, permitiendo enfrentar mejor las crisis o estados de permanente estrés. Lo antedicho permitiría inferir que aquel subgrupo de institucionalizados que tiene mayor frecuencia de contacto con sus familiares y conocidos logra afrontar mejor el proceso de internación que aquellos que mantienen menor contacto.

Los adultos mayores institucionalizados mostraron que a mayores ingresos económicos, presentaban mayor resiliencia, lo que no ocurre con aquellos no institucionalizados. Al mismo tiempo, mostraron que a mayor

importancia otorgada a su creencia religiosa, mayor bienestar psicológico y resiliencia, lo cual tampoco ocurre en el grupo de no institucionalizados. Al respecto se podría inferir que el factor económico en aquellas personas institucionalizadas les podría estar brindando mejores oportunidades de elección de residencia o mismo dentro de la institución, como el acceso a otras terapéuticas, por ejemplo. En relación a la creencia religiosa, podría pensarse que los adultos mayores institucionalizados cuentan con menos recursos, proyectos, bienestar (de acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación) en comparación con aquellos no institucionalizados, y por esta razón otorgan mayor importancia a las creencias religiosas. De todos modos, estos son factores que escapan al presente estudio, pero será interesante continuar examinando otras variables que permitan comprender mejor cómo aquellos adultos mayores que residen en geriátricos pueden incrementar su bienestar psicológico y resiliencia.

Con respecto al grupo de adultos mayores que residen en hogares particulares, se encontró que a mayor nivel educativo, presentan mayores puntuaciones en la dimensión “Proyectos” del bienestar psicológico y mayor resiliencia. Teniendo en consideración que esta dimensión hace referencia a tener propósitos y metas en la vida, asumir valores que le brinden significado y sentido a la vida (Casullo, 2002), podría inferirse que el mayor nivel educativo, intelectual, es un recurso que podría brindar mayores oportunidades y posibilidades de incluirse en algún nuevo proyecto de vida, apuntando al crecimiento y desarrollo personal.

Los no institucionalizados también mostraron que a mayor frecuencia de contacto con sus familiares y conocidos, presentan menor autonomía. Esto podría estar relacionado con que, si la autonomía es la capacidad de actuar y tomar decisiones de manera independiente, poder confiar en el propio juicio y ser asertivo (Casullo, 2002), el permanente contacto con los allegados podría generar lo que Matusevich (1998), escribe como un vínculo de dependencia que lleva a un creciente deterioro en el funcionamiento autónomo, como ocurre en los casos de institucionalización ya que el geriátrico provee demasiada asistencia. Lo importante aquí sería acompañar al anciano sin asistirlo en exceso, con el objetivo de contribuir a que no disminuyan sus capacidades (Matusevich, 1998).

En suma, se considera que el aporte más importante de este trabajo se refiere a la posibilidad de verificar la relación existente entre el Bienestar Psicológico y la Resiliencia en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y aquellos que viven en hogares particulares, se concluye que esta relación es estadísticamente significativa. Así mismo, estos resultados aportan sustento empírico para avanzar en la investigación acerca de cuáles son los factores que influyen en el Bienestar Psicológico y la Resiliencia de los adultos mayores, específicamente de aquellos institucionalizados, considerando al bienestar como un buen predictor de la salud física, la longevidad, las relaciones interpersonales duraderas y de buena calidad e incluso del funcionamiento psicológico óptimo de los seres humanos (Castro Solano, 2010). En acuerdo con lo planteado por Rodríguez Feijóo (2003), acorde a las normas de solidaridad familiar y por el bienestar psicofísico del adulto mayor dependiente, como también del familiar que está a su cargo, es mejor evitar la internación en un geriátrico y hacerla únicamente en los casos en que no existe ninguna otra alternativa.

En cuanto a las limitaciones del estudio se puede señalar que la amplitud y complejidad del fenómeno de la institucionalización de personas mayores hace necesario el desarrollo de futuras investigaciones para abordar de manera más acabada esta temática. A su vez, las limitaciones del investigador, como la falta de experiencia, pudieron haber interferido en algún momento de la investigación, aunque cabe destacar que seguramente esta limitación se vio subsanada en parte por la permanente orientación del tutor de la investigación.

