

~ 1 ~



UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

~ 2 ~

TESINA DE LICENCIATURA

“OPTIMISMO Y VEJEZ”

Alumna: María Ángela González

Director: Lic. Rosi Pérez Vitali

Noviembre 2014

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL EXAMINADOR

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesora Invitada: Lic. Rosi Pérez Vitali

Nota:

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá que me quiere tal y como soy, que me acompaña en esta aventura que es la vida, que me inspira día a día para buscar la felicidad y que me ayudó a lograr este sueño.

A mis hermanas que son el regalo más maravilloso que me ha dado la vida, en las que me apoyo, con las que río, lloro y sueño.

A Julio, un hombre maravilloso al que amo, que me sostuvo en los momentos difíciles y me acompañó codo a codo en los momentos de alegría, que es mi refugio y que llena mi corazón.

A mis sobrinos que son la luz de mi vida.

Al resto de mi familia porque siempre me dio su apoyo y fuerza para seguir, y que día a día me ayuda a crecer.

A mis amigas Viviana y Rafaela que siempre me transmitieron su buena energía y deseos de verme recibida.

A mis amigas y ahora también colegas Carla, Gabriela y Vanina por cada momento de este camino en que me han acompañado e impulsado para que no baje los brazos.

A Raúl que me ha enseñado cosas maravillosas de la amistad, el afecto y de la vida.

A la Lic. Rosi Perez por su dedicación y compromiso con la profesión, por ser mi guía y referente en el nuevo camino que empieza.

A las personas que han colaborado con este trabajo especialmente a mis alumnas y a mis vecinas de toda la vida.

¡MUCHAS GRACIAS!

RESUMEN

El presente trabajo pretende evaluar el nivel de optimismo en adultos mayores de Godoy Cruz que asiste a los Talleres de Estimulación Cognitiva y compararlo con el nivel de optimismo de adultos mayores que no realiza este tipo de actividad; a fin de conocer la posible influencia que tiene sobre el nivel optimismo de las personas mayores, la participación en Talleres de Estimulación Cognitiva que forman parte del proyecto de promoción y prevención sociocomunitaria de P.A.M.I.

Esta investigación es descriptiva, con una metodología cuantitativa. La muestra es "intencional no probabilística" y está formada por 60 mujeres mayores de 65 años, de las cuales 30 participa del programa de P.A.M.I y 30 no realizan esta actividad.

La recolección de datos se realizó administrando el test LOT-R y una encuesta con datos particulares complementarios.

Los resultados señalaron que existe relación entre la participación en el programa de prevención y niveles más altos de optimismo. Y además se encontró una diferencia significativa en los valores de optimismo bajo y moderado entre ambos grupos lo cual permite determinar que los adultos mayores que asisten a los talleres de Estimulación Cognitiva presentan mayor optimismo que los que no asisten.

ABSTRACT

This paper aims to assess the level of optimism in older adults of Godoy Cruz attending workshops Cognitive Stimulation and compare the level of optimism of older adults do not perform this type of activity; in order to ascertain the possible influence it has on the older adult's optimism, participation in cognitive stimulation workshops as part of the project promotion and prevention sociocommunity PAMI

This is a descriptive research and has been carried out according to quantitative methodology. The sample is "non-probabilistic intentional" and it is composed 60 women over 65, of which 30 involved PAMI program and 30 did not perform this activity.

Data collection was conducted by administering the test LOT-R and survey some data tailored for particular subjects.

The results indicated that there is a relationship between participation in

The results show that there is a relationship between participation in the prevention program and higher levels of optimism. And a significant difference in the values of low and moderate optimism among both groups to determine which older adults attending workshops Cognitive Stimulation evince more optimism than those not conduct such activity.

ÍNDICE

Título	2
Hoja de Evaluación	3
Agradecimientos	4
Resumen	5
Abstract	6
Índice	7
Introducción	11
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	
Capítulo 1: PSICOLOGÍA POSITIVA	14
1.1 Recorrido Histórico	15
1.1.2 Del Modelo Médico al Enfoque Salugénico	15
1.1.2 Antecedentes De La Psicología Positiva	18
1.1.3 Nacimiento De La Psicología Positiva	20
1.2 Aspectos De La Psicología Positiva	21
1.2.1 Definición De Psicología Positiva	21
1.2.2 Objetivo De La Psicología Positiva	23
1.2.3 Principios Filosóficos De La Psicología Positiva	24
1.2.4 Los Pilares De La Psicología Positiva	25
1.3 Crecimiento Y Expansión De La Psicología Positiva	27
Capítulo 2: OPTIMISMO	29
2.1 Dos Grandes Modelos En La Conceptualización Del Optimismo	31
2.1.1 El Modelo Atribucional De Seligman Y Colaboradores	32
2.1.1.1 Fundamentos Del Optimismo Y Su Definición	32
2.1.1.2 Estilos Explicativos	33
2.1.1.3 Indefensión Aprendida	36
2.1.2 El Modelo De Carver Y Scheier	39
2.1.2.1 Definición E Historia	40

