



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
Licenciatura en Psicología

Tesis de Grado
“LA RISA Y EL HUMOR EN LA VEJEZ”

Tesista, **Ailén María Ramseyer**

Tutora, **Mariela Lindozzi**

Título a obtener, Licenciada en Psicología

Rosario, Santa Fe.

Junio, 2013.

A mis abuelas, Eva y Ester.



RESUMEN

En la actualidad abundan las representaciones sociales que sellan negativamente la imagen de la vejez, lo cual provoca una limitación en la sociedad en su compromiso para potenciar una mejor calidad vitalicia en las personas longevas. Debido a ello, es que la presente investigación se plantea como objetivo principal describir si, algo tan natural como la risa y el humor, influyen en la calidad de vida percibida por los adultos mayores.

El estudio que se llevó a cabo fue no experimental, de carácter transversal y el método desarrollado fue inductivo, con el posterior análisis correlacional de los datos obtenidos. Para llegar a estos se ha utilizado la Escala de Bienestar Psicológico para adultos de Casullo y la Escala Multidimensional del Sentido del Humor de Thorson y Powell, aplicados sobre una muestra de cuarenta personas mayores a 65 años de la ciudad de Reconquista, Santa Fe – Argentina, en su condición de institucionalizados o no.

Los resultados vislumbraron que toda la población considera que su calidad vital es adecuada, pero aquellos que utilizan el humor en sus vidas se han destacado con superioridad en los puntajes; por lo que se infiere que hay una correlación positiva entre la risa, el humor sobre la calidad de vida.

Palabras claves

• Vejez • Risa • Sentido del Humor • Calidad de Vida

Abstract

The current days abound in social representations that judge old age image as negative, causing a imitation in society's comitment to potencieate a better life quality for these long-lived people. Therefore, the hereof research sets its main goal on discovering if something as natural as laugh and sence of humor, can be an inflence on life quality sensed by elderly people.

The study that has been done was not experimental, transversal and the developed method was inductive, with subsequent correlation analysis of the data obtained. To achieve these results, we used the Casullo's Psychological Well-Being Scale for adults and the Thorson and Powell's Multidimensional Sense of Humor Scale, both applied to



a sample of forty people over 65 years old native from Reconquista, Santa Fe - Argentina who were, in some cases, institutionalized.

The results envisioned that the entire populations consider its life quality is adequate, but those who use sense of humor in their lives are highlighted with superior scores, so it is deduced that there is a positive correlation between laughter and sense of humor on life quality.

Key Words

• *Old Age* • *Laugh* • *Sense of Humor* • *Quality of life*



INTRODUCCIÓN

El nacimiento de esta investigación tuvo dos líneas explícitas de interés que fueron motivo para que se lleve a cabo. En principio, la experiencia que nos delata la risa y el humor como una valiosa herramienta natural y propia del ser humano; y por el otro la realidad de las personas adultas que se sitúan –por la actitud de la sociedad- bajo la categoría “población olvidada”.

Sobre los adultos mayores se instaura negación, que se demuestra en la cotidianidad a través de la situaciones de soledad, abandono, burlas, desinterés, falta de atención, entre otros, que se disparan hacia quienes integran este grupo etario. Con estos métodos la comunidad niega y se intenta desvincular de lo que es su inevitable futuro; pero como resultado no evita su destino, sino que lo condena. Diciendo de otro modo: la forma en que se que se trate hoy a los ancianos es una referencia de como se los puede tratar mañana, que seremos nosotros.

La condena se basa en suprimir la potencia de cada ser humano o el desarrollo de las mismas, lo cual en vez de ayudar a mejorar el camino por los años más altos de la vida, provoca deterioro en ella; y con esto -indudablemente – afecta la calidad vital que tengan los adultos mayores. Lograría decirse entonces, que la calidad de vida puede estar dentro de los parámetros considerados aceptables –o no-, pero se podría casi siempre estar un poco mejor.

La risa por su parte no daña –excepto que sea mal usada-, por lo contrario alegra; y su manifestación en carcajadas es un temblor que da calma. Es en sí un fenómeno que desencadena bienestar, que encima es contagioso.

La ‘sensación de estar alegre’ por algunos minutos, puede transformarse a ‘estar realmente alegre’; que por consiguiente genera un estado de ánimo positivo que beneficia la postura con la que enfrentar o contemplar las adversidades que anteponga la vida.

Son por estas vertientes que fue de complacencia y agrado realizar el presente estudio, que pretende describir e indagar como la risa y el humor, u otros factores son los que inciden o no en la calidad de vida percibida de las personas mayores de esta sociedad.



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar y porque así están en mi corazón, a mi hermosa familia y principalmente a mis padres Andrea y Gerardo, que no dejan que pase un día sin demostrarme su apoyo, contención y gigante amor.

A Julián, por el simple hecho de siempre estar y hacer de este mundo para mí un lugar mejor.

A mis compañeros y amigos de curso que crearon de estos cinco años un solo momento mágico. En especial a mi Folie à Deux que se convirtió en mi pilar para los momentos de estudio, locuras y alegrías: Natalia.

A los directivos y profesores de la Universidad Abierta Interamericana, que hicieron que sea la Carrera de Psicología una verdadera pasión.

A Raúl Gómez Alonso y Mariela Lindozzi por su paciencia e inagotable ayuda para la realización de esta tesis.

A todas las personas mayores que, de forma anónima y desinteresada, se ofrecieron a participar en el presente estudio, y sin cuya colaboración no habría sido posible realizarlo.

Por último, pero en mismo grado de importancia a mis pequeños sobrinos que me recuerdan que no hay que olvidarse de reír.

Simplemente a todos...¡Gracias!

Ailén



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	9
AGRADECIMIENTOS	10
ÍNDICE.....	11
TEMA	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
OBJETIVOS	13
Objetivo General.....	13
Objetivos Específicos	13
ESTADO DEL ARTE	14
MARCO TEORÍCO	22
CAPITULO I -	22
APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE VEJEZ.....	22
Qué es la vejez.....	22
Teorías de la vejez.....	32
<i>Teoría de la desvinculación</i>	32
<i>Teoría de la actividad</i>	33
Concepción social actual sobre la vejez.....	34
Eterna juventud	40
CAPITULO II –	43
CAMBIOS BIOPSIICOSOCIALES QUE SE PRODUCEN EN LA VEJEZ.....	43
Características universales	43
Conflictos generales que deben afrontar.....	44
Físicos & Biológicos.....	44
Psicosociológicos.....	46
<i>Duelos</i>	46
<i>Sexualidad</i>	49
<i>Rol de abuelo</i>	50
Envejecimiento como proceso y proceso de envejecimiento	51
CAPITULO III –	52
CALIDAD DE VIDA	52
Definición de calidad de vida	52
Características de la calidad de vida.....	55
Dimensiones de la calidad de vida.....	56
Calidad de vida en la tercera edad	56



Instrumentos que miden la calidad de vida.....	58
CAPITULO IV –	59
LA RISA Y EL HUMOR.....	59
<i>Aclaración de la Autora</i>	59
Origen e historia	59
Precusores en la investigación y teorías acerca del humor	62
Definición de la risa, el humor	64
Dimensiones que integran al humor	66
La risa y el humor desde el aspecto psicológico.....	67
<i>Función social</i>	67
<i>Función sexual</i>	68
<i>Función agresiva</i>	68
<i>Función motivadora</i>	68
<i>Función defensiva (mecanismo de defensa)</i>	68
<i>La función intelectual del humor</i>	69
<i>La función comunicacional</i>	69
Tipos de humor	70
La risa sana	70
El beneficio de reír.....	72
<i>Fisiológicos:</i>	72
<i>Psicológicos:</i>	74
<i>Sociológicos:</i>	75
<i>* Dato curioso</i>	76
Risa patológica.....	76
Instrumentos que miden el humor	78
MARCO METODOLOGICO	79
Tipo de Estudio	79
Identificación y definición de las variables o dimensiones de análisis	79
Unidades de análisis	81
Área del estudio	81
<i>Población</i>	82
<i>Muestra</i>	84
MÉTODO	85
Técnicas para la recolección de datos.....	85
Instrumentos	86
<i>Observaciones</i>	86
Procedimientos	91
Consideraciones éticas	94



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	95
Informes generales	95
Resultados generales de los cuestionarios	99
Correlaciones entre BIEPS-A y MSHS	102
<i>Resultados y análisis bajo la categoría del nivel socio-económica</i>	<i>103</i>
<i>Resultados y análisis bajo la categoría de educación adquirida</i>	<i>104</i>
<i>Resultados y análisis bajo la categoría de actividades de preferencia</i>	<i>105</i>
<i>Resultados y análisis bajo la categoría de la edad</i>	<i>106</i>
<i>Resultados y análisis bajo la categoría del sexo</i>	<i>106</i>
<i>Resultados y análisis bajo la categoría de vivir solo o acompañado.....</i>	<i>107</i>
CONCLUSIÓN.....	109
BIBLIOGRAFÍA	111
ANEXO	116



TEMA

La risa y el humor en los adultos mayores.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿De qué modo inciden la risa y el humor en la percepción que tienen los adultos mayores de su calidad de vida?

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En el año 1979, Norman Cousins expone en su libro “Anatomía de una enfermedad” por primera vez la existencia de una correlación entre la salud y el humor. Este señor ha sido un conocido periodista de la época, y se ha desempeñado también como profesor adjunto de Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de California, Los Ángeles; donde realizó investigaciones sobre la bioquímica de las emociones humanas, que él siempre creía que eran la clave para el éxito de los seres humanos en la lucha contra las enfermedades.

Su iniciativa para redactar las páginas del libro -que lo llevó al reconocimiento mundial- se debe a le tocó vivir en primera persona una terrible enfermedad¹ que lo obligó a internarse en la cama de un hospital con un pronóstico de pocos meses de vida. Cousins, que confiaba en los eficientes efectos terapéuticos que producía tener un buen estado de anímico, hizo que conjunto a su médico, definieran un nuevo tratamiento que dejara a un lado los medicamentos innecesarios. Por dichas razones, determinaron una gran dosis intravenosa diaria de Vitamina C más un bombardeo de películas de comedias para luchar contra la enfermedad. Los resultados eran llamativos: luego de cada ataque de risa advenía una imperante sensación de placer y relajación; que además alejaba al dolor por lo menos durante las siguientes 2 horas².

¹ Norman Cousins sufrió de *espondilitis anquilosante* -también llamada **Morbus Bechterew** es una enfermedad autoinmune reumática crónica con dolores y cauda endurecimiento paulatino de las articulaciones, fundamentalmente a las articulaciones de la columna vertebral. Actualmente el pronóstico de vida a mejorado, empero la enfermedad sigue sin tener una cura pues todavía no se conocen el agente o agentes causales de la misma.

² Según declaración de Norman Cousins.



Por lo tanto, a partir de las experiencias y observaciones transitadas, Norman ha rescatado la risa y el humor, como herramientas para mejorar y producir cambios positivos en una persona o entorno.

Desde entonces, despertado el interés en la sociedad, la risa como fenómeno ha sido estudiada por numerosos campos de las ciencias sociales y humanas -psicología, medicina, ciencias políticas, ciencias empresariales, etc.-. Diversas investigaciones realizadas por International Society for Humor Studies, Loma Linda University California e Indiana University, entre otros; acuerdan que reír hace que nuestro cuerpo segregue endorfinas, droga natural que circula por el organismo y que tiene la capacidad de aliviar el dolor, reducir el estrés, potenciar el equilibrio, combatir la depresión, oxigenar naturalmente el cuerpo, ejercitar los músculos y ayudar a combatir enfermedades diversas, etc.

Si bien, estas investigaciones no hacen referencia en sus estudios a algún grupo etario en particular, cobraría gran importancia si las relacionáramos con los adultos mayores; ya que no es patrimonio del pensamiento moderno pensar y reflexionar sobre los mismos.

Por este lado entonces, se encuentran sobre la vejez innumerables opiniones, que varían según de quien provienen, el contexto, la época o la influencia instaurada en el imaginario social de este concepto en cada cultura. Según el Licenciado Gustavo Mariluz, estas se pueden reducir en dos visiones que son contradictorias entre sí y que se las mantienen a lo largo de la historia de la cultura occidental:

Estas dos posiciones están ilustradas en las consideraciones de dos filósofos griegos. Ellos son: Platón y Aristóteles. En el primero, aparece una consideración positiva que, sin llegar a ser un elogio, nos brinda una visión no apocalíptica de la vejez y el viejo. Hace una defensa incondicional del anciano y reclama para ellos poder social. Por el contrario, Aristóteles, no oculta su crítica a la ancianidad que lo lleva a recusar la gerontocracia espartana. Este autor hace a la vejez responsable de cuantos males encarnan en los humanos. (Mariluz, 2009, pág 4).

En esta revisión las dos vertientes expuestas, aún siendo antagónicas, no incluyen al adulto mayor como sujeto potenciabile; y sin embargo aunque se vea la vejez como la



“llegada del fin”, debería vérsela como el encuentro con una nueva etapa en la que – como todas- se vivencian limitaciones y nuevas posibilidades.

Si bien pareciera entonces por lo expuesto en el párrafo anterior, que en la ancianidad surgen diversos acontecimientos con sus pros y contras, está naturalizado por la sociedad y el propio individuo señalar sólo las negativas. ¿Por qué esto? Porque el cuerpo del hombre inevitablemente va cambiando con el transcurso de los años, decaen sus fuerzas, el pensamiento se aquieta, la actitud madura y los impulsos vitales se apaciguan; entonces el fin de la vida se lo vive como posible y son así sustituidos por las generaciones más jóvenes.

Sobre esto, dice Moreno Toledo (2010), que lugar donde uno nace está condicionado con alteridad por una serie de creencias, opiniones, actitudes, pautas de conducta y percepciones acerca de la edad, sus implicaciones, sus modos de vida y comportamientos. Logrando que cada etapa de la vida persiga objetivos y pautas concretas, los medios de comunicación y la enseñanza particular permiten la incorporación de roles, ideas y patrones de juicios para establecer una opinión grupal y compartida hacia un determinado grupo de edad. Para el caso de la ancianidad dónde los patrones del decaimiento físico son visibles, el desarrollo de actitudes negativas y estereotipadas hacia la vejez y/o el proceso de envejecimiento (denominado Viejismo – en su término anglosajón Ageism-) ha categorizado equivocadamente la vejez como a una etapa puramente incompetente y aversiva.

Empero si cambiamos la perspectiva y alentamos desplegar el potencial de acuerdo a las condiciones y deseos de cada persona, en sus aspectos físico, mental y social se lograría proporcionarle al individuo una longevidad lo más saludable posible; de lo contrario, se caería en el pensamiento aristotélico del anciano no capaz. En añadidura, considerando lo que opina Knopoff (2007); sobre una sociedad que a los adultos mayores considere enfermos, los ‘amputa’ y hace que pierdan las posibilidades de desarrollo; como al mismo tiempo en la misma causa un ‘peso’ del que nadie se quiere ocupar.

Subyace en lo expuesto hasta el momento, la afectación que pueden lograr estos prejuicios al recaer sobre la calidad de vida de los abuelos/as. Este concepto -que refiere en simples palabras al bienestar del individuo- para poder ser comprendido debe



ser estudiado por las múltiples dimensiones que lo constituyen como por ejemplo el estilo de vida, salud, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica. Es por ello que se va a conceptualizar de acuerdo a un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien" y/o las objetivas y sociales de lo que se considere culturalmente.

Retomando entonces como partida las reflexiones expuestas en las distintas investigaciones y trabajos sobre el positivo potencial que ejerce la risa y el humor sobre el ser humano y su bienestar; se busca a través de esta investigación, el identificar, describir, y correlacionar los correspondientes efectos que producen en la calidad de vida percibida en las personas adultas mayores -se advierte que será considerando adulto mayor a las personas que tengan 65 o más años de edad-.

Siendo la vejez propia del ciclo de la vida es de interés conocer los múltiples frutos que brindan la risa y el humor sobre ella. Puesto que encontrar correspondencia entre ambos, ayudarían a erradicar de la sociedad los prejuicios que asocian vejez con enfermedad; desnaturalizar la creencia que el anciano 'no puede' o 'no debe'; evitar enfrentarla de lo no conocido, lo catastrófico. De esta manera quienes integren una comunidad – en todas sus edades- lograrían reacomodarse, enfrentar y vivenciar la vejez no desde un dramatismo sino con una mirada de serenidad, optimismo y alegría.

Aportando a su vez a la población que se dirige el trabajo, la sapiencia de utilizar herramientas tan naturales como eficaces, que no se desgastan y son propias del ser humano: la risa y el humor.



OBJETIVOS

Objetivo General

Describir los modos en que inciden la risa y el humor en la percepción que tienen los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, sobre su calidad de vida en la localidad de Reconquista, Santa Fe.

Objetivos Específicos

- 1º) Identificar los efectos que genera la risa y el humor en los adultos mayores.
- 2º) Analizar las percepciones que tienen los adultos mayores sobre su calidad de vida.
- 3º) Indagar si los factores caracterizados como: nivel socio-económico; educación adquirida; actividades de preferencia; edad; sexo; y si vive sólo o acompañado, pueden estar involucrados en el potencial anímico de los adultos mayores.
- 4º) Relacionar los efectos identificados que produce la risa, el humor y la calidad de vida analizada en los adultos mayores.



ESTADO DEL ARTE

Para organizar esta sección se recurre a orden cronológico respecto a la aparición de dichos estudios.

Se han seleccionado aquellos que cuya publicación no superen los 10 años respecto a esta investigación en curso.

2004 - En Costa Rica, Mónica Mora, Delia Villalobos, Gerardo Alonso Araya Vargas y Antonieta Ozols han realizado un trabajo titulado como *Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa*. En él buscaban conocer la relación entre las variables - soporte social, autonomía, salud mental, actividad físico recreativa- que integran la perspectiva subjetiva de la calidad de vida, ligadas al género en personas adultas mayores costarricenses; e indagar sobre el principal motivo de estos sujetos para realizar la actividad física y el beneficio percibido por estos, de acuerdo al género. En este estudio participaron 152 sujetos (92 mujeres y 60 hombres) con edades entre los 60 a 75 años, de 21 centros diurnos, a los cuales se les aplicó dos instrumentos: un cuestionario de calidad de vida (INISA,1994) y una encuesta sobre actividad física recreativa. Los resultados mostraron relación significativa entre las variables autonomía y soporte social; autonomía y estado mental; autonomía y frecuencia de la actividad; autonomía y duración. La salud fue el motivo principal para realizar la actividad física y los beneficios principales de ésta para ambos géneros fueron, el sentirse más reanimados, más alegres, con energía, y el alivio de dolores. Concluyeron, que la calidad de vida - soporte social, autonomía, salud mental- percibida por el adulto mayor no difiere en lo que respecta al género e incluso en el motivo o beneficio para hacer actividad física, excepto en lo que respecta a la depresión, la cual se presenta con mayor frecuencia en las mujeres.

2005- El Lic. Javier Martín Camacho realizó una investigación a la que tituló *‘El humor en la práctica de la psicoterapia de orientación sistémica’*. En ella abordó el tema del humor orientada a la psicoterapia sistémica, en tratamientos individuales con pacientes adultos. El objetivo de la misma era describir, entender y conocer con profundidad las frecuencias, efectos, usos principales y modalidades del humor en el contexto específico de la clínica psicoterapéutica. Las variables consideradas fueron: las



entrevistas, los episodios de humor, la comunicación, el iniciador, el tipo de lenguaje, la cantidad de intercambios, la intensidad del humor, el tipo de contenido, la respuesta del receptor, el tipo de humor y la utilidad del mismo. Estas variables se han cruzado a su vez con los tiempos, con los diferentes géneros (varón y mujer), con los roles (terapeuta y paciente) y con los tipos de entrevistas (de primera vez y de proceso). La muestra estaba integrada por 20 entrevistas, correspondientes a 40 sujetos diferentes -20 terapeutas y 20 pacientes-. Bien sintetizada la conclusión a la que arriba esta tesis, es que el humor es un fenómeno que cobra gran relevancia para la práctica de la psicoterapia de orientación sistémica, ya que en todas las entrevistas tomadas y estudiadas han existido episodios de humor, con un promedio de 3,1 episodios por entrevista.

Por otro lado Deisy Krzemien, Alicia Monchiatti y Sebastián Urquijo, son tres psicólogos con orientación en la psicología social. Ellos publicaron en este mismo año una investigación caratulada *“Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de autodistracción”* Este trabajo propone, a partir de datos empíricos obtenidos en un grupo de adultas mayores, una reconceptualización de las estrategias de afrontamiento evitativas, especialmente la autodistracción, destacando su valor adaptativo frente a la crisis vital que genera el proceso de envejecimiento en las mujeres. Declaran en él como clínicos e investigadores sugieren que el envejecimiento implica una crisis del desarrollo que afecta la adaptación vital. Asimismo muestran que la literatura científica, considera que existe relación entre estrategias de afrontamiento y adaptación a situaciones críticas. Por lo tanto, mediante un diseño cuasi-experimental de tipo pre-test – pos-test con grupo control, evaluaron las estrategias de afrontamiento antes y después de un programa de aprendizaje social, en una muestra de sesenta mujeres ancianas, de las cuales, treinta participaron de un curso de aprendizaje social en la Universidad de Adultos Mayores de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina; y treinta no lo hicieron. Se realizó un análisis comparativo y cuantitativo de los datos. Los resultados evidencian que las mujeres que participaron del programa de aprendizaje social presentan un estilo de afrontamiento activo y adaptativo y a la vez, un uso significativo de la estrategia de autodistracción, caracterizada teóricamente como evitativa y no adaptativa. Los resultados que obtuvieron permiten elaborar una comprensión alternativa de la estrategia de autodistracción en función del afrontamiento a los sucesos críticos de la



vejez. Proponen que frente a situaciones que no constituyen un problema a resolver como el proceso de envejecimiento en particular, la autodistracción debería considerarse como una estrategia de afrontamiento que promueve una adaptación efectiva.

En el mismo período fue divulgado “*Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación*”, escrito por Mariana Bentosela y Alba E. Mustaca. Proponen en este estudio un acercamiento teórico-exploratorio sobre las diferentes estrategias de rehabilitación. Plantean que el envejecimiento normal produce una serie de cambios que se presentan asociados a una declinación general de las funciones fisiológicas. Como consecuencia surge un conjunto de déficit conductuales, cognitivos y emocionales. Explican que, aunque es relativamente artificial separar las funciones cognitivas de las emocionales, presentaron en esta revisión estudios conductuales y neurofisiológicos, especialmente realizados con modelos animales, que abordan los cambios que provoca el envejecimiento en cada una de esas áreas. Sus resultados mostraron un deterioro de los procesos cognitivos, especialmente de la memoria y las funciones ejecutivas, una persistencia en las respuestas previamente aprendidas y una desregulación frente a situaciones de estrés. Tanto en los modelos animales como en los humanos las alteraciones de la memoria y de las demás funciones cognitivas se atenúan si los sujetos vivieron en medios enriquecidos y si continúan estimulando, mediante prácticas y ejercicios, tales funciones. Presentan una recopilación de investigaciones acerca de los tratamientos aplicados para mejorar la calidad de vida, realizadas por quienes se valieron de estudios básicos para desarrollarlos. Las intervenciones conductuales son las más efectivas para atenuar los efectos del envejecimiento e incluyen el mantenimiento y cuidado general de la salud y una dieta adecuada, el ejercicio físico y un entrenamiento específico y continuado de las funciones cognitivas.

2006- Begonia Carbelo y Eduardo Jáuregui, han presentado su estudio *Emociones positivas: Humor positivo*. En este estudio exploratorio, relatan que la risa y humor merecen un importante protagonismo dentro de la psicología positiva, definida como el estudio de las emociones, los estados y las instituciones positivas. Esclarecen que la risa produce una de las sensaciones más placenteras de la experiencia humana, y estimula



comportamientos positivos como el juego, el aprendizaje y la interacción social. El sentido del humor, como rasgo de la personalidad, es una de las principales fortalezas del ser humano. Se les atribuyen a ambos importantes beneficios físicos, psicológicos y sociales. Concluyeron sin embargo, aun son pocos los investigadores y teóricos de la psicología positiva que han tratado estos fenómenos en detalle, los autores examinan la relevancia de la risa y el humor, especialmente el humor positivo en este campo, y revisan el estado actual del conocimiento sobre estos fenómenos.

2007- El humor terapéutico, lo que podría llamarse "risoterapia", explica Oscar Giménez, es un concepto relativamente nuevo que se fundamenta en la idea de que reír, o simplemente gozar de un buen sentido del humor, es bueno para la salud. Por ello este autor-en el mencionado año- publica en una revista científica "*El humor terapéutico bajo el escrutinio de la ciencia*". En esta comenta que científicos de la Clínica Mayo de Rochester (Estados Unidos) escribieron el pasado año que afrontar la vida con optimismo permite alcanzar mayor longevidad (Mayo Clin. Proc. 2000; 75:133-143), tras examinar las historias médicas de 839 individuos en los que se incluían tests de personalidad. En su estudio, los resultados nos muestran que las personas clasificadas como optimistas viven más que las consideradas pesimistas, aunque también apuntaban que ello puede deberse a otros factores no relacionados directamente con el sentido del humor. Por ejemplo, creen lógico pensar que quienes ven el vaso medio vacío sean más sedentarios, fumen, beban y sean más propensos a la depresión que quienes lo ven medio lleno.

2008- "La risa es importante en medicina y puede mejorar la relación entre médico y paciente" sostienen Ramón Mora Ripoll y Mari Cruz García Rodera -integrantes de la Red Española de Investigación de la Risa-; que presentaron en este año un artículo especial conocido como "*El valor terapéutico de la risa en medicina*". En el mismo exponen que la risa es una manifestación de alegría y bienestar y una descarga emocional. La definen, a través de lo estudiado, como una reacción psicofisiológica que externamente se caracteriza por:

a) contracciones enérgicas del diafragma, acompañadas de vocalizaciones silábicas repetitivas con resonancia de la fíringe, velo del paladar y otras cavidades fonatorias;



b) expresión facial determinada (movimiento de cerca de 50 músculos faciales, principalmente alrededor de la boca), que puede acompañarse de secreción lagrimal;

c) movimientos de otros grupos musculares corporales, más de 300 diferentes -pared abdominal, cabeza y cuello, espalda, hombros, brazos, manos y piernas, entre otros-, y

d) una serie de procesos neurofisiológicos asociados -cambios respiratorios y cardiocirculatorios, activación del sistema dopaminérgico y otros circuitos neuroendocrinos e inmunológicos-. Internamente la risa se acompaña de una sensación subjetiva reconocible, cuyo goce se lo han comparado con el de la actividad sexual y otras reacciones placenteras del organismo.

Explicitan a su vez en la investigación, sobre el valor terapéutico de la risa, que se han establecido varias vías por las que ésta se asociaría a beneficios de salud. En primer lugar, la risa puede conducir a cambios fisiológicos directos en los sistemas musculoesquelético, cardiovascular, inmunológico y neuroendocrino, los cuales se asociarían a un efecto beneficioso tanto inmediato como a más largo plazo. En segundo lugar, puede llevar a estados emocionales más positivos, que también tendrían efectos beneficiosos directos sobre la salud, o bien contribuir a una percepción subjetiva de mejor salud y calidad de vida. En tercer lugar, puede optimizar las estrategias para combatir el estrés y elevar la tolerancia al dolor subjetivo, lo que puede reducir el impacto negativo que ambos puedan tener en los efectos sobre la salud. Finalmente, puede aumentar las competencias sociales del individuo, que en consecuencia se muestra más cercano y con más satisfacción en las relaciones sociales. El mayor apoyo social resultante puede a su vez conferir efectos inhibidores del estrés y estimuladores de la salud.

2009- Sagrario Garay Villegas y Rosaura Avalos Pérez, presentan un artículo llamado *“Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez”*. El objetivo de este estudio era aproximarse a los significados y percepciones que tienen los adultos mayores sobre esta etapa de su vida. Para ello utilizaron herramientas de carácter cualitativo y cuantitativo. Su pretensión de usar ambos métodos era para contar con la visión de la población con 60 años o más, sobre aspectos relacionados con su salud física y mental, pero también indagar en los factores que podrían estar influyendo en dicha percepción. Los resultados con que se han encontrados revelan que existe una asociación muy cercana entre la percepción sobre la salud física y el estado mental de las personas adultas mayores.



2010- En la revista científica “Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación” de la Universidad Nacional de Mar del Plata, se encuentran dos interesantes artículos enfocados a la tercera edad.

