

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Trabajo Final Integrador

Carrera de Psicología

Bienestar emocional, psicológico y social de adultos mayores en
diferentes contextos

Alumna: Julieta Sfascia

Tutora: Dra. Guadalupe de la Iglesia

Buenos Aires, 1 de agosto de 2018

Índice

	Pág
1. Introducción	2
2. Objetivo General	3
2.1. Objetivos Específicos	3
3. Marco Teórico	3
3.1. Envejecimiento	3
3.1.1. Envejecimiento demográfico	3
3.1.2. Aspectos conceptuales del envejecimiento	5
3.2. Vejez	8
3.2.1 Feminización en la vejez	9
3.2.2 Adultos mayores en la Argentina	10
3.3. Institucionalización	11
3.3.1. Institucionalización en la vejez	11
3.3.2 Institucionalización de adultos mayores en la ciudad de Buenos Aires	14
3.4. Salud Mental Positiva	17
3.4.1 Bienestar emocional, psicológico y social	18
3.4.2 Bienestar en adultos mayores	19
3.5. Investigaciones previas	20
4. Hipótesis	22
5. Metodología	23
5.1 Tipo de estudio	23
5.2 Participantes	23
5.3 Instrumento	24
5.4. Procedimiento	24
5.5. Resultados	25
5.5.1. Objetivo específico 1	25
5.5.2. Objetivo específico 2	26
5.5.3. Objetivo específico 3	27
6. Conclusiones	29
7. Referencias Bibliográficas	35
8. Anexo	42

1. Introducción

El presente estudio se realizó en el marco de la práctica profesional en un hogar geriátrico asistido y de rehabilitación para adultos mayores. La institución es de carácter privado y se encuentra en el barrio de Chacarita de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La institución está dedicada al cuidado de adultos mayores pertenecientes a una comunidad religiosa y actualmente alberga alrededor de 300 residentes con estados de salud diversos. Su misión última es mejorar la calidad de vida de los adultos mayores estimulando su autonomía personal y previniendo la dependencia de sus capacidades. Para tal fin, se trabaja de forma interdisciplinaria y con una mirada integradora del adulto mayor.

Uno de los rasgos distintivos de esta institución es la cantidad y diversidad de talleres organizados los siete días de la semana. Estas actividades están coordinadas por terapeutas especializados en las siguientes áreas: i) cognitiva, ii) sensorial, iii) motriz, y iv) socio afectiva. Cada encuentro se extiende por aproximadamente una hora y tienen como objetivo tratar de mantener aquellas funciones cognitivas presentes en los residentes con el fin de que no se incremente el deterioro, favorecer los vínculos, mantener la autonomía y si la situación lo permite realizar una rehabilitación.

La concurrencia al hogar permitió no sólo participar de modo activo en estos talleres sino también colaborar en el acompañamiento terapéutico en algunos sectores del hogar y la participación pasiva de actividades recreativas de diversa índole como ser clases de idioma, charlas temáticas y eventos musicales y tradicionales propios de la comunidad judía.

En el marco de esta práctica resultó de interés indagar acerca de la salud en la vejez. En particular, estudiar el bienestar emocional, psicológico y social en la población de adultos mayores y poder comparar con la población adulta de la Ciudad de Buenos Aires, como así también observar si existen diferencias en quienes residen en instituciones geriátricas y quienes viven en sus propios hogares.

2. Objetivo General:

Evaluar el bienestar emocional, psicológico y social de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

2.1 Objetivos específicos:

1. Estudiar los niveles de bienestar emocional, psicológico y social en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Buenos Aires en comparación a la distribución informada en poblacional general de adultos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
2. Analizar si existen diferencias en el bienestar emocional, psicológico y social entre adultos mayores que se encuentran institucionalizados (residencias, hogares, instituciones geriátricas) y no institucionalizados.
3. Indagar si existen diferencias en el bienestar emocional, psicológico y social en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de acuerdo a factores sociodemográficos como sexo, edad y nivel educativo.

3. Marco Teórico:

3.1. Envejecimiento

3.1.1 Envejecimiento demográfico

El envejecimiento poblacional es una tendencia global. El creciente peso de la población anciana es uno de los cambios más significativos que se ha dado en las sociedades desarrolladas en la segunda mitad del siglo XX. Los elementos fundamentales que lo explican son la combinación del descenso de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida debido a tasas de mortalidad también menores. Así, se advierte un creciente número de personas en edades más avanzadas y un aumento del peso de la población anciana en el total (Guzmán & Sosa, 2002).

Una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI es el envejecimiento de la población. Actualmente hay en la población mundial más de 7.300 millones de personas y cerca de 962 millones son personas mayores de 60 años, es decir, un 13% de la población mundial. El 60% de estos viven en países en vías de desarrollo. Según datos de la revisión de 2017 del informe “Perspectivas de la Población Mundial de Naciones Unidas” (Organización Naciones Unidas, 2017) para el 2050 se espera que el número total de adultos mayores se duplique y para el 2100 se triplique. Se proyecta que esta población alcanzará 2 billones de personas, es decir el

21% de la población total global -una de cada cinco personas será una persona de edad- y se prevé que para 2150 una tercera parte de la población mundial tenga 60 años o más. Entre los grupos de población de adultos mayores alrededor del mundo, el de más rápido crecimiento es el de mayores de 80 años (Organización Mundial de la Salud, 2015; Organización Naciones Unidas, 2002).

Como prueba de la relevancia del tema a nivel global, la Asamblea General de las Naciones Unidas convocó la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 1982, que produjo el “Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento basado en 62 puntos”. Este plan instaba a la acción específica en asuntos tales como la salud y la nutrición, la protección de los consumidores de edad, la vivienda y el medio ambiente, la seguridad, el empleo, la educación y el bienestar en la vejez (Organización Naciones Unidas, 2002). En función de las actitudes negativas hacia la vejez que provocan desigualdades sociales y sanitarias también se emitieron recomendaciones que tratan de provocar decisiones gubernamentales que combatan los estereotipos o falsas creencias en torno a la vejez (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La acción en materia de envejecimiento desde la comunidad internacional, continuó en 2002, con la celebración en Madrid de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Con el objetivo de diseñar una política internacional sobre el envejecimiento para el siglo XXI, se adoptó una Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. El Plan de Acción pedía cambios en las actitudes, las políticas y las prácticas a todos los niveles para favorecer el enorme potencial del envejecimiento en el siglo XXI. Sus recomendaciones concretas para la acción dan prioridad a las personas de edad y al desarrollo, promoviendo la salud y el bienestar para la vejez, y velando por entornos propicios y de apoyo (Organización Naciones Unidas, 2002).

El envejecimiento de la población mundial es una cuestión que preocupa a todos, países en desarrollo como desarrollados y a todas las generaciones. Esta transformación en la composición de la población tendrá consecuencias profundas sobre todos los aspectos de la vida, para las personas y para las sociedades que conlleva cambios en los sectores de salud, economía, seguridad social, empleo, entre otros (Cardona Arango & Peláez, 2012). Este fenómeno tiene su correlato en la Argentina donde también se observa el paulatino envejecimiento de la población. Las proyecciones poblacionales futuras muestran que el proceso de envejecimiento se seguirá profundizando en el tiempo. Así es que para el año 2050 la población total superará los 50 millones de

habitantes y 1 de cada 5 argentinos tendrá más de 64 años de edad resultando en casi 10 millones de personas adultas mayores para ese año (Regazzoni, 2014).

En otras palabras, los adultos son más en términos absolutos, pero también en términos relativos -como porcentaje de la población total-. Este proceso plantea nuevos desafíos para el sistema de salud. La provisión de servicios de promoción, prevención, atención y rehabilitación, y las demandas de tales servicios, se estima se intensificarán. A la Argentina, al igual que el resto de los países en desarrollo, se les plantea el problema más importante en materia de recursos, ya que se ve obligada a hacer frente al desarrollo y al envejecimiento de la población al mismo tiempo. Pero puesto que la gente cada vez vive más años y lleva una vida más activa y más sana, una población que envejece ofrece también oportunidades que se deben y pueden aprovechar (Guzman & Sosa, 2002).

3.1.2 Aspectos conceptuales del envejecimiento

El estudio del proceso de *envejecimiento* supone abordar desafíos teórico-metodológicos, dado que no existe un único paradigma del envejecimiento y de la vejez. El envejecimiento es definido como un proceso normal, inherente a la vida misma, que atraviesa el ser humano a lo largo del ciclo vital desde la concepción hasta la muerte. Constituye una experiencia única, heterogénea y su significado varía dependiendo de la connotación que cada cultura haga de él. Se lo explica como un fenómeno dinámico multidimensional que involucra todas las dimensiones de la vida humana (Alvarado García & Salazar Maya, 2014; Chackiel, 2000).

Con el envejecimiento se producen cambios de distinta índole como bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales. En la literatura se advierten tres tipos de teorías que explican este proceso de cambios y transformaciones que se producen a lo largo de la vida. En primer lugar, las teorías biológicas que intentan explicar el envejecimiento desde el mecanismo de desgaste natural de todos los órganos y sistemas corporales, como una consecuencia natural y normal de todos los seres vivos. Autores como Haydée y Firevicius de Nouzeilles (1996) plantearon que el envejecimiento es un proceso natural e inexorable de todos los niveles de integración de materia viva, que abarca al individuo en su totalidad y se desarrolla a velocidades y en modalidades diferentes según el tipo de célula, tejido u órgano. Más allá de su significación biológica, comúnmente asociada con disminución progresiva de la capacidad funcional orgánica, envejecer significa vivir.

En segundo lugar, las teorías psicológicas se han centrado en aspectos cognitivos, de personalidad y de estrategias de adaptación. La teoría del desarrollo de Erikson (1985) plantea la etapa de la vejez desde los 65 años en adelante, contemplando factores individuales y culturales donde el proceso psicológico se encuentra intermediando lo biológico y lo social. Otra teoría es la de continuidad, la cual afirma que no existe ruptura radical entre la edad adulta y la tercera edad, sino una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida. Al envejecer los individuos aprenden a utilizar estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar favorablemente ante las dificultades de la vida.

En tercer lugar, están las teorías explicativas sociales. Dentro de este grupo está por un lado la teoría de la desvinculación o disociación, las cuales consideran que el retirarse de la interacción social constituye una forma de adaptación natural a la vejez y por otro lado, en contraposición, la teoría del apego o actividad que afirma que un alto grado de participación es la clave para lograr un buen envejecimiento y autorrealización, logrando mayores niveles de bienestar en general (Alvarado García & Salazar Maya, 2014; Aranibar, 2001; Zetina Lozano, 1999).

Existen distintas maneras de envejecer y distintos tipos de envejecimiento. Los factores biológicos no son la única causa de disminución de la salud funcional, del deterioro y de la enfermedad en los adultos mayores. La soledad, el aislamiento, la marginación, la falta de un espacio social inclusivo, la ausencia de obligaciones, el exceso de tiempo libre también determinan el proceso de envejecer, convirtiéndolo en un envejecimiento patológico. Las causas de un proceso saludable deben buscarse en la multiplicidad de determinantes como son los factores genéticos, hereditarios, factores medioambientales, psicosociales y culturales (Losada, 2004).

