

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Especialización en Gerontología

Tesis de Especialización en Gerontología

2011

La percepción subjetiva del bienestar en adultos mayores institucionalizados

Pietrantuono, Lidia Rosa

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/674>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

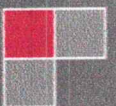
2011

La percepción subjetiva del bienestar en adultos mayores institucionalizados

Trabajo final

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Secretaría de Investigación y Posgrado
Carrera de Especialización en Prácticas Gerontológicas

Alumna: Lic. Lidia Rosa Pietrantuono
Directoras: Mg. Alicia Monchetti - Dra. Susana Verdinelli



INDICE

<i>Agradecimientos</i>	5
<i>Resumen</i>	6
<i>Introducción</i>	7
<i>Capítulo I:</i>	
<i>Consideraciones actuales: envejecimiento, vejez e institucionalización</i>	9
1. Envejecimiento y vejez.....	9
2. Institucionalización.....	12
<i>Capítulo II:</i>	
<i>Marco teórico y estado de la cuestión</i>	14
1. El paradigma del ciclo vital.....	14
2. Calidad de vida.....	16
3. Bienestar psicológico.....	18
4. Bienestar subjetivo.....	21
4.1. El bienestar subjetivo y sus componentes.....	23
4.2. La distinción de aspectos objetivos y subjetivos.....	25
4.3. Dimensiones o categorías del bienestar subjetivo.....	25
4.3.1. Redes sociales –formales e informales- Apoyo social.....	26
4.3.1.1. Características estructurales de la red	27
4.3.1.2. Funciones de la red.....	27

4.3.2. Autoconcepto.....	28
4.3.3. Actividad / tiempo libre / ocio.....	29
4.3.4. Salud autopercebida	31
4.4. Algunas consideraciones sobre las variables sociodemográficas.....	32
4.4.1. Edad.....	33
4.4.2. Género.....	33
4.4.3. Estado civil.....	33
4.4.4. Nivel educativo.....	33
4.4.5. Ingresos / Seguridad social.....	34
<i>Capítulo III:</i>	
<i>Método: procedimientos, análisis</i>	<i>35</i>
1. Diseño.....	35
2 .Población y muestra.....	35
3. Participantes.....	36
4. Características de la institución donde se recolectaron los datos.....	38
5. Características del acceso a la internación.....	38
6. Características del régimen institucional	39
7. Técnicas de recolección de datos y procedimientos.....	40
8. Proceso de análisis de los datos.....	41
<i>Capítulo IV:</i>	
Resultados.....	42

1. Redes sociales.....	42
2. Autoconcepto.....	49
3. Actividad, recreación.....	52
4. Salud autopercebida	54
Conclusiones.....	56
Recomendaciones.....	59
<i>Referencias Bibliográficas</i>	60
<i>Anexos</i>	65
Tablas 1 y 2.....	66
Modelo: guía utilizada en las entrevistas.....	67

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a TO Paula Mantero, a cargo de la Secretaría de Calidad de Vida, dependiente de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón, que orientó, facilitando el contacto con la Jefatura de la División Protección del Hogar Municipal de Ancianos.

Asimismo a TO Amanda Martino, Jefe de la División Protección del Hogar, quién gestionó la solicitud para la concurrencia a la institución, derivando en la autorización que posibilitó la concreción de las entrevistas a los adultos mayores residentes.

Mi consideración especial, a los participantes de la muestra, que con su consentimiento y disposición me sorprendieron agradecidos por el lugar adjudicado, en tanto portadores de un saber indispensable en el tema que me ocupa, en un intercambio distendido, reflexivo y afectivo, redoblando la motivación inicial para llevar adelante el proyecto y trabajo final.

A mis directoras, Mg. Alicia Monchietti y Dra. Susana Verdinelli, que tanto en la producción del Plan como en el presente Trabajo Final, estuvieron a disposición, siendo guías valiosas e indispensables para arribar a la construcción de los mismos. Además, destacar que, aquello que inicialmente formaba parte de la formulación de un requisito a cumplir –el Trabajo Final– significó un proceso de aprendizaje, apropiándome de una herramienta metodológica pasible de transferir a experiencias futuras.

Agrego una mención a la Directora de la Carrera de Especialización, Mg. Alicia Monchietti y su equipo de profesionales colaboradores que propiciaron la experiencia de encuentro interdisciplinar y sus consecuencias, permitiéndome reconocer habilidades adquiridas para afrontar el desafío de la actividad.

Lic. Lidia Rosa Pietrantuono

RESUMEN

En el marco de conceptualizaciones actuales referidas a la vejez, se propone una investigación de carácter exploratorio, descriptivo, desde una perspectiva cualitativa, acerca de *la percepción subjetiva del bienestar en adultos mayores institucionalizados*. Mediante entrevistas semidirigidas se recogieron los datos para su posterior análisis. Se registran y presentan datos sociodemográficos que dan cuenta de homogeneidad en la muestra, con respecto a la condición de vulnerabilidad que los atraviesa y en la que confluyen múltiples factores determinantes. Se revisaron dimensiones del constructo bienestar subjetivo: autoconcepto, redes sociales, actividad/recreación, salud autopercebida. Las dimensiones escogidas, se consideraron como las más apropiadas a la exploración; teniendo en cuenta que la muestra poblacional, adultos mayores institucionalizados en el Hogar Municipal de Mar del Plata, reciben especialmente asistencia y protección, aunque disponen menores oportunidades para el desarrollo personal, limitando el acopio de nuevas experiencias significativas.

El constructo *bienestar subjetivo* ha permitido orientar la investigación hacia la exploración de algunos factores que favorecen el desarrollo del bienestar personal. Del análisis de los datos se desprende que en el caso de aquellos ancianos que logran permanecer vinculados a su red familiar y cuentan con un apoyo efectivo, prevalece una mayor valorización y estima de sí, reafirmando su identidad y mayor bienestar personal. Las desvinculaciones o pérdida de la red familiar, junto con su posibilidad potencial de brindar apoyo afectivo e instrumental, difícilmente es compensada por redes informales (compañeros de residencia) y solo parcialmente por las redes formales (personal que asiste a los adultos mayores) donde se registra una vinculación restringida a la aceptación de apoyo instrumental. Persisten en algunos adultos mayores una valoración de sí, conformando el autoconcepto, con atributos construidos a lo largo del tiempo en consonancia con los valores imperantes en la cultura, con particularidades de género y nivel sociocultural. La satisfacción por lo vivido, por lo que se pudo realizar, proporciona tranquilidad y bienestar, facilitando la adaptación al contexto institucional. La actividad significativa, productiva o recreativa, es altamente valorizada y considerada como generadora de bienestar por la mayoría de los adultos mayores entrevistados. Se comprueba que la autodistracción, es un recurso de afrontamiento que adquiere relevancia en algunos adultos mayores. Surge como una alternativa que compensa la falta de propuestas institucionales sustentables y resguarda de posibles emergencias angustiosas. La salud autopercebida es valorizada en relación a la capacidad funcional y autonomía conservada. El análisis de los datos permite considerar que los cambios

vitales en los adultos mayores entrevistados, en su condición de vulnerabilidad, con limitados propósitos a alcanzar, en un contexto vital novedoso, pueden dar cuenta de su bienestar personal y/o de aquellos factores que prevalecen.

INTRODUCCION

En el *Capítulo I*, se procura mostrar una visión gerontológica actual, los cambios demográficos que plantean nuevos desafíos, renovación y profundización en teorizaciones para entender los procesos de envejecimiento.

El incremento progresivo y la marcada proporción de adultos mayores con respecto a la población total se incrementa en el tiempo: impactando en múltiples áreas, incidiendo no solamente el cambio demográfico, sino en el cambio de distintas estructuras y actores involucrados en la temática.

En Argentina, como en otros países del mundo, se ha hecho visible este incremento de la población envejecida, donde podemos destacar que los mayores de 80 años es la proporción que crece más rápidamente; incluso se está produciendo un aumento progresivo de personas que superan los 100 años (INDEC, 2001).

Las definiciones de la Organización Mundial de la Salud, referidos a los principios del Envejecimiento Activo, ponen el acento en los derechos de adulto mayor y con ello se presta atención a la optimización de oportunidades para mejorar la calidad de vida.

También se aborda la temática referida a la institucionalización y las características que cobra especialmente en nuestro país.

Se toma en cuenta especialmente la institución pública, residencia de adultos mayores que son atravesados por la pobreza, con una limitada red de apoyo funcional y efectivo y que en algunos casos requieren de servicios apropiados para satisfacer necesidades básicas de asistencia y cuidados cuando se ha perdido la autonomía funcional.

En el *Capítulo II*, se presenta el marco teórico y estado de la cuestión, especialmente en paradigmas que modelan conceptualizaciones actuales de la vejez.

Se presenta la perspectiva del ciclo vital como marco contextual y dialéctico que considera la totalidad de la vida donde ocurren cambios, pérdidas y ganancias, atravesados por sucesos históricos, contextuales, del acontecer cotidiano e individual.

Asimismo se tratan algunos lineamientos con respecto a calidad de vida, bienestar psicológico y bienestar subjetivo. En este último se consideran las dimensiones o categorizaciones que lo sustentan, acorde al consenso hallado en la literatura científica revisada.

En el Estado de la Cuestión, se revisan distintos aportes que son retomados en las investigaciones actuales, que definen el bienestar subjetivo, como la percepción del individuo en relación a su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, categorías y preocupaciones.

En el *Capítulo III*, se presenta el Método, su procedimiento, los datos, su análisis. Un estudio exploratorio-descriptivo que utilizó un diseño flexible emergente de carácter cualitativo. La perspectiva cualitativa, con la implementación de entrevistas semi-dirigidas, es un recurso efectivo en la recolección de datos a fin de la producción del texto. Ha permitido acceder a aspectos relevantes de la vida de los adultos mayores en breve tiempo, proponiendo a los actores hablar de la percepción de su bienestar, explorar algunas dimensiones -autoconcepto, redes sociales, actividad/recreación, salud autopercibida y algunas características de las variables sociodemográficas.

A continuación, en el *Capítulo IV*, se presenta los resultados del análisis y las recomendaciones.

Se agregan las *Referencias Bibliográficas*, que no implica la reunión de toda la literatura existente de la temática en cuestión.

En el apartado *Anexos*, se incluyen: tablas que pretenden visibilizar las características de los participantes de la muestra en la investigación realizada, así como un modelo descriptivo de las preguntas-guía implementadas en las entrevistas semi-dirigidas que orientaron la exploración de las dimensiones del constructo bienestar subjetivo.

La decisión de no incluir la documentación pertinente a las entrevistas obedece al criterio asumido de mayor resguardo de la confidencialidad de los datos brindados por los participantes de la muestra, que si bien otorgaron su consentimiento informado en la utilización de los mismos, pudieran afectar a otros en sus referencias y apreciaciones.

CAPITULO I

CONSIDERACIONES ACTUALES ACERCA DEL ENVEJECIMIENTO, VEJEZ E INSTITUCIONALIZACIÓN.

1. Envejecimiento y vejez

El envejecimiento de la población mundial se ha constituido en uno de los grandes éxitos de la humanidad y a su vez, en uno de los mayores desafíos a enfrentar. La esperanza de vida al nacer y el avance tecnológico, nos posiciona en la longevidad actual, generando debates que ya no centran su interés por extender los años de vida, sino cómo se viven esos años ganados, fundamentalmente en lo referido a la protección integral, inclusión y calidad de vida.

El envejecimiento de la población desde mediados el siglo XX, pasó a extenderse en personas mayores de 60 años y puede considerarse un fenómeno mundial. La División de Población de Naciones Unidas, cuenta con una tradición en el estudio del envejecimiento poblacional, con estimaciones y proyecciones, tratando de atraer la atención de los gobiernos en la cuestión del envejecimiento poblacional. Estos informes son la base de datos demográficos para las actividades de seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento. Destacan como el envejecimiento es un proceso sin precedentes en la humanidad. Se prevé que en 2047 el porcentaje de personas de 60 años y más superará por primera vez al de jóvenes. Estas proyecciones marcan una tendencia irreversible, o por lo menos hasta que se mantenga la relación derivada de la disminución de la fertilidad y el aumento de la longevidad (Naciones Unidas, 2007).

Si bien este fenómeno se asocia con los países desarrollados donde más del 20% de la población supera los 60 años de edad, la mayoría de los países latinoamericanos están experimentando cambios similares, lo cual no contextualiza la problemática en una región o país, sino en el mundo. Y con ello las discusiones en torno a las inversiones necesarias para afrontar estos cambios sociodemográficos y las diferentes capacidades de los gobiernos para dar una respuesta satisfactoria.

El envejecimiento global impone demandas socioeconómicas a los gobiernos y por ende se ha enfatizado en la problemática planteada y no el recurso humano que configuran los adultos mayores, en su capacidad de transferir conocimiento, experiencia, valores para las generaciones futuras.

Representa un desafío tanto a la hora de definir políticas públicas orientadas al desarrollo de sistemas de salud eficiente, sobre la base de la equidad y participación, que deben plasmarse en programas concretos que contemple al ser humano en todo el curso vital. La multiplicidad de programas existentes, no garantiza que se esté dando una respuesta satisfactoria. Crear programas sin una evaluación constante de la efectividad en su implementación no tiende a garantizarlo. Sólo la evaluación de carácter permanente permite ratificar o rectificar la orientación de los mismos y alcanzar resultados consistentes y sustentables.

La evaluación permanente de programas o acciones es una herramienta que no es privativa de investigadores, es posible apropiarse de ella tanto desde los equipos técnicos institucionales, organizaciones de gobierno y no gubernamentales, facilitando la revisión de la orientación del rumbo prefijado.

La cuestión de la participación social y comunitaria de los adultos mayores, es un reto que el envejecimiento poblacional plantea para la construcción de sociedades democráticas y más inclusivas. Conviene considerar que, cuando se trata de promover la participación del adulto mayor muchas veces se limita a alguna participación como a reuniones, charlas informativas para enseñarles a afrontar cambios, cuidados de la salud, prevención; que puntualmente son espacios de ayuda y que permiten el acceso a información especializada; pero es sólo un aspecto de lo que se propone en su conceptualización. Fundamentalmente, promover la participación implica intervenciones interdisciplinarias que favorezcan espacios de interrelación y acceso a actividades significativas.

En 1999, la Organización Mundial de la Salud, con la Declaración del Año Internacional de las Personas de Edad, imprimió un registro que comenzó a formar parte en ámbitos diversos; en lo académico, mayores investigaciones; en organismos gubernamentales y no gubernamentales generando capacitación tanto en lo atinente a la gestión como en las acciones de intervención de distintos actores implicados, explicitándose interrogantes motivadores y promovedores de la revisión de conceptos previos en un contexto interdisciplinar.

La OMS, contribuyó a la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid, 2002) con un documento que define los principios del Envejecimiento Activo, que forman parte de un marco político. El Envejecimiento Activo, es el proceso por el cual se

optimizan las oportunidades de salud, participación, seguridad social, con el fin de mejorar la calidad de vida, a medida que las personas envejecen, poniendo el acento en los Derechos del Adulto Mayor.

En el informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid, 2002) en su declaración política, los representantes de los gobiernos reunidos tomaron la decisión de adoptar un Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento como respuesta a los nuevos retos que genera el incremento de la población envejecida promoviendo una sociedad inclusiva, para todas las edades, y uno de los ejes está orientado al bienestar en la vejez. Incluye prioritariamente la creación de entornos accesibles y favorables, que permitan la inclusión y participación de la creciente proporción de personas adultas mayores en la sociedad, para el mantenimiento de la salud y el bienestar.