El primero llamado “*Aportes para la comprensión de los aspectos positivos en la vejez*” escrito por María Belén Sabatini. El mismo explica que los estudios sobre la tercera edad hacen un enfoque de la vejez centrado exclusivamente en los aspectos biológicos, donde se resalta el estudio de los procesos patológicos y las pérdidas ocurridas durante esta etapa vital. En contraposición revela la autora, que desde el campo de la gerontología, se concibe al envejecimiento como un proceso normal, en el que existe un permanente inter-juego entre pérdidas y ganancias. Con esta línea teórica, ha presentado los resultados de una investigación en la que se exploraron las relaciones entre el Capital Psíquico, las Experiencias de Fluidez y el Bienestar Psicológico en adultos mayores. La muestra que utilizo, fue seleccionada de manera intencional y estuvo constituida por 160 personas mayores de la ciudad de Mar del Plata. En los fines de este trabajo se presenta un recorte de los resultados obtenidos a partir de los cuales pudieron observarse puntuaciones promedio elevadas en el Capital Psíquico y el Bienestar Psicológico, tanto en los puntajes totales como en sus dimensiones. Asimismo cuenta que un alto porcentaje de la muestra ha referido tener Experiencias de Fluidez. También, ha hallado la existencia de relación entre los constructos que se analizan. Concluye en la importancia del conocimiento de estos aspectos positivos en la vejez para el logro de una mejor comprensión de esta etapa vital.

El segundo artículo denominado “*Relaciones entre la red de apoyo social, el género y el grupo mayores residentes en la ciudad de Mar del Plata*”, cuya autora es Luciana Polizzi; comenta que diversos fenómenos relacionados con el envejecimiento poblacional plantean nuevos desafíos que requerirán cambios y readecuaciones en los apoyos sociales a los adultos mayores. Explica que este tema ha adquirido gran relevancia en la actualidad y ha sido incluido por los organismos internacionales entre los principales objetivos y recomendaciones referidas al mejoramiento de la calidad de vida en la vejez. Sobre esta base, los objetivos generales de este proyecto propusieron explorar las relaciones entre la red de apoyo social, el género y el grupo de edad de adultos mayores residentes en Mar del Plata. Para esto implementó un diseño de tipo no experimental transversal/correlacional y se aplicó la triangulación metodológica de



manera simultánea. Se ha seleccionado una muestra no probabilística de tipo intencional de 100 adultos mayores de ambos sexos (60 a 75 años: n: 50 y de 76 a 91 años n: 50) a la que se le administró: 1) un Cuestionario de datos sociodemográficos; 2) la Entrevista Estructurada de Fuentes de apoyo social (1985); y 3) una Entrevista semi-estructurada para explorar de manera cualitativa los cambios en la red ocurridos durante la vejez y los motivos que los generaron. Los datos serán analizados cualitativa y cuantitativamente. Los resultados encontrados refieren a que serán de gran relevancia en aportes a nivel teórico e interventivo.

2011- Paula Hermida y Dorina Stefani presentan *“La jubilación como un factor de estrés psicosocial. Un análisis de los trabajos científicos de las últimas décadas.”* Este trabajo es una revisión bibliográfica que tuvo por objetivo exponer los hallazgos de diversos estudios, llevados a cabo entre 1978 y 2009, sobre el complejo fenómeno de la jubilación y su impacto en la salud. Tuvieron en cuenta también para su realización, las variables relevantes implicadas en ese proceso; como, las redes de apoyo social, propuestas por el modelo de estrés psicológico, y el género y las actitudes hacia la jubilación, como variables externas a este modelo. La localización del material bibliográfico la han efectuado a través de una estrategia de búsqueda en bases de datos. Dicha búsqueda electrónica la han completado con una de índole manual, a partir de las listas de referencias de los trabajos elegidos en bibliotecas de instituciones educativas y públicas. Fueron consultados 98 artículos publicados en revistas científicas, libros y tesis, de los cuales se seleccionaron 62, de acuerdo a la pertinencia en relación al tema objetivo del presente trabajo. Sobre la base de los resultados obtenidos a través del análisis de contenido, plantearon que, de acuerdo al modelo de estrés psicológico, la jubilación resulta un factor de estrés psicosocial para el adulto mayor, pudiendo contribuir en el desarrollo de algún trastorno psicofisiológico. Asimismo intervienen en este proceso las actitudes hacia la jubilación, las redes de apoyo social y el género.

2012- Los psicólogos María del Rosario Ramírez Salazar y Carlos Andrés Cárdenas Palacio presentaron su investigación sobre la influencia de la risa en aquellos pacientes oncológicos niños, a la que tituló *“Efectos de la terapia de la risa sobre la calidad de vida de niños con cáncer”*. En esta se evaluaron la calidad de vida de 10 niños con diferentes tipos de cáncer, previo y posterior a cuatro sesiones de terapia de la risa a cargo de la Fundación Doctora Clown. Utilizó una encuesta para determinar la edad, el



género, el nivel educativo, el tipo de cáncer y el tratamiento, y la Encuesta del Estado de Salud para Niños Forma Corta 10 (SF -10) para evaluar la calidad de vida. Mediante la prueba de estados señalados de Wilcoxon se comparó la calidad de vida antes y después de la terapia. Los resultados sugirieron que esta terapia tuvo un efecto sobre las dimensiones de percepción de la salud general, funcionamiento físico, rol social físico, rol social emocional conductual, dolor corporal, autoestima y salud mental del SF - 10. Pese a esto no encontraron diferencias significativas en la dimensión de conducta general, antes y después de la intervención.



MARCO TEORÍCO

CAPITULO I -

APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE VEJEZ

“Yo no me rebelo contra el orden universal. Finalmente, después de setenta años, tuve lo bastante para comer. Aprecié muchas cosas –en compañía de mi mujer y mis hijos–; el calor del sol. Observé las plantas que crecen en primavera. De vez en cuando tuve una mano amiga para apretar. En otra ocasión encontré un ser humano que casi me comprendió.

¿Qué más puedo querer?”

(Sigmund Freud, 1926)

Qué es la vejez

Para comenzar el desarrollo de esta investigación es necesario introducir el concepto de vejez; pero digna a su complejidad que la caracteriza, es forzoso abordarla desde perspectivas muy diferentes. Debido a esto Fernández Ballesteros (2000) dice que llama la atención “la variedad y hasta la indefinición de la mayoría de las distintas conceptualizaciones de la vejez”. Esto lo explica expresando que se debe a la multiplicidad y complejidad de los cambios que están comprometidos, ya que estas permutaciones que acontecen son de naturaleza tanto biológicas, psicológicas y sociales; de forma que ninguna disciplina por separado, puede dar cuenta de ellos en su totalidad. Tal es así que en cada persona coexisten la edad cronológica, edad biológica, edad social y edad psicológica, que no coinciden necesariamente en el mismo tiempo. *Ejemplo: Una persona puede tener una edad cronológica de 70 años, una edad psicológica de 49, y una edad social de 65 años.* Por eso es necesario enfatizar la importancia de la singularidad de cada sujeto.

Si iniciamos con la explicación desde la mirada de la **edad cronológica**, nos encontramos inmediatamente con una gran diversidad de opiniones sobre dónde comienza o se acentúa esta etapa en la línea del ciclo vital. Por un lado -siguiendo las



líneas de M. Cornachione Llarrinaga en su trabajo “*Psicología del Desarrollo. Aspectos Biológicos, Psicológicos y Sociales*” (2006)-se encuentra el reconocido enunciado que la formula como el período que va desde el nacimiento hasta la actualidad de la persona. Empero aparece de manera referencial y arbitraria en la etapa de la vejez, porque es lógico entender que es a este tiempo al que comúnmente le llamamos “edad”, el asociarlo automáticamente con la cantidad de vida recorrida; pero llegado a este punto sabemos que envejecer significa aumentar la edad y volverse más viejo por el hecho de haber vivido más tiempo. Así que en efecto –en término de vida biológica- a cada año más de vida, es también un año menos que vivir.

Lo curioso que ocurre con esto, como explica Bernice L. Neugarten (1968 citado en Dulcey Ruiz, E. y Uribe Valdivieso, C.2002), es que la importancia de la edad cronológica es relativa, debido a que sirve más que nada como un constructo demográfico, que funcional. Ya que en sí misma, la edad, no es un factor causal, explicativo o descriptivo, ni una variable organizadora de la vida humana las más de las veces. Por lo tanto conveniente decir que es menos importante el tiempo que pasa, que lo que ocurre durante ese tiempo. De esta manera, aceptando que los hitos culturales y biológicos son cada vez más inexactos e inesperados, cualquier clasificación de la vida por etapa carecería de relevancia.

Pero como parece una necesidad establecer un orden en la sociedad, se utiliza la edad – que es inalterable- para estructurarla y mantenerla. Es en este sentido entonces, que la reconocida Organización Mundial de la Salud (OMS) -cuyas siglas originarias pertenecen en inglés a WHO (World Health Organization)- clasificó a la vejez en primera instancia a partir de los 60 años, pero luego por la evolución social aumentó hasta los 65. No obstante esta famosa organización especificó de la siguiente manera:

- 60 a 74 años → **Personas de avanzada.**
- 74 a 90 años → **Personas viejos o ancianas.**
- Mayor a 90 años → **Personas grandes viejos o grandes longevos.**

Teniendo en cuenta que a toda persona que tenga 60 o más años de edad se lo llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. Pero la antes señalada edad - 65 años - que marca la OMS se debe a un hecho meramente administrativo, ya que antes los 60 años era la edad de la jubilación y ahora son los 65, debido a que el mundo está



envejeciendo por el llamado "Proceso de envejecimiento Mundial"³ y en el que cada día habrán más ancianos y menos niños (tomemos de ejemplo a Europa que se va por el 20% de personas mayores de 60 años). Ante todo, rectificemos la idea sabida que una sociedad envejece cuando aumenta la proporción de personas de 60 años y cuando aumenta la cantidad de jóvenes (0 – 14 años) rejuvenece.

En resumen este trabajo expone que en los tiempos modernos una de cada cinco personas en los países desarrollados tiene más de 60 años y las predicciones de la ONU indican que, en 2050, serán una de cada tres.

Se afirma entonces que este fenómeno de *envejecimiento social* se debe a los cambios producidos en la estructura de las edades de dicha población; siendo factores claves la considerable disminución de la tasa de natalidad, reducción fertilidad⁴, y el aumento de la esperanza de vida al nacer para que se impulse esta "transición demográfica". Sin espacio a las dudas podemos alegar que en el pronto mundo que advendrá, serán las personas longevas quienes ocupen gran porcentaje de los sujetos que habiten en el mismo.

Continuando con el desarrollo de las diferentes posturas según el marco en que se fundamente, nos encontramos con la *edad biológica* que ésta en su caracterización tiene en cuenta los cambios físicos y biológicos que se van produciendo en las estructuras celulares, de tejidos, órganos y sistemas; la cual será determinada a su vez, por el estado físico, la salud, la vulnerabilidad física frente al estrés y también por la disminución de la potencialidad de algunos órganos.

Algunas de las variables a medir para intentar precisar la edad biológica, son la presión sanguínea, capacidad visual y auditiva, memoria, tiempos de reacción ante diversos estímulos, etc.; pero es un trabajo difícil de llevar a cabo debido a que cada organismo en su totalidad es único, y sus componentes al ser individuales no funcionan en

³ En un informe de División de Población de las Naciones Unidas (2007) explica que una de cada nueve personas tiene más de 60 años. Según los cálculos establecidos, se prevé que sea una de cada cinco dentro de 40 años. Según los pronósticos, en 2045, el número total de mayores de esta edad superará por primera vez al de menores de 14 en todo el mundo; lo que ya ocurrió en los países desarrollados en 1998.

⁴ En el periodo comprendido entre los años 1950-1955 y 2000-2005 la fertilidad total se redujo de 5 a 2.6 hijos por mujer y está previsto que continúe descendiendo hasta llegar a 2 hijos por mujer en 2045-2050. La cifra de fertilidad a lo largo de la vida no llega a los 2 hijos por mujer y, por lo tanto, está por debajo del nivel necesario para la sustitución de población a largo plazo. **Naciones Unidas**, "Estudio económico y social mundial: El desarrollo en un mundo que envejece", Nueva York, (2007).



cronicidad a otros. Será indiscutible entonces que el proceso de envejecimiento, variará de un sujeto a otro.

Sobre este aspecto, José Luis Ysern de Arce (1999) añade que,

(...) los parámetros y valores culturales imperantes en la sociedad favorecen poco la autoestima del anciano, ya que el modelo cultural que impera entre nosotros es un modelo simplista que imagina el desarrollo de la vida en términos de comienzo, plenitud y decadencia. Según este esquema el hombre está condenado fatalmente a ser testigo de su propia decadencia, y necesariamente su autoestima será cada vez más frágil y vulnerable. Subyace aquí una ideología físico - biológica que reduce el ser humano a pura conexión de células que obviamente se van envejeciendo y deteriorando.

Concluye Ysern de Arce que la ideología cultural del “viejismo” es y será necesario superar. Apoyando este pensamiento, Elisa Dulcey Ruiz y Cecilia Uribe Valdivieso en su trabajo “*Psicología del Ciclo Vital: Hacia una visión comprehensiva de la vida humana*”(2002) proponen que la psicología vital en sí es más amplia que la psicología del desarrollo en su aspecto biológico.

Coherente con una visión integral del curso del ciclo vital esta psicología enfatiza la irrelevancia de la edad, los cambios permanentes, la multidimensionalidad, y la plasticidad como la importancia del contexto y la historia. Toman entonces el envejecimiento como un proceso de diferenciación progresiva el cual comienza con la vida y termina con la muerte; siendo una realidad característica de todas las formas de vida celular, y por su puesto de los seres humanos. No obstante, recalcan que su complejidad difiere en las distintas especies, individuos y épocas de la vida; y las formas de envejecer son tantas como individuos existen. Es así que tanto el desarrollo como el envejecimiento tienen significados, no sólo biológicos, sino también socioculturales, que en todo caso superan concepciones unidimensionales, estáticas y limitantes.

Bajo estas conjeturas entendemos que la persona que transite la tercera edad se encuentra en conflicto con el inevitable paso del tiempo, que se refleja en el lienzo del propio cuerpo, con innumerables e ineludibles cambios. Siendo de gran envergadura la temática, se dedicará un expansivo desarrollo en el Capítulo II *Cambios biopsicosociales que se producen en la vejez*.



Para desarrollar la edad proveya bajo el prisma de la *edad social*, hay que comprender que el hombre atraviesa un ciclo socialmente regulado desde el nacimiento hasta la muerte, y que es tan inexorable como el paso a través del ciclo biológico: una sucesión de edades socialmente delimitadas, cada una de las cuales tiene reconocidos derechos, deberes y obligaciones o simplemente determinadas “adecuadas” actividades para desempeñar.

En esta edad que suele ser evaluada por la capacidad de rendir en el trabajo, la protección del grupo o grupos a los que se pertenece, y su utilidad social⁵-se observan dos posiciones que son en sí contradictorias respecto a la ancianidad en la cultura occidental. Estas están ilustradas en las consideraciones de los filósofos del pensamiento griego como al comienzo de la investigación se planteaba. Por un lado, Platón –al igual que la cultura oriental-, el cual posee una apreciación positiva, que brinda una visión no apocalíptica de la vejez y del viejo, marcando una defensa incondicional hacia el anciano y reclama para ellos el poder social. Ésta ponencia la exhibe este gran filósofo en su texto “La República”; donde se narra:

“(…)no se debe considerar a la vejez como una carga, por la vejez sólo será una carga si la persona vieja no quiere admitirlo ni tolerarlo. Por lo que la persona que esté predispuesta no tendrá ningún problema y su vejez será agradable.”(Platón; aprox. 404 a.C)

Antagónicamente, Aristóteles, no oculta su crítica a la ancianidad que lo lleva a recusar la gerontocracia espartana. Promueve a la vejez como la responsable de los males de los seres humanos y la posición social de los ancianos será objeto de críticas constantes del reconocido filósofo y siembra la idea de que carecen de poder social. Para ello da el siguiente ejemplo, “la copa es para Dionisio así como el escudo es para Ares. Y la vejez es a la vida lo que la tarde al día; se llamará, por lo tanto a la tarde vejez del día, y a la vejez la tarde de la vida, como hace Empédocles, u ocaso de la vida.” (Aristóteles, s.f citado por ITAM® III en *Cuál es la concepción que Aristóteles tiene de la comparación*, 1986)

⁵ Estas estimaciones varían según las sociedades, sus leyes, sus valoraciones, prejuicios y estereotipos; oscilando entre “viejo-sabio” y “viejo-inútil”. Cornachione Larrinaga, María A.(2006) *Psicología del Desarrollo. Aspectos Biológicos, Psicológicos y Sociales*.



Las opiniones y fundamentos de ambos historiadores, en lo que atañe al mundo occidental, son traídas constantemente a la realidad actual, dividiendo implícitamente a la sociedad en dos grupos. El primero con mayor sustento en personas que se aproxima a las ponencias de Aristóteles; y el segundo que en minoría desea hacer eco de los pensamientos platónicos, concordando con la cultura oriental dónde la figura del anciano es respetada y considerada sabia.

Este segundo grupo, que muestra una perspectiva positiva sobre la tercera edad y que va creciendo paulatinamente, puede relacionárselo con el modo de entender la vejez como resultado de la Modernidad, es decir, que los adelantos en la tecnología y la medicina provocan un aumento en la esperanza de vida. Como resultado a esto hay cada vez mayor cantidad de personas que viven la senectud, por lo tanto se comienza a modificar la consideración y tratamiento de los adultos mayores, si bien, continúan coexistiendo con los prejuicios y mitos del imaginario social[ver *Concepción social actual sobre la vejez*]. Será entonces el desafío de este nuevo milenio erradicar estos pensamientos negativos influyentes, que condicionan la correcta y pasiva evolución social.

Se observa que las ideologías y pensamientos que surgen en cada sujeto se entienden que la más de las veces son derivadas su sociedad; ya que esta condiciona una serie de creencias, opiniones, actitudes, pautas de conducta y percepciones acerca de la edad, sus implicaciones, sus modos de vida y comportamientos (Moreno Toledo, 2010). Si se tiene en cuenta esto, quedaría cada etapa de la vida persiguiendo objetivos y pautas concretas. Además los medios de comunicación, educación familiar y la enseñanza particular permiten la incorporación de roles, ideas y patrones de juicios con respecto a cada tiempo de la vida, como así también la de establecer una opinión grupal y compartida hacia un determinado grupo de edad. Asevera Moreno Toledo (2010) que “La adquisición o no de dichas ideas preconcebidas puede ser alterada con una visión realista, constructiva y fiel de los modos de envejecimiento normal y saludable”.

Sobre esto, Salvarezza (2002) afirma que la adquisición de ideas -o en este caso prejuicios- tiene lugar durante la infancia, quedando supeditados a la imitación de modelos parentales y obsoletos de una fuente racional, siendo limitados únicamente a una respuesta emocional frente a un estímulo concreto. El resultado de esto forma una ideología que fomenta actitudes de rechazo, repulsión y antipatía, sobre objeto considerado negativo.



Resumiendo la concepción social, acertamos con las palabras de Sagrario Garay Villegas y Rosaura Avalos Pérez (2009) que,

(...) el ser humano no puede pensarse a sí mismo sino como un miembro de una colectividad que constituye su grupo de referencia y su grupo de pertenencia; así, apunta que el propio individuo depende del grupo que le rodea. En ese sentido, sus referencias están circunscritas a su grupo y en sí a sus grupos de los cuales forman parte las personas adultas mayores.

En esa lógica resulta muy acertado que en algunos estudios se señale que **el problema no es la edad pero sí lo que la gente hace con ella** (Atchley 1989 citado en Meléndez, 1996).

Por último desde la *óptica de la psicología (edad psicológica)*, que es aquella ciencia básica dedicada al estudio del comportamiento humano en sus diferentes niveles de complejidad necesarios y, por lo tanto incluye la *conducta motora*, (lo que una persona hace), emocional (lo que siente) y cognitiva (lo que piensa) así como complejos atributos humanos que son la conciencia, la experiencia, la personalidad, la inteligencia o la mente; le incumbe ver cómo se desarrolla y evoluciona un sujeto a lo largo del tiempo.

Lo interesante sobre estas propiedades, es que la personalidad es aquella que hace caracterizar a un individuo y en esto Alfredo Fierro (citado por J. Buendía, 2002) escribe en "*Proposiciones y propuestas del buen envejecer*" (1994) sus estudios sobre el desarrollo de la personalidad en la vejez. En él afirma que no existe un perfil característico de personalidad en esta etapa; que los muchos años no transforman a las personas, salvo en casos de problemas orgánicos, de modo que la conducta de una persona que envejece sigue siendo plástica, cambiable y al igual que en otras edades persiste cierta estabilidad en algunos rasgos, mientras se dan o pueden darse cambios en otros.

Considera que estos cambios que surgen con la edad se deben en respuesta a las condiciones nuevas que experimenta la persona -disminución de responsabilidades, disponibilidad de tiempo, reducción de la actitud funcional-, más que a una tendencia inevitable a la personalidad que envejece.



Fierro concluye que aquellas personas que se mantienen activas, con responsabilidad y plena actitud funcional apenas muestran cambios en su personalidad. Es decir, que quienes siguen siendo emprendedoras; activas; interesadas por el mundo, las relaciones, las tareas y también por el sexo, viven más tiempo y felices, como también afrontan mejor el paso de los años. **La cuestión, en cualquier caso, no es cómo envejecen las**

personas, sino cómo podrían envejecer mejor.

Y las reglas de la calidad de ello son las mismas que en el buen madurar. Quien no ha sabido adaptarse y manejar las adversidades en los años anteriores, tampoco va a hacerlo ahora concluye.

EDAD	CRISIS		FUERZA O VIRTUD DEL YO
	ÉXITO	FRACASO	
1º Ciclo – 12 meses	CONFIANZA Se siente el niño protegido y seguro, desarrolla el sentimiento básico de confianza ante la vida.	DESCONFIANZA Reñido, desprotegido o abandonado, teme y aprende a desconfiar del mundo.	Esperanza
2º Ciclo – 1-3 años	AUTONOMIA El niño se ve como independiente, se atreve a hacer cosas y desarrollar sus capacidades.	VERGÜENZA Y DUDA Demasiado controlado por sus padres, no se atreve, duda, aprende tarde todo.	Voluntad
3º Ciclo – 4-5 años	INICIATIVA imaginación, viveza, actividad. Orgulloso por las propias actividades.	CULPABILIDAD falta de espontaneidad, inhibición. Sentirse culpable o malo.	Determinación
4º Ciclo – 6-11 años	LABORIOSIDAD Trabajador, emprendedor. Le gusta hacer cosas. Competitivo.	INFERIORIDAD Pereza, falta de iniciativa. Evitación de la competencia. Se cree inferior y mediocre.	Competencia
5º Ciclo – 12-18 años	IDENTIDAD DEL YO Uno sabe quién es y qué quiere en la vida. Seguridad e independencia. Capaz de aprender mucho. Sexualidad integrada.	CONFUSIÓN DE ROLES Inseguridad, no sabe lo que quiere. No sabe situarse frente a la sociedad, el trabajo y la sexualidad.	Fidelidad
6º Ciclo – 18-24 años	INTIMIDAD Capacidad de amor y entrega. Sexualidad enriquecedora. Vínculos sociales estables y abiertos.	AISLAMIENTO Dificultad para relacionarse. Problemas de carácter. Relaciones inauténticas.	Amor
7º Ciclo – 25-64 años	GENERATIVIDAD Se es creativo en varias áreas de la vida. Colaboración con nuevas generaciones.	ESTANCAMIENTO Empobrecimiento temprano. Egocentrismo. Improductividad.	Cuidado
8º Ciclo – más 65 años	INTEGRIDAD DEL YO Se acepta la propia vida como algo valioso. Satisfacción de haber vivido.	DESESPERACIÓN Se considera que se ha perdido el tiempo y que la vida se termina. Temor a la muerte.	Sabiduría

Ilustración 1 “Las 8 edades del hombre” planteadas por Erikson en 1958.

Esta última oración se trenza fácilmente con la famosa “*Teoría del desarrollo Psicosocial*” (1958) expuesta por Erik Erikson también conocida como “Las ocho etapas del Ciclo Vital”. Este mencionado autor es un reconocido psicólogo del Yo Freudiano, lo cual significa que acepta las postulaciones de Freud como básicamente correctas. No obstante, a diferencia de éste, otorgó mayor importancia a la influencia cultural y social que recae sobre el individuo. De ahí que desplaza prácticamente en sus escritos al inconsciente y los impulsos; y le da forma a su teoría en base a conflictos o crisis que el sujeto debe atravesar.

Erikson propone 8 estadios o ciclos que varían en su cronología según la cultura o el momento histórico de que se trate y se extienden desde el nacimiento hasta la vejez [ver *Ilustración 1*] En cada uno de ellos se presenta una crisis⁶ diferente, que se caracteriza

⁶ N. de A.: Se utiliza la palabra *crisis* para dar cuenta de los procesos de evolución y cambio. *Crisis vital o evolutiva* hará entonces referencia al proceso necesario e insoslayable por el que el ser humano atraviesa a lo largo de su vida.



por una bipolaridad (positiva o negativa) que el individuo debe resolver. La singularidad que se presenta en cada etapa, es que es formadora de una virtud particular (ej.: esperanza, voluntad, amor, etc.). Estas virtudes pueden metafóricamente compararse con una “escalera” por la que avanza la vida humana; en donde –obligatoriamente- cada escalón se apoyara sobre los escalones previamente conquistados, por lo tanto es necesario completarlos con el debido equilibrio. De no ser resueltos con eficacia dicho conflicto sea por déficit o por sobre adaptación –llamadas *tendencias maladaptativas*-; se producirán estancamientos o regresiones a etapas anteriores, incluso el ingreso precoz a ciclos ulteriores; según la condición de vida que lo determine (Erikson, 2000).

En el ciclo que atañe a la vejez –el 8vo y último-, el conflicto que se plantea es la *Integridad yoica vs. Desesperación*. En éste, la contradicción que se expresa oscila entre el deseo de envejecer satisfactoriamente y la ansiedad que producen los pensamientos de pérdida de autonomía y muerte. El mencionado lapso se caracteriza en que el sujeto analiza sus estadios anteriores, metas, objetivos, fijados, alcanzados y no logrados, etc.; por lo cual el individuo entra así en un proceso de reflexión filosófica, orientado hacia la espiritualidad, las relaciones sociales y la búsqueda del envejecimiento satisfactorio –sabiduría-, que según Erikson muy pocos individuos llegan a experimentar del todo.

En este momento donde se sitúan a contemplar su vida en conjunto y con coherencia, van a necesitar aceptar su propia vida tal como la han vivido y creer que lo hicieron lo mejor posible en sus circunstancias. Así, si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego, y la persona poseerá la fuerza propia de su edad: la sabiduría. Conseguida ésta la virtud, lo ayudará a saber aceptar sus limitaciones, cuando aceptar el cambio u oponerse al mismo, cuándo sentarse en silencio y cuándo luchar.

Empero la integridad, sólo puede obtenerse tras haber luchado contra la desesperación; y si ésta domina, la persona teme a la muerte y aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando la posibilidad de volver a vivirla, pero el sentimiento de desesperación hace notar que el tiempo que queda ahora es corto para intentar una nueva.

Sobre estos puntos, dice Erikson (2000) “Los aprendizajes realizados, las concepciones de vida, la fe lograda, constituyen el material con que el anciano se presenta y se relaciona con el mundo”; y añade–como importante–con respecto a la personalidad del sujeto, que ésta puede ser cambiante y que nace de la relación entre las expectativas personales y las limitaciones del ambiente cultural. Debido a estos componentes, para



lograr a la cima de la “escalera” de manera adecuada se debe contar con la predisposición personal y el buen sostén social.

Baltes y Baltes (1990 leído en Sánchez Palacios 2004), siguiendo una similar línea conceptual del envejecimiento exitoso, han conseguido un modelo propio del desarrollo de la edad adulta marcado por visión poco más individualista. En su fundamento retoman que ésta etapa esta comprendida por ganancias, estabilidad y pérdidas. Para ellos vejez y éxito no son contradictorios, por lo contrario opinan, que la persona mayor obtiene la misma posibilidad de construir activamente su vida y regularla; siempre y cuando se tenga en cuenta las nuevas exigencias de la edad.

Sobre estas impertinencias encontramos que sigue, el conocido principio de que las capacidades descienden; pero según el postulado -ganancias, estabilidad y pérdidas-, la persona mayor dispone de unas reservas y recursos que aún pueden ser movilizados. Los autores plantean que para ser activados existen estrategias, ejercicios y aprendizajes muy valiosos, -siempre sometidos a las limitaciones del sujeto-; que pueden conseguir un nivel funcional estable, una autoimagen positiva y un estado satisfactorio. Esto se alcanzaría por medio de tres procesos de adaptación fundamentales: la **selección**, la **optimización** y la **compensación**. La primera se define como la reformulación de las metas de desarrollo y el establecimiento de preferencias. Asimismo cuenta con dos subformas: a) marcada en dirección positiva, se dirige a la prospección, elección y formulación de metas y campos de acción; y b) intenta evitar lo negativo, reaccionando a las pérdidas y reformulando las metas con niveles estándar elegidos por el propio individuo. La segunda se entiende como la adquisición, llegado el caso, o el perfeccionamiento de medios, recursos y conductas que ayudan a conseguir las metas previstas. La última se dirige a la recuperación y mantenimiento del nivel funcional o del estatus biopsicosocial vigente hasta el momento. Con ello se procura movilizar, sobre todo, recursos, capacidades y habilidades que han permanecido latentes en el repertorio conductual de la persona. El resultado final que deriva de la interacción de estos tres procesos es un sistema de vida satisfactorio, exitoso y activado, aún a pesar de las limitaciones obvias que impone por sí misma la edad.

