



UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

“Santa María de los Buenos Aires”

Facultad

“TERESA DE ÁVILA”

**ESPERANZA EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO
INSTITUCIONALIZADOS DE PARANÁ**

Trabajo Final de Licenciatura
presentado en cumplimiento parcial
de los requisitos para acceder al título de
Licenciada en Psicología.

Por:

Moreyra, Joel Alexander
Tisocco, Sofía

Director:

Lic. Neubert, Carlos Emanuel

Co directora:

Mgter. Gelis, Karina Viviana

Paraná, septiembre de 2020

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE FIGURAS.....	
LISTA DE TABLAS.....	
RECONOCIMIENTOS.....	
RESUMEN.....	
CAPÍTULO I - INTRODUCCIÓN.....	
1.1. Planteamiento del problema.....	
1.2. Formulación del problema.....	
1.3. Objetivos.....	
1.3.1. Objetivo general	
1.3.2. Objetivos específicos.....	
1.4. Hipótesis.....	
CAPÍTULO II - MARCO TEÓRICO.....	
2.1. Estado del Arte.....	
2.2. Encuadre Teórico.....	
2.2.1. Adultos mayores: Proceso de envejecimiento y vejez.....	
2.2.1.1. Concepto de envejecimiento.....	
2.2.1.2. Factor biológico del envejecimiento.....	
2.2.1.2.1. Cambios en el aspecto externo	
2.2.1.2.2. Cambios a nivel orgánico.....	
2.2.1.2.3. Cambios a nivel neurológico.....	
2.2.1.3. Factor social en los adultos mayores.....	
2.2.1.4. Factor psicológico en los adultos mayores.....	
2.2.2. Deterioro cognitivo en adultos mayores.....	
2.2.3. Esperanza.....	
2.2.4. Desesperanza.....	
2.2.5. Dialéctica Esperanza – Desesperanza.....	
2.2.6. Esperanza - Desesperanza en adultos mayores.....	

2.2.7. Institucionalización en adultos mayores.....

CAPÍTULO III - MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación.....

3.2. Muestra.....

3.3. Técnicas de Recolección de Datos.....

3.4. Procedimientos de Recolección de Datos.....

3.5. Procedimientos de Análisis de Datos.....

CAPÍTULO IV – RESULTADOS.....

4.1. Esperanza en adultos mayores.....

4.2. Comparación entre adultos mayores Institucionalizados y no Institucionalizados.....

CAPÍTULO V - DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, LIMITACIONES.....

5.1. Discusión.....

5.2. Conclusiones.....

5.3. Recomendaciones.....

5.4. Limitaciones.....

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....

ANEXOS.....

A. INSTRUMENTOS ADMINISTRADOS.....

B. RESULTADOS DE ESPERANZA Y DESESPERANZA

C. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....

D. SALIDAS ESTADÍSTICAS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la muestra según situación

Figura 2. Distribución de la muestra según sexo.

Figura 3. Tabla de Frecuencia de la Escala de Esperanza Global.

Figura 4. Gráfico de barras agrupadas del baremo de esperanza según el grupo de pertenencia: institucionalizado o no institucionalizado.

Figura 5. Influencia del bienestar físico, emocional, psicológico, social en la esperanza.

Figura 6. Actividades o actitudes concretas generadoras de esperanza.

Figura 7. Presencia o ausencia del deseo de modificar aspectos de la vida cotidiana.

Figura 8. Opiniones y valoraciones sobre las experiencias personales

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Media, desvío estándar, mínimo y máximo de la edad de la muestra completa.

Tabla 2. Baremos del TED-R, Escala Esperanza Global.

Tabla 3. Puntaje observado mínimo, máximo, media y desvío típico de esperanza en la muestra completa.

Tabla 4. Tabla de Frecuencia de la Escala de Esperanza Global.

Tabla 5. Tabla cruzada de frecuencia del baremo de esperanza según el grupo de pertenencia: institucionalizado o no institucionalizado.

Tabla 6. Comparación de los valores medios y desvíos estándares de la esperanza de los sujetos correspondientes al grupo institucionalizado y no institucionalizado.

RECONOCIMIENTOS

“No hay deber más urgente que el de saber ser agradecido”.

- James Allen -

A Dios, por el Don de la Vida, y por darme la gracia de poder finalizar de la mejor manera una de las etapas más importantes de mi vida.

A toda mi familia. En primer lugar, a mis padres: Ricardo, mi ángel guardián que me guía desde el Cielo; Graciela: que sin su ayuda incondicional nada de esto habría sido posible. A mis hermanos: Tatiana, mi modelo en la profesión; a Jonathan y Joana, que sin su trabajo en el hogar habría sido muy difícil sostener mi estudio; la compañía de Brian y Estefanía, quienes han hecho que mi estadía en Paraná sea de lo más llevadera.

A mi novia Belén, mi cable a tierra, mi compañera de ruta, mi ejemplo de lo que significa el amor por la profesión, el regalo más hermoso que pudo haberme dado el Señor.

A mi compañera de tesis Sofía, gran amiga y compañera de curso. Haber compartido esta experiencia con ella ha hecho que el trabajo sea más fácil y muy ameno.

A Carlos y Karina, quienes, con su predisposición y acompañamiento, las dificultades que se han presentado a lo largo de todo el proceso han sido sorteadas.

A aquellos docentes que han sabido transmitir con su ejemplo y sabiduría la importancia de ser un buen profesional.

Joel Moreyra

“Bueno que el tiempo sea una construcción”

- Antoine de Saint-Exupéry -

En primer lugar, agradezco a Dios y María, por sostener mi vida, siempre enseñándome con la experiencia lo bueno y lo malo, guiando mis pasos en todo momento.

Quiero agradecer a mi familia, mamá y papá, por los valores, la ética, por la educación, la posibilidad de estudiar, pero sobre todo por el amor incondicional que siempre tuve. A mis hermanos, Bruno y Nicolás, por acompañarme todos los años de mi vida, hermanos y amigos. Ejemplos de perseverancia.

A Joel, mi compañero de tesis, por haber recorrido este camino sinuoso de la mano, por compartir años de cursado, y por haberme abierto las puertas de su casa. Gran amigo, hermano que la vida me regaló.

También a Carlos, gran director de tesis, con quien tuve el privilegio de empezar la carrera y ahora más aún, con su dirección que tanto me enseñó día a día, por su empatía, su tolerancia, acompañamiento académico y emocional durante todo este proceso.

A Karina, gran persona y co directora, a quien conocí y al instante se dispuso a ayudarnos con total abnegación, dedicando parte de su tiempo de descanso para extender una mano y guiarnos.

A Alejandro, mi gran amor, leal compañero en las buenas y en las malas, quien me enseñó la disciplina en el estudio, me acompañó durante años con el ejemplo de seguir siempre mis convicciones y perseverar en ellas. Eternamente agradecida.

A Diego, mi mejor amigo, compañero de mil historias, siempre guiando con una luz cuando no encontraba el camino, trayendo tranquilidad y sabiduría a mi vida.

Sofía Tisocco

RESUMEN

La notable relevancia de la esperanza en la salud del ser humano, la escasez de investigaciones al respecto, más aún tratándose del adulto mayor y el efecto que genera en él la institucionalización, ha sido el motor de la presente investigación para conocer en profundidad la relación de la esperanza en el adulto mayor, teniendo en cuenta las distintas condiciones en las que se encuentre el mismo.

El propósito de este estudio fue describir el nivel de esperanza en adultos mayores, estableciendo comparaciones entre aquellos que se encontraban institucionalizados y aquellos que no.

La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional y la misma estuvo compuesta por 60 adultos mayores de ambos sexos (49 mujeres, 11 hombres), de entre 65 y 90 años de edad ($M=72,62$; $DE=7.369$) de la ciudad de Paraná. Esta muestra estuvo compuesta por dos mitades: un 50% fue comprendida por adultos mayores institucionalizados, mientras que el 50% restante no se encontraba residiendo en ninguna institución. Es pertinente destacar, que el promedio de edad de los adultos mayores institucionalizados fue de 80 años, mientras que el promedio de edad de los no institucionalizados, fue de 69 años. En lo referido a los criterios de exclusión para seleccionar los individuos que conformarían la muestra, no se tuvo en cuenta para la administración a adultos mayores con algún deterioro cognitivo significativo, hallado así por neurólogos y/o psicólogos, tanto particulares como pertenecientes a dichas instituciones, requiriéndose así, pues, una ausencia de diagnóstico de dicha naturaleza.

La presente investigación fue de naturaleza cuantitativa, de tipo descriptiva-comparativa (de acuerdo a sus objetivos), de corte transversal y de campo en lo referido a la recolección de datos y los tiempos en que se realizó la toma. Para recabar información acerca de las variables, se administró: a) el Test de Esperanza - Desesperanza Revisado (TED-R) de Pereyra (2010). La escala consta de 16 ítems con respuesta Likert de 5 posiciones donde se divide en tres categorías, Esperanza, Desesperanza y Esperanza Global; b) un cuestionario ad-hoc

complementario compuesto por cuatro preguntas buscando indagar acerca de cuáles serían - para el evaluado - aquellas actitudes concretas que fomentan la esperanza, bienestar, aspectos que desearía modificar, como así también si la persona posee alguna valoración en relación de lo acontecido en su vida.

Se utilizó, para el procedimiento y análisis estadístico de los datos obtenidos el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 22.0.0, estableciendo un nivel de significación estadística inferior a .05.

Intentando responder los objetivos propuestos para esta investigación, se analizaron y compararon los resultados hallados en la escala de Pereyra, administrada tanto a los adultos mayores institucionalizados como no institucionalizados, con el propósito de determinar si existían diferencias significativas en el nivel de esperanza (Escala G en el test de Pereyra) de ambos grupos.

Los resultados obtenidos han demostrado que en la Escala Global de Esperanza (G), los adultos mayores no institucionalizados presentaron un mayor nivel de esperanza ($M=50,60$; $DE=6,100$), a diferencia de aquellos que se encontraban institucionalizados ($M=46,73$; $DE=7,688$). En la Escala de Esperanza (E), los adultos mayores no institucionalizados presentaban un nivel medio de esperanza ($M=28,10$; $DE=4,139$), mientras que aquellos que sí residían en una institución, tenían un nivel de esperanza ($M=25,97$; $DE=4,774$) medio bajo. En la Escala de Desesperanza (D), los adultos mayores institucionalizados presentaron un mayor nivel de desesperanza ($M=11,23$; $DE=4,108$) que aquellos que se encontraban no institucionalizados ($M=9,50$; $DE=4,257$).

Se ha podido concluir que los adultos mayores no institucionalizados han presentado un nivel de esperanza mayor que aquellos que se encontraban institucionalizados, confirmando de esta manera, la hipótesis planteada por los investigadores.

Respecto a los datos obtenidos gracias al cuestionario adicional, donde se indagó – entre otros aspectos – la categoría social (vínculo con el grupo de pares, familia, club, actividades recreativas, etc.) en los adultos mayores, se evidenció que prevalece una mejor socialización y grado de actividad en personas mayores no institucionalizadas, en comparación a aquellos adultos que atravesaban diariamente el proceso de institucionalización.

Teniendo en cuenta las limitaciones que surgieron a partir de la elaboración de la presente investigación, se podría resaltar que la muestra seleccionada fue reducida en lo referido a los casos evaluados, hallándose adicionalmente una fuerte presencia de mujeres en ambos grupos a compararse (personas institucionalizadas como no institucionalizadas). Por ello, se ha

sugerido que, para futuros estudios e investigaciones, se tome una población más amplia y homogénea, como así también investigaciones que se propongan comparaciones en un nivel geográfico más amplio, por ejemplo, entre ciudades, provincias o incluso países vecinos.

En cuanto al instrumento principal utilizado (TED-R), incluye en su escala la creencia en Dios como un factor primordial de la esperanza (Factor G) como así también en sus componentes (Factor E y D, respectivamente). Por este motivo, se consideró como limitación el hecho de que los evaluados no practicasen activamente la religión, o que incluso tengan creencias diferentes a las cristianas, lo cual pudo ser una condición sumamente relevante a la hora de obtener los respectivos puntajes hallados y analizados.

Palabras claves: adultos mayores institucionalizados, adultos mayores no institucionalizados, esperanza, desesperanza.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Diversos estudios, han dejado en evidencia el considerable incremento demográfico producido en la población, compuesta por adultos mayores en los últimos años. Lambert explica que, de acuerdo a diferentes estadísticas y diversas proyecciones demográficas de carácter internacional, la población de personas ancianas (mayores a 65 años) están aumentando de forma inusitada; y se estima que en los próximos 50 años el número se cuadruplicará (Lambert, 2007).

Ocaña, Gómez, Ponce y Rodríguez (2006) también afirman que la cantidad de personas mayores aumenta de forma significativa. España presenta unas cifras que se sitúan alrededor del 16% de personas que superan los 65 años; y de estos adultos mayores, casi el 25% del total, tienen más de 80 años.

Esto es lo que en la actualidad está ocurriendo en los países del primer mundo. De igual manera, nuestro país no está tan distanciado de esta realidad. Según el censo del 2010 la proporción de adultos de más de 65 años ya supera el 10,2% de la población (Franco, 2011).

Parece fundamental plantear la diferencia a nivel estadístico de cómo ha ido aumentando la población de personas mayores a lo largo de los años, y más haciendo una proyección a un futuro no muy lejano. En Argentina, en el año 1950 la población sexagenaria oscilaba entre 1.200.000 personas, en la actualidad la población de adultos mayores es de 6.800.000, y para el año 2050 las estadísticas visualizan que será cerca de 13 millones (Tinoboras, 2018). Analizándolo en porcentajes, pasó de ser de un 7%, a un 15, 4%, para concluir en un futuro con la cifra estimativa de un 23,5% de la población de personas adultas en la totalidad del país, destacándose la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como la más envejecida (Tinoboras, 2018).

Los adultos mayores han sido, en estas últimas décadas, partícipes de un sinnúmero de evaluaciones y estudios que procuran dar luz a diversas problemáticas por las que deben atravesar en dicha etapa. Pero muy pocas han optado por indagar acerca de la esperanza en los adultos mayores.

Peterson (citado en Peraza Méndez, 2011) hace referencia a la importancia que tiene estudiar dicha variable, considerando relevante la incidencia que presenta la misma en el bienestar y en la salud del individuo. Se refirió a la Esperanza como la medicina milagrosa de la mente, inspirando a la voluntad de vivir como si ella fuera un poderoso aliado.

Moore (citado en Pereyra, 2010) expresó que “es la esperanza la que marca la diferencia, tanto en la salud como en la enfermedad” (Pereyra, 2010, p.11). Es por esto que, en el corazón de la práctica clínica de todos los agentes de salud, la estrategia fundamental debiera ser inspirar y fomentar la esperanza de sus pacientes como de todos aquellos con quienes nos relacionamos para incrementar el bienestar personal y social.

Respecto a la institucionalización, diversos estudios han demostrado que es un motivo de vulnerabilidad para el adulto mayor. La persona no logra retener el control de su propia vida y pierde la capacidad de decidir en cualquier aspecto de la cotidianidad (Rojas Ocaña, Gómez, Ponce y Rodríguez, 2006).

La evidente importancia de la esperanza en la vida del ser humano, su escaso estudio en la tercera edad, sumado al cambio significativo en la autonomía y el estado de salud en las personas mayores institucionalizadas, dan cuenta de la relevancia que tiene indagar acerca de esta cuestión.

1.2. Formulación del problema

Considerando la evidente importancia de la esperanza en la salud del ser humano, el efecto que genera en el adulto mayor la institucionalización y la escasez de investigaciones en dicha franja etaria, cabe hacernos la siguiente pregunta: ¿Existen diferencias significativas en el nivel de esperanza en adultos mayores de entre 65 y 90 años, según estén institucionalizados o no institucionalizados en la ciudad de Paraná?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Comparar el nivel de esperanza en adultos mayores de entre 65 y 90 años, según su situación de institucionalizados o no institucionalizados.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir el nivel de esperanza en adultos mayores de entre 65 y 90 años, de la ciudad de Paraná.
- Comparar el nivel de esperanza en adultos mayores de entre 65 y 90 años, de la ciudad de Paraná, según se encuentren institucionalizados o no institucionalizados.

1.4. Hipótesis

- El nivel de Esperanza Global (G) es superior en los adultos mayores de entre los 65 y los 90 años no institucionalizados, que en aquellos que sí lo están.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Estado del arte: Antecedentes de investigación

Dentro de esta sección se exponen diferentes investigaciones previas relacionadas con la temática abordada. En primer lugar, se presentarán estudios realizados a nivel internacional y luego estudios nacionales.

Estudios realizados a nivel internacional

En el año 2000, en la ciudad de Valencia (España), Cava y Musitu examinaron el bienestar psicosocial en adultos mayores, estableciendo una diferenciación entre aquellos que se encontraban institucionalizados de aquellos que no. Fue realizado con una muestra de 74 ancianos, (40 institucionalizados y 34 no) de quienes se realizó una medición de las siguientes variables: (a) conductas no saludables, (b) percepción de salud, (c) autoestima, (d) percepción de estrés, (e) ánimo depresivo, (f) participación e integración comunitaria, (g) percepción de apoyo formal e informal, y (h) eventos vitales no deseables. En esta investigación se ha utilizado el cuestionario de percepciones de salud (Health Perceptions Questionnaire) de Davis y Ware, un instrumento usado con frecuencia para investigaciones epidemiológicas con población general debido a su brevedad y a su elevada fiabilidad y consistencia (en esta investigación el Alfa de Cronbach es de 0.86). En este cuestionario, se evalúan 5 cuestiones tales como la percepción que el sujeto tiene de su salud previa, de su salud futura y su preocupación por su estado de salud actual. Los resultados demostraron que en la mayor parte de las variables no se aprecian diferencias entre las dos muestras consideradas. No obstante, los adultos mayores institucionalizados se caracterizan por una mayor percepción de apoyo formal, mayor autoestima social y menor autoestima familiar.

En el año 2001, González se ha encargado de hacer una estimación del nivel de depresión en 499 ancianos que residían en la ciudad de Vizcaya, España. La muestra estaba compuesta por una población de jubilados, mayores de 70 años, de un nivel sociocultural y económico similar. De ellos, 258 (102 varones y 156 mujeres) vivían con sus familias. El resto (61 varones y 180 mujeres), residían en instituciones geriátricas. Todos los participantes en el estudio respondieron al cuestionario de depresión de Beck, estableciendo, en función de las respuestas, 5 niveles de depresión. Los resultados muestran una elevada prevalencia de signos y síntomas

depresivos en ambos colectivos, aunque los ancianos institucionalizados presentan mayor frecuencia de sintomatología depresiva moderada-grave, especialmente los varones. En los ancianos domiciliados, el 27,1 % presentaban sintomatología de depresión leve; el 16,6 %, depresión moderada y el 14,7 %, depresión grave. En los adultos mayores institucionalizados el nivel de depresión era superior: el 37,3 % de los jubilados institucionalizados sufría de depresión moderada-grave; el 20,7 %, depresión grave y el 4,9 % padecía sintomatología de depresión leve-moderada.

En el año 2002, Soria Bell y Rodríguez realizaron un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo, con el objetivo de identificar algunas características psicológicas y sociales en ancianos institucionalizados en el hogar de ancianos de la ciudad de Santiago de Cuba. El número estuvo constituido por 148 ancianos de vida interna, y la muestra estuvo conformada por 100 ancianos escogidos por no presentar impedimentos mentales, donde predominó el sexo masculino y el grupo de edades de 70-79 años. Se confeccionó un modelo de encuestas creadas expresamente a los propósitos de dicho estudio en el cual se contemplaron las siguientes variables: el mundo afectivo de los ancianos, influencia en los ancianos de los elementos del micro medio social, factores familiares, participación del anciano en la vida colectiva de la institución, significación de la referencia para el anciano, adaptación del anciano a la vida institucional. La principal causa que motivó el ingreso fue el vivir solo, seguida de la mala atención filial y la no tenencia de familia. La preocupación por su salud fue la manifestación psicológica que más se destacó. El mayor número de ancianos, consideró a la institución como su verdadero hogar, y fue mayoritario el número de ancianos adaptados a la institución.

En el año 2003, en Portugal, Lobo, Santos y Carvalho, describieron y analizaron las características de un grupo de ancianos institucionalizados, y establecieron la asociación entre calidad de vida (CV), estado mental y funcionalidad física de éstos. Utilizaron, para ello, una muestra aleatoria simple constituida por 79 ancianos (53 mujeres y 26 varones) institucionalizados, con una puntuación en el Mini-Mental State Examination (MMSE) de más de 24 puntos y con capacidad para realizar los ejercicios. Se midieron: las medidas antropométricas, el índice de Barthel y las puntuaciones en el MMSE, el SF-36 y el Functional Fitness Test (FFT). La edad media fue de 71,2 años. Los varones obtuvieron mejores resultados en la CV, estado mental y funcionalidad física. Desde el punto de vista físico, las mujeres mostraron una mejor flexibilidad y los varones una mayor fuerza y resistencia aeróbica. La CV se asoció al grado de dependencia ($r=0,726$), la funcionalidad física ($r=0,492$) y el estado mental ($r=0,355$). Finalmente, el grado de dependencia se asoció al estado mental ($r=0,574$).