2.1.2.2 Teorías De La Personalidad	42
2.2 Otros Aportes Acerca De La Definición Del Optimismo	47
2.3 Investigaciones Realizadas Sobre Optimismo Y Su Relación Con Otras Variables Psicológicas	51
2.4 El Optimismo Como Recurso Psicológico	53
Capítulo 3: VEJEZ	56
3.1 Envejecimiento	57
3.2 Factores Psicológicos	62
3.2.1 Autoconcepto En La Vejez	62
3.2.2 Transformación Familiar	64
3.2.3 La Perspectiva Del Ciclo Vital	65
3.3 Factores Biológicos	71
3.3.1 El Deterioro Del Cuerpo	72
3.3.2 La Medicalización Del Envejecimiento	73
3.4 Factores Sociales	75
3.4.1 Nacimiento De La Vejez	78
3.4.2 Demografía De La Vejez Y Su Relación Con La Economía	79
3.4.3 Teorías Para El Enfoque De La Vejez	82
3.4.4 Prejuicios En Torno A La Vejez	83
3.4.5 Gerontología	86
3.4.6 Políticas Internacionales Hacia La Vejez	88
3.4.7 La Situación En Argentina	91
3.4.8 Derechos De Las Personas Mayores	93
3.4.9 Respuesta Social De Apertura Hacia La Vejez	96
Capítulo 4: MEMORIA Y VEJEZ	99
4.1. Cambios Cognitivos En El Envejecimiento	100
4.1.1 Envejecimiento Cognitivo Normal Y Con Patología	100
4.2. Memoria	101
4.2.1 Capacidades	102
4.2.2. Memoria Sensorial	102
4.2.3. Memoria A Corto Plazo	103

4.2.4. Memoria A Largo Plazo	104
4.2.5. Memoria A Muy Largo Plazo	105
4.2.6. Contenidos	106
4.3. Validez Ecológica	107
4.3.1 Memoria Para Materiales Y Sucesos Significativos	107
4.3.2. Metamemoria	108
4.4. Factores Que Influyen Sobre La Memoria	109
4.5. Intervenciones	110
SEGUNDA PARTE: MARCO METODOLÓGICO	
Capítulo 5: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION	113
5.1. Preguntas De Investigacion	114
5.2. Objetivos	114
5.2.1. Objetivo General	114
5.2.2. Objetivos Específicos	115
5.3. Hipótesis	115
5.4. Tipo De Estudio	116
5.5. Tipo De Muestra	116
5.6. Instrumentos	117
5.6.1. Test De Orientación Vital Revisado	117
5.6.2. Encuesta	119
5.6.3. Procedimiento	120
Capítulo 6: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	122
6.1. Caracterización De La Muestra	123
6.2. Presentación Y Análisis Del Test Lot-R	123
6.2.1 Puntajes Obtenidos Por El Grupo 1	123
6.2.2 Puntajes Obtenidos Por El Grupo 2	126
6.2.3. Presentación Y Análisis Comparativo Del Lot-R Por Ambos Grupos	128
6.3. Presentación Y Análisis De La Encuesta	129
6.3.1 Estado Civil	130
6.3.2 Ocupación Anterior	131

6.3.3 Salud	132
6.3.3.1 Aspectos Médicos	132
6.3.3.2 Memoria	135
6.3.4. Actividad Social	137
6.4. Discusión De Los Resultados	138
Capítulo 7: CONCLUSIONES	141
7.1. Conclusiones	142
7.2. Consideraciones Finales	145
BIBLIOGRAFIA	146
ANEXOS	153
Anexo 1 Lot-R	154
Anexo 2 Encuesta	155

INTRODUCCIÓN

Las personas en un momento de su vida comienzan a considerarse viejas y se ven a sí mismas como diferentes, en aspectos importantes, de lo que antes consideraban que eran. Si bien hay hechos que a todos le ocurren como el declive de algunas funciones, para algunos esto contribuye a que su personalidad sea frágil e insegura, y que, muchas veces, su conclusión final sea que se ha convertido en un viejo como sinónimo de inservible. Para contrarrestar esta situación, un aspecto importante que permite a la persona mayor vivir con calidad de vida sería ser receptivo con los demás; mantener unas excelentes relaciones con los familiares y amigos, donde el sentimiento y el afecto formen parte integrante de sus vivencias. No basta con que los viejos estén atendidos, cuidados y bien alimentados: es necesario atender a todo lo que no es material, reconocerles su derecho a ser diferentes unos de otros como siempre lo han sido, mantener sus preferencias y opiniones, permitirles ejercer el control que su estado les permita, y tratarles con todo el cariño y el respeto que se necesita y se exige cuando se es más joven evitando la descalificación de ubicarlos en un lugar infantil.

En la sociedad los constantes avances de la ciencia médica han logrado prolongar la esperanza de vida, favoreciéndose que aumente el número de personas que llegan a edades avanzadas. Resulta fundamental que a la hora de pensar en proyectos que ayuden a complementar y dotar a la *cantidad* de años de una mayor y mejor *calidad*, se tengan en cuenta factores que favorezcan la prevención, la promoción de la salud y del bienestar psicológico.