Otra ponencia del desarrollo psíquico en la vejez, derivado de los anteriores, lo hace Raquel Langarica Salazar (1987). Explica dicha autora resume que el envejecimiento es un proceso que depende de factores propios del individuo (endógenos) y de factores



ajenos a él (exógenos). En el mismo, lo que es afectado en primer lugar no es la conducta cotidiana y probada del organismo para con su medio, sino sus disponibilidades, sus facultades, sus posibilidades de enfrentarse con una situación insólita, ya sea de orden biológico, personal o social; siendo estos un hecho universal, constante, irreversible, asincrónico y deletéreo”. Esta autora además sostiene que “envejecer es una vivencia personal, impredecible, única en nuestra existencia: es la gran lección que día a día nos da la vida”.-

Tomando las palabras de Deisy Krzemien, en su trabajo de “*Calidad de vida y participación social en la vejez femenina*” (2001) concluyo este primer apartado sobre las “diferentes edades de la vejez” con que,

El envejecimiento es entonces la continuación de un proceso de modificaciones psicológicas, biológicas y sociales que se estructuran en función del tiempo. El paso de los años supone la necesidad de asumir nuevos roles y por ende, resignar otros pudiendo ser los nuevos tan participativos -o aún más- que los anteriores. En la medida que el adulto mayor se oriente a un estilo de vida con una mejor actualización de sus posibilidades de participación social, cobrará mayor significación el presente de su propia existencia y su proyección hacia el futuro, posibilitando un envejecimiento saludable con calidad de vida.

Teorías de la vejez

Es oportuno mostrar en esta investigación dos relevantes teorías acerca de la vejez, que resultan contrarias la una de la otra. Son conocidas por la *Teoría de la desvinculación*, que sostiene que un envejecimiento normal se logra por un retiro mutuo entre la sociedad y el anciano; y la *Teoría de la actividad*, que plantea que cuanto más activo se mantenga el abuelo, mejor envejecerá.

Teoría de la desvinculación

Fue postulada por Cumming y Henry en 1961, plantean en ésta que las personas longevas se van haciendo cargo del declive de sus habilidades a medida que envejecen y



en ese mismo grado se van desconectando de la sociedad; que puede ser provocado por el mismo interesado o los otros miembros que la integran. Casi siempre se empieza por la reducción de las actividades, que hace a la competitividad y productividad del sujeto. Asimismo van disminuyendo la intensidad y frecuencia de las interacciones sociales para ir centrándose cada vez más en su propia vida interior.

Esta perspectiva tendría como fuente una especie de complicidad entre lo biológico y lo social con tal de que todo pase lo mejor posible, tanto para los intereses del individuo como los de la comunidad. Es decir, desde el punto de vista social la teoría de la desvinculación respondería a dos necesidades: por una parte evitar que la desaparición natural de un individuo tenga repercusiones en el sistema y por el otro contribuir a la capacidad evolutiva de la sociedad permitiendo a las jóvenes generaciones retomar los sitios liberados por aquellos que se están retirando, con lo que se estaría evitando el desempleo entre los jóvenes. (Gatti, 2013)

La mayor crítica que se le ha hecho está en su incapacidad de generalizar; ya que hay abuelos que demuestran lo contrario.

Teoría de la actividad

Este enfoque, desarrollado por Havighurst (1987) parte de la hipótesis de que las personas más felices y satisfechas, son las que permanecen activas y tienen el sentimiento de ser útil a otros. Esta teoría considera que las personas mayores, por diversas causas han perdido una gran parte de la función que tradicionalmente cumplían en la sociedad y en la familia.

El creador de la misma, sostiene la opinión de que el caudal de experiencia acumulada es cada vez menos valorado, y que la desaparición de la familia extensa ha supuesto también una pérdida de los roles específicos que estaban encomendados a los miembros de más edad. A partir de estas premisas, la teoría de la actividad sostiene que el envejecimiento óptimo va a depender del esfuerzo por parte de las personas en mantener un estilo de vida activo y en compensar las pérdidas sociales.

De igual modo, plantea que es importante que encuentren un sustituto adecuado de las actividades a las que han debido renunciar -como es el caso del trabajo-.



Para que suceda con éxito, se necesitaría dar un giro al paradigma social; ya que será debido fomentar los contactos sociales y las actividades, así como la organización de grupos que velen por los intereses de la mayoría y puedan compensar las pérdidas de roles y de funciones.

Concepción social actual sobre la vejez

Más de una vez en las cercanías se escuchan diferentes opiniones negativas de las personas hacia otras; ya sea por color de piel, la orientación sexual, la apariencia física, la religión o la raza, por nombrar las más conocidas. Su eco hizo que en las últimas décadas surgieran a grandes pasos diversas investigaciones sobre estas temáticas; acerca de su situación actual, la cantidad de población, la representación sobre los mismos, etc. Sin embargo son pocos los que tomaron como muestra la vejez, a pesar de que en plenas situaciones familiares sea ‘normal’ escuchar referencias inapropiadas sobre las personas de la tercera edad.

Algo similar ocurre en su estudio en general, ya que nos es –o no- sorprendente encontrarnos con escasa literatura sobre la ancianidad; comparándola por ejemplo con las demás etapas del ciclo vital que plantea la Psicología del Desarrollo, la cual enfoca su mayor despliegue sobre el desarrollo infantil o la adolescencia.

Tras lo desarrollado anteriormente en la *edad social* [ver *Cap. I – Aproximación de la vejez*], se comprende que hay en cada sociedad una serie de representaciones, significaciones, ideologías y creencias, en relación a las diferentes etapas que asume un sujeto. Estos marcados pensamientos -adquiridos por la herencia cultural e interacción social-, delimitan una serie de pautas o comportamientos que se creen apropiados adoptar en cada situación. Cuando éstos supuestos brindan una base de apoyo, más la estimulación correspondiente para un desarrollo pleno -como lo es por ejemplo en los jóvenes adultos⁷-, dan confianza y empuje para que el individuo despliegue su mayor potencial. Pero lo contrario sucede con la ancianidad, ya que, la imagen general o social

⁷*Adulto-joven o Joven-adulto*, se entiende al período entre los 18 y 30 años aprox., que se caracteriza por haber alcanzado el óptimo desarrollo fisiológico y biológico: tiene fortaleza, energía, resistencia y un funcionamiento intelectual consolidado. En lo psicológico logra controlar sus emociones, tiene intimidad y autonomía. Para la sociedad, estos años son los más importantes de toda la vida ya que hay consolidación de la identidad y es el comienzo para la realización del proyecto de vida. (Gatti, 2013)



hacia este grupo de edad, queda encasillada bajo la percepción de un ciclo de cambio negativo sobre pérdidas de habilidades y capacidades, creída como una etapa de soledad y dolor, de pobreza en muchas ocasiones y padecida de múltiples problemas orgánicos, médicos, psicológicos y físicos.

De las pocas investigaciones realizadas sobre esta población en general nos encontramos con innumerables mitos que manchan el imaginario social del buen envejecer, pues la mayoría asumen un aspecto negativo. El mito es en sí un habla que nos dice conceptos e interpretaciones ya elaborados socialmente, y en este devenir se inscriben procesos de múltiples significaciones. En él los mensajes se hallan deformados por intereses que rigen la selección de noticias y por el desconocimiento de los auténticos hechos; en definitiva, no se define por el objeto de su mensaje sino por la forma en que se lo profiere. Cumple el mismo según Gustavo Mariluz (s.f), “dos funciones sociales al mismo tiempo: designa y notifica, hace comprender e impone, se presenta como una notificación y como una comprobación”.

Este autor, en su relevante estudio “Aproximación a la sociología de la vejez”, expone que en torno a la ancianidad existen estereotipos⁸ e ideas preconcebidas. Entre ellas destaca:

- Que la vejez es una enfermedad.
- Que los viejos se vuelven niños.
- Que los viejos no son adultos, es decir, no productores.
- Que la vejez significa pérdida.
- Que de la vejez no se sale. Es crónica.
- Que los viejos se llevan mal con los jóvenes. → *Mito del conflicto intergeneracional.*
- Que ser viejo es ser dependiente.
- Que los viejos no poseen saberes útiles. No pueden aportar nada.
- Que los viejos son una carga y molestos.
- Que el viejo es feo, es decir, su cuerpo y su rostro no son bellos.
- Que los viejos son avaros. → *Mito del viejo "Hucha"⁹.*
- Que los viejos son gruñones y malos. → *Mito del viejo brujo.*
- Que los viejos son degenerados sexuales. → *Mito del "viejo verde".*

⁸ Para Hilton y von Hippel (1996) los estereotipos sociales representan generalizaciones sobre el grado en el que los miembros de un grupo poseen determinados atributos comunes.

⁹ Real Academia Española (2009) define *Hucha*: Alcanía de barro o caja de madera o de metal con una sola hendidura, que sirve para guardar dinero.



- Que los viejos no deben sufrir ni enterarse de cosas negativas. Se los tiene al margen de la realidad, se les miente, se les oculta informaciones.
- Que los viejos no pueden decidir por sí mismos. No saben ni siquiera administrar sus bienes.
- Que son proclives a tener determinados accidentes, entonces le prohibimos hacer determinadas actividades.
- Que no tienen interés ni preocupaciones. Sus opiniones no valen.
- Que les gusta estar solos.
- Que no tienen necesidades personales, entonces se arreglan con pocas cosas.
- Que no tienen vida sexual ni sexualidad.
- Que no se enamoran. Está mal visto que se casen o que formen una nueva pareja.

Como se puede observar, estas significaciones construidas socialmente revisten, en términos generales, connotaciones negativas que no necesariamente se comprueban empíricamente; pero sí estos estereotipos exhibidos refuerzan la imagen negativa que se tiene de la vejez y colaboran para que los viejos sean marginados y construyan un sentimiento importante de ausencia de poder.

Ante lo expuesto por Mariluz nos encontramos con la imperiosa necesidad de desmitificar los mitos sobre la edad longeva; para esto explica el autor-, hay que ir descubriendo la significación de los mismos para estar en condición de reducir sus efectos.

Concepción Sánchez Palacios hizo en el 2004 en un profundo estudio sobre las investigaciones actuales de los abuelos, en éste expone que las creencias más frecuentes en las facetas biológicas, sociales y psicológicas fueron:

- a) *Los ancianos son percibidos como enfermos y con grandes dosis de discapacidad funcional.*
- b) *Los ancianos son percibidos como careciendo de recursos sociales, lo que les hace estar solos y deprimidos.*
- c) *Los ancianos son percibidos con deterioro cognitivo y trastornos mentales.*
- d) *Los ancianos aparecen como psicológicamente rígidos e incapaces de adaptarse a los cambios.*

Lo curioso, y de gran aporte, es que a cada una de estas menciones; han hallado cuestionamientos que consiguen derrumbar cada afirmación. Por ejemplo, el inciso C que habla sobre la imagen del adulto mayor asociada con la senilidad como inevitable,



es un punto de vista contradictorio; pues a pesar de forma clara las investigaciones constatan pérdida de memoria con el incremento de la edad, y los fallos de memoria son la queja subjetiva más frecuente en las estas personas de edad, aquí autores como Belsky (1996) o Poon (1985) sugieren que hay aspectos de la memoria que apenas se deterioran y que cuando esto ocurre, suele estar ligado dicho deterioro a otras patologías, como depresión, y demencias.

La presente revisión nos lleva a clarificar la situación actual en la que se encuentran nuestros abuelos/as. No obstante hay que advertir que este escenario se acarrea desde hace largo tiempo atrás; tal es así que llevó a Butler en 1969, a reunir este conjunto de representaciones bajo el nombre de *Ageism* o *Viejismo* si se traduce al castellano.

El autor creador de esta definición, comprende en ella al “conjunto de actitudes negativas, socialmente estereotipadas, prejuicios mantenidos por la población en detrimento de la vejez, la ancianidad y el proceso de envejecimiento como un ciclo de la vida asociado a enfermedad, padecimientos y soledad”. Para Salvarezza (2002) “es una conducta compleja, determinada por la población para devaluar consciente e inconscientemente el estatus social de la ancianidad”.

Siguiendo nuevamente a Butler, el contenido de estas actitudes subyacen a un miedo y rechazo al envejecimiento, a la capacidad de aceptar el proceso de envejecimiento como una etapa mas de la vida, lo que causa una continua contradicción con los valores narcisistas y eficientes de la juventud.

El sociólogo dedicado al estudio de la gerontología social, Ricardo Moragas (2004), quien ha tenido una influencia notoria debido a los aportes que hace sobre la misma, considera en su teoría, que el estudio de la vejez debe hacerse desde una concepción amplia e integradora que supere los prejuicios sociales y actitudes negativas hacia la misma. Explica que la edad no es algo determinante de las posibilidades vitales de una persona, pues solo es una variable más de las que condicionan su situación. Al respecto, remarca que no se trata de disminuir la importancia de la edad, sino solamente encuadrarla en su auténtica dimensión, una condición personal más que proporciona información sobre el sujeto y debe ser considerada objetivamente como cualquier otra variable más sobre las que el sujeto no tiene influencia alguna: sexo, raza, lugar de nacimiento, familia de origen, entre otras.



En su estudio *‘Gerontología social: envejecimiento y calidad de vida’* habla sobre el mito social de que las personas en la vejez se hallan muy limitadas en sus aptitudes; por el contrario el autor defiende y difunde las muchas posibilidades sociales y psicológicas que en verdad tienen. Desarrolla que el envejecimiento no es una enfermedad ni tiene que ser limitante, pues la vejez es una etapa de la vida que puede ser tan sana como otras aunque haya órganos y tejidos que pueden estar afectados por el paso del tiempo.

Asimismo cuando analiza las aptitudes sociales, plantea que es el entorno el que pesa en la configuración del papel del anciano que reacciona favorable o desfavorablemente, según los estímulos del medio social; y en una sociedad donde constantemente promueve los valores de la juventud tales como la belleza y el poder económico, estas personas sufren marginación.

La mayoría de ellos mantiene capacidad para llevar una vida independiente; de hecho, según los reportes estadísticos que toma Moragas en ningún país occidental la tasa de personas viviendo en instituciones supera 10%, de modo que de lo que se trata es de rediseñarles su papel social y reconocer que constituyen un recurso de la comunidad y que como tal puede y debe ser utilizado.

Acordando con las ideas planteadas de Moragas, se puede enunciar que la vejez no es necesariamente incapacidad o limitaciones funcionales, sino que también puede ser desarrollo en lo psicológico y en nuevas formas de optimización y adaptación social en función de la competencia evolutiva. La vejez, al igual que cualquier etapa del ciclo vital, tiene rasgos y diferencias; rasgos que la caracterizan como etapa, y diferencias entre el momento que las personas llegan a ella, cómo llegan y cómo la transitan.

Sin embargo se logra fácilmente demostrar que en la cultura occidental, "hacerse grande", ha sido casi siempre a lo largo de la historia, algo deseable; mientras que "hacerse viejo" ha tenido connotaciones negativas, habiéndose utilizado dicho término como sinónimo de enfermedad, incapacidad o dependencia.

En la actualidad las definiciones categóricas que se observan para referir a las personas adultas son viejo, tercera edad, anciano, geronte, “abuelo”, longevo, “ochentón”, vejestorio, mayor y envejecido (envejecimiento), etc.; que suelen no ser ni claras ni universalmente aplicables debido a que son términos específicos que se erigen de cada persona, cultura, país y género.



En nuestra República Argentina la común y corriente denominación con la que se los anuncia son “los viejos¹⁰”. Esta designación según la Real Academia Española significa:

viejo, ja.

(Del lat. vulg. *veclus*, y este del lat. *vetulus*)

1. adj. Se dice de la persona de edad. Comúnmente **puede entenderse que es vieja la que cumplió 70 años**. U. t. c. s.
2. adj. Se dice de los animales en igual caso, especialmente de los que son del servicio y uso domésticos.
3. adj. Antiguo o **del tiempo pasado**.
4. adj. Que **no es reciente ni nuevo**.
5. adj. **Deslucido, estropeado por el uso**.
6. m. y f. coloq. Am. U. Como apelativo para dirigirse a la madre o al padre, a la esposa o al esposo, o entre amigos.

Todas estas definiciones descriptas, tienen como común denominador hacer referencia a una condición temporal; en concreto a una forma de tener en cuenta el tiempo y sus consecuencias en el individuo, es decir, a la edad.

Lo cierto es, que cuando se hace una categorización social sobre un grupo en particular –sea por su raza, religión, edad, etc.- este influirá en la posterior *profecía de autocumplimiento*¹¹ sobre el estereotipo social al que se dirigen. En el caso de las personas de longevas, los estereotipos predominantes son los que asocian la vejez con la enfermedad, con el deterioro mental y con la falta de intereses vitales como consecuencias “naturales” de la misma; y estos según un documento de la OMS (1990) influyen en determinados aspectos de la salud mental de la población adulto mayor. Sobre este tema Concepción Sánchez Palacios (2004) explicaba:

A pesar de ello, “ser viejo” se convierte con frecuencia en un *hándicap* para las personas, porque hace que la sociedad les plantee determinadas expectativas de comportamiento, que se orientan generalmente hacia las representaciones tradicionales

¹⁰ N. de A: Quienes utilizan la terminología de “viejo” para referirse al adulto mayor se encuentran en una ambivalencia: sostienen que es algo que no tiene el mismo valor o uso que antes; pero lo justifican acotando que “en realidad no es así” sólo es una forma “agradable” que a nadie molesta.

¹¹ Una **profecía autocumplida** o autorrealizada es una predicción que, una vez hecha, es en sí misma la causa de que se haga realidad. El sociólogo Robert K. Merton (*Teoría social y estructura social*, 1964), “La profecía que se autorrealiza es, al principio, una definición «falsa» de la situación que despierta un nuevo comportamiento que hace que la falsa concepción original de la situación se vuelva «verdadera»”.



estereotipadas. Como consecuencia, los sujetos mayores intentan en muchas ocasiones comportarse de acuerdo con esas expectativas, mediante una adaptación a esas pautas de comportamiento marcadas por la sociedad, y con ello, dificultan su adaptación al proceso de envejecimiento, que es individual y que depende de una multiplicidad de aspectos personales y de condicionantes psicosociales, así como de las experiencias vitales previas.(...)

Aquí quedaría concretado ese pronóstico de “autocumplimiento”; del cual se conoce que se generan en los primeros años de vida y luego son naturales de autopercepción. En vista de estos datos y retomando el documento de la OMS que continua considerando que, aunque se tomen medidas compensatorias va a ser un arduo labor para la mayoría de la población conseguir una vejez saludable, ya que si las imágenes negativas de la vejez son compartidas por el grupo social en general, y por los agentes sociales del cambio que se desea producir, es decir, por los profesionales de la salud y de la medicina, y por las propias personas mayores, incentivan a la reforzar la teoría existente.

Eterna juventud

“Esplendor de juventud, estallido de belleza, alegría contagiosa, Naturaleza perfecta. // Juventud maravillosa, brillo de mirada lenta, una chispa enamorada, reflejo de primavera. (...)” fueron algunas de las palabras elegidas por la poeta Esther Luscinda, para escribir “*Esplendor de juventud*” en 2007.

Este poema es un fiel reflejo de la sociedad actual que alaba los valores abanderados de juventud y modernidad; que guiña a lo productivo y novedoso y resalta el mantenimiento de una vitalidad ilusoria constante donde prevalece el dinamismo, la actividad, y consistencia.

En las sociedades donde impera el capitalismo, lucir joven es casi una obligación. Los medios, la publicidad, las vidrieras comerciales, las propagandas protagonizadas por



cuerpos esculturales, el modelaje, lo rapidez y la fuerza son características que dan a la juventud el beneficio de verse merecedora de ser expuesta, despejando el resto de las variables por carentes de importancia.

El resultado que se observa, es que esta actualidad –como si fuese poco- impulsa el **mandato de mantenerse joven**, “(...) sea cual sea el sacrificio, motivación o metodología” (Pascual, 2013).

En este sentido, el filósofo argentino Santiago Kovadloff (citado por el antropólogo egresado de la UNR, Omar Ferretti en *Una mirada antropológica de la vejez*, 2010) señala que :

"El mandato social es simular que no sucede lo que nos pasa. Si ya no se es joven se debe no obstante, aparentar que sí lo es. Todo, desde la indumentaria hasta la propia piel, tendrá que evidenciar que así se lo ha entendido. El hombre no debe ser un indicio del tiempo. La orden es creer y hacer creer que con uno, el envejecimiento no ha podido".

Sucede entonces que en las actuales sociedades de consumo, más el aporte señalado por Kovadloff, la vejez queda transformada la más de las veces –como hemos visto- en un estigma, es decir, en un atributo profundamente desacreditador que inhabilita a la persona para una plena aceptación social. La ganancia en edad lleva a la pérdida de estatus y de autoridad, y la imagen que predominante negativa de la vejez se ve compartida tanto por los jóvenes como por los viejos.

La argumentación de las líneas descriptas puede verse reflejada cómodamente en la realidad; en donde yace la necesidad de las personas por mantenerse joven; como si la vejez es una marca que debe ser borrada. Para la gracia –o no- de quienes a todo precio buscan “descontar arrugas”, cuentan con el avance científico y tecnológico que ha permitido a la medicina logros y metas impensadas hace apenas unos 50 años; mostrando las posibilidades de incrementar la esperanza y calidad de vida, sobre todo a causa de los increíbles avances de la biología molecular.

Respecto a esto comenta el Dr. Carlos Juri, profesor de la facultad de Medicina de la Universidad del Salvador de Buenos Aires:

"(...) Antes, 60 años era un promedio de edad importante, mientras que hoy, tener 60 años es estar en la mitad de la vida. Todo esto ha



llevado a que por la necesidad de verse bien, se recurra a la cirugía plástica (...) la paciente encuentra el equilibrio con la cirugía, ya que por dentro se siente con un espíritu más activo, jovial, más energizante, que lo que le muestra la cara a la que el paso del tiempo ha afectado de forma inexorable (...)"

Se desprende de la cita anterior, que la vejez es percibida socialmente como el momento existencial en el que el cuerpo se expone a la mirada del otro (y de uno mismo) de un modo desfavorable. En su efecto, aquellas personas que no compatibilizan con su imagen recurren a diversas intervenciones, quirúrgicas o no, para encontrarse con la figura deseada. Al presente las estadísticas globales sobre procedimientos estéticos confirman las crecientes tendencias, tanto de mujeres y hombres de que presencian el consultorio del cirujano. La renombrada International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS) calcula que el número total de intervenciones quirúrgicas a la fecha asciende a 8.536.379 y el de las intervenciones no quirúrgicas, a 8.759.187, lo que hace que el total mundial ascienda a 17.295.557. Una cifra en ascenso, según coinciden los expertos de dicha institución, que por ahora no encuentra techo; al mismo tiempo que colocan a nuestro país¹², República Argentina, como una de las mecas de la cirugía plástica mundial tanto en la realización de las mismas como en la participación a ellas.

La más de las veces se llega a la decisión del cambio en lo físico producto de la desesperación que se atraviesa en la tercera edad. Esta situación de desespero, en la cual participa tanto explícita como implícita la sociedad, es también causada por la dificultad de valorar la experiencia personal, el crecimiento y a uno mismo. Si resultase de esta manera la persona tendría las facultades y aptitudes para aceptar lo nuevo del camino que le toca transitar; logrando así integridad, bienestar y armonía consigo mismo.

¹²Según las estadísticas de la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (ISAPS, según sus siglas en inglés), durante 2009, en la Argentina se realizaron 297.813 procedimientos -quirúrgicos y no quirúrgicos-, lo que coloca al país en el séptimo lugar del ranking mundial si se toma en cuenta el número de procedimientos respecto de la población total, y en el puesto 13 si se computa solamente el número de las intervenciones realizadas.



CAPITULO II –

CAMBIOS BIOPSIICOSOCIALES QUE SE PRODUCEN EN LA VEJEZ

*“En tu frente hay surcos,
que no son más que caminos.
Tus suaves manos de algodón,
siempre se convierten en abrigo.*

*Tu mirada es destello de pura luz.
siendo de brújula cuando se está perdido.*

*Tu alma es de roble,
Y tu recuerdo nunca pasa a ser olvido”.*

(Ailén Ramseyer, marzo 2013)

Características universales

La ancianidad, más allá de considerarse como una etapa del ciclo vital que atraviesa un sujeto; es un proceso que cuenta con características generalizadas, para todos aquellos que la transiten.

A través de la amplia bibliografía consultada, fue preciso armar un compendio que unifique todas sus categorías. Ellas son:

- **Universal:** Propio de todos los seres vivos y constituye la etapa final de su ciclo vital.
- **Progresivo:** ya que avanza en forma previsible y regular, sin sufrir detenciones ni desviaciones.
- **Acumulativo:** Sus consecuencias se van sumando unas a otras en el tiempo.
- **Dinámico:** Porque esta en constante cambio, evolución.
- **Secuencial:** Lo que está ocurriendo hoy es consecuencia de lo que ocurrió ayer y causa de lo que sucederá mañana.
- **Irreversible:** Puesto que producido un cambio, este no retrocede, aunque puede lentificarse o acelerarse. No se puede detener, ni revertirse; es definitivo.
- **Declinante:** Las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.



- **Intrínseco:** Porque ocurre en el individuo a pesar de que está influido por factores ambientales.
- **Heterogéneo e individual:** Porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido. Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto en sujeto, y de órgano en órgano dentro de la misma persona.

Este último e importante punto, nos recuerda que por más generalidad que se haya encontrado; siempre hay que prevalecer la singularidad de cada sujeto.

Conflictos generales que deben afrontar

Al abordar la vejez desde una perspectiva biopsicosocial, ha llevado a identificar cinco tipos de crisis o duelos que, la gran mayoría de los abuelos/as deben afrontar (Moñivas, 1998):

- 1) *los cambios corporales,*
- 2) *el desplazamiento social,*
- 3) *la pérdida y soledad,*
- 4) *sentimientos de inutilidad, y*
- 5) *el afrontamiento de la muerte.*

Se tratarán estas crisis, según su campo perteneciente.

Físicos & Biológicos

Hace referencia a los cambios corporales que le suceden al anciano. Por norma las personas de edad avanzada vivencian una disminución general en las capacidades de sus órganos, lo cual lleva a:

- Pérdida de textura y elasticidad en la piel,
- Sequedad e intensificación cutánea (arrugas),



- Decaimiento en capacidades visuales y auditivas,
- Caída de dientes y/o los problemas de encías son comunes,
- Disminución de la talla corporal,
- Problemas de visión,
- Adelgazamiento y encanecimiento del cabello,
- Acumulación de tejido adiposo en determinados sectores del cuerpo,
- Deducción en la fuerza muscular y la velocidad de reacción,
- Desaparición progresiva de la masa muscular. Atrofia de los músculos,
- Endurecimiento de las paredes de las arterias y se reduce su elasticidad,
- Se pierde la eficacia de los mecanismos inmunológicos que defienden de las infecciones,
- Los órganos sensitivos requieren un umbral de excitación más alto.
- Propensión a la osteoporosis,
- Fallo de adaptación al frío y al calor,
- Menopausia instaurada en las mujeres,
- Etc.

A medida que envejecemos ocurren dos fenómenos paralelos, una declinación fisiológica normal, que se debe a la fragilidad que ha adquirido el organismo y un aumento en la prevalencia de ciertas enfermedades. Aunque estos procesos se influyen entre sí, existe una declinación fisiológica que es independiente del desarrollo de la enfermedad.

Algunos de los padecimientos que se asocian particularmente con la vejez, son en verdad enfermedades crónicas que se han adquirido con anterioridad –mayoría cerca de los 30 años-; entre ellas las más comunes son la diabetes, artritis, enfermedades cardíacas, reumatismo, lesiones ortopédicas, alteraciones mentales o nerviosas.

A diferencia de lo que cree la mayoría, el envejecimiento no es en sí una enfermedad, por el contrario -dejando sin crédito a los mitos-, la mayor parte de la población longeva goza de buena salud, un pequeño porcentaje se encuentra en estado de invalidez o postración, y el resto posee ciertas enfermedades o limitaciones.