En relación al futuro, resulta de gran importancia ampliar las investigaciones referidas a las cuestiones aquí desarrolladas dentro del contexto argentino, indagando otros posibles factores que pudieran estar influyendo en el Bienestar Psicológico y la Resiliencia de los adultos mayores que viven en residencias geriátricas y en hogares particulares.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Argentina, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2011). *Nuevos datos definitivos del censo de población, hogares y viviendas 2010*. Buenos Aires: INDEC.
- Arias, C. J & Soliveréz, C. (2009). *Análisis dimensional y global del bienestar psicológico en adultos mayores de la Ciudad de Mar del Plata según tipo de hogar*. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.
- Barcia Goyanes, J. J. (1997). *La vejez como fenómeno humano*. Madrid: Smith Klein-Beecham.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.
- Candás, S. & García, O. (2006). Perspectiva de la tercera edad acerca de la mirada de los "otros" sobre la vejez. *Revista de psicología política*, 4(12). 1-9.
- Castro Solano, A. (2010). El estudio del bienestar psicológico. En. A. Castro Solano, (Comp.), *Fundamentos de psicología positiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. M. (2002). Evaluación del bienestar psicológico. En M. M. Casullo, (Comp.), *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica* (pp. 11-29). Buenos Aires: Paidós.
- Clemente, A., Tartaglini, M. F. & Stefani, D. (2008). Apoyo social, bienestar psicológico y salud percibida en personas de edad. *Perspectivas en psicología*, 5(2), 47-53.
- Contreras, F. & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas, perspectivas en psicología*, 2(2), 311-319.
- Dowd, J. J. (1990). Ever since Durkheim: The socialization of human development. *Human Development*, 33, 38-59.
- Erickson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 31, 416-430.
- Hernández Zamora, Z. E. (2007). El trabajo psicoterapéutico con un grupo de residentes geriátricos. *El Ágora USB*, 7, 247-258.
- Iacub, R. (2011). *Identidad y envejecimiento*. Buenos Aires: Paidós.
- Jiménez Ambríz, M. G. (2008). Resiliencia y vejez. *Portal Mayores*, 80, 1-17.

- Jiménez Ambriz, M. G. (2011). La resiliencia, el tesoro de las personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, Diciembre, 1-2.
- Martí Noguera, J. J., Martínez Salvá, F. A., Martí Vilar, M. & Marí Mollá, R. (2007). Responsabilidad social universitaria: acción aplicada de valoración del bienestar psicológico en personas adultas mayores institucionalizadas. *Polis*, 18, 1-14.
- Matusevich, D. (1998). Envejecimiento e institucionalización geriátrica. En G. A. Ferrero, (Comp.), *Envejecimiento y vejez: nuevos aportes*. (pp. 117-147). Buenos Aires: ATUEL.
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M. & Navarro, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 43, 90-95.
- Molina Sena, C. J & Meléndez Moral, J. C. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Geriátrika*, 22, 97-105.
- Organización Mundial de la Salud, División de promoción y protección de la salud. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Washington, D.C: Autor.
- Ortiz Arriagada, J. B. & Castro Salas, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 25-31.
- Parales, C. J. & Ruiz, E. D. (2002). La construcción social del envejecimiento y de la vejez: un análisis discursivo en prensa escrita. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 107-121.
- Rodríguez Feijóo, N. (2003). Estrés familiar y ancianidad en Buenos Aires: estudio comparativo entre el nivel de estrés de los familiares que conviven con el familiar anciano dependiente y el de aquellos que lo han internado en un geriátrico, *Scripta Ethnologica*, 25, 49-55.
- Rodríguez Feijóo, N. (2008). Longevidad y calidad de vida. *Perspectivas en psicología*, 5(2), 107-110.
- Rodríguez Piaggio, A. M. (2009). Resiliencia. *Revista Psicopedagogía*, 26(80), 1-11.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Salvarezza, L. (1996). *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Scolni, M. & Goris Walker, G. (2011, Febrero). *El bienestar psicológico en adultos*

mayores, la autonomía como uno de los criterios centrales. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.

Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.