Es frecuente referir en esta franja etaria un factor de vulnerabilidad, pero no es exclusiva de la misma, ya que la vulnerabilidad es producto de condiciones físicas y sociales en las que se ha vivido o se vive. Es relativa a condiciones extremas de pobreza y exclusión que configuran contextos inapropiados, precarios y/o maltratantes para la vejez. La insuficiencia de ingresos que afecta a una gran parte de los adultos mayores, deriva en que no puedan destinar una parte de parte del mismo para el sostenimiento de una vivienda y asegurarse condiciones básicas para su movilidad, seguridad y bienestar. También parece indiscutible que el incremento de la edad va acompañado de un curso de pérdida de la autonomía y con ello, la necesidad de cuidados y atención.

Las personas mayores de 60 años no solo conforman un amplio sector de la población en constante aumento a nivel mundial, sino que también se constituyen, cada día mas, en actores que resignifican la vejez como un momento fecundo y valioso de la vida, en la que se puede aportar, no solo a favor del propio bienestar, sino contribuir a lograr el bienestar de la sociedad. También insisten en proyectos y metas a alcanzar para sí, para los suyos y para la comunidad en la que participan.

El compromiso implica redoblar esfuerzos en la construcción de metas concretas para alcanzar una vejez digna, de calidad y reconocimiento en todos los ámbitos de la vida social, económica, política y cultural.

2. Institucionalización

En nuestro país el porcentaje de ancianos que se hallan institucionalizados es bajo y continúa siendo especialmente la familia la que proporciona la atención y cuidados necesarios. Distintos factores, tanto de índole familiar como atinentes al propio Adulto Mayor, pueden hacer conveniente o necesaria la institucionalización.

Una de las variables intervinientes para el caso de la institucionalización es la pobreza. Según estudios realizados, ésta es el principal factor de institucionalización, que surge como una alternativa de cuidado y protección al adulto mayor frágil, sin una red de apoyo suficiente (Marín, Hoyl, Gac, Duery, Petersen; 2004) El adulto mayor concentra factores que deterioran su calidad de vida (Torres, Quezada, Rioseco, Ducci, 2008)

Si el adulto mayor proviene de una familia de estrato socioeconómico bajo, su red de apoyo no podrá ofrecerle un espacio adecuado para vivir, porque las viviendas son pequeñas, en estado de indigencia y de acogerlo, las relaciones familiares pueden tomarse conflictivas debido a la heterogeneidad y acumulación de necesidades. Vivir en el propio domicilio o trasladarse a una residencia son opciones para algunos adultos mayores, para otros una necesidad (Fernández Ballesteros y Zamarrón, 1998)

De cualquier manera, la incorporación del adulto mayor a una institución geriátrica supone la extracción del medio social que le es propio, para ubicarse en un ambiente artificial, integrado exclusivamente por otros adultos mayores (Buendía y Riquelme, 1998)

Renunciar su vivienda supone dejar un escenario donde se desarrollaron acontecimientos importantes de la vida. Al ingreso a la institución geriátrica ya no se cuenta con aquellos otros que le conocen o le recuerdan en cada gesto, quien es, como es y quién fue. Es especialmente el conocimiento que los amigos y familiares tienen de aspectos de su biografía lo que refuerza el conocimiento de sí, otorgándole continuidad a su identidad personal.

La institucionalización supone una ruptura en la modalidad vincular de intercambio, dando lugar a la intervención de otros actores, profesionales, auxiliares, técnicos, que asumen el cuidado y/o atención del Adulto Mayor, ingresando de este modo a un entramado nuevo en las posibles redes de apoyo. Generalmente esta revinculación con respecto a los cuidados necesarios es paulatina, conforme a la independencia del viejo y puede estar apoyada en el afecto y responsabilidad familiar asumida y que persisten en el tiempo. (Molina Sena; Meléndez Moral y Navarro Pardo, 2008)

Muchas veces la intervención de nuevos actores son la única fuente de apoyo, instrumental y afectivo, con que se vale el AM, siendo una inclusión significativa que da sentido a la vida, en una residencia novedosa, donde también es posible una adaptación exitosa. Adaptación que señala aquel proceso que permite la adecuación a circunstancias nuevas, vitales y que adquieren relevancia para el AM. En este proceso, forman parte distintas variables, dependiendo de recursos singulares, no generalizables, que conforman estrategias de afrontamiento ante los cambios advenidos.

Por otra parte la institución como tal, debe regirse por una serie de normas, acrecentándose así la pérdida del sentido del control personal. Es aquí, según hemos dicho, se toman especialmente valiosos los recursos de afrontamiento con que cuenta el adulto mayor, frente a los importantes cambios que suele conllevar la institucionalización y que, entre otros factores incidirán en bienestar percibido.

Investigaciones actuales (Literas y col; 2010) en relación al cuidado integral del adulto mayor institucionalizado, señalan desde una perspectiva holística, la importancia de la promoción del bienestar personal y emocional, teniendo en cuenta la percepción subjetiva de los residentes. Señalan que existen modelos de protocolización y registros del proceso asistencial que permite evaluar, analizar y mejorar la calidad del cuidado del AM, sustentados en la eficacia, ofreciendo respuestas a las necesidades y demandas; como así también en la efectividad, promoviendo la implicación de los profesionales y la eficiencia, evaluando si se ha logrado brindar el servicio de calidad a partir de los medios empleados y resultados obtenidos. Estas valoraciones, revisten una fuerte influencia de la medicalización de la atención y la consideración de los usuarios como objetos pasivos de atención, sin tener en cuenta el punto de vista del usuario. Tendencia que se ha basado en indicadores estadísticos que miden el bienestar de una persona o grupo haciendo referencias a indicadores estrictamente objetivos. La orientación actual, que estos autores destacan, está centrada en el punto de vista subjetivo de la persona. Este enfoque, que incluye la dimensión de satisfacción personal, permite advertir condiciones subjetivas y objetivas que determinan la calidad de vida de la persona y/o grupo, abriendo un campo de evaluación y mejora en los servicios asistenciales. En este sentido la gestión de calidad se centra en el usuario, incluyendo su punto de vista y para ello es necesario construir diseños e instrumentos que permitan la evaluación y análisis, al servicio de mejoras en la atención integral del AM institucionalizado.

CAPITULO II

MARCO TEORICO Y ESTADO DE LA CUESTION

El presente capítulo se basa en los antecedentes que a continuación se consignan y que se organizan principalmente en conceptualizaciones actuales para el estudio del envejecimiento y vejez.

Así mismo, se consideran algunas líneas orientadoras recogidas de la bibliografía revisada y que pretenden acercar alguna delimitación en los conceptos de calidad de vida, bienestar psicológico y bienestar subjetivo, que en su utilización no es fácilmente distinguible.

Se presentan teorizaciones actuales y con mayor consenso con respecto a las dimensiones o categorizaciones que son el fundamento estructural del constructo bienestar subjetivo.

1. El paradigma del ciclo vital

La perspectiva del ciclo vital es un marco de referencia de tipo contextual y dialéctico, que considera la totalidad de la vida con los cambios sobrevinientes, atravesados por sucesos históricos, contextuales y del acontecer cotidiano e individual, donde en cualquier momento de la vida son esperables pérdidas y ganancias.

Desde la perspectiva del ciclo vital se destaca la multidimensionalidad, la multidireccionalidad, la plasticidad y la discontinuidad como rasgos característicos de la existencia humana; implicando que diferentes factores interactúan en diversas direcciones en la construcción de la vida (Dulcey Ruiz; Uribe Valdieso; 2002).

Cada existencia personal está atravesada por continuidad y discontinuidad; aspectos que se mantienen y otros que surgen, así como la varianza en el entorno influye en la singularidad que caracteriza lo individual. También implican procesos de selectividad, optimización y compensación. La selectividad alude a un darse cuenta de oportunidades y restricciones en diferentes dominios de la funcionalidad, así como generar acciones en

consecuencia, que posibilite alcanzar metas o la sustitución de las mismas. La optimización identifica los procesos necesarios para alcanzar las metas. La compensación está referida a la posibilidad de regular las pérdidas y hallar recursos para superarlas sin perder el objetivo.

Las variables históricas y sociales son relevantes en los estudios de trayectorias vitales. Baltes (1983), entre otros, considera tres conjuntos de factores que inciden en el curso del ciclo vital: 1) expectativas sociales relacionadas con la edad; 2) influencias históricas y 3) acontecimientos personales únicos. Las dos primeras las consideran influencias normativas, ya que inciden en la construcción de una identidad social, en la pertenencia a una sociedad. Los acontecimientos personales, por su carácter individual, son influencias no normativas. Todos estos factores interactúan entre sí produciendo efectos acumulativos pero que pueden variar en el tiempo.

En las *influencias normativas relacionadas con la edad y también con el género*, se consideran los cambios biológicos y pautas sociales. Sería el control social del desarrollo individual teniendo en cuenta la edad y el género, aunque son cada vez más flexibles y cambiantes.

Las *influencias normativas relacionadas con la historia*, tratan de hechos históricos que acontecen durante el ciclo vital de una generación y que impactan en los individuos.

Las *influencias no normativas o de características individuales* aluden a los acontecimientos cotidianos que moldean la vida personal.

En la actualidad cobran valor central modelos de comprensión para el tema de envejecimiento y vejez que refutan las generalizaciones y el énfasis en lo deficitario. Se desestima las divisiones del desarrollo humano como fuente de explicación, donde la edad es una variable que contribuye más a un orden descriptivo y no causal o explicativo.

Se entiende el envejecimiento como un proceso de diferenciación progresiva que comienza con la vida y termina con la muerte.

El estudio del envejecimiento y vejez se complejiza por las diferencias individuales y epocales, y la variabilidad interindividual aumenta al incrementarse la edad (Neurgarten, 1999; Thomae, 1993; Lehr, 1994; Baltes, 1993) entre otros.

Los estudios sobre el envejecimiento diferencial muestran, que se envejece de distintas formas y que son múltiples los factores que hacen a la diversidad, como a las circunstancias provenientes del contexto social, las condiciones individuales, los

significados asumidos acerca del envejecer y las modalidades con que los sujetos enfrentan estas circunstancias (Sanchez y Monchietti, 2010).

2. Calidad de Vida

Los estudios iniciales con respecto al constructo calidad de vida, se centraron en aspectos objetivos, externos, atinentes a las condiciones de vida, más circunscriptas a condicionantes económicos. Esta orientación fue la que introdujo el término de calidad de vida, que desde la década del '60 han dado lugar a cuantiosos estudios, donde especialmente se incluían categorías tales como, ingresos, salud, empleo, vivienda, condiciones del entorno. Posteriormente, otras líneas de investigaciones se orientaron a examinar diferencias individuales, entonces atendieron otras variables, también objetivas como, sexo, edad, clase social, estado civil.

Este constructo ha estado sujeto a una importante tendencia de cambio conceptual, se ha pasado de un enfoque unidimensional, aludiendo a condiciones estrictamente objetivas a una orientación multidimensional que incluye lo subjetivo. El resultado es un concepto integrador y global, pertinente para referir cuestiones objetivas y subjetivas que determinan la calidad de vida singular o grupal.

En este cambio conceptual se otorga importancia a la satisfacción personal, como una dimensión que cumple un papel esencial y que debería tenerse en cuenta al tiempo de evaluaciones de intervenciones y programas. La satisfacción puede concebirse como el grado de aceptación y conformidad con los aspectos interpersonales o no interpersonales de la atención, de acuerdo a las expectativas propias; es la percepción sobre la cobertura a necesidades personales en entornos humanos y materiales específicos de acuerdo a la evaluación subjetiva.

Torres, Quesada, Rioseco, Ducci (2008) definen calidad de vida como la percepción del individuo en relación a su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, expectativas, categorías y preocupaciones. Es un concepto multidimensional, que integra una serie de áreas y se circunscribe especialmente a ciertas variables personales y contextuales. Poniendo el acento en los indicadores subjetivos, se piensa que es un elemento clave en el envejecimiento satisfactorio, el cual se apoya en el grado de satisfacción y bienestar percibido.

Vera (2007) refiere que "calidad de vida es una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo, está asociado a la personalidad del sujeto, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva y cuya evidencia está intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores". La Calidad de Vida puede definirse entonces como un concepto analítico integrador, sensible a la mirada que el propio sujeto tiene de sus circunstancias y entorno.

Para Yanguas (2006) la calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos, incluye un número diverso de ámbitos en la vida, refleja las normas culturales de bienestar objetivo y otorga un peso específico diferente a los ámbitos de la vida considerados más importantes para unas personas que para otras. En este sentido parece que la calidad de vida, como constructo, debe evaluarse atendiendo a aspectos físicos, sociales y psicológicos por un lado, y por otro lado, la subjetividad de quien informa, es decir tal y como la persona lo percibe.

Según Velandia (1994) calidad de vida, es la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas), cada uno de los cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente, adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria, la muerte, la dependencia o la invalidez.

Eamon O'Shea (2003), sostiene que la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida y que se debe indagar, preguntando al AM, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural y de valores en que vive y en relación a sus propios objetivos de vida.

Según Veenhoven (1994) la calidad de vida denota dos significaciones. Por una parte la presencia de condiciones consideradas necesarias para una buena vida, y por otra, la práctica del buen vivir. Esta segunda acepción abre caminos a la consideración de factores dependientes de la acción y la percepción del propio sujeto sobre su vida y no tanto de las condiciones objetivas en que ésta se desarrolla. Esta diferenciación de la dimensión objetiva-subjetiva, consiguió intensificar el nivel de análisis individual.

En síntesis, el constructo calidad de vida, ha sido utilizado en primer lugar para dar cuenta de aspectos o determinantes objetivos, con instrumentos afines para ser evaluado, sin intervención del punto de vista de la persona. Con posterioridad desde su utilización se

acerca al polo subjetivo, homologado a bienestar subjetivo, poniendo el acento en la experiencia personal, el punto de vista particular, y en este caso, si se lo adopta, desde esta segunda acepción, cabría referir calidad de vida en su aspecto subjetivo. Entonces la calidad de vida percibida, estaría referida a la satisfacción de la persona consigo misma, con las actividades que realiza, con el lugar donde vive, y está circunscripto a variables personales y contextuales.

3. El bienestar psicológico

Villar, Triadó; Resano y Osuna; (2003) destacan dos líneas de trabajo en el concepto de bienestar, la que se centra en el bienestar subjetivo y la que se focaliza en el bienestar psicológico. Estas dos concepciones aunque muestran en algún caso variables idénticas también cabría señalar características diferenciales. La concepción del bienestar, como bienestar psicológico se alza como una alternativa utilizada con mucha frecuencia en investigaciones. Recupera las ideas aristotélicas, para quien felicidad, consistía en la realización del "daimon" o la verdadera naturaleza propia. Sitúa al bienestar en el proceso y consecución de aquellos valores que nos hacen sentir vivo, auténticos y no tanto con aquellas actividades en las que hay una ganancia de placer o alejan de lo doloroso.

Estos mismos autores, se refieren a la perspectiva amplia que propone Carol Ryff, quien señala el bienestar psicológico como más ajustado a los bienes humanos, con esfuerzo por el perfeccionamiento y realización del potencial propio. De manera que se vincularía más a tener un propósito en la vida, con una significación propia, con desafíos y esfuerzo de superación para conseguir metas valiosas, enfatizando el funcionamiento positivo. Esta perspectiva del bienestar psicológico, intenta encontrar criterios, cualidades concretas que son las que las personas deberían contar. Supuestos que requieren cierta estabilidad, anclados en una cultura determinada y desde el punto de vista del investigador.

Carol Ryff, identifica seis dimensiones en el bienestar psicológico: 1) autoaceptación, definida como el mantenimiento de una actitud positiva hacia sí mismo; 2) relaciones positivas con los otros, definida como la capacidad de mantener relaciones estrechas con las otras personas, basadas en la confianza mutua y empatía; 3) autonomía; que se relacionaría con las cualidades de autodeterminación y la capacidad para resistir la presión social y evaluarse a sí mismo y con las situaciones en la que se está, en función de criterios personales; 4) competencia ambiental, o la existencia de dominio y control en el manejo de los entornos en los que se está implicado; 5) propósito en la vida, definido como

el sentido de que la vida tiene significado y que este significado es capaz de integrar las experiencias pasadas con el presente y lo que traerá el futuro. Incluye la presencia de objetivos vitales definidos y 6) crecimiento personal, haciendo referencia a la visión propia y abierta a nuevas experiencias enriquecedoras, posibilitadoras para la realización de todo el potencial. Esta perspectiva implica una ampliación conceptual, al tiempo que presenta la elaboración de un cuestionario multidimensional pertinente para la medición del bienestar psicológico.