Si se logra mantener un estilo de vida saludable, incorporando los adecuados alimentos y ejercicios; evitando los malos vicios como el cigarrillo y el alcohol, se facilita



prolongar la parte activa de la vida y ser más fuertes para combatir las enfermedades. (Gatti, 2013)

Explica Moñivas (1998) que

“los cambios físicos que tienen lugar se pueden ejemplificar en cinco clases de disminuciones: más pequeño; más lento; más débil; menor elasticidad de tejidos; y muy poco -pelo corporal, dientes, papilas gustativas, etc.-. Pero lo que parece afectar a la persona mayor no son los cambios corporales en sí mismos, sino la vivencia negativa que puede tener de ellos debido a las representaciones sociales”.

No son, pues, los síntomas somáticos los que provocan la crisis, aunque si lo hacen los temores relativos a la pérdida del bienestar físico.

Frente a los cambios que experimentan como consecuencia de su envejecimiento los mayores suelen adoptar dos posturas: negación o aceptación de los cambios; explica Moñivas (1998). Adoptar cualquiera de estas líneas, va a quedar sujeto a la conformación psíquica del individuo.

Psicosociológicos

Duelos

Centrado en este apartado, vale la pena retomar la última de las ocho edades que plantea Erikson basada por el conflicto de la *integridad vs desesperación* [ver Cap. I *Qué es la vejez*]. Para llegar con éxito a la virtud de la sabiduría el individuo habrá tenido que afrontar y superar ciertas crisis, que son propias de la edad que cursa, en las cuales se destaca:

- ***Pérdida del rol que empleaba:*** Para quienes transitan esta etapa, han asumido previo a su ingreso, la jubilación. Este fenómeno implica un gran cambio en la persona, ya que puede llegar a lidiar con la pérdida de ingresos, el estatus social, la identidad profesional, los compañeros y su estructura cotidiana del tiempo y actividades. El hecho que ocurra la jubilación es por una tendencia pragmática de la cultura, pues cuando una persona deja de funcionar se la jubila o margina; llevándolo a crear un *sentimiento de*



inutilidad a la vez. El efecto que puede causar esta situación es un gran monto de estrés, que deriva en la afectación del autoestima o deterioro físico y/o lo psíquico.

Opachowski (1988, citado por Sánchez Palacios 2004) comprobó que, “después de la jubilación, las personas suelen implicarse menos en desarrollar nuevos intereses, y que más bien se empeñan en conservar los que ya tienen”.

- **Pérdida de afecto e interés por otros:** Por diversas razones los ancianos dan mayor preocupación a sí mismo, cuidando cada vez más sus necesidades personales y no la de los otros que solían hacer. Se “vuelven ensimismados”. Por esta causa investigadores como Lehr y Thomae (2003 citado por Sánchez Palacios 2004) ponen de manifiesto el estancamiento de los intereses sociales que aparecen en la vejez, en el sentido de que las personas mayores tienden a conservar las mismas relaciones sociales que han mantenido hasta entonces; evitando crear nuevas. Aquí hay que reflexionar cuanta responsabilidad es del sujeto y cuanta respecto a la sociedad. Ésta tendencia tampoco se presenta en todos los individuos, pero sí lo es en muchos. El hecho que suceda –considerándose un aislamiento-, puede ser riesgoso para la productividad y salud del abuelo.

- **Temor a la muerte:** El declive físico que se experimenta, más la disminución de las capacidades, provoca la aparición de la idea de muerte como cercana. Para este acontecimiento, el sujeto debe tener una buena integración yoica como dice Erikson (2000) para que acepte que la vida ha transcurrido, con sus trofeos y desilusiones. Sin embargo, puede que en la revisión de la historia de cada uno, se sienta angustiado, deprimido, y/o culpable por lo no logrado o logrado mal; aquí reinando la desesperación, se abruma considerando que es poco el tiempo para comenzar de nuevo. Lo común no es sólo temer por uno; sino que sufre también por la pérdida de otros sujetos amados en el entorno inmediato. Ocurre que con tantos años transitados se haya podido vivir la pérdida de la pareja, de amigos, y -en varios casos- de hijos; siendo las situaciones más dolorosas que un humano puede vivenciar. El proceso de duelo puede durar un breve período o no terminar nunca; y en cualquier caso puede inferir en **reacciones físicas** -como falta de apetito o insomnio-; reacciones **emocionales** –primando la depresión y apatía-; reacciones **intelectuales** –necesidad de explicar el por qué de la muerte-; y reacciones **sociológicas** –apareciendo el apego a la familia u amigos, o el alejamiento de ellos-.

A pesar de que hay grandes diferencias individuales en lo que se refiere al encaramiento con la muerte, desde el individuo que la afronta con serenidad hasta aquel que



experimenta una tremenda angustia, casi todos los seres humanos temen a la terminación de su existencia; y esto ocurre porque nuestra cultura no está preparada para el afrontamiento de la muerte, le genera rechazo y profundo miedo; heredando esta sensación de temor la gente que la integra.

- ***Decaimiento del funcionamiento intelectual:*** En vistas de lo leído y empíricamente observado, aparece comúnmente en la vejez un deterioro en la rapidez e intensidad intelectual. Éste hecho puede deberse a que actúan con mayor cautela, y ya no desempeñan un trabajo intelectual productivo. (Gatti, 2013)

Según investigación realizada por Forteza (1993 citado por Moñivas 1998), las dos de las principales áreas de investigación en tercera edad son: la inteligencia y la memoria. Los recursos cognitivos se dividen en una serie de subprocesos y solo una observación bien diferenciada puede aclarar los fenómenos específicos de su desarrollo.

Los resultados de diversas investigaciones sobre **la inteligencia**, explica Forteza, ponen de manifiesto que hasta en edades muy avanzadas no se encuentra un decrecimiento significativo ni en todas las aptitudes ni en todos los individuos, empero sí en la mayoría de los individuos se produce un descenso de aptitudes de respuesta, así como también deterioro -aunque sea ligero- del sistema nervioso.

Para la mejorar la explicación acerca de la inteligencia se han clasificado dos formas: *inteligencia fluida*, que es la capacidad de resolver nuevos problemas; suele estar afectada o disminuida en la ancianidad; e *inteligencia cristalizada* que se basa en la en aprendizaje y la experiencia, que tiende a permanecer casi intacta o inclusive a aumentar. Los aspectos pragmáticos –pensamiento práctico, conocimientos, sabiduría, etc.- parecen crecer con la edad; aunque el aspecto mecánico de la misma desciende a menudo.

Retomando la ponencia de Belsky (1996) o Poon (1985) (ambos citados por Concepción Sánchez Palacios, 2004) que sugieren que en la vejez, la **memoria** tiene aspectos que apenas se deterioran y pueden ser tan eficientes como la de un joven; se ha estudiado que estos beneficios ocurren en la memoria sensorial, memoria a corto plazo, y a largo plazo. Sin embargo hallan, que la memoria de largo plazo para la información que es recientemente aprendida suele ser bastante ineficiente; según parece a causa de problemas de codificación y recuperación. El mal funcionamiento de la memoria suele, en general, ser efecto de otras patologías como la depresión o demencias.

Otro tema que ha tenido reiterada aparición en las investigaciones es la **lentificación** de los procesos cognitivos implicados en la tercera edad. Ésta es una realidad pero estas



disminuciones no significan que una persona mayor sea incapacitada; sólo muestra que necesita más tiempo para tomar y ejecutar sus decisiones.

May (1993, citado por Moñivas en 1998) acota que en los estudios comparativos de todas las capacidades cognitivas es necesario tener en cuenta también los ritmos circadianos, pues los jóvenes tienen ventaja por la tarde y los mayores por la mañana.

No es menoscabo reiterar, de que por sí la **edad adulta lleva a un deterioro natural** en sus funciones intelectuales y cognitivas; que se ven marcadas por la influencia ambiental y cultural que rodea al sujeto. La aceleración o manifestación prematura de éstas pueden ser provocadas por diversas enfermedades como las psíquicas o de orden cardiovascular; o bien si viven en ambientes empobrecidos. Antagónicamente la conservación y buen rendimiento se acrecienta en poblaciones de sujetos que dispongan de buena salud, realicen los ejercicios adecuados, y conserven un buen nivel de instrucción y estimulación enriquecedora; así los cambios ontogenéticos en las variables intelectuales serán pequeños, de manera que muchas personas pueden actuar como lo han hecho a lo largo de su vida.

Sexualidad

La sexualidad en esta época de la vida está supeditada a la privación por los múltiples sesgos e ideas erróneas que la acompañan. Son infinitos los estereotipos que juzgan erróneamente a la capacidad de goce y actividad de la relación sexual en estas edades. (Moreno Toledo 2010). Como registra Mulligan (1998), “queda relegada a una práctica inusual, impropia e innecesaria a ojos de la sociedad”; por lo tanto los factores psicológicos que constituyen a la persona también condicionarán en gran medida la insatisfacción. Quiero decir con esto, que si los propios implicados la aceptan como una verdad incuestionable, y si los grupos más jóvenes refuerzan tales estereotipos en sus interacciones con los mayores, existe el riesgo de que las personas mayores puedan llegar a tener una percepción de sí mismos como asexuados o bien, sentir culpa o angustia frente a sus sentimientos.

Aunque surjan diferencias, provocadas por las variaciones en la sexualidad que tienen que ver con cambios fisiológicos propios de cada etapa de la vida, el avance de los años no es impedimento para llevar una vida sexual plena y activa.

La ginecóloga y sexóloga Patricia Granja, de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, declaró: “La sexualidad va cambiando a lo largo de la vida. No es ni



mejor ni peor, es diferente y muchas veces tiene que ver con cómo han vivido el sexo esas personas”. Explica que la mujer, en general, tiene que ver con alteraciones en la lubricación vaginal que es más lenta y necesita estímulos diferentes, constantes y prolongados para que aparezca. Esto tiene que ver con la atrofia vaginal después de la menopausia. Y en el hombre la erección quizás tarda un poco más o surgen dificultades para mantenerla

Los numerosos reportes muestran que un elevado porcentaje de personas acerca longevas mantienen actividad sexual y que sigue vivo el interés en el sexo (Heleger & Mortenson, 1978 citados por González Labrador, 2002)

La sexualidad en la adultez tardía es en sí 100% erotismo, significando con esta expresión que al desaparecer los intereses o las preocupaciones reproductoras, la sexualidad en esta etapa de la vida tiene como único fin recibir y dar placer.

Concedido que existe una inquietante tendencia a equiparar la actividad sexual con la coital, la realidad nos muestra que **las necesidades emocionales del individuo de la tercera edad pueden cubrirse completamente mediante una actividad sexual que no siempre lleva al coito**. La necesidad de relacionarse con otras personas, de expresar sentimientos, de recibir afecto de la otra persona no se pierde por más viejos que seamos (González Labrador, 2002).

Rol de abuelo

En la etapa de la vejez -por lo general- se adquiere uno de los roles más satisfactorios que hay en la vida: el de *ser abuelo*. Dicho rol pasa a ser el más importante en la ancianidad, posibilitando modificaciones en la personalidad del mismo.

La partida del hijo y la llegada del nieto son dos caras de la misma moneda. La llegada del pequeño compensa la exogamia del hijo y conlleva **la idea de perpetuidad**.

Los abuelos cumplen una función de continuidad y transmisión de tradiciones e historia familiares. Pasa a ser percibido por lo niño como una figura sabia a la que hay que respetar; establece con él una relación en la cual es él educador; pero ya no como lo fue con sus hijos, sino con más libertad y placer.

Existe en la actualidad otro escenario respecto al rol del abuelo, debido a que nos exhiben con mayor frecuencia que las personas de edad avanzada se encarguen de cuidar de sus nietos pequeños en tiempo completos. Ocurre esto porque la mayor parte



de las mujeres están incorporadas en el mercado laboral o bien porque los padres se han divorciado, con lo que a veces los abuelos se ven obligados a seguir asumiendo el rol de padres con sus nietos.

De todos modos el rol en la relación entre estas generaciones se genera una alianza de complicidad entre abuelo-nieto, que más de una vez desplaza a los padres. Sin dudar, es el tiempo de volver a encontrarse con el niño que cada uno lleva, y dejarlo disfrutar sin limitaciones.

Es el momento dónde todos los prejuicios son borrados. El adulto mayor ya no se siente viejo, ni inútil; por lo contrario lo vivo orgulloso y con satisfacción; convirtiéndose estos pequeños en la razón de vivir y luchar por experiencias nuevas.

Por esta razón, -como se ha desarrollado en títulos anteriores- una vejez plena de sentido es aquella en la que predomina una actitud contemplativa y reflexiva, reconciliándose con sus logros y fracasos, y con sus defectos; logrando la aceptación de uno mismo y **aprendiendo a disfrutar de los placeres que esta etapa brinda.**

Envejecimiento como proceso y proceso de envejecimiento

A lo largo de las lecturas realizadas para la elaboración de esta investigación, se ha encontrado varias menciones referidas a los conceptos de “envejecimiento como proceso” y “proceso de envejecimiento”; que no son particularmente sólo palabras cruzadas. Para ello la Organización Mundial de la Salud, en la conferencia de Ginebra en 1999, ha promulgado que el *envejecimiento como proceso* respondería a lo que se llama “envejecimiento normal”, el cual representa los cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están afectados por la influencia de enfermedades o del entorno. Resuelve que no todos los cambios relacionados con la edad tienen consecuencias clínicas negativas.

Por el inverso, el *proceso de envejecimiento* estaría muy influenciado por los efectos de los estados del entorno, del estilo de vida que se lleva y de las enfermedades, que, a su vez, están relacionados con el envejecimiento o cambian por su causa pero que no se deben al envejecimiento en sí. A menudo, lo que una vez se consideró que era una consecuencia del envejecimiento normal se atribuye ahora, más apropiadamente, a factores relacionados con el envejecimiento.



CAPITULO III – CALIDAD DE VIDA

*"Así es -suspiró el coronel-. La vida es la cosa mejor que se ha inventado."
(Gabriel García Márquez, 1928)*

Definición de calidad de vida

En la revisión de aquellas investigaciones acerca de la calidad de la vida en el mundo, se muestra que las disciplinas interesadas en su estudio desde hace más tiempo son la economía, la filosofía y la política.

La aparición de dicho concepto se data en 1974 y fue realizado por la publicación social Indicators Research; el cual marcó un hito en el estudio científico de la calidad de vida. Para el 1977 este término se convirtió en categoría de búsqueda en el conocido Index Medicus, y en palabra clave en el sistema de MedLine; aunque su popularidad la alcanzó recién en la década del '80 (García 2005, citado por Quintanar Guzmán, 2010).

En los tiempos contemporáneos, se ha hecho cada vez más frecuente su uso en los más variados contextos. Al comienzo tomaba un rumbo biologicista, pero con la realización de otros estudios enseguida hizo que se entrecruce la salud, con el bienestar tanto colectivo como individual; **dejando de ser la salud un problema médico para convertirse en un proyecto social.**

De manera resumida, el término “calidad de vida¹³” representa un amplio rango de dimensiones de la experiencia humana, ya que abarca desde sentimientos de felicidad y logro vital, a necesidades biológicas básicas; asimismo se considera como una interacción dinámica entre condiciones externas al sujeto y las percepciones internas de dichas condiciones.

Sin embargo respecto a la unificación sobre el concepto de calidad de vida, es difícil hacer su esclarecimiento puesto que bajo esa denominación se ha discurrido mucho sin llegar a un verdadero consenso teórico orientador sea de la praxis social o personal.

¹³ N. de A: No se debe confundir “calidad de vida” con “nivel de vida” ni con “desarrollo económico-social”, pues si bien ambos son componentes de la calidad de vida no necesariamente un alto nivel de desarrollo económico significa una muy buena calidad de vida.



Para dar referencia una de la más conocida de las definiciones es la expuesta en 2005¹⁴ por la Organización Mundial de la Salud que definió como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

Según González y Esquivel (s.f) (citado por Jiménez, 2000), “la calidad de vida es el grado en que una sociedad posibilita la satisfacción de necesidades materiales y no materiales a los miembros que la componen. Se manifiesta a través de las condiciones objetivas en que se desenvuelve la sociedad y en el sentimiento subjetivo que de la satisfacción de sus deseos –socialmente influidos- y de su existencia tienen los miembros de la misma”.

Otra propuesta es la de San Martín & Pastor (s.f) que declara que “La calidad de vida de un individuo podría ser concebida como la relación global que él establece entre los estímulos positivos -favorables, agradables, etc.- y los estímulos negativos -adversos, desagradables, etc.- en el curso de su vida social, en sus interrelaciones con las otras personas de la colectividad y con el ambiente total en el que vive, es decir, en el ejercicio de los valores sociales.”

Ferrans (1990 citado por Urzúa & Caqueo-Urizar) la simplificó diciendo ‘Calidad de vida general es definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella’.

Contemporáneamente las exposiciones que se encuentran sobre la temática son infinitas, lo cual lleva a que halle innumerables postulados como autores la estudien. Es por esto que se cree apropiado para esta investigación tomar el supuesto teórico básico para la conceptualización de la calidad de vida, que asume que existe una interacción entre lo social y lo psicológico, donde lo social influye en lo psicológico a través del sentido que

¹⁴ N. de A. En 1994 la OMS había propuesto una definición de consenso sobre calidad de vida: “Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Pero en el 2005 su presentación ha sido ampliada.



tenga para el sujeto y lo psicológico influye en lo social de acuerdo a la postura que el individuo asume. Sobre la base de esto los autores Trujillo, Tovar & Lozano (2003) formularon un desarrollo teórico desde la visión de la psicología, para la interpretación de la calidad de vida, en base a tres ejes:

1) *Persona-Sociedad:* Hace referencia a los distintos tipos de individuos, grupos sociales y entornos en que transcurre la vida, como por ejemplo la familia, el vecindario, la iglesia, la escuela, el pueblo o ciudad, las instituciones, etc. Busca dar cuenta de los diferentes ámbitos en que se construye o destruye la calidad de la vida. Habla de la singularidad de la persona y de la propia sociedad; y la relación que se establece entre ellos; puesto que son personas individuales las que pueden conservar o modificar sus propios estilos de vida, pero no lo hacen aisladamente de la sociedad en que viven, la cual procede a mejorar o empeorar las condiciones de la existencia de sus miembros. Permite este eje “reconocer (distinguir más no separar) «estilos» de vida personales, por una parte y «condiciones» inmediatas y mediatas del entorno, por otra, siendo posible precisar en la calidad de la vida desde sus componentes personales hasta los ambientales y culturales”.

2) *Objetivo-subjetivo:* En este eje los polos se relacionan según las diferentes formas y tipos de intersubjetividad, o bien la postura que se toma frente a determinado factor que influya en la calidad de vida. Puesto que, así como hay aspectos de la calidad de vida objetivables, algunos de los cuales son cuantificables y mensurables, también hay aspectos de la calidad vital que no son medibles, sino que constituyen valoraciones subjetivas de algo que, interna o externamente, incide en la calidad vital. Así, se es posible encontrar cómo el efecto de una misma realidad objetiva particular en el bienestar, puede ser valorada diferencialmente por dos o más personas que se relacionen con ella. El punto que estudia tiene que ver con el viejo problema filosófico entre la razón y la experiencia como fuentes de conocimiento válido. Al fin y al cabo, la calidad objetiva de la vida no siempre coincide con la subjetiva.

3) *Biografía-historia:* Busca representarla dimensión temporal de la calidad de la vida a través del ciclo vital. En él se distingue un polo histórico, en el sentido de la historia colectiva -tiempo histórico y social- y un polo biográfico, en el sentido de la historia de cada individuo -tiempo de vida-, en la cual se puede reconocer características heredadas, otras aprendidas y también aquellas que son fruto de decisiones de cada persona, y que contribuyen con el mejoramiento o empeoramiento de la calidad de vida. Incluye lo que acontece en el curso de la vida y lo que las personas hacen con lo que les



acontece; de donde fácilmente se desprende que la calidad de la vida cambia evolutivamente en función de factores heredados, aprendidos y de la libertad que es posible gracias al ejercicio de la voluntad.

Así este formulado, explica que, **durante el curso de la vida se transforma su calidad en función de la interacción dinámica entre los diversos factores que la constituyen**, por cuanto una tarea necesaria en su estudio será la de identificar estos componentes y la de reconocer las diferentes interrelaciones y cambios que pueden asumir a lo largo del devenir individual y colectivo (Trujillo, Tovar, & Lozano, 2003).

Cabe destacar que en la tanto en la práctica como en la teoría se suele utilizar la palabra calidad de vida para referir al *bienestar*, que también cobra carácter subjetivo u objetivo.

Características de la calidad de vida

Los componentes de la calidad vida, suelen entenderse como:

- **Concepto subjetivo:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- **Concepto universal:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- **Concepto holístico:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.
- **Concepto dinámico:** Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- **Interdependencia:** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.



Dimensiones de la calidad de vida

El punto de máxima expresión de la calidad de vida se da en relación con la salud.

Por lo las diversas opiniones que existen sobre ella se ha a logrado determinar tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida. Estas son:

- **Dimensión física:** Es la apreciación que se tiene del estado físico o la salud. “Entendiendo la salud no como ausencia de enfermedades; sino como el óptimo estado bienestar físico (...)” (OMS, 1987). No se incluye como esencial el estar sano para tener una vida con calidad; aunque si es un factor que puede incidir para que ésta no lo sea.

- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo. Aquí puede comprenderse los estados o sensaciones como la felicidad, la alegría, la fortaleza, la tranquilidad, la armonía, la tristeza, el miedo, la ansiedad, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

- **Dimensión social:** Es el discernimiento del individuo que tiene sobre las relaciones interpersonales y los roles sociales de la vida; por ejemplo en cómo considera la familia, el trabajo y las amistades.

Calidad de vida en la tercera edad

En tanto sujeto humano, el adulto mayor se va constituyendo en el interjuego de factores que conforman una compleja trama vincular y social, en el curso de un proceso histórico determinado. A partir de esta interacción social, activa y multidireccional con el entorno inmediato y mediato; y por medio del aprendizaje interpersonal, el individuo se configura en relación con los diferentes grupos de pertenencia que operan como sostén del psiquismo mediante una internalización de las formas de encuentro con el otro y consigo mismo y de un sistema de significaciones sociales que explican la experiencia. Por esta razón, siendo participante activo de la interacción social, va construyendo su propio modelo de relación con el mundo, es decir, va promoviendo un



estilo de vida. Más allá de las conocidas características generales atribuidas a la vejez, cada ser humano atraviesa el proceso de envejecimiento de acuerdo a su biografía y al posicionamiento personal que adopte frente a este momento de la vida.

Se podría decir que la calidad vital del adulto mayor estaría, por ende, integrada en relación con la posibilidad de que esta etapa de vida forme parte integrada de un proyecto vital autónomo, en una vía de reconocimiento identificador de su pasado y de la proyección al futuro dentro de una historización de sí mismo. (Krzemien, 2001)

Como se ha explicitado, la calidad de vida está estrechamente relacionada por la relación entre el individuo y la sociedad. El bienestar del sujeto dependerá de que éste se signifique y resignifique en su condición de “ser social” y no solamente en función de “abuelo”, “viudo”, o “enfermo”, y demás significantes que responden a la representaciones sociales predominantes de la vejez.

No es importante la cantidad de contactos sociales con los que se cuente, pero sí la calidad de los mismos. Estos lazos sociales, familiares, de amistad y de participación en actividades comunitarias o no, serían importantes factores para promover la salud y bienestar en la ancianidad. Aseguran este planteamiento las diversas investigaciones que llevo a cabo la OMS en el año 1975 donde demostraron que las personas que participan en grupos sociales mantienen una calidad de vida superior de los que están socialmente aislados. Otra interesante razón para mantener las amistades la señala Thonse en el año 1982 (citado en Krzemien, 2001), cuando enseña los resultados de su investigación que muestran que al tener un estilo de vida activo más la percepción subjetiva de bienestar, se tiene mayor fortaleza para enfrentar las dificultades que se presentan.

Caso contrario, uno de los factores de riesgo para el deterioro de la calidad de vida, se halla en el aislamiento social impulsado por propio el anciano o por la exclusión y rechazo a la vejez por parte de la comunidad (Muchnik, 1990).

Lo que se intenta señalar, es que la disposición de vital no resulta exclusivamente dependiente de lo biológico, ni de la edad que se tenga, sino de las condiciones del medio ambiente relacional en su sentido amplio –integración social, hábitos, uso del tiempo libre, etc.-; y también del sistema vigente de representaciones sociales acerca de la vejez. El interés de ampliar el estudio más allá de lo fisiopsicológico es porque el envejecimiento es precisamente un *destino social*.



Para hacer un completo estudio sobre la calidad de vida aplicada a la tercera edad, se deberá estudiar varios aspectos tales como el estado de salud, el estado funcional, los factores de riesgo, el lugar habitacional, los sociales, el contexto, etc. A partir de esta información será posible planificar programas preventivos, y mejorar las acciones y organizaciones –actuales o futuras- para la salud y sus servicios relacionados. Llevado a cabo, los resultados brindarán múltiples herramientas para mejorar la vida de los abuelos (Quintanar Guzmán, 2010)

La vejez no debe ser mirada como un problema, por inverso, tiene que plantearse como una oportunidad y un desafío para todos, tanto para los que envejecen, como su familia y la sociedad. Es hora de dejar de hacer hincapié sólo en los problemas; porque desde el nacimiento hasta la muerte es puro desarrollo; lo que nos debe atañer preocuparnos por buscar potenciales en la personas ancianas, que siempre hay –inclusive en la más pobre de la situación-.

Instrumentos que miden la calidad de vida

Son muchos los instrumentos que miden la calidad de vida. La mayoría de ellos están enfocados a medirla en relación a enfermedades o sus consecuencias. Algunas que se encuentran para medir el bienestar psicológico y la salud mental son:

- Cuestionario de Salud General,
- Índice de Bienestar Psicológico.
- Escala de Bienestar Psicológico versión Adultos (BIEPS-A),
- Escala de Bienestar Psicológico versión Jóvenes Adolescentes (BIEPS-J),
- Hospital Anxiety and Depression Scale,
- Cuestionario de Incapacidad de Sheehan,
- Inventario de Experiencias de Duelo,
- Inventario Texas Revisado de Duelo,
- Cuestionario de Salud del Paciente,
- Escala de Calidad de Vida para Depresión,
- Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida,
- Otros.



CAPITULO IV –

LA RISA Y EL HUMOR

“Una sonrisa no cuesta nada y produce mucho: Enriquece a los que la reciben sin empobrecer a los que la dan. Sólo dura un instante pero su recuerdo es a veces eterno. Nadie es lo suficientemente rico para prescindir de ella y nadie es lo bastante pobre como para no darla. Aporta felicidad al hogar y es el símbolo de la amistad. Una sonrisa basta para que el cansancio desaparezca, para que el más desamparado recobre el ánimo. Si alguna vez te encuentras con una persona que no te ofrezca la sonrisa que tú te mereces, sé generoso y ofrécele la tuya, porque a nadie la hace más falta una sonrisa como a aquel que es incapaz de ofrecerla a los demás”.

(Lao-Tsé, filósofo chino siglo VI a. C.)

Aclaración de la Autora

Si bien la “risa” y el “sentido-humor” no son precisamente dos gotas de agua, ni significan lo mismo; para quien escribe esta tesis considera que tienen un estrecha relación; siendo la primera la manifestación conductual más visible de la segunda; y por envergadura uno es inevitablemente consecuencia del otro.

Origen e historia

La etimología de la palabra **risa** tiene dos orígenes. En *griego*, son dos las palabras para designarla: ‘?e???’ (gelao) que se utiliza para el reír de alegría fundamentalmente y ‘?ata?e???’ (katagelao), cuyo uso principalmente tenía aspecto negativo, denigrante y se utilizaba para hacer alusión a ‘reírse de alguien’ o ‘burlarse de algo o alguien’. La risa, ‘risus’, por el lado de la raíz del *latina* no conservan dos palabras diferenciadas como en el griego aunque obviamente sí existían las diferentes significaciones (Camacho, 2005).



La palabra **humor** deriva del *latin* por ‘umidus’, emanada a su vez de ‘umere’, que significaba ‘estar o ser húmedo’. Símilmente la terminología en el *griego* era “humus”, el cual significó originariamente humedad y designaba para la medicina griega cada una de las cuatro sustancias líquidas o semilíquidas de diferente densidad que describía en el cuerpo humano; su equilibrio, afirmaban, era la base de la salud: sangre, pituita o flema, bilis amarilla (cólera) y bilis negra (melancolía).

En esa época se consideraba que cuando los “cuatro humores” estaban en equilibrio había buena salud; del mismo modo lo creían correspondiente al estado de ánimo del sujeto, no obstante al alterarse los líquidos, aparecían las enfermedades. También le aplicaron relación con los cuatro elementos, tierra, agua, aire y fuego y; paralelamente con cuatro cualidades fundamentales: frío, húmedo, seco y caliente.

