

Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología



Trabajo Final Integrador

Autor:FAJARDO DE MELLO, Mauricio

Fecha de Entrega: 30 de noviembre de 2011.

Profesor Tutor: Dr. Alejandro Castro Solano

Índice

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.....	1
1.1 Problema y Objetivos:.....	3
1.2 Importancia:.....	4
2.1 Vejez.....	5
2.2. Bienestar:.....	9
2.2.1 Bienestar y Tercera Edad:.....	13
2.3. Depresión:.....	13
2.3.1 Depresión y vejez:.....	17
2.4. Institucionalización:.....	19
2.5 Género:.....	22
2.5.1 Género y bienestar:.....	24
2.5.2 Género y vejez:.....	24
3.1 Tipo y diseño de estudio:.....	25
3.2 Muestra:.....	25
3.3 Instrumentos:.....	25
3.4 Procedimiento:.....	26
5.1 Análisis de los datos teóricos en relación con los resultados:.....	28
5.2 Discusión:.....	30

1. INTRODUCCIÓN:

La práctica se realizó en un geriátrico y hogar de ancianos , donde viven alrededor de trecientos residentes , que han encontrado en este lugar un cálido rincón en el cual, por medio de la amistad y el compañerismo, el devenir de la vejez se hace un poco más comfortable.

Allí se pueden encontrar diversos tipos de servicios que integran las necesidades más emergentes junto con el fomento de actividades de orden social y de esparcimiento.

También se encuentran más de doscientos empleados que ocupan puestos en: la enfermería, la farmacia, la sala de terapia ocupacional, espacios de rehabilitación, consultorios médicos, biblioteca, terrazas, cafetería, la cocina y el templo, así como tres locales ubicados en el hall central: un kiosco, una boutique de indumentaria unisex y una peluquería .

La pasantía consistió en una tarea de acompañamiento, participación en talleres ocupacionales, y la realización de entrevistas supervisadas por el personal del departamento de servicio social. También se apoyó en actividades en las que se procuraba estimular al residente y mantenerlo enérgico.

En base a esta pasantía se eligió un tema que aborde a la vejez desde una mirada diferente cuyo enfoque se enmarca en la empatía, y en un afrontamiento centrado en la búsqueda del bienestar y la disminución de la depresión.

1.1 Problema y Objetivos:

Sobre la base de este estudio principal, la presente investigación se centrará en la evaluación del bienestar y el nivel de depresión en adultos mayores institucionalizados.

Se considera que el bienestar tiene tres componentes básicos: el afecto positivo, el afecto negativo y el componente cognitivo. Este último sería la satisfacción vital o bienestar, y es el resultado de la integración cognitiva que las personas realizan cada vez que evalúan cómo les está yendo (Castro Solano, 2010).

Castro Solano (2010) también señala que los estados emocionales son lábiles y momentáneos, con lo cual el bienestar o satisfacción vital es el resultado de un juicio cognitivo y resulta un constructo más estable en el tiempo.

Por otro lado, el estado de ánimo deprimido es una de las condiciones de malestar psicológico más frecuentes en los seres humanos (Vazquez & Sanz, 1995).

En general, cualquier persona deprimida es probable que presente un conjunto de signos y síntomas que se puede reducir a cinco grandes núcleos: 1) síntomas anímicos, 2) síntomas motivacionales y conductuales, 3) síntomas cognitivos, 4) síntomas físicos y 5) síntomas

interpersonales (Vazquez & Sanz, 1995).

Se toman estos dos grandes temas, enfocados a la tercera edad, con el objetivo de evaluar y medir los niveles de bienestar y de depresión en dicha etapa de la vida.

De esta manera, el problema se plantea de la siguiente forma: describir el nivel de bienestar y de depresión en adultos mayores institucionalizados.

Para lograr este cometido, se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo general:

- Evaluar el Bienestar y el nivel de Depresión en adultos mayores institucionalizados.

Objetivos específicos:

- Comparar el nivel de bienestar en adultos mayores institucionalizados según género y grupo de edad.
- Comparar el nivel de depresión en adultos mayores institucionalizados según género y grupo de edad.
- Evaluar la relación entre el tiempo de institucionalización y el nivel de bienestar en adultos mayores.
- Evaluar la relación entre el tiempo de institucionalización y el nivel de depresión en adultos mayores.

1.2 Importancia:

- *Conveniencia:* El presente trabajo adquiere importancia, puesto que no hay suficiente número de estudios que se enfoquen a la investigación del bienestar y de la depresión en adultos mayores institucionalizados.
- *Relevancia Social:* Se considera que la tercera edad es una etapa de la vida en la que se requieren especiales cuidados. El aporte científico puede ayudar a mejorar el manejo de esta

temática de gran forma, ya que la información que éste puede producir coadyuvaría en una mejora de la calidad de vida de los viejos. Por otra parte, este trabajo parte de la premisa de que la tercera edad requiere a cada instante de una mirada atenta, de un gesto contenedor, y de la preocupación de quienes tienen a su alcance los instrumentos para modificar el entorno de quién lo necesita.

- *Valor teórico:* esta investigación podría dar el puntapié inicial para ulteriores estudios que profundicen en la temática de depresión y bienestar en tercera edad en la Argentina.

2. MARCO TEÓRICO O ANTECEDENTES:

2.1 Vejez

La vejez es un tema conflictivo, no sólo para el que la vive y su entorno familiar, sino también para aquellos que la afrontan desde sus roles profesionales de médico, psicólogo, asistente social, enfermero, etc. El grado de conflicto que representa para cada uno y las conductas defensivas que se tomen para evitarlo estarán determinadas por la historia personal, la cual habrá ido conformándose a través de sucesivas experiencias, fantasías o represiones, en el contexto de una ideología general sobre lo que es la vejez, sus causas y la mejor manera de comportarse frente a ella (Salvarezza 2005).

Salvarezza (2005) destaca la importancia que en esta etapa de la vida tiene la indefensión o invalidez, ya que esto genera que los viejos estén en manos de otras personas más jóvenes que deberán ocuparse y encontrar la mejor manera para encarar este problema.

Por otro lado, hay un error inicial que habría que superar, y es el de pensar que, cuando se habla de los viejos haciendo referencia a su edad, cuando se señala su imagen arrugada, sus canas y su postura encorvada, se está hablando de seres diferentes a uno mismo. Este es un prejuicio cuya ganancia es defender al individuo de pensarse a sí mismo como viejo, o de una creencia de que el psiquismo se transforma cuando avanza en la edad, cuando en realidad el anciano es un ser adulto con un psiquismo adulto, que envejece y que conserva sus deseos, su sexualidad, sus gustos y sus elecciones cotidianas (Zarebski, 2008).

En la misma línea, Salvarezza (2005) plantea que las personas jóvenes ven a los viejos como personas distintas, no los consideran como seres humanos con iguales derechos y, según el autor, lo que es peor, no les permite a los de menor edad identificarse con los viejos. El resultado de esto es que tienden a ver a la vejez como algo que no les pertenece, que está más allá, en un futuro muy lejano. Ésto les impide prepararse para enfrentar el propio envejecimiento. El viejo

siempre es el otro, postula el autor, y esto no permite ver que el otro es uno mismo más adelante.

La actitud general hacia los ancianos genera desconcierto, en el sentido de que la respuesta de las personas más jóvenes de este siglo hacia los más viejos es, muchas veces, de burla y desprecio. Cuando se ofrece algún tipo de ayuda, es exagerada, hiriendo el orgullo de las personas mayores. Dar un paso hacia adelante es pensar cómo ofrecer ayuda y atención a los ancianos, ya que los viejos en ocasiones necesitan ayuda las veinticuatro horas del día (Erikson, 1997).

El contexto social cobra importancia porque un ciclo vital individual no puede comprenderse satisfactoriamente fuera de este marco. El individuo y la sociedad están interrelacionados dinámicamente: a falta de un ideal culturalmente viable para la vejez, la actual civilización no alberga un concepto de la totalidad de la vida. Esto conlleva a que la sociedad no sepa cómo integrar a los ancianos en sus normas y convenciones básicas o en su funcionamiento vital. En vez de incluir a las personas mayores, a menudo se los margina, se los abandona y no se los toma en cuenta, no se considera al viejo como poseedor de sabiduría, sino como una condición vergonzosa (Erikson, 1997).

El viejismo es una conducta social complicada, con dimensiones históricas, culturales, sociales, psicológicas e ideológicas, y es usada para desvalorizar el status social de las personas viejas. Su edificación se basa en la estereotipia y la utilización generalizadora de este elemento psicosocial que lleva a la construcción de las estructuras de los prejuicios que más tarde son utilizados en contra de los viejos. La tendencia a culpabilizar a la víctima es también un componente importante del viejismo (Salvarezza, 2005).