Estos autores también señalan, que en diversas investigaciones han encontrado cierta correlación de algunas dimensiones, tanto en el bienestar subjetivo como en el bienestar psicológico, pero es sobre todo en las dos últimas dimensiones planteadas por Ryff, que parecen ser más específicas de bienestar psicológico. Algunos argumentos precisan que ambos constructos están relacionados globalmente pero que en lo referido a la estabilidad en el tiempo, algunas dimensiones sufren modificaciones, como efecto de la edad, mientras que otros permanecen estables, especialmente referido a la dimensión autoaceptación que está más relacionada con el bienestar subjetivo. En otras investigaciones han encontrado que las medidas de bienestar psicológico son sensible a los cambios con respecto a las condiciones de vida; los argumentos que se consideran reflejarían las menores oportunidades para el desarrollo personal y consecuentemente el acopio más limitado de experiencias significativas, consideración que va acompasando los propósitos conforme aumenta la edad, y por otra parte, explicaría la tendencia adaptativa, que supone en la vejez, cierta desimplicación ante cambios vitales que admite una readecuación y disminución de metas o propósitos, a favor de una adaptación a las posibilidades actuales con que cuenta la persona.

Otras investigaciones señalan que el bienestar psicológico del AM se relaciona con la autoestima y autoeficacia. La autoestima es un indicador de salud y bienestar, es una actitud positiva o negativa hacia sí, basada en la evaluación de sus propias características, incluyendo un sentimiento de satisfacción consigo mismo. La autoeficacia se entiende como el conjunto de creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados resultados. La importancia de la autoeficacia radica en que hace referencia a la confianza que tiene la persona en sus capacidades para lograr los cursos de acción necesarios para alcanzar los resultados deseados. (Ortiz Arraigada, Castro Salas, 2009)

El constructo bienestar psicológico, estaría más asociado a la consecución de recursos potenciales. Ryan y Deci (2001) lo sitúan en el proceso de consecución de aquellos valores vitales y auténticos, que permiten el crecimiento personal y no tanto en las actividades placenteras o displacenteras. El bienestar psicológico, incluiría la congruencia entre los

objetivos deseados y alcanzados en la vida, un buen estado de ánimo y un nivel afectivo óptimo.

Otros investigadores homologan bienestar psicológico a bienestar subjetivo, y coincide en que esta evaluación tiene dos componentes, cognitivo y afectivo. El componente cognitivo, representa la discrepancia percibida entre las aspiraciones y los logros, desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso. El elemento afectivo, está ligado al agrado vivenciado, con sus sentimientos y estados anímicos más frecuentes. Dichos componentes se relacionan entre sí. (Clemente; Tartaglini y Stefani: 2008).

Ryff (1998), enfatiza el funcionamiento positivo y formula un modelo de desarrollo personal donde especifica diversas dimensiones o criterios de funcionamiento ejecutivo en la búsqueda de criterios o cualidades concretas para poder medirlo. Esta autora plantea que el bienestar psicológico muestra cinco condiciones: 1) aceptación de sí mismo; 2) formación de relaciones positivas con los otros; 3) formación de autonomía; 4) dominio del entorno y 5) propósito en la vida, siendo estados ideales finales de la persona de funcionamiento pleno y que constituyen metas para el completo desarrollo. Pero un funcionamiento psicológico óptimo no solo exige que uno sea capaz de crear esas cinco cualidades, sino que se trabaje continuamente en desarrollar el propio potencial para el crecimiento y la ampliación de la propia persona, añadiendo una sexta condición para completar el modelo: el crecimiento personal.

Otra perspectiva (Mella, 2004) destaca la variabilidad interindividual en relación con la funcionalidad y ajuste en la vejez y define bienestar de acuerdo con los planteamientos de Ryff (1989) que pueden ser integrados en seis dimensiones distintas: autoaceptación, relaciones positivas con los demás, autonomía, dominio del ambiente, propósito en la vida y crecimiento personal.

Autoaceptación es el criterio más utilizado para definir bienestar y es conceptualizado como la figura central de salud mental, como una característica de madurez, realización personal y funcionamiento óptimo. Relaciones positivas con los demás: la importancia de la calidez y confianza en las relaciones interpersonales, así como la capacidad de amar, son vistas como componentes de la salud mental.

Autonomía: enfatiza la autodeterminación, la independencia y la regulación de la conducta.

Dominio del ambiente: la habilidad de elegir o crear ambientes acordes a las propias condiciones físicas, característica de la salud mental, implica la capacidad de manipular y controlar los entornos o ambientes complejos contando con la participación del medio.

Propósito en la vida: destaca la comprensión de un propósito o significado de la vida, un sentido de dirección o intencionalidad.

Crecimiento personal: el funcionamiento psicológico óptimo requiere también continuar el desarrollo del propio potencial, crecer y expandirse como persona.

4. Bienestar subjetivo

El concepto de bienestar subjetivo (o bienestar personal) se enhebra en las raíces filosóficas y fue alcanzando raigambre en diferentes disciplinas, vinculándose a satisfacción con la vida (Fierro, 2000)

Villar, Triadó; Resano y Osuna (2003) señalan que el constructo bienestar desde sus raíces filosóficas aristotélicas se desprende una doble consideración que se sostiene en la actualidad y que se traduce en dos puntos de vista: el componente hedónico y eudaimónico. El primero asocia el bienestar con el placer y la felicidad y el segundo se vincula más al desarrollo potencial y a la realización personal. Por lo tanto, cuando se hace referencia al bienestar, en su concepción hedonista, se asocia a la experiencia de subjetiva, de felicidad, que resulta de un análisis global entre situaciones de placer y displeasure; la comparación de estados afectivos en un momento determinado. El concepto de bienestar subjetivo incluiría el estado emocional en determinado momento y la satisfacción respecto a cada dominio de la vida o una valoración global de la propia vida.

Estos autores señalan que en una etapa inicial el uso del concepto cobro relevancia en la aplicación de estudios y programas, en comunidades diferentes y focalizando el interés en los datos diferenciales y conducentes a evaluar la efectividad de un programa cuyo objetivo era reducir desventajas sociales. Más recientemente el interés se focalizó en las dimensiones o componentes del bienestar subjetivo.

En la literatura científica revisada, se halla consenso en considerar el componente afectivo o emocional, más precisamente referido como afecto positivo y afecto negativo. Desde estos lineamientos se aludiría a sentimientos de relajación, ausencia de problemas y sensaciones positivas, que la experiencia subjetiva permite dar cuenta. Esta introducción del concepto de bienestar subjetivo ha permitido destacar una orientación en las investigaciones donde se exploran y/o profundizan sobre algunos factores que favorecen el desarrollo del bienestar personal y el mantenimiento de una vida deseable; incluyendo una perspectiva que focaliza el interés por el componente valorativo o subjetivo.

En la determinación de la influencia de ambos componentes (cognitivos y evaluativos) va siempre a representar un papel importante la imagen que el sujeto considera que los demás tienen de él, la dimensión social que considera que merece.

La acentuación en los componentes internos favoreció abordajes del bienestar humano en su dimensión subjetiva, estudiándose desde el punto de vista de la propia persona.

El bienestar subjetivo es entendido como el balance global entre el placer y el displacer, se compone de aspectos como la felicidad o el resultado de los estados positivos y negativos (componente afectivo, emocional) y la satisfacción vital o valoración de la trayectoria vital (componente cognitivo). Esta medida de bienestar subjetivo, apoyada en la experiencia subjetiva, parece no experimentar cambios con la edad, manteniendo la estabilidad en la satisfacción vital y existiendo pocos cambios en los estados afectivos.

Las teorías contemporáneas sugieren que es la realidad propia, del sujeto, la que tiene de guía y le sirve de referente. Desde esta perspectiva se han orientado investigaciones dedicadas a explorar aquellos factores internos que determinan como la persona percibe sus circunstancias vitales, independientemente de cómo sean estos objetivamente y de qué modo afectan la valoración que se lleva a cabo sobre su bienestar personal (o subjetivo)

El bienestar puede alcanzarse tanto a través de procesos dependientes de la persona, internos, como podrían ser, los cambios en aspiraciones, la percepción que tiene de sí mismo y de su entorno, la acción sobre el mismo o la modificación de circunstancias vitales. Estos factores internos se destacan en los modelos que se focalizan en la influencia de la personalidad.

Numerosos trabajos han examinado la importancia de los acontecimientos vitales en su repercusión sobre el bienestar subjetivo, encontrando hallazgos variados (Diener, 1984) entre otros. Lehr (1993) considera que el bienestar subjetivo o la satisfacción con la vida durante la vejez es indicador de envejecimiento exitoso.

Otras investigaciones realizadas sobre el bienestar subjetivo (Antequera Jurado, Blanco Picabia, 1998) consideran que no es más que la valoración que el individuo realiza de su vida. Esa forma de satisfacción con la vida vivida se correlaciona con el autoconcepto. El autoconcepto suele definirse como el conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo. Pensamientos y sentimientos que, consecuentemente, permiten diferenciar dos componentes de los mismos: los cognitivos y los evaluativos. La personalidad, como característica relacionada con el bienestar subjetivo ocupa un lugar relevante en los hallazgos de investigación. Los rasgos de personalidad que más apoyo

han recibido en la vinculación con el bienestar subjetivo, son la extroversión y el neuroticismo. Aunque no puede reducirse a estos dos rasgos. Una variable que se vincula, es la autoestima, pero la autoestima de alguna manera está atravesada por la cultura, y en este sentido sería afectada por la percepción de eficacia y por la pertenencia al grupo con el que el sujeto se identifica. La percepción del control, así como la internalidad, entendida como tendencia atribuir resultados a uno mismo más que a causas externas, se relacionan con el bienestar subjetivo.

4.1. El bienestar subjetivo y sus componentes

A menudo no aparece en la bibliografía consultada una formulación clara. Suele equipararse a felicidad, bienestar personal, satisfacción con la vida y calidad de vida subjetiva.

Uno de los elementos fundamentales del bienestar subjetivo, bienestar personal o satisfacción con la vida y más allá felicidad, es su carácter subjetivo, ya que se basa en la experiencia de la propia persona. Otro elemento, es su dimensión global, pues incluye una valoración o juicio de todos los aspectos de su vida y la necesaria inclusión de una valoración positiva, ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos.

Teniendo en cuenta tanto aquellas concepciones más vinculadas a tradiciones filosóficas, tanto como a análisis más moleculares, se puede estimar que hay un acuerdo básico en las distintas conceptualizaciones referidas a este término multifacético. La mayor coincidencia se registra en la consideración de los componentes, satisfacción con la vida y afecto positivo y negativo, que es posible registrar en distintos dominios, como la actividad, familia, salud, seguridad social, con uno mismo y en el vínculo con los otros.

El bienestar subjetivo, entendido como el resultado de la valoración global mediante la cual, a través de la atención de elementos de naturaleza afectiva y cognitiva, el sujeto repara tanto en su estado anímico como en la congruencia entre los logros alcanzados y sus expectativas, sobre una serie de dominios o áreas vitales, así como sobre la satisfacción con su vida.

Bryant y Veroff (1984), Montorio e Izal (1992), han considerado que la satisfacción con la vida está fundamentalmente impregnada de elementos cognitivos, entendiéndose como un proceso de valoración que hace la persona sobre el grado en que ha conseguido los objetivos o metas deseados en su vida, por lo que el margen temporal es más extenso que el que tiene que ver con el afecto positivo o negativo. Desde esta perspectiva cognitivo-afectivo-temporal, la felicidad se considera tanto como un estado afectivo positivo duradero como una valoración cognitiva de tal estado durante un tiempo prolongado.

Sin embargo, (Michalos, 1995) y otros autores prescinden de esta dimensión temporal, diciendo que las investigaciones han demostrado que felicidad y satisfacción vital comparten la misma significación. Cuando los sujetos hablan de satisfacción, refieren un sentimiento o actitud positiva sobre sus vidas, relativamente prolongada, y que son teorizaciones que corresponden al bienestar subjetivo. Esta valoración afectiva (emociones) y cognitiva (racional) cobra primacía al tiempo de la evaluación. Cuando se focaliza en la satisfacción con la vida como un todo, se considera la evaluación cognitiva, mientras se centra en aspectos emocionales de la vida diaria es más calificada de afectiva.

Veenhoven (1994) en su análisis conceptual de la felicidad, distingue entre el nivel hedónico de afecto, como el grado en que la persona experimenta estados afectivos placenteros y la satisfacción (contentment) percibida de acuerdo con la consecución de sus aspiraciones. Este autor define el bienestar subjetivo como el grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida en términos positivos o en otras palabras, en qué medida la persona está a gusto con la vida que lleva.

Estas ideas son convalidadas por otros autores (Waterman, 1993; Bryant y Veroff, 1984; Andrews y McKennell, 1980; Heady, Kelley y Wearing, 1993; Horley y Little, 1985) estos últimos consideraron que el componente cognitivo/afectivo del bienestar subjetivo se ajusta a la conceptualización.

La evidencia empírica sobre bienestar subjetivo registra la relación de las dimensiones cognitivo y afectivo, aunque los estudios revisados enfatizan lo positivo, se ha hallado afecto negativo vinculado a autoinformes donde primaba el deterioro de la salud, preocupaciones, ansiedad y el afecto positivo se correlaciona más con la participación social. La dimensión positiva del bienestar subjetivo se vincula más con variables pertinentes a la satisfacción con la familia, amigos, ocio, disposición de una red social ampliada. La dimensión negativa, (malestar subjetivo) como determinantes centrales, el status socioeconómico, la competencia personal y la satisfacción con la salud.

Distintos estudios que se centraron en las variables de bienestar que se relacionan con el componente afectivo (Costa y McRae, 1980; Diener, 1984;1998) señalan que las

dimensiones de la personalidad se relacionan con el componente **positivo** (extraversión) y otros, neurosis, control personal, están más vinculados al componente **negativo**.

Las variables relativas al **apoyo social** (redes formales e informales) tienden a corresponderse con el componente **positivo**; los **estresores**, molestias cotidianas, acontecimientos vitales desafortunados y alteraciones en la salud, se relacionan con el componente **negativo**.

Las investigaciones más actuales tienden a escudriñar posibles interacciones de estas variables, con el objetivo de visualizar más profundamente la estructura del bienestar subjetivo y facilitar la operabilidad conceptual y por ende intervenciones más ajustadas en el campo social que se trate.

4.2. La distinción de aspectos objetivos y subjetivos del bienestar.

Los juicios de satisfacción alcanzan un mayor nivel de correlación con el bienestar subjetivo que con las condiciones objetivas del bienestar, probablemente porque los juicios cognitivos están más ligados a las causas del bienestar subjetivo que a las condiciones objetivas. Su repercusión dependerá del modo que el sujeto los perciba y valore.

4.3. DIMENSIONES O CATEGORIAS DEL BIENESTAR SUBJETIVO

Al tiempo de considerar la investigación sobre el bienestar subjetivo en los adultos mayores institucionalizados, una temática se tomó central: tener que optar por algunas dimensiones o categorías que cobran mayor peso en su determinación y aquellas que pueden estimarse como correlatos.

De acuerdo a lo revisado en la literatura científica se estima que la decisión de incluir determinadas dimensiones o categorías depende más de la focalización que ha realizado cada investigador.