La teoría de los cuatro humores interesó en disciplinas como la farmacología, la gnoseología, la semiología y las doctrinas vitalistas que se desarrollaron durante los siglos XVII y XVIII (Gilson, 1981); y dominó el pensamiento médico durante casi dos mil años y logrando superar la Edad Media gracias a las aportaciones de médicos árabes, que la relacionan con las concepciones del universo, o macrocosmos, y con las del individuo o microcosmos.

“La visión del humor a partir de la filosofía griega, es la del hombre que afronta equilibradamente su realidad vital, tanto si ésta se inclina al trágico como hacia posturas más optimistas”.(Carbelo Baquero, 2005)

Para principios del siglo XVII en Europa el significado del término ‘humor’ se expandió para incluir a la desviación conductual de las formas sociales esperadas o la anormalidad en general y permitió el ingreso del término en el campo de lo cómico. ‘Humor’ comenzó a ser utilizado como un adjetivo para calificar a personajes excéntricos, raros, bizarros, que tenían un desequilibrio de humores y su desviación generaba o era objeto de risa. Luego se extendería el término a aquellas personas que hacían reír, ‘humoristas’ quienes copiaban ciertos caracteres y se transformó en el talento de hacer reír (Ruch 1998 citado en Camacho, 2005). Ya a finales del mismo siglo, los moralistas intentaron distinguir entre un ingenio falso –mal humor- y un ingenio verdadero –buen humor. Finalmente humor quedó asociado de manera implícita al adjetivo de “bueno”; y se comenzó a hablar de la habilidad de hacer reír a otros, como una capacidad del ‘sentido del humor’. Ruch (1998 leído en Camacho, 2005) explicaba que “si bien existieron otras significaciones específicas o científicas que se le



atribuyeron al término en épocas contemporáneas, las principales características se conservan desde esta época hasta la actualidad según los especialistas que han estudiado la evolución del término.

Es sabido que los hilos que tejen la historia de la Humanidad parten de diversas perspectivas: desde la política; las derrotas y victorias en la guerra; las conquistas; la geografía; la religión, la filosofía con el estudio del cosmos, la naturaleza y la vida en su máxima expresión; la comunicación, la relevancia de la medicina –como vimos recientemente- y la cultura como abstracción, donde no por último menos importante el arte y literatura como parte de su conformación.

Fue enunciado en último lugar la literatura y el arte; porque desde el comienzo cero hasta la actualidad ha atravesado en todos y todo el tiempo. En ellas se ve el fiel reflejo de la sociedad, sea en su alegría o caos.

Es importante destacar que el ser humano ha perseguido desde siempre expresarse y la historia cuenta como cada civilización, de distintas maneras, ha tenido su forma de divertirse y/o expresarse, pero siempre ha habido alguna.

Ya desde la Antigua Roma pueden rastrearse varias obras que se conservan hasta nuestros días y también en manifestaciones más espontáneas que son objeto de estudio en los últimos años, tales como los grafitis que se encontraron en las paredes de varias ciudades romanas en donde se pueden leer leyendas humorísticas y graciosas, pasando por las grandes pinturas y escritos que brindaron la época Renacentista y el Modernismo. La costumbre de mostrar los sentimientos a través del arte se mantiene en los tiempos contemporáneos ya que tanto la risa o el drama sigue plasmándose en diferentes obras teatrales y/o musicales, libros, música, historias, pinturas, cuentos, comics, etc. La diferencia que recae en la post-modernidad –Edad actual- es que los escritos que narran sobre el humor tienen carácter científico.

Pero esto tardó en llegar puesto que en el año 1907 la revista *American Journal of Psychology* editó un artículo titulado *The psychology of humor*, pero la Psicología ha tardado más de 80 años en tener en cuenta el fenómeno, y en relacionarlo con una moción básica como es la alegría.



Precursores en la investigación y teorías acerca del humor

Como se ha marcado en el previo segmento, en los tiempos actuales contamos con investigaciones y teorías científicas respecto al humor. Por empezar fue Descartes quién hizo el primer escrito en el que se refirió a la risa desde el punto de vista fisiológico tanto como psicológico, considerándola como el principal signo de alegría.

Darwin (1890) estudió comparativamente el humor y principalmente la risa en humanos y animales, considerando a la risa como una expresión de alegría y felicidad. Señaló que movimientos similares a la risa y a la sonrisa pueden observarse en primates superiores cuando se los alimenta y también entre los débiles mentales.

Kant, que planteó el *idealismo trascendental* (1791) ve a la risa y a la música como una gratificación producida por un juego de ideas estéticas, en el caso de los chistes el juego comienza con pensamientos que ocupan el cuerpo en la medida que admiten expresión sensible y cuando la comprensión se detiene súbitamente, ya que no encuentra lo que esperaba, siente el aflojamiento del cuerpo; la risa es una emoción que surge por la repentina transformación de una expectación esforzada que se ve posteriormente defraudada (citado en Camacho, 2005)

El filósofo, contemporáneo de McDougall y Freud, Bergson dedicó varios escritos al tema del humor y de la risa. La principal obra a lo largo de su carrera tituló *La risa* (1900, citado por Camacho, 2005), en donde destaca principalmente que el humor es un fenómeno necesariamente humano, para él los animales y las cosas se transforman en objeto del humor en tanto nos recuerdan algo humano. Defiende que una condición necesaria para que se produzca el humor y la risa es la ausencia de sentimiento, porque éstos no tienen enemigo más grande que la emoción, ya que lo cómico implica una “momentánea anestesia del corazón”, un llamado a la inteligencia pura y simple. Protege su postura, diciendo que la risa y el humor deben estar en contacto con otras inteligencias, debido a que la misma tiene un carácter eminentemente social.

El mismo Freud, es considerado uno de los precursores en la investigación sobre el humor. Aliado de la *Teoría de la liberación de tensión*—que refiere a que por medio de un chiste se suele disminuir la tensión acumulada—; el maestro del psicoanálisis encontró



como base común a todos los chistes, el placer que suscitan. Consideró que las bromas o carcajadas sirven como vía de escape ante los sentimientos reprimidos, generando un ahorro de esfuerzo psíquico por lo que lo prohibido gasta. Es decir, que el monto energético que se destina a aplacar las pulsiones, al contar un chiste se libera en forma de risa y esto causa placer.

De manera simple se pueden comprender las variadas postulaciones de los diferentes investigadores, partiendo de tres teorías que se impusieron para explicar el *por qué* del humor (Carbelo Baquero, 2005):

- **Teoría de la incongruencia:** Es la más popular y se basa en una teoría cognitivo perceptual. Pone énfasis en el la sorpresa como estado de ánimo. Su base teórica expone el hecho de que determinada incorrecciones o despropósito dan como resultado algo positivo.
- **Teoría de la superioridad:** Es la más antigua de todos los desarrollos, sencillamente la carcajada surge por la sensación de poder y/o la desgracia del otro. Está la tendencia cultural de causarnos gracia cuando el otro fracasa.
- **Teoría de la liberación de tensión:** Plantea que en el ser humano se hallan dos tipos de tensiones: física y psicológica. Spencer dedicó enfocó su estudio más en la primera y Freud en la segunda. Revelan que el individuo al trabajar sometido al esfuerzo, la lucha y la tensión, hace excitar al sistema nervioso que –luego- ha de canalizar a través de otra estructura del organismo o por medio de diferentes movimientos. La emisión de la risa, provocaría esa descarga y aliviaría la contractura.

Posterior a estas ponencias, sin dejarlas a un lado -con el desarrollo de diferentes nuevas psicológicas y la implementación de la tecnología los estudios-, hubo mejoras en las investigaciones sobre el humor.

Eysenck (1942) puso de manifiesto la relación entre los factores cognitivos, afectivos y conativos para la comprensión del chiste. Esta exitosa publicación sigue aun en la actualidad siendo considerada, puesto que se considera que una persona percibe un estímulo divertido, lo procesa, y la interacción del mismo con la estructura interna del sujeto –determinantes de la conducta, personalidad, experiencias, etc.- más la influencia



del medio externo, determinaran la vivencia o comprensión de la situación como graciosa o no.

En décadas más cercanas siguió la creciente publicación de los estudios-con gran auge en la década del '70-, con lo más diversos enfoques y respuestas sobre el sentido del humor, tomándolo en su aspecto global o individualizado. Hoy por hoy, el interés que tomó el asunto, hace que desde todas las universidades del mundo surjan pioneros para abordarla.

Definición de la risa, el humor

La risa o bien el sentido del humor es una cualidad única del ser humano, que lo distingue de todos los otros seres vivos y su aparición es tan ancestral como el miedo y el instinto. Chasquido, carcajada, risotada, risita, sonrisa son los modos de manifestarse, y adquieren dichos nombres de acuerdo a como sea duración, tono y características.

Desde los cimientos de la historia las culturas lo han valorado y manifestado –adaptado a las costumbres de cada una- de diversas maneras, por lo que nos lleva hasta hoy a encontrar múltiples definiciones sobre el tema, ya que ninguna es completamente satisfactoria. A causa de esto se han seleccionado, del trabajo de Camacho (2005) y Carbelo Baquero (2005), algunas de ellas y están ordenadas bajo su aparición cronológica:

Robinson (1977) define al humor como una comunicación, la cual es percibida por alguna de las partes como graciosa y la lleva a reírse, sonreírse o divertirse.

McGhee (1979) lo caracteriza como una experiencia mental de descubrimiento y apreciación lúdica de ciertos eventos, ideas o situaciones incongruentes o absurdas.



Garanto Alós (1983) expresó que “el humor es el estado de ánimo más o menos persistente y estable, que baña equilibradamente sentimientos, emociones, estados de ánimos o corporales, surgentes del contacto del individuo –corporalidad y psique- con el medio ambiente y que capacita al individuo para, tomando la distancia conveniente, relativizar críticamente toda clase de experiencias afectivas que se polaricen, bien sea hacia situaciones eufóricas, bien sea hacia situaciones depresivas”.

Simon (1988) delimita al humor, de una manera más integral, como una estrategia de afrontamiento basada en la evaluación cognitiva particular de algún estímulo, que se manifiesta en una conducta tal como la risa, la sonrisa o en sensaciones de alegría y diversión que provocan una disminución de la ansiedad.

Buxman (1991), dicha autora entiende al “humor como una emoción positiva, que tiene características particulares que hace que una misma situación pueda ser humorística para una persona y ofensiva para otra, según esta autora el sentido del humor es único para cada persona”.

Freedman, Kaplan y Sadock (1997) pertenecientes al campo de la psiquiatría, consideraron al humor como una forma de expresión de sentimientos que produce bienestar en la persona y sin efectos desagradables sobre los demás, por lo que “permite soportar y aceptar sentimiento de otra forma inaceptable”.

Rush (1998) dice que el sentido del humor es “un corazón simpático”, y le pertenece la característica de la benevolencia, es decir que no es agresivo.

Martin Seligman (2005) creador de la *psicología positiva* desarrolla la risa y el humor bajo el concepto de fortaleza propia del ser humano, que refiere a una capacidad para experimentar y/o estimular una reacción muy específica, la risa -observable o no-, y de esta manera conseguir o mantener un estado de ánimo positivo.

Pero como dice Idígoras, en el 2002, “encerrar el humor en una pocas palabras para definirlo es un error”.



Dimensiones que integran al humor

Al mostrar que hay diversidad en la enunciación de la risa el humor, no ocurre lo contrario para caracterizar sus dimensiones, pero Eysenck (1972) que fue uno de los precursores en el estudio científico sobre el tema, hizo una sistematización de las dimensiones que lo componen; que hasta el día actual tiene gran aceptación.

La lista que se mostrará es la ampliada por Hell y Ruch sobre la postulada por Eysenck. En ella señalaron que a nivel personal respecto del humor podemos encontrar diferencias en:

- **Dimensión comprensiva:** El grado en que las personas comprenden los chistes y los estímulos humorísticos.
- **Dimensión expresiva:** refiere a la forma en que las personas expresan el humor, tanto cuantitativamente como cualitativamente.
- **Dimensión creativa:** La habilidad que las personas tienen para crear comentarios o situaciones humorísticas.
- **Dimensión apreciativa:** La apreciación de varios tipos de chistes, historietas y otros materiales humorísticos.
- **Dimensión social:** El grado que las personas tienen para buscar diferentes recursos o formas de hacer reír a los demás.
- **Dimensión reproductiva:** La memoria que las personas tienen para recordar chistes o anécdotas graciosas.
- **Dimensión afectiva:** La tendencia que las personas tienen para utilizar el humor como un mecanismo adaptativo.

Pareció pertinente agregar la sintética exposición de Ziv (1984 citado por Camacho, 2005) que define al sentido del humor destacando tres componentes:

- **Dimensión productiva o creativa:** La habilidad de crear humor.
- **Dimensión apreciativa:** La capacidad de disfrutar y apreciar el humor.
- **Dimensión actitudinal:** El humor como una disposición.



La risa y el humor desde el aspecto psicológico

Las postulados leídos en este estudio relacionan de alguna manera al humor con la personalidad, pero desde el desarrollo y profundo avance de la Psicología Positiva, que ha hallado que el sentido del humor es una de las variables que más se correlaciona con el bienestar psicológico y alta autoestima, los estudios de este tipo se multiplicaron en la última década. Se ha expandido no sólo para indagar con profundidad el principio del mismo, sino porque aquellas personas que la valían mostraban mejor espiritualidad, fortalezas, y optimismo para el enfrentamiento con la adversidad. Por lo que ha dejado de ser un mero estudio para ser virtud que todos desean.

El humor es visto desde un enfoque psicobiologista, como una capacidad que permite reducir la tensión, aliviar el sufrimiento, expresar alegría, mostrar la agresividad y la ira sin daño, es placer y sirve al mismo tiempo como un mecanismo de defensa -este último engloba a los tres primeros-, etc.

Para su fácil comprensión se tomará el aporte de Ziv (1984, citado en Camacho, 2005) para entender la función que adquiere el humor o su sentido en un persona.

Este autor **relaciona al humor con la personalidad, definiendo tipos de humor como funciones de la personalidad**, a su vez a cada una de estas funciones le adjudica dos dimensiones, una en base a la apreciación del humor y la segunda con la creación del mismo. Las funciones serían:

Función social

El humor en este caso permite mejorar a la sociedad, posibilitando compartir ideas y expresar aún el descontento en forma agradable, ganando una aceptación positiva que de otra forma no sería tolerada. Es también el grado que las personas tienen para buscar diferentes recursos o formas de hacer reír a los demás. Ayuda a crear relaciones o mejorarlas. A las personas que se les adjudica tener buen sentido del humor, son vistas como socialmente competentes (McGhee, 1979 visto en Camacho 2005) y aquellos personajes que poseen la capacidad de divertir a los demás, han gozado siempre de un puesto importante en cualquiera de nuestras sociedades.

. Sirve como modo de escape, entretiene, comunica y brinda cohesión para el grupo y es de gran ayuda para cuando se realizan trabajos. El humor permite encontrar nuevas



soluciones a los jeroglíficos de la vida cotidiana, nos enseña que las cosas siempre pueden ser de otra manera, nos ayuda a elegir.

Función sexual

Permite expresar ideas relacionadas con lo sexual de forma aceptable, desde que se cuenta el primer chiste sexual las personas aprenden a expresar deseos, necesidades y fantasías sexuales (Camacho, 2005) El humor de contenido sexual es una de las formas más comunes del humor ya que al ser un tema tabú puede expresarse sin complicaciones a través del chiste. El sólo hecho de reír nos relaja y da placer.

Función agresiva

Es una manera de adquirir superioridad. Mediante esta forma el humor permite sublimar la agresividad haciéndola socialmente aceptable mediante los chistes y bromas. No sólo la ocupan quienes se sienten poderosos, sino también débiles –en menor medida- para poder aunque sea un momento sentirse importantes y ocultar su fragilidad.

Función motivadora

Mediante ésta, el sentido del humor consigue despertar el interés y el entusiasmo por la temática en la que se esté trabajando. Aumenta el gusto por el saber y la necesidad de comprender todo cuanto le rodea. Fomenta una disposición positiva ante la tarea y provee mayor energías para llevarla a cabo (Idígoras, 2002).

Función defensiva (mecanismo de defensa)

Permite proteger a las personas de aspectos o situaciones amenazantes. Esta función puede ser usada de dos maneras: por un lado, si va dirigida hacia el exterior puede tomar la forma de humor negro; que se torna destructivo, ya que no sólo se conforma con derribar al oponente sino que intentará herirlo.

Por el otro, si se dirige hacia sí mismo, encontramos el humor autorreferencial o autocrítico, lo que habitualmente se llama '*reírse de uno mismo*', siendo ésta



considerada de “como la más suave de todas” (Freud, 1905), y como el más alto estado de salud (Vaillant, 2000; citado por Camacho, 2005). Si se logra reír uno de sus propias faltas o dificultades antes de que lo hagan los adversarios; se consigue debilitar y contener los ataques explícitos de los supuestos enemigos; pudiendo hasta ganarse la aprobación de ellos.

La brecha entre estas maneras defensivas es muy corta: se puede estar riendo ‘junto al otro’ o ‘reírse del otro’.

La función intelectual del humor

Se relaciona con la posibilidad de escapar a ciertas dificultades, a no enfrentar situaciones conflictivas y evitar mediante el humor la confrontación; generalmente suele darse este tipo de humor en ámbitos políticos, en los negocios o cuando las personas prefieren no entrar en ciertos temas y salen de esa situación de una manera socialmente aceptable y creativa. Al tener la cualidad de saber utilizarla, posibilitará desdramatizar las preocupaciones y a vivirlas positivamente; y ocupará la risa para relajar cuando las tensiones lo hagan necesario.

La función comunicacional

El humor también es considerado por varios autores como un facilitador de la comunicación (Robinson, 1970; Elitzur, 1990; Mackoff, 1990 citados en Camacho, 2005), pues ayuda a reducir la distancia entre las personas y refuerza el sentido de la confianza. La forma en que las personas expresan el humor, tiene un componente cuantitativo como cualitativo. La risa es puro significado en tanto se manifieste o no, pues tiene la calidad de mostrar si alguien está contento, alegre, excitado, o triste.

Por lo mencionado, nos encontramos que el humor para una persona puede adquirir diversas funciones que la ayudarán –si fue bien empleada- para adecuarse a las múltiples situaciones que tiene la vida.



Tipos de humor

Ángel Idígoras, en su publicación *El valor terapéutico del humor*(2002) describe un estudio realizado por Peter Berger dónde marcaba que cada agudeza jocosa es distinta por lo que permite agruparla según su naturaleza y su intención. Berger clasifica las manifestaciones de lo cómico en el humor a través de lo:

- **Humor benigno:** Es aquél que surge cuando la única intención de lo cómico es la diversión. Es la forma de humor que proporciona una suave sensación placentera que hace la vida cotidiana más agradable y no supone ninguna amenaza para el orden establecido porque, al menos aparentemente, no emite juicios morales sobre él.

- **Humor tragicómico:** Se trata del humor entendido como consuelo. Este tipo de comicidad hace aparecer la risa a través de la tristeza, hasta tal punto que en ocasiones pueden llegar a confundirse una con otra. Aunque no evita el sufrimiento, sí consigue hacerlo más llevadero.

- **Humor ingenioso:** Es aquel que procede de la actividad lúdica de la inteligencia que suele utilizar mecanismos intelectuales complejos, como la paradoja y la ironía para relacionar aspectos de la realidad que no tienen conexión aparente y que unidos, producen la chispa cómica. El humor es entendido como un juego, una travesura del intelecto, casi un reto para la inteligencia del que lo recibe.

- **Humor satírico:** En esta modalidad, el fenómeno humorístico es utilizado como arma con la que atacar a individuos, grupos sociales, instituciones, etc. Al contrario que el humor benigno, que no pretende remover emociones, el fin principal de la sátira es afectar y causar dolor agresivamente.,

- **El humor de la locura:** Es el que se caracteriza por lo absurdo, que se aleja de las leyes naturales y se asemeja al humor de los sueños. Tiene sus propias leyes.

La risa sana

Como se ha podido observar a lo largo de éste capítulo, la risa es un privilegio del ser humano, quien haya tenido la experiencia de haberla vivido, comprenderá la riqueza que



entrega. No hace falta que nadie la enseñe, pues aparece desde muy temprano en el desarrollo del bebé, lo importante es que se la comparta y la ejercite.

Para que surja no hay que realizar mucho esfuerzo, puesto que aún una situación de gran incomodidad -incluso de rabia contenida- puede provocarla. Sin embargo suelen haber algunos individuos a los que les resulte más complicado experimentarla, pero cuando sale –en quien sea- produce instantáneos beneficios.

La risa es expresión del alma, es alivio, es compartir. Nos da la oportunidad de revivenciar cosas a través de sólo recordarlo. Es placer. Su causa es múltiple: por alegría, por enojo, por miedo, por ansiedad, por relajación, etc., y su buen uso puede reemplazar el efecto de medicamentos.

Reír nos hace bien. Estar bien nos hace sentir satisfechos y plenos. Cuando logramos esos sentimientos, pensamos y actuamos con optimismo. Ser optimistas nos hace mirar y/o esperar las situaciones y eventos de la vida de un modo favorable.

Un estudio de Scherier & Carver (1985, citado por Camacho, 2005) muestra que pensar positivo se correlaciona positivamente con nuestra autoestima y negativamente con desesperanza, depresión, estrés percibido, alienación y ansiedad social. Asimismo puede actuar como potenciador del bienestar y la salud en aquellas personas que, sin presentar trastornos, quieren mejorar su calidad de vida (Seligman, 2002)

Las personas que poseen esta cualidad muestran tener mejores relaciones con sus amigos, satisfacción laboral y generalmente un alto nivel de calidad de vida Scherier & Carver (1992, citado por Camacho, 2005)

Concedido que el optimismo nos hace sentirnos bien –o mejor-, se da por efecto una vivencia de bienestar psíquico; y cuando uno se encuentra en armonía y libertad psíquica da a lugar a que se esté alegre. Al estar alegre, estamos propensos a reírnos.



El beneficio de reír

N. de A.: Para escribir esta sección fue necesario realizar una ardua síntesis de las investigaciones que se encuentran disponibles acerca de los efectos que producen la risa y el humor. Algunas de ellas fueron: “Risoterapia: Un nuevo campo para los profesionales de la salud” realizada por Christian, Ramos, Susanibar, & Balarezo,(2004); “Los componentes específicos de sentido del humor y el bienestar psicológico¹⁵” desarrollado por Kuiper, Grimshaw, Leite, Kirsh, (2004); “Anatomía de una enfermedad” del conocido Norman Cousins (1979); y “El papel de las emociones positivas en la psicología positiva: la ampliación y construcción de la teoría de la emoción positiva¹⁶” hecha por Fredrickson, B. (2001).

En el instante que se activa la risa, comienzan a manifestarse sus **beneficios que no tienen barrera en ninguna edad**

Fisiológicos:

Ejercicio: Cada carcajada pone en marcha cerca de 400 músculos, incluidos 15 de la cara y algunos del tórax, abdomen y estómago, los que sólo se pueden ejercitar con la risa, la cual también ayuda a adelgazar reactivando el sistema linfático.

En esos momentos y debido a la intensidad del ejercicio, cada grupo muscular se estimula como lo haría una sesión de gimnasia; en tal sentido, cinco minutos de risa equivalen a 45 minutos de ejercicio aeróbico. Incluso algunas personas logran mover los brazos y las piernas mientras ríen. Otros mencionan que con 15 minutos de risa se llega a quemar tantas calorías como en una larga carrera o un paseo en bicicleta.

Masaje: La columna vertebral y cervical, donde por lo general se acumulan tensiones, se estira, ya que la risa hace que el tono muscular se relaje, puesto activa el sistema parasimpático. Además, se estimula el bazo y se elimina las toxinas. Con este movimiento el diafragma origina un masaje interno que facilita la digestión al hacer

¹⁵ Nombre original: “*Specific components of sense of humor and psychological well-being*”. Traducido por la autora.

¹⁶Nombre original: “*The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion*”. Traducido por la autora.



vibrar el hígado y ayuda a reducir los ácidos grasos y las sustancias tóxicas. También evita el estreñimiento y mejora la eliminación de la bilis.

Limpieza: Algunas personas al reír activan la zona lagrimal haciendo que se lubriquen y limpien los ojos con las lágrimas. La carcajada hace vibrar la cabeza y se despeja la nariz y el oído. Además, se consigue limpiar las paredes arteriales de pequeños cúmulos de colesterol.

Oxigenación: Entra el doble de aire en los pulmones al reír, lo que mejora la respiración y aumenta la oxigenación de los tejidos al mover 12 litros de aire en lugar de 6 que es lo habitual. La rapidez con que el aire vaciado sale de los pulmones se multiplica, permitiendo la entrada de aire oxigenado a mayor velocidad. A su vez incrementa la oxigenación tisular y reduce la hiperactividad bronquial en pacientes con asma.

Analgésico: Se segregan endorfinas, una especie de morfina segregadas por el cerebro, con altos poderes analgésicos y que por lo tanto, mitigan el dolor; adrenalina, un componente que en buena medida potencia la creatividad y la imaginación.

La risa, además libera dopamina (que mejora el estado de ánimo) y serotonina (que posee efectos calmantes). Por eso, cinco o seis minutos de risa continua actúan como un analgésico. De ahí que se utiliza para terapias de convalecencia que requieren una movilización rápida del sistema inmunológico. Se conoce sobre esto que una persona pesimista, con actitud negativa y con cuadros depresivos disminuyen sus defensas; y por el contrario, ser optimista ante la vida, equilibra este sistema inmunológico disminuyendo las posibilidades de enfermarse.

Rejuvenecedor: Al estirar y estimular los músculos de la cara. Tiene además, un efecto tonificante y antiarrugas, retrasando el envejecimiento cutáneo.

Sistema circulatorio: Es capaz de incrementar la velocidad de la sangre, además de aumentar levemente la tensión arterial. Esto consigue limpiarlas paredes arteriales de pequeños cúmulos de colesterol. El corazón también aumenta su frecuencia y es capaz de bombear cada minuto entre 140 y hasta 210 mililitros de sangre, cuando lo normal son 70.



Previene el infarto: Dado que el masaje interno que producen los espasmos del diafragma alcanza también a los pulmones y al corazón, fortaleciéndolos.

Mejor sueño: Las carcajadas generan una sana fatiga que elimina el insomnio y ayuda a reducir el ronquido.

Baja las calorías: Por la liberación de adrenalina, se produce una pérdida de calorías.

Psicológicos:

Elimina el estrés: La risa hace que se produzcan ciertas hormonas -endorfinas y adrenalina- que elevan el tono vital y nos hace sentir más despierto al contrarrestar las migrañas, enfermedades cutáneas, hipertensión arterial, depresión, problemas del corazón, cáncer, úlceras, alopecia, reumatismos, anorexia, bulimia y diarreas; que sabemos que son causadas por el estrés. La adrenalina que se libera en exceso en el stress provoca el aumento del cortisol y esta hormona entorpece el funcionamiento del sistema inmunológico. La risa hace que se disminuyan los niveles de cortisol.

Alivia la depresión: El humor provoca estar más receptivo y ayuda a ver el lado positivo de las cosas. Colabora en la admisión de la realidad tal y como es, por dura que sea; ayuda a superar la frustración.

Proceso de regresión: Con esto se quiere decir, que el humor puede hacer un retroceso e ir a un nivel anterior de funcionamiento mental o emocional, generalmente como un mecanismo para aliviar una realidad que se percibe como dolorosa o negativa.

Exteriorización: A través de la risa las personas exteriorizan emociones y sentimientos. A veces es percibida como una energía que urge por ser liberada, sobre todo cuando necesitamos reír y la situación social no lo permite.

Mejora la autoestima: Las personas con sentido del humor suelen ser apreciadas y valoradas y esto tiene una gran incidencia en nuestra autoestima. Fomenta la autoaceptación.



Sociológicos:

Carácter contagioso: Las emociones positivas, -como por ejemplo la alegría, esperanza y optimismo, etc.- promueven la cohesión social. Tienen mayor efecto contagio que las negativas. La risa, al igual que el bostezo, es un comportamiento social neurológicamente programado, es decir que al oír a otra persona reírse de algo, inmediatamente nos fijamos en ese algo y lo consideramos más divertido que si esa persona no se ríe, y entonces sonreímos o incluso llegamos a reír.

Facilitación de situaciones socialmente incómodas: Una adecuada broma o acotación chistosa a tiempo puede eliminar las barreras y suavizar las tensiones que haya en una reunión, encuentro, etc.

Poder comunicativo del humor: Al igual que las palabras o el silencio, la risa o su carcajada es mensaje. Con un simple análisis podemos descifrar como se encuentra una persona, pues hay risas verdaderas, falsas, forzadas, espontáneas, etc. Nos muestra como está un situación o hacia donde se dirige.

Mejora las relaciones interpersonales: El sentido del humor genera cohesión en un grupo y refuerza su espíritu de equipo. Fomenta la iniciativa para entablar las relaciones y la creatividad para mantenerlas. Las personas que han compartido situaciones de humor y/o se han reído juntas, se sienten más cercanas, más libres, tienen capacidad para crear un vínculo imposible de lograr más rápido con otro modo.