El desarrollo que ha dominado a la psicología a lo largo del tiempo ha estado centrado fundamentalmente en las emociones negativas y en la debilidad humana en general, orientado hacia la patología. En los últimos años, se ha comenzado a producir un cambio en la investigación en psicología, que evidencia una tendencia a abordar las variables positivas y preventivas en lugar de atender únicamente a los aspectos negativos y patológicos. Algunos autores sostienen que en los próximos años, la principal tarea de prevención será estudiar y entender cómo se adoptan esas fortalezas y virtudes, elemento fundamental para la prevención de los llamados desórdenes mentales. Para la psicología positiva hay un extenso campo de acción en todo lo relacionado con la vejez, una etapa de la vida que puede ser muy reforzante, positiva y satisfactoria, y en la que la colaboración del medio ambiente es esencial. Las personas ancianas con más emociones positivas se recuperan mucho antes y mejor de

problemas de salud y tienen más autonomía que las que las experimentan menos. Esta tesina intenta ser una aproximación al compromiso con tal tarea.

El optimismo es visto como un factor clave para la conformación de un cierto nivel de bienestar y felicidad. Tiene que ver con una percepción o expectativa generalizada por parte de las personas, de que el futuro deparará cosas positivas y no necesariamente tiene que ver con un análisis global de la vida en el momento actual. Asimismo, dada la concepción del optimismo como una expectativa o estilo de pensamiento, éste se fundamenta en un estado aprendido. No se puede evitar el sufrimiento inherente a la propia vida, por muy optimista que se sea. Existen injusticias, desgracias, pérdidas y decepciones, y las cosas no suelen coincidir con los deseos de cada uno. Pero todas estas situaciones pueden dotarse de sentido, reducir su impacto, esquivarse y desde luego no incrementarse sin necesidad. Además, lo bueno es que el optimismo, igual que el pesimismo, se aprende, se puede consolidar y ejercitar y sufre evoluciones a lo largo de la vida. El aprendizaje del optimismo, no es, como el de otros muchos procesos, cuestión de disciplina y esfuerzo sino de práctica y de perspectiva.

El propósito de este estudio es medir el nivel de optimismo en un grupo de la población mayor de Godoy Cruz para evaluar los alcances y la incidencia de una actividad preventiva, Talleres de Estimulación Cognitiva, organizados por el Área de Prevención de P.A.M.I. y llevado a cabo en diferentes Centros de Jubilados. Se considera que la confirmación o no de las preguntas e hipótesis de investigación serán relevantes a la hora de enfocar el trabajo psicológico con personas mayores ya sea en forma individual o grupal.

El trabajo está organizado de la siguiente manera:

La Primera Parte constituye el Marco Teórico que se subdivide en cuatro capítulos: "Psicología Positiva", "Optimismo", "Vejez" y "Memoria y Vejez".

La Segunda Parte contiene el Marco Metodológico, dividido en tres capítulos: "Metodología de la Investigación", "Presentación, Análisis y Discusión de Resultados" y "Conclusiones".

La muestra empleada para la realización de la siguiente investigación, es de carácter no probabilística seleccionada de manera intencional, por lo que las conclusiones a las que se arriben serán aplicables sólo a la muestra de trabajo y no podrán generalizarse al resto de la población.

~ 13 ~

PRIMERA PARTE:

MARCO TEÓRICO

~ 14 ~

Capítulo 1:

PSICOLOGÍA POSITIVA

*Las personas desean algo más
que corregir sus debilidades.
Quieren que la vida tenga sentido.
Martin Seligman.-*

Plantear la labor de la psicología desde la Psicología Positiva persigue como meta la comprensión del ser humano desde una perspectiva integradora.

Se busca complementar y enriquecer el modelo vigente de atención psicológica para lograr un abordaje más abarcativo y superador que trascienda el objetivo de atenuar el dolor y el sufrimiento humano, consiguiendo además, mejorar la calidad de vida de las personas, aumentar su bienestar, su desarrollo y crecimiento personal, la satisfacción con la vida y la mirada optimista respecto del futuro.

1.1 RECORRIDO HISTÓRICO

1.1.1 Del Modelo Médico Al Enfoque Salugénico

El ser humano siempre se ha preguntado por el dolor y la muerte luchando contra ellos. Las primeras respuestas estaban en el orden de lo mágico y lo religioso, pero a partir del pensamiento griego, surge un nuevo camino desde la razón, hacia la solución. Desde Hipócrates en adelante, la Medicina lideró esta vía en su afán de detectar y curar los males del cuerpo.

En la evolución histórica llegó el momento en que diagnosticar y curar fue insuficiente puesto que significaba "llegar tarde". De esta manera fue tomando forma la idea de *prevención* de la enfermedad.

Para Toro y Gisbert (1964, citado en Casullo, 2008, 14) la prevención es definida como la acción de anticipar un daño o peligro. Este concepto aparece en el campo de la Medicina al mismo tiempo que se incrementan los conocimientos sobre el origen de las enfermedades. Al ser posible detectar la etiología, se podía también anticipar e impedir la aparición de una enfermedad.

El concepto de prevención se instala con fuerza en los organismos internacionales de salud –OMS, OPS- a partir de la década del 50 del siglo XX. En los años 60 del mismo siglo, G. Caplan define a la *Psiquiatría Preventiva* como: “El cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos que puedan utilizarse para planear, llevar a cabo programas, para reducir la frecuencia en una comunidad de los trastornos mentales de todo tipo, la duración de un número significativo de los trastornos que se presentan y el deterioro que pueda resultar de aquellos trastornos”. (Citado en Videla, M., 1991). Asimismo define a la *prevención* como una acción integral, con tres niveles de intervención, articulada y simultánea:

La *prevención primaria* se orienta a disminuir la incidencia, todavía no ha aparecido el problema y se quiere evitar que aparezca. Introduce el concepto de agentes de salud para la detección y neutralización de las condiciones enfermantes.