El mismo autor plantea que a pesar de que las causas están enraizadas en condiciones sociales, culturales, históricas y económicas, la tendencia es a hacer al viejo personalmente culpable de sus problemas. Por lo tanto, el término viejismo define el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad. Esto sería comparable, en sus consecuencias, a los prejuicios que sustentan contra las personas por su raza o religión o contra mujeres en función de su sexo. La diferencia sería que los viejos no poseen ese estado en razón de su nacimiento, sino que lo adquieren por el mero transcurso del tiempo. El resultado de estos prejuicios es que se establece una fuerte sinonimia entre viejo y enfermo. Esto implica un enorme riesgo, ya que el viejo termina por internalizar el prejuicio (Salvarezza, 2005).

A propósito de esto, De Beauvoir (1970) plantea que en el plano biológico la noción de declinación tiene un sentido claro, el organismo declina cuando sus posibilidades de subsistir

disminuyen. La autora explica que la gerontología se ha desarrollado en tres planos: biológico, psicológico y social. En todas estas esferas es fiel al mismo prejuicio positivista, no se trata de describir el por qué se producen los fenómenos sino sus manifestaciones. El conjunto de la fatigalidad a la que nadie escapa, el esfuerzo físico sólo le está permitido dentro de determinados límites.

Parafraseando a la autora, hay una relación recíproca entre vejez y enfermedad, ésta acelera la senescencia y la edad avanzada predispone a los trastornos patológicos, sobre todo a los procesos degenerativos que los caracterizan. Las personas de edad son afectadas por una polipatología crónica (De Beauvoir, 1970).

Con respecto a este panorama, Fernández Ballesteros, Fresneda, Martínez y Zamarrón (2007) proponen que hay una extraordinaria diversidad en el tránsito del envejecimiento que pueden ser clasificadas como: vejez normal, patológica y competente, y aclaran que envejecer de una manera u otra no ocurre al azar, sino que depende, al menos en gran parte, de lo que el individuo haga y el contexto social promueva.

Erikson (1997) realiza un desarrollo de un esquema vital que se subdivide en ocho estadios, para luego agregarle una última etapa, que tiene que ver directamente con su autobiografía. Llama a este proceso como ciclo vital completado. Estos momentos de la vida, están uno envuelto en el otro y se complementan entre sí. La propuesta se formula desde un principio organísmico que resulta indispensable para el desarrollo psicosexual y psicosocial.

El esquema vital se realiza en el marco de su teoría epigenética. Este término lo tomó de la embriología. La epigénesis determina ciertas leyes que rigen las relaciones fundamentales que las partes en crecimiento guardan entre sí, esto no significa una mera sucesión. Lo que determina el tráfico entre estos ciclos sería, cómo el individuo resuelve su momento evolutivo actual (Erikson, 1997).

El mencionado autor se pregunta acerca de la importancia del principio epigenético al hacer una descripción general de los fenómenos psicosociales, y se responde a sí mismo señalando que los estadios de la vida permanecen siempre vinculados a procesos somáticos, aunque sigan dependiendo de los procesos psíquicos de desarrollo de la personalidad y del poder ético del proceso social (Erikson, 1997).

En lo concerniente a la vejez, la antítesis dominante es lo que se denomina integridad versus desesperanza. Este sería el octavo estadio. La integridad parece traer consigo una exigencia propia, de la misma manera que ocurre con una fuerza específica que madura a partir de la última antítesis que es la sabiduría. La integridad es un sentir de coherencia y totalidad que en momentos difíciles corre riesgos, como podría ser en casos de pérdida de vínculos. La

integridad sería una tendencia a mantener cosas unidas, una proclividad compartida a ver y oír los modos integrativos de la vida humana. La contraparte antipática de la sabiduría sería una reacción ante el sentimiento de un creciente estado de acabamiento, confusión y desamparo. El autor plantea cómo se va de la esperanza a la desesperanza, proponiendo que la última forma posible de la esperanza es la fe. El ciclo de la vida, al retornar a sus inicios, subsiste algo en su anatomía y sería una variedad de fes (Erikson, 1997).

El estadio previo a la vejez se denomina generativo y propone que los viejos necesitan mantener una función productiva para mantenerse realmente vivos, con una sensación de continuidad. La desesperanza surge cuando aparece una permanente percepción de estancamiento (Erikson, 1997).

A modo de resumen, el autor le asigna a la adultez la antítesis crítica de la generatividad versus estancamiento. La generatividad engloba la procreatividad, la productividad y la creatividad, lo que sería la generación de los nuevos seres, productos e ideas. Por lo tanto un sentimiento de estancamiento no es ajeno ni siquiera a los que son productivos y creativos, pero puede agobiar totalmente a aquellos que se encuentren inactivos en asuntos generativos. La virtud que surge de la antítesis, es el cuidado, es decir, como cuidar a las personas, preocuparse por ellas. Todos los productos que surgen desde la infancia a la juventud, como ser: esperanza y voluntad, finalidad y habilidad, fidelidad y amor, ahora resultan esenciales para la tarea generacional de cultivar el poder en la próxima generación, como repertorio de la vida humana (Erikson, 1997).

En contraparte, Salvarezza (2005) al referirse al esquema epigenético, comenta que este es muy útil, pero también un poco generalizador y abarcativo, dando respuestas globales que no terminan de explicar el destino personal y subjetivo de nuestro propio envejecimiento. Para ello rescata conceptos de otros autores para plantear que la postura que critica ofrece un panorama global de las crisis y conflictos de la totalidad del ciclo vital en una visión sistemática y ordenada en diferentes etapas de la vida, señalando cierto convencionalismo antropológico. En este punto el autor cavila acerca del proceso de envejecimiento e intenta buscar otro elemento teórico que permita entender cómo se ha vivido y qué determina los cambios de dirección del ciclo vital.

Recorre entonces al constructo de las series complementarias, en las que hay tres series de causas cuya relevancia estriba en la resultante de su interacción y no en su actuación en forma independientemente. Una primera serie está constituida por factores hereditarios y congénitos; entre los primeros están los transmitidos por herencia, por los genes, y entre los segundos los que devienen del período intrauterino . Esta serie también se llama componente constitucional.

La segunda serie está constituida por las experiencias infantiles, que son de vital importancia. La tercera serie abarca los factores actuales o desencadenantes. Estos actúan sobre el resultado de la interacción de la primera con la segunda serie (Salvarezza, 2005).

Lo que permite explicar el desarrollo psicológico de los individuos, como sus ocasionales estructuraciones psicopatológicas, es la reciprocidad en la actuación de unas series con otras. Al recurrir al principio de la proporcionalidad inversa habría que pensar que una disposición fuerte absorbe adecuadamente situaciones conflictivas, factores desencadenantes o actuales, en tanto que en disposiciones debilitadas por reiterados pesares, factores actuales mínimos pueden ocasionar catástrofes difíciles de solucionar. Es entonces a través de este esquema que el autor propone comprender el proceso de envejecimiento por la estructura de la personalidad y por la incidencia de los factores actuales que operan sobre ello, como los biológicos y los sociales, y percibir en qué momento estos se vuelven traumáticos. Para terminar, el autor aclara que cada viejo es el producto de sus series complementarias y que con una adecuada prevención primaria, se tiende a producir mejores envejecimientos (Salvarezza, 2005).

2.2. Bienestar:

Respecto a este tema, Seligman (2011) define a la Psicología Positiva (PP). Explica que ésta se centra en el significado de los momentos felices e infelices de la vida, las fortalezas y virtudes que manifiestan y otorgan una calidad determinada a la vida. Para ello, el autor refiere a tres pilares que constituyen la PP, estos son: 1) el estudio de la emoción positiva, 2) el estudio de los rasgos positivos, sobre todo las fortalezas y virtudes, y 3) las habilidades y la inteligencia. Las emociones positivas como la seguridad, la esperanza y la confianza resultan más útiles en momentos difíciles que cuando la vida es fácil. Las experiencias que provocan emociones positivas hacen que las emociones negativas se desvanezcan rápidamente, las fortalezas y las virtudes actúan a modo de barrera contra los trastornos psicológicos y pueden ser la clave para aumentar la capacidad de recuperación.

Las emociones positivas estarían divididas en tres tipos, según hacia dónde se oriente el sujeto: 1) el pasado, 2) el futuro y/o 3) el presente. La satisfacción y la serenidad son emociones orientadas hacia el pasado. El optimismo, la esperanza, la confianza y la fe se hallan dirigidas hacia el futuro. Las emociones positivas del presente se dividen en dos categorías: placeres y gratificaciones. Los primeros son los corporales y los superiores. Los placeres corporales son emociones positivas transitorias que se manifiestan a través de los sentidos. Los placeres superiores también son transitorios y se definen por los sentimientos que producen como el

éxtasis, el gozo y la dicha. Los placeres del presente, igual que las emociones positivas respecto del pasado y el futuro son sentimientos subjetivos. Las gratificaciones constituyen el otro tipo de emoción positiva relacionada con el presente, pero no son sentimientos sino actividades que causan placer. La felicidad que es una meta de la Psicología Positiva, consiste en pensar que la vida que se vive es auténtica. La autenticidad implica el acto de obtener gratificación y emociones positivas gracias al desarrollo de fortalezas personales, que son las vías naturales hacia la satisfacción. La buena vida es el producto de utilizar las fortalezas características para obtener gratificaciones en los principales ámbitos de la vida (Seligman, 2011).