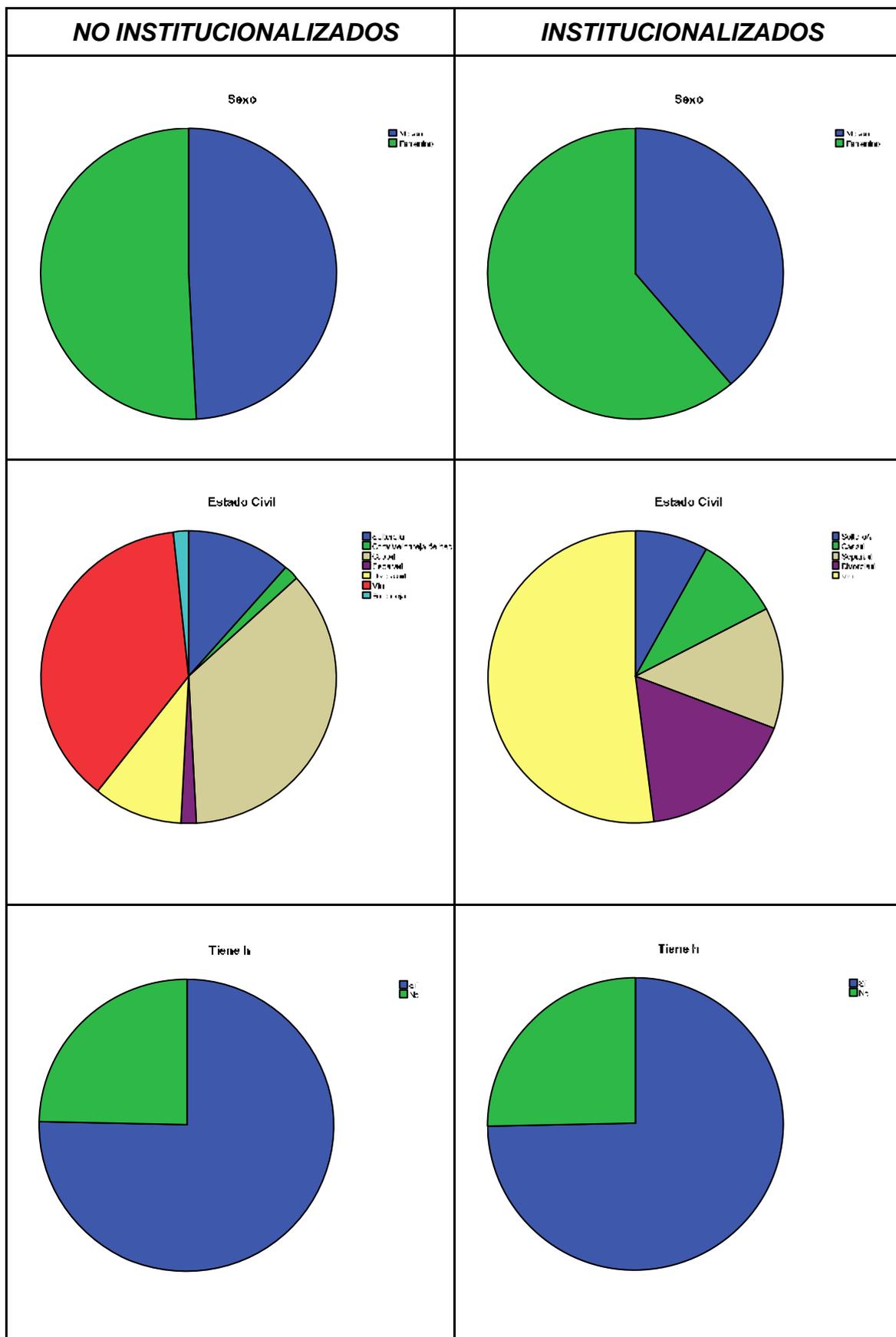
Vera Poseck, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 3-8.