La *prevención secundaria* se orienta a disminuir la prevalencia, es decir, la duración de los casos probados de enfermedad, se utiliza como estrategia un diagnóstico precoz y tratamiento efectivo. Se trata de evitar la cronicidad y las secuelas.

La *prevención terciaria* apunta a disminuir la proporción de sujetos con un funcionamiento defectuoso por secuelas en la comunidad, buscando recuperar la capacidad productiva y la posibilidad de reintegración de los mismos.

Como es posible advertir, hasta el momento, el punto central sobre el que gira toda la conceptualización que guía la investigación y la acción, es la enfermedad. La salud solo puede deducirse como ausencia de enfermedad. Sobre estas bases se estructura lo que se conoce como modelo médico.

Este modelo comienza a manifestarse como insuficiente a mediados del siglo XX. Un ejemplo concreto de ello es la definición de salud aportada por la OMS en 1947 como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”.

A partir de los años 80 del siglo pasado, y ya no solo desde la Medicina sino también desde las ciencias sociales, germina el concepto de *promoción de la salud* que anticipa al nuevo modelo: el enfoque salutogénico.

La *promoción* no apunta solo a la evitación de la enfermedad sino fundamentalmente al incremento de la salud y el bienestar general. Por este motivo el

peso de las evaluaciones, decisiones y acciones se comparte entre los profesionales expertos y los recursos de la comunidad toda, siendo los destinatarios no solo los grupos de riesgo sino la comunidad en su conjunto.

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud, durante la *Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud*, celebrada en Ottawa, Canadá, en 1986), marca un hito en el desarrollo de las estrategias de promoción de la salud. Establece que la *promoción de la salud* consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. La carta destaca además, que hay algunos prerrequisitos para la misma entre los cuales están la paz, educación, vivienda, ecosistema estable, justicia social y la equidad. Además, agrega que una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida y que factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos intervienen sobre la salud ya sea en favor o en detrimento de ésta.

Y ya con anterioridad, Aaron Antonovsky (1979), desde el ámbito de la Sociología de la Medicina, postulaba la Orientación Salugénica con fuerte influencia en el modelo de promoción de la salud y en el enfoque salugénico. Establece así, una diferencia entre:

El *modelo patogénico* (génesis de la patología) que se encuentra en la base del modelo biomédico. Considera que la salud y la enfermedad son categorías excluyentes, dejando de lado el estilo de vida, las actitudes frente a la salud, y aspectos relacionados con lo psicosocial y espiritual.

El *modelo salugénico* (génesis de la salud), apareció como un contraste absoluto al paradigma biomédico, y propuso enfocarse en la identificación y promoción de estrategias para recuperar, mantener u optimizar la salud. Establece un continuo entre salud y enfermedad. Busca que el comportamiento se adapte al medio para poder alcanzar la salud, al mismo tiempo que persigue la salud para cada persona concreta. Se interviene actuando tanto sobre el individuo como sobre la comunidad.

1.1.2 Antecedentes de la Psicología Positiva

Como apuntó Peterson (2006, citado en Hervas, 2009, 25), la *Psicología Positiva* tiene un corto pasado pero una larga historia. El interés de estudiar el bienestar y la vida satisfactoria se remontan a la época de la Grecia clásica e incluso antes. Aristóteles, por ejemplo, escribió en profundidad sobre la eudaimonia (i.e., felicidad o plenitud), y sobre cómo la vida virtuosa podía ser la vía para llegar a ella.

Cuando la *Psicología* comienza a constituirse como ciencia independiente en el siglo XIX, presenta dos vertientes de acción estructuradas en base al paradigma científico del positivismo clásico: a) una que hace pie en la investigación experimental; y b) otra que apunta al tratamiento de los trastornos mentales sobre la base del modelo médico. La ciencia psicológica adopta el modelo médico, de merecido prestigio dado sus importantes avances científicos. Asimismo, es posible inferir que tal adhesión responde a su vez a una concepción dualista del ser humano que dominaba el pensamiento occidental: si la Medicina se ocupaba de curar el cuerpo, la Psicología debía ocuparse de manera isomórfica de curar el psiquismo.

El desarrollo teórico e investigativo que ha dominado a la Psicología a lo largo del tiempo ha estado centrado en las emociones negativas, y en la debilidad humana en general, dando lugar a un marco disciplinar sesgado hacia lo patogénico, aspecto que ha incidido en que la psicología sea identificada como psicopatología o psicoterapia (Francoise & Esguerra, 2006). Producto de dicha aproximación, casi exclusiva en lo patológico, la psicología ha desarrollado modelos de intervención eficaces y eficientes para muchos problemas psicológicos, en detrimento del avance en métodos y estrategias para alcanzar y optimizar los recursos y fortalezas de los individuos, aspectos de los que actualmente no se disponen conocimientos sólidos (Vazquez, 2006).