Existe evidencia que apunta a que se puede lograr un envejecimiento satisfactorio advirtiendo estrategias que favorecen la promoción de la salud y fomentan la autonomía a través del ejercicio físico, el entrenamiento de capacidades cognitivas, la mejora de la autoestima, la generación de vínculos y el mantenimiento de los hábitos de vida saludables. La implementación de estas acciones influye de forma positiva en el bienestar general experimentando por lo tanto un envejecimiento óptimo (Hitzig, 2016).

En base al nuevo enfoque del concepto de salud que es definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como ausencia de enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 1948), surge a mediados del siglo XX un nuevo paradigma del concepto de envejecimiento, conocido con el término de envejecimiento

exitoso *-successful aging-*. Este concepto fue introducido por Rowe y Kahn (1987) y modifica considerablemente las ideas de envejecimiento habitual hasta ese momento como el deterioro progresivo e irreversible de las capacidades funcionales para identificar un nuevo proceso de envejecimiento, distinto con características definitorias como una baja probabilidad de padecer enfermedad o invalidez, una elevada capacidad funcional física y cognitiva y un compromiso activo con la vida, incluyendo las relaciones interpersonales y la participación en actividades productivas (Carrascosa-Gil, Vázquez-Calatayud & Canga-Armayor, 2010).

Un concepto central para entender el proceso de envejecimiento con éxito, es el concepto de *plasticidad comportamental* (Baltes & Baltes, 1990). Según estos autores, el proceso de envejecimiento trae consigo cambios complejos que atañen no sólo al desarrollo evolutivo sino a la percepción que las personas tienen de sí mismas, a la valoración que los demás les asignan y al papel que desempeñan en su comunidad, la plasticidad comportamental expresa la capacidad de cambio y adaptación a nuevas situaciones que se producen durante este proceso y que son fundamentales para un desarrollo óptimo (Molina Serna, Melendez Moral & Navarro Pardo, 2008).

En esta misma línea, se encuentran también otros modelos de envejecimiento que intentan dar una mirada más positiva. El envejecimiento saludable, propuesto por la OMS (1998), que se puede obtener desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables, así como realizando prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades (Alvarado García & Salazar Maya, 2014).

Otro de los planteamientos también propuesto por la OMS (2002) es el del envejecimiento activo que intenta transmitir un mensaje más completo reconociendo los factores que junto a la atención sanitaria afectan a la manera de envejecer de las personas y las poblaciones; se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Sustituye la planificación estratégica desde un modelo basado en necesidades a otro que reconoce los derechos de los adultos mayores. Es un proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social durante el transcurso de la vida, teniendo como objetivo ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez (Alvarado García & Salazar Maya, 2014; Giró Miranda, 2006).

3.2. Vejez

La *vejez* es a la vez un producto y un proceso: producto en cuanto corresponde al periodo final del proceso de envejecimiento, y proceso porque se continúa viviendo y a la vez envejeciendo hasta la muerte. Es un proceso diferencial, multidimensional y complejo que refiere a cambios permanentes en el transcurrir de la vida y que depende de factores biológicos y ambientales (Ramos Esquivel et al, 2009). Alude a una realidad multifacética atravesada no sólo por el paso del calendario, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales (Tisnes & Salazar Acosta, 2016).

Se identifican tres dimensiones para definir la vejez y generalmente suele darse en el siguiente orden: una dimensión biológica, una dimensión psicológica y una dimensión social. Es por esto que la vejez constituye un proceso biopsicosocial complejo. Esta misma complejidad dificulta la definición de la vejez, no obstante cada dimensión se aproxima a un concepto que entre sí se influyen, sustentan y complementan para poder explicar de manera integral los fenómenos del envejecimiento y la vejez (Dulcey-Ruiz, 2013; Orosa Fraiz, 2001).

La vejez es una de las etapas del proceso evolutivo de los seres humanos. Es inherente al desarrollo del individuo, y como tal, constituye un ciclo de relevancia social, no sólo otorgado por el propio individuo sino también por la sociedad y el intercambio existente entre ambos. Salvarezza (1998), desde la teoría epigenética describe esta etapa como el último estadio del ciclo vital, comprendido por ocho fases del desarrollo de la personalidad en interacción con variables psicosociales. Cada fase o ciclo conlleva tareas evolutivas que cada persona debe resolver. A los adultos mayores les corresponde la última etapa-crisis, la cual hace referencia a la integridad en contraposición a la desesperanza. La integridad es el fruto de la resolución de los siete estadios previos, y las personas que envejecen exitosamente son aquellas que se ocuparon de lograr sus objetivos, de vincularse satisfactoriamente con los demás y de adaptarse a los cambios. Por el contrario, la desesperación está relacionada con el sentimiento de que el tiempo restante es demasiado corto para intentar otra vida que conduzca a la integridad. Las principales virtudes en esta etapa son la prudencia y la sabiduría (Alvarado García & Salazar Maya, 2014; Erikson, 1985).

La concepción de la vejez comienza a relativizarse y alcanzar una dimensión social con el surgimiento de áreas de estudio más específicas como la gerontología y los aportes de la psicología del desarrollo. Puede ser percibida como etapa de pérdidas y

limitaciones, o como una etapa de plenitud debido a las experiencias de vida y la mayor disponibilidad de tiempo libre. Esto dependerá, entre otros factores, de la combinación de recursos disponibles, situación de salud y de la estructura de oportunidades individuales y generacionales a la que estuvieron expuestos los individuos de acuerdo a su condición y posición al interior de la sociedad. Estas últimas, a su vez, suelen ser el resultado de la trayectoria de vida, por lo que las desigualdades tienden a cristalizarse o incluso acentuarse en esta etapa. En relación al número de años y la influencia de las condiciones mencionadas, la sociedad y la ciencia a través de la OMS, fijaron los 60 y 65 años como edades de transición a la vejez en los países en desarrollo y en los desarrollados, respectivamente; clasificando a los diferentes grupos como ancianos jóvenes (menores de 74 años), ancianos adultos (entre 75 y 84 años), grupo muy viejos, *old old* (entre 85 y 99 años), centenarios (entre 100 y 105) y supracentenarios (mayores de 105 años). (López Gómez & Marín Baena, 2016; Ocampo Ch, 2005).

Un envejecimiento normal constituye una vejez saludable, carente de enfermedad o de alteraciones biopsicosociales. La mayor parte de los adultos mayores (82 %) no están enfermos a pesar de que pueden aparecer patologías propias de esta etapa como disminución en las capacidades y potencialidades funcionales, una baja de la velocidad de reacción y reducción general de los ritmos biológicos (Losada, 2004).

En concordancia con esta definición de vejez normal, Fernández-Ballesteros, Moya Fresneda, Iñiguez Martínez y Zamarrón (1999) han establecido dos formas más de distinguir los tipos de vejez; vejez patológica y vejez con éxito. En la vejez patológica existe una elevada presencia de patologías físicas y/o mentales, asociadas a una alta dependencia para las actividades de la vida cotidiana, y por último la vejez con éxito o vejez competente (Rodríguez Daza, 2010), donde no solo hay capacidad para responder a las necesidades propias, un alto funcionamiento cognitivo, capacidad física y funcional, un compromiso activo con la vida sino la presencia de altos niveles de bienestar.

3.2.1. Feminización en la vejez

La transición demográfica además de mostrar el incremento de población adulta mayor también destaca rasgos sociodemográficos que denotan situaciones de conflicto. Por un lado, una característica distintiva del envejecimiento es la especificidad de género: el porcentaje es más elevado en población femenina sobre la masculina debido a la vida más prolongada de las mujeres. Las condiciones socioeconómicas de las

mujeres, viudas o sin pareja en general y afectadas por la inequidad de género a lo largo de la vida, con limitado acceso a la seguridad social y menores condiciones de salud, sumado a la disminución de la tasa de participación económica de los adultos mayores en general, las llevan a condiciones de precariedad (Tisnes & Salazar Acosta, 2016; Viveros Madariaga, 2001).

De acuerdo con Fernández Ballesteros (2006), la edad es uno de los factores que influyen en el comportamiento individual en el transcurrir vital, y desde el punto de vista biológico es determinante de algunos de los cambios psicológicos, siendo más evidente en los cambios a nivel del tipo de comportamiento o característica psicológica, en el repertorio de la personalidad y en el contexto social. Así, por ejemplo, la Red Latinoamericana de Gerontología (2013) sostiene que envejecer como mujer es muy diferente de envejecer como hombre, lo cual se explica a partir de las condiciones de vida y de las expectativas sociales entre un género y el otro, dado que dichas relaciones estructuran la totalidad del transcurso vital y que las desigualdades entre los mismos acumulan desventajas en la vejez, siendo más desfavorables en el caso de las mujeres. Las investigaciones de Wachelke y Contarello (2010) reportan que el envejecimiento femenino se asocia con el estrés, la pérdida de la belleza, la pérdida de los lazos familiares, entre otros. Sin embargo, otros estudios en cambio presentan la vivencia del envejecimiento femenino de manera más favorable que el de los hombres (López Gómez & Marín Baena, 2016).

En Argentina, se evidencia el fenómeno de feminización de la población: de los 4.1 millones de adultos mayores, 2.4 son mujeres y 1.7 hombres, a causa de mayores niveles de mortalidad masculina. Este fenómeno está en línea con una tendencia a nivel mundial (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2014).

3.2.2 Adulto Mayor en la Argentina

El adulto mayor, además de ser alguien que envejece, está integrado dentro de un sistema socio cultural, pertenece a una clase social y se encuentra bajo un sistema político determinado. Por lo que el adulto mayor es producto de la historia de su sociedad (Groba & Ravano, 2004).

En Argentina en el año 2012, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos realizó por primera vez una Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaVIAM) a personas de 60 años en adelante, donde a través de la aplicación de un cuestionario individual se abordaron distintas temáticas específicas:

autopercepción de la salud y la memoria, acceso a medicamentos, caídas y fracturas, depresión, deficiencias, dependencia, sexualidad, relación con el entorno, manejo del tiempo libre, ayudas, participación en las actividades domésticas y satisfacción vital.

Los datos más sobresalientes fueron que un 10.2% de la población argentina tiene más de 65 años, lo que indica que existe una alta proporción de personas mayores en relación a la población total. Asimismo, se evidencia el fenómeno de feminización de la población reflejado en que el 58.5% de los adultos mayores son mujeres, a causa de mayores niveles de sobremortalidad masculina.