El Bienestar subjetivo (B.S) es un término usado para describir el nivel de bienestar que experimenta la gente de acuerdo a la propia evaluación de sus vidas. El bienestar es subjetivo, ya que ocurre dentro de las experiencias de una persona. Sin embargo puede ser medido objetivamente a través del comportamiento verbal y no verbal, como ser: en las acciones, la biología, la atención y la memoria (Diener & Ryan, 2009).

Diener (2009) toma a Lucas (2005) y señala que el principal objetivo de los investigadores que estudian el bienestar subjetivo es la mejora de la vida de la gente, más allá de la eliminación de la tristeza. Como el bienestar subjetivo es un elemento clave de la calidad de vida, su medición es crucial para que se pueda entender cómo la vida de las personas puede llegar a mejorar. Además, los altos niveles de bienestar son beneficiosos para el funcionamiento efectivo de las sociedades, más allá de las ventajas individuales.

Con respecto a los beneficios del bienestar subjetivo, los primeros investigadores se focalizaban en las causas de éste. Últimamente, estos han comenzado a concentrarse en sus consecuencias, y a determinar si los altos niveles de bienestar subjetivo son beneficiosos para el funcionamiento efectivo, o si, por el contrario, a veces obstaculizan el éxito. Una evidencia creciente muestra que un bienestar subjetivo alto mejora significativamente la vida en cuatro áreas: salud y longevidad, trabajo e ingresos, relaciones sociales y beneficios sociales (Diener & Ryan, 2009).

En lo referente a las relaciones sociales, los individuos que tienen un mayor número de amigos y parientes tienden a tener mayor nivel de bienestar subjetivo. Sin embargo, los que tienen mayor bienestar subjetivo tienden a tener relaciones sociales más íntimas y contenedoras (Diener & Ryan, 2009).

Numerosos estudios muestran que la mejor parte del día de una persona es cuando esta se encuentra involucrada en interacción social. En general la gente es más feliz cuando está rodeada de otras personas (Diener & Ryan, 2009).

A su vez, existen evidencias que muestran que el bienestar subjetivo mejora la salud y la

longevidad (Diener & Ryan, 2009).

Los individuos con alto nivel de bienestar subjetivo tienden a tener un sistema inmunológico más fuerte y una mejor salud cardiovascular, y a comprometerse en comportamientos más saludables. También tienden a tener menos enfermedades ocasionadas por el estilo de vida, como adicciones al alcohol u otras drogas (Diener & Ryan, 2009).

Diener y Ryan (2009) advierten que no es necesario que la gente se encuentre eufórica, feliz todo el tiempo, para lograr una mejor calidad de vida. Al decir de los autores, la gente que experimenta altos niveles de bienestar subjetivo son los más exitosos en cuanto a relaciones íntimas.

En términos relacionados con las teorías del bienestar subjetivo, hay una variedad de marcos teóricos dentro de los cuales se examina el bienestar. Los mismos varían desde las teorías biológicas, que apuntan a una predisposición genética a la felicidad, hasta teorías que examinan cómo el comportarse con los otros influye en la percepción del bienestar subjetivo (Diener & Ryan, 2009).

Las Teorías Téliicas proponen modelos que afirman que un individuo alcanza la felicidad cuando logra un objetivo. El punto de disputa de estas teorías es qué es lo que abarca este objetivo. Diener y Ryan (2009) plantean si es mejor satisfacer un deseo a corto plazo a expensas de sus consecuencias a largo plazo, y qué pasa si los deseos de un individuo entran en conflicto.

Ahora bien, con respecto a las teorías Top down Vs Teorías Bottom Up, el debate ha sido importante para el campo. Las teorías Bottom up afirman que el B.S. percibido es el producto de la suma de momentos positivos y negativos de la vida de una persona. Desde este punto de vista un momento feliz producirá bienestar, y cuanto más momentos positivos una persona experimente, mayor será su bienestar subjetivo (Diener & Ryan, 2009).

En contraste, las teorías Top down sostienen que la inclinación de una persona a experimentar el mundo de cierta manera, influirá en las interacciones con este. Por lo tanto, de acuerdo con esta teoría, una persona más positiva puede interpretar cierto evento como más feliz con respecto a otra que tenga una perspectiva con inclinaciones negativas. Así, es la actitud positiva, más que el hecho objetivo, el factor causal de bienestar (Diener & Ryan, 2009).

El AIM: Atención-Interpretación-Memoria es un modelo de bienestar para las teorías cognitivas que sugiere que los individuos con un B.S. alto tienden a concentrar su atención en los estímulos positivos, interpretar los eventos de manera positiva, y recordar los sucesos pasados con un sesgo de memoria positiva (Diener & Ryan, 2009).

Finalmente, la gente con predisposición a la felicidad no difiere en la cantidad de eventos negativos y positivos experimentados, ellos tienden a recordar los sucesos mejor que en lo que

en realidad fueron, con un sesgo de memoria protectora y positiva (Diener y Ryan, 2009).

Las recientes teorías acerca de los orígenes del B.S. son modelos evolutivos que surgen que los sentimientos de placer y B.S son producidos por aquello que ayuda a los seres humanos a sobrevivir. El valor evolutivo de las emociones negativas como el miedo, el enojo y la ansiedad que ayudaron al hombre a reaccionar frente a las amenazas ambientales ha sido largamente reconocido. Las ventajas adaptativas provistas por el bienestar y las emociones positivas como motivadores que impulsan el comportamiento adaptativo, recién ahora están comenzando a ser comprendidas (Diener & Ryan, 2009).

Los mencionados autores toman al modelo evolutivo de Fredrickson (1998) para explicar que los sentimientos positivos permiten a los individuos ampliar su repertorio de acción personal. En consecuencia, construyen recursos físicos, psicológicos, intelectuales y sociales a medida que pasa el tiempo. Por lo tanto la autora sugiere que un alto B.S produce un estado desde el cual los individuos pueden con confianza explorar su medio, aproximarse a nuevos objetivos y, de esta manera obtener importantes recursos personales.

Castro Solano (2010) plantea una perspectiva acerca del bienestar que se subdivide en dos tipos: bienestar hedónico y eudaemónico. Según el autor, el primero apunta a que una persona feliz experimenta mayores emociones positivas que negativas, o bien tiende a ser más feliz. En este caso, en palabras del autor, una persona feliz tiende a tener la balanza hedónica a su favor en la mayor parte del tiempo. La suma de momentos placenteros conducen a la felicidad. Generalmente estos placeres se alcanzan fácilmente a través del dinero, lo cual conllevaría a que las personas asemejen el dinero con la felicidad. El autor toma a diversas investigaciones para afirmar que el resultado de éstas apuntan a que un incremento del dinero no trae aparejado un mayor bienestar una vez que se cubren las necesidades.

El nivel de emocionalidad positiva está muy ligado a la personalidad y los componentes genéticos heredables lo que implica poca posibilidad de cambio. Las personas se acostumbran rápidamente a las emociones positivas, con lo cual hay que estimularlas y variarlas permanentemente para poder sortear la adaptación hedónica (Castro Solano, 2010).

Castro Solano (2010) recobra conceptos de la tradición griega para explicar que distintos autores centran más el bienestar en la realización de actividades virtuosas y en la recuperación del significado de la vida. La felicidad se inclinaría más hacia una vida eudaemónica que hacia una perspectiva hedonista.

Diversos autores que han estudiado el bienestar señalan que a fines de la década del ochenta la felicidad se relacionaba más con la calidad de los vínculos, los proyectos personales y el significado vital y no exclusivamente con las emociones positivas. Ya en los años noventa, la

tarea central en investigación en Psicología Positiva fue la creación de un mapa de virtudes y fortalezas humanas. Aquí hay un importante cambio en la concepción de bienestar, ya que el mismo no se manipula a través del dinero, un placer efímero o alguna medicación (Castro Solano, 2010).

En síntesis, cuando se habla de bienestar hedónico o eudaemónico depende de la naturaleza de los objetivos vitales propuestos. Si la orientación es más hacia el placer, el bienestar será hedónico. Si la orientación apunta hacia una vida con significado, el resultado de este objetivo vital resultará en bienestar eudaemónico (Castro Solano, 2010).