Al parecer este marcado énfasis en lo patológico estuvo influido por la Segunda Guerra Mundial, periodo en el que la psicología se consolidó como una disciplina dedicada a la curación y a la reparación de daños (Seligman & Christopher, 2000), bajo el modelo biomédico dominante en ese entonces. Sin embargo antes de la guerra, los objetivos de la psicología no sólo estaban orientados hacia la curación de los trastornos mentales, sino que sus acciones debían contribuir también, a que la vida de las personas fuera más productiva y plena, lo que implicaba identificar y desarrollar el talento y la inteligencia de las personas. Tras la guerra y por diferentes circunstancias,

estos últimos objetivos fueron rezagados y la psicología se dedicó exclusivamente al tratamiento del trastorno mental y a aliviar el sufrimiento humano (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Seligman y colaboradores (2005) mencionan como antecedentes de la *Psicología Positiva* los aportes del psicoanálisis, el conductismo, el cognitivismo, la psicología humanística y la existencialista para el actual entendimiento de los aspectos positivos de la experiencia humana.

Durante la primera mitad del Siglo XX, lo consciente quedó relegado debido al énfasis puesto por los psicoanalistas en lo inconsciente y excluido por los psicólogos conductistas que sólo se enfocaban en el comportamiento observable y objetivo. Poco después comenzaron a surgir nuevas teorías y conceptos. Entre los más relevantes, se encuentra a Maslow (1954) que introdujo la teoría de la motivación humana e ideas tales como las de necesidades de desarrollo y auto-actualización (self-actualization). Fue este autor quien probablemente haya introducido las bases de Psicología Positiva. Al respecto sostiene que:

La ciencia de la Psicología ha sido mucho más exitosa en lo negativo que en lo positivo. Nos ha revelado mucho sobre las deficiencias del hombre, sus enfermedades, sus pecados, pero poco acerca de sus potencialidades, sus virtudes, sus aspiraciones o su completo desarrollo psíquico. Es como si la psicología se hubiera restringido voluntariamente a solo la mitad de su jurisdicción, y solo a la más oscura y mezquina mitad (Maslow, 1954, p. 354).

Se inaugura así en forma explícita el enfoque salugénico en psicología.

Por su parte, Rogers (1972) a través de su terapia centrada en el cliente desarrolla su creencia de que los individuos tienen el poder de moverse a sí mismos a un mejor funcionamiento describiendo y expresando su auténtico ser. Asimismo, realizó también una gran contribución al estudio del funcionamiento integral de la persona, entendiendo la vida plena como un proceso, caracterizado por la apertura a la experiencia, la tendencia al vivir existencial, la mayor confianza en el organismo y la tendencia a un funcionamiento pleno.

Frankl (1979) desarrolló la técnica terapéutica denominada logoterapia. De acuerdo con ella, la primera fuerza que moviliza al hombre es la lucha por encontrar un sentido a la propia vida, asignando distintos significados a la misma.

A partir de los años 80 del siglo XX, paralela en el tiempo a la emergencia del concepto de promoción en los organismos internacionales de la salud y a la orientación salugénica en la Sociología de la Medicina, la Psicología renueva un progresivo interés por estudiar las dimensiones positivas o salugénicas del ser humano.

1.1.3 Nacimiento de la Psicología Positiva

Oficialmente la historia de la *Psicología Positiva* comienza en 1998 con el discurso inaugural de Martin Seligman como presidente de la American Psychological Association (APA). En dicho discurso Seligman expresa el deseo de que su mandato tenga como misión encauzar el interés hacia una Psicología “más positiva”, vale decir, retomar los objetivos olvidados de esta ciencia tradicionalmente centrada solo en curar la enfermedad: fortalecer y hacer más productiva la vida de las personas normales y promover la actualización del potencial humano. “La psicología no es solo el estudio de la debilidad y el daño, es también el estudio de la fortaleza y la virtud. El tratamiento no es solo arreglar lo que está roto, es también alimentar lo mejor de nosotros” (Seligman, 1998, p.1).

Como expresa Gancedo, M (en Casullo, 2008, capítulo 1), al principio, Seligman enfatizó en la prevención y reunió investigadores destacados en este campo para planificar tareas. Pronto se dio cuenta de que seguía enfocado sobre la enfermedad, ya que el objetivo era meramente evitarla o minimizar sus efectos.

El cambio de perspectiva desde el centramiento en la enfermedad al desarrollo de las potencialidades ya se venía gestando desde otras disciplinas y también en la propia Psicología, en forma más o menos explícita. Su aporte consistió en identificarla, nombrarla, adaptarla a los cánones ortodoxos de la ciencia, organizarla en una estructura programática e impulsar su investigación y difusión.

Con la meta esclarecida, Seligman recurre una vez más al consejo de los expertos, esta vez en temas relacionados con la detección y promoción de potencialidades humanas. Se planifica un programa en base a los siguientes objetivos: a) el estudio de las emociones positivas, b) el estudio de los rasgos positivos personales, y c) el estudio de las instituciones positivas que sustentan las virtudes y fortalezas individuales y sostienen las emociones positivas.

En el año 1999 se realiza en Lincoln, Nebraska, la Primera Cumbre Anual de Psicología Positiva y se definen las siguientes metas:

- ✓ Trabajar en dos ramas complementarias de la ciencia: una que alivie y prevenga el malestar y otra que promueva el bienestar.
- ✓ Enfocar la psicoterapia hacia la identificación e incremento de las fortalezas psíquicas.
- ✓ Desarrollar instrumentos de evaluación que midan las fortalezas psíquicas.
- ✓ Elaborar una currícula para la difusión y la formación profesional en la Psicología Positiva.
- ✓ Realizar campañas de recaudación de fondos para expandir la investigación científica sobre los aspectos psíquicos saludables.