La encuesta midió la salud y bienestar de los adultos mayores operacionalizando el nivel de dependencia y evaluando la capacidad de los individuos para desarrollar actividades de la vida diaria. La valoración funcional general se divide en básica e instrumental. La primera refiere a la posibilidad del adulto mayor de desplazarse por sus propios medios en su cuarto o casa, realizar actividades de la vida cotidiana como alimentarse, bañarse o vestirse. La funcionalidad instrumental refiere a la realización de actividades de mayor complejidad como el uso del dinero, efectuar compras, cocinar y administrar medicamentos, tareas más complejas y necesarias para llevar adelante una vida independiente. De acuerdo a los resultados de la encuesta alrededor del 10% de los adultos mayores presenta una dependencia significativa tanto en la funcionalidad básica como en la instrumental. A medida que aumenta la edad, la población adulta mayor se vuelve más dependiente en este tipo de actividades, prácticamente se cuadruplica, con un 5% en el grupo de 60 a 74 años y un 21% entre los de 75 años y más (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2014).

En Argentina se ha estado implementando desde el Estado un sistema de asistencia a los adultos mayores dependientes, que se inició con los cuidados domiciliarios con la ayuda de un cuidador formado para tal fin, y luego promoviendo la asistencia a centros de día comunitarios. Otra propuesta fue la atención residencial de largo plazo (Roqué & Fassio, 2015).

3.3 Institucionalización

3.3.1 Institucionalización en la vejez

Según Fassio (2007), la institucionalización es comprendida como una alternativa de los servicios de atención continua, a lo largo de la vida. En términos generales a una institución se la define como un lugar destinado a alojar personas -de cualquier edad- que viven bajo un régimen no familiar regulado por normas de

convivencia de carácter administrativo, militar, religioso, de reclusión, de trabajo o de salud. En tanto que las residencias de personas mayores, los hogares y los geriátricos son instituciones colectivas en la que se alojan personas ancianas en calidad de residentes que suelen recibir alimentación, hospedaje y atención terapéutica. Cuentan con personal capacitado y con áreas específicas según requerimientos prestacionales y son ambientes adecuados al funcionamiento gerontológico (Fassio, 2007).

El proceso de envejecimiento acontece a lo largo de la vida, pero la vejez tiene una dimensión espacial o geográfica. El deseo de pasar la última etapa del envejecimiento en el propio entorno, en casa, está siendo favorecido en muchos países por políticas sociales que defienden el derecho de los mayores a vivir en su propio hogar, con atención, apoyo y cuidados el mayor tiempo posible abogando al mantenimiento del entorno familiar y comunitario lo máximo posible. Pero cuando existen dificultades económicas, limitaciones en la salud y en la autonomía, cuando la necesidad de otra persona para la realización de las actividades de la vida diaria se hace imprescindible, la falta de apoyo, el debilitamiento en los vínculos, el abandono y las pérdidas familiares entre otros factores se contempla el ingreso a una institución geriátrica. Otros determinantes que impulsan la institucionalización son el estereotipo negativo frente a las personas mayores en sociedades modernas y occidentales, que enfatiza las incapacidades, dificultades, dependencia y limitaciones de los adultos mayores (Guevara-Peña, 2016).

Las instituciones para las personas mayores son una modalidad socio-sanitaria compleja debido a la variedad de actores que se interrelacionan entre sí, por un lado los residentes son sujetos de cuidado al mismo tiempo que sujetos de derecho, porque muchas veces el principio de autonomía roza la responsabilidad de los profesionales tienen sobre las personas que están a su cuidado y por los derechos y obligaciones que se ponen en juego cada día. La institucionalización debiera cumplir varias funciones además de cubrir las necesidades básicas de sus residentes, ser de utilidad para que puedan recomponer fuerzas, facilitar la conexión con su interioridad, conocer las problemáticas de todos y abordarlas, contribuir en el proceso de pertenencia y afiliación y promover la continuidad de un vínculo con la sociedad. La institucionalización es un punto de inflexión en los trayectos de las vidas de los adultos mayores que ingresan (Murgier, 2014).

En concordancia, Guevara Peña (2016) entiende la institucionalización como una práctica que implica el ingreso a un espacio de cuidado, público o privado, de forma

voluntaria o no, donde profesionales de la salud, del área psicosocial y otras personas particulares, se encargan de atender y cuidar a las personas mayores, que por su condición económica, ausencia o descuido familiar, problemas de salud, vulneración de derechos, etc., han ingresado a espacios de este tipo, generando además, fuertes impactos y rupturas en la cotidianidad de la población mayor que ingresa a dichos espacios. Entre estos está el impacto psicológico del ingreso, que puede suponer uno de los más estresantes en la vida de una persona dado que los residentes deben hacer un esfuerzo extra para poder adaptarse al funcionamiento de la institución (Buendía & Riquelme, 1998; Rojas Ocaña, Toronjo Gómez, Rodríguez Ponce & Rodríguez Rodríguez, 2006).

Por su parte Goffman (1970), en base a su propia experiencia como residente de una institución describe a estos sitios de residencia y de trabajo como cerrados, en donde los residentes se encuentran aislados de la sociedad por un considerable período de tiempo y que comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente. Entre las ideas más importantes reveladas por Goffman se ha reconocido especialmente la característica de que en estos centros las diferentes actividades de la vida como dormir, trabajar y el ocio se desarrollan en un mismo espacio, de manera muy normativizada y estructurada. Define a las instituciones como un híbrido social, de carácter binario, por un lado, conformado por una comunidad residencial y por el otro, por el personal donde el proceso de institucionalización tiende a la despersonalización individual y colectiva.

Debido a que el ingreso en un centro residencial no siempre es igual, no existe un único proceso de institucionalización. Las diferencias pueden estar dadas según sea un ingreso definitivo o temporal, según variables de capacidad psicofísica y autonomía del adulto mayor, de la propia situación familiar, de la capacidad de afrontamiento y de particularidades de la propia institución, como características físicas y arquitectónicas, organizativas, de los programas de actividades, de la interacción con la comunidad y de la capacidad y profesionalismo del personal (Arrazola Leturia, 1999).

Otras problemáticas del proceso de institucionalización como factor de vulnerabilidad *per se*, son la pérdida de la individualidad y de las necesidades más singulares de las personas, la pérdida en gran parte del control y de la toma de decisiones de su propia vida, la desconexión con el mundo exterior, con el contexto social y con grupos etarios diferentes, proceso denominado extrañación. Debido a esto, los modelos de atención e intervención psicosocial sostienen objetivos como mantener,

cuidar y potenciar la calidad de vida de la persona mayor y su familia en diferentes contextos de residencia (Bareyns, 2012; Fassio, 2007; Zamarrón & Fernandez-Ballesteros, 2000).

Actualmente desde el paradigma de derecho, eje de las políticas sociales en las últimas décadas, que fuera reforzado en la propuesta del Plan de Acción de Madrid y la Estrategia Regional de Implementación del Plan de Acción de Madrid para América Latina y el Caribe, la institucionalización de los mayores se encuadra como una de las alternativas de respuesta a la dependencia, en el marco de las estrategias progresivas de atención a lo largo de la vida. El conocimiento de la opinión de los adultos mayores sobre esta opción, así como la comprensión de las características de la población institucionalizada abre un espacio de reflexión sobre el diagnóstico necesario para enfrentar escenarios futuros ante el envejecimiento creciente (Croas & Fernandez Colmeneros, 2013; Fassio, 2007).

3.3.2 Institucionalización de adultos mayores en la ciudad de Buenos Aires

En Argentina el abordaje a la institucionalización fue variando en los diferentes períodos históricos. La atención pública hacia los adultos mayores en la Ciudad de Buenos Aires se retrotrae a fines del siglo XIX. Los primeros hogares, nacen como respuesta a una sociedad que no sabía muy bien qué hacer con ellos. En esos años la concepción de la vejez estaba relacionada con la enfermedad y dependencia, los adultos mayores eran vistos como personas inútiles e incapaces de participar socialmente. En función de esto, el rol que desempeñaron los primeros hogares era solamente el de asilo, cubriendo las necesidades primarias de alimentación y albergue (Dirección General de Estadística y Censos, 2012).

También fueron desarrollándose otras instituciones de carácter público no estatal, algunas de ellas existentes en la actualidad, circunscriptas en su mayoría a la atención de sus respectivas colectividades, italianas, españolas, israelita, entre otras. En otro período histórico (1947-1955) desde la perspectiva de la justicia social, vinculado a la acción de la Fundación de Ayuda Social “Eva Perón”, se construyeron Hogares de Ancianos y se produjeron numerosos e importantes cambios en relación a la inclusión de los mayores en las políticas públicas, reconociendo sus necesidades desde una perspectiva de derechos. Luego (1955-1970), las tecnificaciones en la atención a los adultos mayores impregnaron la política social, y comienza a incorporarse el concepto de rehabilitación (Croas & Fernandez Colmeneros, 2013).

Más adelante, con la difusión de teorías sociológicas del envejecimiento y nuevas alternativas a la institucionalización, se crea en Argentina el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) en 1971, que conformará con sus actos, normativas e instrumentación de dispositivos innovadores un hito significativo en la historia de las residencias para mayores. Es a partir del 2001, bajo la influencia internacional que se producen recomendaciones hacia la implementación del cambio de modelo, del asilar hacia aquel centrado en los derechos de los mayores. El adulto mayor pasa de conceptualizarse como objeto de cuidado para ser un sujeto de Derecho. El modelo actual, basado en el paradigma de los derechos, considera a las personas mayores que viven en una residencia de larga estadía, capaces de tomar sus propias decisiones y de sentir la residencia como su propio hogar, asumiendo por ello los derechos y obligaciones que conlleva. El ingreso a una institución de estas características debería estar reservado especialmente a personas en situación de fragilidad o dependencia y la atención que se brinda es socio-sanitaria (Croas & Fernandez Colmeneros, 2013).

La Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) aprobó en el 2015 la nueva Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Este documento, tiene como objetivo exigir a los Estados que forman parte, la disposición de los recursos necesarios para garantizar el reconocimiento, el pleno goce y el ejercicio de los Derechos Humanos de las personas mayores del continente. Es así como Argentina adhiere a la Convención sobre Protección de los Derechos Humanos de Personas Mayores (Organización de los Estados Americanos, 2015).

En los hogares y residencias para adultos mayores, la atención, los servicios brindados y la propia organización estarán en íntima relación con el modo en que conciben el proceso de envejecimiento, en pos de un envejecimiento activo, los hogares que hoy existen en la Ciudad no solo brindan asilo sino que instrumentan un paquete de programas que tienen como protagonista al adulto mayor y sus nuevas necesidades. Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, habitan en la Ciudad de Buenos Aires 626.1861 personas mayores de 60 años, que representan el 21.7% de la población de la Ciudad, dato que se corresponde con la Encuesta Anual de Hogares 2011.