No hay que caer en el pensamiento de que las personas con buen humor no tienen disgustos. Por lo contrario les sucede como cualquiera; pero la diferencia es que en vez de amargarse interpretan dichas frustraciones como enseñanzas, retos y experiencias de las que siempre se obtiene algo nuevo o aprovechable.



***Dato curioso**

Según un estudio de Belilty (2004, encontrado en (Christian, Ramos, Susanibar, & Balarezo, 2004), dependiendo de las vocales que uno utilice para reírse, se estimulan diferentes partes del cuerpo. Así se tiene que:

- **JA JA JA:** es el tipo de risa con la que se relaja el plexo solar hacia arriba, en el lugar donde se unen las costillas y la parte superior de los pulmones. Relaja la parte superior del tronco. Al proyectar la risa con la JA durante un tiempo definido se puede observar una relajación en esta parte del cuerpo.
- **JE JE JE:** es el ideal para las personas que utilizan la voz para trabajar como locutores, actores, cantantes y profesores, porque relaja toda la parte del cuello.
- **JI JI JI:** Es una risa considerada fea y representada típicamente por las «brujas». Esta vocal estimula la circulación de la sangre del cuello hacia la cabeza, la creatividad y la intuición.
- **JO JO JO:** La utilizan los que se ríen como Papá Noel, relajando los músculos que se concentran del plexo solar hacia arriba, la parte inferior de los pulmones y de la espalda.
- **JU JU JU:** Es una de las más importantes. El dicho común de que «hay un JU JU entre dos personas» se pone de manifiesto en este tipo de risa, debido a que efectivamente cuando las personas se ríen con la JU estimulan las hormonas y los órganos sexuales.

Risa patológica

Como indica el título no todas las risas demuestran bienestar, ni provocan una elevación del estado del ánimo, tampoco significan ni traducen situaciones o momentos agradables. Esta risa es la llamada patológica, que puede ser producto de un determinado síntoma de una cierta enfermedad –o ser la enfermedad misma-, o simplemente puede estar provocada por métodos artificiales o exógenos como son la ingestión de determinadas sustancias –drogas, alcohol, medicamentos, etc.-.



Aquella que se produce por el consumo de alguna sustancia euforizante, si bien no es considerada patológica, tampoco es normal; por cual las llamaremos en este estudio *risa insana*.

Ahora bien, la auténtica risa patológica es aquella que sobreviene como producto innegable de una enfermedad y el padecimiento que puede producir esta risa, no sólo es de tipo psíquico –esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, etc.-, también hay patologías físicas, orgánicas –tumor cerebral frontal, demencias, ticks, etc.- que tienen entre sus síntomas la aparición de esta risa (Idígoras, 2002).

La caracterización de esta expresión de humor es que, al contrario que la risa normal, no produce ningún tipo de satisfacción, ni beneficio psíquico o físico; está carente de contenido, por eso es más duradera que la risa normal. Podría decirse que es una risa sin más, un mero sonido que recuerda o se parece a la risa pero dista mucho de ser la auténtica

Siguiendo el clasificado de Duchowny (1983, leído en Camacho 2005), se puede categorizar la risa patológica en tres grandes grupos:

- **Risa excesiva**, ocurre cuando el paciente, ya sea por problemas orgánicos o mentales, reacciona de esa manera en situaciones no graciosas o incluso en momentos en donde la risa es marcadamente inadecuada.
- **Risa involuntaria**, se da en casos en donde el paciente no tiene control voluntario sobre la risa o se da una risa desenfrenada, absolutamente fuera de control.
- **Risa epiléptica**, se da como un rictus en donde la risa aparece como un síntoma convulsivo.

La información que esta pequeña revisión brinda, nos da un panorama global de la risa anómala. El tener conocimiento sobre esta patología, ayudará a quitar la mirada apocalíptica sobre quienes la padecen y nos preparará para saber atenderla.



Instrumentos que miden el humor

Las formas de medir el humor, van a depender de aquellos aspectos, elementos o dimensiones que intentan medir, lo cual son muchas y muy variadas; pues también las influyen la conceptualización teórica donde uno se situó.

Los instrumentos se crearon para medir aspectos del humor entendiéndolo como un rasgo o componente de la personalidad, pero también existen muchas técnicas de evaluación específicas que tratan de medir las diferentes dimensiones de la personalidad.

Para el comienzo de este siglo en se contaban con más de 70 herramientas¹⁷ –sin contar aquellas que se utilizaron en un solo estudio- para llevar a cabo la evaluación de la risa; siendo la un cuestionario sobre la risa en 1897 de Hall y Allin (citado por Ruch, 1998).

En vista de que superaría en la actualidad más de 100 publicaciones, se mencionarán la de mayor importancia. Entre estas se encuentran Humor Test of Personality; Coping Humor Scale (CHS); Escala Multidimensional del Sentido del Humor (MSHS); Situational Humor Response Questionnaire (SHRQ); la Humor Test of Personality, y Coping Humor Scale (CHS) (encontrados en el estudio de Camacho, 2005).

¹⁷ Registro hecho por Ruch en el año 1998.



MARCO METODOLOGICO

Tipo de Estudio

El estudio será **no experimental**, ya que no habrá manipulación deliberada de las variables, es decir que se observará al fenómeno en su ámbito natural y se respeta la realidad tal cual se presenta; para después abordar la calidad de vida percibida de los adultos mayores.

Es de carácter **transversal** ya que la investigación se ocupará de recolectar los datos y aplicar sus instrumentos mediante una única instancia en un tiempo determinado, y es **correlacional** porque pretende explicar las relaciones de asociación entre la risa, el humor y la calidad de vida percibida de los adultos mayores.

Identificación y definición de las variables o dimensiones de análisis

Definiciones conceptuales de las variables:

- *Variable N°1:* La risa y el humor
- *Variable N°2:* Calidad de vida percibida
- *Variable N° 3:* Nivel socio-económico
- *Variable N° 4:* Educación adquirida
- *Variable N° 5:* Actividades de preferencia
- *Variable N°6:* Edad
- *Variable N° 7:* Sexo
- *Variable N° 8:* Vivir solo o acompañado

Comprendiendo **la risa y el humor** bajo el concepto de Martin Seligman (2005) como la fortaleza propia del ser humano que refiere a una capacidad para experimentar y/o estimular una reacción muy específica, la risa -observable o no-, y de esta manera conseguir o mantener un estado de ánimo positivo.

Considerando la afirmación de Celia y Tulsy (1990) sobre **la calidad de vida percibida** como la apreciación que hace la persona de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal.



La tercera variable, **nivel socio-económico** se interpreta como posición o status que obtiene una persona en la sociedad a través de los recursos económicos que posee (Romaguera & Uzcátegui, 2001).

Se refiere a **Educación adquirida** como el período medido en años escolares que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal.

Actividades de preferencia se codifica como las acciones o tareas que le generan a la persona placer o alegría mientras las realizan.

La variable N° 6, la **edad**, señala el tiempo transcurrido, contado en años, a partir del nacimiento hasta el momento actual.

Se concebirá al **sexo** desde la postura biológica que distingue a los hombres y mujeres por su condición orgánica.

Por último, la variable identificada como **vivir solo o acompañado** es dilucida por si el sujeto esta institucionalizado o no; y si al no estarlo convive o no en la misma vivienda ocupacional con otras personas.

Definiciones operacionales de las variables:

- *Variable N° 1:* Según declaraciones de los sujetos y la Escala Multidimensional del Sentido del Humor (MSHS).
- *Variable N° 2:* A partir de los resultados obtenidos en la Escala de Bienestar Psicológico adaptación adultos (BIEPS-A).
- *Variable N° 3:* Según reconocimiento de cada persona, indicando en la categoría *baja, media, o alta*.
- *Variable N°4:* Según declaraciones de los sujetos, al identificar su nivel educativo alcanzado –completo o incompleto- en el sistema educativo de la República Argentina: *primaria, secundaria o terciaria*.
- *Variable N° 5:* Según declaraciones de los sujetos.
- *Variable N° 6:* Según declaraciones de los sujetos.
- *Variable N°7:* A través la selección *mujer o varón* indicado por los individuos.



- *Variable N° 8:* Según declaraciones de los sujetos.

Para medir dichas variables y posibles factores se seleccionarán personas adultas mayores y se realizarán observaciones, entrevistas y cuestionarios que proporcionen la información relevante que permita cumplir con los objetivos específicos.

Unidades de análisis

Área del estudio

El estudio se llevará a cabo en América del Sur, en el corazón de la República Argentina, al norte de la provincia de Santa Fe, a orillas del río Paraná, en la Ciudad de Reconquista. La misma se ubica a 325 kilómetros de la Capital Federal, encontrándose en una posición geoestratégica en relación al Mercosur ya que posee un importante puerto comercial, industrias, comercios e importantes servicios de salud; donde hace de núcleo en la zona norte de la provincia, transformándola en una de las ciudades más elementales de la misma y del país.

Siendo que es capital del departamento General Obligado el cual cuenta con 176.000¹⁸ habitantes aproximadamente, se notifica que en la ciudad enunciada del estudio viven alrededor de 100.000 personas; de las cuales se infiere que son participe de la franja adulto mayor unas

38.000 personas adultos mayores de ambos sexos, que se encuentran ubicadas en viviendas particulares o instituciones de orden público y privado.

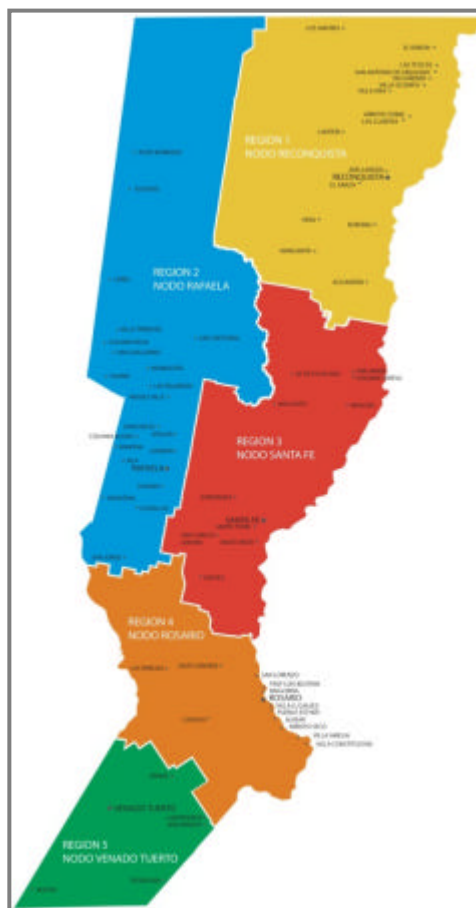


Ilustración 2 Las diferentes regiones o nodos que se establecen en la Provincia de Santa Fe.

¹⁸ Censo 2010 de la República Argentina.



Población

La población fue integrada por personas adultas mayores de la ciudad de Reconquista, provincia de Santa Fe de la República Argentina. Se esclarece que se considera adulta mayor a la persona que tenga 65 años en adelante.

Se ha elegido esta localidad por el acceso con el que cuenta la autora de esta tesis, quien es oriunda de la misma, por tanto se trata de una muestra por disponibilidad.

A través del Ministerio de Salud provincial se informa que la provincia de Santa Fe cuenta con una totalidad de 3.194.537 de habitantes; los cuales mayores a 60 años¹⁹ son 513.585. Reconquista se constituye en un referente o núcleo de la zona debido a su ubicación estratégica en el punto noreste de la región, cuenta con alrededor de 170.000 habitantes, de los cuales unos 38.000 comprenden la franja de adultos mayores.

En los datos oficiales otorgados por el Organismo de Salud de la provincia de Santa Fe, manifiesta que se encuentran habilitados 79 geriátricos del subsector privado con un total de 3.068 camas. Los distintos centros se dividen acorde a la densidad de la población que se presenta en la zona. Estas a su vez son coordinadas bajo la región a la que pertenezcan. La distribución geográfica de Santa Fe hace que se dividan en 5 nodos [ver Ilustración 2]:

- Región I Nodo Reconquista,
- Región II Nodo Rafaela,
- Región III Nodo Santa Fe,
- Región IV Nodo Rosario,
- Región V Nodo Venado Tuerto.

En la “Región 1 Nodo Reconquista” [ver Ilustración 3] que encabeza la ciudad conocida como “La Perla del Norte” y su alrededor cercano, se cuentan 12 diversos geriátricos²⁰.

¹⁹ N. de A.: 60 Años es la edad que toma como referencia el Censo Nacional Argentino (2010) para indicar adultos mayores.

²⁰ La información que se detallan sobre los diferentes geriátricos fue obtenida a través del Portal de la Provincia de Santa Fe, en la sección de Datos Estadísticas de la población; y se ha entrevistado al señor



Aquellos establecidos en la localidad de Reconquista son el Geriátrico San José, que cuenta con un servicio de 20 camas en pleno centro de la ciudad y Fundación Don Pedro con aproximadamente 50 camas disponibles, situado en el barrio La Rural a 2 km del centro.

A 38 kilómetros *hacia el sur* por la Ruta Nacional N°11 en la ciudad de Malabrigo se encuentra el Hogar de Ancianos Fundación Ayúdenos a Ayudar Malabrigo que tiene una capacidad máxima de 30 camas; en Vera el Hogar de Ancianos cuenta con disponibilidad de 25 plazas y la distancia que mantiene con Reconquista es de 65



Ilustración 3 Nodo de Reconquista y la ciudades que la componen.

kilómetros; ya a 83 kilómetros en la comuna La Gallareta esta el Hogar de Ancianos Viejo Pavón; siguiendo al kilometraje 102 visualizamos la comuna de Margarita cuyo Hogar de Anciano suma 7 plazas; en Calchaquí – a 118 kilómetros- está el Hogar de Ancianos San Antonio de Padua cuya capacidad para la atención de los abuelos es de 24 camas.

Por la Ruta Provincial N°1, paralela a la anterior, a unos 40 kilómetros se halla el Geriátrico Cruz Azul de la ciudad de Romang con un total de 35 camas; y ya a 170 kilómetros -aunque pertenezca al Nodo 3 Región Santa Fe es incluido por la Agencia Cabecera Reconquista PAMI por un convenio realizado- se halla el Hogar Oficial Nuestra Señora de la Merced, que pertenece a la ciudad de San Javier con una suma de 35 camas.

Carlos Prieto Jefe de Agencia Cabecera Reconquista del PAMI; como así también se ha llamado a las diferentes instituciones para corroborar los datos que el portal brindaba.



En dirección *hacia el norte*, por la Ruta Nacional N° 11 haciendo unos en 40 kilómetros y tomando el desvío hacia la izquierda continuando 20 kilómetros por un camino alternativo topamos con la comuna de Tartagal la cual posee el Hogar Oficial de Ancianos El Tajamar, con ocupación 18 camas sobre 20 que posee; retomando la Ruta Nacional N°11 en Villa Ocampo a 83 kilómetros de Reconquista también esta el Hogar unos 19 kilómetros llegando casi al límite de la provincia se encuentra el Hogar de Ancianos Padre Eligio Giacomozzi en Las Toscas con 22 plazas.

Por medio de lo observado, se destaca que la población adulta de la localidad y cercanías cuentan con varios espacios donde realizar actividades propicias para la edad.

Muestra

De esta población se selecciona un muestreo no aleatorio, accidental de conveniencia; integrando una muestra de 40 adultos mayores, que resulto una media de 79,5 años de ambos sexos de la Ciudad de Reconquista y alrededores que se encuentren institucionalizados en instituciones públicas o privadas, o viven con sus familias o solos.

Se dividirá la totalidad de la muestra en 4 diferentes grupos:

Grupo N°1: Conformado por 10 mujeres NO institucionalizadas.

Grupo N°2: Conformado por 10 hombres NO institucionalizados.

Grupo N°3: Conformado por 10 mujeres institucionalizadas.

Grupo N°4: Conformado por 10 hombres institucionalizados.

Los adultos mayores institucionalizados serán contactados a través de:

- *Geriátrico San José:* Se trata de una institución privada, ubicada en pleno centro de la ciudad de Reconquista para adultos mayores de exclusividad femenina. Cuenta hoy con 19 abuelas, pero tiene un máximo de 20 camas y 3 enfermeras por turno para la asistencia de dichas mujeres. Entre sus servicios destacados se encuentra: atención médica, enfermería (24 horas), fisioterapia, psicología,



atención social, animación sociocultural, servicio religioso, cocina propia, peluquería y podología. Asimismo pretenden maximizar la unión con las familias de las residentes.

- *Geriátrico Fundación Don Pedro*: Es una institución civil sin fines de lucro, concebida en 1984, proyectada y permanentemente actualizada para brindar acompañamiento y atención integral a adultos mayores tipificados como autoválidos o con dependencias leves en la ciudad de Reconquista. Alberga en la actualidad a 46 abuelos de ambos sexos, aunque su capacidad máxima es de 50 camas. Priorizan el bienestar de los adultos mayores respetando sus gustos, evitando la despersonalización, rescatando su identidad, revalorizando su rol social, interactuando desde la institución hacia la comunidad y viceversa. Todo esto, tendiente a lograr el equilibrio biopsicosocial mediante servicios ofrecidos por un equipo de profesionales y personas comprometidas con la Institución, de alta calidad humana junto con la participación del Estado y de la Comunidad.

MÉTODO

El método desarrollado fue **inductivo** ya que se obtuvieron conclusiones generales a partir premisas particulares; realizando la observación y posterior análisis **correlacional** sobre los datos obtenidos a través de los cuestionarios y entrevistas.

En este caso, se pretendió vislumbrar si existe una relación causal entre la risa, el humor y la calidad de vida percibida por los adultos mayores de la ciudad de Reconquista.

Técnicas para la recolección de datos

Para lograr el acercamiento de los objetivos planteados las técnicas que se utilizaron fueron la observación no estructurada, entrevista no estructurada, sumados los cuestionarios BIEPS-A y MSHS.



Instrumentos

Observaciones

Las observaciones que se han realizado fueron no-estructuradas que permitían el reconocimiento de nuevos emergentes; empero estuvieron predeterminadas por categorías básicas que guiaban la misma, verbigracia la forma de presentarse, el estado anímico, tono de voz y lenguaje para ejecutar las respuestas; postura que adquirirían; y el para-contexto del espacio físico dónde se llevaron a cabo los encuentros.

Entrevistas

Las entrevistas que se ejecutaron fueron no-estructuradas; donde se ha dejado fluir la conversación para que logren los entrevistados sentirse cómodos y así expresarse libremente, de este modo se encontraron los diferentes intereses y opiniones de cada sujeto. Éstas se iban logrando al mismo tiempo, que se perpetraban los fichas a completar.

Cuestionarios

Para perseguir los objetivos de este estudio se han empleado 2 cuestionarios auto-administrables con el siguiente orden: 1º Escala de Bienestar Psicológico para adultos de Casullo y 2º la Escala Multidimensional del Sentido del Humor de Thorson y Powell. Previo a estos se encabezaba con:

- Fecha de hoy:/...../.....
- Participante N°:.....
- Edad:.....
- Marcar con una cruz las opciones que correspondan: ? Mujer ? Varón
- Educación:
 - ? Primario incompleto ? Secundario incompleto ? Terciario incompleto
 - ? Primario completo ? Secundario completo ? Terciario/universitario completo
- Lugar donde nació:
- Lugar donde vivo ahora:



- Ocupación actual:
- Persona /s con quienes vivo:

Se les mostraba y explicaba tanto por escrito como verbal que lean con atención las siguientes frases. Que marquen en ellas su respuesta en base de lo que pensaron y sintieron durante el último mes, sin dejar frases sin responder. Con el mismo método se exhibían las distintas alternativas de respuesta que había, y se acentuaba que no había respuestas buenas o malas, que todas servían.

Cómo ha sido señalado la primer escala que respondían era la Escala de Bienestar Psicológico para adultos (Casullo, 2002)[*ver Anexo*], conocido como BIEPS-A la cual se trata de una escala auto-administrable que permite evaluar el bienestar psicológico y diferenciar a sujetos que han logrado determinado nivel de bienestar psicológico de aquellos que presentan síntomas y signos que dan cuenta de la presencia de malestares en grado moderado o severo. Incluye 13 frases/ítems a contestar con “*de acuerdo*” con un valor de **3 puntos**; “*ni de acuerdo, ni en acuerdo*” mantiene un valor de **2 puntos**, “*en desacuerdo*” con mínimo **puntaje de 1**. Estas a su vez se en estudian 4 factores:

- **Aceptación - control:** los ítems 2, 11 y 13;
- **Autonomía:** los ítems 4, 9 y 12;
- **Vínculos:** los ítems 5, 7 y 8;
- y **Proyectos:** los ítems 1,3, 6 y 10.

Para la administración del mismo **se ha retirado del cuestionario el inciso número 10**“Soy una persona capaz de pensar en un proyecto”; pero se ha mantenido la numeración y puntuación original para la cómoda lectura e interpretación de los resultados. De esta manera quedaba **36 como puntuación máxima, una media de 24 puntos, la mínima de 12 puntos**; y en cada **sub-factor una máximo de 9**.

Concebido entonces la administración y la posterior evaluación, se hizo factible examinar los resultados siguiendo los Parámetros de Evaluación planteados por Casullo (2002) de la siguiente manera [*ver Tabla 1*]:

- *Control de Situaciones:* En aquellos altos puntajes explica que la persona tiene la sensación de control y de autocompetencia.; que puede ser capaz tanto de crear, manipular o transformar los contextos para adecuarlo a sus propias necesidades e



intereses. Empero en las puntuaciones baja muestra que tendrá dificultades en manejar los asuntos de la vida cotidiana; probablemente niega las oportunidades y cree que es incapaz de modificar el ambiente.

- *Aceptación de Si*: Cuando la puntuación es alta hace referencia que puede aceptar los múltiples aspectos que conforman su Si, incluyendo los buenos y los malos. No demuestra conflicto con el pasado. Antagónicamente, con resultados bajos, hablaría sobre desilusiones respecto de su vida pasada. Le gustaría ser diferente de cómo es ya que la mayoría de las veces se siente insatisfecho consigo mismo.
- *Vínculos psicosociales*: En puntuaciones elevadas se destaca una personalidad cálida, donde hace espacio a la confianza en los demás. Tiene capacidad empática y afectiva que lo posibilita para establecer buenos vínculos. De lo contrario –con bajos puntos–, se caracteriza por ser aislado y tener pocas relaciones con los demás. La más de las veces siente frustración por los vínculos que establece

con los otros y los compromisos se tornan dificultosos.

- *Autonomía*: Cuando la sumatoria da puntos altos, se identifica un sujeto que es capaz de poder tomar

<i>Subescalas</i>	<i>Puntuaciones Altas</i>	<i>Puntuaciones Bajas</i>
Control de Situaciones	Tiene una sensación de control y de autocompetencia. Puede crear o manipular contextos para adecuarlo a sus propias necesidades e intereses.	Tiene dificultades en manejar los asuntos de la vida diaria. No se da cuenta de las oportunidades. Cree que es incapaz de modificar el ambiente.
Aceptación de Si.	Puede aceptar los múltiples aspectos de si mismo incluyendo los buenos y los malos. Se siente bien acerca del pasado.	Esta desilusionado respecto de su vida pasada. Le gustaría ser diferente de cómo es. Se siente insatisfecho consigo mismo.
Vínculos psicosociales	Es cálido. Confía en los demás. Puede establecer buenos vínculos. Tiene capacidad empatía y afectiva.	Tiene pocas relaciones con los demás. Es aislado. Se siente frustrado en los vínculos que establece con los demás. No puede hacer compromisos con los demás.
Autonomía	Puede tomar decisiones de modo independiente. Es asertivo. Confía en su propio juicio	Es emocionalmente inestable. Depende de los demás para tomar decisiones. Le preocupa lo que piensan los otros.
Proyectos	Tiene metas y proyectos en la vida. Considera que la vida tiene significado. Tiene valores que hacen que la vida tenga sentido.	La vida carece de sentido y de significado. Tiene pocas metas y proyectos. No puede establecer que la vida tenga algún propósito.

Tabla 1 Referencias de Casullo (2002), para el análisis del BIEPS-A.

decisiones de modo independiente. Confía en su propio juicio y tiene cualidad asertiva. Por el otro extremo –puntajes bajos– sería emocionalmente inestable; donde dependería de quienes lo acompañen para tomar decisiones. La mayoría del tiempo estaría preocupado por lo que piensan sobre él.

- *Proyectos*: Quien ha conseguido puntos altos da referencia que tiene metas y proyectos en la vida dándole al mismo tiempo significado, valor y sentido. En defecto, si la sumatoria da bajos resultados hablaría de que la vida carece de



sentido y de significado. No se interesaría en establecer metas o proyectos y si las tienen son pocas. No es capaz de establecer que la vida tenga algún propósito.

Una vez finalizado con dicho informe, se daba comienzo a la Multidimensional Humor Sense Escala (MSHS), traducida al español como la Escala Multidimensional del Sentido del Humor, creada por Thorson y Powell en 1991, que contiene 24 ítems [ver Anexo], 18 de los cuales están redactados positivamente (1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 24) y 6 negativamente (4, 8, 11, 13, 17, 20) para reducir el sesgo de respuestas fijas. A diferencia del BIEPS-A los ítems positivos se califican con una escala tipo Likert de cinco puntos que va de muy en desacuerdo (0) a muy de acuerdo (4), mientras que los ítems negativos al revés, muy en desacuerdo (4) a muy de acuerdo (0). La **menor puntuación es cero y la mayor 96**[ver Anexo].

Este cuestionario observa 4 diferentes dimensiones [ver Tabla 2]:

- **1º competencia o habilidad personal para utilizar el humor**, agrupa los ítems 1 “a veces invento chistes o historias graciosas”, 3 “sé que puedo hacer reír a la gente”, 5 “la gente dice que cuento cosas graciosas”, 6 “puedo usar chistes para adaptarme a muchas situaciones”, 7 “puedo disminuir la tensión en ciertas situaciones al decir algo gracioso”, 9 “sé que puedo contar las cosas de tal modo que otras personas se rían”, 12 “puedo decir las cosas de tal manera que la gente se ría”, 15 “la gente espera que yo diga cosas graciosas”, 18 “mis amigos me consideran chistoso”, 21 “en un grupo puedo controlar la situación contando un chiste”, 23 “uso el humor para entretener a mis amigos” y 24 “mis dichos graciosos entretienen a otras personas”.
→ *Esta dimensión tomaba como puntuación máxima los 48 puntos.*
- **2º el humor como mecanismo de control de la situación**, que comprende los ítems 2 “el uso de chistes o del humor me ayuda a dominar situaciones difíciles”, 10 “me gusta un buen chiste”, 14 “aprecio a la gente con humor”, 16 “el humor me ayuda a hacer frente a la vida”, 19 “hacer frente a la vida mediante el humor es una manera elegante de adaptarse”, 20 “tratar de dominar situaciones mediante el uso del humor es estúpido”, 22 “usar el humor me ayuda a relajarme”.
→ *Este factor alcanzaba un máximo de 28 puntos.*
- **3º** investiga los factores de la **valoración social y las actitudes hacia el humoral** al mismo tiempo. Estos incluyen los ítems 4 “no me gustan las lecturas



tipo cómics’, 8 ‘la gente que cuenta chistes es insoportable’, 11 denominar a alguien cómico’ es un insulto’, 13 ‘el humor es un pobre mecanismo para hacer frente a la vida’ y 17 ‘no me siento bien cuando todo el mundo está contando chistes’, que remiten a una valoración de diferentes expresiones del humor (chistes, comics) y de quienes las realizan (cómicos), que podría influir en las relaciones sociales.

➔ Estas dos dimensiones, evaluadas por los mismos ítems alcanzaba un total de 20 puntos.

Como fue anunciado, el MSHS basaría sus puntuaciones sobre un máximo de 96 y una mínima de 0; dejando entonces un **media de 48 puntos**. Por lo que una vez conseguidos los resultados de cada sujeto, se podrían –según las correspondientes puntuaciones- dar las siguientes valoraciones sobre cada factor:

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Humor	Habilidad personal para utilizar el humor	<ul style="list-style-type: none"> Ingenio. Sentido gracioso de las experiencias. Adaptación a situaciones por medio del humor Disminuir la tensión a través del humor. El humor como entretenimiento. habilidades y automatismos que inducen a reír a los demás 	1,3,5,6,7,9,12,15,18,21,23,24.
	El humor como mecanismo de control de la situación	<ul style="list-style-type: none"> afrontar con humor situaciones negativas de la vida diaria. mostrarse alegre en situaciones difíciles. Dominio de las situaciones por medio del humor. Percibir lo positivo de las personas cosas y acontecimientos. Optimismo 	2,10,14,16,19,20,22.
	Valoración social y actitudes hacia el humor	<ul style="list-style-type: none"> Valoración de diferentes expresiones del humor y de quienes lo realizan. 	4,8,11,13,17.