1.2 ASPECTOS DE LA PSICOLOGIA POSITIVA

1.2.1 Definición de Psicología Positiva

El mensaje de la Psicología Positiva, es recordar que la psicología no sólo debe ocuparse de arreglar o mejorar lo que está mal, sino que también debe encontrar las fortalezas y virtudes de las personas para lograr una mejor calidad de vida, un mayor bienestar. Se la define como una rama de la psicología centrada en el estudio de las experiencias positivas y los rasgos individuales positivos, además de las instituciones que facilitan su desarrollo. Su propósito es ampliar el foco de la psicología clínica más allá del sufrimiento y su consecuente alivio (Lee Duckworth, Stenn y Seligman, 2005). Pretende comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las emociones positivas y a las cualidades del ser humano.

Según Seligman y Csikszentmihalyi (2000) antes de la Segunda Guerra Mundial, la psicología tenía tres misiones: curar la enfermedad mental, hacer las vidas de las personas más plenas e identificar y alimentar el talento. Sin embargo, los autores consideran que la única que prosperó hasta nuestros días es el estudio y tratamiento de enfermedades mentales, dentro del cual se han hecho grandes avances. En tanto,

las otras dos misiones, hacer mejor la vida de las personas y fomentar “genios”, han sido completamente olvidadas.

Como afirman Keyes, Shmotkin y Ryff (2002), la Psicología Positiva o Salugénica propone estudiar los comportamientos humanos no en términos de déficits o síntomas sino desde una mirada focalizada en la perspectiva positiva. Con esto no se pretendería trasladar el foco de estudio de lo negativo a lo positivo sino comprender y abordar al ser humano desde una perspectiva integradora concibiendo al individuo como un agente activo que construye su propia realidad.

La Psicología Positiva se define como la ciencia de la experiencia subjetiva positiva, los rasgos individuales positivos, las instituciones y comunidades positivas (Gable & Haidt, 2005; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). De este modo, podría pensarse a la Psicología Positiva compuesta por tres áreas: subjetiva, individual y grupal. El área *subjetiva* refiere al estudio de las experiencias subjetivas valoradas positivamente, como el bienestar y el placer; la *individual* se refiere a las virtudes y fortalezas del carácter moral, como el coraje y la sabiduría; y la *grupal* se refiere a los grupos humanos en relación con los aspectos positivos de los individuos, como las instituciones que favorecen el desarrollo de mejores ciudadanos (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Por su parte, Linley y colaboradores (2006) definen a la Psicología Positiva como el estudio científico de las posibilidades de un desarrollo humano óptimo; a nivel meta-psicológico busca reorientar y reestructurar teóricamente el desequilibrio existente en las investigaciones y prácticas psicológicas, dando mayor relevancia al estudio de los aspectos positivos de las experiencias vitales de los seres humanos, integrándolos con los que son causa de sufrimiento y dolor; en un nivel de análisis pragmático, se ocupa de los medios, procesos y mecanismos que hacen posible alcanzar una mejor calidad de vida y mayor realización personal.

Como se ha visto, la Psicología Positiva estudia las emociones positivas, los rasgos positivos del carácter y las instituciones positivas. Este enfoque supone un giro importante en las ciencias que estudian la mente humana ya que trata los problemas mentales desde una perspectiva diferente, incluyendo las fortalezas del individuo, dirigiendo su atención a aquellas características que permitan aprender, disfrutar, ser generosos, solidarios y optimistas. La Psicología Positiva es un esfuerzo por mostrar la importancia de considerar los potenciales humanos como un factor que puede llegar a ser preponderante en los momentos de crisis, considerando que las crisis son inevitables y necesarias para el desarrollo y madurez del individuo. Por lo tanto, desde la Psicología Positiva se entiende que la psicoterapia debe estimular en el paciente: coraje, habilidades interpersonales, racionalidad, insight, optimismo, honestidad, perseverancia, realismo, capacidad para el placer, para poner los problemas en perspectiva, para encontrar propósito y orientación al futuro. Asimismo debe

reconocer que el ser humano lejos de ser débil, pasivo y/o víctima de las situaciones traumáticas que ocurren en su vida; cuenta con muchos recursos, es activo y fuerte, posee una capacidad de resistir, de adaptarse y salir adelante, de encontrar sentido y desarrollo personal a pesar de la vivencia de adversidades (Calhoun y Tedeschi, 1999; Cuadra & Florenzano, 2003; Keyes & Lopez, 2002; Keyes y Waterman, 2003; Paton et al., 2000; Perez-Sales & Vazquez, 2003; Park 1998; Paton et al., 2000; Prada, 2005; Snyder y Lopez; 2002; Vázquez, Castilla y Hervás, 2008; Vera, 2004; Zuñiga Godoy, 2004).

Los diferentes abordajes en psicología no son antagónicos y muchos psicólogos realizan intervenciones integradas. Como ya se ha mencionado, la Psicología Positiva no pretende negar el sufrimiento ni los aspectos negativos de las personas, sino que intenta dirigirse hacia la complementariedad de enfoques, corrigiendo el desbalanceo que sufrió la psicología en los últimos sesenta años al otorgar una mayor importancia a los aspectos patológicos de las personas. La intervención ideal sería la consideración de ambos enfoques de forma conjunta.