Concluyeron que: la CV de los ancianos institucionalizados parece estar asociada a sus niveles de dependencia, estado mental y funcionalidad. Por ello, es importante garantizar su mantenimiento al ingreso en esas instituciones.

En el año 2005, Pereyra y Fandiño realizaron una investigación que consistía en evaluar los niveles de esperanza-desesperanza, la religiosidad intrínseca y la salud mental en diferentes etapas del ciclo vital (joven, adulto joven, adulto medio, adulto tardío y de la tercera edad) en Acapulco, México. Los instrumentos utilizados fueron el Test de Esperanza-Desesperanza (TED) de Pereyra (1995), el Intrinsic Religious Motivation Scale (IRM) de Hoge y el Symptoms Check Lista (SCL- 90. de Derogatis (1976). Los resultados concluyeron que existen fuertes correlaciones entre estas variables a lo largo del ciclo vital, además de relaciones específicas entre los factores estudiados. La desesperanza se correlacionó fuertemente con algunos cuadros específicos, tales como la so- matización, la ideación paranoide y la depresión.

En el año 2008, Molina Sena, Meléndez Moral y Navarro Pardo, han analizado las diferencias que existen entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados de nacionalidad dominicana, en uno de los componentes que integran la calidad de vida y el bienestar. Se utilizó una adaptación de la escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989), realizada por Molina y Meléndez (2006). La escala está compuesta por 43 ítems, que saturan en cinco factores: autoaceptación, dominio del ambiente, crecimiento personal, relaciones positivas con otros y autonomía, quedando la dimensión original de propósito en la vida reflejada parcialmente en los otros factores.

Como principales resultados, destacan el nivel inferior de satisfacción que tienen los institucionalizados en los aspectos relacionales, como la insatisfacción que le producen los aspectos relativos a la seguridad. Además, se observó que mientras en el bienestar psicológico no existen diferencias entre ambos grupos, los factores propios del bienestar subjetivo mostraron diferencias, siendo las puntuaciones de los ancianos institucionalizados inferiores.

En el año 2015, Muñoz Cruz realizó un estudio que indagaba las autopercepciones que los ancianos tienen sobre ellos mismos, así como las diferencias entre las percepciones de los ancianos institucionalizados y los que viven en su propio domicilio, en la ciudad de Andalucía, España. La información fue recogida mediante un cuestionario autoadministrable, que incluía 30 adjetivos referidos a los propios ancianos y estos debían responder en función del grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las características, utilizando una escala de Likert con

5 opciones para cada ítem. Dicho cuestionario fue realizado con una muestra de 100 ancianos. Los resultados demostraron que los ancianos institucionalizados presentan una autopercepción, y unos estereotipos más negativos hacia ellos mismos que los ancianos que viven en sus domicilios. Determinadas características, como la poca valoración de este grupo social, son características comunes a ambos grupos.

Estudios realizados a nivel nacional

En el año 1999, Lapczynsky ha realizado un estudio donde buscaba indagar acerca de las correlaciones de la esperanza - desesperanza, la religiosidad intrínseca y las actitudes hacia la vejez en ancianos. La muestra estuvo compuesta por 200 personas de tercera edad de Libertador San Martín, Entre Ríos. Los instrumentos utilizados fueron el TED, el Intrinsic Religious Motivation Scale (I.R.M) de Hoge, y otro instrumento acerca de las actitudes hacia la vejez. Los resultados más relevantes fueron: que las personas de creencia adventista tuvieron los más altos niveles de esperanza; y que la esperanza tuvo alta correlación con la religiosidad.

En el año 2000, Güidi-Bergeonneau estudió las fluctuaciones de la Esperanza-Desesperanza y el Sentido de la vida a lo largo del ciclo vital, en la ciudad de Córdoba. Se investigó una muestra de 230 personas, cuyas edades fueron de los 16 a 95 años. Los instrumentos administrados fueron una prueba del Sentido de la Vida, el Logotest, y el TED. Los resultados arrojaron que hay una fuerte correlación entre la esperanza y el sentido de la vida.

En el año 2002, Fernández estudió las diferencias entre los ancianos institucionalizados y no institucionalizados en cuanto a la esperanza y calidad de vida, en Libertador San Martín, Entre Ríos. La muestra estuvo compuesta por 100 sujetos de la tercera edad. Los resultados a los que arribó, manifestaron que los ancianos institucionalizados tienen una percepción significativamente inferior de su esperanza y calidad de vida, comparada con los ancianos no institucionalizados.

En el año 2006, Stefani y Feldberg estudiaron, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el estrés y los estilos de afrontamiento presentes en la vejez. Se ha tenido en cuenta la probable influencia del tipo de contexto en el que habitan sobre: 1) las situaciones percibidas como potencialmente amenazantes 2) las estrategias de afrontamiento utilizadas para disminuir la amenaza percibida. El diseño utilizado fue el descriptivo-comparativo, de corte transversal en

300 ancianos autoválidos, de diferente género, de nivel socioeconómico medio y residentes en un gran centro urbano, conformaron la muestra del estudio. 150 habitaban en sus hogares y 150 en un geriátrico. Un cuestionario de datos básicos, el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento de Folkman y Lazarus, y el Inventario de Actividades de Stefani, fueron administrados como entrevista individual. Los resultados demostraron que: a) las estrategias predominantes de los adultos mayores que vivían en sus domicilios, en comparación con los residentes, denotaban que había reevaluado con mayor frecuencia la situación para modificar el significado y relevancia del problema; b) habían decidido en mayor proporción llevar a cabo acciones concretas para resolverlo y para buscar alternativas gratificantes; y c) habían mantenido, en mayor grado que los residentes, el equilibrio afectivo a través de la resignación, amparándose en sus creencias religiosas y de control externo atributivo, y por medio de la extroversión del malestar generado por la situación.

En el 2013, en nuestro país, Stefani, Hermida, Tartaglino, Pereyra Girardi, Ofman y Cófreces publicaron un estudio en el cual intentan evaluar el papel que cumple la experiencia de esperanza en el comportamiento social del adulto mayor. Para llevar a cabo su investigación han administrado un cuestionario sociodemográfico, el Test Esperanza-Desesperanza y el Inventario de Actividades, en una muestra de 150 adultos mayores autoválidos en la República Argentina. Dicha investigación, propone precisar la influencia que tiene la variable esperanza en la participación social del anciano. Asimismo, no se tuvo en cuenta la distinción acerca de si los sujetos de la tercera edad que han participado no estaban institucionalizados, o si, por el contrario, estaban inmersos en situación de institucionalización. Los resultados indicaron que, excepto en las actividades culturales/educacionales (que requieren mayor nivel educativo no presentado por la mayoría), los adultos mayores con alto nivel de esperanza, en comparación con aquellos con bajo nivel, participaron más en otras actividades, destacándose esta diferencia en las sociales y espirituales.

Otra investigación realizada en el 2013, fue la de López Molina, Morelli y Rizzo en Entre Ríos. El propósito de su investigación, fue conocer si los niveles de esperanza - desesperanza variaban en un grupo de personas jubiladas, en función del tiempo que llevaban jubilados y sus niveles de práctica religiosa. La muestra estuvo compuesta por 99 sujetos mayores de 65 años, todos residentes en Entre Ríos. Los instrumentos utilizados fueron la Encuesta de Práctica Religiosa elaborada por Bruno, y la Escala de esperanza desesperanza de Pereyra. Se aplicó un Análisis Múltiple de Varianza (MANOVA) para analizar los datos. Los resultados han demostrado que existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de cada

factor del T.E.D (Test de Esperanza Desesperanza), en función de los niveles de prácticas religiosas y de los años de jubilación. Los análisis univariados permitieron observar que los años de jubilación influyeron de manera significativa, tanto sobre el optimismo como el factor regresión. Los niveles de prácticas religiosas influyeron sobre el pesimismo, la prospección, el optimismo y el afrontamiento.

2.2. Encuadre teórico

2.2.1. Adultos mayores: Proceso de envejecimiento y vejez

2.2.1.1. Concepto de envejecimiento

Es necesario establecer una clara distinción entre envejecimiento y vejez. Es muy común confundir estos conceptos, e incluso referirse a ellos de forma indistinta. Según la Real Academia Española, el envejecimiento es “la acción y el efecto de envejecer”. De allí se infiere que el concepto tiene dos significados: por un lado, el proceso y, por otro, el resultado de dicho proceso. El mismo diccionario define a la vejez como: “cualidad de viejo”; “edad senil, senectud”. La vejez, por tanto, es el resultado del proceso de envejecimiento (Real Academia Española, 2017).

Según Lambert, el progreso científico y tecnológico ha hecho que la Biología y la Medicina se vean enriquecidos por el accionar interdisciplinario, y de esta manera, el concepto de “vejez” ha ido cambiando paulatinamente por el concepto de “proceso de envejecimiento”. Es decir: hoy en vez de hablar de “estudio de la vejez”, se habla de “estudio del envejecimiento” (Lambert, 2007). Existen, por su parte, diversas teorías que buscan dar cuenta de las causas del proceso de envejecimiento. Hay quienes defienden que el envejecimiento se debe a una acumulación de errores moleculares que producen mutaciones y modificaciones en los lípidos y las proteínas, cuyos errores influyen sobre mecanismos de supervivencia y en la capacidad para resistir determinados factores externos.

También hay autores que explican que el proceso de envejecimiento estaría determinado por la programación genética. Otras teorías, desde otra perspectiva, adjudican el proceso de envejecimiento a errores durante el desarrollo hormonal e inmunológico, que influiría en la capacidad de resistencia ante agentes externos. También están aquellas que explican dicho proceso por una alteración en las mitocondrias. Y, por último, hay quienes defienden que el

envejecimiento es producto del efecto que producen los radicales libres en el organismo; los cuales en sí tienen una función fisiológica necesaria (tienen un importante papel en la lucha contra bacterias y virus), pero, debido a su hiperproducción, podrían convertirse en agentes tóxicos para el cuerpo, disminuyendo así la capacidad del ADN para mantener o reparar el organismo (Rico Rosillo, Oliva Rico y Vega Robledo, 2017).

Si bien, como se ha explicado, los autores difieren en la explicación causal del proceso de envejecimiento, todos coinciden en que dicho proceso antecede a la muerte del individuo (Cohen, citado en Lambert, 2007).

Goldman (citado en Hernández González y González Martínez, 2013) agrupó las teorías del envejecimiento en dos grupos. En primer lugar, las estocásticas, que incluyen aquellas teorías que abordan el envejecimiento como algo aleatorio producto de una acumulación de diferentes alteraciones. En segundo lugar, las teorías no estocásticas, que explican el proceso de envejecimiento como algo ya programado y determinado genéticamente, y por lo tanto transmitido por herencia.

Se ha establecido la diferencia entre el envejecimiento exitoso y el envejecimiento no exitoso. En el primer caso, la persona goza de buena salud mental, calidad de vida y es autovalente para las actividades de la vida diaria, a pesar de la edad cronológica. Diferente es el caso del envejecimiento no exitoso, donde las personas se han vuelto dependientes de terceros para realizar las actividades de la vida diaria, debido a alguna limitación funcional o de salud mental, y con ello el deterioro en su calidad de vida (Hoyl Moreno, 2016).

Landinez Parra, Contreras Valencia y Castro Villamil (2012) detallan algunas características que presenta el envejecimiento, que son inherentes y bien definidas en todos los seres vivos, a saber:

- Universal: propio de todos los seres vivos.
- Progresivo: a lo largo de la vida se van produciendo efectos sobre el organismo, que se acumulan y originan los cambios propios del envejecimiento.
- Irreversible: no puede detenerse ni revertirse.
- Heterogéneo e individual: la velocidad de declinación funcional varía de persona a persona e incluso dentro de la misma.
- Deletéreo: lleva a una progresiva pérdida de función.
- Intrínseco: no es debido a factores ambientales modificables.

De acuerdo a Landínez Parra, et. al (2012), el envejecimiento es un proceso fisiológico, que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida, y tales cambios producen una limitación a la adaptabilidad del organismo en relación con el medio.

Si bien el concepto de envejecimiento está muy ligado a la dimensión biológica, a continuación, se desarrollará el mismo como un proceso multifactorial, es decir, que comprende también una dimensión psicológica, social y espiritual.

2.2.1.2. Factor biológico del envejecimiento

El proceso de envejecimiento es un fenómeno visiblemente biológico. Los cambios fisiológicos que afectan al adulto mayor dan cuenta de ello. Alvarado García y Salazar Maya (2014), han propuesto la siguiente definición biológica de envejecimiento:

(...) cambio gradual en un organismo que conduce a un mayor riesgo de debilidad, enfermedad y muerte. Tiene lugar en una célula u órgano o el organismo total en el lapso de vida de un adulto o cualquier ser vivo. Hay una disminución en las funciones biológicas y en la capacidad para adaptarse al estrés metabólico. Cambios en órganos incluyen el reemplazo de las células funcionales cardiovasculares con tejido fibroso. Efectos generales del envejecimiento incluyen inmunidad reducida, pérdida de fuerza muscular, disminución de la memoria y otros aspectos de la cognición, la pérdida del color en el cabello y la elasticidad en la piel. (p. 58).

En el proceso de envejecimiento se pueden diferenciar tres niveles de cambios: de tipo neurológico, del aspecto externo y a nivel orgánico.

2.2.1.2.1. Cambios en el aspecto externo

Belando Montoro (2000) explica algunos cambios como producto del envejecimiento:

- Piel arrugada: Ocasionalada por la pérdida o falta de grasa en la misma, por los pequeños cortes que se han ido haciendo, por la exposición a los rayos solares, al viento y al frío. La piel se vuelve más delgada. El color de la piel sufre modificaciones con los años,

ya que la pérdida de los capilares cutáneos hace aparentar una mayor palidez. Además, se suelen perder melanocitos (responsables del color en la piel);

- Pelo y vello: Se produce una pérdida del vello a partir de los 60 años aproximadamente, de forma lenta y dilatada.
- Presbicia: visión disminuida.

- Disminución de la estatura: Debido al acortamiento de la columna vertebral como consecuencia del estrechamiento de los discos intervertebrales y la disminución de las vértebras por la pérdida de masa ósea.
- Alteración en la distribución de la grasa subcutánea: Disminuye en la cara, en los brazos y en las mamas, y aumenta en el abdomen y en las caderas, haciéndose más flácida.
- Pérdida de masa muscular: Se sustituyen grupos musculares por grasa, lo que disminuye considerablemente la fuerza física y provoca cansancio y deformaciones posturales, por- que hay que hacer un mayor esfuerzo para luchar contra la gravedad, ya que la musculatura encargada de ello falla.
- Pérdida de peso: A partir de los 75 años, aunque no es generalizable.

2.2.1.2.2. Cambios a nivel orgánico

Según Belando Montoro (2000), con el envejecimiento se producen los siguientes cambios:

- Aparato cardiovascular: el corazón, como músculo, pierde la fuerza contráctil, por lo que ante una situación que requiera gran esfuerzo no podrá adaptarse y se producirá una insuficiencia cardíaca. Y los vasos sanguíneos, en su mayoría, están afectados por arteriosclerosis.
- Aparato respiratorio: aunque se suele mantener el volumen pulmonar, hay una disminución de la denominada capacidad vital y una reducción de la eficiencia respiratoria. Además, los bronquios se vuelven más rígidos y pierden sus propiedades de defensa y secreción normal de moco. La nariz y la laringe tienen una menor

lubricación, ocasionada por el resecamiento de la mucosa, que produce goteos de la nariz y picores en la garganta, dificultando la buena toma de aire.

- Aparato digestivo: la boca suele sufrir múltiples modificaciones: aparecen caries dentales, hay una pérdida progresiva de dientes y un deterioro de las encías. La mucosa de la boca se hace más sensible a los traumatismos y se irrita por los alimentos muy calientes o fríos. Se suele observar una menor apreciación de los sabores debido a la pérdida de papilas gustativas por parte de la lengua. Por último, la digestión es más lenta y dificultosa, y es menor la absorción de alimentos nutrientes, vitaminas, etc.
- Aparato genitourinario: el riñón reduce su volumen. Aunque los ancianos orinan con mayor frecuencia, lo hacen en cantidades menores, el riñón funciona de manera menos eficaz. Se observa un mayor número de infecciones en el tracto urinario. No obstante, si no existen elementos que perturben el funcionamiento, puede trabajar sin problemas.
- Aparato locomotor: con la edad se pierde músculo, masa ósea y elasticidad en las articulaciones. Ello conduce a una pérdida de la masa muscular y a la limitación de movimientos. Aparece un ligero debilitamiento muscular, especialmente en las manos. Por otro lado, es característico una postura encorvada, flexionada hacia adelante, y una ligera inestabilidad. Pasos cortos, velocidad más lenta y una leve inestabilidad. Enfermedad y envejecimiento no tienen una relación necesaria, ni son sinónimos. La diferencia entre una persona mayor sana y otra enferma, tiene que ver con condiciones personales de equipamiento genético, de hábitos, formas de vida anteriores y actuales.

Esto ayuda a replantearse el problema del envejecimiento y a proponer programas preventivos para que las personas puedan llegar a esta etapa vital de modo exitoso, es decir, padeciendo la menor cantidad de enfermedades propias de su desarrollo evolutivo (Lambert, 2007).

2.2.1.2.3. Cambios a nivel neurológico

Según Belando Montoro (2000), las enfermedades neurológicas son las causas más comunes de incapacidad en el adulto mayor, como son los casos de pacientes con Alzheimer, el Ictus o la enfermedad de Parkinson. Sin embargo, dejando de lado las patologías neurológicas y sólo haciendo referencia al envejecimiento normal, a medida que el sujeto envejece, se van produciendo también modificaciones cerebrales.

Se cree que hay una disminución del peso del cerebro con la edad, que puede ser consecuencia de una reducción del tamaño neuronal, más que por una pérdida real de las neuronas. Esta pérdida se produce a partir de los 20 años, y suele ser alrededor de un 10% - entre 90 y 100 gramos- (Morris y McManus, citado en Belando Montoro, 2000).

Otros sostienen que, durante los dos primeros años de vida, se alcanza el número máximo de neuronas, y a partir de allí se pierden una 20.000 diarias. Superados los 40 años, se pierden unas 100.000 neuronas diarias. Pero esta pérdida no supone ningún problema si se tiene en cuenta que el ser humano posee entre 100.000 millones y un billón de neuronas (Altarriba Mercader, citado en Belando Montoro, 2000).

Pero no todos los autores han estado de acuerdo con esta opinión. Friedan (citado en Belando Montoro, 2000) explica que esta pérdida no se produce en el envejecimiento normal. En éste se pueden seguir produciendo nuevas conexiones cerebrales hasta el final de la vida.

Diamond (citada en Belando Montoro, 2000) hace referencia a la pérdida de neuronas que se mencionó anteriormente, y cuenta cómo las investigaciones que se han realizado sobre ello ofrecen datos inexactos ya que no se tuvieron en cuenta las variables que intervienen en la alteración de las de las estructuras del cerebro, como son la nutrición, la enfermedad, la actividad física y mental, etc. Además, en la actualidad se sabe que la mayor parte de la pérdida de células cerebrales tiene lugar en el embrión. Así, el cerebro de una persona vieja sana, puede ser semejante al de una persona joven sana.

Por otro lado, esta autora defiende la plasticidad del cerebro durante toda la vida, ya que se ha demostrado que las proyecciones de las dendritas crecen cuanto más se usan (Diamond, citada en Belando Montoro, 2000).

Siguiendo a Friedan, (citado en Belando Montoro, 2000) la creencia del inevitable deterioro físico del cerebro y de sus funciones en la vejez es errónea, ya que muchas veces estas afirmaciones sobre la pérdida de memoria y de la función cognoscitiva se basan en pruebas elaboradas para los jóvenes. Esta plasticidad, nombrada anteriormente, es aplicable también a la memoria, por lo que con entrenamiento y estimulación no tiene por qué haber pérdida.

Y en este sentido, hay que añadir también que el deterioro que se observa en muchos ancianos está provocado por el papel de inutilidad social e intelectual que tiene el adulto mayor

en la sociedad; mientras que otras veces es resultado del trato recibido en las residencias de la tercera edad, donde todo está programado, habiendo apenas posibilidad de elección (Belando Montoro, 2000).

2.2.1.3. Factor social en los adultos mayores

El adulto mayor se encuentra fuertemente atravesado por un aspecto de carácter social, por ende, se pueden destacar dos cuestiones en el anciano de la sociedad actual. En primer lugar, desde la mirada del adulto mayor y la pérdida de contacto social que puede traer aparejada esta nueva etapa. Y, en segundo lugar, la visión de la sociedad actual hacia las personas de edades avanzadas (los estereotipos).

Desde la mirada del geronte, se hará referencia solo a algunos hitos importantes: independencia de los hijos, la salida del mercado laboral y la muerte del cónyuge.

El primero hace referencia al abandono del hogar por parte de los hijos para iniciar una vida independiente; y si bien la independencia por parte de los hijos puede ocurrir antes de que el sujeto sea un adulto mayor propiamente dicho (de 65 años o más), el hecho de la ausencia de los hijos en el hogar ejerce el efecto de “sentimiento de soledad” en el adulto mayor.