Los establecimientos residenciales dedicados al cuidado del adulto mayor se encuentran reglamentados desde el año 2001, mediante la sanción a la Ley 661/01 luego

modificada 15 años después por la Ley 5670/2016. Este marco legal regula la actividad de los establecimientos residenciales dedicados al cuidado del adulto mayor brindando atención gerontológica. Su contenido prioriza el derecho de las personas que allí habitan teniendo en cuenta que deben ser respetados los derechos a la comunicación y a la información permanente, a la intimidad y no divulgación de sus datos, a considerar la institución como su hogar propio, a la continuidad de los servicios, a no ser discriminados, a ser escuchados, a mantener sus vínculos afectivos, y a entrar y salir libremente de la institución respetando las reglas de convivencia de la misma. A partir de la Ley 661, se crea el "Registro Único y Obligatorio de Establecimientos Residenciales para Personas Mayores" en el cual deben quedar registradas todas aquellas instituciones dedicadas al cuidado de los adultos mayores pertenecientes a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cumpliendo con las normas, requisitos y habilitaciones previas. Serán consideradas así, aquellos establecimientos que brinden alojamiento, higiene, recreación, alimentación, atención médica y psicológica, siendo esta de carácter gratuito o pago, y de forma transitoria o permanente. La edad para ingresar a dichos establecimientos será a partir de los 60 años, pudiendo ser inferior si su estado social o psicofísico lo justifica. Deben garantizar, además, el estímulo de sus capacidades y promover los vínculos con sus familiares y la comunidad a la cual pertenecen (Ley N° 661, 2001).

En Argentina el porcentaje de adultos mayores institucionalizados alcanza el 2.3% de la población o de los adultos mayores. El 61% de los mayores institucionalizados residen en hogares de ancianos (70.003); el 18% en hospitales (20.137); el 4% (4.913) en hogares religiosos y el resto agrupados en las otras instituciones colectivas. En las instituciones generalmente coexisten adultos mayores con alta dependencia funcional y otros completamente autónomos que ingresan por diferentes motivos (Fassio, 2007).

Actualmente, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, a través del programa Centros residenciales para adultos mayores, aloja un promedio diario de alrededor de 1.500 ancianos en sus cinco hogares de residencia permanente. La atención en estos hogares es integral, cuidando cotidianamente las necesidades del adulto mayor. En ellos, además de alojamiento y comida, se brinda asistencia médica, psicológica, kinesiológica y odontológica. Con respecto a la evolución histórica de estos hogares se observa que a partir del año 2007 el promedio de alojados declina. Este descenso está relacionado con la implementación de sistemas alternativos a la institucionalización. El objetivo

primordial de este nuevo enfoque es acercar al adulto mayor, programas que favorezcan su permanencia dentro de su núcleo familiar.

En la esfera privada, los Establecimientos Residenciales para Adultos Mayores que funcionan dentro del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, son supervisados por la Unidad de Gestión, Control y Registro (UGCOR), esta unidad es un órgano tripartito integrado por el Ministerio de Desarrollo Social, el Ministerio de Salud y la Agencia de Control Comunal del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Su primordial objetivo es controlar la calidad de los servicios gerontológicos que prestan dichos establecimientos y mantener actualizado un Registro Único de ellos. Durante el año 2011 esta Unidad evaluó a 608 establecimientos, los cuales alojaron, aproximadamente, 16.500 adultos mayores representados en un 80% por mujeres, comportamiento contrario al que presenta la población alojada en los Hogares del Gobierno de la Ciudad donde priman los varones (Dirección General de Estadística y Censos, 2012).

Si bien actualmente las políticas para las personas mayores se plantean como objetivo el mantenimiento de la persona mayor en su casa, en su entorno familiar, se está reconsiderando la conveniencia del recurso residencial en muchos casos en los que ya no es factible pensar en mantenerse en el propio domicilio dignamente.

3.4. Salud Mental Positiva

Tradicionalmente la salud mental ha sido caracterizada como la ausencia de enfermedad psicológica, probablemente como herencia de un concepto antiguo y bajo el modelo médico que definía la salud como ausencia de enfermedad. Sin embargo, se sabe que la ausencia de psicopatología no implica la presencia de salud mental. Según Castro Solano (2012) la psicología de cara al siglo XXI debería ser capaz no sólo de abordar el daño psicológico, sino indagar en aquellos aspectos ligados al bienestar psicológico y a la potenciación de las cualidades y fortalezas humanas.

El estudio del proceso de la salud mental en términos positivos remite a lo que se ha nombrado en la literatura como Psicología Salutogénica o Positiva, y a lo que muchos investigadores denominan un nuevo paradigma. La Psicología Positiva se centra en la salud mental más que en la enfermedad. La salud mental implica un estado emocional positivo, y un modo de pensar compasivo sobre sí mismos y los demás, poseer expectativas de un futuro positivo y, en general, un modo adaptativo de interpretar la realidad. Pero también supone disponer de recursos para afrontar adversidades y para desarrollarse como seres humanos. Es decir salud mental no sólo es

la ausencia de síntomas sino también la experiencia de bienestar psicológico. El énfasis se dirige a ampliar el espectro del diagnóstico y tratamiento e incluir dentro de las intervenciones aspectos más positivos en prevención y promoción de la salud (Góngora & Casullo, 2009).

3.4.1 Bienestar emocional, psicológico y social

A principios del siglo XXI se comenzaron a desarrollar teorías de bienestar vinculadas con la salud mental positiva, donde los investigadores se basaron en dos modelos (Muñoz, Restrepo & Cardona, 2016). El primer modelo era el de bienestar psicológico planteado por Carol Ryff (1989) y el segundo era presentado por Keyes (2005, como se citó en Muñoz et al., 2016). Dentro del área de salud mental positiva se puede destacar el modelo de Diener (1994) el cual tiene como objetivo de estudio el bienestar subjetivo, de este bienestar se adoptan diferentes concepciones dentro de las cuales se pueden distinguir diferentes categorías: (a) descripción del bienestar como la valoración que el individuo realiza de sí mismo asociado con la satisfacción de vida, (b) presencia notoria de aspectos positivos por encima de aspectos negativos y (c) vinculados con el término de felicidad tomándolo como una virtud (García Martín, 2002).

Keyes parte del modelo de bienestar psicológico expandiéndolo para poder cubrir aspectos hedónicos y lo que la autora denomina bienestar social (Vázquez & Hervás, 2008). El modelo de Keyes en 2005, se destaca por la distinción que realiza sobre el bienestar, estableciendo tres dimensiones diferentes entre sí (Vázquez & Hervás, 2008) (a) bienestar emocional: asociado con la satisfacción de vida y con elevado afecto positivo (Vázquez & Hervás, 2008); (b) bienestar subjetivo: incorpora seis componentes planteados en el modelo de Ryff (1989) los cuales son: dominio del entorno (capacidad para poder crear nuevos entornos o para elegir aquellos favorables de acuerdo a las propias necesidades vinculado con el control), crecimiento personal (tendencia al desarrollo personal promoviendo el aumento de las propias potencialidades), propósito en la vida (vida dotada de sentido), autonomía (capacidad de mantener la propia individualidad dentro del entorno social), autoaceptación (capacidad de distinguir los límites propios y de poseer actitud positiva consigo mismo) y relaciones positivas con otros (tendencia mantener empatía con los demás), (Zubieta & Delfino, 2010); (c) bienestar social: incluye criterios que se encuentran relacionados con el funcionamiento social y comunitario percibiendo al entorno como un entorno que

estimula el desarrollo personal; esta dimensión está caracterizada por cinco componentes: coherencia (notar un entorno lógico y coherente), integración (sentimiento de pertenencia en la sociedad), contribución (apreciación de contribuir con el entorno), actualización (capacidad de comprender a la sociedad en desarrollo y beneficiarse de ello) y aceptación (tendencia a comprender a los demás) (Vázquez & Hervás, 2008).

3.4.2 Bienestar en adultos mayores

Convencionalmente, la vejez ha estado asociada a estereotipos de pérdidas y declive, sin prestar atención a las ganancias y áreas de crecimiento. Frente a esto, a psicología positiva puede enriquecer la promoción del envejecimiento saludable al favorecer la adaptación a los cambios que ocurren en la vejez e impulsar experiencias emocionales positivas (felicidad, placer, bienestar con el pasado, esperanza en el futuro), rasgos positivos (fortalezas de carácter) y el fomento de vínculos positivos (Ruch, Proyer & Weber, 2010). Asimismo, la psicología positiva puede mejorar la salud mental y física, así como reducir la dependencia y los costos de los cuidados asociados a la vejez (Jiménez, Izal & Montorio, 2016).

La importancia y los beneficios de la medición del bienestar de la población de adultos mayores permiten mejorar decisiones políticas, identificar futuras áreas de necesidad o de oportunidades, evaluar los cambios a través del tiempo, evaluar el impacto potencial de políticas públicas y además evaluar diferencias de subgrupos, como es el caso de este estudio que intenta describir mediante diferentes indicadores la presencia y/o ausencia de cualidades positivas, en niveles de bienestar emocional, psicológico y social en diferentes contextos (Michaelson et al., 2009).

La relevancia de la vivienda en el bienestar de las personas mayores reviste un doble sentido: por un lado, constituye el espacio de residencia de una persona o grupo de personas donde se llevan a cabo actividades fundamentales para la vida (Yujnovsky, 1984); por otro lado, la vivienda adquiere un sentido particular: la “casa” constituye algo más que un techo, ya que los recuerdos del propio pasado y la historia familiar habitan allí, y pueden actuar como lugar de protección y refugio emocional (Amadasi & Tinoboras, 2016; Dabove, 2013). Desde esta perspectiva, los adultos mayores que viven en sus domicilios cuentan con más recursos adaptativos que los sujetos institucionalizados (Molina Serna, Melendez Moral & Navarro Pardo, 2008).

La integración social está priorizada por quienes habitan en sus propios domicilios mientras que la calidad ambiental es una condición priorizada en las residencias. En otras palabras, los contextos examinados difieren, esencialmente por lo que se refiere a la satisfacción que los individuos tienen de sus relaciones interpersonales. No sucede así con otras variables relevantes como la edad, el género y la posición social en su influencia con aquellos ingredientes que han sido considerados como constituyentes del bienestar; las personas mayores respecto de las más jóvenes, los hombres con respecto a las mujeres y las personas que pertenecen a posición social alta y media-alta en relación a la baja y medio-baja presentan, en términos generales, una mayor calidad de vida (Fernandez Ballesteros, 2000).

3.5. Investigaciones previas

En este último apartado se presentan los hallazgos de estudios de rasgos similares a la presente investigación. Se tratan de análisis orientados a evaluar y entender el bienestar en adultos que incluyen comparaciones entre diferentes grupos etarios.

Respecto a la trayectoria evolutiva de las medidas de bienestar definidas por Ryff (1989), Triadó, Villar, Solé y Osuna (2005) encontraron que algunas dimensiones muestran claros efectos de la edad, mientras otras permanecen estables. Así, de las dimensiones que permanecen relativamente estables, se encuentra la autoaceptación y las relaciones positivas con los otros. Por lo que respecta a la dimensión competencia ambiental, tiende a ser más alta en las personas mayores y de mediana edad que en los jóvenes, pero permanece estable de la mediana edad a la vejez. Un patrón similar sigue la dimensión autonomía, aunque en este caso el crecimiento de la juventud a la mediana edad es menos acusado. Por último, las restantes dos dimensiones, propósito en la vida y crecimiento personal, típicas del bienestar psicológico, muestran un decrecimiento a lo largo de los diferentes momentos vitales estudiados, siendo éste especialmente acusado al comparar personas de mediana edad y personas mayores (Molina Serna, Melendez Moral & Navarro Pardo, 2008).