1.2.2 Objetivo de la Psicología Positiva

El objetivo de lo que se ha llamado Psicología Positiva es justamente favorecer un cambio de la psicología, hacia el desarrollo de las fortalezas de las personas. De acuerdo con esto, la principal tarea en esta década, será estudiar y entender cómo se adoptan esas fortalezas y virtudes elaborando intervenciones individuales e institucionales (Seligman & Christopher, 2000).

La labor del psicólogo busca reorientar a las personas para que encuentren la manera de aprender y crecer con su experiencia traumática. Y esto se puede conseguir estudiando no sólo la patología, la debilidad y el daño, sino también la fuerza, la virtud y la capacidad de desarrollo personal, aplicando las bases de la Psicología Positiva a la concepción del trauma, de la dificultad, el daño y la adversidad. Por lo tanto el objetivo de la Psicología Positiva se dirige a investigar acerca de las fortalezas y virtudes humanas; y los efectos de éstas en las vidas de las personas y en las sociedades.

Casullo (2008) destaca que así como históricamente las ideas de Freud acerca de la existencia de procesos inconscientes no negaron la realidad del plano consciente, se trata ahora de ser capaces de integrar una mirada que tome en cuenta el capital psíquico humano con el que cada sujeto cuenta, además de la consideración de sus fallas, fracasos, dolores y carencias. Si bien es misión de la Psicología ocuparse del estudio de problemas en el campo de las patologías mentales, es imprescindible que focalice su quehacer científico y profesional en investigar las estrategias que posibilitan el desarrollo de un proyecto de vida sano, las fortalezas y virtudes, los talentos, superando sus ataduras a un viejo modelo médico centrado solo en el análisis de enfermedades y malestares. No se parte de cero y mucho ya se está llevando a cabo, principalmente en el campo de la Prevención en Salud Pública, la Psicología Social Comunitaria y la Consejería Psicológica (Counseling).

Los temas que propone la Psicología Positiva deben ser abordados en estos distintos niveles de análisis. Interesa el estudio *subjetivo* del bienestar personal, el optimismo, la capacidad de perdonar o de amar de los sujetos. En un nivel *psicosocial* importan temas vinculados con las capacidades o virtudes cívicas, los estilos comunicativos, el liderazgo, los vínculos de apego, las redes de apoyo social, la empatía; desde una mirada *sociocultural* se estudian los valores, las creencias, las prácticas religiosas, la tolerancia, la ética laboral, las ideologías (Casullo, 2008).

1.2.3 Principios filosóficos de la Psicología Positiva

La idea base de la Psicología Positiva es que, aun cuando la desaparición de los trastornos psicológicos produce un alivio para el sufrimiento humano, no implica un mayor bienestar psicológico. Aunque esta línea de pensamiento no es nueva, el aporte de la Psicología Positiva estuvo en ubicar estas ideas en un programa de investigación, intervención y formación profesional con una dirección común.

En el terreno psicológico quizá el antecedente más próximo de la Psicología Positiva como ya se ha expuesto, sean los autores pertenecientes a la psicología humanística y existencial, quienes proponían que la psicología debía ocuparse con igual énfasis en estudiar tanto la enfermedad como las capacidades y potencialidades psíquicas (Gancedo, 2009).

El principio filosófico que mejor representa a la Psicología Positiva es la propuesta del meliorismo. Este movimiento supone una concepción de la persona y de la sociedad y constituye el fundamento de la democracia contemporánea y de los derechos humanos. Sus principios provienen de la tradición pragmática de base norteamericana. Según este pensamiento metafísico, a través de la agencia humana es posible mejorar el mundo en la dirección que se quiere.

James Pawelski plantea que existen dos formas de meliorismo. Uno, más mitigativo, apunta a tener menos de lo que no se quiere y pareciera ser ésta la base del enfoque psicológico clásico. Es decir, consistiría tener menos afectos negativos, menos psicopatología, menos situaciones problema. Por su parte, el otro tipo de meliorismo, más constructivo, consiste en tener más de lo que realmente se quiere tener y ésta es la base del enfoque de la Psicología Positiva. Puesto que la mayoría de las situaciones humanas son complejas, se requieren ambos enfoques del meliorismo (Pawelski, 2007). Ambos tipos de meliorismo serían la base filosófica de los dos enfoques en psicología.

1.2.4 Los pilares de la Psicología Positiva

La psicología positiva se basa en tres pilares: en primer lugar es el estudio de la emoción positiva; el estudio de los rasgos positivos, sobre todo las fortalezas y virtudes, pero también las “habilidades” como la inteligencia y la capacidad atlética; y el estudio de las instituciones positivas, como la democracia, las familias unidas y la libertad de información, que sustentan las virtudes y a su vez sostienen las emociones positivas.