Por otra parte, y como consecuencia directa de la jubilación, el sujeto se retira del “mercado laboral”, esto puede deteriorar sus relaciones sociales, apareciendo en ocasiones aislamiento social (Rodríguez Martín, 2009).

Por último, siguiendo con la misma autora, una vivencia muy dura para el sujeto es la muerte del cónyuge. Rodríguez Martín (2009), cuenta que la viudedad suele ser el principal desencadenante de sentimiento de soledad en edades avanzadas, dando pie a problemas personales de adaptación de tipo no únicamente emocional, sino también material y relativos a la gestión del tiempo de las tareas propias del hogar y de la vida doméstica y social.

Haciendo hincapié ahora en la visión de la sociedad contemporánea para con el adulto mayor, a medida que dicha sociedad se ha ido industrializando, el estereotipo referido a ellos ha sufrido modificaciones. Desde la antropología existen 3 modelos que ponen de manifiesto la disparidad de papeles que las personas mayores han ejercido, y cómo ha sido el envejecimiento.

Dichos modelos son: las sociedades cazadoras-recolectoras, las sociedades agrícolas y ganaderas y las sociedades industriales. Si uno se limita solo al modelo actual, este es el que se conoce como el de las sociedades industriales. La misma se caracteriza en que los mayores se encuentran aislados del resto del grupo, o recibiendo ayuda de sus descendientes, mientras no pongan en peligro su nivel de bienestar estándar.

El adulto mayor se encuentra residiendo en su propio hogar independiente del resto de descendientes y familiares, mientras puedan subsistir en solitario. Si el mayor no dispone de recursos económicos suficientes, los familiares suelen colaborar con una pequeña parte de su dinero para que pueda mantenerse. Cuando finalmente los mayores no pueden valerse individualmente, el resto de la familia los acepta en su hogar, aunque cada vez es más frecuente internar a la persona mayor en una residencia (Carbajo Vélez, 2010). La autora nombra un duro ejemplo del aislamiento que las personas mayores pueden sufrir en las sociedades industrializadas. Es el caso de la muerte en Francia de miles de personas mayores abandonadas por sus familiares, a consecuencia de la ola de calor en el verano del 2003. Continúa diciendo que este ejemplo en particular pone de manifiesto que, en las sociedades industrializadas, el límite a partir del cual la familia se desentiende de los mayores está en relación con el confort de las generaciones productoras.

Es decir, los adultos productores mantienen a los abuelos o padres mayores, mientras no afecten al estado de confort establecido. En estas sociedades, los mayores no juegan ningún rol familiar importante, a menos que sean los propietarios de grandes posesiones (Carbajo Vélez, 2010).

Siguiendo con los estereotipos establecidos en la sociedad actual, Nederveen, Featherstone y Wernick (citado en Kehl y Fernández, 2001) postulan que, en nuestra cultura, las imágenes corporales de juventud están investidas de connotaciones positivas donde se enaltece los estereotipos de belleza, energía, fortaleza moral y optimismo, mientras que, por otro lado, al envejecimiento se lo muestra bajo una connotación negativa como la inactividad, fealdad, desgaste, degeneración y fracaso moral. Pero ésta yuxtaposición de imágenes cambia históricamente, en la medida en que la sociedad lucha por definir y reconstruir dichos estereotipos de acuerdo a sus ventajas y propósitos.

Si bien el adulto mayor puede sufrir pérdidas de contactos sociales (como se ha dicho anteriormente), retiro de la vida laboral, cierta disminución de las funciones físicas o cognitivas, etc.; se puede apreciar que muchas de las creencias vigentes en la sociedad

contemporánea (en su mayoría de tipo peyorativas) hacia las personas de edad avanzada, carecen de fundamento a la hora de observar esto en la realidad. Rodríguez Daza (2010) hace una categorización, y propone que en la vejez se presentan determinados mitos impuestos por la sociedad en relación a esta etapa vital y los integrantes que la componen, a saber:

- En el primer mito, se percibe al adulto mayor como enfermo y con grandes dosis de discapacidad, asociándose directamente con el término de fragilidad y dependencia, e incapacita a la persona para realizar tareas de la vida diaria con total autonomía, como el hecho de vivir solos, o poder mantenerse en movimiento sin la necesidad de otra persona.
- El segundo mito que postula la autora, es que el adulto mayor es visto como carente de recursos sociales, quedando presuntamente solos y deprimidos. Durante el proceso de envejecimiento, puede suceder que el matrimonio atraviese la muerte de alguno de los cónyuges, dejando al otro con un sentimiento de vacío y abandono (aunque es propio de todo proceso de duelo), como así también el abandono de la casa por parte de sus hijos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que hoy en día hay una multiplicidad de actividades destinadas al adulto mayor, amoldadas a sus necesidades y donde, al formarse grupos, puedan vincularse con otras personas de su misma franja etaria, generando así nuevos vínculos, evitando sentir el vacío, el aislamiento, la soledad o la depresión.
- El tercer mito hace referencia al adulto mayor asociado al deterioro cognitivo y el trastorno mental. Es fundamental, por ello, no confundir el deterioro patológico con el declive propio del envejecimiento. Así, en un proceso de envejecimiento normal, es importante señalar el potencial de aprendizaje que se conserva, fundamentando y defendiendo la teoría del desarrollo aún en la tercera edad.
- Por último, el cuarto mito comprende que el adulto mayor es percibido como psicológicamente rígido e incapaz de adaptarse a los cambios. Pero, según estudios, la persona mayor tiene la misma capacidad de flexibilidad y adaptación que una persona joven, sin dejar de lado que poseen una vasta experiencia y que han soportado muchas adversidades. Ese poder resiliente, justamente hace que su fortaleza psicológica sea mayor, como así también su personalidad y estabilidad emocional.

Como se ha ilustrado en estos párrafos, se puede afirmar que, tanto factores económicos como políticos, también se conjugan con el factor social, siendo adiciones en un complejo entramado de ideas, acciones y juicios donde la sociedad también es partícipe.

2.2.1.4. **Factor psicológico en los adultos mayores**

Anteriormente, se ha hecho referencia al abandono de los hijos del hogar de sus progenitores, una vez lograda su independencia económica. Este fenómeno puede ocasionar un impacto en los adultos mayores, produciendo lo que se conoce como el “síndrome del nido vacío”.

Según Ordoñez Iñiguez (2016) dicho síndrome hace referencia a un conjunto de síntomas ansiosos y depresivos que aparecen cuando los hijos de una pareja dejan el hogar y obedece a una construcción socio cultural; se tiene que tomar en cuenta la importancia del vínculo afectivo entre los progenitores y sus hijos y el imaginario familiar que se elabora en donde los padres toman el rol de cuidadores y dadores de valores que preparan a sus hijos a una vida adulta.

Sin embargo, en muchas oportunidades, los padres se ven imposibilitados en asumir la partida de los hijos del hogar, donde devienen sentimientos de tristeza, vacío, nostalgia y hasta quejas somáticas, entre otras manifestaciones. Tales síntomas se ven agravados cuando estas experiencias se dan juntas con la vivencia de la jubilación, menopausia y otras. Por ello, hay que tener en cuenta que el adulto mayor debe prepararse para afrontar una determinada serie de limitaciones tanto físicas como psicológicas, que suelen presentarse en esta etapa de la vida.

Diversas teorías del desarrollo psicosocial, adicionalmente, abarcan y estudian al adulto mayor. En este punto se tendrá en cuenta la Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson, puesto que es una de las más importantes y aceptadas por las diversas vertientes psicológicas. Erikson tiene también un lugar especial en esta investigación, pues, en su teoría, el autor toma en consideración las variables de “esperanza” y “desesperanza” (Erikson, 1982), las cuales se busca desarrollar de forma exhaustiva en el presente trabajo.

Siguiendo con la teoría propuesta por el autor, el mismo plantea que todos los individuos deben atravesar ciertos conflictos en cada etapa de su vida, expuestos en pares antitéticos. Una

vez que estos han sido superados, permiten el desarrollo del sujeto, dejando como saldo favorable una “competencia o virtud”.

Erikson (1959), postula que el conflicto por el cual se encuentra inmerso el adulto mayor es el par antitético de “Integridad del Yo vs. la Desesperación”. La integridad es la seguridad acumulada del yo con respecto a su tendencia al orden y el significado. Es un amor post-narcisista del yo humano —no en sí mismo— como una experiencia que transmite un cierto orden del mundo y sentido espiritual, por mucho que se haya debido pagar por ella. Es la aceptación del propio y único ciclo de vida como algo que debía ser y que, necesariamente, no permitiría sustitución alguna. Según el autor, en esa consolidación final, la muerte pierde su carácter atormentador.

En este sentido, la falta o la pérdida de esta integración yoica acumulada, se expresa en el temor a la muerte: no se acepta, así, este único ciclo de vida. La desesperación expresa el sentimiento de que el tiempo que queda ahora es corto, demasiado corto para intentar otra vida o probar con caminos alternativos para lograr la integridad. El malestar consigo mismo oculta la desesperación, las más de las veces bajo la forma de mil pequeñas sensaciones de malestar, que no equivalen a un gran remordimiento (Erikson, 1959).

En el caso del adulto mayor, haber logrado la integridad del yo permite el acceso a la virtud de la “sabiduría”. Bordignon (2005), expresa que la sabiduría nace de la resolución positiva de la crisis entre integridad y desespero. Y se refiere a la “sabiduría” como aquella fuerza básica que recuerda el saber acumulado durante toda la vida, la capacidad de juicio maduro y justo, y la comprensión de los significados de la vida y la forma de ver, mirar y recordar las experiencias vividas, así como de escuchar, oír y recordar todos sus significados, que se expresa en esta síntesis: “Yo soy el que sobrevive en mí”.

En este sentido, Guardini también se ha referido a algunos adultos mayores como “hombres sabios”. Según él, el hombre sabio es aquel que sabe del final que le espera y lo acepta. Con ello, no se quiere expresar que se alegre de él, aunque esto llegue a darse en algunos casos excepcionales, sino que se refiere a la disposición cada vez más sincera a aceptar lo que tiene que suceder necesariamente (Guardini, 1983).

2.2.2. Deterioro cognitivo en adultos mayores

Benavides (2017), hace referencia a la cognición como el funcionamiento intelectual que permite al ser humano interactuar con el medio circundante. En el envejecimiento se presentan en el cerebro de forma normal, distintos tipos de cambios: morfológicos, metabólicos, bioquímicos y circulatorios, que, dependiendo de la plasticidad cerebral y de las actividades, determinadas funciones cerebrales podrían presentar alteraciones a nivel cognitivo, o continuar su funcionamiento normal.

Determinados cambios morfológicos presentados en dicha franja etaria, son la pérdida de volumen y adelgazamiento de la corteza frontal que tiene desempeño fundamental en la atención y funciones ejecutivas. También, alrededor de los 60 años, se presenta una disminución de la memoria, fluidez verbal, lógica matemática y la eficiencia y rapidez de análisis.

Benavides (2017) define al deterioro cognitivo como la “pérdida de las funciones cognitivas, tales como la memoria, la atención y la velocidad del procesamiento de la información” (p.108). Aparece en el envejecimiento normal y depende tanto de los factores fisiológicos, como así también factores ambientales y sociales, y está sujeto a una gran variabilidad interindividual.

Teniendo en cuenta a la población que se estudia en esta investigación, resulta pertinente conceptualizar acerca de la función ejecutiva; y el consecuente deterioro de las mismas, a saber:

Vayas Abascal (2012), determina que la función ejecutiva nos permite pensar de forma abstracta, adaptarse a lo inesperado y ordenar acciones para lograr un objetivo. Es la función directiva, rectora del cerebro: en otras palabras, podemos decir que es “el cerebro del cerebro”. Se puede considerar como la función mental por excelencia, teniendo en cuenta que, aunque el resto de nuestras funciones cognitivas (como la memoria, la percepción, el lenguaje, entre otras) sean perfectas, de poco sirven sin una función ejecutiva trabajando de forma correcta, controlando y coordinando la acción conjunta de todas estas habilidades.

La función ejecutiva se puede ver de forma plural, ya que es más bien un conjunto de funciones, donde se incluyen la volición, creatividad, iniciativa, planificación y organización, fluidez y flexibilidad, atención selectiva, concentración y memoria operativa.

Dicho autor, sostiene que resulta muy importante poder evaluar la función ejecutiva, ya que su deterioro podría llegar a traer consecuencias sobre los aspectos relevantes como son la

capacidad funcional, el cumplimiento de la medicación pautada, como así también la capacidad de dar un consentimiento informado. Una función ejecutiva correcta, es crucial para la independencia y la seguridad del adulto mayor.

Según Vayas Abascal (2012), los adultos mayores con deterioro en la función ejecutiva, no presentan necesariamente algún deterioro en la memoria u otras áreas cognitivas. Pero la disfunción ejecutiva por sí misma podría llegar a tener consecuencias sobre la voluntad, la planificación, el juicio, pudiendo ocasionar más alteraciones en la capacidad de la autonomía que en el deterioro de la memoria.

2.2.3. Esperanza

Desde la etimología del término, esperanza es un vocablo proveniente del latín “esperare” que significa justamente “esperar”. Según la Real Academia Española es el “estado del ánimo en el cual se nos presenta como alcanzable lo que deseamos” (Real Academia Española, 2017).

Snyder, Cheavens y Sympson (1994, citado en Snyder, 2017), formularon la Teoría de la Esperanza, donde plantean que existen determinadas acciones humanas con componentes cognitivos que son dirigidas hacia un objetivo.

Dichos objetivos pueden ser a corto o largo plazo, pero necesitan un valor o importancia suficiente para ocupar un pensamiento consciente, y, para alcanzarlos, las personas deben verse como capaces de generar caminos posibles para llegar a su meta, que es la realización de los mismos. Este proceso, que los autores llaman “pensamientos orientados a caminos”, supone que uno, como agente de cambio, perciba sus capacidades de generar rutas viables a sus objetivos deseados (1994, citado en Snyder, 2017).

El componente motivacional en la Teoría de la Esperanza es, de esta forma, el concepto de “agencia”. Dicha noción, supone entonces dos cosas: un individuo activo que se orienta a metas, por un lado, y que dicha persona pueda percibirse a sí misma como capaz de generar y utilizar caminos que le permitan concretar dichas metas (propuestas o deseadas), por otro. El

pensamiento de agencia se puede ver reflejado en los pensamientos autorreferenciales. Se ha visto que las personas con grandes esperanzas utilizan frases tales como "puedo hacer esto" y/o "no voy a ser detenido" (1994, citado en Snyder, 2017). De esta forma, se apunta al factor orientador a la actividad o el cambio para alcanzar metas y objetivos, como base para comprender o definir la esperanza como fenómeno humano.

Con una óptica diferente, orientada más a la trascendencia y el pesar, Pereyra (2010) concibe la esperanza como un proceso de aceptación de la pérdida, usualmente acompañado de lucha y dolor, que comprende la exposición y el enfrentamiento de la adversidad. Asimismo, tiene implicaciones de crecimiento, desarrollo y un sentido superior de afrontamiento.

Al mismo tiempo, la experiencia de la esperanza se define como un fenómeno cultural y se apoya en las creencias sociales que se adquieren en la institución familiar, como las conductas aprendidas con resultados favorables (Scioli et-al., citado en Stefani, 2013).

El desarrollo de la esperanza, además, se iniciaría en el proceso de socialización primaria, mediante las primeras conductas psicosociales del ser humano, que ocurre gracias a las relaciones tempranas del bebé con la figura materna. Según Erikson (citado en Stefani et. al. 2013), los sentimientos positivos resultan de un aprendizaje a confiar, teniendo en cuenta que su componente principal es la fe.

La literatura, considera así a la esperanza como un agente que acrecienta la resiliencia en la infancia, constituyendo de esta forma un factor protector. Esto es, una influencia que tiene como finalidad ayudar a los niños para que se puedan adaptar y también enfrentar con el mayor éxito posible los desafíos que les trae la vida, teniendo en cuenta el contexto de cada cultura, como así las etapas del desarrollo en la que se encuentren (Alvord et al., citado en Pereyra, 2010).

Pereyra (citado en Alcántara Quiroga, 2017), adicionalmente afirma que la esperanza siempre es trascendente, debido que va más allá de todo lo que está presente y de toda la realidad, ya que abre los horizontes al futuro, a la vida.

Así, podemos sintetizar que el concepto de "esperanza" supone no solo experiencias y aprendizajes que refuercen conductas, actitudes y orientaciones hacia la vida misma, sino también que una persona pueda percibirse o reconocerse a sí misma como un agente capaz de influir en el mundo y su vida, experimentando cierta sensación de control, acción o cambio

sobre determinados hechos, por medio de metas, objetivos o propósitos que motiven u orienten hacia modificaciones del mundo o la realidad que se está viviendo.

Las investigaciones han demostrado con una gran cantidad de evidencia empírica que la esperanza está profundamente relacionada con la esencia de la vida humana, el bienestar y la salud, especialmente en aquellos que sufren una enfermedad (Kylma, citado en Pereyra, 2010), con una estrecha correlación con la satisfacción de vida y la resiliencia (Mak, y Wong, citado en Pereyra, 2010) y la felicidad (Saricam, citado en Pereyra, 2010).

Para el hombre que está esperanzado, lo fundamental de la vida aún no ocurrió, lo espera, no baja los brazos en la lucha de la vida, él resiste y persiste en su esfuerzo de avanzar a pesar de ciertas adversidades que vayan surgiendo en el camino, tiene una constante firmeza de propósito.

La esperanza tiene una orientación prospectiva que moviliza las energías hacia el mañana donde éste se concibe como algo prometedor. La esperanza, así, tiene miras hacia adelante, y, por ende, no está sujeta al pasado.

Según Folkman (citado en Pereyra, 2010), los esperanzados también afrontan mejor las situaciones difíciles, elaboran mejor el duelo y están, en cierto modo, protegidos de las ideas suicidas.

Pereyra (2010) menciona una esperanza terrestre o inmanente, donde se proyecta una aspiración de futuro en cuanto la duración de la vida. De igual modo, sería propicio pensar más en una esperanza ilimitada, la llamada esperanza trascendente, que va más allá de la vida y de la muerte, que es superior a una esperanza limitada a la biografía o a la acción que el tiempo determina en nosotros.

Por otro lado, Gallagher (citado en Alcántara Quiroga, 2017) estudia la esperanza cristiana que define quienes son las personas; en dicha distinción sostiene una seguridad de la eternidad del más allá y presenta absoluta convicción en la certeza de Dios, como único, confiable y fiel. Para muchos adultos mayores, la religión y espiritualidad tiene una importancia fundamental en su vida. El autor, para hablar de esto, se afirma en Dios y dice que la esperanza está basada en Él, con la seguridad de una fuerza que proviene de Él mismo, que no podemos encontrar en alguna cosa ni esperar de ninguna persona.

Debemos considerar que una teoría de la esperanza cristiana presenta tres cuestiones principales, a saber: 1) La relación de la incertidumbre terrenal de la existencia humana y los designios de la Divinidad, que son la esperanza y predestinación. 2) Esperar, en cuanto acto, la realidad concreta del individuo humano, es decir, la antropología de la esperanza cristiana, y 3) El camino de la humanidad hacia el término de su esperanza, o sea, esperanza e historia (Gallagher, citado en Alcántara Quiroga, 2017).

Además de la dimensión espiritual, la esperanza se relaciona con otras esferas del ser humano, como son la emocional - afectiva y la cognoscitiva.

Stefani, Hermida, Tartaglini, Pereyra Girardi, Ofman, y Cófreces (2013), coinciden en que el concepto de esperanza hace referencia a la expectativa de lograr en un futuro una meta deseada. La esperanza es un fenómeno emocional del ser humano, y se la puede definir como una experiencia afectiva, con carácter positivo, en función del grado del deseo que activa tal sentimiento, donde el sujeto tiene un interés vital por lograr dicho objetivo.

Averill, Catlin y Chon (citado en Stefani et. al. 2013), determinan que la esperanza es una emoción, gracias a que presenta características similares a otras emociones, dado que es una experiencia universal del ser humano, afectando también el modo de pensar, de actuar y percibir, motivando la persistencia del buen comportamiento, a pesar de que se pueda estar atravesando una situación adversa.

Por otra parte, Snyder (citado en Stefani, 2013), plantea una concepción única de esperanza como un sistema cognoscitivo, basándose en dos procesos autoevaluativos que suceden de forma simultánea: 1) relativo a la capacidad de uno mismo o autodeterminación para ejecutar la meta deseada; 2) hace referencia a la aptitud para generar y planificar la ejecución de tales medios. Dicha perspectiva, así, sostiene principalmente que la persona con esperanza tiene la creencia del logro de las metas deseadas, a través de sus propios recursos.

2.2.4. Desesperanza

Previamente, se ha dicho que etimológicamente “esperanza” proviene del latín “esperare”, por lo que su significado es “esperar”. En el caso de la desesperanza, el prefijo “des” (de origen latín en “dis”), implica la negación o supresión de esa esperanza: sería, en definitiva, “no

esperar”. La RAE la define como la falta de esperanza o como aquel estado de ánimo en el que se ha desvanecido la esperanza (Real Academia Española, 2017).