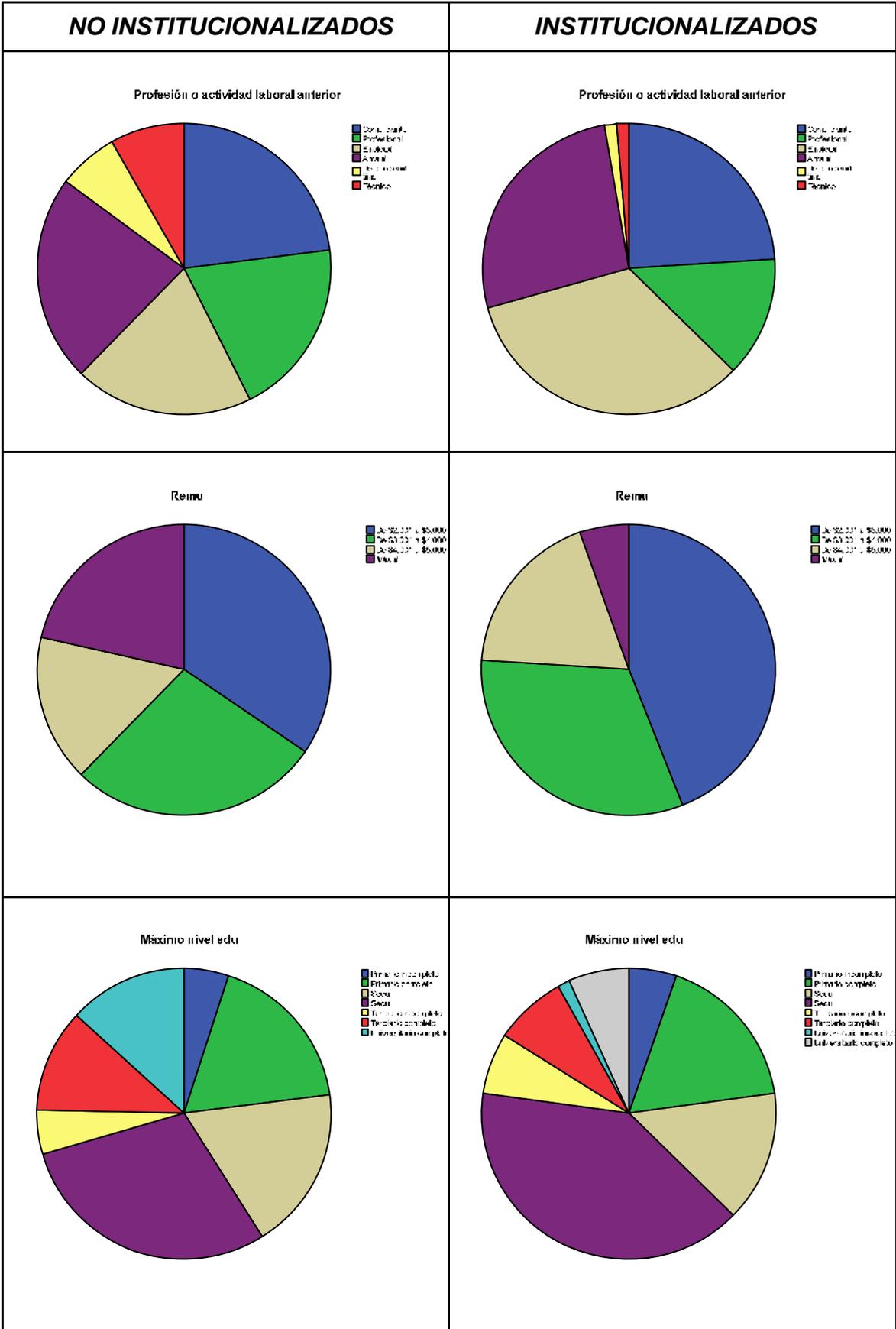
Villalba Quesada, C. (2003). El concepto de resiliencia individual y familiar. Aplicaciones en la intervención social. *Intervención Psicosocial*, 12(3), 283-299.