Teniendo en cuenta estas consideraciones previas, así como también el contexto de la muestra poblacional escogida, se revisan algunas dimensiones: redes sociales –formales e informales–, autoconcepto, actividad y salud autopercibida. Estas categorías que son

básicamente compartidas por distintos investigadores, son incluidas como categorías de análisis del presente trabajo; es un intento de concreción, atendiendo al consenso generado en torno al constructo de bienestar subjetivo. La elección de estas dimensiones se considera apropiada a la exploración de una muestra poblacional, que particularmente tiene menor oportunidad para el desarrollo personal, escasa posibilidad de elección, limitado control del entorno y/ o proyectar metas o propósitos en la vida. Se consignan además algunas consideraciones relativas a las variables sociodemográficas: edad, género, estado civil, nivel educativo y por último ingresos y seguridad social que son variables que atraviesan a los adultos mayores entrevistados.

4.3.1. Redes sociales- formales e informales- Apoyo social

El constructo red social personal o red social significativa, ancla en el modelo sistémico de terapias familiares atendiendo a las vicisitudes del entorno microsocioal. Las fronteras del individuo incluyen todas las interacciones que realiza el sujeto y no exclusivamente con su familia. La red social significativa, es arbitraria y es especificable por el mismo sujeto que informa.

El concepto de red social fue desarrollado en el tiempo y derivando en mayores precisiones, algunos de los autores que podemos citar es a Kurt Lewin (1952) con su teoría del campo considerando variables centradas en las relaciones sociales informales. Jacob L. Moreno (1951), creador del psicodrama, que desarrolló el concepto de psicología geográfica y la técnica sociométrica, el sociograma, para esbozar un mapa de red de relaciones en grupos y comunidades. El antropólogo social Jhon Barnes (1954) llevó a cabo un estudio pionero acerca de redes formales e informales, familiares y extrafamiliares, en la vida diaria de un pueblo noruego. Elizabeth Bott (1957) llevó a cabo en Inglaterra un estudio acerca de las relaciones externas de familias urbanas y durante el proceso desarrolló una metodología pionera para analizar las prácticas de interacción informal de la red familiar extendida, diferenciando la composición de la red, la estructura de la red y los contenidos de las interacciones. Erich Lindermann (1979), el creador de la teoría de crisis, resaltó a través de sus escritos la posición central de la red social personal de la persona en la codeterminación de los efectos a corto y largo plazo de una situación de crisis (Arias, 2004).

La red social personal puede ser definida como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas. Esta red contribuye a su propio reconocimiento como

individuo y a la imagen de sí. Constituyéndose en una clave de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis (Sluzki, 1979)

La red social puede ser registrada en forma de mapa mínimo que incluye a todos los individuos con los que interactúa una persona dada. Ese conjunto de individuos de ese mapa mínimo, mejor dicho de esos vínculos, constituye la red social personal del informante. En los casos de investigación es pertinente explicitar los criterios de inclusión en la red.

4.3.1.1. Características estructurales de la red

Las características estructurales de la red son: 1) *tamaño*, el número de personas en la red. Hay indicaciones de que las redes de tamaño mediano son más efectivas que las pequeñas o las muy numerosas. Las redes mínimas son menos eficaces en situaciones de sobrecarga de larga duración, ya que los miembros comienzan a evitar el contacto para evitar la sobrecarga. Las redes muy numerosas corren el riesgo de la inacción. Algunos factores que afectan el tamaño de la red incluyen las migraciones y el paso del tiempo y por falta de acceso a la renovación; 2) *densidad*, la conexión entre sus miembros independientemente del informante; 3) *composición*, alude a la proporción total de miembros de la red y su localización; 4) *dispersión o accesibilidad*, la distancia geográfica entre los miembros, que afecta la facilidad de acceso al y del informante; 5) *homogeneidad o heterogeneidad* demográfica y sociocultural, con ventajas y desventajas en términos de identidad, reconocimiento de señales de estrés, activación y utilización; 6) *atributos de vínculos específicos*, tales como intensidad o tropismo, es decir, compromiso y carga de la relación, durabilidad, historia en común y 7) *tipo de funciones* cumplidas por cada vínculo y por el conjunto.

4.3.1.2. Funciones de la red

Las funciones de la red están determinadas por el tipo de intercambio interpersonal prevalente entre los miembros. Incluye: 1) *compañía social*, la realización de actividades conjuntas o simplemente el estar juntos; 2) *apoyo emocional*, intercambios que connotan

una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo; 3) *guía cognitiva y consejos*, interacciones destinadas a compartir información personal o social, aclarar expectativas y proveer modelos de rol; 4) *control social*, interacciones que recuerdan y reafirman responsabilidades y roles, neutralizan desviaciones de comportamiento que se apartan de las expectativas colectivas; 5) *ayuda material y de servicios*, colaboración específica sobre la base de conocimiento experto o ayuda física, incluyendo los servicios de salud; 6) *acceso a nuevos contactos*, la apertura para facilitar la conexión con personas y redes que hasta ese entonces no formaban parte de la red social de la persona. Cada vínculo de la red puede cumplir muchas de estas funciones.

Hallazgos de investigaciones actuales relativas al bienestar de los AM, coinciden en que las variables relativas al apoyo social (redes formales e informales) tienden a corresponderse con el componente positivo. Han demostrado que las redes sociales son una importante fuente de recursos para la satisfacción de necesidades, y además la inclusión, facilita la conservación del sentido de utilidad social, potenciando la autoestima, el nivel de participación, así como la imagen y estima de los otros.

Según Gracia Fuster (1997) las intervenciones que se basan en el apoyo social sitúan a los involucrados en el problema como protagonistas del cambio y de este modo propician la autoconfianza y la competencia. Además a través de actividades conjuntas de ayuda y de colaboración promueven la solidaridad y la pertenencia comunitaria.

El compartir con pares puede significar un reencuentro con uno mismo, una reafirmación de la autoestima, lo que nos permite fortalecernos para enfrentar los retos propios de esta etapa de la vida con sabiduría para disfrutar o reconocer lo bien o mal realizado a lo largo de los años, lo que es posible hacer hoy y aceptar serenamente lo que no se puede.

4.3.2. Autoconcepto

Su composición alude a la autoevaluación de atributos de la personalidad, al conocimiento de las propias habilidades y capacidades, ocupaciones, aficiones y de los atributos físicos.

El autoconcepto no se limita al presente, incluye el pasado y representa ideas futuras. Se refiere al conocimiento de uno mismo, lo que la persona cree de sí misma, aunque no se corresponda con la realidad objetiva, y en función de ello se comporta.

La mayoría de los autores lo consideran como un conjunto integrado de factores o actitudes relativos al yo. Básicamente consideran tres factores: cognitivos (pensamientos); afectivos (sentimientos) y conativos (comportamientos). El factor cognitivo como el autoconcepto propiamente dicho, el factor afectivo como la autoestima y el factor conativo como autoeficacia.

Otra posible definición del autoconcepto alude al conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo. Pensamientos y sentimientos que, consecuentemente, permiten diferenciar dos componentes de los mismos: los cognitivos y los evaluativos.

4.3.3. Actividad / tiempo libre / ocio

El concepto de actividad puede aplicarse a cosas dispares, contactos sociales, actividades físicas, culturales, viajes, aficiones, participaciones en actos religiosos o en organizaciones formales e informales, etc.

Algunos estudios de investigación han podido comprobar que la participación social y los vínculos sociales que implican, presentan correlaciones positivas con medidas del bienestar subjetivo. Las actividades llevadas a cabo por una persona repercuten sobre su estado de ánimo y su satisfacción.

Otros estudios han encontrado que es la cualidad más que la frecuencia de la actividad social lo que se relaciona con el bienestar subjetivo.

En su raigambre filosófica tiempo libre no es sinónimo de ocio, ya que el primero no implica el segundo. El ocio implica desarrollo personal, felicidad, bienestar personal. Desde una perspectiva social, la idea de ocio se define en un contexto en el que intervienen actores sociales que crean su propio sistema de significados, cuyo contenido lo imprime cada cultura.

Algunos autores han considerado en el análisis del ocio durante el proceso de envejecimiento, destacando la experiencia como desarrollo personal, así como también la actividad social.

Una diversidad de actividades puede incluirse dentro de la categoría de ocio, incluso una actividad que conlleve trabajo puede ser percibida como ocio. Actividades con propósito activo, pasivo, individual, grupal, simples, complejas o aquellas que suponen que no requieren demasiada implicación, que son simplemente para pasar el tiempo, actividades sociales, deportivas, al aire libre, culturales, hobbies, que incluyen necesidades subyacentes.

Hay registros en la literatura científica donde se han tipificado acorde a las necesidades subyacentes y/o clasificadas según el contexto en que se realizan.

Algunos estudios de investigación que se focalizan en el adulto mayor, consideran las actividades de ocio en relación a la autonomía o dependencia funcional.

Los hallazgos de las investigaciones indican un patrón característico que es la continuidad con actividades de ocio desarrolladas previamente. Otras investigaciones destacan las diferencias culturales que afectan los patrones de ocio, así como las diferencias de género.

Otros autores han investigado el papel que juegan las actividades en el bienestar subjetivo e inician una contrapartida a conceptualizaciones previas que señalaban que en el proceso de envejecimiento el sujeto tiende a la desvinculación, desapego, pasividad y repliegue sobre sí mismo como un transcurrir natural.

Las teorizaciones acerca de la actividad predicen sobre la satisfacción de los AM, independientemente de la edad, y se vinculan a concepciones relativas al envejecimiento exitoso.

Variados estudios han comprobado que la implicación en actividades de ocio se traduce en bienestar subjetivo, destacando resultados que señalan la disminución del sentimiento de soledad y el incremento de la capacidad de afrontamiento de los cambios producidos durante el envejecimiento.

Trabajos realizados entre las décadas del '60 y el '90, por distintos autores señalan una estrecha relación entre la satisfacción de una serie de necesidades y los beneficios derivados del ocio, contribuyendo tanto al mantenimiento de la salud física como al desarrollo personal y la satisfacción vital.

Son numerosos los estudios que versan sobre diferentes actividades de ocio, focalizando sobre algún aspecto en particular. En el caso de una actividad formal, como lo es la religiosa, han encontrado que la participación incrementa el bienestar y satisfacción vital, disminuye la ansiedad ante la muerte, mejora la autoestima y ayuda a mantener una percepción de control (Blanco, Antequera y Torrico, 1994)

Otras investigaciones señalan la motivación social como un elemento que promueve la participación en prácticas de ocio. Facilita implicarse en una experiencia que permite ponerse a prueba y tomar consciencia de ello y mejorarlo.

Otros estudios realizados en un contexto de residencias, rescatan que las personas que participan más frecuentemente en actividades manifiestan menos alteraciones, presentan reducción de la ansiedad, disminución del pensamiento negativo y sobre todo favorece la adaptación al nuevo contexto.

Los hallazgos en la bibliografía revisada muestra el importante efecto de las actividades de ocio sobre la percepción del propio sujeto; teniendo un efecto similar al generado por actividades productivas, lo cual estaría sugiriendo la importancia que alcanza en el proceso de adaptación ante los cambios, como por ejemplo, ante la pérdida del roles productivos en el proceso de envejecimiento.

4.3.4. Salud autopercebida

La salud subjetiva se relaciona mas fuertemente con el bienestar personal o subjetivo que con la salud objetiva. Parece que esta relación varía conforme avanza la edad, al modificarse los factores que la median y al incremento del peso de aquellas que están vinculados a las características personales del sujeto, es decir al valor que le otorga a su salud.

El concepto de salud que tenga el adulto mayor se relacionará con una valoración subjetiva (Uribe Rodríguez, Valderrama Orbegozo, Molina Linde, 2007) es decir, que además de los cambios físicos visibles, el adulto mayor percibe su salud de acuerdo a sus habilidades funcionales, el bienestar psicológico y el soporte social con el que cuenta.

Son muchas las investigaciones que muestran como el ejercicio físico, fundamentalmente de tipo aeróbico se vincula con indicadores de funcionamiento físico y cognitivo. Las explicaciones que se argumentan acerca de los beneficios pueden ser relevantes en relación a los adultos mayores.

La investigación realizada por López y col. (2010) evidencia los efectos del ejercicio físico sobre indicadores de funcionamiento, competencia, salud, desde de dos perspectivas; 1) referida a la valoración de los efectos negativos de su carencia sobre indicadores de mortalidad o con riesgo de padecer diversos tipos de patología (trastornos

cardiovasculares, diabetes, osteoporosis, entre otros) y 2) los efectos positivos del ejercicio físico en los diversos componentes de la forma física (fuerza, capacidad cardiovascular, equilibrio, flexibilidad y tiempo de reacción entre los aspectos más relevantes. Con respecto a la primera perspectiva, la investigación muestra que tales beneficios son relativos a la disminución del riesgo cardiovascular (reducción de accidentes cardiovasculares y cerebrovasculares) del riesgo de obesidad, diabetes mellitus, intolerancia a los hidratos de carbono, artritis, osteoporosis. En términos generales, el ejercicio físico disminuye la discapacidad y factores de riesgo como la hipertensión. La segunda perspectiva de estudios se centra en los efectos del ejercicio sobre la forma física. Esta se entiende como el compendio de todas las cualidades físicas que una persona requiere para la práctica del ejercicio, como son la función locomotriz, cardiorespiratoria, hematocirculatoria, psiconeurológica y endocrinometabólica.

Son muchas las investigaciones que muestran como el ejercicio mejora el funcionamiento cardiovascular, la fuerza muscular, la velocidad de procesamiento de la información. En los estudios que vinculan la práctica del ejercicio y el funcionamiento cognitivo se han valorado desde distintos enfoques que muestra que la realización continua de ejercicio físico de tipo aeróbico mejora la función ejecutiva y la velocidad de procesamiento de la información. Los factores explicativos aluden a cambios cerebrales, favoreciendo el transporte y la utilización del oxígeno en el cerebro; mayor metabolismo de la glucosa a nivel celular y permite una más adecuada provisión y utilización de energía en el sistema nervioso central. Esta mejor renovación de neurotransmisores y transporte de oxígeno y nutrientes serían los factores que favorecen un mejor funcionamiento cognitivo.

La investigación referida, muestra, por lo tanto, el efecto beneficioso de la práctica del ejercicio físico (sobre todo aeróbico) sobre aspectos referidos al funcionamiento físico (forma física) y también sobre habilidades cognitivas, fundamentalmente aquellas que disminuyen o están afectadas por el declive asociado al proceso de envejecimiento. Los resultados sugieren que hay procesos organizadores y compensatorios sobre la funcionalidad en edades avanzadas.

Otros estudios han confirmado igualmente la influencia de la actividad física, especialmente el ejercicio físico, sobre la salud percibida. La influencia beneficiosa no se recibe solo de la actividad física sino a través de otras actividades de participación del adulto mayor.

4.4. Algunas consideraciones sobre las variables sociodemográficas: Edad, género, estado civil, nivel educativo, ingresos / seguridad social.

4.4.1. Edad

Diversos estudios de investigación relativos al bienestar subjetivo en el AM no han hallado diferencias significativas en relación a esta variable. Algunos estudios de investigación informan sobre la estabilidad del bienestar subjetivo a lo largo de los años, que puede verse amenazado por limitaciones físicas que se incrementan conforme avanza la edad. El mantenimiento de la satisfacción vital a lo largo de los años muestra una disposición de estas personas a adaptarse a los cambios. Se estima que es posible hacer reajustes de objetivos o metas, aunque esta tendencia puede afectarse cuando interfieren otros factores ligados especialmente a lo económico y social.

4.4.2. Género

En la bibliografía revisada no hay hallazgos en la diferencia en el bienestar subjetivo relativo al género. Diferencias significativas tal vez podrían encontrarse en relación a otras variables (Fierro (2001)

4.4.3. Estado Civil

En la literatura científica revisada no se encuentran hallazgos de variaciones relevantes con respecto al estado civil, género y sus efectos en el bienestar subjetivo.

4.4.4. Nivel Educativo

Es posible que la educación influya en el bienestar subjetivo como una herramienta mediadora tanto en la consecución de metas personales como en la adaptación a cambios vitales. Sin embargo, hallazgos de investigaciones indican efectos poco relevantes.