Se puede decir, entonces, que la antítesis del concepto de esperanza es la desesperanza. La misma es síndrome de renuncia. Pereyra (2010), expresa que la desesperanza abarca un amplio espectro de manifestaciones humanas que van desde sentimientos de hastío, abandono, culpa, depresión, hasta las ideas fatalistas de ocultismo y la predestinación, pasando por el pesimismo, la desesperación y los impulsos suicidas.

Se trata de sentimientos de desamparo y renuncia, de impotencia y derrotismo, de imposibilidad de recibir ayuda, pérdida de confianza en las relaciones interpersonales, vivencia de ruptura en la continuidad biográfica, refugio y aferramiento al pasado con pérdida de los proyectos para el futuro. Marcel (citado en Pereyra, 2010), la define como la voluntad de desertión, es decir como una actitud de abandonarse y retirarse de la lucha, de renunciar a todo, de no querer saber más nada.

Asimismo, se ha articulado el concepto de desesperanza con numerosas variables. Una de ellas es la depresión, siendo la desesperanza su núcleo central y el indicador más fuerte con respecto a la ideación suicida e intentos de suicidio, adicciones, etc., dando cuenta del estado aciago en el que se encuentran las personas que padecen la misma, y lo riesgoso que puede llegar a ser permanecer con altos niveles de desesperanza durante un periodo medianamente prolongado.

También, la desesperanza está estrechamente vinculada con una mayor cantidad de síntomas psiquiátricos (Waynor, et al., citado en Pereyra, 2010) y favorece las enfermedades físicas y la mortalidad (Dunn, citado en Pereyra, 2010).

García Alandete, Gallego Pérez y Pérez Delgado (2009) estudiaron qué tipo de relación existe entre el sentido de la vida y la desesperanza. Los resultados de su investigación han demostrado que el logro de sentido se asocia a un nivel nulo o mínimo de desesperanza, y el vacío existencial se asocia a nivel moderado-alto de desesperanza. En otras palabras: a mayor nivel de desesperanza, menor logro de sentido.

Bailador, Viscardi y Dajas (1997) realizaron un estudio a los efectos de investigar qué relación existe entre la desesperanza, las conductas suicidas que le suceden y el uso de alcohol y drogas en jóvenes que asistían a los últimos años de instituto de enseñanza secundaria de

Montevideo. Los resultados arrojaron una asociación estadísticamente significativa entre depresión, desesperanza, ideación suicida, consumo de alcohol y uso de drogas.

Toro Tobar, Grajales Giraldo y Sarmiento López (2016) explican que la desesperanza como predictor del suicidio se ha estudiado desde diferentes posturas. Los investigadores han determinado que, durante la ideación suicida, la desesperanza se presenta con mayor intensidad, y esto a su vez hace que se mantenga dicha ideación, lo cual establece que este sentimiento es un factor importante en la conducta suicida. Los autores continúan diciendo que Escalas como el Inventario de Depresión y Desesperanza de Beck han demostrado precisión predictiva en los intentos suicidas.

Mojica, Sáenz y Rey Anacona (2009) llegaron a la conclusión de que, aquellos reclusos que presentan riesgo suicida, tienen mayores grados y niveles moderados y altos de desesperanza y depresión, existiendo una relación positiva entre el riesgo suicida y estas dos variables.

Los reportes de las investigaciones, pues, son abrumadores, y las evidencias inmutables, contundentes e irrefutables en la relación de la desesperanza con la depresión. Las evidencias indican que la desesperanza es el factor de mayor peso en el incremento de la tristeza o la disforia (Reff et al., citado en Pereyra, 2010) la producción de las depresiones (Drake et al., ibídem) y la melancolía (Adamson y Schmale, ibídem). La bibliografía especializada ha reconocido, hasta el hartazgo, que la desesperanza es uno de los factores de más peso en los suicidios (Casells et al., ibídem).

Sintetizando estas ideas derivadas de varios autores e investigadores, podemos afirmar que niveles altos de desesperanza no serían para nada deseables en la población, los cuales se correlacionan, a fin de cuentas, con sensaciones de angustia, disforia, ansiedad, desesperación o depresión, alterando así la dimensión anímica del ser humano y menguando sus potencialidades, tales como su capacidad de agencia o de resiliencia.

2.2.5. Dialéctica Esperanza - Desesperanza

El modelo de Esperanza-Desesperanza es considerado en cierto modo como un proceso dramático y dialéctico, con características multidimensionales y polifacéticas, que convoca a

la decisión de cada persona a elegir si quiere vivir en la Esperanza o en la Desesperanza (Pereyra, 2010).

Si se tuviera que enmarcar la esperanza y la desesperanza dentro del ámbito de la salud, evidentemente la primera sería compatible con aquello “saludable” o deseable, y la segunda (como se dijo en el apartado de desesperanza) con lo patológico, la enfermedad, lo malsano. Este hecho es también compartido por Pereyra (2010), quien asoció a la esperanza con la calidad de vida y el bienestar psicológico. Dice lo siguiente: “Otros estudios experimentales han descubierto que la esperanza o el optimismo reportaron menos síntomas físicos, y mejor bienestar psicológico o estado de salud” (Pereyra, 2010, p. 22).

A través de diversos estudios, este autor logró demostrar que la visión esperanzada o desesperanza que puede asumir una persona, grupo o comunidad, es facilitadora de los procesos de salud o enfermedad ya que influye de forma decisiva en la restauración, el mantenimiento y la promoción de la salud física y mental, por eso es considerada “tan necesaria como la comida y el agua” (Fitzgerald, citado en Pereyra, 2010, p.11) “tan necesaria como el aire para vivir” (Tiger, citado en Pereyra, 2010, p.11).

Moore (citado en Pereyra, 2010) determina que es la esperanza aquella variable que marca la diferencia tanto en la salud o en la enfermedad, afirmando también que es de suma importancia que todo agente de salud, tenga como objetivo fundamental de su práctica, inspirar y fomentar la esperanza de sus pacientes para incrementar el bienestar personal y social.

2.2.6. Esperanza/Desesperanza en adultos mayores

El sentimiento de esperanza es inherente a la naturaleza humana. Erikson manifiesta que la misma se encuentra presente desde los primeros años de vida. De hecho, en sus postulados de los estadios psicosociales expresa que una vez superado el primer estadio psicosocial -confianza básica versus desconfianza-, el niño ya adquiere el sentimiento de esperanza. De la resolución positiva de la antítesis de la confianza versus desconfianza, emergería la esperanza como sentido y significado para la continuidad de la vida. Esta fuerza de la esperanza, es, según Erikson, el fundamento ontogenético que nutre la niñez de una confianza interior de que la vida tiene sentido y que puede enfrentarla (Erikson, citado en Bordignon, 2005).

Sin embargo, cabe decir que en el adulto mayor los sentimientos de esperanza/desesperanza se encuentran atravesados por vivencias propias de su franja etaria, pues, como ya hemos señalado previamente, cambios de tipo cognitivo, social y biológico (como así también la cercanía del final de la vida), son algunos factores que influyen en la visión esperanzada o desesperanzada del adulto mayor (López, Echevarría y Galeano, 2017).

Según la teoría de Erikson (1963) el geronte atraviesa una crisis que se relaciona con la evaluación que hace la persona de su vida, en donde, por un lado, puede aceptar la manera como ha vivido, se muestra interesado por encontrar motivaciones logrando un sentido de integridad, y desarrollando lo que denomina el autor “sabiduría”, que le permite tener una mayor aceptación de su muerte.

En el caso contrario, el adulto mayor puede desarrollar la “Desesperanza” en donde no acepta la realidad inevitable de los cambios y la muerte, sintiendo que el tiempo y las oportunidades en su vida se han agotado, generando sentimientos de amargura y desesperación por el tiempo perdido, lo cual les dificulta sobrepasar los cambios propios de esta etapa de desarrollo (Barraza y Uranga, citado en Uribe Rodríguez, Valderrama Orbegozo y López, 2007).

“El adulto mayor enfrenta una serie de cambios, los cuales conllevan a una pérdida que, de no ser tramitada, puede devenir en depresión y en sentimientos de desesperanza” (López, Echevarría y Galeano, 2017, p. 37). Es una incógnita saber cuál será la reacción adoptada por los mayores ante tal desafío. “¿Está advertido el adulto mayor de esta transitoriedad del ciclo vital y del paso de los años? ¿Cuenta con valentía para sobreponerse a los cambios desde la evaluación, la aceptación y la inminente llegada de la muerte?” (López, Echevarría y Galeano, 2017, p. 37).

Según lo afirmado hasta el momento, podría parecer que al adulto mayor no le quedaría más remedio que aceptar pasivamente los cambios inherentes al paso de los años, hundiéndose en un inevitable sentimiento de desesperanza. Pero lo cierto es que buena salud corporal no es sinónimo de esperanza. En este sentido, Marcel expresa lo siguiente: “la experiencia sí parece fundar que la esperanza es capaz de subsistir a una destrucción casi total del organismo; así pues, si esperanza es vitalidad, es en un sentido muy difícil de determinar y que no coincide con aquel sentido que conferimos a esta palabra cuando hablamos de la vitalidad de un cuerpo que goza de buena salud” (citado en López et. al., 2007, p. 43).

Finalizando este apartado, dedicado a la esperanza y su antítesis (la desesperanza) en adultos mayores, se procede a continuación a explicar el siguiente concepto central de esta investigación, sumamente importante para entender y estudiar los procesos y factores previamente explicitados: la institucionalización en los adultos mayores.

2.2.7. Institucionalización en adultos mayores

La institucionalización en los adultos mayores es una realidad cada vez más frecuente. Ésta podría ser consecuencia directa de las crisis económicas, culturales y sociales que ha atravesado nuestro país a lo largo de la historia, a raíz de distintos factores mencionados anteriormente, hace que el ambiente familiar deje de ser contenedor. Ya que dichos miembros no pudieron cumplimentar el cuidado del adulto mayor por diversos motivos, es necesario buscar a otras personas que cumplan las funciones para su cuidado.

Para comenzar a hablar de la institucionalización, es necesario primeramente hacer una conceptualización del término Institución: “Son establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente, con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigida a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de su autonomía personal.” (IMSERSO, citado en Gómez Morales, 2014, p. 14).

Históricamente, la institucionalización puso su énfasis en el ingreso de las personas mayores con bajos y limitados recursos económicos, con familias que no tenían las condiciones para asumir su cuidado. Sin embargo, a medida que el tiempo fue transcurriendo, la institucionalización fue creciendo para personas que presentaban una condición económica más favorable, promoviendo la diferencia de clase en la vida cotidiana de dichos espacios para personas mayores.

Las instituciones tienen, por objetivo, responder a las necesidades de los residentes partiendo de una perspectiva biopsicosocial, con miras a la autonomía del individuo, retrasando la dependencia y el deterioro del mismo.

El deterioro gradual de las condiciones de salud - tanto física como mental - que acompaña al proceso de envejecimiento, la reducción resultante de los años esperados de vida activa y

sana, el cese completo de la participación en el mercado laboral, y la mayor dependencia de las transferencias de ingresos de diversas fuentes públicas y privadas, determinan, en su conjunto, que el crecimiento de la población de adultos mayores origine una mayor demanda de asistencia y servicios de salud.

Dado que los trastornos de salud característicos de la edad avanzada son más crónicos que agudos y más progresivos que regresivos, esta demanda acarrea también un aumento excesivo de los costos de la asistencia sanitaria (Albala et al., 2005).

Por otra parte, se ha demostrado la repercusión de la institucionalización en la autonomía de la persona mayor, y también la necesidad de la existencia de estos centros de atención residencial, pues constituyen una respuesta adecuada a los problemas de la persona de edad avanzada que viven solas, que no tienen soporte familiar, o que de forma deliberada deciden irse a un centro por preferir vivir en un entorno de esas características (Rojas Ocaña et. al., 2006).

Guevara-Peña (2016) determina que la institucionalización fue relacionada con la necesidad de protección social. Los mencionados asilos o espacios de misericordia (de esta forma se denominaban años atrás), fueron relacionados primeramente con el abandono y la indigencia, pero a su vez, tienen características de internado, ejerciendo así una fuerte ruptura entre la familia y el adulto mayor.

La autora hizo referencia a que dichos espacios han tenido ciertas modificaciones y transformaciones en sus características donde se pudo evidenciar cierta apertura a nuevas instituciones. Guevara-Peña (2016) destaca cuatro aspectos centrales: a) la opción de lucro; b) fuerte demanda en la necesidad de cupos y carencia de espacios; c) las mujeres, quienes ejercían el trabajo de cuidadoras, se fueron vinculando laboralmente a raíz de las transformaciones sociales y el cuidado pasó a ser de un ámbito laboral formal; d) disminuyó el estereotipo negativo frente a las personas mayores, impulsando así a nuevas institucionalizaciones.

En cuanto al proceso de adaptación de los adultos mayores a una institución, puede ser considerado por algunas de estas personas como dificultoso, teniendo en cuenta que existen imaginarios y percepciones que se tienen sobre estos espacios, suelen tener connotaciones

negativas, y a esto se le sumaría el fuerte cambio que implica el aislamiento de la familia, o de la misma rutina y cotidianeidad.

Se podría inferir que la institucionalización genera un desarraigo, cierta ruptura en las relaciones sociales con el mundo exterior, debido que dichas personas abandonan sus actividades diarias tales como cocinar, salir con amigos, el aseo de su hogar en general, entre otros, que les son negados en la mayoría de espacios de este tipo, bajo la salvedad de riesgos a los que podrían exponerse, ocasionando así algún tipo de incidente.

Las razones que motivan a la institucionalización pueden ser varias: escasa posibilidad a nivel laboral para personas mayores, pérdida y/o ausencia de familiares, o pocos recursos económicos por parte de ellos, como así también problemas de salud u otros desencadenantes.

En cuanto a la importancia del factor social en la tercera edad, Castro, Brizuela, Gómez y Cabrera (2010) postulan que, no sólo incide, sino que parece ser básico para el desarrollo personal y afectivo, tanto en la salud física como mental, ya que las actividades sociales que se realizan fuera del entorno familiar son de gran importancia para la persona, en este caso, el adulto mayor, facilitando así su socialización. Por tal motivo, es vital que este grupo de personas encuentre su espacio de integración donde puedan participar activamente.

El tiempo libre puede cubrirse con actividades de ocio, de distracción tanto físicas, psíquicas o sociales, como lo son la participación en los talleres de baile, teatro, pintura, entre otros, y en determinadas residencias, asilos, centros de día, hogares, etc., suelen brindar a los adultos mayores determinados espacios recreativos para fomentar la creatividad en ellos y brindarles una mejor calidad de vida.

Goffman (citado en Castro et al., 2010) referencia a los asilos, residencias u hogares, etc., instituciones totales como un “lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en un encierro una rutina diaria, administrada formalmente”.

Goffman (ibidem), realiza una caracterización de las instituciones Totales:

- Las dimensiones de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo una autoridad.
- Las actividades cotidianas de cada miembro se llevan a cabo en compañía inmediata de un gran número de otros miembros, los que reciben el mismo trato y de los que se requieren que hagan juntos las mismas cosas.
- Las actividades cotidianas están estrictamente programadas y guiadas, mediante una determinada secuencia con un sistema de normas formales explícitas.
- Dichas actividades están deliberadamente creadas para lograr objetivos propios de la institución.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación adoptó un enfoque de tipo cuantitativo, puesto que se buscó trabajar informaciones en base a análisis estadístico y la medición numérica. Además, si bien dicho trabajo presentó un documento adicional ad-hoc elaborado por los investigadores, no se profundizó propiamente en los datos obtenidos, estudiados y reflejados – más que nada– como un complemento para la información cuantitativa, a la cual se le dio un fuerte énfasis a lo largo de la investigación. En otras palabras: los resultados obtenidos de naturaleza cualitativa son escasos, en comparación a los datos obtenidos por el instrumento principal seleccionado.

Según sus objetivos, la investigación presentó una propuesta descriptiva y comparativa, porque se buscó tanto puntualizar las características de la muestra estudiada, como contrastar el nivel de Esperanza Global (G) respectivamente, tanto en adultos mayores institucionalizados como no institucionalizados.

Según el tipo de fuente, la investigación se trató de un estudio de campo, puesto que se obtuvo la información necesaria mediante la administración de la escala de Esperanza - Desesperanza a los sujetos que se encuentran atravesando el proceso de envejecimiento.

De acuerdo a la temporalidad, se clasificó como un estudio de corte transversal, ya que las mediciones se hicieron en un momento único y determinado.

3.2. Muestra

Se utilizó un muestreo no probabilístico, de tipo intencional. La muestra estuvo compuesta por 60 adultos mayores de entre 65 y 90 años de la ciudad de Paraná. El promedio de edad fue de 72,62 años (DE=7,369) (Ver Tabla 1). Del total de la muestra, el 50% de adultos mayores se encontraban institucionalizados y el 50% restante, por el contrario, no se hallaban dentro de una institución. Un dato no menor, es que el promedio de edad de los adultos mayores institucionalizados fue de 80 años, y el promedio de edad de los no institucionalizados fue de 69 años (Ver Gráfico 1). En cuanto al sexo, hubo un 82% de mujeres (49 individuos) y un 18% de hombres (11 individuos) (Ver figura 2).

Tabla 1.

Media, desvío estándar, mínimo y máximo de la edad de la muestra completa.

N	Válido	90
	Perdidos	0
Media		72.62
Desviación estándar		7,369
Mínimo		65

Máximo	90
--------	----

Promedio de edad de acuerdo a la situación

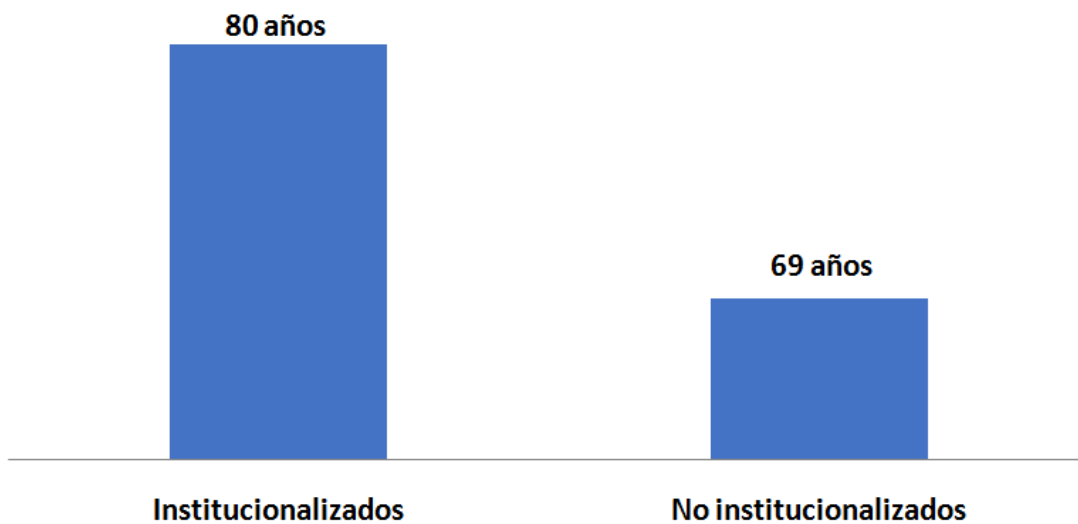


Figura 1.

Distribución de la muestra según situación.



Figura 2.

Distribución de la muestra según sexo.

Se consideró el siguiente criterio de exclusión: no se tuvo en cuenta para la administración adultos mayores con algún deterioro cognitivo significativo, hallado así por neurólogos y/o psicólogos, tanto particulares como pertenecientes a dichas instituciones. Debe haber, pues una ausencia de un diagnóstico de dicha naturaleza. Para llegar a dicho criterio de exclusión - para la mitad de la muestra que pertenecía a adultos mayores institucionalizados - se habló directamente con el directivo a cargo de cada institución, con la finalidad de hallar, en los legajos de cada persona, el aval pertinente de algún profesional de la salud, donde consta que había ausencia de deterioro cognitivo significativo. Con el 50% restante, que pertenecía a los adultos mayores no institucionalizados, se llegó de acuerdo a un conocimiento previo de la persona.

3.3. Técnicas de recolección de datos

La técnica de recolección de datos que se utilizó fue el Test de Esperanza Desesperanza Revisado (TED-R) de Pereyra (2010), el mismo cuenta con propiedades psicométricas aceptables. La escala consta de 16 ítems con respuesta Likert de 5 posiciones. Los enunciados están estructurados en tres escalas, que evalúan respectivamente los sentimientos de Esperanza en forma Global (TED-G) y los de Esperanza (TED-E) y Desesperanza (TED-D), en forma particular. El puntaje del sujeto en cada escala se obtiene sumando, a través de todos los ítems, los valores asignados de acuerdo a la respuesta dada a cada enunciado (0- nunca, 1- muy pocas veces, 2- a veces sí, a veces no, 3- muchas veces y 4- siempre).

Para arribar al resultado de la Esperanza (TED-E) se tuvieron en cuenta los ítems impares (1, 3, 5, 7, etc.). Para obtener el resultado de la Desesperanza (TED-D) se han tenido en cuenta los ítems pares (2, 4, 6, 8, etc.). Pero el resultado que interesa a los fines de esta investigación es la Esperanza Global (TED-G). El resultado de la misma se obtiene analizando la totalidad del test, es decir, los 16 ítems (1, 2, 3, 4, etc.).