2.2.1 Bienestar y Tercera Edad:

Con respecto a este punto, Carstensen y Charles (2007) explican que hay muchas razones para creer que el reconocimiento de aspectos positivos del envejecimiento, probablemente mejorarían la vida de los adultos mayores. Estos autores señalan que la ancianidad, como se conoce hoy en día, no está considerada como una etapa positiva.

Carstensen y Charles (2007) toman distintas investigaciones para plantear que el envejecimiento cognitivo muestra que muchos de los declives ampliamente documentados en los desempeños cognitivos se podrían mejorar con un simple entrenamiento. La dependencia que muestran los ancianos hacia las instituciones se podría modificar cambiando los riesgos que ofrece el medioambiente.

Tomando en cuenta estos factores, un enfoque más satisfactorio es reconocer que todos los estadios de la vida tienen fortalezas y debilidades, y que todos los cambios traen consigo ambas cosas: ganancias y pérdidas (Carstensen & Charles, 2007).

Siguiendo esta línea, cabe señalar que probablemente todas las personas lleguen a ser ancianas y que, sin duda, todas morirán. El conocimiento de que los años son limitados, puede ser, precisamente, lo que le dé valor a la vida (Carstensen & Charles, 2007).

Paralelamente Diener y Ryan (2009) han demostrado a través de sus investigaciones que la típica asociación de vejez con malhumor e infelicidad es falsa. Estos autores toman lo planteado por Mraczec y Spiro (2003) y explican que diversas investigaciones contemporáneas hallaron que la satisfacción con la vida, en realidad aumenta entre los 40 y los 65 años.

2.3. Depresión:

En contrapartida a lo antes expuesto, el estado de ánimo deprimido es una de las

condiciones de malestar psicológico que más a menudo sufren los seres humanos. Sin embargo sentirse triste o deprimido no es un síntoma suficiente para diagnosticar una depresión. Al no resultar fácil diferenciar la depresión clínica de los estados de ánimo depresivos transitorios o cotidianos, aún no se ha llegado a un acuerdo respecto de las fronteras que delimitan una respuesta depresiva normal de una patológica (Vazquez & Sanz, 1995).

Vazquez y Sanz (1995) explican que a diferencia de los estados normales de tristeza, la depresión afecta todos los aspectos del funcionamiento de la persona. El estado de ánimo parece tener vida en sí mismo, autonomía, reaccionando en forma muy sutil ante eventos externos, dando la impresión de ser independiente de la voluntad de quién lo padece.

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR (2002) la clave para entender el sistema diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo es el concepto de episodio. Según este sistema de clasificación podemos encontrar los siguientes tipos de episodios: 1) depresivo mayor, 2) maníaco, y 3) mixto y 4) hipomaníaco.

Las características básicas propuestas por el DSM IV- TR (2002) del episodio depresivo mayor son: en el apartado A) presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representen un cambio respecto a la actividad previa, uno de los síntomas debe ser: estado de ánimo depresivo, anhedonia, durante todos los días, casi todo el día. Otra manifestación es el aumento o pérdida de peso, como también de apetito, presencia de insomnio o hipersomnia casi a diario. Los otros síntomas son: presencia de agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga casi cada día, sentimientos de inutilidad o culpa inapropiados que pueden tener una base delirante, una disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, y por último, ideación suicida recurrente, sin un plan para realizar el acto (DSM-IV-TR, 2002).

El mismo manual aclara que estos síntomas no deben incluirse en diagnósticos de enfermedades médicas u otros trastornos con presencia de ideas delirantes, o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

En los apartados B, C, D y E se establece que los síntomas no deben cumplir con los criterios para un episodio mixto. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas no se deben a efectos fisiológicos ocasionados por sustancias ni se explican de mejor manera por la presencia de un duelo. Los síntomas persisten por un período superior a dos meses o se caracterizan por una marcada incapacidad funcional (DSM-IV-TR, 2002).

El mismo manual describe niveles de gravedad para valorar clínicamente a la depresión, éstos son: 1) ligero, con pocos síntomas, 2) moderado, 3) grave no psicótico, 4) con características psicóticas, donde se pueden observar delirios o alucinaciones, 5) en remisión

parcial que sería un estado intermedio entre ligero y remisión total, 6) en remisión total donde no hubieron síntomas ni signos en los pasados seis meses. La gravedad viene determinada por el ajuste social del sujeto (DSM-IV-TR, 2002).

La tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión. Está presente en todas las personas que padecen depresión. Otros estados de ánimo predominantes son: el abatimiento, pesadumbre o infelicidad. A veces el estado de ánimo que también prevalece es la irritabilidad (Vazquez & Sanz, 1995).

Con respecto a los síntomas motivacionales y conductuales, los autores Vazquez y Sanz (1995) manifiestan que éstos tienen que ver con el estado de inhibición en que se encuentran las personas deprimidas. La apatía, la indiferencia y la anhedonia son uno de los estados que con mayor fuerza se manifiestan. En su forma más grave, el tipo de inhibición conductual se conoce como retardo psicomotor, que vendría a caracterizar un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el lenguaje, el gesto y la inhibición motivacional casi absoluta. En casos extremos puede llegar al estupor depresivo, caracterizado por mutismo y parálisis motoras casi totales.

También se ve afectado el rendimiento cognitivo. La memoria, la atención y la capacidad de concentración pueden disminuir radicalmente, afectando la vida cotidiana. La auto-depreciación, la auto-culpación y la pérdida de autoestima suelen ser contenidos de central importancia en estas personas. Las cogniciones serían un elemento etiológico de la depresión más que un síntoma de la misma (Vazquez & Sanz, 1995).

Un síntoma característico que afecta a un ochenta por ciento de los pacientes depresivos es la falta de sueño. Otros síntomas físicos son: la fatiga, la pérdida del apetito, disminución de la actividad y del deseo sexual. También pueden estar presentes dolores corporales difusos. Los síntomas físicos se consideran como una importante división entre la depresión normal y la depresión clínica, o si se desea precisar más, entre aquellos que buscan ayuda médica o psicológica y aquellos que no lo hacen (Vazquez & Sanz, 1995).

Los síntomas interpersonales que presentan las personas deprimidas tienen que ver con el deterioro en las relaciones con los demás (Vazquez & Sanz 1995).

En contrapartida, estos datos pueden confirmar lo propuesto por Diener y Ryan (2010) que establecen que las relaciones interpersonales significativas aumentan el bienestar subjetivo.

El término de trastorno depresivo mayor se utiliza para describir a una persona que presenta un episodio depresivo mayor y, además, cumple una serie de condiciones adicionales: a) nunca ha tenido un episodio de manía o hipomanía, b) no se trata de un caso de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo u otro trastorno psicótico. Solamente se pueden diagnosticar dos tipos

de Trastorno depresivo mayor: de episodio único y, de episodio recurrente (Vazquez & Sanz, 1995).

Otro tipo de depresión es la distimia. Se trata de estados depresivos muy prolongados, prácticamente crónicos. Los síntomas que la caracterizan son: presencia durante un período mayor a dos años de un estado de ánimo triste a diario. Se necesitan también que coexistan con esa tristeza al menos tres síntomas más como ser: pesimismo, aislamiento social, fatiga continua. En concreto, que el paciente no haya estado libre de síntomas durante al menos dos meses. En cuanto al inicio, este puede ser de comienzo temprano o bien tardío, según haya empezado el cuadro antes o después de los 21 años (Vazquez & Sanz, 1995).

Beck, Rush, Shaw y Emery (2005) proponen un modelo cognitivo de la depresión que surge a través de la interacción entre los enfoques clínico y experimental.

Beck et al. (2005) explican que este modelo postula tres componentes específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: 1) la tríada cognitiva, 2) los esquemas y 3) los errores cognitivos. El primer componente de la tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales, que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su porvenir y sus experiencias de un modo idiosincrático. Este se basa en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo, atribuyéndose un defecto psíquico moral o físico. Esto lo conduce a pensar que no posee los atributos para alcanzar la alegría y la felicidad.

Beck et al. continúan explicando que el segundo componente de la tríada cognitiva se basa en la tendencia del depresivo a interpretar sus vivencias de manera negativa. Esto se hace notorio cuando se observa las construcciones que hace el paciente con una dirección marcadamente negativa. El tercer componente de la tríada cognitiva apunta a la visión negativa que tiene el paciente acerca del futuro, anticipando dificultades o sufrimientos indefinidamente.

Beck et al. sostienen que dicho modelo cognitivo estima el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Además puede dar respuestas a los síntomas físicos de la depresión. La apatía y el desgano pueden ser el resultado del convencimiento del paciente de que fallará en todo lo que se ha propuesto. Por otro lado, los síntomas motivacionales también pueden explicarse como efectos de las cogniciones negativas. La falta de voluntad deviene del pesimismo y la desesperación del paciente. Los deseos de quitarse la vida pueden entenderse como la manifestación extrema del afán de huir de lo que parece ser irresoluble o intolerable.