Diferentes investigaciones coincidieron en que el tipo de contexto donde habitan los adultos mayores (domicilio o institución geriátrica) incide sobre el bienestar emocional, psicológico y social. Se observa, en términos generales, que los adultos mayores que vivían en residencias geriátricas presentaban mayores tasas de trastornos afectivos y manifestaciones depresivas (Stefani et al, 2011). Asimismo, se considera

que la institucionalización es una de las causas más frecuentes para la disminución de los contactos sociales como por ejemplo mujeres mayores institucionalizadas poseen menor círculo de red social que aquellas que residen en sus hogares (Acrich de Gutmann, 2012). De modo contrario, en algunas instituciones donde se priorizan las prácticas de prevención y promoción de la salud los residentes consideran que la institución representa para ellos la posibilidad de ser escuchados atendidos en sus principales necesidades y consideraron adecuados los cuidados, la seguridad y protección para con ellos (Soria Bell & Rodríguez Saif, 2002). Esto estaría indicando que la asociación entre institucionalización y bienestar depende del tipo y características de las instituciones.

En el estudio de Zubieta y Delfino (2010) se analizaron diferencias en las dimensiones de salud mental positiva entre (a) sexo, (b) practicantes de religión y (c) clase social (Zubieta & Delfino, 2010). En éste se halló que las dimensiones bienestar subjetivo y bienestar social se diferenciaron según el género haciéndose presente puntuaciones más elevadas para las mujeres en las dimensiones: dominio del entorno y propósito en la vida (pertenecientes a bienestar subjetivo) y en integración, contribución y actualización (pertenecientes a bienestar social), en cuanto a los practicantes de alguna religión se presentaron más altas puntuaciones en la dimensión contribución correspondiente a bienestar social y en relación a la incidencia de la clase social aquellos que se puntuaban como clase media-alta los valores eran más elevados en las dimensiones autoaceptación, dominio del entorno y contribución en relación a aquellos que se auto-posicionaban en clase media o media-baja (Zubieta & Delfino, 2010).

De la revisión bibliográfica fue posible identificar resultados obtenidos de varias investigaciones realizadas sobre el bienestar en adultos en general pero que comparan entre diferentes grupos etarios. Algunas de ellas concluyen que los adultos mayores tienen valores promedios más elevados que la población adulta para cada dimensión del bienestar (Jovanović, 2015; Peña Contreras et al, 2017;). Otras investigaciones coinciden en la relación positiva entre la edad y el bienestar emocional, y revelan una relación negativa entre la edad y el bienestar psicológico y ninguna asociación significativa en relación al bienestar social (Westerhof & Keyes, 2010). Asimismo, otros hallazgos hacen importantes contribuciones a la literatura existente sobre bienestar, conceptualizando y midiendo el nuevo concepto emergente de florecimiento en la vida de adultos mayores revelando asociaciones significativas en relación al género y nivel educativo (Momtaz et al. 2016).

En el estudio de Góngora y Castro Solano (2018) en lo que se refiere al bienestar emocional, psicológico y total, no se encontraron diferencias significativas según grupo de edad (adultos jóvenes, adultos medios y adultos mayores). Sin embargo, se encontró que en el bienestar social en población adulta presentaban mayores puntuaciones que los adultos mayores. También se encontraron mayores niveles de bienestar psicológico y social en adultos con mayor nivel educativo. Estos resultados son similares a la mayoría de los estudios internacionales y es el indicador demográfico con resultados más consistentes en la literatura (Karaś et al., 2014; Keyes, 2005; Lim et al., 2013; Yin et al., 2013). Por otro lado, en coincidencia con estudios canadienses, coreanos y chinos, no se encontraron diferencias en los distintos tipos de bienestar entre hombres y mujeres de la ciudad de Buenos Aires (Gilmour, 2014; Lim et al., 2013; Yin et al., 2013).

Por último, en cuanto a los grupos de edades, los resultados indicaron que al igual que en el estudio italiano (Petrillo et al., 2015) los adultos de edad media (30-60 años) mostraban más bienestar social que los adultos mayores. Westerhof y Keyes (2010) encontraron que el bienestar psicológico disminuía con la edad, pero el bienestar social permanecía constante con los años en adultos mayores holandeses. Se puede observar una amplia variabilidad en los resultados de los estudios internacionales sobre los grupos de edad y los niveles de bienestar que tienen relación con las características sociales y culturales de los grupos. Podría pensarse que las condiciones sociales de los adultos mayores de la ciudad de Buenos Aires se asocian con una menor integración social en la comunidad, y de esta forma se puede dar cuenta de las diferencias encontradas.

4. Hipótesis:

Hipótesis 1

El nivel de bienestar emocional, psicológico y social en adultos mayores de la ciudad de Buenos Aires es mayor a la media poblacional de adultos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Hipótesis 2:

El nivel de bienestar emocional, psicológico y social de adultos mayores institucionalizados (residencias, hogares, instituciones geriátricas) es inferior al de los adultos mayores no institucionalizados

Hipótesis 3a:

No existen diferencias en el nivel de bienestar emocional, psicológico y social en adultos mayores según género.

Hipótesis 3b:

El nivel de bienestar emocional, psicológico y social de los adultos mayores está asociado positivamente al nivel socio educativo.

Hipótesis 3c:

El nivel de bienestar emocional, psicológico y social de los adultos mayores está asociado positivamente a la edad.

5. Metodología

5.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio fue descriptivo - correlacional y el diseño no experimental transversal.

5.2 Participantes

En este estudio se tomó una muestra no probabilística de tipo intencional a 100 voluntarios adultos mayores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de edades entre 66 y 103 años ($M = 81.6$; $DE = 7.59$). El 64% ($n = 64$) eran mujeres y el 36% ($n = 36$) eran hombres. El 50% de los participantes residía en su domicilio particular y el restante 50% en una de las dos instituciones geriátricas seleccionadas para este estudio. En relación al estado civil el 29% ($n = 29$) declaró estar casado/a, el 4% ($n = 4$) divorciado/a, el 7% ($n = 7$) en pareja, el 18% ($n = 18$) soltero/a y el 42% ($n = 42$) viudo/a. Con respecto al máximo nivel educativo alcanzado, el 18% ($n = 18$) de los participantes declararon tener hasta primario completo, el 35% ($n = 35$) secundario completo, 19% ($n = 19$) terciario completo, 18% ($n = 18$) universitario completo, 10% ($n = 10$) post-universitario completo. En relación a la condición de actividad el 88% ($n = 88$) dijo no estar trabajando y el 16% aún trabajaba ($n = 16$). Finalmente, en cuanto al nivel socioeconómico, el 58% ($n = 58$) señaló tener un nivel medio-alto y el 42%

($n = 42$) nivel medio-bajo no habiendo participantes pertenecientes a los niveles socioeconómicos alto y bajo.

5.3 Instrumentos

Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF), instrumento originalmente desarrollado por Keyes (2005) y adaptado por Lupano Perugini, de la Iglesia, Castro Solano y Keyes (2017) para ser utilizado en población argentina. Este instrumento evalúa la salud mental positiva, entendida como síntomas de bienestar personal, emocional y social. Consta de 14 ítems que responden a una escala de Likert de 6 puntos, que va desde *nunca* (1) a *todos los días* (6), donde se les pide a los participantes que califiquen la frecuencia con que se sienten de cierta manera durante el último mes. El MHC-SF incluye tres subescalas que evalúan el grado de bienestar emocional, bienestar social y el bienestar psicológico. En cuanto a la adaptación del instrumento en población local, se realizó un estudio que tuvo como objetivo estudiar las propiedades psicométricas del MHC-SF en una muestra de 1.300 adultos argentinos. El instrumento ha demostrado tener una muy buena consistencia interna (.89) y validez de criterio dado que se correlacionó positivamente con las medidas de bienestar y se asociaron negativamente con las medidas de afecto negativo.

Encuesta sociodemográfica, con un conjunto de preguntas orientadas a caracterizar a los participantes de acuerdo a sexo, edad, estado civil, condición de actividad, lugar de residencia, nivel educativo y socioeconómico.

5.4 Procedimiento

La recolección de datos se realizó durante un período de 30 días hábiles y estuvo a cargo de la autora del trabajo integrador final bajo la supervisión de su tutora. Por diseño de la investigación el 50% de los participantes eran residentes de dos instituciones geriátricas privadas de la ciudad de Buenos Aires incluido el Hogar donde la autora realizó su práctica profesional. Por otro lado, el 50% restante se recolectó de manera intencional a participantes voluntarios que residían en sus domicilios particulares que fueron identificados a partir de contactos personales y de la bola de nieve. Todo ellos estaban en condiciones normales de salud. Los criterios de exclusión fueron: (a) la presencia de deterioro cognitivo, (b) alteraciones de la memoria, y/o (c) diagnóstico de demencia u otras enfermedades psicopatológicas graves. La información

de los adultos mayores institucionalizados fue suministrada por los profesionales de la salud de ambas instituciones (psicólogos, médicos y terapeutas ocupacionales). Por su parte, la información de los adultos mayores que residen en sus domicilios fue inferida a partir de una breve entrevista donde se evidenció un buen estado de salud general. Se administraron los instrumentos en sesiones individuales de 30 minutos en donde se les garantizó a los participantes que los datos serían tratados de manera confidencial. En esas sesiones, además de recabar la información estrictamente necesaria para el análisis estadístico cuantitativo, se pudo profundizar acerca de las características, motivaciones e historias personales que están detrás de cada una de las respuestas.

Una vez finalizada la recolección de datos, las respuestas se cargaron en el *software* estadístico Infostat (2017). Con este software y con las herramientas y test estadísticos más adecuados se analizó cada uno de los objetivos con un nivel de significación alfa de .05 en todos los casos. Para el primer objetivo se utilizó un baremo de MHC de la Ciudad de Buenos Aires (de la Iglesia, 2018). Para el segundo y tercer objetivo se calcularon pruebas *t* de Student (incluyendo cálculos de coeficiente *d* de tamaño efecto de Cohen), el coeficiente de correlación *r* de Pearson y un análisis univariado de varianza (ANOVA).

5.5 Resultados

En este apartado se presentan los resultados de los diferentes test y pruebas estadísticas realizadas para cada uno de los tres objetivos planteados.

5.5.1 Objetivo 1. Niveles de bienestar emocional, psicológico y social de adultos mayores en comparación con la población adulta total.