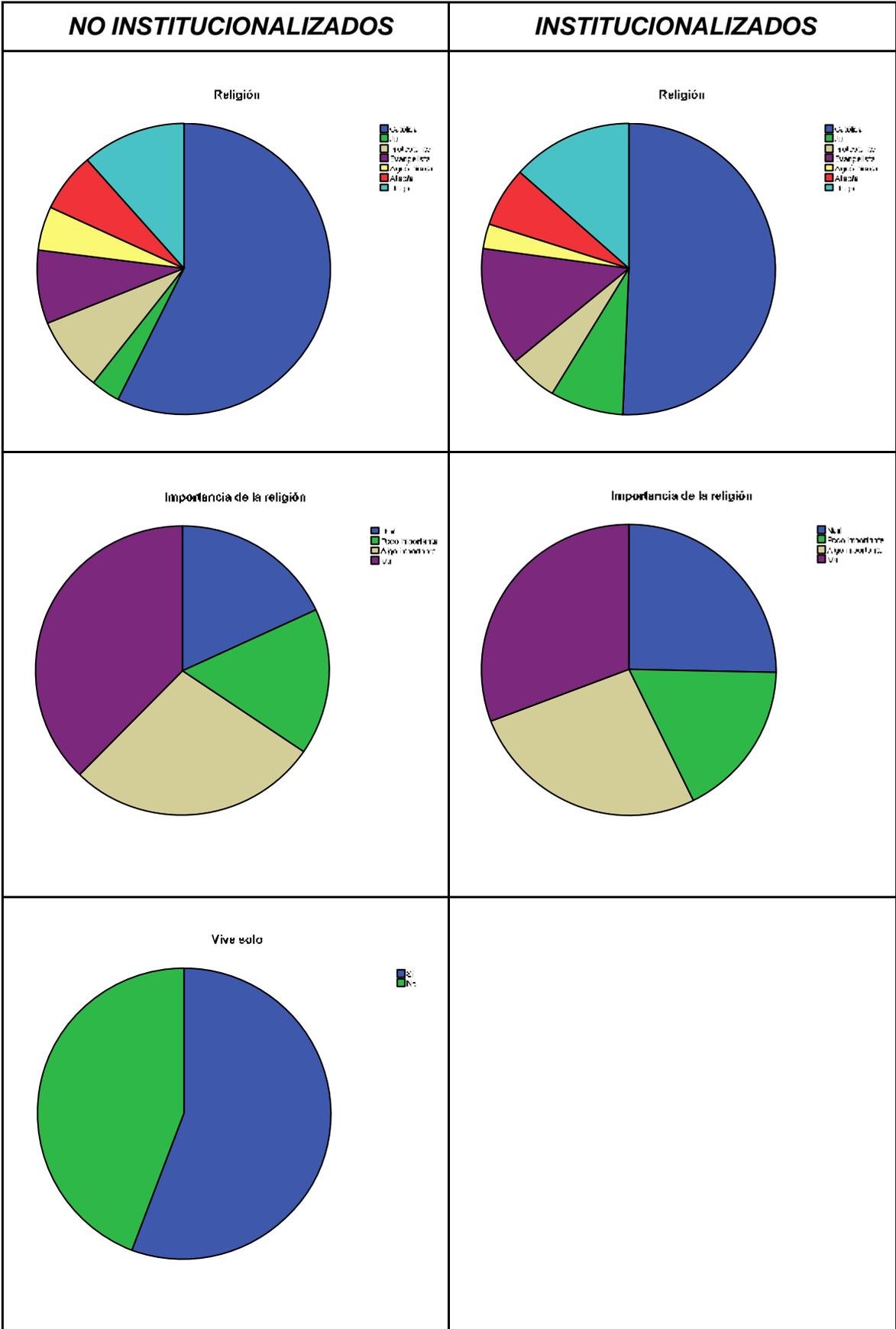
Zubieta, E. & Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones de la Universidad de Buenos Aires*, 17, 277-283.