Para esclarecer la forma de evaluar del test se tomará como ejemplo el ítem 1 y 2: en el ítem N° 1 se debe responder a la oración “la adversidad y los problemas en vez de aplastarme me estimulan a luchar”. Si el evaluado responde “muchas veces”, el puntaje de la Esperanza (E) será de 3 puntos, el puntaje de la Esperanza Global (G) también será de 3 puntos. El puntaje de ambos será el mismo puesto que tanto la Esperanza como la Esperanza Global hacen referencia, a fin de cuentas, a la variable de Esperanza. Estos puntajes no se contradicen.

Ahora bien, en el ítem N° 2 se debe responder a la oración “yo creo que la gente es tan falsa que no se puede confiar en nadie”. En este ítem se obtiene un puntaje de Desesperanza (porque es par) y de Esperanza Global. Pero la forma de proceder es diferente a la realizada en los impares. Si el evaluado respondió “Siempre” el puntaje de Desesperanza (D) será de 4, y el puntaje de Esperanza Global (G) se invertirá y será de 0. Si tomando la misma oración el sujeto respondió “Muchas veces” el puntaje de Desesperanza (D) será de 3, y el de la Esperanza Global (G) será de 1.

Para ejemplificar este ítem por tercera vez, se puede suponer que el sujeto respondió “Muy pocas veces” a la oración “yo creo que la gente es tan falsa que no se puede confiar en nadie”. El puntaje de Desesperanza será bajo, un puntaje de 1. Por lo tanto, si tiene baja Desesperanza, tendrá una alta Esperanza. Por lo tanto, el puntaje de Esperanza Global (G) será de 3.

Los baremos correspondientes a la Escala Global de Esperanza son los siguientes:

Tabla 2.

Baremos del TED-R, Escala Esperanza Global.

ESCALA G			
CATEGORIAS	PUNTAJES	DIAGNÓSTICOS	
I	P ₀ al P ₅	24 a 36	Desesperanza Grave
II	P ₆ al P ₂₅	37 a 46	Desesperanzado
III	P ₂₆ al P ₄₀	47 a 50	Medio bajo
	P ₄₁ al P ₆₀	51 a 54	Nivel Medio
	P ₆₁ al P ₇₅	55 a 56	Medio Alto
IV	P ₇₆ al P ₉₅	57 a 60	Esperanzado
V	P ₉₆ al P ₁₀₀	61 a 64	Esperanza óptima

El TED-R no necesita ningún tipo de adaptación, debido a que dicha escala fue construida en nuestro país.

En el año 2011, se llevó a cabo la validación del Test de Esperanza - Desesperanza Revisado por Tiare Méndez. Según la autora, la escala en cuestión posee una adecuada confiabilidad, puesto que según el alfa de Cronbach el puntaje obtenido fue de .747 (Tiare Méndez, 2011).

Como instrumento adicional, se diseñó por los investigadores un cuestionario ad hoc, el cual indagó de forma concreta cuáles serían - para el entrevistado - aquellas posibles influencias en su nivel o calidad de esperanza, como lo son, por ejemplo, el bienestar en varios aspectos de su vida, actividades recreacionales que fomentarían la esperanza en ellos, entre otros.

3.4. Procedimientos de Recolección de Datos

Para la obtención de los datos, se tuvieron en cuenta dos tipos de procedimientos: uno para aquellos adultos mayores que se encontraban institucionalizados, y una manera de proceder diferente para aquellos que no lo estuvieran.

Para la obtención de los datos de los adultos mayores institucionalizados, primero se contactó telefónicamente a las personas encargadas de las Instituciones Residenciales y Centros de día. Posteriormente se concurrió a las mismas para tener un primer encuentro y así acordar días y horarios convenientes para realizar las tomas, para no interferir con las actividades ya propuestas a las personas que se encuentran residiendo. Se aclaró que la administración de la prueba es de corta duración. Previamente a la recolección de datos, se solicitó el consentimiento escrito de las personas que conformaron la muestra de forma voluntaria. Se explicó que era con total confidencialidad, por la cual la integridad de los evaluados no se vio afectada.

Para la obtención de los datos de los adultos mayores que no se encontraron institucionalizados, se los contactó directamente. Se aclaró que la administración de la prueba sólo demandaría unos pocos minutos, fueron tomados especiales recaudos para garantizar el anonimato y la voluntariedad, comunicando asimismo que la recolección de los datos sería utilizada con fines puramente investigativos.

La administración de la escala y el cuestionario ad hoc fue diferente tratándose de los adultos mayores institucionalizados y aquellos que no. En los no institucionalizados, el tiempo fue de 30 minutos aproximadamente, y en los institucionalizados fue de un promedio de 45 minutos. La diferencia entre ambos radicaría en que aquellos que residían en las instituciones presentaban mayores deseos de entablar una conversación con el evaluador, que aquellos que vivían en sus hogares. Además, la escala administrada mencionaba temas que serían de interés para los evaluados, un factor que también influiría en la prolongación en el tiempo.

3.5. Procedimientos de Análisis de Datos

El procedimiento y análisis estadístico de los datos obtenidos, se realizó utilizando el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 22.0.0, estableciendo un nivel de significación estadística inferior a .05.

En un principio, se analizaron los resultados recabados de la escala empleada a los adultos mayores institucionalizados, realizándose una comparación estadística con aquellos obtenidos en las escalas aplicadas a los adultos mayores no institucionalizados, con el propósito determinar si existen diferencias en el nivel de esperanza en ambos grupos.

En cuanto a los datos obtenidos a través del cuestionario ad hoc, se expresaron en gráficos de torta aquellos elementos que fueron recurrentes en el discurso de ambos grupos a comparar, pregunta por pregunta, en forma de porcentajes. Se hizo, así, una exposición y comparación tanto inter como intragrupal: aquello hallado en los adultos mayores institucionalizados, por un lado, como aquello hallado en los no institucionalizados por el otro, contrastando de esta forma las respuestas halladas entre ambos grupos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

La organización del presente apartado es la siguiente: primero se describirán los resultados obtenidos del total de la población investigada. Posteriormente se hará una comparación de acuerdo a la situación en la que se encontraban al momento de la prueba, es decir, si estaban institucionalizados o no. Por último, y a fin de enriquecer este último punto, se añadirán los resultados obtenidos del cuestionario adicional, el cual tuvo por objeto ampliar la información obtenida en el TED-R.

4.1. Esperanza en adultos mayores

El **primer objetivo** de la presente investigación fue describir el nivel de esperanza en adultos mayores de entre 65 y 90 años, de la ciudad de Paraná. Para ello la investigación se centró en la Esperanza Global (Factor G), la cual se obtiene analizando la totalidad del test, es decir, los 16 ítems, que incluyen tanto Esperanza (Factor E) como Desesperanza (Factor D). Por ende, cuando se hable de “esperanza” en este capítulo, se hará referencia justamente a la Esperanza Global (Factor G).

Tomando en cuenta la totalidad de la población (N= 60) se obtuvo una media de 48,67 de esperanza, con un desvío estándar de 7.15. El puntaje mínimo fue de 25 y el máximo fue de 60 (Ver Tabla 3).

Tabla 3.

Puntaje observado mínimo, máximo, media y desvío típico de esperanza en la muestra completa.

N	Mínimo	Máximo	Media	Desvío típico
---	--------	--------	-------	---------------

Esperanza	60	25	60	48,67	7,151
-----------	----	----	----	-------	-------

A continuación, se verán expuestos los datos obtenidos a partir de la prueba administrada:

Tabla 4.

Tabla de Frecuencia de la Escala de Esperanza Global.

ESCALA G

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado	
Válido	25	1	1,7	1,7	Desesperanza Grave
	31	1	1,7	1,7	
	35	1	1,7	1,7	
	37	1	1,7	1,7	Desesperanzado
	38	2	3,3	3,3	
	40	2	3,3	3,3	
	41	1	1,7	1,7	
	42	2	3,3	3,3	
	43	2	3,3	3,3	
	44	3	5,0	5,0	

45	1	1,7	1,7	
46	3	5,0	5,0	
47	2	3,3	3,3	Medio Bajo
48	3	5,0	5,0	
49	2	3,3	3,3	
50	4	6,7	6,7	
51	6	10,0	10,0	Nivel Medio
52	3	5,0	5,0	
53	3	5,0	5,0	
54	6	10,0	10,0	
55	2	3,3	3,3	Medio Alto
56	2	3,3	3,3	
57	3	5,0	5,0	Esperanzado
58	1	1,7	1,7	
59	2	3,3	3,3	
60	1	1,7	1,7	
Total	60	100	100	

Cotejando los datos expuestos anteriormente con el baremo del test (Ver Tabla 4) se puede decir que:

- Un 5% (n=3) presentó un diagnóstico de “Desesperanza Grave”.

- Un 28,3% (n=17) presentó un diagnóstico de “Desesperanzado”.
- Un 18,3% (n=11) presentó un diagnóstico de “Medio Bajo”.
- Un 30% (n=18) presentó un diagnóstico de “Nivel Medio”.
- Un 6.7% (n=4) presentó un diagnóstico de “Medio Alto”
- Un 11,7% (n=7) presentó un diagnóstico de “Esperanzado”.

Estos datos pueden verse reflejados claramente en la siguiente figura:

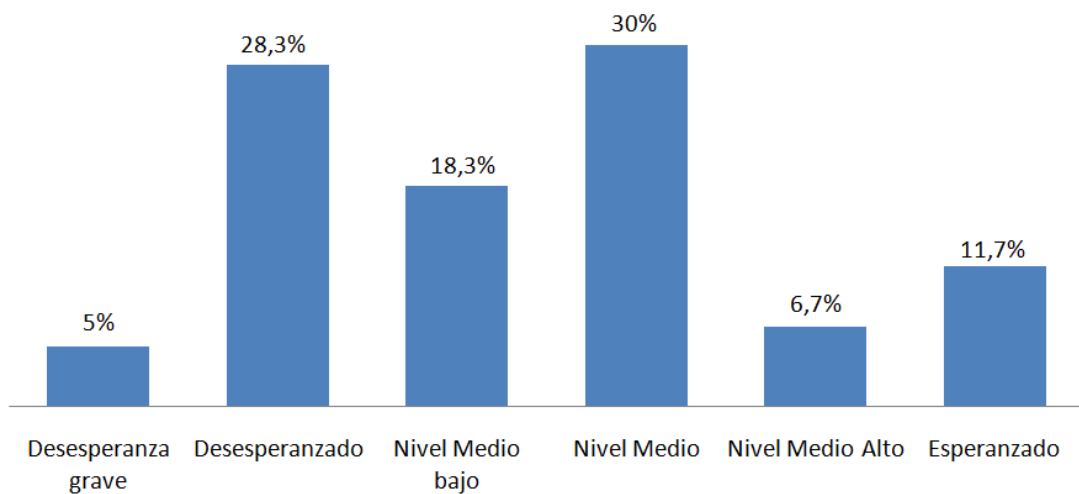


Figura 3.

Tabla de Frecuencia de la Escala de Esperanza Global.

4.2. Comparación entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados

El **segundo objetivo** de esta investigación consistió en comparar el nivel de esperanza de los adultos mayores, de acuerdo a si se encontraban institucionalizados o no institucionalizados. Ante esto, se realizó un análisis cuantitativo a través de la Prueba T, y luego se hizo un recuento de las respuestas obtenidas por las personas entrevistadas, por medio de categorías realizadas por los investigadores ilustradas en porcentajes.

Tabla 5.

Tabla cruzada de frecuencia del baremo de esperanza según el grupo de pertenencia: institucionalizado o no institucionalizado.

		Situación del adulto mayor		
		Institucionalizado	No institucionalizado	Total
Baremos de Esperanza Global	Desesperanza Grave	3	0	3
	Desesperanzado	11	6	17
	Límites normales	14	19	33
	Esperanzado	2	5	7
Total		30	30	60

En la presente tabla se establece una comparación entre ambas poblaciones, tomando en cuenta la cantidad de individuos que han obtenido un “diagnóstico” de acuerdo a los baremos de “Esperanza Global”.

- Se puede observar que 3 personas en situación de institucionalización han sido calificadas con “Desesperanza grave”, mientras que ningún adulto mayor no institucionalizado arribó a tales valores.
- 11 adultos mayores institucionalizados se encuentran dentro del rango de aquellos diagnosticados como “Desesperanzados”, en contraposición a 6 no institucionalizados.
- 19 adultos mayores no institucionalizados se encuentran dentro de los “límites normales” de Esperanza, siendo 14 los institucionalizados.
- Por último, la población diagnosticada como “Esperanzada” es mayor en los adultos mayores no institucionalizados con 5 individuos, y solo 2 en aquellos institucionalizados.

Dichos puntajes se pueden ver reflejados en el siguiente gráfico:

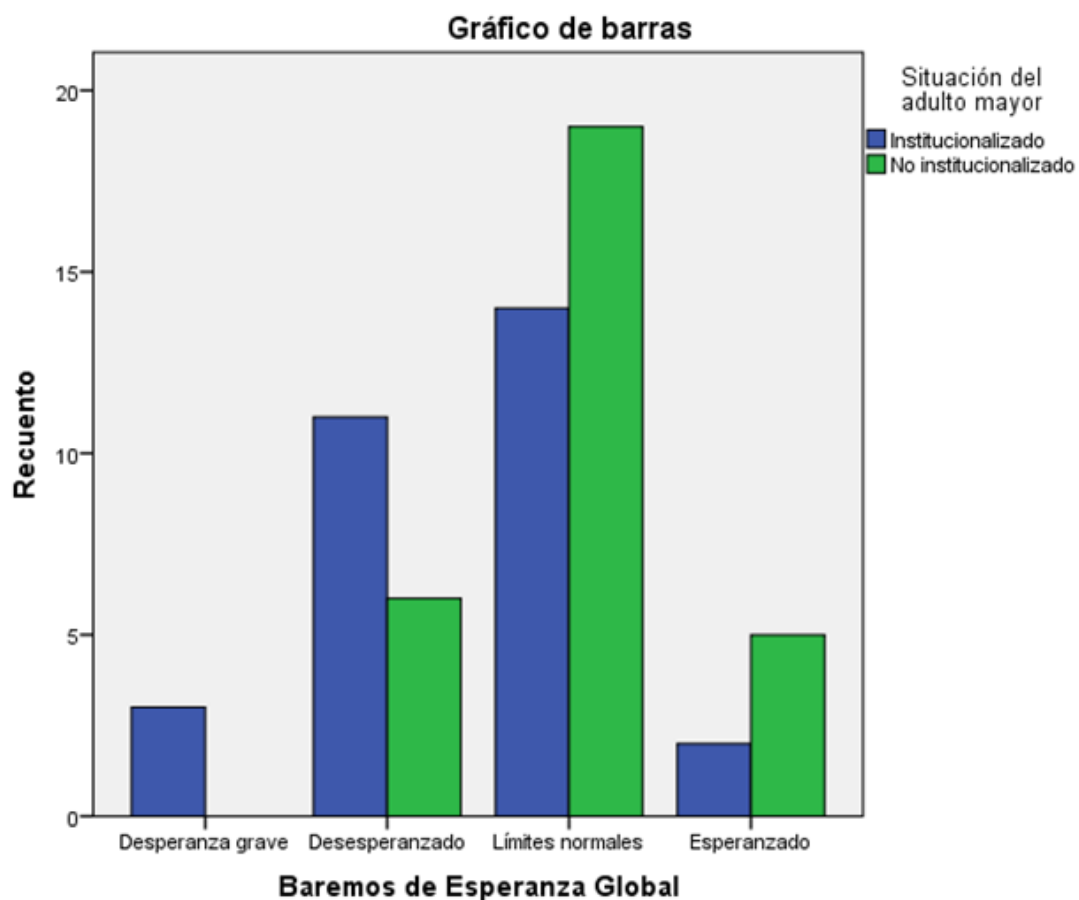


Figura 4.

Gráfico de barras agrupadas del baremo de esperanza según el grupo de pertenencia: institucionalizado o no institucionalizado.

Tabla 6.

Comparación de los valores medios y desvíos estándares de la esperanza de los sujetos correspondientes al grupo institucionalizado y no institucionalizado.

Variable	Grupo institucionalizado (N=30)		Grupo no institucionalizado (N=30)		Valores estadísticos	
	Media	Desvío típico	Media	Desvío típico	<i>t</i>	<i>p</i>
Esperanza	46	7.688	50	6	2,15	0,35*

(*) la diferencia es estadísticamente significativa al valor $p=0,05$

La diferencia es estadísticamente significativa al valor de la muestra en la Esperanza Global, siendo el nivel de esperanza mayor en los no institucionalizados (50,6), que en los institucionalizados (46,7). En otras palabras: ambos grupos de personas arrojaron resultados diferentes en lo que respecta a la variable estudiada (Esperanza Global).

Para ampliar este segundo objetivo, se administró un cuestionario adicional. El mismo cuenta con una serie de preguntas semi-estructuradas. A continuación, se detallarán los datos obtenidos.

Las preguntas número uno, tres y cuatro, responden a la dicotomía sí o no; con respecto a la pregunta número dos, a partir de las respuestas suministradas por los adultos mayores, tanto institucionalizados, como los que residían en su domicilio, se han podido descubrir categorías bien diferenciadas.

A continuación, se presentarán de forma gráfica los resultados obtenidos en el cuestionario ad-hoc:

Pregunta n° 1: ¿Considera usted que su bienestar (físico, emocional, psicológico social), hace la diferencia o influencia en la esperanza que posee en su vida?

Se pudo evidenciar en las respuestas de los adultos mayores institucionalizados que el 97% (n=29) de los adultos mayores institucionalizados respondieron que sí influye, mientras que el 3% (n=1) respondió que no influye.

En relación a las respuestas de los adultos mayores no institucionalizados, se pudo evidenciar que, el 80% (n=24) de los adultos mayores no institucionalizados respondieron que sí influye, mientras que el 20% (n=6) respondió que no influye (Ver figura 5).

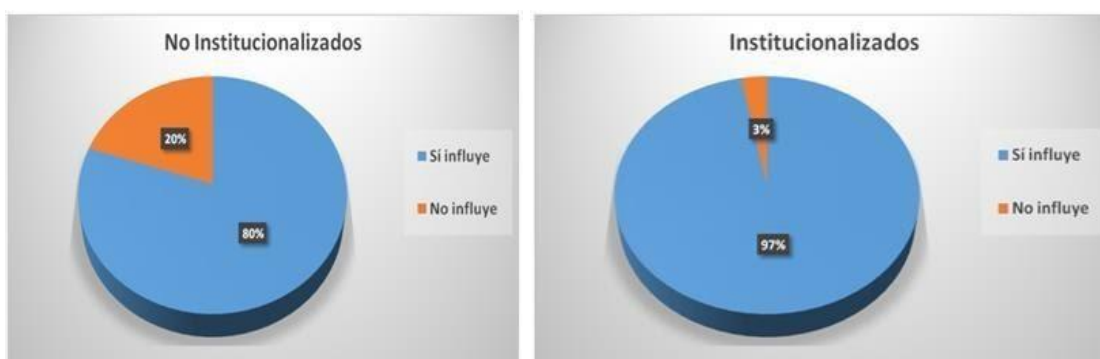


Figura 5.

Influencia del bienestar físico, emocional, psicológico, social en la esperanza.

Pregunta n° 2: ¿Qué actividades o actitudes concretas, considera usted, que podrían generarle un sentimiento o sensación de esperanza?

Se diferenciaron varias categorías, tales como la recreativa y manual, la social, la espiritual, la física o de salud y, por último, la intelectual.

En referencia a los adultos mayores institucionalizados, en la categoría recreativa y manual, se evidenció un 49%, en la categoría social se pudo observar que se trató de un 20%, en la categoría espiritual fue de un 3%, en cuanto a la física y de salud fue de un 11% y, por último, la categoría intelectual presentó un 17%.

Teniendo en cuenta las respuestas proporcionadas por los adultos mayores no institucionalizados en la categoría recreativa y manual, se evidenció un 10%, en la categoría social se pudo observar que se trató de un 32%, en la categoría espiritual fue de un 23%, en

cuanto a la categoría física y de salud fue de un 25% y, por último, la categoría intelectual presentó un 10%. (Ver figura 6).

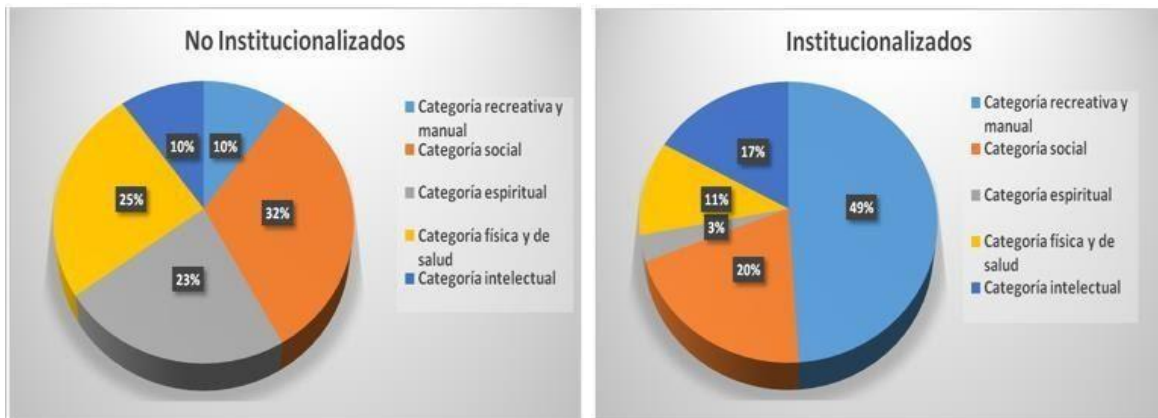


Figura 6.