Para describir los niveles de bienestar emocional, psicológico y social en la población bajo estudio, se utilizó un baremo con valores de la población adulta de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (de la Iglesia, 2018). Luego, utilizando los puntajes de corte basados en puntuaciones T, se verificó la proporción de casos con niveles altos, medios y bajos de bienestar de acuerdo a los puntos de corte de 40 y 60 –que determinan el nivel medio esperado en el puntaje-. Tal como se puede visualizar en la Tabla 1, el 33% de los participantes presentó nivel de bienestar total alto, el 61% medio

y el 6% bajo lo que parece reflejar que los adultos mayores muestran niveles más elevados de bienestar total que la población adulta considerando todas las edades.

El análisis de las tres dimensiones del modelo de Keyes muestra que poco más de tres cuartas partes de la población adulta mayor tiene un nivel medio de bienestar emocional y el 17% nivel bajo. En esta dimensión la evidencia sugiere que la mayoría de los adultos mayores tienen niveles medios de bienestar emocional en comparación con la población adulta total. El porcentaje de adultos mayores con nivel bajo es el mayor dentro de las tres escalas pero no supera los valores esperados de acuerdo al baremo, encontrándose una distribución esperada. Contrariamente, tanto en la dimensión psicológica como social, más de la tercera parte de los adultos mayores registran niveles altos de bienestar y tan solo 4% y 3% respectivamente niveles bajos indicando que en ambas dimensiones la muestra de población adulta de mayor edad encuestada en este estudio muestra niveles superiores de bienestar a la población adulta total con la que se confeccionó el baremo.

Tabla 1. *Niveles de bienestar total, emocional, psicológico y social.*

	Total	Emocional	Psicológico	Social
Alto (T>60)	33% (n= 33)	7% (n= 7)	36% (n= 36)	35% (n= 35)
Medio (T 40-60)	61% (n= 61)	76% (n= 76)	60% (n= 60)	62% (n= 62)
Bajo (T<40)	6% (n= 6)	17% (n= 17)	4% (n= 4)	3% (n= 3)

De este modo, la muestra de 100 casos de este estudio da indicios que la primera hipótesis que postula que el nivel de bienestar en adultos mayores es mayor a la media de la población adulta total se estaría confirmando.

5.5.2 Objetivo 2. Niveles de bienestar emocional, psicológico y social de acuerdo al lugar de residencia (institucionalizados y no institucionalizados).

Tal como se mencionó en el apartado sobre procedimientos, los participantes institucionalizados residen en dos instituciones diferentes. Como paso previo, era de interés verificar si los residentes en las instituciones presentaban niveles de bienestar diferente. Para ello se calcularon pruebas *t* para el MHC total cuyos resultados revelaron que el nivel de bienestar total de los residentes de ambas instituciones no muestran diferencias estadísticas significativas ($p = .76$). Es por ello que se pudo analizar a ambos grupos de manera conjunta. Este resultado era esperable dado que si bien las instituciones difieren en sus dimensiones (cantidad de residentes) y en los tipos de

servicios que ofrecen (cantidad y diversidad de talleres, calificación del personal entre otros), ambas son de gestión privada y con niveles de aranceles que los hacen accesibles solo a la clase media (ver que todos los residentes se autodefinen en el nivel socioeconómico medio-alto y medio-bajo).

Con el fin de verificar si existían diferencias estadísticamente significativas en el bienestar emocional, psicológico y social según el lugar de residencia, se calcularon pruebas *t* de Student (Tabla 2). Los resultados mostraron que no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p > .05$) y por ende no ha sido posible confirmar la hipótesis 2 donde se postula que el bienestar en adultos mayores institucionalizados es inferior al de los adultos mayores no institucionalizados. Esto se mantiene como válido luego de calculados los coeficientes de tamaño de efecto *d* sólo para el puntaje total. En el caso de bienestar psicológico se observó un tamaño del efecto bajo y en el caso del bienestar emocional y social un efecto moderado.

Dicho esto, en lo que respecta al nivel de MHC social los adultos mayores que residen en instituciones geriátricas parecen mostrar niveles medios superiores a quienes viven en sus domicilios, aunque la diferencia es débil (cerca del umbral de significatividad estadística al 5%). Este aspecto será tomado en cuenta en las conclusiones.

Tabla 2. *Diferencias en MHC total, emocional, social y según lugar de residencia.*

	Domicilio particular (n=50)	Residencia Geriátrica (n=50)	<i>p</i>	<i>d</i>
MHC Total	3.59	3.60	.93	.01
MHC Emocional	3.83	3.55	.19	.33
MHC Social	2.75	3.13	.06	.41
MHC Psicológico	4.16	4.02	.37	.17

5.5.3 Objetivo 3. Niveles de bienestar emocional, psicológico y social de acuerdo a sexo, edad y nivel educativo.

Para este objetivo en primer lugar se calcularon pruebas *t* para comparar los niveles de bienestar emocional, psicológico, social y bienestar total entre hombres y mujeres evaluados a través del MHC-SF. El análisis no encontró diferencias significativas en ninguna de las dimensiones según sexo (Tabla 3). Esto, estaría confirmando la hipótesis

3a. La diferencia de nivel de bienestar emocional está cerca del umbral de significatividad, en línea con los resultados de Zubieta y Delfino (2010), lo que justificaría ahondar en investigaciones futuras. En este caso los coeficientes de tamaño de efecto d muestran que es moderado en el bienestar emocional y bajo en los restantes.

Tabla 3. *Diferencias en MHC total, emocional, social y psicológico según sexo.*

	Femenino (n=64)	Masculino (n=36)	p	d
MHC Total	3.66	3.48	.33	.22
MHC Emocional	3.84	3.42	.09	.37
MHC Social	2.97	2.89	.72	.07
MHC Psicológico	4.13	4.01	.46	.14

En segundo lugar, para analizar si existían diferencias en los distintos tipos de bienestar de acuerdo al nivel educativo, se calcularon pruebas ANOVA one-way. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los casos ($p > .05$) (Ver Tabla 4). Si bien esto estaría refutando la hipótesis 3b que postula asociación positiva entre bienestar de los adultos mayores y el nivel socio educativo los resultados deben tomarse con cautela dado que la muestra tiene una alta participación de adultos mayores con niveles educativos avanzados habiendo muy pocos participantes con solo educación primaria.

Tabla 4. *Análisis de varianza (ANOVA) del bienestar emocional, psicológico, social y total según nivel educativo.*

	p
MHC Total	.42
MHC Emocional	.68
MHC Social	.61
MHC Psicológico	.46

Por último, para verificar si existían asociaciones entre los niveles de bienestar emocional, psicológico, social y total con la edad se calcularon los coeficientes de correlación r de Pearson (Tabla 5). En este caso se encontró una relación estadísticamente significativa entre la edad y el bienestar social $r = 0.22$ ($p < 0.05$), una relación positiva pero débil entre la edad y el bienestar total $r = 0.19$ ($p < 0.10$) y no se hallaron asociaciones entre la edad y el MHC emocional y psicológico. De este modo, la hipótesis 3b se estaría verificando solo parcialmente y para el bienestar total y social.

Tabla 5. *Correlaciones entre MHC total, emocional, social y psicológico y edad.*

	Coefficiente r de <i>Pearson</i>	Valor p
MHC Total	.19	.06
MHC Emocional	.13	.21
MHC Social	.22	.03
MHC Psicológico	.12	.23

6. Conclusiones

El envejecimiento poblacional es una tendencia global. El creciente peso de la población anciana es uno de los cambios más significativos que se viene dando en las sociedades desarrolladas en las últimas décadas. Así, se advierte que los adultos mayores son cada vez más en términos absolutos, pero también en términos relativos - como porcentaje de la población total-. Este proceso plantea múltiples desafíos para los sistemas de salud que deben proveer cada vez más servicios de promoción, prevención, atención y rehabilitación a este estrato de la población. Argentina, como país en desarrollo, se enfrenta a un problema en materia de recursos, ya que está obligada a hacer frente al desarrollo y al envejecimiento de la población al mismo tiempo (Guzmán & Sosa, 2002).

En el marco del presente trabajo se conceptualiza a la vejez tanto como un producto, período final de la vida y del proceso de envejecimiento; como un proceso, las personas continúan viviendo y envejeciendo hasta su muerte. Esta etapa del proceso evolutivo de los seres humanos es inherente al desarrollo del individuo y se puede transitar de modos diversos (Tisnes & Salazar Acosta, 2016). Para analizar la calidad y condiciones de vida de este grupo etario se eligió usar el modelo de bienestar de Keyes (2005) que abarca las dimensiones emocional, psicológica y social que permiten cuantificar el nivel de bienestar de las personas. Entendiendo a esta etapa como el último estadio del ciclo vital, fue necesario establecer, de modo operativo, a los 65 años como la edad a partir de la cual las personas son adultos mayores (Ocampo CH, 2005). Asimismo, dado que una de las estrategias de asistencia a los adultos mayores crecientemente usada en el mundo es la institucionalización de los mismos en entidades como residencia y hogares geriátricos (Croas & Fernandez Colmeneros, 2013; Fassio, 2007), se buscó analizar en qué medida el bienestar de las personas que residen allí difiere del de aquellas que vive en sus domicilios particulares.

A pesar de las limitaciones metodológicas que se presentan más adelante, tanto el objetivo general como los objetivos específicos de la investigación planteados en este TFI han podido ser abordados. Los resultados asociados a cada una de las hipótesis orientadoras del estudio muestran tanto coincidencias como diferencias con investigaciones en la temática previas.

Primero, los niveles de bienestar de la muestra de 100 casos de este estudio en comparación con el Baremo de MHC de la Ciudad de Buenos Aires (de la Iglesia, 2018) dan indicios que la primera hipótesis que postula que el nivel de bienestar en adultos mayores es mayor a la media de la población adulta total se estaría confirmando. Esto se debe a niveles superiores en el bienestar total y en las dimensiones psicológica y social (aunque no emocional). Esto da cuenta que los adultos mayores encuestados se sienten bien consigo mismos, incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones. Poseen metas y objetivos que le permiten dotar de sentido a sus propias vidas y mantienen relaciones interpersonales de confianza y cariño (Ruch, Proyer & Weber, 2010). Podría pensarse que las condiciones sociales de los adultos mayores de la ciudad de Buenos Aires se asocien con una mayor integración social en la comunidad, un mayor sentimiento de pertenencia y de esta forma se puede dar cuenta de las diferencias encontradas. Estos resultados se contraponen a lo hallado por Molina Serna et al. (2008) que encuentran un decrecimiento del bienestar psicológico a lo largo de los diferentes momentos vitales.

Segundo, los resultados mostraron que no ha sido posible confirmar la hipótesis 2 donde se postula que el bienestar en adultos mayores institucionalizados es inferior al de los adultos mayores no institucionalizados. Esa hipótesis se basa en diferentes investigaciones previas que argumentan que el tipo de contexto donde habitan los adultos mayores incide sobre su bienestar. Únicamente, la evidencia muestra que los adultos mayores que residen en instituciones geriátricas parecen mostrar niveles medios superiores de MHC social a quienes viven en sus domicilios (diferencias cercanas al umbral de significatividad estadística al 5%). Este resultado merecería mayor atención en investigaciones futuras con una muestra más balanceada en términos de niveles de ingreso y niveles socioeducativos que la actual. De ese modo se podrá verificar si la débil asociación encontrada se robustece y muestra que en verdad las instituciones logran que sus residentes desarrollen actividades sociales y colectivas que aumentan el

sentimiento de pertenencia social, como miembros vitales de esa comunidad y permiten de esta manera que se sientan parte y útiles.