El segundo factor del modelo cognitivo, al decir de Beck et al. se refiere a la configuración de esquemas. Este término designa ciertos patrones cognitivos relativamente

estables, que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones.

Los autores Beck et al. afirman que un esquema constituye el sustento para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con el que se enfrenta el individuo. Los tipos de esquemas utilizados determinan la forma en que la persona estructurará diferentes experiencias. Estos patrones cognitivos pueden permanecer inactivos durante un tiempo y ser activados por inputs ambientales específicos, determinando en forma directa la manera de responder del paciente.

Beck et al. encontraron que en la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan, de manera que se ajustan a esquemas inadecuados. El paciente pierde parte del control sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros patrones cognitivos más apropiados.

Beck et al. subrayan que en las depresiones leves, los pacientes son capaces de apreciar sus pensamientos negativos con cierta objetividad. En los casos depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar dominado por los esquemas idiosincráticos, encontrándose completamente absorto en pensamientos negativos, repetitivos y perseverantes, siéndole muy difícil concentrarse en estímulos externos o en emprender actividades voluntarias.

Los mismos autores, Beck et al. puntualizan que los errores sistemáticos que se presentan en el pensamiento de la persona depresiva, mantienen la convicción del paciente en la validez de sus conceptos negativos, aun habiendo evidencia de lo contrario. Éstas se presentan como: 1) inferencia arbitraria, como proceso de adelantarse a una conclusión, 2) abstracción selectiva, como centrarse en un detalle extraído del contexto, 3) generalización excesiva, elaborando reglas generales o conclusiones precipitadas, 4) maximización y minimización, las cuales quedan reflejadas al evaluar la significación de un evento, que constituyen una distorsión, 5) personalización, como la facilidad de atribuirse fenómenos externos cuando no existe base para ello y por último, 6) pensamiento absolutista, como la tendencia clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas.

A modo de resumen, Beck et al. desarrollan la idea de que el modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición a la depresión. Esa teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos acerca de sí mismo, el futuro y el mundo.

2.3.1 Depresión y vejez:

Ahora bien, al decir de Salvarezza (2005) se hace más difícil reconocer una depresión en

edades avanzadas porque se puede atribuir incorrectamente los síntomas depresivos al proceso de envejecimiento mismo. Insiste el autor que no hay que olvidar que la depresión tiene una tendencia a ampliar los síntomas físicos, lo que conlleva a que los viejos manifiesten sus quejas a través del cuerpo, velando así sus malestares psíquicos, que son ocultados por temor a ser estigmatizados. Además, los diferentes criterios de clasificación de la depresión hacen que sea difícil establecer los índices de prevalencia en la tercera edad, conduciendo esto a un manejo de cifras relativas.

Taragno y Lyketsos (1998) coincidiendo en estos términos agregan que la desesperanza, la inestabilidad afectiva y el deterioro cognitivo son síntomas que muy a menudo se presenta en depresivos añosos.

Ante la dificultad de reconocer la depresión en adultos mayores, el desafío particular para la gerontopsiquiatría es que todo puede ocurrir a la vez en un solo individuo (Kabanchik, 2006).

Las características de la depresión en la vejez se pueden presentar como: 1) causas multifactoriales, 2) etiologías y respuestas terapéuticas heterogéneas y 3) sintomatología atípica (Kabanchik, 2006).

Los factores de riesgo para la tercera edad se encuentran en: el género femenino, la historia personal y familiar de la depresión, ser viudo o soltero, vivir en aislamiento, padecer enfermedades crónicas y; la pérdida de soporte social o económico (Kabanchik, 2006).

Los índices más confiables indican que la incidencia de la depresión en las personas mayores de sesenta años es del cuatro al seis por ciento. Sobre esta última cifra, Salvarezza (2005) plantea que podría incidir una interesante apreciación, que muestra que con el paso de los años disminuyen las depresiones pero aumentan los síntomas depresivos. Esto podría interpretarse como que puede ser que disminuyan las posibilidades de que el viejo tenga un trastorno depresivo.

El mismo autor define a la depresión como: la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, un ideal, entre otros. La pérdida puede ser, en algunos casos real, pero en otras ocasiones es más ideal o fantasmática. Una pérdida de este tipo, real o no, evoca, actualizándola, una pérdida anterior que sumió al sujeto en un desamparo, en una etapa de su desarrollo en que no tenía recursos para afrontar la situación. Esto pondría en marcha la aparición fenoménica del episodio depresivo (Salvarezza, 2005).

Salvarezza (2005) advierte que el psicogerontólogo y el médico deben estar preparados para detectar que la mayoría de las depresiones en personas mayores (manifiestas o enmascaradas) hacen referencia a aquellas cuyas causas puedan estar vinculadas con una experiencia vital más o menos cercano del pasado del paciente.

2.4. Institucionalización:

En lo referente a la institucionalización en la tercera edad, en la Argentina ha tomado una dimensión socialmente relevante y a su vez escasamente investigada. Las cifras revelan, en consonancia con las tendencias a nivel mundial, un incremento en la población y una mayor longevidad. Esto ha originado en la segunda mitad del siglo XX un aumento en la institucionalización de viejos y la oferta de establecimientos geriátricos (De los Reyes, 2007).

Los temas referidos a gerontología representan un amplio firmamento, del cual tal como si a través de un telescopio se visualizara, uno de los escenarios donde más se vulneran los derechos es la institucionalización. Esta problemática lamentablemente puede afectar a todos los seres humanos sin distinción de edades cuando deben vivir situaciones tan dolorosas que impliquen la hospitalización o eventos semejantes (Pszemiarower, 2002).

El mismo autor menciona que en la mayoría de los países, la familia es aún la principal proveedora de cuidados para los mayores, la salida de la mujer al espacio laboral y social, y otros cambios, son factores que contribuyen al aislamiento y a la soledad de los ancianos que en épocas no tan lejanas ocupaban un lugar privilegiado.

En la misma línea, De los Reyes (2007) toma a diversos autores para poder explicar que durante la tercera edad ocurren diferentes cambios que generan carencias. Estos pueden estar relacionados con la composición de la familia, problemas habitacionales y la ampliación de roles que la mujer ha desempeñado.

También en lo que tiene que ver con el rol familiar, otro imperativo emergente es la necesidad de la participación familiar en los establecimientos geriátricos, en tanto que esta contrarrestaría los efectos adversos de la institucionalización para los viejos, tales como el aislamiento social, soledad, apatía, inactividad y surgimiento o reforzamiento de diversas patologías (Bauleo, 1992; Buendía y Riquelme, en Salvarezza, 2005).

Un factor a tener en cuenta es que las visitas, en establecimientos de este tipo, se dan en ambientes comunes, lo que impide un contacto afectivo natural tan necesario para esas personas cuando se encuentran con sus seres queridos. También suele suceder que las visitas vayan disminuyendo en número y frecuencia, sobre todo si la institución está alejada de la ciudad. Por más moderna y eficiente que sea la institución, el residente tenderá a ir perdiendo noción real del mundo exterior, con el que sólo podrá conectarse a través de la televisión, los familiares o amigos que lo visiten, siempre y cuando ello suceda (Campaña Mundial Pro-Derechos Humanos, Serie de Estudio N° 6 Naciones Unidas 1993).

El ingreso en una residencia es una de las condiciones de cambio en la vejez que puede tener repercusiones en las relaciones sociales de una persona mayor. Esto se debe a que la institucionalización suele ocurrir, o bien por la ausencia de seres queridos o porque la persona mayor no desea ser una carga para ellos. Aunque parezca sorprendente que el traslado a una residencia pueda repercutir negativamente en las relaciones sociales de un individuo, esto se debe en la mayoría de los casos a un rechazo hacia la institución y todo lo que en ella hubiere. De este modo cabe subrayar que la institucionalización puede servir tanto de estímulo en el incremento de las relaciones sociales, como de un mayor aislamiento y rechazo de nuevos contactos sociales (Fernández Ballesteros, Fresneda, Martínez & Zamarrón, 2007).

Fernández Ballesteros et al. (2007) sostienen que este aislamiento o desocialización hace referencia a la situación de institucionalización, pudiéndose ver que tras el ingreso de un viejo en una institución que previamente padecía una situación de aislamiento social, su proceso de adaptación a la nueva situación se hace más dificultosa, encontrando problemas de acomodamiento con respecto a normas y horarios de los establecimientos a los que han ingresado.

Riquelme (1997) señala que el ingreso en una institución geriátrica es uno de los mayores generadores de estrés para aquellos que ingresan en una residencia para ancianos. El autor subraya que este espacio mencionado adquiere connotaciones que subjetivamente trascienden la realidad de un mero espacio físico. También haciendo alusión al medio en el cuál el viejo vivía, su casa familiar, el abandono de esta acarrearía una desorientación en lo que respecta a lugares o escenarios que están impregnados de añoranzas y significación para el que, en ese momento la abandona.