Actividades o actitudes concretas generadoras de esperanza.

Pregunta n°3: ¿Hay aspectos de su vida que desearía o consideraría modificar para sentirse más esperanzado? De ser así: ¿Cuáles serían?

En relación a si hay aspectos de la vida que desearían modificar para sentirse más esperanzados, hubo paridad en las respuestas de los adultos mayores institucionalizados, siendo que el 50% (n=15) afirmó que sí desearía cambiar y el otro 50% (n=15) por el contrario, respondió que no desearía cambiar nada.

En las respuestas de los adultos mayores no institucionalizados se pudo evidenciar que, siendo que el 37% (n=11) afirmó que sí desearía cambiar y el otro 63% (n=19) por el contrario, respondió que no desearía cambiar nada. (Ver figura 7).

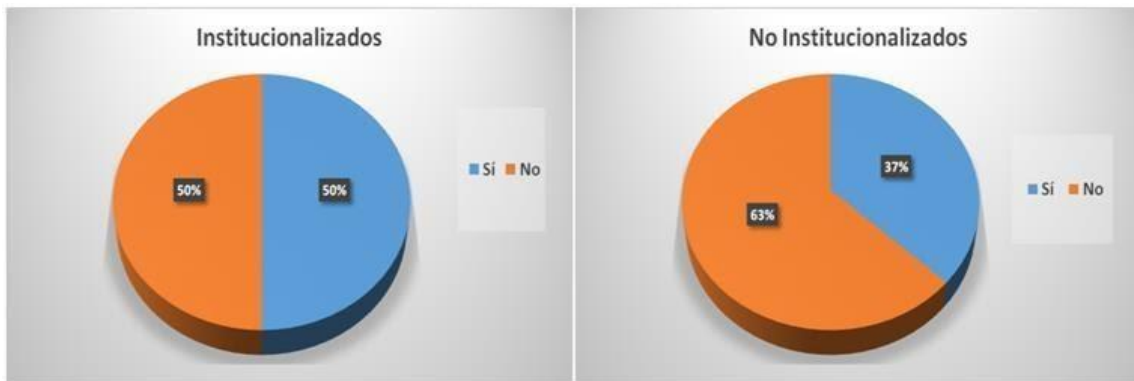


Figura 7.

Presencia o ausencia del deseo de modificar aspectos de la vida cotidiana.

Pregunta n° 4: ¿Tiene alguna opinión o valoración en particular sobre las vivencias que han acontecido a lo largo de su vida?

Los adultos mayores institucionalizados respondieron en paridad, siendo que un 50% (n=15) respondió que sí, tiene opinión y valoración, mientras que el 50% (n=15) restante, por el contrario, respondió que no tiene una valoración u opinión respecto a lo acontecido a lo largo de su vida.

Se pudo evidenciar que, en las respuestas de los adultos mayores no institucionalizados, un 83% (n=25) respondió que sí, tiene opinión y valoración, mientras que el 17% (n=5) restante, por el contrario, respondió que no tiene una valoración u opinión respecto a lo acontecido a lo largo de su vida. (Ver figura 8).

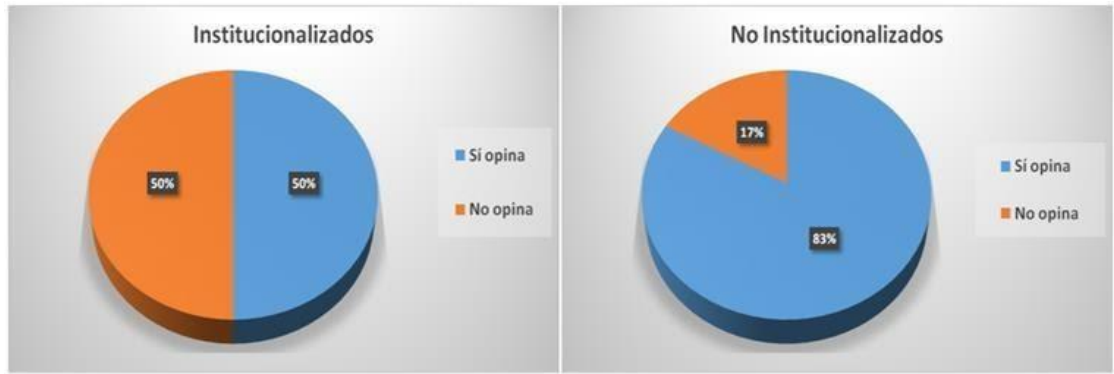


Figura 8.

Opiniones y valoraciones sobre las experiencias personales.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, LIMITACIONES

5.1. Discusión

El propósito general de la presente investigación residió en comparar el nivel de Esperanza en adultos mayores de entre 65 y 90 años, según su situación de institucionalizados y no institucionalizados.

De acuerdo al primer objetivo, el propósito fue describir el nivel de Esperanza en adultos mayores de entre 65 y 90 años de la ciudad de Paraná, donde podemos caracterizar a la esperanza como una emoción, gracias a que presenta características similares a otras emociones, dado que es una experiencia universal del ser humano, afectando también el modo de pensar, de actuar y percibir, motivando la persistencia del buen comportamiento, a pesar de que se pueda estar atravesando una situación adversa (Averill, Catlin y Chon, citado en Stefani et. al. 2013); sin embargo, cabe señalar que en el adulto mayor los sentimientos de esperanza/desesperanza se encuentran atravesados por vivencias propias de su franja etaria, como cambios de tipo cognitivo, social y biológico (teniendo en cuenta que un factor importante es la cercanía a la muerte), etc.; son algunos de los factores que influyen en la visión esperanzada o desesperanzada del adulto mayor (López, Echevarría y Galeano, 2017).

Como resultado, se pudo evidenciar que la población estudiada obtuvo un diagnóstico de un Nivel Medio Bajo de Esperanza, por tal motivo se podría llegar a inferir que los aspectos antes mencionados llevarían a obtener tal resultado de dicha investigación.

El segundo objetivo consistió en establecer una comparación del nivel de esperanza de los adultos mayores de acuerdo a la situación en la que se encontraban: institucionalizados o no institucionalizados.

Ya se ha visto que las dichas instituciones tienen el propósito de alojar temporal o permanentemente a los adultos mayores, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y promover su autonomía personal (IMSERSO, citado en Gómez Morales, 2014).

De todas formas se ha observado en esta investigación que los adultos mayores no institucionalizados han obtenido un mayor nivel de esperanza que en aquellos que sí lo están, confirmando de esta manera la hipótesis planteada al comienzo de esta investigación, la cual consideraba que el nivel de Esperanza Global es superior en los adultos mayores de entre los

65 y 90 años no institucionalizados, que en aquellos que sí lo están; esto puede deberse a que la institucionalización puede ser un proceso dificultoso para muchos sujetos, en tanto los imaginarios y percepciones que sobre los espacios se tienen, suele ser negativo (Guevara Peña, 2016).

Respecto a las investigaciones anteriores que indagan acerca de la esperanza en adultos mayores, es necesario destacar que se ha encontrado una escasez de antecedentes que establecieron una comparación entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Pero sí es el caso de Fernández (citado en Pereyra, 2017); el mismo realizó un estudio comparativo entre los ancianos institucionalizados y no institucionalizados y también llegó a la conclusión de que los primeros tienen una percepción significativamente inferior de su esperanza y calidad de vida, comparada con los ancianos no institucionalizados. Es interesante observar en el estudio de Fernández la inclusión de la calidad de vida en conjunto con la variable de esperanza.

Siguiendo en esta línea, es evidente la fuerte correlación entre esperanza y su influencia en el bienestar y calidad de vida en las personas. Molina Sena, Meléndez Moral y Navarro Pardo (2008), han observado si existen diferencias en la calidad de vida y el bienestar entre los adultos mayores institucionalizados y los no institucionalizados. Y uno de los resultados a los que arribaron fue que en lo que respecta a los factores propios del bienestar subjetivo mostraron diferencias, siendo inferiores las puntuaciones de los ancianos institucionalizados.

Como se ha visto para el segundo objetivo de la presente investigación, se utilizó un cuestionario adicional ad-hoc, el cual amplió determinada información obtenida por medio del instrumento principal (TED-R), a saber:

En la pregunta N° 2: “¿Qué actividades o actitudes concretas, considera usted, que podrían generarle un sentimiento o sensación de esperanza?” se ha visto que casi la mitad (49%) del tipo de respuestas de los institucionalizados han hecho referencia a la categoría recreativa y manual, mientras que los no institucionalizados solo un 10%. Esto podría deberse a que las instituciones en general ya tienen dentro de su rutina una planificación semanal que incluye actividades de este tipo, y los inquilinos se hallan sujetos a las normas de la misma. En cambio, en los no institucionalizados dependen de ellos mismos la realización de actividades

recreativas, no hay un organismo al cual se encuentren sujetos y que les imponga la realización de estas actividades.

Lo mismo puede haber sucedido con la categoría de tipo intelectual: un 17% de los institucionalizados ha hecho referencia a respuestas de este tipo, y en el caso de los no institucionalizados solo un 10%. Justamente, podría deberse también a que la agenda institucional incluya actividades que ejerciten la actividad intelectual de los residentes.

Casi un tercio (32%) del total del tipo de respuestas de los no institucionalizados, corresponden a una categoría de tipo social, mientras que los institucionalizados se refirieron sólo un 20% a respuestas de este tipo. De acuerdo a lo observado en el trabajo de campo, esto podría deberse a que los ancianos que residían en sus propios hogares contaban con la posibilidad concreta de realizar actividades fuera del hogar, siendo un impedimento de ello la institucionalización en los sujetos.

Un cuarto (25%) del total de respuestas de los no institucionalizados se refería a la categoría de tipo física y de salud. Y los institucionalizados solo se refirieron a ella en un 11%, es decir, menos de la mitad que los que residían en sus hogares. Un dato importante a tener en cuenta en este punto es que el hecho de que los adultos mayores que se encontraban residiendo en sus hogares tenían mayores posibilidades de realizar actividades físicas. Entre otros factores, puede deberse a que en general se trate de una población más joven. No hay que olvidarse que el promedio de edad de los no institucionalizados era de 69 años, y en los institucionalizados fue de 80 años.

Sí ha llamado la atención, el hecho de que un 23% de las respuestas de los no institucionalizados correspondan a la categoría de tipo espiritual, siendo sólo un 3% en los institucionalizados. Sorprende esta cuestión puesto que - al ser la totalidad de la población de las instituciones de religión católica-, algunas instituciones contaban con una capilla dentro, y con la visita frecuente de sacerdotes y fieles que asistían para cantar y hablarles del Señor. Uno podría imaginar que este hecho podría producir un acercamiento a la práctica religiosa. De todas formas, la práctica religiosa es, a fin de cuentas, un camino personal. Y además la espiritualidad no se reduce a la religión, sino que la trasciende.

En la Pregunta N° 3: “¿Hay aspectos de su vida que desearía o consideraría modificar para sentirse más esperanzado? De ser así: ¿cuáles serían?”, la mitad de los adultos mayores institucionalizados no estaban conformes con alguna cuestión en particular y deseaban modificar aspectos de su vida. En cambio, en aquellos que vivían en sus propios hogares, casi dos tercios de la población se hallaba conforme con su vida actual y no deseaba cambiar aspectos de su vida: simplemente deseaban que su vida siga como hasta ese momento. Es muy probable que la institucionalización fuera un factor que marque la diferencia en esta autosatisfacción de los adultos mayores.

5.2. Conclusiones

El propósito de esta investigación fue poder medir el nivel de esperanza en adultos mayores de entre 65 y 90 años de la ciudad de Paraná, como así también identificar si ese nivel de esperanza en los adultos mayores variaba significativamente de acuerdo si éstos se encontraban residiendo en instituciones o en sus domicilios.

La hipótesis de la investigación argumentaba, que el nivel de esperanza era superior en los adultos mayores no institucionalizados, que en aquellos que sí lo estaban. Para ello fue que, en esta conclusión se abordó un tema fundamental en la diferenciación: la institucionalización y cómo ella afecta a la vida de los adultos mayores que residen allí.

La institucionalización en adultos mayores es una realidad cada vez más frecuente. Se da por varias razones, entre ellas, podríamos mencionar cuestiones económicas que atraviesan los adultos mayores y sus familias, la muerte del cónyuge, donde quizás la persona se va quedando sola o no dispone de alguien para que pueda acompañar, tanto en su vida diaria como en los devenires propios de la etapa que está atravesando.

Hay, además, una realidad inevitable de la sociedad occidental en la que vivimos, que nos da pautas suficientes para determinar que el adulto mayor no es una persona a la que se deba escuchar y tomar de ejemplo, además de no ser considerado como un maestro o dador de sabiduría y experiencia, como sí podríamos llegar a observar en otras sociedades alrededor del mundo.

En la sociedad que nos toca vivir, el adulto mayor, peyorativamente llamado “viejo”, llega a ser –lamentablemente– una persona económicamente improductiva, donde es producto de descarte. En muchos casos, un estorbo en la familia, lo que lleva a la institucionalización de él, como si dicho lugar fuera un sitio para dejarlos al cuidado de otros, sin tener la responsabilidad de retribuir el cuidado que ellos propiciaron a lo largo de su vida, tanto a los hijos como a otros miembros de la familia.

Esta institucionalización, además, se podría deber al poco recurso económico para mantenerlos en sus hogares, teniendo en cuenta que, en muchos casos, los adultos mayores necesitan de cuidadores y/o enfermeros en su vida diaria, sin la familia o la persona a cargo contar con los recursos suficientes para poder solventar estos gastos económicos y de tiempo, a lo que se ve obligado a tomar la decisión de la internación.

Teniendo en cuenta lo que es el proceso de adaptación del adulto mayor al campo de la institucionalización, se lo podría considerar como dificultoso, debido a los imaginarios existentes con respecto a tales espacios, donde suelen tener connotaciones un tanto negativas por el común de la gente. Esto se podría deber a la asociación que se hace de estos lugares con el aislamiento de la familia, entre otras modificaciones.

Podemos decir entonces, con seguridad, que la institucionalización genera un desarraigo, teniendo en cuenta la ruptura con las relaciones sociales y las actividades competentes con el mundo exterior, debido que los adultos mayores abandonan las actividades diarias de su propia rutina, tales como cocinar, compartir momentos con sus amistades o tener mayor libertad a la hora de manejar sus horarios.

El porcentaje arrojado por el cuestionario adicional, donde se indagó sobre la categoría social en los adultos mayores, nos permitió vislumbrar que prevalece una mejor socialización en personas mayores no institucionalizadas.

Podríamos suponer, que ello puede deberse a esa libertad antes mencionada a la hora de manejar su tiempo y actividades, en este caso, sociales, donde los adultos mayores cuentan con la posibilidad concreta de realizar actividades fuera de su hogar.

Adicionalmente, hay que tener en cuenta que un tema importante para desarrollar y plantear a futuro, es una mejora en las políticas de salud pública sobre las instituciones que albergan a personas mayores, debido a que, un gran porcentaje de la población que engloba a dicha franja etaria, posiblemente se encuentre en una situación económica crítica, donde no pueda acceder a una residencia privada dedicada a la tercera edad. Pero esto no solamente supone acomodar el espacio físico en dónde albergar a los adultos mayores, sino también, mejorar los planes de salud médica para ellos, los programas de estimulación neurocognitiva y/o las actividades recreativas y sociales, para que accedan y dispongan de una mejor calidad de vida, pero sobre todo una vida digna hasta el final de sus días.

Ahora bien, siguiendo con la comparación, pareciera necesario resaltar positivamente la vida que estas personas presentan residiendo en sus domicilios, donde están acostumbrados, viviendo solos o con familiares, teniendo libertad para realizar diversas actividades recreativas, de ocio, sociales, espirituales, físicas y de salud, entre otras.

Para ello, esta investigación se apoya en los resultados obtenidos por la escala de Esperanza - Desesperanza, donde se halló que, en la Esperanza Global, existió una diferencia significativa entre ambos grupos, siendo claramente superior el nivel de esperanza en los no institucionalizados, confirmando -como ya hemos dicho- la hipótesis planteada.

5.3. Recomendaciones

Teniendo en cuenta los datos que fueron recabados y procesados, como así también las limitaciones inherentes a la naturaleza tanto de la muestra como del presente estudio, se arribó a ciertas consideraciones útiles para futuros trabajos de investigación:

- Sería de gran valor poder extender el presente estudio hacia una muestra más numerosa.
- Podrían, además, incluirse y estudiarse otras variables relacionadas con el adulto mayor, las cuales el presente trabajo no pudo enfatizar, tales como sexo, edad, nivel de actividad física, grado de autonomía o dependencia o religión, pudiéndose arribar

a resultados seguramente más complejos y heterogéneos. Entrevistar a personas no religiosas, utilizar muestras con igual cantidad de hombres y mujeres o buscar correlaciones con su nivel de actividad física, podrían ser algunos ejemplos concretos.

- Sería interesante, también, realizar más estudios comparativos entre ciudades o provincias vecinas, para indagar posibles similitudes y discrepancias en las características de las poblaciones estudiadas, pudiéndose determinar así la posible idiosincrasia de cada población estudiada.
- Se sugiere, también, utilizar en lo posible diferentes autores no contemplados por el presente trabajo, expandiendo así su marco teórico y sus antecedentes más allá de los planteos de Pereyra, quien ha sido un autor fundamental para este trabajo en lo referido a postulados teóricos, instrumento de recolección de datos y resultados frutos de sus investigaciones.
- Una investigación diseñada y desarrollada con fines interdisciplinarios también podría ser un gran aporte a los conocimientos disponibles sobre el adulto mayor y la gerontología, proponiendo y habilitando un diálogo fluido y riguroso entre disciplinas como la medicina, la psicología, la fonoaudiología o incluso la antropología o la sociología.
- De acuerdo a lo vivenciado en las instituciones, y debido a todo lo mencionado anteriormente, es importante pensar la implicancia psicológica dentro del ámbito gerontológico, ocupando un lugar fundamental en tales establecimientos para mejorar la calidad psicológica de los adultos mayores, con la finalidad de fortalecer su Esperanza.
- Un dato no menor, es que el promedio de edad de los adultos mayores institucionalizados fue de 80 años, mientras que el promedio de edad de los no institucionalizados fue de 69 años, sería importante para futuras investigaciones el estudiar una muestra más homogénea.
- Se sugiere que para futuras investigaciones se profundice más en la desesperanza en adultos mayores, tanto se encuentren institucionalizados como no institucionalizados.

- Para una mejor comprensión de la temática abordada en la presente investigación, se sugiere que haya, a futuro, estudios de naturaleza cualitativa con enfoque explicativo para comprender el cómo o el porqué de la desesperanza o la esperanza.

5.4. Limitaciones

En la presente investigación se pueden señalar las siguientes limitaciones:

- El tipo de muestra es reducido en su tamaño, y por tal razón, no se pueden generalizar los resultados obtenidos a otros grupos de adultos mayores.
- Si bien en la investigación se entrevistó a personas de ambos sexos, cabe señalar que la mayor parte son mujeres, tanto en los adultos mayores institucionalizados como los que residían en sus domicilios. Por ello, haría falta una mayor representación masculina en las poblaciones estudiadas.
- El TED-R incluye en su escala la creencia en Dios como un factor primordial de la esperanza. El hecho de que los evaluados no practican activamente la religión o tengan creencias diferentes a las cristianas, podría haber influenciado en los números hallados.
- Se sugiere que para futuras investigaciones se profundice más en la desesperanza en adultos mayores, tanto se encuentren institucionalizados como no institucionalizados.
- Para una mejor comprensión de la temática abordada en la presente investigación, se sugiere que haya, a futuro, estudios de naturaleza cualitativa con enfoque explicativo para comprender el cómo o el porqué de la desesperanza o la esperanza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albala C., Lebrão M. L., León Díaz E. M., Ham-Chande R., Hennis A. J., Palloni A., Peláez M. y Pratts O. (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panam Salud Pública, 17*, 307-322.

Alcántara Quiroga, J. (2017). *Calidad de vida, esperanza-desesperanza y religiosidad intrínseca en personas de la tercera edad en Montemorelos*. (Tesis de Maestría no publicada). Universidad de Montemorelos, Nuevo León, México.

Alvarado García, A. M. y Salazar Maya, Á. M., (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Revista Gerokomos, 25*, 57-62.

Bailador, P.; Viscardi, N. y Dajas, F. (1997). Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo. *Revista Méd. Uruguay, 13*, 213 - 223.

Belando Montoro, M. (2000). Cambios físicos y funcionales en el proceso de envejecimiento. ¿es posible una calidad de vida en la vejez a través de programas socio-educativos? *Revista Cuestiones pedagógicas, 15*, 119-137.

Benavides-Caro, C.A. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología, 40*, 107-112.

Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Erik Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación, 2*, 50 - 63.

Carbajo Velez, M. C., (2009). Mitos y Estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete, 24*, 87-96.

Castro, M.V., Brizuela, S. J., Gómez, M. J., y Cabrera, J. (2010). Adultos Mayores Institucionalizados en el Hogar de ancianos Fray Mamerto Esquiú. *Revista de trabajo social y ciencias sociales*, 59, 1-18.

Cava M. J. y Musitu G. (2000). Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10, 215-221.

Erikson, E. (1959). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Paidós

Erikson, E. (1982). *El ciclo vital completado*. Buenos Aires: Paidós.

Fernández, A. (2002). *Esperanza-desesperanza y calidad de vida en ancianos institucionalizados*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Adventista del Plata, Entre Ríos, Argentina.

Franco, L. (2011). Censo 2010: La población argentina, cada vez más vieja. *Ámbito financiero*. Recuperado de: <http://www.ambito.com/602088-censo-2010-la-poblacionargentina-cada-vez-mas-vieja>.

García Alandete, J., Gallego Pérez, J. F. y Pérez Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza. *Revista Universitas Psychologyca*, 8, 447 - 454.

García Alvarado Ma. A., Salazar Maya A. Ma. (2014). Análisis del proceso de envejecimiento. *Revista Gerokomos*, 25, 57-62.

Gómez Morales, M. (2014). *“El proceso de institucionalización en la tercera edad”*. (Tesis de grado). Universidad Internacional de La Rioja, Facultad de Empresa y Comunicación, Córdoba.

González, M. (2001). Depresión en ancianos: un problema de todos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17.

Guardini, R. (1983). *Las edades de la vida. Su significación ética y pedagógica*. Wurzburg, Alemania. Editorial Cristiandad.

Güidi Bergeonneau, L. (2000). *Esperanza-deseesperanza y sentido de vida a lo largo del ciclo vital*. (Tesis de Licenciatura no publicada). Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina.

Guevara-Peña, N. L., (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Revista Entramado*, 12, 138-151.

Hernández González, C. D. y González Martínez, J. F. (2013). Teorías del envejecimiento. *Revista Un enfoque integral*, 7, 43-50.

Hoyl Moreno, T. (2016). Teorías actuales de envejecimiento. *Revista de Ciencias Médicas*, 32, 33-38.

KehlWiebel, S., Fernández Fernández, J.M. (2001). La construcción social en la vejez. *Revista Cuaderno de Trabajo Social*, 14, 125-162.

Lambert, S. (2007). Ensayo: “*El proceso de envejecimiento y el ejercicio de los derechos en la edad adulta. Resguardo de la dignidad*”.

Landinez Parra, N. S., Contreras Valencia, K. y Castro Villamil, A. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38, 562-580.

- Lapczynsky, P. (1999). *Esperanza-Desesperanza, religiosidad intrínseca, actitudes hacia la vejez en ancianos*. (Tesis de Licenciatura no publicada). Universidad Adventista del Plata. Entre Ríos, Argentina.
- Lobo, A., Santos, M. P., Carvalho, J. (2007). Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *Revista española de Geriátría y Gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología*, 42, 22-26.
- Lopez Molina, E., Morelli, G. E. y Rizzo, M. L. (2013). Práctica religiosa y esperanza-desesperanza en sujetos jubilados. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires, Argentina.
- López, E., Echavarría, L. y Galeano, N. (2017). Desesperanza y vulnerabilidad en el adulto mayor. *Revista Reflexiones y Saberes*, 4, 34-52.
- Mojica, C. A.; Sáenz, D. A. y Rey Anacona, C. A. (2009). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38, 681-692.
- Molina Sena, Meléndez Moral, J. y Navarro Pardo, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Semanales de Psicología*, 24, 312-319.
- Muñoz Cruz, R. (2015). Diferencias en la autopercepción entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Gerokomos*, 26, 43-47.
- Ordoñez Iñiguez, A. (2016). *Psicología del desarrollo: Signos y Síntomas del síndrome del nido vacío en el adulto mayor*. (Tesis doctoral no publicada). Universidad Técnica de Machala, Ecuador.

- Peraza Mendez, T. V. (2011). *Validación del test de Esperanza-Desesperanza revisado (TED-R) de Pereyra*. (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Morelia, México.
- Pereyra, M. (2010). Esperanza, Salud y Bienestar. *Revista Unife*, 18, 9-31.
- Pereyra, M. y Fandiño, D. (2005). Esperanza-desesperanza y salud mental a lo largo del ciclo vital. Ponencia presentada en el XIII Congreso Mexicano de Psicología, Acapulco, México.
- Real Academia Española (2017). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=GYjXr3Q>
- Reyes Camejo T., Álvarez E., Pérez N. y Acosta J. (2009). Salud en la tercera edad y calidad de vida. *Revista cubana de Enfermería*, 27, 12-22.
- Rico Rosillo M. G., Oliva Rico, D., y Vega Robledo G. B. (2017). Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46, 287-294.
- Rodríguez Daza, K. (2010). Vejez y Envejecimiento. *Revista Doc. Inv. Esc. Med. Cs. Salud*, 2, 2-42.
- Rodríguez M., Cruz F. y Pérez M. (2014). Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. *Revista Index de enfermería*, 23, 18-27.
- Rodríguez Martín, M. (2009). La soledad en el anciano. *Revista Gerokomos*, 20, 159-166.
- Rojas Ocaña Ma. J., Toronjo Gómez A., Rodríguez Ponce C. y Rodríguez Rodríguez J.B. (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Revista Gerokomos*, 17, 19-31.

Sanhueza M., Castro M. y Merino J. (2005). Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Revista Ciencia y enfermería*, 2, 17-21.

Snyder, C. R., Rand, K. L. y Sigmon, D. R. (2017). Hope Theory: A Member of the Positive Psychology Family. En Matthew W. Gallagher y Shane J. Lopez (Ed.), *The Oxford Handbook Of Hope*, (pp. 257-276). Oxford, Inglaterra: Oxford Library Of Psychology. <https://pdfs.semanticscholar.org/69e1/62f9bb510e75d700ccd318daec69d8f8c2f0.pdf>

Soria Bell, B. y Rodríguez A. (2002). Análisis de los aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados. *Revista Cubana Enfermer*, 2, 116-121.

Stefani, D., Hermida, P.D., Tartaglini, M.F., Pereyra Girardi, C.I., Ofman, S.D. y Cófreces, P. (2013). Influencia de la esperanza en la participación social del adulto mayor. *Revista Apuntes de Psicología*, 31, 29-35.

Stefani D., Feldberg. C. (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Anales de psicología*, 22, 267-272.

Tinoboras, C. (2018). Condiciones de vida de las personas mayores. Acceso y Desigualdad en el ejercicio de los derechos (2010/2017). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Educa.

Toro Tobar, R. A., Grajales Giraldo, F. L., y Sarmiento López, J. C. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Revista Aquichan*, 16, 473-486.

Uribe Rodríguez, A. F., Valderrama Orbegozo, L. y López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Revista Pensamiento Psicológico*, 3, 109-120.

Vayas Abascal, R. Carrera Romero, L. (2012). Disfunción ejecutiva. Síntomas y relevancia de su detección desde Atención Primaria. *Revista Clínica Médica*, 5, 191-197.

ANEXOS

ANEXO A

Instrumentos Administrados

de Esperanza - Desesperanza (TED-R) – 2010.

TED-R

NOMBRE O SEUDÓNIMO:	EDAD:
SEXO: M o F	ESTADO CIVIL:
ESTUDIO/OCUPACIÓN:	RELIGIÓN:

Consigna: A continuación, encontrará una lista de 16 declaraciones que presentan 5 opciones cada una. La prueba consiste en marcar una **X** en el casillero que mejor describa su manera de ser en cada una de las cuestiones preguntadas. Es muy importante que **responda todas las preguntas** procurando definirse por las opciones que están en los márgenes (*Siempre* o *Nunca*) o tienden hacia ellos (*Muchas veces* o *Muy pocas veces*), dejando el casillero del medio (*A veces sí, a veces no*) para los casos estrictamente necesarios. Responda con sinceridad y en forma personal. Gracias.

	Siempre	Muchas veces	A veces sí, a veces no	Muy pocas veces	Nunca	Puntaje		
						E	D	G
1. La adversidad y los problemas en lugar de aplastarme me estimulan a luchar.								
2. Yo creo que la gente es tan falsa que no se puede confiar en nadie.								
3. Creo que, con la ayuda de Dios, es posible lograr lo que uno se propone.								
4. Recuerdo experiencias del pasado que me han marcado como con fuego.								
5 - Creo en la promesa de Dios de que hay un mundo feliz más allá de la vida terrena								
6. A través de los años, he tenido experiencias desagradables similares ajenas a mi voluntad.								
7. Me atraen los proyectos nuevos y la posibilidad de crear cosas diferentes.								
8. Veo el panorama muy oscuro en mi vida.								
9. Realmente disfruto de cada día y deseo vivir lo más posible.								
10. Me persigue la mala suerte y tengo la sensación								

de que las cosas van a seguir mal.								
11. Yo creo que se puede rescatar algo hasta de la peor tragedia.								
12. Me desanimo y deprimido con mucha facilidad.								
13. Miro hacia el mañana depositando mi confianza en Dios.								
14. No creo en Dios y de que haya algo después de la muerte.								
15. Siento que todavía tengo cosas muy importantes que hacer en la vida.								
16. Se me aparece la idea de terminar con mi vida.								

ESCALA E – TOTAL:

ESCALA D – TOTAL:

ESCALA G – TOTAL:

Cuestionario Adicional (ad- hoc)

1. ¿Considera usted que su bienestar (físico, emocional, psicológico, social), hace la diferencia o influencia en la esperanza que posee en su vida?

2. ¿Qué actividades o actitudes concretas, considera usted, que podrían generarle un sentimiento o sensación de esperanza?

3. ¿Hay aspectos de su vida que desearía o consideraría modificar para sentirse más esperanzado? De ser así: ¿cuáles serían?

4. ¿Tiene alguna opinión o valoración en particular sobre las vivencias que han acontecido a lo largo de su vida?

Cuadro de doble entrada, para clasificar respuestas del cuestionario adicional (ad-hoc).

	CATEGORÍA RECREATIVA Y MANUAL	CATEGORÍA SOCIAL	CATEGORÍA ESPIRITUAL	CATEGORÍA FÍSICA Y DE SALUD	CATEGORÍA INTELECTUAL
RESPUESTAS	"tejer", "pintar", "bordar", "jugar juegos de mesa", "hacer jardín", "dibujar", "costura", "tomar mate", "cerámica", "ir al teatro"	"visitar a mis nietos", "salir con amigas", "conducir"	"Rezar", "ir a misa", "interactuar espiritualmente"	"ganas de mantenerme activo", "actividad física", "caminar", "ir al gimnasio", "kinesiología"	"leer", "hacer crucigramas", "sopa de letras"

ANEXO B

Esperanza

A continuación, se presentarán los baremos que se tienen en cuenta para arribar a un diagnóstico determinado (por ejemplo: Muy baja esperanza, baja esperanza, límites normales, alta desesperanza, etc.), y luego se detallarán los resultados obtenidos en esta investigación.

Los baremos correspondientes a la Escala de Esperanza son los siguientes:

Tabla 1.

Baremos del TED-R, escala Esperanza.

ESCALA E			
CATEGORÍAS		PUNTAJES	DIAGNÓSTICOS
I	P ₀ al P ₅	5 a 18	Muy baja esperanza
II	P ₆ al P ₂₅	19 a 24	Baja esperanza
III	P ₂₆ al P ₇₅	25 a 30	Límites normales
IV	P ₇₆ al P ₉₅	31	Alta esperanza
V	P ₉₆ al P ₁₀₀	32 a 33	Muy alta esperanza

Tabla 2.

Tabla de frecuencia de la Escala de Esperanza.

Escala E					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	12	1,7	1,7	1,7	
	14	1,7	1,7	3,3	→ Muy baja esperanza
	16	2,3	3,3	6,7	
	19	1,7	1,7	8,3	
	20	2,3	3,3	11,7	→ Baja esperanza
	24	3,3	5,0	16,7	
	25	5,0	8,3	25,0	
	26	7,0	11,7	36,7	
	27	7,0	11,7	48,3	→ Límites normales
	28	5,0	8,3	56,7	
	29	2,3	3,3	60,0	
	30	11,7	18,3	78,3	
	31	7,0	11,7	90,0	→ Alta esperanza
	32	6,0	10,0	100,0	→ Muy alta esperanza
Total	60	100,0	100,0		

Tomando en cuenta el total de la muestra (adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados) se arribaron a los siguientes resultados:

- un 6,7% (n=4) presenta un nivel de “Muy baja esperanza”.
- un 10% (n=10) presenta un nivel de “Baja Esperanza”.
- un 61,6% (n=37) presenta un nivel de “Límites Normales de Esperanza”.
- un 11,7% (n=7) presenta un nivel de “Alta Esperanza”.
- un 10% (n=6) presenta un nivel de “Muy Alta Esperanza”

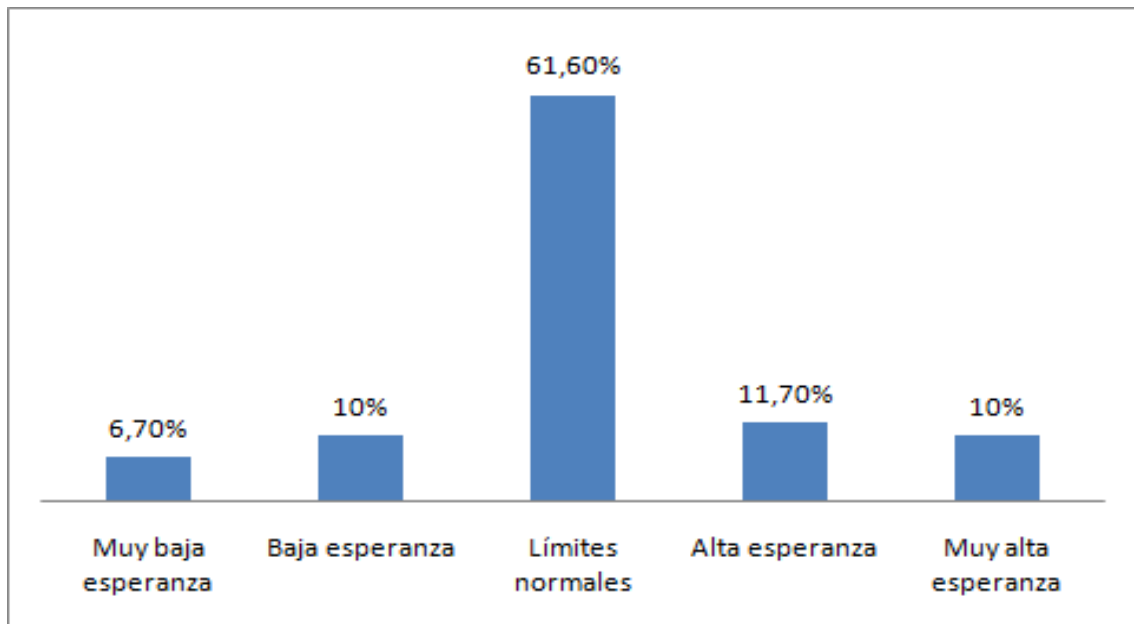


Figura 1.

Tabla de frecuencia de la Escala de Esperanza.

Desesperanza

A continuación, se presentarán los baremos que se tienen en cuenta para arribar a un diagnóstico determinado (por ejemplo: Muy baja desesperanza, baja desesperanza, límites normales, alta desesperanza, etc.), y luego se detallarán los resultados obtenidos en esta investigación.

Los baremos correspondientes a la Escala de Desesperanza son los siguientes:

Tabla 3.

Baremos del TED-R, escala Desesperanza.

ESCALA D			
CATEGORÍAS		PUNTAJES	DIAGNÓSTICOS
I	P ₀ al P ₅	1	Muy baja desesperanza
II	P ₆ al P ₂₅	2 a 4	Baja desesperanza
III	P ₂₆ al P ₇₅	5 a 9	Límites normales
IV	P ₇₆ al P ₉₅	10 a 16	Alta desesperanza
V	P ₉₆ al P ₁₀₀	17 a 30	Muy alta desesperanza

Tabla 4.

Tabla de Frecuencia de la Escala de Desesperanza.

Escala D						
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	2	1	1,7	1,7	1,7	→ Baja desesperanza
	3	1	1,7	1,7	3,3	
	5	3	5,0	5,0	8,3	→ Límites normales
	6	6	10,0	10,0	18,3	
	7	8	13,3	13,3	31,7	
	8	6	10,0	10,0	41,7	
	9	2	3,3	3,3	45,0	
	10	6	10,0	10,0	55,0	→ Alta desesperanza
	11	4	6,7	6,7	61,7	
	12	6	10,0	10,0	71,7	
	13	4	6,7	6,7	78,3	
	14	3	5,0	5,0	83,3	
	15	1	1,7	1,7	85,0	
	16	2	3,3	3,3	88,3	
	17	3	5,0	5,0	93,3	→ Muy alta desesperanza
	18	2	3,3	3,3	96,7	
	19	1	1,7	1,7	98,3	
	21	1	1,7	1,7	100,0	
Total		60	100,0	100,0		

Tomando en cuenta el total de la muestra (adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados) se arribaron a los siguientes resultados:

- un 3,3% (n=2) presenta un nivel de “Baja Desesperanza”.
- un 41,7% (n=25) presenta un nivel de “Límites Normales de Desesperanza”.
- un 43,3% (n=26) presenta un nivel de “Alta Desesperanza”.
- un 11,7% (n=7) presenta un nivel de “Muy Alta Desesperanza”.

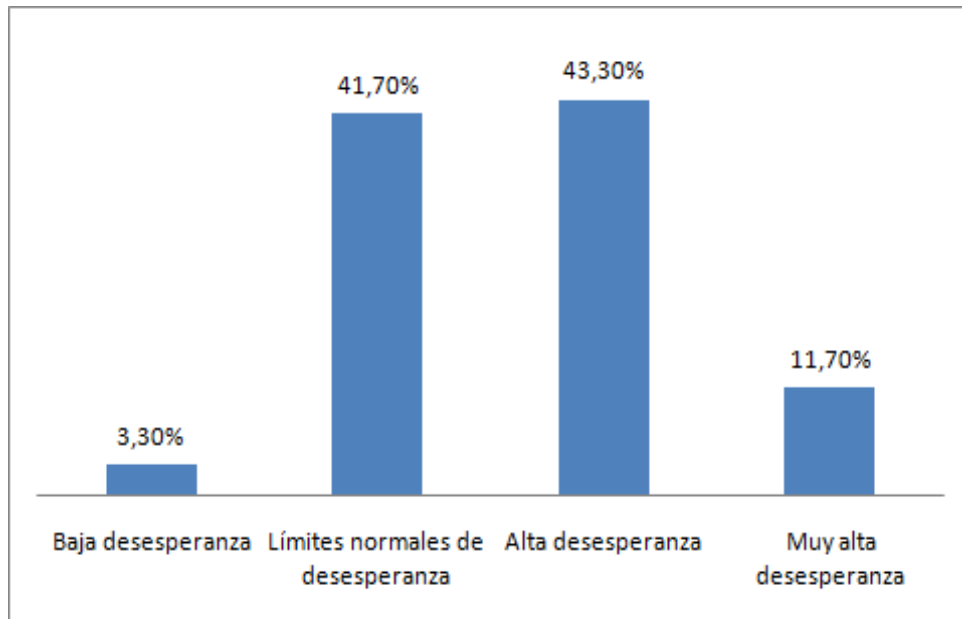


Figura 2.

Tabla de Frecuencia de la Escala de Desesperanza.

o de Consentimiento Informado

ENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar voluntariamente en la investigación llamada “Esperanza en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Paraná”, realizada por Moreyra, Joel Alexander y Tisocco, Sofía, ambos alumnos de la Pontificia Universidad Católica Argentina Facultad “Teresa de Ávila”, para acceder al título de Licenciatura en Psicología.

He sido informado de que el objetivo de esta investigación es estudiar la relación de la esperanza entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Accedo a completar los cuestionarios que forman parte del estudio, actividad que requerirá aproximadamente 30 minutos de mi tiempo, teniendo en cuenta responder con total honestidad.

Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado y he entendido que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme de la misma cuando así lo decida, sin que esto acarree prejuicio alguno para mi persona.

Acepto que los resultados del estudio, sean publicados estando garantizado que la información a difundir se anónima, por lo que mi identidad se mantendrá siempre en reserva.