Asimismo, tal como se mencionó anteriormente, las instituciones analizadas en el presente estudio son de excelencia y por ende el contexto contenedor en el que viven esos residentes podría estar influyendo en los resultados obtenidos. Los adultos mayores encuestados que están institucionalizados muestran poseer recursos para la adaptación a nuevas situaciones, posibilitando la capacidad de cambio en sus vidas, asimismo se desarrollan dentro de un entorno de institución que implica muchas veces relaciones sociales dadas, no son siempre elegidas, no obstante esto no les entorpece su desarrollo personal (Molina Sena, Meléndez Moral & Navarro Pardo, 2008). El abordaje de ambas instituciones elegidas en este estudio, priorizan prácticas de prevención y promoción de la salud como así también promueven los espacios de escucha, de atención a necesidades más singulares, poseen consideraciones más individuales en los cuidados lo que estaría indicando que la asociación entre institucionalización y bienestar depende del tipo y características de las instituciones (Soria Bell & Rodriguez Saif, 2002). En esa dirección es que se debe interpretar que el mayor nivel promedio de bienestar social en los institucionalizados en relación al otro grupo merecería mayor atención en investigaciones futuras con una muestra más balanceada en términos residentes en instituciones de diversa categoría y calidad.

Tercero, la evidencia estaría confirmando la hipótesis 3a que postula la inexistencia de diferencias en el nivel de bienestar emocional, psicológico y social en adultos mayores según género. Esto está en coincidencia con Góngora y Castro Solano (2018) para CABA (Argentina) y con estudios estudios canadienses, coreanos y chinos (Gilmour, 2014; Lim et al., 2013; Yin et al., 2013). Hombres y mujeres no presentan diferencias asociadas con la satisfacción de vida y con el afecto positivo. Como así tampoco en la capacidad para poder crear nuevos entornos o para elegir aquellos favorables de acuerdo a las propias necesidades. Presentan similares tendencia al desarrollo personal promoviendo el aumento de las propias potencialidades así como la capacidad de mantener la propia individualidad dentro del entorno social. El género no implica diferencias en la tendencia a mantener empatía con los demás como tampoco en el funcionamiento social y comunitario.

Cuarto, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de bienestar por nivel educativo lo que estaría refutando la hipótesis 3b que postula asociación positiva entre bienestar de los adultos mayores y el nivel socio educativo. Esto está en contradicción con Góngora y Castro solano (2018) y también con Momtaz et al. (2016) que identifican una asociación positiva entre el concepto emergente de florecimiento en la vida y el nivel educativo. Sin embargo, esta aparente contradicción con estudios previos debe tomarse con cautela dado que, como ya se mencionó, la muestra tiene una alta participación de adultos mayores con niveles educativos avanzados habiendo muy pocos participantes con solo educación primaria.

Quinto y último, coincidente con varios estudios previos, la hipótesis 3b que postula asociación positiva entre edad y bienestar se estaría verificando solo parcialmente y para el bienestar total y social. Aunque esto es complementario a lo verificado para la hipótesis 1, dado que estas asociaciones son dentro del mismo grupo de adultos mayores.

Este trabajo hace una modesta contribución a conocer más acerca del bienestar en un grupo etario en expansión como el de adultos mayores en dos contextos particulares: institucionalizados y no institucionalizados. Esta distinción, si bien importante, no captura de modo cabal una multiplicidad de contextos diferentes que pueden estar incidiendo en el bienestar. En función de esto, sería pertinente que estudios futuros profundicen en el estudio de esta diversidad de contextos residenciales. Asimismo, resulta de interés no solo profundizar en el estudio de los niveles de bienestar en esta población basadas en este modelo sino avanzar en conocer los factores que lo explican. La psicología positiva puede enriquecer la promoción del envejecimiento saludable al favorecer la adaptación a los cambios que ocurren en la vejez e impulsar experiencias emocionales positivas (felicidad, placer, bienestar con el pasado, esperanza en el futuro), rasgos positivos (fortalezas de carácter) y el fomento de vínculos positivos (Ruch, Proyer & Weber, 2010). De este modo se podrán pensar un conjunto de recomendaciones de política pública para adultos mayores y más específicamente para instituciones que promuevan el bienestar.

A modo de cierre, la metodología empleada, estudio descriptivo-correlacional con diseño no experimental a partir de una muestra no probabilística de tipo intencional a 100 voluntarios adultos mayores de la Ciudad de Buenos Aires (50 institucionalizados y

50 no institucionalizados), presenta algunas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta tanto al momento de interpretar los resultados como en el posible diseño de investigaciones futuras.

En primer lugar, el tamaño y composición de la muestra estuvo condicionado por el tiempo y los recursos disponibles para la realización de este TFI. La muestra de participantes fue relativamente reducida ($n = 100$) y por tratarse de voluntarios pertenecen primordialmente a una clase media urbana en términos económicos y que cuenta con niveles educativos elevados. Esta composición, relativamente homogénea, difiere de la media poblacional y por ende los resultados aquí obtenidos no son extrapolables al total de la población e investigaciones futuras deberían basarse en un tamaño de muestra mayor, tomado con métodos probabilísticos y con mayor representatividad. Para esto se deberían incluir participantes de otras regiones de Argentina, incluidas las ciudades pequeñas y las zonas rurales.

En segundo lugar, los criterios de exclusión utilizados para los participantes institucionalizados y no institucionalizados no son estrictamente los mismos. Por un lado, a los participantes institucionalizados se los pudo incluir/excluir en el estudio en base a información provista por profesionales de la salud. Por el otro, los voluntarios no institucionalizados fueron incluidos en base a una breve entrevista a cargo de la autora con menos elementos objetivos para evaluar el estado de salud de un modo más preciso y profundo.

En tercer lugar, los hogares donde residen los participantes institucionalizados son similares entre sí (privados, altos aranceles, buena calidad de atención, infraestructura y servicios) pero no necesariamente representan al tipo de instituciones que funcionan en la ciudad de Buenos Aires. En función de esto, el nivel de bienestar de los participantes institucionalizados refleja las condiciones que se dan en este tipo de instituciones no siendo extrapolables al resto de las instituciones siendo esto también un área de posible mejora en investigaciones futuras.

En cuarto lugar, en la mayoría de los casos el instrumento fue aplicado con la ayuda de la autora quien debió leer y explicar detenidamente varias de las preguntas y las opciones de respuestas. Esto pudo haber influido en la comparabilidad de las respuestas con quienes respondieron e interpretaron el instrumento de modo

independiente. Sin embargo, esto también fue una fortaleza del estudio dado que algunos ítems del instrumento no eran comprendidos de modo autónomo y dio la posibilidad de explicar el sentido de los mismos.

6. Referencias Bibliográficas:

- Acrich, L. (2012). La Psicogerontología Social y la evaluación de las redes sociales de apoyo. *ECOS Estudios Contemporâneos da Subjetividade*, 2(1), 17-31.
- Alvarado García, A.M. & Salazar Maya, A.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. doi: 10.4321/S1134-928X2014000200002
- Amadasi, E. & Tinoboras, C. (2016). *El desafío de la diversidad en el envejecimiento: familia, sociabilidad y bienestar en un nuevo contexto*. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Universidad Católica Argentina.
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Santiago de Chile: CELADE/CEPAL.
- Arrazola Leturia, F.J. (1999). El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34, 105-120.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press
- Barenys, M.P. (2012). Los geriátricos, de la institucionalización al extrañamiento. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(8), 7-24.
- Buendía, J. & Riquelme, A. (1997). *Gerontología y salud: perspectivas actuales*. Barcelona: Biblioteca Nueva.
- Cardona Arango, D., & Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*, 28(2), 335-348.
- Carrascosa-Gil, R., Vázquez-Calatayud, M., & Canga-Armayor, A. D. (2010). Successful aging: un enfoque holístico. *Gerokomos*, 21(4), 146-152.
- Castro Solano, A. (2012). La psicología positiva en américa latina. Desarrollos y perspectiva. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 108-118.
- Chackiel, J. (2000). *El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?* Santiago: CEPAL/CELADE.
- Croas, R. & Fernández Colmeneros, L. (2013). *Modelos Comunitarios e Institucionales de Gestión Gerontológica*. Mar del Plata: Ministerio de Desarrollo Social Presidencia de la Nación.
- Dabove, M. I. (2013). Ciudadanía y Derechos Fundamentales de las Personas Mayores:

- De las Políticas Gerontológicas al Derecho de la Vejez. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales*, 4(1), 19-36.
- De la Iglesia, G (2018) Baremo de MHC población adulta total de la Ciudad de Buenos Aires, manuscrito.
- Dirección General de Estadística y Censos (2012). *La atención a los adultos mayores en la Ciudad de Buenos Aires*. Informe de resultados 528. Ministerio de Hacienda.
- Dulcey-Ruiz, E. (2013). *Envejecimiento y vejez: categorías conceptuales*. Bogotá: Red Latinoamericana de Gerontología-Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano.
- Erikson, E. H. (1985). *El ciclo vital completado*. Buenos Aires: Paidós.
- Ramos Esquivel, J., Meza Calleja, A. M., Maldonado Hernández, I., Ortega Medellín, M. P. & Hernández Paz, M. T. de J. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11, 47-56.
- Fassio, A. (2007). La institucionalización de los adultos mayores en la Argentina Imaginarios y realidades. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 18(76), 443-447.
- Fernández Ballesteros, R.; Moya, R.; Iñiguez, J. & Zamarrón, M. (1999). *Qué es Psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fernández Ballesteros, R. (2000). La gerontología positiva. *Revista española de geriatría y gerontología*, 10(3), 143-145.
- Fernández-Ballesteros, R. (2006). GeroPsychology. An applied field for the 21st Century. *European Psychologists*, 11, 312-323.
- García Martín, M. A. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología*, (6), 18-39.
- Gilmour, H. (2014). Positive mental health and mental illness. *Health reports*, 25(9), 3-9.
- Giró Miranda, J. (2006). *El envejecimiento activo en la sociedad española*. La Rioja: Universidad de La Rioja.
- Guevara-Peña, N. L. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Entramado*, 12(1), 138-151.
- Goffman, E. (1970). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Góngora, V.C., & Casullo, M. (2009). Factores protectores de la salud mental: un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 183-205.