Por otro lado, plantea el autor, el ingreso en una institución supone una forma de reubicación, especialmente difícil de elaborar. En su desarrollo, compara la diferencia en cuanto a vivir con un familiar, quien favorece una identificación, recuerdos constantes que le devuelven y refuerzan el conocimiento de sí mismo y el traslado a un geriátrico. En este caso, al decir de Riquelme (1997) el ingreso en una institución de este tipo lleva consigo la incorporación de un ambiente tan extraño como artificial, en el que el anciano antes que otra cosa, es un desconocido, generando desorientación y descontento.

Paola (1998) refiriéndose al mismo punto, profiere que el deseo de la gran mayoría de las personas de edad es finalizar su vida en su hábitat. Asimismo señala que el desarraigo, consecuencia de la separación de su lugar de pertenencia, tanto como los efectos despersonalizantes de la institucionalización y la elevación del costo de internación se pueden caracterizar como efectos nocivos en este proceso.

Riquelme (1997) toma a Tobín (1989) para explicar que los primeros esfuerzos de adaptación al ámbito residencial se pueden tomar como un síndrome del primer mes, tratándose este de un proceso confusional, mientras otros se deprimen extremadamente entrando en una dinámica de profundo deterioro. Algunos después de este período recuperan su nivel funcional, mientras que en otros este se mantiene o incrementa hasta el momento de su muerte.

Sin embargo, explican Fernández Ballesteros et al. otros factores no menos importantes son, entre otros, características específicas de la personalidad o motivacionales, las condiciones socio-culturales del individuo y, en general, el estado de salud. Una persona mayor con una visión positiva de la vida y con un buen estado de salud, tiene una menor probabilidad de que disminuyan sus relaciones de carácter social, pudiendo incluso incrementarlas, reforzando las ya existentes. Los autores apuntan a que la actitud en el mantenimiento de las relaciones sociales permanecen a lo largo de la vida y también en la vejez. El apoyo social es uno de los mejores predictores de la salud y el bienestar de las personas mayores.

Fernández Ballesteros et al. sostienen que el apoyo social se puede definir como el conjunto de relaciones sociales estables con las que cuenta una persona, esto le proporciona soporte físico y psicológico. Este concepto conlleva que la persona dispone de una red social que le brinda apoyo o ayuda emocional, instrumental o financiera, así como percibir que otros le atienden, y sentirse satisfecho de tales relaciones. La actividad social se refiere al número de comportamientos que realiza una persona en contacto con otras. Por último cabe destacar que la calidad de las relaciones sociales tiene mayor importancia que la frecuencia de éstas.

Los autores Fernández Ballesteros et al. explican que dos son los efectos que el apoyo social tiene sobre una persona determinada: directo e indirecto. La actividad social realizada y el apoyo social percibido por la persona contribuyen directamente a su bienestar en la medida en la que satisfacen sus necesidades sociales básicas. Por otra parte el apoyo social ofrece también un efecto amortiguador o modulador indirecto ante los diferentes acontecimientos vitales que puede experimentar el individuo. De este modo el apoyo social actúa a modo de filtro, ya que contribuye a reducir los efectos de acontecimientos negativos en el individuo y ayuda como un mecanismo para afrontar dificultades.

En lo que respecta a los diferentes tipos de apoyo social, Fernández Ballesteros et al. afirman que éstos tienen que ver con: 1) el que se recibe de parte de la familia, 2) el que proviene del círculo de amistades y 3) el recibido por fuentes institucionalizadas de apoyo. El apoyo social es de enorme importancia no sólo como fuente de bienestar psicológico y social del individuo, sino que tiene importantes repercusiones sobre la salud integral de las personas mayores.

Hay situaciones, como bien plantea Zarebski (2008) en que ya sea por la gravedad del cuadro, porque la posibilidad de sostén de la familia ha llegado a su límite o porque directamente este no existe, en estos momentos la residencia geriátrica pasa a ser la mejor opción. Cuando la familia ha llegado al borde de sus posibilidades y se está poniendo en riesgo la salud de sus integrantes, ya sea por el deterioro del viejo o por complicaciones en el manejo de la situación, pasar a vivir en un geriátrico puede ser el recurso más conveniente.

Para la autora, una institución con real sentido gerontológico sería aquella que, además de contar con un equipo multidisciplinario capacitado, incentive a los residentes a mantenerse activos, impida su aislamiento y los oriente hacia la realización de actividades programadas de estimulación y recreación, a través de las cuales puedan ser escuchadas y tomadas en cuenta como protagonistas en la elección de sus ocupaciones (Zarebski, 2008).

2.5 Género:

El género tanto en su uso científico como popular presenta confusiones a la hora de abordarlo. El término género se refiere básicamente a categorías sociales y recoge las características y rasgos considerados socioculturalmente apropiados para hombres y mujeres (Unger, 1979 en Matud, Rodríguez, Marrero, Carballeira, 2002).

Diferentes autores señalan que estas categorías se diferencian por una serie de características psicológicas y roles que la sociedad ha asignado a la esfera biológica de sexo (Matud, Rodríguez, Marrero, Carballeira, 2002).

En la misma línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Velasco Arias (2009) propone que el término género se utiliza para describir y analizar las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales, mientras que sexo se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente.

Matud et al. (2002) advierten que es importante diferenciar sexo (biológico) y género (social). Se trata de realidades complejas. Existen expectativas culturales para mujeres y hombres que los diferencian. Respecto al género, existen varios autores que lo consideran como un concepto multifacético y un proceso fluido a través del tiempo y las situaciones, que tiene sentidos descriptivos y prescriptivos.

A partir del año 2000 se produce un giro en el concepto de género. A la identidad de género femenino se le asignaba ideales y roles propios de las mujeres, y a la identidad de género masculina, las propias de los hombres (Velasco Arias, 2009).

El pensamiento posmoderno ha cuestionado toda identidad fija y estable. Velasco Arias

(2009) afirma que no hay dos géneros, sino que existen diversas modalidades de género que se definen mediante diversos atributos, identidades y roles. Tanto hombres como mujeres pueden adscribirse a modelos de género tradicionales manteniendo atributos del sexo opuesto.

Se toma en esta perspectiva al modelo biopsicosocial, el cual se apoya en una concepción de ser humano compuesto por tres esferas: 1) la biológica, 2) la social, y 3) la psíquica. Cada categoría va generando a otras y permanecen interaccionando a lo largo de toda la vida, y sobre el sistema biopsicosocial se construye la subjetividad (Velasco Arias, 2009).

La esfera biológica abarca el cuerpo, las disposiciones genéticas, la anatomía, la fisiología, lo real; podría decirse que es el lugar de las disposiciones biológicas a enfermar (Velasco Arias, 2009).

La esfera social se construye a partir de las relaciones y vínculos con los otros. Desde el comienzo de la vida toda relación deja una huella del vínculo compuesto por tres términos: A) el papel del sujeto, B) el papel del otro, y C) la interacción entre ambos. Se aprenden los papeles para cada una de las relaciones en las que se está inmerso y se aprende a identificarse con ellos en el rol de hijos, padres, jóvenes, viejos, entre tantos otros (Velasco Arias, 2009).

Se puede llamar a la esfera social la de lo imaginario, porque se compone de la imagen del sujeto reflejada en el espejo que son los demás. Estas imágenes se construyen en la relación con los otros e irán cambiando según el lado de la escena en la cual se esté. El papel de hijo, convivirá más adelante con el papel y la identificación de padre o madre. En resumen, la esfera de lo social es el campo de las representaciones sociales, con los roles sociales y con las identificaciones apropiadas para esos roles (Velasco Arias, 2009).

Por último, la esfera psíquica se trata del mundo interior, la realidad psíquica que se construye a lo largo del desarrollo. Velasco Arias (2009) propone que lo que caracteriza al ser humano es la existencia de una realidad psíquica compuesta por símbolos y lenguaje. Cada proceso físico por el que se atraviesa tiene un correlato psíquico inscripto en la subjetividad. El contenido subjetivo se trata de posiciones cambiantes que varían según los requerimientos de cada situación y las condiciones de respuesta del sujeto.

En otras palabras, se trata de la socialización como hombre o mujer y las posiciones femeninas y masculinas interiorizadas en la esfera psíquica. Existen distintos y variados modelos de género que normativizan diversas atribuciones a la femineidad y masculinidad, y estas quedan distribuidas de diversas formas en los sujetos de cada sexo (Velasco Arias, 2009).

Velasco Arias (2009) toma lo desarrollado en 2005 por Rodríguez Sanz, Carrillo y Borell que explican que los determinantes de género pueden aclarar diferencias en lo que tiene que ver con la salud, clase social y nivel educativo, señalando que la depresión es más prevalente en

mujeres y lo es más en clases sociales más desfavorecidas. Las mujeres de estas clases sociales y menor nivel educativo viven sobre todo bajo determinantes de género tradicional, pasividad, dependencia económica y afectiva, ausencia de proyecto propio, trabajo de ama de casa, sin recursos económicos para delegar estas funciones y cargas, estos son potentes determinantes de depresión; rescata la autora.