4.4.5. Ingresos / Seguridad social

En la bibliografía revisada no hay hallazgos contundentes para vincular esta variable con el bienestar subjetivo. Suele decirse que la escasez puede favorecer la desdicha pero la abundancia no garantiza la felicidad.

Veenhoven (1994), establece una relación entre las posibilidades económicas del sujeto con relación a los estándares de la sociedad en que vive. La interacción de factores que se relacionan complejizan posibles afirmaciones.

CAPITULO III

MÉTODO: PROCEDIMIENTOS Y ANALISIS.

1. DISEÑO

El presente estudio exploratorio-descriptivo utilizó un diseño flexible emergente de carácter cualitativo. Se aplicó una metodología cualitativa, en sus pasos e instrumentos específicos, con la finalidad de que los mismos sujetos definan su propia situación (Mendizábal, 2007).

La metodología cualitativa ha permitido acceder a aspectos relevantes de la vida en breve tiempo, proponiendo a los actores hablar acerca de su calidad de vida, en su vertiente subjetiva (bienestar subjetivo), con la expectativa de poder apreciar y esclarecer ideas teóricas preconcebidas.

2. POBLACION Y MUESTRA

El trabajo de recolección fue realizado en el Hogar Municipal de Ancianos de nuestra ciudad. Los primeros contactos establecidos para encauzar el trabajo de campo planificado se inició con unos meses de anticipación, en ese entonces la población contaba con aproximadamente 125 residentes. Al tiempo en que se inició la concurrencia a los fines de la presente investigación, la población estable era de 59 residentes aproximadamente. El cambio numérico poblacional obedeció a encontrarse la institución en el inicio de la remodelación proyectada con anterioridad y a los efectos de facilitar el trabajo de la obra se procedió al traslado de los residentes restantes a dos espacios alternativos, uno ubicado en Batán y otro en Punta Mogotes.

Los participantes brindaron su consentimiento ante la explicitación del objetivo del trabajo, así como al procedimiento (grabación) y utilización de la información provista.

Fueron incluidos en la muestra aquellos adultos mayores que no conllevan patologías demenciales, trastornos psicológicos graves, fundamentalmente para que no limitase la posibilidad del intercambio y producción textual. En este sentido la directora e integrantes del equipo profesional en actividad, orientó a la selección de los participantes.

3. PARTICIPANTES

Es una muestra abreviada formada por 10 residentes, cuyas edades oscilan entre los 61 y 95 años, de ambos sexos. Principalmente de nacionalidad argentina, aunque se incluyen algunos extranjeros de países limítrofes y europeo.

El estado civil adquiere características diversas: soltería, viudez y separación legal, ya que en la época que aconteció la desvinculación de la pareja no existía el divorcio.

El nivel de escolaridad alcanzado es principalmente escolaridad básica y le siguen, escolaridad básica incompleta, secundario y nivel universitario sin haber ejercido su profesión en su ciclo activo.

El tiempo de permanencia en la institución varía desde un mes a los veinte años.

En relación a los beneficios sociales, solo un residente cuenta con jubilación, los demás participantes gozan de una pensión, gestionada desde el Hogar y en cinco casos no gozan de ningún beneficio social.

Existe una normativa institucional, por la cual los residentes deben aportar al Hogar el 50% de los haberes derivados de su pensión y /o jubilación (Todos los datos son aportados por los participantes de la muestra).

En las Tablas 1 y 2, se presentan los datos sociodemográficos de los participantes.

TABLA I. Datos sociodemográficos –sexo, edad, estado civil y nacionalidad- de los participantes de la muestra.

PARTICIPANTES	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NACIONALIDAD
1	Masculino	78	Viudo	Argentino
2	Femenino	58	Viuda	Argentina
3	Femenino	95	Viuda	Uruguay
4	Masculino	61	Separado	Argentino
5	Femenino	64	Soltera	Argentina
6	Masculino	85	Viudo	Chileno
7	Femenino	84	Soltera	Argentina
8	Femenino	62	Viuda	Rusa
9	Femenino	79	Soltera	Argentina
10	Masculino	78	Separado	Argentino

TABLA II. Datos sociodemográficos –nivel educativo, seguridad social y tiempo de institucionalización- de los participantes de la muestra.

PARTICIPANTES	NIVEL EDUCATIVO	SEGURIDAD SOCIAL	TIEMPO INSTITUC.
1	Primaria incomp.	Pensión	11 años
2	Primaria incomp.	————	5 meses
3	Primaria incomp.	————	15 años
4	Secundario	Pensión	8 meses
5	Universitario	————	1 meses
6	Primaria incomp.	Pensión	16 años
7	Primaria	Pensión	4 años
8	Universitario	————	2 años
9	Secundario	————	20 años
10	Primario	Jubilación	2 años

4. CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCION DONDE SE RECOLECTARON LOS DATOS.

El Hogar de Ancianos de Mar del Plata es una Institución Pública Municipal, con una Jefatura y una Comisión Asesora. La División Hogar depende de la Secretaría de Calidad de Vida de la Municipalidad de la ciudad de Mar del Plata.

Los propósitos fundamentales de la Institución, consisten en brindar asistencia integral a personas mayores de 60 años, en situación de riesgo social, marginalidad, carente de recursos, tal que requieran una residencia permanente y protegida y con personal especializado para cubrir las necesidades básicas y de cuidados, tanto de alojamiento, higiene, alimentación, seguridad, atención médica.

El Hogar de Ancianos atiende a mayores, contemplando los aspectos gerontológicos, psicofísicos y socio-asistenciales, bajo principios prioritariamente asistencialistas; si bien se propende al trabajo en equipo interdisciplinario, en el tiempo en que se efectúa esta investigación, dicho equipo carece de operatividad, fundamentalmente por licencias prolongadas de algunos integrantes del equipo técnico (causales de enfermedad, pronta jubilación, haciendo inviable la posibilidad de cobertura de cargos).

5. CARACTERÍSTICAS DEL ACCESO A LA INTERNACIÓN

En el acceso a la internación tal como es descrito y vivenciado por los participantes se registra un común denominador, la necesidad de asistencia (controles médicos, curaciones diarias) protección (vivienda, alimentación, abrigo), que se generan ante la pérdida de la capacidad de autovalimiento, falta de red de apoyo familiar efectivo, la no disponibilidad de beneficios sociales y/ o insuficientes para el autosostenimiento.

En algunos casos, durante un período previo a la internación recibieron asistencia domiciliaria, mediatizado por personal de Caritas y/o Asistente Social del Hogar quienes propusieron internación, que después de un tiempo de reflexión de los adultos mayores derivó en la decisión y aceptación de la misma. Amigos del barrio son los que se conectaron con las dependencias municipales a fin de que fueran auxiliados.

En otros casos, previamente existía convivencia con familiares (hijos, nuera y nietos). En el un caso el adulto mayor fue víctima de maltrato y confinamiento a un lugar insalubre, donde es la misma familia quien procura el lugar de internación y toma la decisión al respecto. En un segundo caso, nunca pudo efectivizarse una inclusión saludable en el medio familiar, dado los conflictos permanentes y a los fines de evitar la posibilidad de una mayor complejidad, solicitó a sus familiares ayuda para que le encuentren el lugar de internación. La propuesta implicaba un límite a la exclusión y vivencia de ajenidad imperante en el ámbito hogareño.

Otras situaciones de internación fueron posibilitadas por profesionales de la salud del Hospital Regional de Agudos, donde estas personas estuvieron internadas por problemas de salud, con la consecuente pérdida de la capacidad de autovalimiento y sin contar con una red de apoyo efectivo.

En tres casos, los encuentros con personas vinculadas en otro tiempo al trabajo o como en el último caso, donde primó un vínculo de amistad, son los que proveyeron información. Los adultos mayores, a partir de la información recibida, se movilizaron e iniciaron los trámites pertinentes para lograr la internación.

Y en un caso, el AM transitando una difícil situación vital, le informaron de la existencia del Hogar Municipal en Laguna de los Padres, estuvo un año y medio aproximadamente, el lugar fue cerrado y fue trasladado al actual Hogar Municipal.

6. CARACTERÍSTICAS DEL RÉGIMEN INSTITUCIONAL

El tiempo de concurrencia a la institución, coincide con aproximadamente el inicio de las obras de remodelación del Hogar. Esta situación determina que sólo se utilice una parte del espacio físico institucional. Actualmente se disponen de dos salas, una la ocupan los residentes varones y la otra las residentes mujeres.

Los residentes más dependientes, o que requieren curaciones, utilizan pañales, se levantan más temprano para su atención personalizada. A las 8,30 horas se sirve el desayuno, a las 12,30 horas el almuerzo, a las 17 horas la merienda y a las 20 horas la cena. Todos los residentes entrevistados duermen siesta o se recuestan, después de finalizado el almuerzo.

Los lugares que ocupan en la mesa en las comidas diarias, son lugares asignados. Los residentes que gustan de tomar mate por la mañana o por la tarde pueden hacerlo. Una vez a la semana tienen su baño personal, el día que le corresponde a cada uno está asignado. Los residentes pueden recibir comunicaciones telefónicas de sus amigos, familiares, pero no pueden efectuarlas, aunque estas estén dirigidas al ámbito local.

Los residentes tienen servicio de lavandería, dejando su ropa sucia y relevándola por la limpia. Los que pueden desplazarse por sus propios medios pueden caminar por la institución y/o alrededores, ir a paseos, visitar familiares, quedarse algún día con ellos en ocasiones de días festivos u otros, dando aviso previamente.

Las actividades recreativas se limitan a ver TV, escuchar radio (si se posee una). Cuando contaban con el personal suficiente solían ir de campamento a la Laguna de los Padres, actividad que recuerdan con mucha satisfacción. También participaban de Talleres de Reciclado de papel y botellas plásticas y de un Taller de Manualidades.

El Hogar cuenta con una camioneta (ahora inutilizada, ya que no se realizan las reparaciones necesarias) que posibilitaba el transporte de los residentes a los paseos, salidas culturales y/ o efectivizar trámites (cobros de pensión y/o jubilación, consultas médicas especializadas y / o estudios específicos indicados) La no disposición del medio de transporte, al que se agrega la falta de personal acompañante, limita cualquier proyecto recreativo fuera de la institución.

7. TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS Y PROCEDIMIENTOS

Se implementaron entrevistas semidirigidas, como principal recurso de recolección de datos a fin de la producción de un texto (ver Anexo, Modelo: guía temática implementada en las entrevistas)

La entrevista permitió obtener información verbal en el marco de una relación interpersonal entre entrevistador y entrevistado, en que este último otorgó su consentimiento informado, al tiempo de haberse explicitado el objetivo de la investigación, procedimientos utilizados (grabación) y utilización de la información. Se proporcionó amplitud y libertad para la expresión de sus ideas a todos los participantes.

La recolección de los datos duró 1 mes, con una concurrencia semanal en la que se realizaron dos entrevistas cada vez. La duración de las mismas osciló en un promedio de 1 hora / 1 hora 30 minutos.

8. PROCESO DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se procedió a la desgravación de las entrevistas y al análisis cualitativo; comenzando con la identificación de los temas y patrones clave; dependiendo del proceso de codificación de los datos.

La segmentación y codificación de los datos ha permitido organizar, manipular y recuperar los segmentos más significativos de los datos. La forma en que se realizó fue mediante la asignación de etiquetas a los datos, permitiendo condensar el grueso de los datos en unidades analizables, creando categorías a partir de ellos. La codificación permite a su vez generar conceptos y permite una revisión rigurosa de los datos.

La codificación permite vincular distintos segmentos y reunirlos en categorías en relación a un concepto en particular poniéndolos en relación con otras categorías. Permite diferenciar y combinar los datos recuperados, reflexionar sobre ellos y especialmente expandir los marcos conceptuales y las dimensiones para el análisis.

La codificación, las categorías y los conceptos se relacionan estrechamente entre sí. Para este procedimiento se usó un sistema manual, tanto para la señalización como para la manipulación de los datos. La codificación consta de un principio organizador, una herramienta para pensar los datos, expandirlos, cambiar o aunar a medida que tiene lugar el desarrollo de las ideas a lo largo de las interacciones repetidas con los datos, de forma organizada y sistemática (Coffey & Atkinson, 1996).

Puede considerarse el análisis cualitativo en términos de descontextualización y recontextualización. Descontextualizar los datos exige segmentar porciones de los mismos y desbaratar el conjunto de los datos en porciones comprensibles por sí mismas y lo bastante grandes para ser significativas. La descontextualización significa separar trozos, sacados de los datos, de su contexto original al tiempo que se retiene su significado. Entonces se reorganizan los datos segmentados y se clasifican como parte del proceso de recontextualización. La codificación, como parte del proceso, ayuda a la recontextualización de los datos posibilitando un nuevo contexto.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Tomando la perspectiva de la OMS, estudios de investigación actuales, y la prevalencia de las categorías identificadas en los datos, se establecen las siguientes dimensiones de análisis: redes sociales de apoyo, autoconcepto, actividad y salud.

1. Redes Sociales de apoyo

Sluzki (1979) plantea que la Red Social Personal puede ser definida como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativa. Se destaca especialmente la función que cumple el Apoyo Social, proveyendo ayuda emocional o instrumental. La mera existencia de relaciones no implica indefectiblemente la provisión de apoyo, dado que algunas relaciones son fuente de conflicto. Es la calidad de la interacción la que se destaca ya que cobran mayor importancia en el bienestar subjetivo, al tiempo que pesquiza en particular cuales, acorde a sus características estructurales tienen mayor prevalencia en los entrevistados.

He preferido en este trabajo, con el objetivo de favorecer su visibilidad, registrar las interacciones informadas por los entrevistados de acuerdo a si se refieren a la familia, reservándolo bajo el título de *redes de apoyo familiar*, las que se refieren a las interacciones con amigos, vecinos, y/o compañeros con los que se transitó un periodo de actividad laboral, como la red de apoyo informal y aquellas interacciones que se generaron en el ámbito de institucionalización con el personal de la misma, como red de apoyo formal.

Esta diferenciación permite visualizar en que medida la pérdida y/o desvinculación de un tipo de red de apoyo puede remitir a una derivación compensatoria en otra red y en qué medida puede satisfacer parcial /o totalmente la función de apoyo a favor del bienestar subjetivo tal como es percibido por el adulto mayor.

Red de apoyo familiar

En los casos entrevistados hay una mínima prevalencia de una red de apoyo familiar, que contenga una valoración que permita vincularla como generadora de bienestar.

Participante 3: *“Estuve viviendo con mi hijo, mi nuera es muy buena pero yo soy muy distinta, para no tener problemas le dije a mi hijo, buscame algo que yo me voy. Es su casa y no la mía. Mi hijo viene a visitarme, me ayuda. Tengo mis nietos y mis biznietos, una vez por semana voy a plancharles la ropa ellos!”*

Capacidad de reconocimiento de sí, de las dificultades inconciliables, de su vivencia de ajenidad y no pertenencia al grupo, revierte en la autodeterminación de encontrar un lugar propio, una alternativa inclusiva, y así continuar vinculada a la red. Posicionarse en su rol abuela, bisabuela, a través del desempeño de una actividad placentera para ella, donde es reconocida, valorada y retribuida, derivando en bienestar.

Participante 1: *“Soy viudo. No tengo hijos, no sé si es mejor o peor”. “Tengo familiares, no se si viven o no”*

La mayoría de los entrevistados no cuentan con una red familiar, por pérdida o desvinculación, por lo tanto no es efectiva en su función de apoyo.

Participante 4: *“Soy separado, tengo un hijo y dos nietos. Con mi ex esposa tengo una buena relación, me llamó por TE. A mi hijo lo veía cuando iba a Bs. As., ahora me dice, en enero me doy una vuelta. Mi ex mujer se conecta con mi familia, con mi madrina”*

En casos donde existe una red familiar, y comunicación esporádica, tampoco es efectiva en el intercambio afectivo y/o función de apoyo. Se registra como una modalidad vincular construida en el tiempo, egosintónica.