- Góngora, V. C., & Castro Solano, A. (2018). Bienestar emocional, psicológico y social y variables demográficas en población adulta de la ciudad de Buenos Aires. *Psicodebate*, 18(1), 72-83. doi: 10.18682/pd.v18i1.740
- Groba, G.; Ravano, G. (2004). En: Aizen R. (2004). *Temas de gerontología social*. Buenos Aires: Dirección General de Tercera Edad del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Guevara-Peña, N. L. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Entramado*, 12(1), 138-151.
- Guzmán, J.M. & Sosa, Z. (2002). *Los adultos mayores en América Latina y el Caribe datos e indicadores* Santiago: CEPAL/CELADE.
- Haydée, M. & Firevicius de Nouzeilles (1996). *El desafío de la vejez*. Buenos Aires: Vinciguerra.
- Hitzig, J. (2002) *Cincuenta y tantos. Cuerpo y mente en forma, aunque el tiempo siga pasando*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Jiménez, M.G., María Izal ,M. & Montori, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Suma psicológica*, 23, 51–59. doi: 10.1016/j.sumpsi.2016.03.001
- InfoStat (2017). InfoStat versión 2017. Grupo InfoStat, FCA, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos, (2014). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012*. 1. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- Jovanović, Veljko. (2015). Structural validity of the Mental Health Continuum-Short Form: The bifactor model of emotional, social and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 75, 154-159. doi: 10.1016/j.paid.2014.11.026
- Karaś, D., Ciecuch, J., & Keyes, C. L. M. (2014). The Polish adaptation of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF). *Personality and Individual Differences*, 69(0), 104-109. doi: 10.1016/j.paid.2014.05.011
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 539-548. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.539
- Keyes, C. L. M., & Arias Medina, W. P. (2017). Fiabilidad y validez de la Escala del

- Contínium de Salud Mental (MHC-SF) en el contexto ecuatoriano. *Ciencias Psicológicas*, 11(2), 223-232. doi: 10.22235/cp.v11i2.1499
- Ley N° 661. Marco regulatorio para el funcionamiento de los establecimientos residenciales de la ciudad de buenos aires. Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 1300, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, 19 de Octubre de 2001.
- Ley N° 5670. Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 5024, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, 13 de Diciembre de 2016.
- Lim, Y.-J., Ko, Y.-G., Shin, H.-C., & Cho, Y. (2013). Prevalence and Correlates of Complete Mental Health in the South Korean Adult Population. En C. L. M. Keyes (Ed.), *Mental Well-Being* (pp. 91-109): Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-5195-8_5
- López Gómez, M. P. & Marín Baena, R. A. (2016). Revisión teórica desde la psicología sobre representaciones sociales del envejecimiento y la vejez en Latinoamérica y España (2009-2013). *Revista Científica General José María Córdova*, 14(17), 155-202.
- Losada Baltar, A. (2004). Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, 14. Las personas mayores. Observatorio de personas mayores, 1, 557577.
- Lupano Perugini, M. L., de la Iglesia, G., Castro Solano, A., & Keyes, C. L. M. (2017) The Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) in the Argentinean Context: Confirmatory Factor Analysis and Measurement Invariance. *Europe's Journal of Psychology*, 13(1), 93-108. doi:10.5964/ejop.v13i1.1163
- Michaelson, J., Abdallah, S., Steuer, N., Thompson, S., & Marks, N. (2009). *National accounts of well-being: Bringing real wealth onto the balance sheet*. London: New Economics Foundation.
- Molina Sena, C., Meléndez Moral, J.C. & y Navarro Pardo, E. (2008). *Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados*. España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Momtaz, Y. A., Hamid, T. A., Haron, S. A., & Bagat, M. F. (2016). Flourishing in later life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 63, 85-91. doi: 10.1016/j.archger.2015.11.001
- Muñoz, C. O., Restrepo, D., & Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud

- mental positiva: revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39(3), 166-173.
- Murgier, M. (2014). Controversias en la institucionalización de un adulto mayor. *La revista del Plan Fénix*, 5(36), 66-75.
- Ocampo Ch, J.M. (2005). Evaluación geriátrica multidimensional del anciano en cuidados paliativos. *P & B*, 9(2), 46-58.
- Organización de los Estados Americanos (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. Washington: OEA.
- Organización de Naciones Unidas (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Nueva York: ONU.
- Organización de Naciones Unidas (2017). *Informe: Perspectivas de la población mundial*. Nueva York: ONU.
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Preámbulo de la Constitución de la OMS*. Nueva York: ONU
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: OMS
- Orosa Fraiz, T. (2001). Determinantes del Desarrollo en la Psicología de la Vejez. Presupuestos Científicos en la Universidad del Adulto Mayor. IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile.
- Peña Contreras, E. K., Lima Castro, S.E., Bueno Pacheco, G. A., Aguilar Sizer, M. E., Keyes, C. L. M., & Arias Medina, W. P. (2017). Reliability and validity of the Mental Health Continuum (MHC-SF) in the Ecuadorian contexts. *Ciencias Psicológicas*, 11(2), 223-232. doi: 10.22235/cp.v11i2.1499
- Petrillo, G., Capone, V., Caso, D., & Keyes, C. L. M. (2015). The Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) as a Measure of Well-Being in the Italian Context. *Social Indicators Research*, 121(1), 291-312. doi: 10.1007/s11205-014-0629-3
- Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002). Nueva York: ONU.
- Ramos Esquivel, J., Meza Calleja, A. M., Maldonado Hernández, I., Ortega Medellín, M. P., Hernández Paz, M. T. de J. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11, 47-56.

- Regazzoni, C. (2014). *La Argentina y el Envejecimiento Poblacional. Connotaciones estratégicas para la educación, la economía y el desarrollo*. Buenos Aires: CAEI.
- Rojas Ocaña, M.J., Toronjo Gómez, A, Rodríguez Ponce, C, & Rodríguez Rodríguez, J.B. (2006). Autonomía y estado de salud percibida en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 17(1), 6-23.
- Rodríguez Daza, K.D. (2010). *Vejez y envejecimiento*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Roqué, M.L. & Fassio, A. (2015). *Residencias de larga estadía para adultos mayores en Argentina: relevamiento y evaluación*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.
- Rowe, J.W. & Kahn, R. L. (1987). Human Aging : Usual and Successful. *Science*, 237, 143-149.
- Ruch, W., Proyer, R. T., & Weber, M. (2010). Humor as character strength among the elderly: Empirical findings on age-related changes and its contribution to satisfaction with life. *Zeitschrift fu'r Gerontologie und Geriatrie*, 43, 13-18. doi:10.1007/s00391-009-0090-0
- Salvarezza, L. (1998). *La vejez: una mirada psicogerontológica actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Soria Bell, Belkis, & Rodríguez Saif, A. J. (2002). Análisis de los aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados. *Revista Cubana de Enfermería*, 18(2), 116-121.
- Stefani, D., Feldberg, C., Tartaglini, M. F., Pereyra Girardi, C. I., Hermida, P. D., Ofman, S. D., & Cófreces, P. (2011). Estrés, mecanismos de afrontamiento y participación social en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Un estudio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina. *Investigaciones en Psicología*, 16(3), 117-135.
- Tisnés, A., & Salazar-Acosta, L. (2016). Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social. *Papeles de Población*, 22(88), 209-236.
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C. y Osuna, M.J. (2005). La medida del bienestar en personas mayores: adaptación de la Escala Ryff. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58(3), 347-364.

- Vázquez, C. & Hervás, G. (2008). *Psicología Positiva aplicada*. Bilbao: Desclee de Brower, 17-39.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J. & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 15-28.
- Viveros Madariaga, A. (2001). *Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y acciones de la sociedad*. Santiago de Chile: CEPAL/CELADE.
- Wachelke, J. & Contarello, A. (2010). Social representations on aging: Structural differences concerning age group and cultural context. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(3), 367-380.
- Westerhof, G. & Keyes, C. L. M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119. doi:10.1007/s10804-0099082-y
- Yin, K., He, J., & Fu, Y. (2013). Positive Mental Health: Measurement, Prevalence, and Correlates in a Chinese Cultural Context. En C. L. M. Keyes (Ed.), *Mental Well-Being* (111-132): Springer Netherlands. doi: 10.1002/pmh.1216
- Yujnovsky, O. (1984). *Claves políticas del problema habitacional argentino, 1955-1981*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.
- Zamarrón, M.D. & Fernández-Ballesteros, R. (2000). Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencias. Factores determinantes. *Revista de Geriátría y Gerontología*, 35(2), 17-29.
- Zetina Lozano, M. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, 5(19), 23-41.
- Zubieta, E. M., & Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de investigaciones*, 17, 277-283.

8. Anexo

Protocolo / Participante

Nº

Como parte de un trabajo Final Integrador estoy realizando una investigación sobre Bienestar en población adulta. Por favor, necesitaría su colaboración para la realización de la misma. Trate de responder de la forma más sincera posible. No existen respuestas correctas o incorrectas. Los datos son anónimos.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

1. Edad:

2. Sexo:

- Masculino
- Femenino

3. Estado Civil:

- Soltero
- Casado
- En pareja
- Viudo
- Divorciado

4. Trabaja

- SI
- NO

Pasa a 6

5. Ocupación:

6. Por favor señale su último nivel educativo alcanzado

- Post Universitario
- Universitario
- Terciario
- Secundario
- Primario
- Primario incompleto

7. Nivel socioeconómico:

- Alto
- Medio Alto

- Medio Bajo

- Bajo

--

8. Por favor señale su lugar de residencia

- En su domicilio particular (solo/a)
- En su domicilio particular (acompañado/a de un familiar)
- En su domicilio particular (acompañado/a de un asistente)
- En el domicilio de algún familiar

- En una institución
 - Hogar
 - Residencia
 - Hospital
 - Otro (indique)

MHC

Instrucciones: Por favor responda a los siguientes ítems teniendo en cuenta como se ha sentido en el último mes.

Responda en base a la siguiente escala:

Nunca	Una o dos veces	Una vez a la semana	Dos o tres veces a la semana	Casi todos los días	Todos los días
0	1	2	3	4	5
En el último mes cuantas veces usted se ha sentido...					
1. ... feliz	0	1	2	3	4 5
2. ... interesado por su vida	0	1	2	3	4 5
3. ... satisfecho	0	1	2	3	4 5
4. ... que tenía algo importante para contribuir con la sociedad	0	1	2	3	4 5
5. ... que ha formado parte de una comunidad (como un grupo social, vecindario o ciudad)	0	1	2	3	4 5
6. ... que nuestra sociedad se está convirtiendo en un mejor lugar para la gente	0	1	2	3	4 5
7. ... que la gente es buena	0	1	2	3	4 5
8. ... que está bien la forma en que funciona la sociedad	0	1	2	3	4 5
9. ... que le agrada casi todo de su personalidad	0	1	2	3	4 5
10. ... que ha manejado bien las responsabilidades diarias	0	1	2	3	4 5
11. ... que tiene relaciones cálidas y confiables con las personas	0	1	2	3	4 5
12. ... que ha tenido experiencias que lo han desafiado a crecer y convertirse en mejor persona	0	1	2	3	4 5
13. ... seguro de pensar y expresar las propias ideas y opiniones	0	1	2	3	4 5
14. ... que su vida tiene dirección o sentido	0	1	2	3	4 5