Matud et al. sostienen, basándose en múltiples estudios epidemiológicos, que la depresión es uno de los problemas de salud mental más frecuentes en las mujeres. Además, señalan los autores, las mujeres tienen más depresión a lo largo de todo el ciclo vital, aumentando su incidencia en la vida adulta.

En contrapartida, la promoción de la salud mental toma dimensiones de la salud mental positiva, aspectos del bienestar psicológico, tales como la autoestima, el auto control, el optimismo y el sentido de coherencia. Desde esta postura, diversas investigaciones realizadas en España y en otros países, han mostrado que los hombres suelen obtener puntuaciones más altas que las mujeres en estas dimensiones (Velasco Arias, 2009).

2.5.1 Género y bienestar:

En lo que respecta a las diferencias individuales, en este caso el género, los niveles de Bienestar subjetivo (B.S), relativo han sido frecuentemente examinados. Los datos reunidos demuestran que hombres y mujeres no difieren sustancialmente con respecto al B.S. (Diener & Ryan, 2009).

Las mujeres parecen frecuentemente como extremadamente felices o infelices. La evidencia sugiere que esto se debe a que las mujeres experimentan las emociones positivas y negativas con mayor intensidad que los hombres (Diener & Ryan, 2009).

Por lo tanto, mientras mujeres y hombres muestran una pequeña diferencia comparativa en el B.S. promedio, más mujeres que hombres viven en los extremos de la escala de B.S (Diener & Ryan, 2009).

2.5.2 Género y vejez:

En la vejez, los trastornos mentales más prevalentes son las demencias. Investigaciones en esta línea realizadas por Velasco Arias (2009) muestran que, independientemente de la mayor longevidad de las mujeres, la enfermedad de Alzheimer suele prevalecer en éstas más que en los

hombres. Mientras que, en lo que respecta a demencias vasculares, los resultados son contradictorios.

Desde la perspectiva de género, es relevante atender a la feminización de la vejez. Las mujeres viejas están solas y presentan discapacidades motoras y mentales importantes. Esto repercute en la intensa vulnerabilidad y, a menudo, en una desastrosa calidad de vida (Velazco Arias, 2009).

3. METODOLOGÍA UTILIZADA:

3.1 Tipo y diseño de estudio:

Los objetivos de este estudio se abordaron desde una metodología Descriptivo-No experimental-Transversal.

3.2 Muestra:

Para llevar a cabo esta investigación, se tomaron treinta personas de ambos sexos, mayores de 70 años, anónimos y voluntarios. Los mismos son residentes del hogar de ancianos .

La muestra analizada estuvo compuesta por 30 adultos mayores institucionalizados. La misma incluía hombres y mujeres en igual proporción. El promedio de edad era de 84.17 años (*D.E.*=7.01), mientras que el rango de edad iba de 65 a 96 años. En cuanto al estado civil la mayor proporción corresponde a viudos (*n*=21; 70%), siguiendo los casados (*n*=6; 20%), dividiéndose el 10% restante entre divorciados (3%) y solteros (7%). La mayoría de los sujetos de la muestra tienen estudios primarios (*n*=14; 47%), siguiendo en importancia aquellos que tienen secundario completo (*n*=11; 37%). Sólo el 10% de la muestra tenía estudios universitarios.

3.3 Instrumentos:

A fin de lograr los objetivos propuestos se tomaron las siguientes escalas: The Satisfaction With Life Scale (SWLS). Es una escala de cinco ítemes con formato de respuesta tipo Likert de siete categorías y examina el grado de satisfacción global con la vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). La escala es utilizada internacionalmente para la evaluación del bienestar en tanto componente cognitivo de la satisfacción. Diferentes estudios empíricos han demostrado su

validez y fiabilidad (Diener et al., 1985; Diener & Larsen, 1991; Larsen, Diener & Emmons, 1985).

También se les administró el Inventario de Depresión de Beck- Segunda Edición (BDI II), este es un instrumento de autoinforme compuesto por 21 ítems cuya finalidad es medir la severidad de la depresión en adultos y adolescentes a partir de los 13 años. Esta versión del BDI fue desarrollada para evaluar los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos descritos el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- Cuarta Edición (DSM-IV, 1994) de la American Psychiatric Association (Beck, 2006).

3.4 Procedimiento:

Para la administración de los cuestionarios de la escala de Satisfacción con la vida y el Inventario de Depresión de Beck se buscó individualmente a cada participante y se les invitó a que los completasen, la elección de los residentes que participaron en la administración de las baterías, que consistió en un grupo de 30 personas de ambos sexos, fue sugerida por la coordinadora de Servicio Social de la institución, y la participación de cada uno fue voluntaria.

Se les explicó a los participantes la consigna, luego se les ofreció los cuestionarios para ser completados. Esta tarea se realizó en el turno de la mañana, en las salas de uso común y se les despejaron las dudas que surgían en el proceso, sin inducir las respuestas.

Para llevar a cabo el primer objetivo se utilizó una base de datos realizada en Excel y analizada con el programa INFOSTAT (versión 2011). Se obtuvo para esto, la media y desvío del bienestar, luego se aplicó la prueba t para la comparación según género. Para la edad, se calculó el r de Pearson.

4. RESULTADOS:

Comparación de bienestar en adultos mayores institucionalizados según género y edad:

Con el propósito de responder al primer objetivo, se calculó las medias de bienestar presentadas según género, se tomó el puntaje t para diferenciar según género y finalmente se calculó el coeficiente r de Pearson para la comparación de bienestar según edad. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: las mujeres muestran una tendencia a tener mayor bienestar

(media=5.40) que los hombres (media= 4.72). Estos últimos poseen una mayor variabilidad en los puntajes, mostrado en un desvío estándar de 1.32, y las mujeres de 0.90.

Respecto a la diferencia según género en el bienestar, el puntaje t arrojó un valor de 1.65, el cual indica que las diferencias no resultaron significativas.

Para la comparación según edad, los resultados evidencian que a mayor edad, menor nivel de bienestar ($r = -0.19$). Este resultado obtenido es contrario a las hipótesis presentadas en el marco teórico de este trabajo.

Comparación del nivel de depresión en adultos mayores institucionalizados según género y edad:

Con el propósito de responder al segundo objetivo, se obtuvo la media de depresión según género. Para compararlos se calculó el puntaje t . Finalmente para la comparación entre depresión y edad, se utilizó el coeficiente r de Pearson. Los resultados indican que existe una mayor tendencia a la depresión en los hombres (media = 14.27) que en las mujeres (media=10.87). El desvío estándar de los datos de los hombres y mujeres señala una gran variabilidad de los puntajes en ambos grupos ($D.E. = 9.28$ y 6.33 respectivamente). Respecto a la comparación entre el nivel de depresión y género, el puntaje t arroja un resultado de -1.17 el cual no resulta significativo. Respecto a la comparación entre depresión y edad, medida con el coeficiente r de Pearson, arrojó que a mayor edad los sujetos muestran mayor nivel de depresión ($r=0.27$).

Relación entre el tiempo de institucionalización y el nivel de bienestar en adultos mayores institucionalizados:

Para llevar a cabo este objetivo se utilizó el coeficiente r de Pearson y se obtuvo que la relación entre el tiempo de institucionalización (medido en meses) y el nivel de bienestar tiene un sentido negativo, lo que indicaría que no hay relación entre el tiempo de institucionalización y el nivel de bienestar en adultos mayores ($r=-0.08$).

Relación entre el tiempo de institucionalización y el nivel de depresión en adultos mayores institucionalizados:

Para obtener los resultados de este objetivo, se utilizó el coeficiente r de Pearson. La asociación entre el tiempo de institucionalización (medido en meses) y el nivel de depresión tiene un sentido contrario a la relación anterior. En este caso a mayor tiempo de institucionalización los sujetos evidencian un mayor nivel de depresión. Vale resaltar que el valor del coeficiente r también es bajo ($r=0.08$).

5. CONCLUSIONES:

5.1 Análisis de los datos teóricos en relación con los resultados:

El presente trabajo intentó analizar el bienestar y el nivel de depresión en adultos mayores institucionalizados en un geriátrico y hogar de ancianos. Para ello se comparó el nivel de bienestar y el de depresión, según género y grupo de edad. También se trató de evaluar si existe relación entre el tiempo de institucionalización y los niveles de bienestar y de depresión.