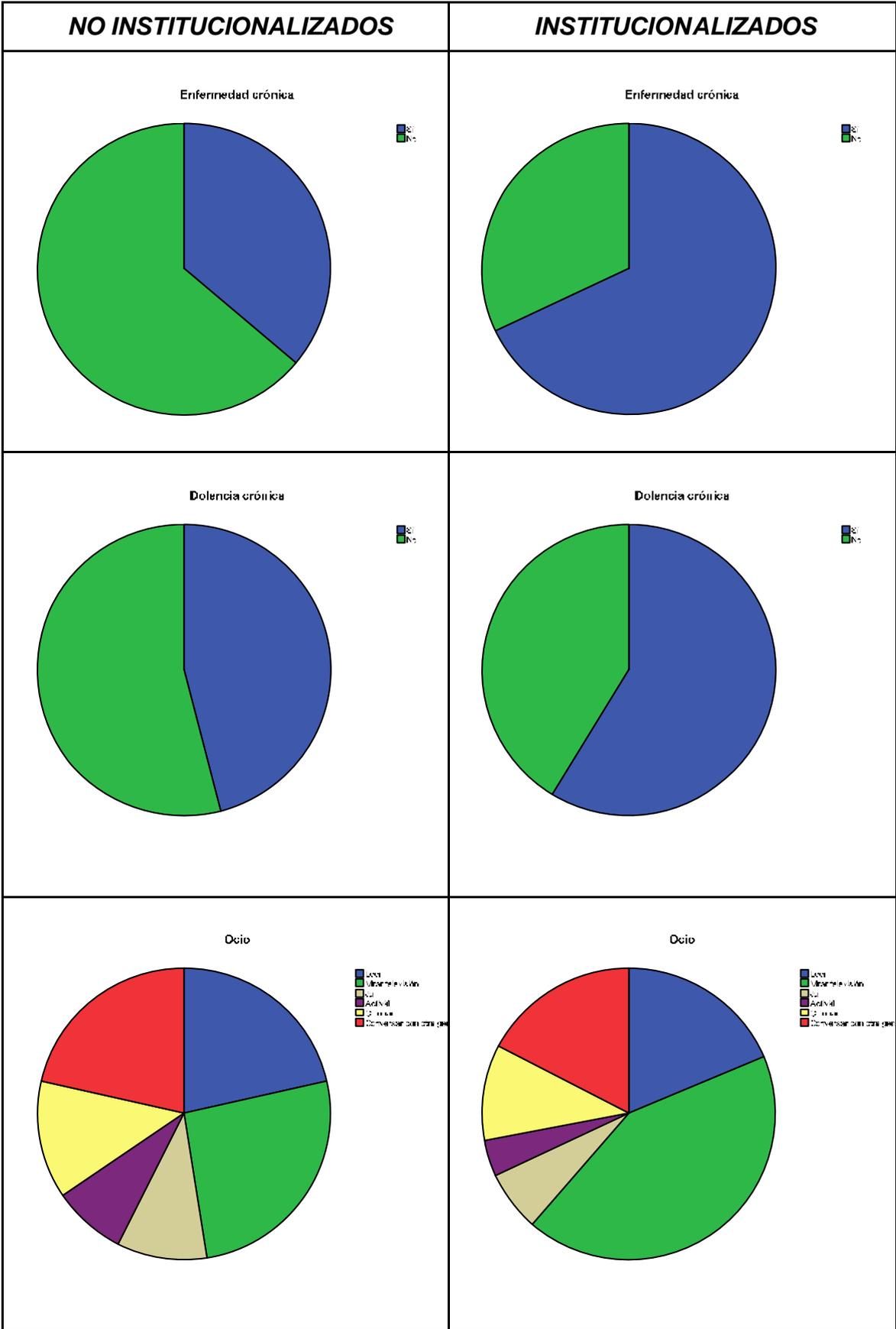
ANEXO

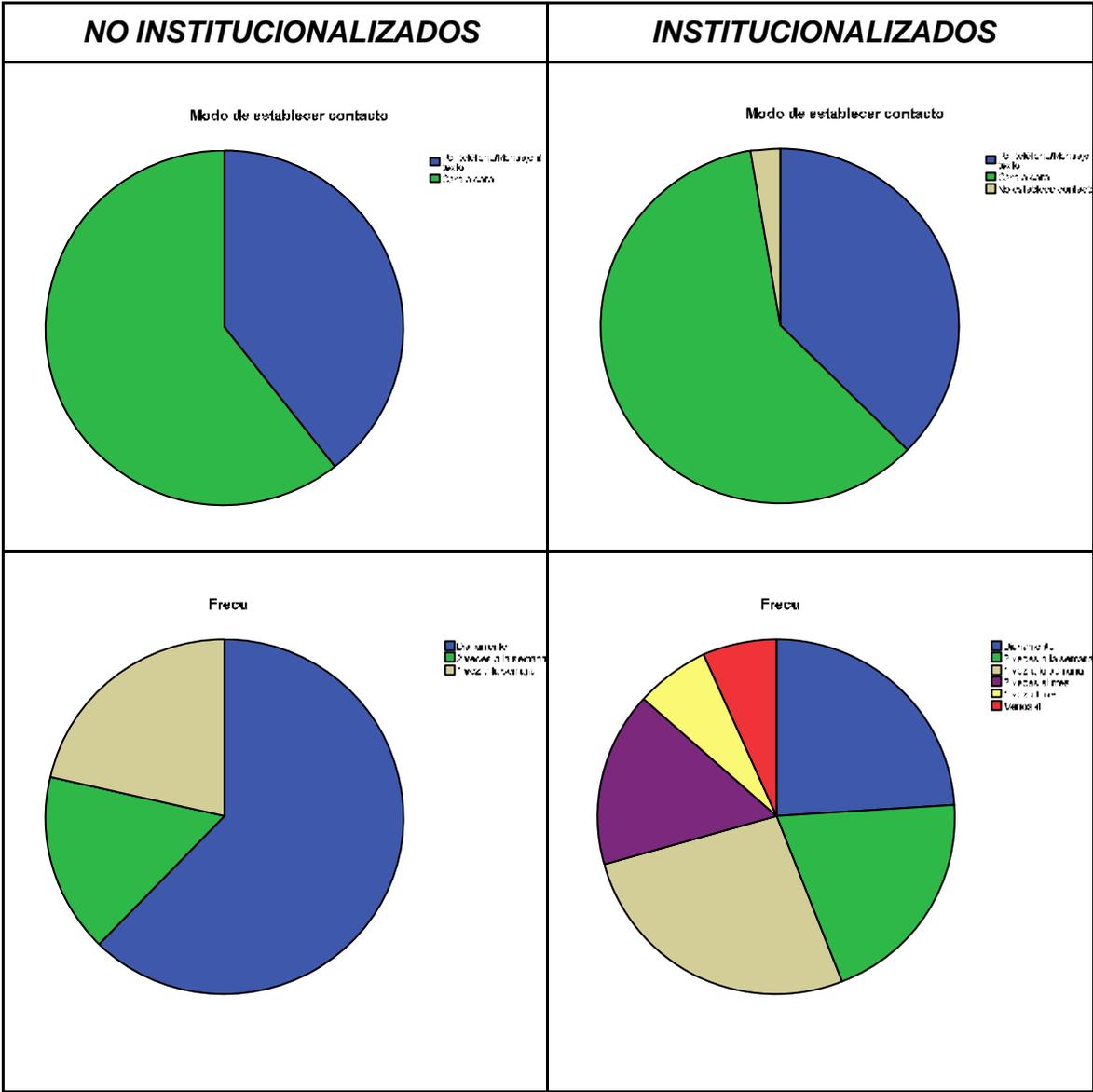
ANEXO I: GRÁFICOS











ANEXO II: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Lo invitamos a colaborar en una Investigación en la que se estudia el **Bienestar Psicológico** y la **Resiliencia** en la **localidad de Lomas de Zamora** de la **Provincia de Buenos Aires**. Por este motivo su colaboración en este estudio es de **suma importancia**. Su participación es **voluntaria**. La **información** brindada por usted es **confidencial** y sus datos **no serán difundidos**. Los resultados de la misma serán utilizados sólo para fines académicos-científicos.

Recuerde que **no hay respuestas correctas o incorrectas**, por favor intente **no omitir ninguna pregunta** y responder **todo el cuestionario**.

A) A continuación se presentan una serie de afirmaciones, por favor **circule** el número que indica mejor sus sentimientos acerca de esa declaración, desde “1” (totalmente en desacuerdo) hasta “7” (totalmente de acuerdo).

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de Acuerdo

1. Usualmente puedo ver una situación desde varios puntos de vista.	1	2	3	4	5	6	7
2. La confianza en mí mismo me permite pasar los tiempos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
3. Soy capaz de hacer las cosas por mí mismo sin depender de los demás.	1	2	3	4	5	6	7
4. Usualmente manejo los problemas de distintos modos.	1	2	3	4	5	6	7
5. Siento que puedo manejar varias cosas a la vez.	1	2	3	4	5	6	7
6. Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Soy capaz de hacer las cosas por mí mismo sin depender de los demás.	1	2	3	4	5	6	7
8. Usualmente encuentro cosas de que reírme.	1	2	3	4	5	6	7
9. En una emergencia, soy alguien en quien las personas pueden confiar.	1	2	3	4	5	6	7
10. Siento orgullo de haber logrado cosas en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
11. He podido atravesar situaciones difíciles, porque he experimentado dificultades antes.	1	2	3	4	5	6	7
12. Me basto a mí mismo si lo creo necesario.	1	2	3	4	5	6	7
13. A veces yo hago cosas quiera o no.	1	2	3	4	5	6	7
14. Mantengo interés por las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
15. Mi vida tiene sentido	1	2	3	4	5	6	7
16. Generalmente tengo energía para hacer aquello que tengo que hacer.	1	2	3	4	5	6	7
17. Soy auto disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
18. Mantengo el interés en aquellas cosas importantes para mí.	1	2	3	4	5	6	7
19. Cuando hago planes los llevo a cabo hasta el final.	1	2	3	4	5	6	7
20. Acostumbro a tomar las cosas sin mucha preocupación.	1	2	3	4	5	6	7
21. Soy amigable conmigo mismo.	1	2	3	4	5	6	7
22. Hago las cosas de a una por vez.	1	2	3	4	5	6	7
23. Rara vez me pregunto sobre el objetivo de las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
24. No insisto en cosas en las que no puedo hacer nada al respecto.	1	2	3	4	5	6	7
25. Me siento cómodo si hay gente que no me agrada.	1	2	3	4	5	6	7

B) A continuación se presentan una serie de afirmaciones, por favor **valore su grado de acuerdo** con las mismas, utilizando la siguiente escala. **Circule** la respuesta elegida.