FIRMA:

ACLARACIÓN:

FECHA: / /

Datos de contacto:

Moreyra, Joel. Tisocco, Sofía

0343-154657826 0345-154169487

joelmoreyra-93@hotmail.com sofiatisoccodome@hotmail.com

ANEXO D

Salidas Estadísticas

```
COMPUTE FactorE=Preg1E + Preg3E + Preg5E + Preg7E + Preg9E + Preg11E +  
Preg13E + Preg15E .
```

```
EXECUTE.
```

```
COMPUTE FactorD=Preg2D + Preg4D + Preg6D + Preg8D + Preg10D + Preg12D +  
Preg14D + Preg16D.
```

```
EXECUTE.
```

```
COMPUTE FactorG=FactorE + FactorDInvertido.
```

```
EXECUTE.
```

```
COMPUTE FactorG=FactorE + Preg2DInv + Preg4DInv + Preg6DInv + Preg8DInv +  
Preg10DInv + Preg12DInv + Preg14DInv + Preg16DInv.
```

```
EXECUTE.
```

```
DATASET ACTIVATE Conjunto_de_datos1.
```

```
SAVE          OUTFILE='F:\Facultad\Trabajos          finales\Tercera          edad  
(ENTREGADO)\Esperanza y desesperanza '+
```

```
'(Pereyra) ULTIMO.sav'
```

```
/COMPRESSED.
```

```
DATASET ACTIVATE Conjunto_de_datos1.
```

```
SAVE          OUTFILE='F:\Facultad\Trabajos          finales\Tercera          edad
(ENTREGADO)\Esperanza y desesperanza '+
```

```
'(Pereyra) ULTIMO.sav'
```

```
/COMPRESSED.
```

```
SORT CASES BY FactorG (A) FactorE (A) FactorD (A).
```

```
SORT CASES BY FactorG (A) FactorE (A) FactorD (A).
```

```
SORT CASES BY FactorG (D) FactorE (D) FactorD (D).
```

```
DATASET ACTIVATE Conjunto_de_datos1.
```

```
SAVE          OUTFILE='F:\Facultad\Trabajos          finales\Tercera          edad
(ENTREGADO)\Esperanza y desesperanza '+
```

```
'(Pereyra) ULTIMO.sav'
```

```
/COMPRESSED.
```

```
SORT CASES BY FactorE (D) FactorD (D) FactorG (D).
```

```
SORT CASES BY FactorD (A).
```

```
SORT CASES BY FactorD (A).
```

```
SORT CASES BY FactorD (D).
```

```
SORT CASES BY FactorD (A).
```

```
SORT CASES BY FactorD (D).
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=FactorE
```

```
/STATISTICS=RANGE MINIMUM MAXIMUM STDDEV MEAN MEDIAN
```

```
/FORMAT=LIMIT(50)
```

/ORDER=ANALYSIS.

FREQUENCIES VARIABLES=FactorG FactorE FactorD

/STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN

/BARCHART PERCENT

/ORDER=ANALYSIS.

FREQUENCIES VARIABLES=Edad Sexo Situación

/BARCHART PERCENT

/ORDER=ANALYSIS.

Frecuencias

Estadísticos

		Edad	Sexo	Situación del adulto mayor
N	Válido	60	60	60
	Perdidos	0	0	0

Tabla de frecuencia

Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	65	9	15,0	15,0	15,0
	66	4	6,7	6,7	21,7
	67	1	1,7	1,7	23,3
	68	5	8,3	8,3	31,7
	69	3	5,0	5,0	36,7
	70	2	3,3	3,3	40,0
	71	3	5,0	5,0	45,0
	72	2	3,3	3,3	48,3
	73	2	3,3	3,3	51,7
	74	2	3,3	3,3	55,0
	75	3	5,0	5,0	60,0
	77	6	10,0	10,0	70,0
	78	3	5,0	5,0	75,0
	79	2	3,3	3,3	78,3
	81	1	1,7	1,7	80,0
	84	2	3,3	3,3	83,3
	85	2	3,3	3,3	86,7

86	2	3,3	3,3	90,0
87	1	1,7	1,7	91,7
90	5	8,3	8,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mujer	49	81,7	81,7	81,7
	Hombre	11	18,3	18,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Situación del adulto mayor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Institucionalizado	30	50,0	50,0	50,0
	No institucionalizado	30	50,0	50,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Frecuencias

Estadísticos

		Escala G	Escala E	Escala D
N	Válido	60	60	60
	Perdidos	0	0	0
	Media	48,67	27,03	10,37
	Mediana	50,00	28,00	10,00
	Desviación estándar	7,151	4,558	4,239
	Varianza	51,141	20,779	17,965

Tabla de frecuencia

Escala G

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	25	1	1,7	1,7	1,7
	31	1	1,7	1,7	3,3
	35	1	1,7	1,7	5,0
	37	1	1,7	1,7	6,7

38	2	3,3	3,3	10,0
40	2	3,3	3,3	13,3
41	1	1,7	1,7	15,0
42	2	3,3	3,3	18,3
43	2	3,3	3,3	21,7
44	3	5,0	5,0	26,7
45	1	1,7	1,7	28,3
46	3	5,0	5,0	33,3
47	2	3,3	3,3	36,7
48	3	5,0	5,0	41,7
49	2	3,3	3,3	45,0
50	4	6,7	6,7	51,7
51	6	10,0	10,0	61,7
52	3	5,0	5,0	66,7
53	3	5,0	5,0	71,7
54	6	10,0	10,0	81,7
55	2	3,3	3,3	85,0
56	2	3,3	3,3	88,3
57	3	5,0	5,0	93,3
58	1	1,7	1,7	95,0

59	2	3,3	3,3	98,3
60	1	1,7	1,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Escala E

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	12	1	1,7	1,7	1,7
	14	1	1,7	1,7	3,3
	16	2	3,3	3,3	6,7
	19	1	1,7	1,7	8,3
	20	2	3,3	3,3	11,7
	24	3	5,0	5,0	16,7
	25	5	8,3	8,3	25,0
	26	7	11,7	11,7	36,7
	27	7	11,7	11,7	48,3
	28	5	8,3	8,3	56,7
	29	2	3,3	3,3	60,0
	30	11	18,3	18,3	78,3
	31	7	11,7	11,7	90,0
	32	6	10,0	10,0	100,0

Total	60	100,0	100,0	
-------	----	-------	-------	--

Escala D

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2	1	1,7	1,7	1,7
	3	1	1,7	1,7	3,3
	5	3	5,0	5,0	8,3
	6	6	10,0	10,0	18,3
	7	8	13,3	13,3	31,7
	8	6	10,0	10,0	41,7
	9	2	3,3	3,3	45,0
	10	6	10,0	10,0	55,0
	11	4	6,7	6,7	61,7
	12	6	10,0	10,0	71,7
	13	4	6,7	6,7	78,3
	14	3	5,0	5,0	83,3
	15	1	1,7	1,7	85,0
	16	2	3,3	3,3	88,3
	17	3	5,0	5,0	93,3
	18	2	3,3	3,3	96,7

19	1	1,7	1,7	98,3
21	1	1,7	1,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

T-TEST GROUPS=Situación(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=FactorE

/CRITERIA=CI(.95).

Prueba T

Estadísticas de grupo

Situación del adulto mayor		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Escala E	Institucionalizado	30	25,97	4,774	,872
	No institucionalizado	30	28,10	4,139	,756

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias	
	F	Sig.	t	gl
Escala E	,706	,404	-1,849	58
			-1,849	56,855

Prueba de muestras independientes

	prueba t para la igualdad de medias		
	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar
Escala E	,070	-2,133	1,154
		-2,133	1,154

Prueba de muestras independientes

		prueba t para la igualdad de medias	
		95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		Inferior	Superior
Escala E	Se asumen varianzas iguales	-4,442	,176
	No se asumen varianzas iguales	-4,443	,177

T-TEST GROUPS=Situación(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=FactorD

/CRITERIA=CI(.95).

Prueba T

Estadísticas de grupo

Situación del adulto mayor		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Escala D	Institucionalizado	30	11,23	4,108	,750
	No institucionalizado	30	9,50	4,257	,777

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias	
	F	Sig.	t	gl
Escala D Se asumen varianzas iguales	,100	,753	1,605	58
No se asumen varianzas iguales			1,605	57,927

Prueba de muestras independientes

	prueba t para la igualdad de medias		
	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar
Escala D Se asumen varianzas iguales	,114	1,733	1,080
No se asumen varianzas iguales	,114	1,733	1,080

Prueba de muestras independientes

		prueba t para la igualdad de medias	
		95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		Inferior	Superior
Escala D	Se asumen varianzas iguales	-,429	3,895
	No se asumen varianzas iguales	-,429	3,895

T-TEST GROUPS=Situación(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=FactorG

/CRITERIA=CI(.95).

Prueba T

Estadísticas de grupo

Situación del adulto mayor		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Escala G	Institucionalizado	30	46,73	7,688	1,404
	No institucionalizado	30	50,60	6,100	1,114

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias	
	F	Sig.	t	gl
Escala G Se asumen varianzas iguales No se asumen varianzas iguales	1,150	,288	-2,158	58
			-2,158	55,152

Prueba de muestras independientes

	prueba t para la igualdad de medias		
	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar
Escala G Se asumen varianzas iguales No se asumen varianzas iguales	,035	-3,867	1,792
	,035	-3,867	1,792

Prueba de muestras independientes

		prueba t para la igualdad de medias	
		95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		Inferior	Superior
Escala G	Se asumen varianzas iguales	-7,453	-,280
	No se asumen varianzas iguales	-7,457	-,276

DESCRIPTIVES VARIABLES=Situación FactorD

/STATISTICS=MEAN STDDEV VARIANCE MIN MAX.

Descriptivos

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza
Situación del adulto mayor	60	1	2	1,50	,504	,254
Escala D	60	2	21	10,37	4,239	17,965
N válido (por lista)	60					

FREQUENCIES VARIABLES=Situación FactorE

/STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN

/BARCHART PERCENT

/ORDER=ANALYSIS.

Frecuencias

Estadísticos

	Situación del adulto mayor	Escala E
N Válido	60	60
Perdidos	0	0
Media	1,50	27,03
Mediana	1,50	28,00
Desviación estándar	,504	4,558
Varianza	,254	20,779

Tabla de frecuencia

Situación del adulto mayor

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	------------	------------	-------------------	----------------------

Válido	Institucionalizado	30	50,0	50,0	50,0
	No institucionalizado	30	50,0	50,0	100,0
Total		60	100,0	100,0	

Escala E

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	12	1	1,7	1,7	1,7
	14	1	1,7	1,7	3,3
	16	2	3,3	3,3	6,7
	19	1	1,7	1,7	8,3
	20	2	3,3	3,3	11,7
	24	3	5,0	5,0	16,7
	25	5	8,3	8,3	25,0
	26	7	11,7	11,7	36,7
	27	7	11,7	11,7	48,3
	28	5	8,3	8,3	56,7
	29	2	3,3	3,3	60,0
	30	11	18,3	18,3	78,3
	31	7	11,7	11,7	90,0

	32	6	10,0	10,0	100,0
Total		60	100,0	100,0	

FREQUENCIES VARIABLES=Situación FactorD

/STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN

/BARCHART PERCENT

/ORDER=ANALYSIS.

Frecuencias

Estadísticos

		Situación del adulto mayor	Escala D
N	Válido	60	60
	Perdidos	0	0
Media		1,50	10,37
Mediana		1,50	10,00

Desviación estándar	,504	4,239
Varianza	,254	17,965

Tabla de frecuencia

Situación del adulto mayor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Institucionalizado	30	50,0	50,0	50,0
	No institucionalizado	30	50,0	50,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Escala D

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2	1	1,7	1,7	1,7
	3	1	1,7	1,7	3,3
	5	3	5,0	5,0	8,3
	6	6	10,0	10,0	18,3

7	8	13,3	13,3	31,7
8	6	10,0	10,0	41,7
9	2	3,3	3,3	45,0
10	6	10,0	10,0	55,0
11	4	6,7	6,7	61,7
12	6	10,0	10,0	71,7
13	4	6,7	6,7	78,3
14	3	5,0	5,0	83,3
15	1	1,7	1,7	85,0
16	2	3,3	3,3	88,3
17	3	5,0	5,0	93,3
18	2	3,3	3,3	96,7
19	1	1,7	1,7	98,3
21	1	1,7	1,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

FREQUENCIES VARIABLES=Situación FactorG

/STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN MEDIAN

/BARCHART PERCENT

/ORDER=ANALYSIS.

Frecuencias

Estadísticos

	Situación del adulto mayor	Escala G
N		
Válido	60	60
Perdidos	0	0
Media	1,50	48,67
Mediana	1,50	50,00
Desviación estándar	,504	7,151
Varianza	,254	51,141

Tabla de frecuencia

Situación del adulto mayor

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
Institucionalizado	30	50,0	50,0	50,0
No institucionalizado	30	50,0	50,0	100,0

Total	60	100,0	100,0	
-------	----	-------	-------	--

Escala G

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	25	1	1,7	1,7	1,7
	31	1	1,7	1,7	3,3
	35	1	1,7	1,7	5,0
	37	1	1,7	1,7	6,7
	38	2	3,3	3,3	10,0
	40	2	3,3	3,3	13,3
	41	1	1,7	1,7	15,0
	42	2	3,3	3,3	18,3
	43	2	3,3	3,3	21,7
	44	3	5,0	5,0	26,7
	45	1	1,7	1,7	28,3
	46	3	5,0	5,0	33,3
	47	2	3,3	3,3	36,7
	48	3	5,0	5,0	41,7
	49	2	3,3	3,3	45,0

50	4	6,7	6,7	51,7
51	6	10,0	10,0	61,7
52	3	5,0	5,0	66,7
53	3	5,0	5,0	71,7
54	6	10,0	10,0	81,7
55	2	3,3	3,3	85,0
56	2	3,3	3,3	88,3
57	3	5,0	5,0	93,3
58	1	1,7	1,7	95,0
59	2	3,3	3,3	98,3
60	1	1,7	1,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Tabla de frecuencia

Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	65	9	15,0	15,0	15,0

66	4	6,7	6,7	21,7
67	1	1,7	1,7	23,3
68	5	8,3	8,3	31,7
69	3	5,0	5,0	36,7
70	2	3,3	3,3	40,0
71	3	5,0	5,0	45,0
72	2	3,3	3,3	48,3
73	2	3,3	3,3	51,7
74	2	3,3	3,3	55,0
75	3	5,0	5,0	60,0
77	6	10,0	10,0	70,0
78	3	5,0	5,0	75,0
79	2	3,3	3,3	78,3
81	1	1,7	1,7	80,0
84	2	3,3	3,3	83,3
85	2	3,3	3,3	86,7
86	2	3,3	3,3	90,0
87	1	1,7	1,7	91,7
90	5	8,3	8,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mujer	49	81,7	81,7	81,7
	Hombre	11	18,3	18,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Situación del adulto mayor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Institucionalizado	30	50,0	50,0	50,0
	No institucionalizado	30	50,0	50,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

FREQUENCIES VARIABLES=Edad Sexo Situación

/STATISTICS=STDDEV MEAN MEDIAN MODE

/PIECHART PERCENT

/ORDER=ANALYSIS.

GET

FILE='F:\Facultad\Trabajos finales\Tercera edad (ENTREGADO)\Esperanza y desesperanza (Pereyra) ULTIMO.sav'.

DATASET NAME Conjunto_de_datos1 WINDOW=FRONT.

RECODE FactorE (31=4) (5 thru 18=1) (19 thru 24=2) (25 thru 30=3) (32 thru 33=5)
INTO RangoE.

/ORDER=ANALYSIS.

Frecuencias

[Conjunto_de_datos1] F:\Facultad\Trabajos finales\Tercera edad
(ENTREGADO)\Esperanza y desesperanza (Pereyra) ULTIMO.saY

Estadísticos

RangoE

N	Válido	60
	Perdidos	0

DATASET ACTIVATE Conjunto_de_datos1.

SAVE OUTFILE='F:\Facultad\Trabajos finales\Tercera edad
(ENTREGADO)\Esperanza y desesperanza '+
'(Pereyra) ULTIMO.sav'

/COMPRESSED.

DATASET ACTIVATE Conjunto_de_datos1.

SAVE OUTFILE='F:\Facultad\Trabajos finales\Tercera edad
(ENTREGADO)\Esperanza y desesperanza '+
'(Pereyra) ULTIMO.sav'

/COMPRESSED.

DATASET ACTIVATE Conjunto_de_datos1.

SAVE OUTFILE='F:\Facultad\Trabajos finales\Tercera edad
(ENTREGADO)\Esperanza y desesperanza '+
'(Pereyra) ULTIMO.sav'

/COMPRESSED.

FREQUENCIES VARIABLES=RangoE

/ORDER=ANALYSIS.

FREQUENCIES VARIABLES=RangoE

/ORDER=ANALYSIS.

RECODE FactorD (1=1) (2 thru 4=2) (5 thru 9=3) (10 thru 16=4) (17 thru 30=5) INTO
RangoD.

VARIABLE LABELS RangoD 'Baremos de Desesperanza'.

EXECUTE.

DATASET ACTIVATE Conjunto_de_datos1.

```
SAVE          OUTFILE='F:\Facultad\Trabajos      finales\Tercera      edad
(ENTREGADO)\Esperanza y desesperanza '+
'(Pereyra) ULTIMO.sav'

/COMPRESSED.
```

```
DATASET ACTIVATE Conjunto_de_datos1.
```

```
SAVE          OUTFILE='F:\Facultad\Trabajos      finales\Tercera      edad
(ENTREGADO)\Esperanza y desesperanza '+
'(Pereyra) ULTIMO.sav'

/COMPRESSED.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=RangoE
```

```
/ORDER=ANALYSIS.
```

```
RECODE FactorG (24 thru 36=1) (37 thru 46=2) (47 thru 56=3) (57 thru 60=4) (61 thru
64=5) INTO RangoG.
```

```
VARIABLE LABELS RangoG 'Baremos de Esperanza Global'.
```

```
EXECUTE
```

```
DATASET ACTIVATE Conjunto_de_datos1.
```

```
SAVE          OUTFILE='F:\Facultad\Trabajos      finales\Tercera      edad
(ENTREGADO)\Esperanza y desesperanza '+
'(Pereyra) ULTIMO.sav'

/COMPRESSED.
```

```
DATASET ACTIVATE Conjunto_de_datos1.
```

```
SAVE          OUTFILE='F:\Facultad\Trabajos      finales\Tercera      edad
(ENTREGADO)\Esperanza y desesperanza '+
'(Pereyra) ULTIMO.sav'

/COMPRESSED.
```

```
DATASET ACTIVATE Conjunto_de_datos1.
```

```
SAVE          OUTFILE='F:\Facultad\Trabajos      finales\Tercera      edad
(ENTREGADO)\Esperanza y desesperanza '+
'(Pereyra) ULTIMO.sav'

/COMPRESSED.
```

```
CROSSTABS
```

```
/TABLES=FactorE BY Situación
```

```
/FORMAT=AVALUE TABLES
```

```
/CELLS=COUNT
```

```
/COUNT ROUND CELL
```

```
/BARCHART.
```

```
CROSSTABS
```

```
/TABLES=RangoD BY Situación
```

```
/FORMAT=AVALUE TABLES
```

```
/CELLS=COUNT
```

/COUNT ROUND CELL

/BARChart.

CROSSTABS

/TABLES=RangoE BY Situación

/FORMAT=AVALUE TABLES

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL

/BARChart.

Tablas cruzadas

[Conjunto_de_datos1] F:\Facultad\Trabajos finales\Tercera edad
(ENTREGADO)\Esperanza y desesperanza (Pereyra) ULTIMO.sav

Resumen de procesamiento de casos

		Casos					
		Válido		Perdidos		Total	
		N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje

Baremos de Esperanza * Situación del adulto mayor	60	100,0%	0	0,0%	60	100,0%
---	----	--------	---	------	----	--------

Baremos de Esperanza*Situación del adulto mayor tabulación cruzada

Recuento

		Situación del adulto mayor		Total
		Institucionalizado	No institucionalizado	
Baremos de Esperanza	Muy baja esperanza	2	2	4
	Baja esperanza	6	0	6
	Límites normales	18	19	37
	Alta esperanza	1	6	7
	Muy alta esperanza	3	3	6
Total		30	30	60

Tablas cruzadas

Resumen de procesamiento de casos

		Casos					
		Válido		Perdidos		Total	
		N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje

Baremos de Desesperanza * Situación del adulto mayor	60	100,0%	0	0,0%	60	100,0%
--	----	--------	---	------	----	--------

Baremos de Desesperanza*Situación del adulto mayor tabulación cruzada

Recuento

		Situación del adulto mayor		Total
		Institucionalizado	No institucionalizado	
Baremos de Desesperanza	Baja desesperanza	0	2	2
	Límites normales	10	15	25
	Alta desesperanza	16	10	26
	Muy alta desesperanza	4	3	7
Total		30	30	60

CROSSTABS

/TABLES=RangoG BY Situación

/FORMAT=AVALUE TABLES

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL

/BARCHART.

Tablas cruzadas

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Baremos de Esperanza Global * Situación del adulto mayor	60	100,0%	0	0,0%	60	100,0%

Baremos de Esperanza Global*Situación del adulto mayor tabulación cruzada

Recuento

		Situación del adulto mayor		
		Institucionalizado	No institucionalizado	Total
Baremos de Esperanza Global	Desperanza grave	3	0	3
	Desesperanzado	11	6	17
	Límites normales	14	19	33
	Esperanzado	2	5	7

Total	30	30	60
-------	----	----	----

DATASET ACTIVATE Conjunto_de_datos1.

```
SAVE          OUTFILE='F:\Facultad\Trabajos      finales\Tercera      edad  
(ENTREGADO)\Esperanza y desesperanza '+  
'(Pereyra) ULTIMO.sav'  
  
/COMPRESSED.
```