En primer término, los resultados señalan que habría una leve tendencia por parte de las mujeres a tener un mayor bienestar. La misma no es significativa. Estos datos son coincidentes con los resultados de las distintas investigaciones planteadas por Diener y Ryan (2009) al evidenciar que hombres y mujeres no difieren sustancialmente en lo que tiene que ver con el bienestar subjetivo, hallándose una pequeña diferencia a favor de las mujeres en la experimentación de emociones positivas.

En cuanto a la edad, los resultados arrojan que a mayor edad, existe un menor nivel de bienestar. Esta asociación no se ajusta con lo propuesto por los autores, cuando afirman que el optimismo, la esperanza y la fe están orientadas hacia el futuro (Seligman, 2011). Otro elemento a tener en cuenta, es la no compatibilidad de los resultados de las investigaciones realizadas por Diener y Ryan (2009) al afirmar que el bienestar aumenta con la edad.

En segundo lugar, al comparar el nivel de depresión en viejos institucionalizados según género, los resultados reflejan una pequeña tendencia por parte de los hombres a padecer depresión, pero esta no resulta significativa. Esto contradice lo planteado por Kabanchik (2006) cuando afirma que uno de los factores de riesgo para la tercera edad se encuentran en el género femenino.

En cuanto a la edad, cabe recordar lo explicado por Salvarezza (2005) cuando afirma que con el aumento de la edad la depresión disminuye, pero aumentan los síntomas depresivos. Aquí, lo arrojado por los resultados planteó que a mayor edad, mayor índice de depresión contradiciendo lo expuesto por el autor antes mencionado.

En tercer lugar, se analizó la relación entre el tiempo de institucionalización y el nivel de bienestar en adultos mayores. En lo referente al tiempo de institucionalización, los datos extraídos de los resultados apuntan a que no habría una relación entre éste y el bienestar. Esto coincide con lo propuesto por Fernández Ballesteros et al. que plantean que una persona mayor con una visión positiva de la vida y con un buen estado de salud, tiene una menor probabilidad de que disminuyan sus relaciones de carácter social, pudiendo incluso incrementarlas, reforzando las ya existentes. Los autores apuntan a que la actitud en el mantenimiento de las relaciones sociales permanece a lo largo de la vida y también en la vejez. El apoyo social es uno de los mejores predictores de la salud y el bienestar de las personas mayores.

En contrapartida, al realizar el análisis de la relación entre el tiempo de institucionalización y la depresión en adultos mayores, los resultados señalan que a mayor tiempo de institucionalización aumentaría el nivel de depresión. Estos hallazgos comentados, son coincidentes con lo que afirma Riquelme (1997) cuando plantea que el ingreso a una institución geriátrica es uno de los mayores generadores de estrés en el anciano, ya que al abandonar su casa, se generaría desorientación y añoranza. Siguiendo la misma línea, Paola (1998) plantea que el abandono del hábitat puede caracterizar efectos nocivos en el proceso de institucionalización, puesto que el deseo de la gran mayoría de las personas de edad, es de terminar sus días en su casa.

5.2 Discusión:

En el estudio presentado, se hallaron algunos datos no coincidentes con las hipótesis planteadas por los autores en el marco teórico. Cabe considerar que se trataba de personas de edades y culturas diferentes, siendo este un factor a tener en cuenta. Es probable que por tratarse de una literatura muy variada y de diferente origen, allí surjan intersubjetividades a no perder de vista. Asimismo, la mayor parte de la literatura encontrada sobre la temática estudiada, son investigaciones anglosajonas.

El estudio que se informa no está exento de limitaciones. Si bien la investigación realizada informa sobre el nivel de bienestar y de depresión en adultos mayores institucionalizados, aún queda mucho más por estudiar acerca de esta temática. Además, la muestra tomada es de treinta personas que fueron seleccionadas por la dirección del servicio social, acotando así las posibilidades de obtener resultados más amplios. Siguiendo esta idea, cabe señalar que para poder hallar mayores resultados al respecto, quizá sería necesario una muestra mayor y más heterogénea.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que esta etapa de la vida requiere muchos cuidados específicos, por su carácter perecedero y porque muchas veces se trata de personas cansadas, que en alguna medida necesitan otro tipo de intervención, que siguiendo los avances de la psicología, podrían orientarse hacia la salud y no la enfermedad.

Futuras investigaciones deberán considerar la expresión de emociones positivas en mujeres en distintos marcos y ámbitos, como también el bienestar en población de adultos mayores con el propósito de lograr un conocimiento más acabado de lo que es el tránsito por la tercera edad, cuáles son sus inquietudes, y desde dónde las experimentan.

Sería interesante que se desarrollaran otros estudios acerca de los niveles de bienestar en grupos de adultos mayores no institucionalizados. Intentar obtener una nueva perspectiva, que se oriente a personas que cotidianamente se reúnen con el propósito de mitigar sus angustias y alejarse de la depresión. En definitiva, investigar acerca de la vida misma del adulto mayor, sus vicisitudes y hacia dónde se inclina el péndulo en esta etapa de la vida.

Siguiendo esta línea de pensamiento, sería interesante orientar hacia la Psicología Positiva el proceso de vida durante la vejez, dejando un poco de lado el padecimiento de alguna enfermedad o trastorno.

6. BIBLIOGRAFÍA:

- Beck, T., Steer, R., Brown, G. (2006). *Inventario de depresión de Beck: BDI-II*. Segunda edición. Buenos Aires: Paidós, 2006.
- Beck, T., Rush, J., Shaw, B., Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión*. 16ª edición. Editorial Desclée de Brower, S.A., 2005. Henao, 6- 48009 Bilbao.
- Naciones Unidas, (1993) *Campaña Mundial Pro-Derechos Humanos, Serie de Estudio N° 6*
Recuperado el 09 de septiembre de 2011, <http://gerontologia.org/noticia.php?id=215>
- Castro Solano, A. (2010). *Fundamentos de la Psicología Positiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Carstensen, L., Charles, S. (2007). El envejecimiento humano: ¿por qué incluso las buenas noticias se toman como malas? En: Aspinwall, L., Staudinger, U. (2007). *Psicología del Potencial Humano. Cuestiones fundamentales y normas para una psicología positiva*. 1ª edición. Barcelona: Gedisa.
- De Beauvoir, S. (1970). *La vejez*. Buenos Aires :Sudamericana.
- De Los Reyes, M. (2007). *Familia y Geriátricos: la relatividad del abandono*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Diener, E., Ryan, K.(2010). Subjective Well being. *South African Journal M. Psychology* 39,4,391-406.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E. & Larsen, R. (1991). The experience of emotions well- being. En M. Lewis & J.M. Haviland, (Eds.), *Handbook of emotions*. New York: Guilford.
- DSM- IV-TR Breviario (2002). *Criterios diagnósticos*. 1ª edición. Barcelona: Elsevier Doyma.
- Erickson E. (1997). *El Ciclo Completado*. Buenos Aires: Paidós, 1997.
- Fernández Ballesteros R, Moya Fresneda, R.,Íñiguez Martínez, J.,Dolores Zamarrón, M., (2007).*¿Qué es la Psicología de la vejez?* Madrid: Biblioteca Nueva.
- Kabanchik, A. (2006). Adultos Mayores. Sus Depresiones. En: Rojtenberg, S. (2006). *Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas*. 1ª edición. Buenos Aires: Polemos, 2006.
- Le Dor Va Dor (2010). El hogar modelo de la comunidad judía. Recuperado el 14 de junio de 2010, <http://www.prensajudia.com/shop/detallenot.asp?notid=8818>

- Paola, J. (1998). Es imprescindible la articulación a fin de pensar políticas sociales para la tercera edad. En *Gerontología Mundial: Órgano de la Federación Internacional de la vejez para América Latina y el Caribe*. Año 2. N°3, 1998.
- Pszemiarower, N. (2004). Síntesis de la presentación en el Tribunal Ético realizado en la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires. Recuperado el 09 de septiembre de 2011, <http://www.gerontologia.org/noticia.php?id=215>
- Riquelme, A. (1997) *Depresión en residencias geriátricas: un estudio empírico*. Servicio de publicaciones, Universidad de Murcia.
- Salvarezza, L. (2005). *Psicogeriatría, Teoría y Clínica*.- 1ª edición. 1ª reimp.- Buenos Aires: Paidós, Psicología Profunda.
- Seligman, E. P. M. (2011). *La Auténtica Felicidad*. 1 edición. Liberdúplex, S.L.U.
- Taragano, F., Lyketsos, C. (1998). La depresión en pacientes de más de 60 años: Temas de gerontología. En *Gerontología Mundial: Órgano de la Federación Internacional de la vejez para América Latina y el Caribe*. Año 2. N°3, 1998.
- Vazquez, J., Sanz, C. (2004). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En: Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (2004). *Manual de Psicopatología. Volumen 2*. Mc Madrid: McGraw Hill.
- Zarebski, G. (2008). *Padre de mis hijos; ¿Padre de mis padres?*- 1ª de.-Buenos Aires: Paidós.