1	2	3
De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo

01. Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida.	1	2	3
02. Si algo me sale mal puedo aceptarlo, admitirlo.	1	2	3
03. Me importa pensar qué haré en el futuro.	1	2	3
04. Puedo decir lo que pienso sin mayores problemas.	1	2	3
05. Generalmente le caigo bien a la gente.	1	2	3
06. Siento que podré lograr las metas que me proponga.	1	2	3
07. Cuento con personas que me ayudan si lo necesito.	1	2	3
08. Creo que en general me llevo bien con la gente.	1	2	3
09. En general hago lo que quiero, soy poco influenciado.	1	2	3
10. Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida.	1	2	3
11. Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar.	1	2	3
12. Puedo tomar decisiones sin dudar mucho.	1	2	3
13. Encaro sin mayores problemas mis obligaciones diarias.	1	2	3

SD) Por favor *complete* los siguientes *Datos Socio-Demográficos*:

A) Edad: _____ años. (Indique número)

B) Sexo: (marque con una cruz)

1. Masculino
2. Femenino

C) Estado civil: (marque con una cruz)

1. Soltero/a
2. Convive/Pareja de hecho
3. Casado/a
4. Separado/a
5. Divorciado/a
6. Viudo/a
7. En pareja
8. Otros (Indique cual): _____

D) ¿Tiene hijos? (marque con una cruz)

1. Sí
2. No [*pase a ítem E*]

D)1) ¿Cuántos hijos tiene?

1. Un hijo
2. Dos hijos
3. Tres hijos
4. Más de tres hijos

E) Profesión o actividad laboral anterior: (marque con una cruz)

1. Comerciante
2. Profesional
3. Empleado administrativo
4. Ama de Casa
5. Desempleado / trabajo part-time
6. Técnico
7. Otros (Indique cual): _____

F) ¿Está jubilado/a? (marque con una cruz)

1. Sí
2. No

G) Remuneración que recibe en forma mensual (en pesos): (Marque con una cruz)

1. Hasta \$1.000
2. De \$1.001 a \$2.000
3. De \$2.001 a \$3.000
4. De \$3.001 a \$4.000
5. De \$4.001 a \$5.000
6. Más de \$5.000

H) Máximo nivel de educación alcanzado: (marque con una cruz)

1. No asistió
2. Primario incompleto
3. Primario completo
4. Secundario Incompleto
5. Secundario Completo
6. Terciario Incompleto
7. Terciario Completo
8. Universitario Incompleto
9. Universitario Completo

I) ¿Cree usted en alguna Religión? (marque con una cruz)

1. Católica
2. Judía
3. Protestante
4. Evangelista
5. Agnóstico/a (desconoce lo divino)
6. Ateo/a (no cree en la existencia de Dios)
7. Otra (Indique cual): _____
8. Ninguna

I)1) Pensando en la respuesta que eligió en la pregunta anterior, ¿qué importancia tiene en su vida cotidiana?

1. Nada importante
2. Poco importante
3. Algo Importante
4. Muy importante

J) ¿Dónde vive actualmente?

1. Hogar propio
2. Hogar familiar
3. Residencia geriátrica
4. Otro (Indique cual): _____

J)1)a) ¿Vive solo?

1. Sí [*pase a ítem K*]
2. No

J)1)b) ¿Tiene personal contratado? (cuidador, enfermero)

1. Sí
2. No

J)2) ¿Hace cuánto tiempo que vive en una residencia geriátrica? (Indique número): _____ años

_____ meses

K) ¿Tiene alguna enfermedad crónica?

1. Sí
2. No

L) ¿Tiene alguna dolencia crónica?

1. Sí
2. No

M) ¿A qué dedica mayormente sus momentos de ocio? (Marque una opción con una cruz)

1. Leer
2. Mirar televisión
3. Jugar juegos de mesa
4. Actividades manuales (tejer, coser, etc.)
5. Caminar
6. Conversar con otra gente
7. Otros (Indique cual/es): _____

N) ¿Cuál es el modo más habitual en que establece contacto con sus familiares / conocidos? (Marque una opción con una cruz)

1. Por teléfono / mensaje de texto
2. Por mail / redes sociales
3. Cara a cara
4. No establece contacto

N) 1) ¿Con qué frecuencia establece contacto con aquel familiar / conocido con el que se comunica o se ve más?

1. Diariamente
2. 2 veces a la semana
3. 1 vez a la semana
4. 2 veces al mes
5. 1 vez al mes
6. Menos de 1 vez al mes

¡¡ Muchas gracias por su colaboración !!