Tabla 2 Guía de Thorson y Powell (1991) para el análisis del MSHS.

- *Habilidad personal para utilizar el humor:* Se aprecia en esta dimensión el sentido gracioso que la persona le puede otorgar a las experiencias y si la forma de utilizarlo es ingeniosa, de modo que lo ayude a adaptarse a situaciones por medio del mismo ó si es en sí una herramienta para disminuir las tensiones. Además observa las habilidades y automatismos que inducen a hacer reír a los demás y al propio sujeto.
- *El humor como mecanismo de control de la situación:* Este factor va a dar cuenta de si la persona puede afrontar con humor aquellas situaciones negativas de la vida diaria; o bien mostrarse alegre en situaciones dificultosas. De modo que nos señala el dominio que realiza de las situaciones por medio del humor.



Asimismo si es capaz de percibir lo positivo de las personas, cosas o acontecimientos.

- *Valoración social y actitudes hacia el humor:* Aquí se evalúa la valoración de las diferentes expresiones del humor y en sus diferentes ámbitos; como también el criterio que se tiene de aquellos que lo realizan.

Cuando terminaban se registraba en la última hoja el tiempo total que ha tomado llevar a cabo el cuestionario completo y se daba lugar a una charla abierta donde se mantenía como eje aquellas actividades que mantenían o realizaban en preferencia. Este apartado para su evaluación terminó reduciéndose en 2 indicadores: *actividades sociales* o *actividades individuales*. Para concluir, en lo último de esta sección, se añadía el *nivel socio-económico* que la persona consideraba que se encontraba.

Como cierre se agradecía su participación y se les entregaba a cada abuelo/a un souvenir [ver Anexo] por la ayuda brindada para llevar a cabo esta investigación.

Procedimientos

Debido a que el presente trabajo cuenta con dos grupos de sujetos en diferentes situaciones, institucionalizados y no institucionalizados, fue necesario emplear distintas alternativas para los pertinentes casos.

Para comenzar se ha contactado con los sujetos no institucionalizados de la ciudad de Reconquista y zona aledaña que presentaban las características que dicha investigación ha requerido; se les comentaba el por qué de la misma y sobre que refería. Estas personas han accedido de forma voluntaria al estudio sin presentar resistencias, por el contrario muy dispuestos a colaborar, y se ha procedido a pactar el lugar de encuentro en base al deseo de las personas (la gran mayoría prefirió su hogar).

Ante todo, fueron previstos los días 7, 8, 9 y 10 del mes Mayo del 2013 para concretar las reuniones con los integrantes del Grupo N°1 (mujeres no institucionalizadas) y el Grupo N°2 (hombres no institucionalizados). Los horarios estuvieron encuadrados tanto



por la mañana como la tarde según la disponibilidad de dichos abuelos/as. Por lo general cada encuentro oscilaba entre los 25 y 45 minutos. Esto se debía a que era necesario establecer un buen *rapport*, para que el clima sea lo más adecuado para realizar la tarea y así también disminuir el monto de ansiedad con que contaban los mismos.

Aunque ambos cuestionarios sean de un modelo auto-administrable, fue oportuno –y en algunos casos necesarios- desarrollar conjuntamente las consignas. A esto refiero con la lectura de las mismas y la explicación en algunos casos. Antepuesto a la ejecución fue comentada nuevamente el por qué de la entrevista y los fines que esta perseguía.

Para quienes vivían con sus esposos/as o con miembros de su familia, mostraban total conformidad e interés en que estén presentes los mismos; mostrando que no habría afectación en las respuestas.

Por otro lado, en vistas de que los sujetos del Grupo N°3 y N°4 se encontraban institucionalizados; fue necesario pedir una autorización previa con las autoridades de dichos establecimientos, para luego acceder a ellas. Para esto fueron acordadas y realizadas las citas, tanto con María Teresa Nardelli, directora del Geriátrico San José y Néstor Marega, director del Geriátrico Fundación Don Pedro, donde ambos mostraron su gran disposición y entusiasmo para que la investigación se lleve a adelante.

Para el Geriátrico San José se organizaron los días 8 -por la tarde- y 9 -por la mañana- de Mayo de este año. Esta institución arquitectónicamente es una casa antigua, cuyo hall de ingreso y patio central -actualmente transformado- son hoy el espacio más transitado por las institucionalizadas.

Para simplificar la búsqueda fueron consultadas las enfermeras de turno para que evalúen que abuelas estaban en condiciones psíquicas saludables, es decir sin enfermedades que atañen su juicio, para participar de la investigación. Una vez señaladas, fue oportuno acercarme al lugar donde se encontraban para evitar su desplazamiento y así mantener su cotidianeidad.

Considerando a que ninguna constaba del por qué de mi presencia, se les fue informando que eran invitadas a participar voluntariamente de una investigación sobre el humor en la vejez. Aquello que debían hacer era contestar simples preguntas con



“acuerdo”, “ni de acuerdo, ni en desacuerdo”, “en desacuerdo” y que todas sus respuestas tenían validez.

De esta manera y creado un adecuado clima se daba comienzo al cuestionario y al terminal se daba espacio para una charla abierta donde se terminaban de completar la información solicitada. Finalizada la recolección de los datos se agradecía por la colaboración.

Para el Geriátrico Fundación Don Pedro los días estipulados fueron 9 y 10 del corriente mes y año anteriormente aclarados, por las tardes en la franja horaria de visita -17hs. A 19.30- de dicha institución.

Repitiendo lo realizado en la institución anterior, fueron consultadas las personas especialistas del lugar sobre aquellos abuelos/as que se encontraban en aptas condiciones para integrar el estudio. Al efecto de que alberga más ancianos/as esta residencia cuenta con un espacio físico mucho mayor, con diferentes y amplios salones para la recreatividad y el ocio de los institucionalizados.

Aquí a diferencia de los otros encuestados hubo variadas formas de aplicación ya que algunos prefirieron solos, por lo tanto nos apartábamos del resto; y otros decidieron en grupo, lo cual fue conveniente trabajar en círculo en una habitación destinada para adecuar la audición y visión de quienes lo componían.

Las mujeres y hombres de Don Pedro, al igual que las abuelas del Geriátrico San José, carecían de conocimientos sobre mi función en el lugar. Así que del mismo modo fueron informados que estaba allí para hacer una descontracturadas y simples preguntas que ayudarían a que se logre realizar la presente investigación. Se les aseguraba el carácter confidencial de la misma y se rectificaba el consentimiento del sujeto para participar voluntariamente en el mismo.

Posteriormente se les entregaban los respectivos cuestionarios y escalas, con una previa introducción de los mismos donde se les ha leído el instructivo y se verificaba que lo hayan comprendido. En caso de que les resultase complicado, se los ayudaba en la lectura y la comprensión de los mismos. Naturalmente esto también fue realizado con las participantes del Geriátrico San José.



Completado los cuestionarios se daba lugar a una conversación no estructurada, pero que buscaba seguir el eje previamente estipulado (actividades de preferencias y nivel socio-económico).

Una vez finalizado el encuentro se le agradecía por su disposición y participación; y se les hizo entrega de un souvenir.

Sin olvidar de que estaba inmersa en instituciones que han abierto sus puertas incondicionalmente para todo lo que se necesite fue importante hacer sentir a todos - tantos profesionales, cuidadores, directores y demás abuelos/as- que han formado parte de este maravilloso estudio; por lo tanto el pequeño souvenir fue entregado a cada uno de ellos también.

Cabe destacar que **en ningún de los casos, tanto del Grupo N° 1, N° 2, N° 3 y N°4 hubo imposibilidad de completar la administración de la prueba**, y de hecho, la cooperación fue excelente en la mayoría de los casos.

Consideraciones éticas

Se les ha informado a los sujetos que han sido participes del estudio sobre los apuntalamientos del mismo sin especificar los objetivos planteados para que estos no respondiesen en base a lo buscado, sino a lo que piensan realmente.

Fue significativo aclararles antes de empezar a aplicar los instrumentos que se les garantizaban la confidencialidad y el anonimato, así como la indicación de su voluntad de participar; al igual que recordarles que todas las respuestas tenían validez, que no había en sí respuestas correctas o incorrectas.



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Para la redacción de este apartado se han utilizado como guía los objetivos generales y específicos de este estudio. De esta manera se logró controlar el orden y facilitar la lectura.

Se recuerda que la muestra contaba en su totalidad cuarenta personas mayores a 65 años de la ciudad de Reconquista y alrededores; y los mismos fueron divididos en cuatro grupos:

Grupo N°1: Conformado por 10 mujeres NO institucionalizadas.

Grupo N°2: Conformado por 10 hombres NO institucionalizados.

Grupo N°3: Conformado por 10 mujeres institucionalizadas.

Grupo N°4: Conformado por 10 hombres institucionalizados.

Los factores que fueron analizados eran **la risa y el humor**, y la **calidad de vida percibida** por estos sujetos. De igual manera se consideró conveniente estudiar si el **nivel socio-económico**, las **actividades de preferencias**, la **edad**, el **sexo**, la **educación** y **si vive sólo o acompañado**, alteraban o no los resultados.

Se utilizaron para la realización de este trabajo el procesador de textos: Word y la planilla de cálculo: Excel, ambas de Microsoft.

Para una comprensible y fácil lectura de los datos serán estos redactados sobre los **valores absolutos** correspondientes a cada cuestionario y sus sub-factores.

Recordando que en el BIEPS-A la puntuación máxima que se maneja en esta investigación es de 36 puntos y una mínima de 12; y cada sub-factor una máxima de 9; y para el MSHS un puntaje total de 96 con posibilidad de 0 la mínima, y el sub-factor N° 1 alcanza los 48 puntos, N°2 con posibilidad de 28, y el N° 3 una sumatoria de 20 puntos en total.

Informes generales



En los análisis generales de cada grupo se lee:

Grupo N°1 Mujeres NO institucionalizadas:

Este grupo estaba conformado por diez personas del sexo femenino no institucionalizadas de la ciudad de Reconquista y alrededores. Los rangos de edad de este conjunto iban desde los 70 hasta los 92, dando una **media de 80,1 años**.

Los resultados promedio del grupo arrojados por el **BIEPS-A**, fue de **31,4** sobre la máxima de 36. Tan sólo una de las participantes alcanzó la puntuación más alta, mientras que la más baja se posicionaba con 25 –tan sólo un punto más de la media de los valores de la escala-. En lo estudiado de los sub-factores se destaca con mayor valor el sub-factor N° 3 (*Vínculos*) con 8,7; siguiendo con sub-factor N° 1 (*Aceptación y Control*) con 8,7; en tercer lugar el sub-factor N° 4 (*Proyectos*) con 7,6; y por último el sub-factor N° 2 (*Autonomía*) con 6,5.

Por otro lado la escala del **MSHS**, que muestra una máxima de 96 puntos sumada todas las dimensiones, tuvo como resultado promedio de estas participantes **un 65,9**. La calificación máxima fue de 82 puntos, y la mínima con unos 44 puntos. La sub-dimensión con mayor puntuación fue la N° 3 (que incluye los factores de *Valoración Social y Aptitudes para el humor*), siguiendo por la N° 2 (denominado como *El humor como mecanismo de control*) y último la N°4 (concierno a la *La habilidad para utilizar el humor*).

Para el *nivel socio-económico* se han contado cuatro personas del *alto*; cuatro del *medio*; y dos del *bajo*.

Con respecto a las *preferencias en las actividades* siete prefieren aquellas que promuevan lo social y tan sólo tres buscan lo individual.

Tomando las reseñas sobre “*con quien o quienes vive...*”; se suman cuatro que viven solas; tres que viven con los esposos; y tres con quienes viven con sus familias.

En cuanto a la *educación* adquirida; la gran cantidad -cinco- terminaron la primaria completa; dos el secundario completo; una el terciario completo; una el secundario incompleto y la última el primario incompleto.



Grupo N°2 Hombres NO institucionalizadas:

Los abuelos de este grupo son ciudadanos no institucionalizados de Reconquista y cercanías, cuyo conjunto suman una media de **79,6 años** de edad. Aquel que menor edad contaba era de 65 años y el mayor con 88 años.

En el cuestionario del **BIEPS-A** dieron una suma promedio de **33 puntos**, aquí hubo –al igual que en el Grupo N° 1- un solo participante que alzó el puntaje máximo y con 29 el más bajo. Desplegadas las mediciones se destaca nuevamente el sub-factor N° 3 como aquel que prima en los resultados; le sigue el sub-factor N° 1 con 8,6; continúa con 8,3 el sub-factor N° 4 y última plaza con 7,2 el sub-factor N° 2.

Estos abuelos fueron los que alcanzaron los niveles superiores de escala del **MSHS**, situándose gracias al promedio de **74,9** cómo el grupo de “mayor sentido del humor”. El participante con más puntuación ha logrado aquí un total de 85 y por lo contrario, 59 el de menor. La singularidad que aquí reside es que lograron en la sub-dimensión N° 2 –*El humor como mecanismo de control de la situación*- la mayoría de puntos; particularidad que no se va a repetir en ningún otro grupo. Después lo sigue la N° 3 (que engloba 2 aspectos) y en consecuencia queda la sub-dimensión N°1 cómo ultima.

De acuerdo al *nivel socio-económico* se agrupan seis en el alto; tres en el del medio y uno en la franja de lo bajo.

En las *preferencias en las actividades* siete priorizan y se sienten a gusto cuando apuntan a lo social y tanto restante sólo tres buscan estar en lo individual.

Fraccionado el “*con quien o quienes vive...*”; se vislumbran siete que viven con las esposas y tres que hasta la actualidad viven solos.

Se observa que en la *educación* adquirida, los que terminaron el secundario completo son los que predominan con cinco; dos que no terminaron el secundario; acerca del terciario completo tan sólo un individuo; otro el primario completo; y el último con el primario incompleto.

Grupo N° 3 Mujeres institucionalizadas:



Para la constitución de este grupo se mezclaron tanto abuelas del Geriátrico San José como del Geriátrico Fundación Don Pedro. Sobre el tema de las edades, la mayor de ellas tenía 92 y la menor 65, pero en la suma total de las edades dieron un promedio de **81,7 años**.

Frente al cuestionario de Calidad de Vida Percibida (**BIEPS-A**) alcanzaron un total de **30,5**; y en la singularidad de los casos una sola persona alcanzo 35 puntos –siendo el puntaje mayor- mientras que dos con 26 se posicionaron en lo más bajo. Sobre el análisis de los sub-factores obtuvieron el mismo orden que el Grupo N° 1. *Vínculos* (sub-factor N° 3) con 8,6; *Aceptación* y *Control* (sub-factor N° 1) con 8,2 logrando el segundo lugar; siguiendo por *Control* (sub-factor N° 4) que suma 7,4; y al final *Autonomía* (sub-factor N° 2) con 6,3 puntos.

De acuerdo a la Escala Multidimensional del Sentido del Humor (**MSHS**), este grupo de mujeres presentan en promedio un total de **69,6 puntos**. La puntuación máxima obtenida por una de sus integrantes fue de 83 puntos y la mínima atañe a 44 puntos – correspondiente junto con la del Grupo N° 1- apareciendo como la puntuación más baja de todo el estudio ya que está por debajo de la media de dicha escala. Referido a las sub-dimensiones nos encontramos que la N° 3 fue la que mayor puntaje obtuvo, mientras que la siguen sub-dimensión N° 2 y en la última la sub-dimensión N° 4.

Observado el *nivel socio-económico* se pueden agrupar cuatro en el alto y cuatro en lo medio y dos personas pertenecen a la línea de lo bajo.

Sobre las *preferencias en las actividades* siete son las que promueven aquellas que de carácter social y el resto se siente mejor cuando están haciendo actividades independientes.

Respecto “*con quien o quienes vive...*” quedó sujeto a la respuesta única de geriátrico.

Tratada la *educación* que han obtenido, son cuatro las que han finalizado el primario completo; tres el secundario completo, siguen dos con secundario incompleto y uno con la primaria incompleta.

Grupo N° 4 Hombres institucionalizados:



Los participantes que comprenden este conjunto son pertenecientes a al Geriátrico Fundación Don Pedro. Aquel con menor edad muestra 65 años, y el de mayor unos 89 años; sin embargo la suma promedio del total del grupo da **77,7 años**.

Registrado los cuestionarios, se obtiene sobre la totalidad del **BIEPS-A** una puntuación de **30,8**. Hubo dos abuelos que sacaron 34 puntos –máximo alcanzado por este grupo-, y con 25 se coloca el de menos puntos. Medidos los sub-factores se repite la misma secuencia que en todos los otros grupos: sub-factor N° 3 con 8,7; sigue sub-factor N°1 con 8; posterior el sub-factor N° 4 con 7,4 de puntos; y último el sub-factor N° 2 referido a la *autonomía* con 6,7.

Señalando ya el BIEPS-A, el **MSHS**, da una totalidad de 68,8 en el promedio de todos los participantes. Acá se encuentran los dos participantes que lograron la mayor puntuación en todo el estudio con 87 puntos, y en el otro extremo con 44 el que tiene el más bajo. Nuevamente en el análisis de las sub-dimensiones se repite la frecuencia de sus órdenes donde el primer lugar la tiene la N° 3, luego la N° 2 y al final la N° 1.

Conseguida la lectura sobre el *nivel socio-económico* se ven cinco sujetos en la franja media, tres en la baja y dos sobre la línea del alto.

Seis de los abuelos enunciaron que preferían las acciones que se desenvuelven en lo social y cuatro se ven confortados cuando se trata de lo individual (esto respecto a las *preferencias en las actividades*).

Cómo hemos visto anteriormente “*con quien o quienes vive...*” vuelve la única respuesta de geriátrico.

Tratada la *educación* que han obtenido, son cuatro las que han finalizado el primario completo; tres el secundario completo, siguen dos con secundario incompleto y un único con la primaria incompleta.

Resultados generales de los cuestionarios

Hasta aquí y haciendo una comparación –con los respectivos promedios- en base de los resultados máximos totales obtenidos en los cuestionarios por cada grupo; da en consecuencia el siguiente orden según los puntajes altos adquiridos:



- Grupo N° 2
- Grupo N° 3
- Grupo N° 4
- Grupo N° 1

Para una mejor lectura observar la Gráfico 1 que se encuentra a continuación:

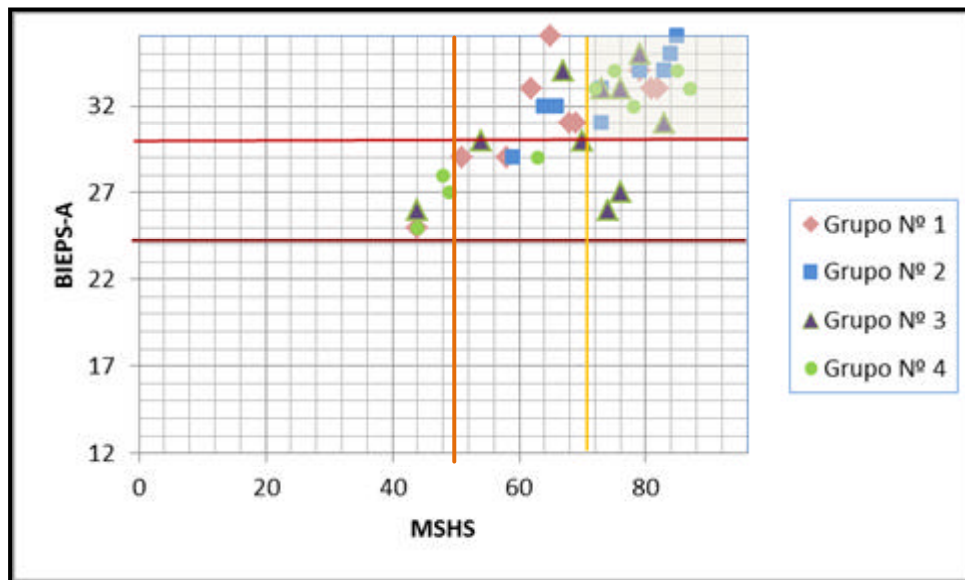


Gráfico 1 Resultados de cada sujeto por grupo, en diferentes cuestionarios.

Se puede rápidamente detectar que los 40 individuos que han participado superaron la línea media del Cuestionario Calidad de Vida Percibida (BIEPS-A); por lo tanto este significativo resultado nos muestra que los abuelos y abuelas de esta investigación se hallan en armonía en relación a su bienestar –personal y/o social- percibido.

Además se cuentan veintisiete participantes- pertenecientes nueve al Grupo N° 2, siete al Grupo N°1, seis al Grupo N°4 y cinco del Grupo N° 2- quienes *suman más de 30 puntos*. [Ver Tabla 3 y Gráfico 1 & 2]. Dichos puntajes son interpretados ya como la “línea alta” dentro del cuestionario de Calidad de Vida Percibida. Entendiendo a quienes se posicionan en esta franja como sujetos con mayor capacidad autonomía e independencia; vistos con buen carácter para el afrontamiento de las cotidianidades que suceden en la vida. Dan también gran relevancia a las relaciones sociales, al compromiso y a los proyectos.



BIEPS-A	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	TOTAL
Mayor a 24:	10	10	10	10	40
Mayor a 30:	7	9	5	6	27

Tabla 3 Referencias de los datos obtenidos del BIEPS-A respecto a las puntuaciones.

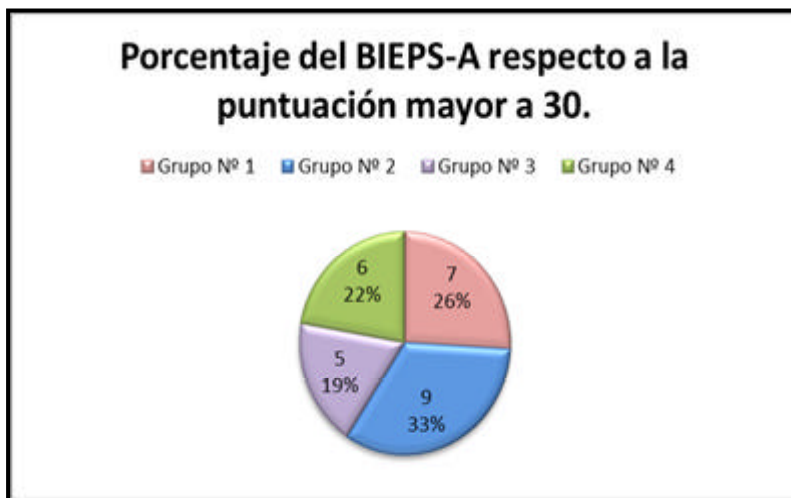


Gráfico 2 Porcentajes y cantidad de sujetos con puntuaciones situados en la línea alta, por grupo dentro del BIEPS-A.

A diferencia del cuestionario anterior, en el MSHS es amplia la manifestación de las respuestas. En ella solo cuatro personas estuvieron debajo de la línea media correspondiente a 48 puntos –una del Grupo Nº 1, una del Grupo Nº 3, y dos del Grupo Nº 4, y el resto la superó; pero de estas treinta y seis personas sólo veintidós se incluyen *dentro de la línea de puntuaciones altas* que va desde 72 puntos hasta 96 puntos. Dentro de estos veintidós participantes siete corresponden al Grupo Nº 2, seis se divisan tanto en el Grupo Nº 3 como el Nº 4, y alcanza tres el Grupo Nº 1. [Ver Tabla 4 y Gráfico 1 & 3]

Estos abuelos/as que se posicionan dentro de las máximas puntuaciones se caracterizan por las habilidades relacionadas al sentido del humor. Es decir, tienen la cualidad personal de poder utilizarlo tanto para el esparcimiento como también de vía de escape y control en situaciones adversas. Además muestran respeto y valoración social por quienes lo poseen o producen; en sus diversas manifestaciones.

MSHS	Grupo Nº 1	Grupo Nº 2	Grupo Nº 3	Grupo Nº 4	TOTAL
Menor a 48:	1	0	1	2	4
Mayor a 48:	9	10	9	8	36
Mayor a 72:	3	7	6	6	22

Tabla 3 Referencias de los datos obtenidos del MSHS respecto a las puntuaciones.

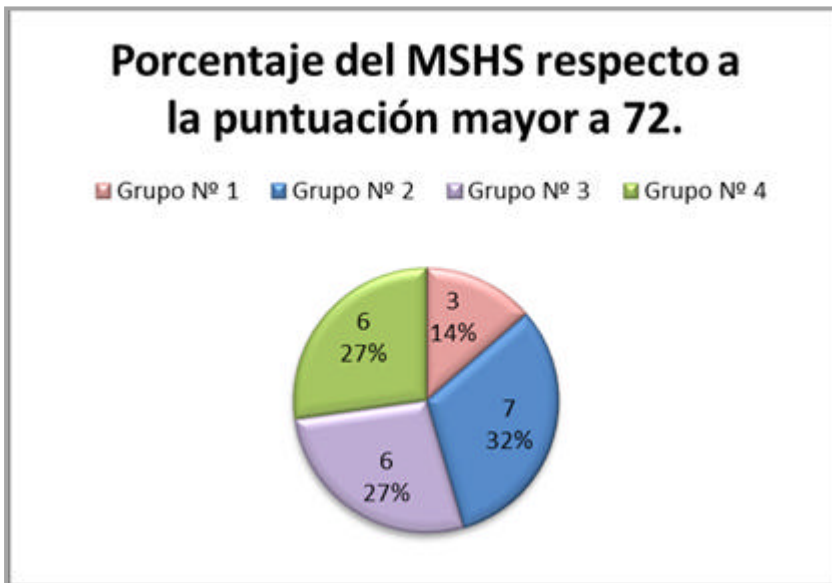


Gráfico 3 Porcentajes y cantidad de sujetos con puntuaciones situados en la línea alta, por grupo dentro del cuestionario MSHS.

Correlaciones entre BIEPS-A y MSHS

Retomando los resultados anteriormente descritos de ambos cuestionarios, contábamos con veinti y siete sujetos del BIEPS-A y veintidos sujetos del MSHS que se situaban dentro de los rangos establecidos como altos. Sobre estos hubo una notable e interesante coincidencia: **20 de los sujetos con mayores puntuaciones en la Escala Multidimensional del Sentido del Humor, también tuvieron las puntuaciones máximas en el Cuestionario de Calidad de Vida.**

Participan de este resultado siete sujetos del Grupo Nº 2, seis correspondientes al Grupo Nº 4, cuatro son del Grupo Nº 3, y tres pertenecen al Grupo Nº 1 [ver Gráfico 4].

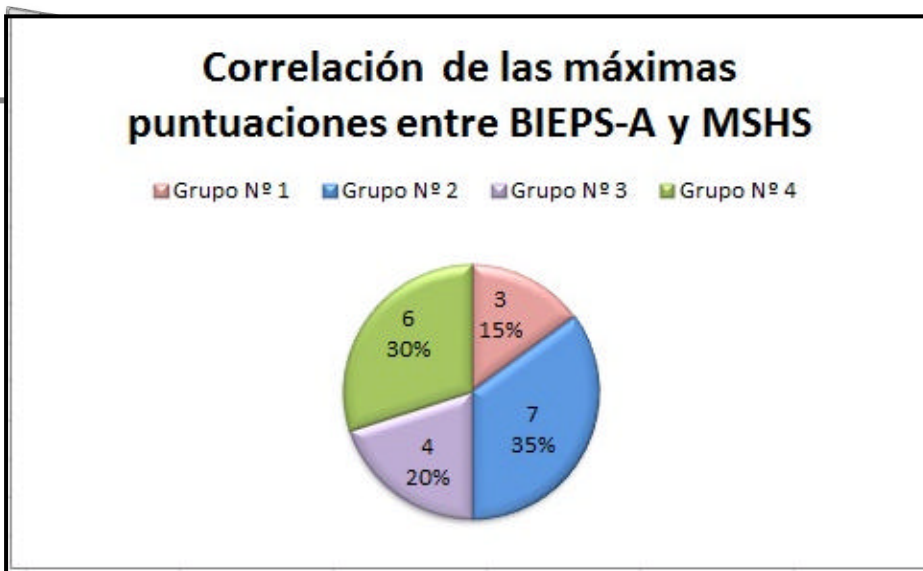


Gráfico 4 Correlación de las puntuaciones máximas brindadas por cada cuestionario – BIEPS-A, MSHS-, subdividido por cantidad de sujetos con dichos puntajes de cada grupo.

Estos resultados verifican, **que quienes tienen mayores capacidades o habilidades para el sentido del humor, perciben con mayor optimismo su calidad de vida.**

Resultados y análisis bajo la categoría del nivel socio-económica

De todos los participantes de esta investigación, se contaron según lo indicado por los mismos diecisiete que están dentro del *nivel socio-económico medio*, trece que dicen ser del *nivel alto* y diez del *nivel bajo*.

Interesados en las puntuaciones más elevadas notamos que diez -de los veinte abuelos/as que están en este rango- pertenecen al *nivel alto*, seis al *nivel medio*, y restando cuatro en el *nivel bajo* [ver Gráfico 5].