Participante 5: *“Desde que falleció mi madre, mi hermana me ha abandonado, no quiere saber nada de mí, eso me tiene muy mal a mí. Una vez que mamá murió no hay acercamiento familiar. Acá hay gente que para las fiestas se han ido a la casa de sus familias y yo como siempre sola (llanto)”*

En casos donde la red familiar se ha reducido por fallecimientos de sus integrantes y éstos fueron los soportes de la vigencia de la red, una de las consecuencias posibles es el abandono. La figura materna, y con anterioridad los padres, con su presencia garantizaron cierta unión familiar, la muerte del padre primero, la madre después, precipitó una realidad preexistente de exclusión y abandono.

Participante 7: “Tengo una hermana de crianza. Tenía una hermana mayor y murió, quedé yo solita. Familia tengo, si yo encontrara esa familia me voy con ellos!”

En este caso, pensar en la red familiar remite a la expresión de una imagen, recuerdo de una imagen familiar y el deseo de pertenencia.

Participante 8: “Mi esposo murió al mes de venir a Argentina, yo sola con mi hija. Malo, me quería morir, corté venas y no morir. Mi hija viene más o menos, trae nietita, cumple años, no tengo para comprar regalo, malo!”.

Algunos vínculos familiares perduran, aunque sin proporcionar una fuente de apoyo eficaz. El rol de abuela y las significaciones que le otorga le genera conflicto y ambivalencia en el vínculo establecido.

Participante 9: “Tengo sobrinos, uno es abogado y otro es arquitecto, pero no vienen a verme”

Otro ejemplo en el que se mantienen los vínculos familiares con limitado intercambio que no aseguran un apoyo afectivo ni instrumental.

Participante 10: “Casado y separado. Mi familia, desaparecieron, padre, madre, hermanos. Tuve un hijo y se me murió hace mucho tiempo por una enfermedad.”

Distintas nominaciones -desaparecidos, muerto- hacen referencia a la red familiar perdida.

Red de apoyo informal

La característica de los vínculos que se han establecido, son inconsistentes, perecederos, circunstanciales y/ o coyunturales.

Resulta significativo, ya que la vida en el Hogar proporciona la cercanía de muchos otros que potencialmente están a disposición para el encuentro vincular, el limitado intercambio, donde prima la exclusión permanente del otro vinculante.

En los ejemplos es visible como la convivencia, la cercanía espacial proporcionada por el contexto institucional, no garantiza la interacción y el establecimiento de vínculos significativos que adquieran una valoración positiva a favor del bienestar percibido.

Participante 1: "El que tiene un amigo tiene las puertas abiertas. Ahora estoy esperando a un amigo que me invitó a pasar las fiestas, pero no ha venido más! Los vecinos, te vamos a ir a visitar, nunca más!, me vinieron a ver el día que vine, nunca más"

Los amigos, vecinos, enuncian la continuidad del vínculo, pero se pierde una vez que se concreta la institucionalización, generando expectativas de reencuentro y malestar subsiguiente.

Participante 2: "Con casi todos los chicos me llevo bien, no peleo con nadie. Con las compañeras, la que está de aquel lado es cieguita y ella habla cuando le hablan y después con las otras dos, converso con la de más acá, porque la otra es media"...

Refiere a las interacciones con los otros residentes, la no pelea es equiparada a un vínculo con sus pares, limitado y superficial.

Participante 3: "Pocas amigas, una de al lado de mí cama y una del otro lado, son con las que se habla más, las otras dos buen día y nada más, porque son señoras ya grandes, que están medio distraídas"

La interacción se genera por la cercanía en el espacio físico institucional asignado, que limita el intercambio y el encuentro con otros posibles interlocutores válidos. El deterioro cognitivo de algunos residentes, la edad, genera una barrera infranqueable entre los residentes.

Participante 4: "Amigos se buscan, no se encuentran así nomás. Con X, un hombre grande, inteligente, ningún neófito, hemos hecho migas, a él le gusta el vino, igual que yo. Hacemos mucho candombe a la noche. Los renegados los sacamos aparte. Vos no estás en la joda, borrate, no tenés más nada. Hay uno que le digo que era el guapo de la sala y ahora esta encerrado, está viejo, como estoy viejo yo, pero él es mas viejo que yo, es un calentón, no se olvida de eso. Uno lo carga, le dicen te vinieron a ver los marineros y no le puedo decir todo lo que le decíamos! El otro me dice, que me va a cagar a puñaladas y se hace el guapo, cuando nos vamos a acostar y se apagan las luces, ahí empezamos. Las mujeres están todas para aceltarlas. Son todas mujeres muy grandes y para el hombre grande tampoco tiene ganas de andar, esas viejas, locas"

El nucleamiento, se dispone a partir de rasgos identificatorios facilitando el establecimiento de algún vínculo significativo. El agrupamiento, adquiere una configuración particular. La pertenencia definida a partir de los intereses compartidos. Pertenecer al grupo implica un beneficio, donde otros son excluidos. Aluden al cese de la actividad sexual, proyección de

sus vivencias pasivas, compensado por una acentuación de rasgos que exacerban el ser macho y guapo. Se proyecta en los otros aquellas representaciones de sí rechazadas y no reconocidas; la agresividad está al servicio de estos mecanismos que permiten la invectiva y casi un acto de venganza. Estos aspectos singulares promovidos por los mecanismos puestos en juego, permiten un distanciamiento óptimo de los aspectos renegados. En los momentos de mayor intimidad se generan los intercambios con connotaciones más agresivas, donde alguna ganancia de placer se obtiene, quizá la de confirmar una identidad sexual que la institucionalización ha puesto en jaque. La mujer vieja, equiparada a loca y descontrolada, promueve un distanciamiento, pero también devela un encuentro imposible.

Participante 5: "Tenía amigos. Una vez que falleció mi madre, porque todos se dieron cuenta de la relación y sentimientos de mi hermana hacia mí, en vez de ayudarme y seguir la amistad conmigo, ya que ésta la va a embromar, la embromamos primero"

Vínculos previos inconsistentes, otorgados por la presencia materna que los garantizaba, con su muerte devinieron en falta y perjuicio.

Participante 6: "Vine por uno que trabajó conmigo, me informó del Hogar. El amigo por el que vine murió"

Hace referencia a la pérdida de vínculos amistosos e imposibilidad de ser sustituidos. El encuentro ocasional de un antiguo compañero de trabajo le proporcionó información y le permitió movilizarse para la tramitación necesaria. Reencuentro y pérdida vincular. La falta de red de amigos no es compensada en la interrelación con sus pares residentes, prima una interacción muy limitada.

Participante 7: "Veo muchas mujeres grandes, pocas son la que conversan conmigo"

No se reconoce en las otras mujeres, la interacción debe sobrevenir, no hay iniciativa propia.

Participante 8: "Todo, hola, hola y como le va, todo bien, poco y nada, amigos no, todo mal"

A la dificultad para establecer una interrelación, en este caso se suma una dificultad en el escaso conocimiento del idioma.

Participante 9: *"Hay alguna, la señora que esta al lado mío, es buenita. Amigos no se puede tener, porque son gente muy mayor, son imposibilitados. Hay uno que es interesante, hace crucigramas chinos, me dijo que me iba a traer, pero se olvidó, y maneja la silla!"*

Relacionarse con el otro no parece ser un objetivo en común, el hacer una actividad motivadora puede ser una estrategia donde es posible tener una ganancia a favor de la interrelación. La vejez, la discapacidad sobreviniente, no son cualidades interesantes para la interacción en la medida que se proyectan aspectos rechazados y aficciones de los otros –propias–.

Participante 10: *"Hago la mía. Yo hice muchos amigos. Amigos, yo tengo un concepto de la palabra amigos, hoy no los tengo. Los compañeros que mas tiraban hacia mí, hace poco se dividieron, los trasladaron, era la gente mas centrada y que podían comunicarse conmigo. Tengo una compañera acá, charlamos. No anda bien, está acostada. La fui a ver, no está permitido, pero a mí me dejan, ella es sola, yo soy solo".*

La interacción es superficial, no se encuentra en el otro un par que permita el establecimiento de un vínculo significativo. El traslado de residentes promovió la pérdida de vínculos establecidos. En este último caso, el aislamiento se compensa en el encuentro con una compañera. Poder visitarla (sala de mujeres) implica una excepción en la normativa institucional, y no la promoción de un acompañamiento que conduzca al fortalecimiento personal de los que transitan un episodio adverso.

Red de apoyo formal

Algunos residentes establecen redes de apoyo formal como una posible compensación del vaciamiento en otras dimensiones de la red. Valoración positiva, que se traduce en las expresiones de los residentes que encuentran el apoyo instrumental y afectivo en las personas que cumplen una función en la institución. Este apoyo efectivo connota cierta fragilidad, ya se pierde cuando se generan modificaciones, ya sea por francos, licencias, jubilación u otros cambios en lo laboral.

Participante 1: *"Recurro al enfermero o al médico que viene todos las tardes. Pero a mí me gusta más X, está más tiempo y es más fácil consultarle. Hoy faltó una enfermera, está de franco, es la que me cura todos los días y también se va de acá."*

Uno se acostumbra a como cura. Hay dos enfermeras que no están ahora, me encantaba que me curaran, ya se jubilan también, uno se acostumbra... Yo te voy a venir a visitar, que va, no aparecen nunca más"...

Aquellos profesionales que comparten más tiempo y curan, facilitan el intercambio, resuelven inquietudes y son fuente de apoyo. Los vínculos establecidos a partir de la asistencia se pierden por traslado o jubilación, y no existe un remanente afectivo perdurable. Tanto en los residentes varones como en las mujeres, se registra mayor afinidad relativa al género, incidiendo además factores inherentes al tiempo compartido y disposición a responder demandas.

Participante 3: "Hay gente buena acá, los enfermeros son muy buenos, uno les pide un favor y ellos se los hacen. Hay gente que se queja mucho, está todo el día en el médico, con el enfermero, todos los días tienen algo. Yo lo único que pido, si mi hijo no me lo ha traído, es un calmante"

Los enfermeros constituyen una fuente de apoyo concreto. La figura del médico, del enfermero cumple una función específica; la capacidad de discriminación construida, en parte se sostiene cuando se cuenta con otra red, especialmente familiar. La queja continua denuncia un dolor persistente para el que no hay alivio.

Participante 4: "El personal es excelente, todos nos atienden muy bien. Me acabo de bañar, y me dieron ropa limpia y nueva, que no me vean con una camisa sucia! Con el enfermero me pelee, discutí, él cumple sus funciones"

Valorización del personal ligado al cumplimiento de sus funciones específicas sin otra expectativa ni demanda.

Participante 5: "Las personas que trabajan acá son bastante afectuosas, pero cuesta. Cuando tengo algún problema me dirijo a los enfermeros, son muy accesibles"

El reconocimiento de la accesibilidad y trato afectuoso de los técnicos conlleva el costo de remitir a la falta de apoyo instrumental y afectivo de otro tipo de red.

Participante 7: "Con algunos de ahí, pero soy de poco hablar"

No ha podido compensar la falta de red, la presencia de alteraciones cognitivas por momentos muy visibles, conllevan por parte de los residentes a una falta de empatía, resistencia al intercambio y a la no disposición de escucha de demandas (observable).

Participante 8: "No sé a quién recurrir acá"

No hay referencia a la red de apoyo formal que le permita dar cuenta de sus preocupaciones o inconvenientes.

Participante 9: "Los enfermeros son muy buenos. El Dr. L me dijo, yo te voy a mandar a lo de los abuelitos. El enfermero X era ideal, estuvo enfermo, pero ahora está bien, gracias a Dios. Este chico que me trajo (traslada a la sala donde tendremos la entrevista) es como si fuera mi hijo"

Los vínculos de apoyo se establecen con los profesionales, aún antes de la institucionalización. Atenta al bienestar de los otros en los que se deposita confianza y afecto. Vínculos en los que se deslizan otras relaciones, satisfaciendo deseos no satisfechos y proyectos no perseguidos.

Participante 10: "Acá no puedo recurrir a nadie"

No ha podido establecer un vínculo que provea de un sostén instrumental o afectivo confiable.

2. Autoconcepto

Suele definirse como el conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo. Pensamientos y sentimientos que, consecuentemente, permiten diferenciar dos componentes de los mismos: los cognitivos y los evaluativos. El componente cognitivo hace referencia a las creencias sobre varios aspectos de sí mismo, tales como la imagen corporal, la identidad social, los valores, las habilidades o los rasgos que el individuo considera que posee. Los aspectos evaluativos del autoconcepto, a los que también se suele denominar autoestima, están constituidos por el conjunto de sentimientos positivos o negativos que el individuo experimenta sobre sí mismo. En la determinación de la influencia de ambos componentes (cognitivo y evaluativo) va siempre a representar un papel importante en la imagen que el sujeto considera que los demás tienen de él (McCrae, Costa, 1980)

En relación al autoconcepto, se indaga aquellos valores singulares, construidos en el tiempo, en consonancia con valores imperantes en la cultura, con particularidades de género y nivel sociocultural. Dicha valoración se traduce en expresiones como la

satisfacción por lo vivido, por lo que pudo realizarse y que da cuenta en algunos casos de una imagen identificatoria vinculada a la actividad que se desarrolló. En otros casos la "caída identificatoria" sobreviene cuando irrumpe la disfunción, la discapacidad y no se pudo tramitar el duelo por lo perdido y disponerse a ganancias actuales. También se han encontrado valoraciones negativas que se relacionan a una deficiente construcción de su identidad, donde no se alcanzó la autonomía. Algunos ejemplos:

Participante 3: *"...Antes era otra cosa, las madres no mandaban a estudiar, sino a trabajar, pero se lo agradezco porque aprendí a respetar, a trabajar, a ser limpia y eso es lo principal...Jamás dije esto no lo hago, no tengo problemas ni con mi familia ni con nadie, cuando vienen con cosas, a criticar a fulano, yo los corto, a mí eso no me gusta, yo quiero vivir tranquila y en paz los años que me quedan. Yo hice mucho aquí, primero con los peluches, después empecé a hacer cajas y después con la máquina años, hice servilletas, arreglé sábanas, toallas, fundas, repasadores. Después trabajé en la cocina lavando tazas, después trabajaba una mañana en ropería y otra mañana cosiendo, haciendo dobladillos, ruedas en las polleras, como me empezaron a doler las piernas dejé, ahora estoy tejiendo. Estoy bien, vivo bien, no me quejo, hice todo lo que pude..."*

La valoración positiva con el concepto de sí, considera atributos de valores construidos en la vida, en consonancia con valores que responden a valores imperantes en la cultura, con particularidades de género y nivel sociocultural. La satisfacción con lo vivido y/o haber realizado todo lo que se ha podido, permite referir sentimientos que aluden a la tranquilidad, paz, sin conflictos, con aceptación de la asistencia necesaria. La posibilidad de sustituir actividades significativas a medida que la funcionalidad está limitada, permite sostener un autoconcepto y estima de sí valorado positivamente, además de la retroalimentación, que es promovida por el reconocimiento de los otros, que pueden asociarse a una percepción subjetiva de bienestar.

Participante 6: *"Soy minero, esa era la profesión que tenía, desde los 11 años andaba en los talones de mi padre hasta los 22 años. Es bravo, muchas veces se gana plata y muchas no. Uno va andando en la cordillera y ve un reventón de piedritas y como uno ya conoce que es de mineral, se saca un poco y se manda al laboratorio y sabe la cantidad de oro que se puede sacar, si a uno le conviene empieza a trabajar y recién entonces se va haciendo la mina. Ahí trabajaron mi padre, mi abuelo y mi tatarabuelo. Cuando vine a Mar del Plata, no conocía ni a los ladrillos, pero que resulta que trabajando en la construcción me gané el puesto de oficial de albañil, y con el tiempo cementista. Todo me dio satisfacción, porque yo siempre trabajé, la satisfacción me la busqué yo mismo, los trabajos no me*

quedaban grandes a mil...pero con el tiempo me encontré que el cuerpo ya no me daba para trabajar en lo pesado. Ahora lo que me mata, es que no veo del ojo derecho y del izquierdo muy poquito. Pero sí me entrego estoy listo!.. He sido muy calavera, me gustó el juego, la copa, las mujeres, agradezco a Dios por lo vivido”.

Nuevamente la valoración del autoconcepto positiva, la satisfacción con lo vivido y cómo se ha vivido. La referencia en presente en relación a su profesión, refiere que no ha dejado de ser, la identidad se conserva aunque ya no es posible desarrollarla, construcción que se basa en parte en la transmisión de modelos familiares que supo remodelar, encontrando la misma satisfacción y el orgullo de poder afrontarlo. Al sobrevenir la discapacidad motriz y visual en forma progresiva, pudo procurarse un lugar donde podían ofrecerle asistencia. La actividad religiosa que profesa opera como un recurso positivo de afrontamiento ante la discapacidad sobrevenida. La religión amortigua los efectos de situaciones críticas, de pérdida, favoreciendo la aceptación de lo que acontece.

Participante 4: “..Uno tiene sus rechifles y esas cosas, por problemas particulares ...lo que pasa es que no estamos todos en la misma bolsa....más renegado que otros... viejo jodido,... reacio a todo régimen, pero hice el servicio militar, entonces más o menos conozco las pautas!. Trabajaba comprando y vendiendo pescado hasta que me quedé ciego. Antes trabajaba en una compañía forestal, vendíamos tanino, extracto de quebracho a los productores más grandes del país, se exportaban 5000 toneladas mensuales, 1000 se vendían al mercado local, imagínese la magnitud de la empresa ¡y me calentaron la cabeza y me fui a trabajar a una curtiembre. A los dos meses me compraron un auto y viajaba constantemente, pero falleció el dueño, la esposa vendió...me pagaron un año de sueldo, no indemnización y me lo gasté todo! Era una persona bastante necesaria...Soy bastante rápido, chispa....agilizaba el laburo, jodía tanto, que todos se metían en la misma.... no soy un necio, si voy a decir algo, es por convicción. Aprender, ser libre, hacer bien el trabajo, eso era lo que a mí me interesaba, el problema de la vista me anula!

Una valoración negativa se vincula a la imagen de sí, “viejo”, “jodido”, “renegado”, pero que es precedida por una imagen identificatoria valorada positivamente, construida en el medio activo, laboral, donde se era ágil, necesario, competente. Esta “caída identificatoria” remite

al impacto sobreviniente a la discapacidad visual, especialmente, sin posibilidad de afrontamientos que proporcionen bienestar.

Participante 5: ..."trabajé muy poco, estaba en una situación económica muy buena, entonces no me era necesario para vivir. Desde que falleció mi madre, mi hermana me ha abandonado.... de chica tenía todo y fui feliz..."

También se halló una valoración negativa del autoconcepto, en cuanto a la dimensión vinculante al bienestar. En el caso, una deficiente construcción de la identidad, donde nunca se logró autonomía, ni estuvieron presentes recursos que le permitieran autosostenerse. Ligado a un vínculo primario, de completud e incapacidad de generar el propio proyecto de vida.

3. Actividad, recreación.

El concepto de actividad está relacionado al objetivo, ya sea material o mental, y a las condiciones para alcanzarlo. Las acciones que derivan de la tarea son las que se necesitan para alcanzar la finalidad predeterminada. La tarea transforma las cosas con las que el sujeto actúa pero también deriva en la transformación del que actúa, cuando se asimilan nuevas condiciones y/o habilidades proporcionando cambios en el desarrollo cognitivo reestructurando los recursos construidos.

La actividad recreativa entendida como implicación en el desarrollo personal, durante todo el curso vital, aporta oportunidades de autoexpresión, intercambio e inclusión social. La actividad recreativa debe proponer objetivos, establecimiento de metas con intereses singulares. Se piensa como una forma de organizar el tiempo libre en un espacio de inclusión e intercambio con los otros, posibilitando el desarrollo de lazos afectivos.

Algunos ejemplos de esta categoría de análisis, que valora la actividad tanto productiva como recreativa como un determinante que puede asociarse al bienestar percibido:

Participante 1: "Antes sabíamos ir de campamentos, en los veranos, llevaba el acordeón, pero ahora no vamos. No tenemos transporte, la camioneta hace mucho tiempo que está rota. Una de la que iba con nosotros ahora esta frente al escritorio, la otra no está más. Íbamos al teatro. Los primeros años me gustaba ver TV, pero ahora no, uno porque me hace bien acostarme por las piernas. Me pongo la radio con audífono"

La actividad recreativa ya no continua siendo una propuesta institucional, la falta de transporte y personal, ha derivado en la pérdida de actividades programadas y satisfactorias para los residentes. La radio, una posesión, fuente de conexión con el mundo exterior, pero también un recurso de autodistracción, que podemos valorar positivamente, pero a costa de limitar el intercambio con los otros y favorecer el aislamiento.

La autodistracción puede considerarse como un recurso beneficioso para hacer frente a aquellos estresores ambientales, disminuyendo su impacto; podemos considerarlos, siguiendo a Eliseo Chico Librán (2002), afrontamientos focalizados en el problema, ya que hacen referencia a los esfuerzos dirigidos a modificar las demandas o eventos ambientales causantes de estrés, intentando resolver el problema o, al menos que disminuya su impacto y también afrontamientos evitativos, en la medida que se recurre a conductas o distracciones que no permiten pensar en el problema, y en este sentido podemos estimar que son recursos beneficiosos. Pero la autodistracción, en la medida que se convierte en un recurso privilegiado, también conduce al aislamiento, autoimponiendo límites a posibles interrelaciones.

Participante 3: "Me gusta salir, pero ahora me duelen las piernas, pero igual salgo. Me dedico a tejer en la sala, soy de poco hablar. Ahora no vamos, pero antes íbamos de campamento. Yo empanaba 7/8 kg. de milanesas, y si había que pelar papas ayudaba en todo. A mí no me importa, hay gente que no, está sentada, prefieren mirar al techo, yo no sirvo. Hice cuatro mantas, tres se vendieron y una se regaló. La lana me la dieron acá. Esta que estoy tejiendo, me la compró mi nieta, por que es para mi bisnieto. Hice también siete bufandas para los chicos en el invierno, gorros y tres chalequitos. La actividad entretiene y no se está pensando en esto y lo otro. Acá la gente está con que la familia no viene y se amargan".

Prevalece la actividad significativa, el disfrute en las salidas, minimizando el dolor de sus piernas debido a la artrosis. El tejer compensa la falta de una interacción genuina con los otros residentes. Las preciadas salidas de otro tiempo -los campamentos-, se perdieron a falta de recursos económicos y humanos. La actividad, la colaboración pone a resguardo un aspecto identificador construido y valorado de sí. El poder realizar una actividad significativa, cuyo producto beneficia a otros, incrementa su autoestima, generando bienestar. Podría valorarse la actividad como una estrategia de afrontamiento ante pérdidas, asociándose con vitalidad plena y que previene de la posible emergencia de malestar, evitando posibles caídas en estados depresivos.

Participante 5: "Leer me gusta más o menos, me han dejado unos libros interesantes para leer. Me gusta mucho ver TV y escuchar la radio para estar interiorizada con lo

que pasa. Algunas personas compran su diario, pero no se los he pedido prestado. Me gustaría hacer traducciones o leer inglés”.

La falta de interacción espontánea la posiciona en espectadora de lo que otros acceden -la radio, el diario- las actividades de su interés no son promovidas.

Participante 7: “Porque acá no se trabaja, estoy aburrída de estar acá. Me gusta la música, pero no tengo con que escuchar, así que muchas veces me aburro. Tejer a mí me gusta, he tejido pulóveres, cobijas, tanto con una como con dos agujas. Yo teniendo tejido o algo, no me sacan, me gusta mucho”.

La actividad significativa es una estrategia válida para compensar aspectos de sí altamente valorados como en otrora lo fuera su actividad laboral. La inactividad promueve aburrimiento y malestar.

Participante 10: “La inactividad a uno lo mata. Acá en el taller de TO, hacíamos trabajos con papeles, reciclábamos y ahora no hay TO y lo cerraron. Había mucha gente que trabajaba acá”

La actividad es vital, refuerza aquellos aspectos valorados de sí, operando como estrategia que permite el afrontamiento de las situaciones de la vida que escapan al control individual.

La actividad no es promovida institucionalmente debido a la falta de personal técnico y auxiliar que conduce a un perfil institucional con principios retrógrados.

4. Salud autopercebida

Cuando utilizamos el concepto de salud, estamos haciendo referencia al bienestar físico, mental y social, según la expresión de la OMS. Partiendo de una concepción global de la salud no solo como ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar autorreportada, se la está asociando a la satisfacción con la vida, a las habilidades funcionales, a la independencia en las actividades de la vida cotidiana e higiene personal, entre otros correlatos.

La salud subjetiva se relaciona mas fuertemente con el bienestar personal o subjetivo que con la salud objetiva. El concepto de salud que tenga el adulto mayor se relacionará con una valoración subjetiva (Uribe Rodríguez, Valderrama Orbegozo, Molina Linde, 2007) es decir, que además de los cambios físicos visibles, el adulto mayor percibe su salud de

acuerdo a sus habilidades funcionales, el bienestar psicológico y el soporte social con el que cuenta.

En la población entrevistada las afecciones predominantes son músculo-esqueléticas (artritis, úlceras) y ceguera, total / parcial. Reciben atención clínica y tratamiento farmacológico que les permite paliar los malestares derivados de las patologías. Si bien los entrevistados registran las alteraciones de su salud, los cambios en la funcionalidad, no cobran un lugar preponderante en su discurso. La edad tampoco es una variable determinante del bienestar percibido. Si bien la salud es una preocupación, no tiene la mayor relevancia si se la compara con otros determinantes del bienestar percibido. Así ocurre en aquellos que conservan mayor autonomía en relación a las actividades de la vida diaria e higiene personal.

Algunos ejemplos acerca de la percepción de salud de los AM entrevistados:

Participante 1: "Me siento bien, lo que me jode son las úlceras. Yo para lo único que molesto es para trasladarme"

Participante 3: "Si no fuera por la artritis que tengo, después de todo lo demás me siento muy bien"

En ambos participantes, la percepción de salud coincide no tanto con la percepción de la salud como deterioro, sino a la valoración de las capacidades, a la autonomía que se conserva.

Participante 5: "Problemas para caminar, con el andador voy más segura. Tengo un problema alérgico, pienso que es el estado nervioso y la eccema que está saliendo por todos lados"

En algunos casos los síntomas de enfermedad física coincide con estado de angustia especialmente referido a la pérdida de redes de apoyo.

Participante 6: "Lo que me mata es que me operaron del ojo derecho. Empecé a ver poco, pasando el tiempo voy a ver menos. Ahora tengo unos dolorcitos que no los tomo en cuenta, con los años el cuerpo se debilita. Con esto me manejo. Yo me hago todo, no quiero molestar en nada, en absoluto, aunque no es molestia, pero no, me parece que está mal"

Participante 7: "Por ahora estoy bien. Tengo unos dolorcitos en las piernas, lo que veo es que se me hinchan. Vestirme, higienizarme, lo puedo hacer sola"

Participante 8: "Tomo medicación cada día, para los nervios, estómago, hígado, ya mejor. Me baño sola, yo me hago todas mis cosas"

Participante 9: "No me puedo parar, tengo la pierna con prótesis de cadera, artrosis, incontinencia y no hay remedio"

Participante 10: "Últimamente no ando bien, ando con el cuerpo caído, aplastado, hay veces que me cuesta caminar. Estoy perdiendo la memoria, ya no retengo fechas, direcciones y por ahí leo el diario y al rato no me acuerdo de nada. Por ahora me baño e higienizo solo, más adelante no sé"

En este último caso, los olvidos, problemas de concentración, fatiga física y mental, acompañan a problemas de tristeza que reeditan situaciones de pérdida de red de apoyo. Mantener la autonomía e independencia en las actividades de la vida diaria e higiene personal es un objetivo primordial.

CONCLUSIONES

Los adultos mayores no son un grupo homogéneo; diversidad que es atravesada por múltiples factores y que se correlacionan en diferentes direcciones. Los datos de las entrevistas analizadas han permitido explorar las dimensiones propuestas del bienestar subjetivo. Los hallazgos de la exploración permiten establecer coincidencias con investigaciones revisadas, destacándose algunas consideraciones:

Se registra en los participantes de la muestra una mínima prevalencia de una red familiar que permita algún apoyo instrumental y afectivo. La falta de la red familiar, por pérdida o desvinculación es preexistente al tiempo en que se accede a la internación. Siempre aflige, en algunos casos se observa una adherencia a esa imagen de otrora, con imposibilidad de compensación alguna. Las redes formales reconocidas, son altamente valoradas por el apoyo instrumental que genera en la asistencia diaria, pero insuficiente para suplir la ganancia de afecto que podría devenir de un vínculo íntimo, perdurable y promovedor del bienestar percibido.

Las redes informales –potenciales vínculos generados entre pares convivientes- son superficiales, inconsistentes, marcados por una sutil exclusión permanente del otro, sin ocasionar un disfrute de la compañía. Se registra una primacía de preservación de la vida privada, rechazo de toda posible injerencia externa que se percibe como desestabilizante.

Paradójicamente, surge el tema de la soledad y la inutilidad de las relaciones con los otros, no creando expectativas para un posible vínculo. En este repliegue en el universo privado, el otro es evitado, porque aflige con su cercanía. Las relaciones son superficiales, el otro no es nombrado por su nombre, sino por el lugar que ocupa en el espacio físico asignado, o cuando son nombrados aluden al apellido y no al nombre de pila, demarcando una distancia sutil y óptima. Es notorio entre los residentes entrevistados, el no reconocimiento del otro-compañero-residente, como o un par, el otro siempre es portador de una valoración negativa (imposibilitado, muy mayor, no habla), lo cierto es, que los integrantes de la muestra tienen alguna discapacidad, no todos son muy mayores y sí son capaces de sostener una comunicación rica en extensión y temática. Cabría pensar, qué refleja de sí el otro para que no pueda considerarse un par, y al que solo cabe un distanciamiento físico-espacial-comunicacional.

La autodistracción opera como una estrategia de afrontamiento, surge como recurso que protege del aislamiento y de la posible emergencia de estados displacientes y/o estados depresivos, en algunos adultos mayores. En otros casos se sostiene como un medio autoimpuesto que limita el intercambio, el posible vínculo, enmascarando una tendencia al aislamiento. La interrelación que podría favorecerse desde las actividades compartidas no son promocionadas institucionalmente.

Los recursos de afrontamiento detectados, autodistracción en cualquiera de sus formas, como escuchar radio, ver televisión, tejer, son procedimientos intencionales dirigidos a disminuir el malestar emocional. Incluyen la evitación, la atención selectiva, obtener en el hacer una valoración positiva, que posibilite un distanciamiento de aquellos acontecimientos negativos, con el propósito de conseguir mayor adaptabilidad al sistema institucional y que parecen atesorar mayor bienestar. La participación en actividades focalizadas en la religión, incrementa el bienestar subjetivo y promueve una mayor aceptación de aquello que no se pudo conseguir pero también un mayor reconocimiento y aceptación de la asistencia recibida, y en este sentido la mayor implicación que se registra, permite considerarla una estrategia de afrontamiento. En relación a las actividades -autodistracción- de ocio, se encuentran hallazgos de continuidad con un patrón previo. Las diferencias culturales y de género afectan esos patrones de ocio.