Por lo tanto haciendo una evaluación de las posibilidades por grupo de tener puntuaciones altas, se vislumbra que aquellos que tienen un nivel socio-económico superior tienen un poco más de capacidad de ánimo y de satisfacción en perspectiva de sus vidas, comparado a los de nivel bajo o medio. Igual vale aclarar que en estos grupos socio-económicos no tienen dificultad para experimentar el humor, ni piensan que su vida es mala.

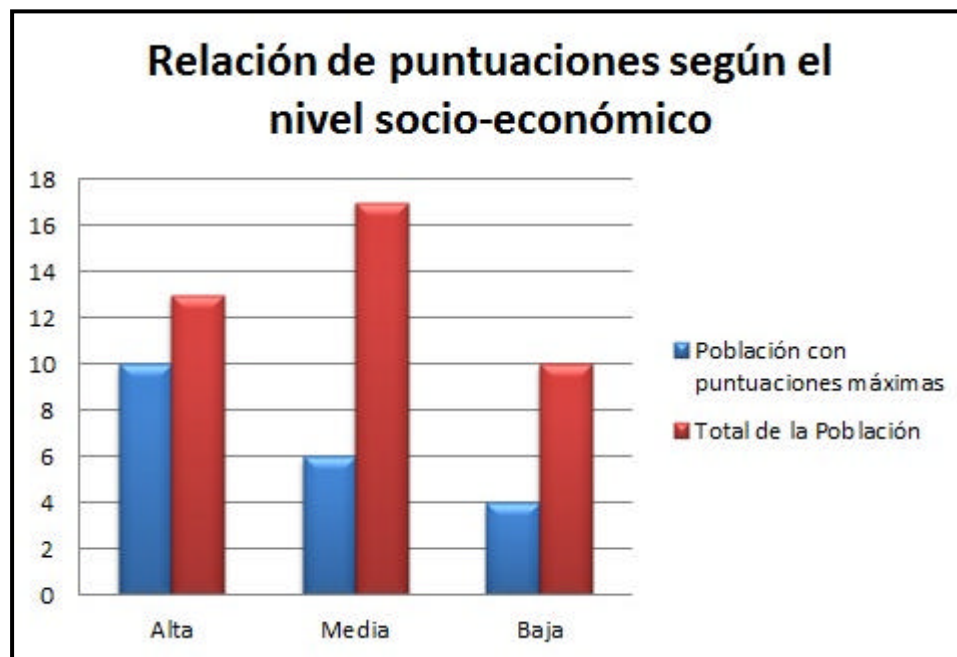


Gráfico 5 Comparación de los resultados de la población total con aquellos de puntuaciones altas bajo el criterio del nivel socio-económico.

Resultados y análisis bajo la categoría de educación adquirida

Sumada la totalidad de los individuos que realizaron los cuestionarios, se encontraron bajo la unidad de *educación adquirida*, quince que han finalizado el *secundario completo*, doce han hecho la *primaria completa*, siete el *secundario incompleto*, cuatro la *primaria incompleta*, y sólo dos poseen un *terciario completo*.

De los niveles más altos tenemos diez con el *secundario completo*, cuatro con la *primaria completa*, tres con el *secundario incompleto*, le sigue con dos la *primaria incompleta* y tan sólo uno de los que tiene un *título terciario* [ver Gráfico 5].

Hecha las medidas sobre la probabilidad por categoría de educación adquirida y los resultados de quienes midieron los grandes puntajes, **se consta de una perspectiva – casi- igualitaria en todos los casos.**

El único grupo que se eleva mínimamente lo componen las personas que hayan realizado el secundario o hayan concurrido a él, aun sin finalizarlo. Esto refiere a que hay una mínima tendencia a estar más satisfecho, orgulloso si se ha realizado –o intentado- el *segundo ciclo lectivo* que se plantea en nuestra República Argentina.

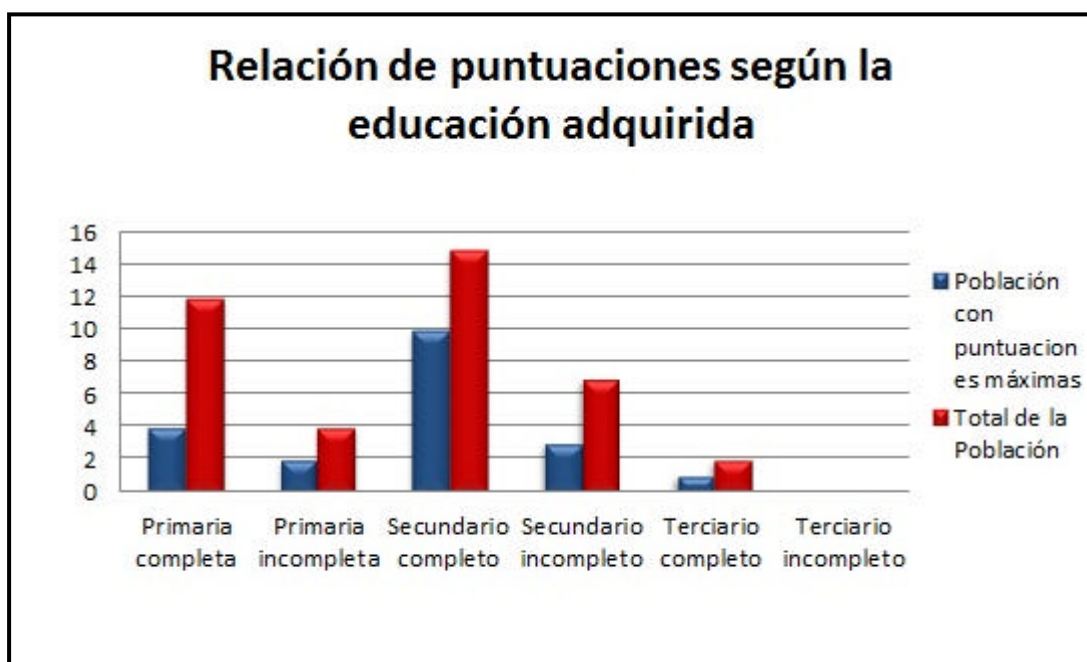


Gráfico 5 Comparación de los resultados de la población total con aquellos de puntuaciones altas bajo el criterio de educación adquirida.

Resultados y análisis bajo la categoría de actividades de preferencia

Las respuestas que se extraían en cuanto a la pregunta de “¿*Qué es lo que más le gusta hacer, qué lo divierte?*”, eran de lo más diversas: jugar a las cartas, regar las plantas, tejer, juntarme a tomar el té, mirar la tele, leer un libro, estar con amigos, ir a una fiesta, etc. Estas eran tan sólo algunas de las posibilidades, por lo que se simplificó al agruparlas en actividades de índole social o individual.

Un poco más de la mitad de los cuarenta individuo, veintitrés precisamente, han contestado que disfrutan de hacer actividades que comprometan lo *social*; en cambio fueron diecisiete los que prefieren encarar actividades solitariamente.

Los resultados arrojaron un dato difícil de quitarle la mirada, **casi toda la población que gustan de estar acompañados obtuvieron las puntuaciones máximas** –en total diecisiete–; y sólo tres –sobre diecisiete que eran– que disfrutan de la soledad alcanzaron también estos puntajes [ver Gráfico 6].

Este significativo análisis nos corrobora las diversas teorías planteadas sobre que el estar acompañados, realizar actividades en conjunto, o el simple hecho de disfrutar de estar con la gente, nos fortalecen la mirada que tengamos sobre la vida. El humor actuaría como refuerzo en los lazos, y como una comunicación encantadora.



Gráfico 6 Comparación de los resultados de la población total con aquellos de puntuaciones altas, sobre la base de las actividades de preferencia de cada sujeto.

Resultados y análisis bajo la categoría de la edad

La categoría marcada por la edad tiene la característica de aportar por cada grupo valores parejos, puesto que el promedio de años de las distintas agrupaciones señalan para el Grupo N° 3 con una máxima 81,7 años; le sigue el Grupo N° 1 con 80,1 años; luego el Grupo N° 2 que da 79,6 años y último lugar para el Grupo N° 4 con 77,7 años. La brecha entre los mismo no supera los 4 puntos, por lo que no ejercen diferencias en los resultados.

Resultados y análisis bajo la categoría del sexo

En la lectura de los datos exhibidos sobre la correlación entre ambos cuestionarios, se puede divisar que hay una **manifiesta superioridad de los grupos constituidos por hombres**, sobre las mujeres. Ya que sumando los grupos bajo la categoría del sexo los varones –con catorce sujetos- duplican la cantidad de mujeres –siete en total- [ver *Gráfico 7*].

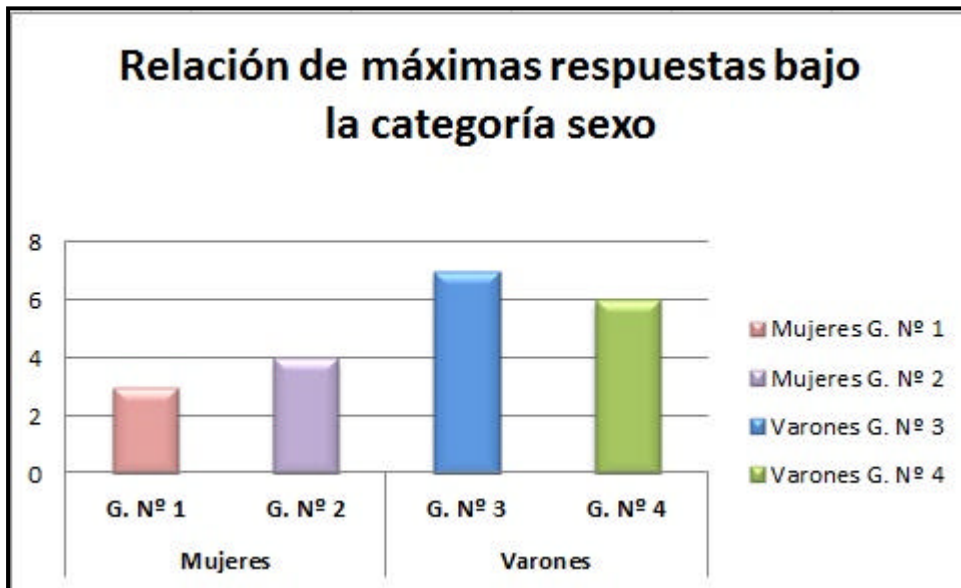


Grafico 7 Relación establecida bajo la categoría de sexo diferenciando marcando si son personas institucionalizadas o no.

Bajo la nómina de ésta categoría podemos observar que es ínfima la diferencia que se presenta entre los resultados de los sujetos institucionalizados y no institucionalizados por cada agrupación. Es decir, son siete los hombres no institucionalizados y seis los institucionalizados; y son tres las mujeres no institucionalizadas y cuatro las institucionalizadas, lo que demuestra que hay un solo punto de diferencia por el género.

Resultados y análisis bajo la categoría de vivir solo o acompañado

Esta última categoría analizada enseña que del total de la población, veinte viven en lugares *geriátricos o residenciales*, diez siguen viviendo en sus hogares *junto a su esposo/a*, siete están en sus casas *solos* y tres junto a familiares –hijos, nietos, etc.-.

De estos mencionados, se encuentran en las puntuaciones más elevadas; diez que están *institucionalizados*, seis que están con su *marido/esposa*, y uno con su *familia*.

Hay que aclarar que de por sí hay coherencia entre los grupos, puesto que diez son institucionalizados y sumadas las alternativas de los otros, diez que no lo son.

Lo revelador de ésta precisa observación, es que se desmitifica la idea de que las instituciones que atienden la tercera edad -sea ambulatorio o de internación- inhiben o disminuyen o alteran la calidad de las personas, su equilibrio psíquico, la mirada positiva de las cosas y que se piense exclusivamente en “loquero”.

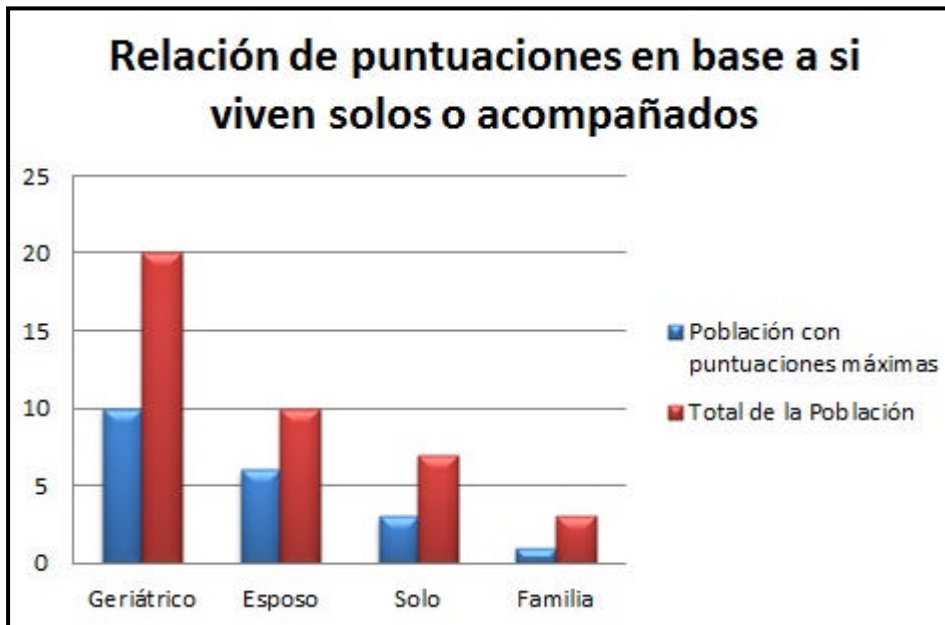


Gráfico 8 Vinculo establecido bajo la categoría de si la persona vive con alguien o no.

Queda completamente excluido querer seguir sosteniendo que el geriátrico “apaga a quienes se acerca”; además suele estimular hábilmente a quienes vivan en él.-

Lo que se desvela con los valores obtenidos, es que no importa el nivel socio-económico que uno tenga, ni la educación que se aprendió durante la vida, como tampoco perjudica la edad que se tiene, ni si se es hombre o mujer, o si se vive o con alguien; pues el humor está al alcance de todos y su valor no cuesta nada, y sus beneficios nos hacen ‘ricos’.



CONCLUSIÓN

La vejez es un proceso universal inevitable y natural que ocurre en el ciclo de la vida. En cada individuo se manifiesta de diferente manera debido a que las alteraciones que se dan se deben a los cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades, por lo que le da una característica individualista y heterogénea.

A pesar de la singularidad de cada sujeto, reina la representación social que engloba a todos los ancianos bajo el dominio—equivocamente— de incompetentes, enfermos, o faltos de poder, etc.

Pero en la vida real -lejos de los mitos que se establecen sobre ella- la mayoría de las respuestas de los abuelos nos muestran que ven con calidez su vida; pero es la sociedad la que se encarga de distorsionarla por ellos; y esto está en la responsabilidad de todos erradicar.

El motivo de esta investigación fue dar un pequeño aporte para que esto cambie. Fue entonces la idea de estudiar e introducir el humor porque al igual que la ancianidad tiene carácter universal y, aunque se difiere por ser valorado en todas las culturas.

En la sencillez y cotidianeidad de la vida nos encontramos con la risa constantemente, y no hace falta que sea producida por una causa manifiesta, dado que el origen puede estar también en la imaginación de quien la produce; a su vez tampoco tiene horarios ni feriados, porque aún nos reímos en los sueños.

Con esto quiero resaltar que el humor, como herramienta innata que posee el ser humano, es de sumo valor y merece ser reforzada; puesto que la existencia humana se facilita cuando está presente, ya que nos conecta y une con los otros, nos da cercanía, nos llena de afecto, nos hace ver las cosas sin tanto dramatismo, nos beneficia fisiológicamente, nos hace disfrutar, y nos llena de placer.

Mantener un ánimo positivo, eleva el autoestima, y nos hace sentir bien, lo cual ayuda a afrontar la vida desde otra perspectiva y con eso, envejecer mejor.

El poder de una sonrisa no tiene barreras, sólo encuentros.



Más que buscar la fórmula para la eterna juventud y aprendamos a vivir, y a vivir con alegría.



BIBLIOGRAFÍA

Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación. (2010). Volumen 7. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata.

Bentosela, M. & Mustaca, A. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Revista Interdisciplinaria*. Versión online., Volumen 22, Nº 2. [En línea] Recuperado: el 18 de Mayo de 2013. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/>.

Bergson, H. (1974). *La risa. Ensayos sobre el significado de lo cómico*. Buenos Aires: Losada.

Buendía, J. (2002). *Envejecimiento y psicología de la salud*. España: Editorial Siglo Veintiuno. .

Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, Volumen 9. pp 243-246.

Camacho, J. M. (2005). *El humor en la práctica de la psicoterapia de orientación*. Disertación Doctoral, Universidad de Buenos Aires 2005.

Carbelo Baquero, B. (2005). *Estudio del sentido del humor. Validación de un instrumento para medir el sentido del humor*. Madrid: Universidad de Alcalá.

Carbelo Baquero, B. y. (2006). Emociones positivas: Humor positivo. *Papeles del Psicólogo*. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España., Volumen XXVII, Nº1, pp.18.30. Recuperado el 04/12/11.

Carbelo, B y Jáuregui, E. (2006). Emociones positivas: Humor positivo. *Papeles del Psicólogo*. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España., Volumen XXVII - Nº1, pp.18.30. [En línea] Recuperado el 04/12/11. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1120.pdf#page=20>.

Christian, R., Ramos, J., Susanibar, C. & Balarezo, G. (2004). *Risoterapia: Un nuevo campo para los profesionales de la salud*. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*.

Cornachione Larrinaga, M. A. (2006). *Psicología del Desarrollo. Aspectos Biológicos, Psicológicos y Sociales*. Argentina: Editorial Brujas.

Cousins, N. (1979). *Anatomía de una enfermedad*. Kairos.

Dulcey Ruiz, E. y Uribe Valdivieso, C. (2002). *Psicología del Ciclo Vital: Hacia una visión comprehensiva de la vida humana*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Volumen 34 pp. 17-27.

Erikson, E. (1983). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.



Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Fernández-Ballesteros, R. (.1996-1997). *Psicología del envejecimiento: Lección Inaugural del Curso Académico*. Madrid.: Universidad Autónoma de Madrid.

Ferreti, O. (2010). Una mirada antropológica de la vejez. [En línea] Recuperado el 13 de Mayo del 2013. Disponible en: <http://suite101.net/omar-ferretti>.

Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion. *American Psychologist*, Volumen nº 56, 218-226.

Garanto, A. (1983). *Psicología del humor*. Barcelona: Herder.

Garay Villegas, S., & Avalos Pérez, R. (2009). Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. *Kairós, São Paulo*. Volumen 12, pp. 39-58.

Gatti, A. (2013). *Seminario cambio y conflicto en la adultez*. Maestría en Educación. Universidad del Salvador. Buenos Aires.

Gilson, E. (1981). *El espíritu de la filosofía Medieval*. Madrid: Editorial Rialp.

Giménez, O. (2007). El humor terapéutico bajo el escrutinio de la ciencia. *JANO, Medicina y Humanidades*, Volumen Nº 61 . Nº 1406 [en línea] Recuperado: 29 de Mayo 2013. Disponible en <http://www.elsevier.es/es/revistas/jano-medicina-humanidades-1/>.

González Labrador, I. (2002). Sexualidad en la tercera edad. *Revista Cubana de Medicina General Integrada*. , Volumen Nº 3.

Hermida, P., & Stefani, D. (2011). La jubilación como un factor de estrés psicosocial. Un análisis de los trabajos científicos de las últimas décadas. *Perspectivas en Psicología*. Publicación Científica de la Secretaría de Investigación y Postgrado perteneciente a la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Idígoras, Á. (2002). *El valor terapéutico del humor*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

International Soc. of Aesthetic Plastic Surgery. (2013). New York.

Knopoff, R. (2007). *Viejos son los trapos*. La Cita del Banco Banex. Nº34.

Knopoff, R. (2007. Nº34). *Viejos son los trapos*. La Cta del Banco Banex.

Krzemien, D., Monchietti, A., & Urquijo, S. (2005). Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de autodistracción. *Revista Interdisciplinaria*, versión on-line. Buenos



Aires. [En línea] Recuperado: el 20 de Mayo 2013. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/>.

Kuiper, N., Grimshaw, M., Leite, C. & Kirsh, G. (2004). Specific components of sense of humor and psychological wellbeing. *Humor: International Journal of Humor Research*, Volumen N° 17.

Langarica Salazar, R. (1987). *Gerontología y geriatría*. México: Interamericana.

Mariluz, G. (s.f). *Aproximación a la sociología de la vejez*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Martin, R. (2003). *Sense of humor. Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. Washington, EE.UU: American Psychological Association.

Meléndez, J. C. (1996). La autopercepción negativa y su desarrollo con la edad. *Revista Geriátrika*, Volumen 12. N° 8.

Mikulic, I. y Muiños, R. (s.f.). La construcción y uso de instrumentos de evaluación en investigación e intervención psicológica: el inventario de calidad de vida percibida (ICV). *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*. Volumen XII.

Moñivas, A. (1998). Representaciones de la vejez (modelos de disminución y de crecimiento). *Anales de psicología* © Copyright 1998. Universidad de Murcia., Volumen XIV, N° 1, 13-25. Recuperado el 04/12/11. .

Mora Ripoll, R., & García Rodera, M. C. (2008). El valor terapéutico de la risa en medicina. *Revista Clínica Española ELSEVIER*, [en línea] Recuperado: el 20 de Mayo 2013. Disponible en <http://www.elsevier.es/>.

Moragas, R. (2004). *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Editorial Herder.

Moreno Toledo, Á. (2010). Viejismo (Ageism). Percepciones de la población. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»* ISSN 1692-0945, Mes de Junio N° 19. [En línea] Recuperado: 28 de Mayo 2013. Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/>.

Muchnik, E. (1990). Las redes sociales de apoyo. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Volumen N° 2. Buenos Aires.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Hombres, Envejecimiento y Salud. Conservar la salud a lo largo de la vida*. Ginebra.



Pascual, J. M. (2013). Carcajadas de Botox. [en línea] Recuperado el 09 de Junio 2013. Disponible en: <http://www.canaltrans.com/estecirco/articulos>.

Platón. (s.f.). La República. Buenos Aires: La Editorial Virtual. [en línea] Consultado: 12, Mayo, 2013. Disponible en: http://www.laeditorialvirtual.com.ar/pages/Platon/LaRepublica_00.html.

Platón. (s.f.). La República. Buenos Aires: La Editorial Virtual. [en línea] Consultado: [12, Mayo, 2013] Disponible en: http://www.laeditorialvirtual.com.ar/pages/Platon/LaRepublica_00.html.

Portal del Gobierno de la Provincia de Santa Fe. (2010). Datos Estadísticos de la población. Santa Fe. [En línea] Revisado el 15 de Mayo del 2013. Disponible en <http://www.santafe.gov.ar/>.

Quintanar Guzmán, A. (2010). Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del Municipio de Tetepango, Hidalgo: a través de instrumento WHOQOL-BREF. Actopan, Hidalgo.

Ramírez Salazar, M. R., & Cárdenas Palacio, C. A. (2012). Efectos de la terapia de la risa sobre la calidad de vida de niños con cáncer. Colombia.

Ramírez, M. N. (2008). Calidad de vida en la Tercera Edad. ¿Una población subestimada por ellos y por su entorno? Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de Universidad Nacional del Cuyo.

Real Academia Española. (2009). Diccionario de la Lengua Española. (Vigésima segunda edición). Autor.

Romaguera, F., & Uzcátegui, A. (2001). Análisis de ruta del efecto del locus de control, apoyo social y factores demográficos sobre la salud física y percibida. Trabajo de Grado no publicado para optar por el título de Licenciado en Psicología, Universidad.

Ruch, W. (1998). The Sense of Humor. Explorations of a Personality Characteristic. Humor Research 3. Berlín, Alemania: Mouton de Gruyter.

Salvarezza, L. (1998). La vejez. Una mirada gerontológica actual. Buenos Aires: Paidós.

Salvarezza, L. (2002). Psicogeriatría. Teoría y Clínica. Buenos Aires: Paidós.

Sánchez Palacios, C. (2004). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas. Málaga: Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Málaga.

Seligman, M. (2002). La auténtica felicidad. Buenos Aires: Ediciones B.

Seligman, M. (2005). La auténtica felicidad. Barcelona: Ediciones B.



Trujillo, S., Tovar, C., & Lozano, M. (2003). Formulación de un modelo teórico de la calidad de vida desde la psicología. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

Urzúa, A., & Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, Volumen N° 30. N° 1, 61-71.

Ysern de Arce, J. L. (1999). Inteligencia emocional en el adulto mayor. *Avances y desafíos para un enfoque integral*. Universidad del Bío Bío. Chillán, Chile.



ANEXO

- Primer apartado, Escala de Bienestar Psicológico para Adultos. Casullo, 2002.
- Segundo apartado, Escala Multidimensional del Sentido del Humor. Thorson y Powell, 1991.
- Tercer apartado, instrumento que se ha aplicado a los participantes.
- Cuarto apartado, ilustraciones de la tabla que se ha utilizado para tabular los datos.
- Quinto apartado, souvenir que se ha entregado a los adultos mayores que han participado de esta investigación.



Escala de Bienestar Psicológico para Adultos. Casullo, 2002.

ESCALA BIEPS-A (Adultos)

María Martina Casullo

Fecha de hoy:

Apellido y

nombre.....Edad:.....

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

? Mujer

? Varón

Educación:

? Primario incompleto ? Secundario incompleto ? Terciario incompleto

? Primario completo ? Secundario completo ? Terciario/universitario completo

Lugar donde

nací:.....

Lugar donde vivo

ahora:.....

Ocupación

actual.....

Persona /s con quienes

vivo.....

Le pedimos que lea con atención las frases siguientes. Marque su respuesta en cada una de ellas sobre la base de lo que pensó y sintió durante el último mes. Las alternativas de respuesta son: -ESTOY DE ACUERDO - NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO -ESTOY EN DESACUERDO- No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder. Marque su respuesta con una cruz (aspa) en uno de los tres espacios.

	En des-acuerdo	Ni de acuerdo, ni en des-acuerdo	En acuerdo
1. Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida.			
2. Si algo me sale mal puedo aceptarlo, admitirlo.			
3. Me importa pensar que haré en el futuro.			
4. Puedo decir lo que pienso sin mayores problemas.			
5. Generalmente le caigo bien a la gente.			



6. Siento que podré lograr las metas que me proponga.			
7. Cuento con personas que me ayudan si lo necesito.			
8. Creo que en general me llevo bien con la gente.			
9. En general hago lo que quiero, soy poco influenciable.			
11. Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar.			
12. Puedo tomar decisiones sin dudar mucho.			
13. Encaro sin mayores problemas mis obligaciones diarias.			

VALORACIÓN DE LAS RESPUESTAS BIEPS-A.

En desacuerdo	1 punto
Ni acuerdo ni en desacuerdo	2 puntos
De acuerdo	3 puntos

DIMENSIONES

<i>Dimensiones BIEPS</i>	<i>Items</i>
Aceptación/Control	2, 11 y 13
Autonomía	4, 9 y 12
Vínculos	5, 7 y 8
Proyectos	1, 3, 6 y 10

Escala Multidimensional del Sentido del Humor (MSHS). Thorson y Powell, 1991.

	1	2	3	4	5
1.- A veces invento chistes o historias graciosas					
2.- El uso de chistes o del humor me ayuda a dominar situaciones difíciles					
3.- Sé que puedo hacer reír a la gente					
4.- No me gustan las lecturas tipo “cómic”					
5.- La gente dice que cuento cosas graciosas					



6.- Puedo usar chistes para adaptarme a muchas situaciones					
7.- Puedo disminuir la tensión en ciertas situaciones al decir algo gracioso					
8.- La gente que cuenta chistes es insoportable					
9.- Sé que puedo contar las cosas de tal modo que otras personas se rían					
10.- Me gusta un buen chiste					
11.- Denominar a alguien “cómico” es un insulto					
12.- Puedo decir las cosas de tal manera que la gente se ría					
13.- El humor es un pobre mecanismo para hacer frente a la vida					
14.- Aprecio a la gente con humor					
15.- La gente espera que yo diga cosas graciosas					
16.- El humor me ayuda a hacer frente a la vida					
17.- No me siento bien cuando todo el mundo está contando chistes					
18.- Mis amigos me consideran chistoso					
19.- Hacer frente a la vida mediante el humor es una manera elegante de adaptarse					
20.- Tratar de dominar situaciones mediante el uso del humor es estúpido					
21.- En un grupo puedo controlar la situación contando un chiste					
22.- Usar el humor me ayuda a relajarme					
23.- Uso el humor para entretener a mis amigos					
24.- Mis dichos graciosos entretienen a otras personas					