No se hallaron en las variables sociodemográficas -edad, género, estado civil, nivel educativo- factores relevantes en la consideración del bienestar subjetivo. Tampoco se halló diferencias relevantes en relación al tiempo de institucionalización registrado. En relación a la variable sociodemográfica -ingresos y la seguridad social- proveniente de una pensión o jubilación y en relación a los adultos mayores que no perciben ningún beneficio, la valoración del autoconcepto tiende a disminuir, especialmente cuando no se cuenta con

una red de apoyo. En los pocos casos donde el AM continúa perteneciendo a un entramado social y gozar del reconocimiento de aquellas personas con las que interactúa, le ayuda a mantener un elevado autoconcepto, derivando en bienestar. La valoración positiva del autoconcepto se vincula a la identidad construida, al reconocimiento del otro significativo en el intercambio, en el vínculo establecido. Conlleva aquellos atributos construidos históricamente, con diferencias de género y nivel sociocultural de pertenencia. Favorece la aceptación de lo conseguido en la vida, con tranquilidad actual. Permite la aceptación y reconocimiento de la asistencia recibida, a favor del bienestar personal. En algunos casos, el autoconcepto disminuido se acentúa con la institucionalización en la medida que es vivenciado como abandono y exclusión de la red familiar.

La actividad, recreativa o productiva, la colaboración que surge en la actividad compartida, pone a resguardo de emergencias angustiosas y del aislamiento, por lo tanto es una dimensión con alta incidencia en la promoción del bienestar subjetivo.

En relación al determinante de la percepción de salud, prima la valoración de la movilidad funcional que se conserva, así como la independencia, parcial o total en las actividades de la vida cotidiana e higiene personal. Además de los cambios físicos y funcionales que se refieren en algunos casos objetivamente, la salud autopercebida está más referida a la funcionalidad, a la autovalía. También se correlaciona con el apoyo instrumental y afectivo recibido y la posibilidad de desempeñar una actividad significativa.

También parece evidente que es en la vejez donde acontecen pérdidas de seres queridos con más frecuencia -pareja, hermanos, familia ligada al grupo primario- y también de las redes informales -amigos, vecinos- con que se contaba. Esta desvinculación de amigos y vecinos se registra a partir del acceso al Hogar. Con la institucionalización y el sometimiento al reglamento imperante también disminuye el control de la vida propia, aunque ya fuera escasa antes de la internación.

RECOMENDACIONES

La actividad recreativa entendida como implicación en el desarrollo personal, durante todo el curso vital, aporta oportunidades de autoexpresión, intercambio e inclusión social. La actividad recreativa debe proponer objetivos, establecimiento de metas con intereses singulares. Se piensa como una forma de organizar el tiempo libre en un espacio de inclusión e intercambio con los otros, posibilitando el desarrollo de lazos afectivos. También puede proporcionar oportunidades para que se adquieran habilidades y actitudes. Promover el ejercicio de las habilidades y experiencias recreativas es prioridad en la medida que genera bienestar personal.

La promoción de la actividad se considera una intervención diseñada para mejorar la calidad de vida a través de la participación en actividades con un fin productivo, recreativas, de ocio, ya que la experiencia conlleva a incorporar registros de bienestar en el hacer diario. La participación en actividades de ocio es beneficiosa en la medida que capacita a la personas para relacionar su comportamiento recreativo con sus propias capacidades, incrementando la percepción de control, autoeficacia y por ende influye favorablemente en la adaptación al entorno. Cabe agregar que no será cualquier actividad la que se asocie al bienestar subjetivo sino aquella en que cada sujeto experimente una sensación de control.

Las intervenciones que se basan en el apoyo social, a través de actividades conjuntas de ayuda y colaboración promueven la solidaridad y la pertenencia a la comunidad. La actividad compartida favorece la interrelación, en base a una cultura de la diferencia, donde cada uno aporta desde su singularidad; es decir, desde su propia estructura de identidad construida, su saber y su accionar, a lo nuevo que se propone. En este sentido es determinante que las intervenciones institucionales estén orientadas a potenciar los recursos personales del adulto mayor para afrontar los cambios en forma positiva.

García Martín (2002); López y col; (2010) en sus investigaciones señalan que *la práctica de ejercicios físicos*, tanto en lo referido a la funcionalidad física como en las habilidades cognitivas, influye en la salud objetiva y percibida. Siguiendo estas ideas, la práctica de ejercicios físicos debería formar parte de un proyecto institucional que tienda a promover un envejecimiento saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrews F y McKennell A (1980) Measures of self-reported: well-being. Their affective, cognitive and other components. *Social Indicators Reserch*, 8,127-155. Citado por García Martín M (2002) en *Desde el concepto de felicidad al abordaje de variables implicados en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual*. Universidad de Málaga, España. *Revista Digital* N° 48

Antequera Jurado R; Blanco Picabia A. (1998) *Percepción del control, autoconcepto y bienestar del anciano*; Cap. 15, en La Vejez, Salvarezza L (compilador), Editorial Paidós.

Argyle M. (1993) *Psicología y calidad de vida*. *Intervención Psicosocial* 2 (6) 5-15.

Arias J. (2004) *Red de Apoyo Social y bienestar psicológico en personas de edad*. Ediciones Suarez, Mar del Plata

Arraigada J y Salas Castro M. (2009) *Bienestar psicológico de los Adultos Mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia*. *Revista Ciencia y Enfermería* XV, p. 25-31.

Baltes P (1983) *Psicología evolutiva del ciclo vital: algunas observaciones convergentes sobre la historia y teoría*. En Marchesi A, Carretero M y Palacio J (Comp.) *Psicología evolutiva I. Teorías y métodos*; Alianza Editorial.

Blanco A; Antequera, R y Torrico, E. (1994) *Actitudes ante la muerte y creencia religiosas en los ancianos*. *Intus*, 5 (1-2) 157-174.

Bryant F y Veroff J (1984) *Dimensions of subjective mental, health in american men and womwn*. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 116-135. Citado por García Martín, M.A (2002) op. cit.

Buendía J y Riquelme A. (1998) *La experiencia depresiva en residencias geriátricas*; Cap. 15 en La Vejez, Salvarezza L (compilador): Editorial Paidós.

Chico Librán E. (2002) *Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento*. Universidad Rovira i Virgili. *Psicothema*, Vol. 14, N° 3, pp. 544-550

Clemente A; Tartaglini, M y Stefani D. (2008) *Apoyo social, bienestar psicológico y salud percibida en personas de edad*. *Perspectivas en Psicología*. Vol 5 N°2.

Coffey A. y Atkinson P. (1996) *Encontrar el sentido a los datos cualitativos*. Medellín, Colombia; Universidad de Antioquia de Medellín.

Costa P y McRae R (1980) *Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people*. Journal of Personality and Social Psychology 38, 668-678. Citado por García Martín, M.A (2002) op. cit.

Diener E. (1984) Subjective well-being. Psychological Bulletin, 95 (3) Citado por García Martín (2002) op. cit.

Dulcey-Ruiz, E. y Uribe Valdieso, C. (2002) *Psicología del ciclo vital, Hacia una visión comprehensiva de la vida humana*. Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 34 N°1-2.

Fernández Ballesteros R; García, R; Zamarrón Casienello, M; López Bravo, M; Molina Martínez, M; Díez N; Montero López P. y Schettini del Moral R. (2010) *Envejecimiento con éxito: criterios y predictores*. Psicothema. Vol. 22, nº 4, pp. 641-647.

Fernández Ballesteros R y Zamarrón M (1998) *Vivir en una residencia: algunas expectativas*; Cap 14 en La Vejez, Salvarezza L (compilador); Editorial Paidós.

Fierro A (2000) *Sobre la vida feliz*. Málaga: Aljibe.

García Martín M (2002) *Desde el concepto de felicidad al abordaje de variables implicados en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual*. Universidad de Málaga, España. Revista Digital N° 48.

García Martín M (2002) *La actividad y el ocio como fuente de bienestar durante el envejecimiento*. Universidad de Málaga, España. Revista Digital N° 47.

Gracia Fuster E. (1997) *El Apoyo social en la intervención comunitaria*. Editorial Paidós.

Heady B; Kelly y Waring, A. (1993) *Dimensions of Mental Health: life satisfaction Positive Affect, Anxiety and Depression Social Indicators*. Research, 29,63-82. Citado por García Martín, M.A, op.cit.

Hortley J. y Little B (1985) *Affective and cognitive components of global subjective well-being measures*. Social Indicators. Research, 17, 189-197. Citado por García Martín M (2002) op. cit.

INDEC. (2001) *Censo nacional de población, hogares y vivienda*. www.indec.gov.ar

Lehr U. (1994) *La calidad de vida de la tercera edad: una labor individual y social*. En Buendía J. (Comp.) *Envejecimiento y psicología de la salud*, pp. 353-371. Madrid, España; siglo XXI Editores.

Literas L; Navarro, A y Fontanals M. (2010) *Diseño y validación de una escala de satisfacción y calidad de vida para usuarios de centros residenciales y sociosanitarios*. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, Vol. 45 n6

López M; Zamarrón M y Fernández Ballesteros R (2011) *Asociación entre la realización de ejercicios e indicadores de funcionamiento físico y cognitivo. Comparativa de resultados en función de la edad*. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46 (1)

Marín P; Hoyl M; Gac E; Carrasco G; Duery D y Petersen C. (2004) *Evaluación de 1497 adultos mayores institucionalizados, usando el sistema de clasificación de pacientes RUGT-18*. *Revista Médica; Chile, Santiago*, v 32, n.6.

Mella R; Gonzalez, L; D'Appolonio, J; Maldonado, I; Fuenzalida, A. y Díaz, A. (2004) *Factores asociados al Bienestar Subjetivo en el adulto mayor*. *Psykhé*. Santiago, Chile, vol. 13, n.1; p.79-89.

Mendizábal, N. (2007) *Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa*. En I. Vasilachis de Giandino, *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Editorial Gedisa

Michalos A. (1995) *Introducción a la Teoría de las Discrepancias Múltiples (TDM)*. *Intervención Psicosocial* 4 (11), 101-115.

Molina Sena C; Meléndez Moral J y Navarro Pardo E (2008) *Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados*. *Anales de psicología*. Vol 24, Nº 2 (12) 312-319

Montorio I e Izal M (1992) *Bienestar psicológico en la vejez*. *Revista de gerontología*, 3 145-154

Naciones Unidas (2002) *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, Madrid, Publicación de Naciones Unidas, Nueva York, A/CONF. 197/9

Naciones Unidas (2006) *Previsiones demográficas mundiales*. Departamento de Asuntos económicos y sociales. División Población. Publicación de Naciones Unidas.

Naciones Unidas (2007) *Envejecimiento mundial de la población*. División población. Publicación de Naciones Unidas.

Neurgarten B y Datan N. (1996) *Perspectivas sociológicas del ciclo vital*. En Neurgarten B (1999) Los significados de la edad. Barcelona; Herder; pp. 107-130

Organización Mundial de la Salud (1999) *Declaración del Año Internacional de las personas de edad*. www.insersomayores.csic.es/internacional.oms

Organización Mundial de la Salud (2002) *Envejecimiento activo: un marco político*. Departamento de Prevención de las enfermedades no transmisibles y Promoción de la salud. www.insersomayores.csic.es

Ortiz Arraigada J; Castro Salas M (2009) *Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia*. *Contribución de enfermería*. Ciencia y Enfermería XV (1): 25-31; Concepción, Chile.

O'Shea E (2003) *La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes*. Galway; Universidad Nacional de Irlanda.

Ryan R y Deci E (2001) *On happiness and human potencial A review of well-being*. Annual Review of Psychology, 52. Citado por Molina Sena, C; Meléndez Moral, J y Navarro Pardo E (2008) en Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología*, Vol 24, Nº 2 (12) 312-319

Ryff C. (1989) *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*. *Journal of Personality and Social Psychology*; 57, 1069-1081. Citado por Villar, F; Triadó, C; Resano, C. S y Osuna, M.J (2003) en Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista multidisciplinar de gerontología*; 13 (3); 152-162

Sánchez M; Monchietti A. (2010) *El viejo en la cultura de la imagen*. Trabajo libre completo. Universidad Nacional del Mar del Plata

Sluzki C (1996) *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Editorial Gedisa.

Thomae H. (1993) *Investigaciones longitudinales del envejecimiento: evaluación comparativa*. Simposio Internacional. Ciclo Vital, educación y envejecimiento. Bogotá, Colombia.

Torres M; Quezada M; Rioseco R y Ducci M (2008) *Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas. Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF*. *Revista Médica*. Chile, 136; 325-333.

Uribe Rodríguez A; Valderrama Orbegozo L y Molina Linde J (2007) *Salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores colombianos*. Acta Colombiana de Psicología. Vol. 10, n.1; Bogotá, Colombia.

Velandia A (1994) *Investigación en Salud y Calidad de Vida*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 1º edición.

Veenhoven R (1994) *El estudio de la satisfacción con la vida*. Intervención Psicosocial, 3 (9), 87-116.

Vera M (2007) *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y su familia*. Vol. 68, Nº 3, P. 284-290. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; Perú.

Villar F; Triadó C; Resano C y Osuna M (2003) *Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio*. Revista Multidisciplinar de Gerontología; 13 (3); 152-162

Waterman A (1993) *Two conceptions of happiness. Contrast of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment*. Journal of Personality and social Psychology, 64, 678-691. Citado por García Martín, M. (2002) op.cit.

Yanguas Lezaun J (2006) *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Colección Estudios. Serie Personas Mayores. 1º Edición, IMSERSO.

ANEXOS

- ❖ **TABLA 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA**

- ❖ **TABLA 2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA**

- ❖ **MODELO: GUIA UTILIZADA EN LAS ENTREVISTAS**

TABLA I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS –sexo, edad, estado civil y nacionalidad- DE LA MUESTRA.

PARTICIPANTES	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NACIONALIDAD
1	Masculino	78	Viudo	Argentino
2	Femenino	58	Viuda	Argentina
3	Femenino	85	Viuda	Uruguaya
4	Masculino	61	Separado	Argentino
5	Femenino	64	Soltera	Argentina
6	Masculino	85	Viudo	Chileno
7	Femenino	84	Soltera	Argentina
8	Femenino	62	Viuda	Rusa
9	Femenino	79	Soltera	Argentina
10	Masculino	78	Separado	Argentino

TABLA II. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS –nivel educativo, seguridad social y tiempo de institucionalización- DE LA MUESTRA.

PARTICIPANTES	NIVEL EDUCATIVO	SEGURIDAD SOCIAL	TIEMPO INSTITUC.
1	Primaria incomp.	Pensión	11 años
2	Primaria incomp.	-----	5 meses
3	Primaria incomp.	-----	15 años
4	Secundario	Pensión	8 meses
5	Universitario	-----	1 meses
6	Primaria incomp.	Pensión	16 años
7	Primaria	Pensión	4 años
8	Universitario	-----	2 años
9	Secundario	-----	20 años
10	Primario	Jubilación	2 años

MODELO: GUÍA UTILIZADA EN LAS ENTREVISTAS

❖ CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

NOMBRE

EDAD

SEXO

ESTADO CIVIL

NACIONALIDAD

NIVEL EDUCATIVO

PROFESION / OFICIO / ACTIVIDAD LABORAL PREVIA

❖ CUESTIONES RELATIVAS A LA INSTITUCIONALIZACION

TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACION

CONDICIONES DEL INGRESO

RESIDENCIA PREVIA

VALORACION DE LA ACTUAL RESIDENCIA

❖ AUTOCONCEPTO / CONTROL / ESTIMA

AUTOVALORACION

ACTITUD FRENTE A LAS DIFICULTADES QUE SE LE PRESENTA

❖ **REDES DE APOYO**

REDES INFORMALES

REDES FORMALES

❖ **ACTIVIDAD / OCIO**

ACTIVIDADES QUE REALIZA EN EL HOGAR

ELECCION DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES EXTRA RESIDENCIALES

❖ **SALUD**

FUNCIONALIDAD CONSERVADA

AUTONOMIA VS. DEPENDENCIA EN AVD E HIGIENE PERSONAL