Según Seligman (2002) existen tres formas de acceso para una vida plena. La primera ruta es a través de las emociones positivas o, dicho en términos del autor, la vida placentera o vida agradable (pleasant life). Esta vía es quizás la más conocida, es de corta duración y responde a la noción más comúnmente extendida de felicidad. Consiste en incrementar, la mayor parte del tiempo, la cantidad de emociones positivas para ser feliz, minimizando las negativas. La propuesta es netamente hedonista y considera que la felicidad consiste en tener la mayor cantidad de momentos felices a lo largo de nuestras vidas. Estos momentos felices pueden

alcanzarse en el momento presente, respecto del pasado y también con vista al futuro. Las emociones positivas sobre el pasado incluyen la satisfacción, la complacencia, la realización personal, el orgullo y la serenidad. Las relacionadas con el presente son la alegría, el éxtasis, la tranquilidad, el entusiasmo, la euforia, el placer y la fluidez; emociones a las que la gente se refiere cuando de manera informal, aunque demasiado restringida, habla de “felicidad”. Entre las emociones positivas respecto al futuro cabe citar el optimismo, la esperanza, la fe y la confianza.

En segundo lugar se encuentra la “buena vida” (*good life*). Esta segunda vía se caracteriza por el disfrutar haciendo algo en lo cual se es talentoso. Se trata de identificar esos dones y saber usarlos. Tiene que ver con aspectos relacionados con los rasgos y fortalezas individuales. Es por eso, que desde la Psicología Positiva se trata de identificar los rasgos y fortalezas personales para poder potenciarlos e incrementar la “buena vida”. El placer se deriva del compromiso con la tarea efectiva y con la capacidad de experimentar el flow. Se alcanza el estado de flow cuando una actividad absorbe y se tiene la sensación de que el tiempo se detuvo. Tal vez pueda alcanzarse el estado de flow mediante algún desafío en el trabajo, la lectura de un libro o el tocar un instrumento. Para lograr este estado es necesario que la tarea no sea muy aburrida (porque el estado de flow no se alcanza) ni tampoco muy estresante (porque este estado se pierde). Es una ecuación entre las habilidades personales y las características de la tarea. Si la persona es consciente de sus fortalezas personales (para qué se es bueno y qué se es capaz de hacer), al aplicarlas en una tarea concreta alcanza esa conexión tan particular que se denomina compromiso. Este estado tiene que ver con la clásica distinción entre el placer hedónico y eudamónico de los griegos. El flow se relaciona con este último y consiste en que la gratificación no se da de primera mano cómo en las emociones positivas, sino que exige esfuerzo y trabajo. El logro de la virtud no es una meta final, sino que es un trabajo constante, que muchas veces no resulta placentero.

Mientras que las dos primeras rutas hacia la felicidad se relacionan con cuestiones individuales sin importar demasiado el entorno, la tercera vía de acceso o vida con significado (*meaningful life*) está relacionada con la búsqueda de sentido y esto solo puede entenderse en un contexto global más amplio, es la más duradera de las tres. Esta tercera vía es la aplicación de las fortalezas personales para el desarrollo de algo más importante y amplio que uno mismo: es aplicar las fortalezas para ayudar a los demás y hacer que estos puedan desarrollar sus potencialidades (por ejemplo: obras de caridad, la militancia política, sonreír al vecino, etc). Generalmente este proceso se da a través de las instituciones: la familia, el trabajo, la escuela, la comunidad. En suma, consiste en poner las capacidades al servicio de los demás para obtener significado vital como resultado de este proceso.

Seligman, en *La Auténtica Felicidad* afirma que “la buena vida consiste en emplear las fortalezas personales todos los días para lograr una felicidad

auténtica y abundante gratificación. Es una actividad que puede aprenderse a desarrollar en cada uno de los ámbitos de la vida: el trabajo, el amor y la educación de los hijos. (...) El bienestar que genera el empleo de las fortalezas propias radica en la autenticidad. Pero al igual que el bienestar necesita arraigarse en las fortalezas y virtudes, estas a su vez deben arraigarse en algo superior. Del mismo modo que la buena vida es algo más que la vida placentera, la vida significativa es algo más que la buena vida” (Seligman, 2003, pp. 30, 31).

Las tres rutas mencionadas son complementarias. Si bien las personas pueden alcanzar la vida plena a través de cualquiera de ellas, quienes emplean conjuntamente las tres rutas registran mayor satisfacción. En términos de la Psicología Positiva, la vida placentera da lugar al estudio de las emociones positivas; la vida comprometida está relacionada con el estudio de las fortalezas, las virtudes personales y los estados de flow, y la vida con significado está en relación con las instituciones positivas; este último tópico es el que está conceptualmente menos desarrollado. Los autores del campo de la Psicología Positiva han derivado instrumentos para evaluar los tres componentes de la vida plena; aseveran que también son entrenables, mediante intervenciones específicas (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005; Seligman, Rashid y Parks, 2006).

Recientemente Seligman (2009) agregó un cuarto pilar de estudio: los vínculos positivos (la vida social) como vía de acceso a la felicidad. Esto tiene su origen en las investigaciones sobre bienestar psicológico, que identifican a las personas extremadamente sociables como las más felices.

1.3 CRECIMIENTO Y EXPANSIÓN DE LA PSICOLOGIA POSITIVA

Como campo específico, la Psicología Positiva, en su década de existencia, crece a pasos agigantados. Hay cientos de investigadores alrededor del mundo comprometidos con el estudio de constructos positivos.

Los libros sobre Psicología Positiva aumentan con increíble rapidez. Algunos son de corte más académico, escritos por especialistas, y otros están dirigidos a una audiencia más amplia. Pero lo más importante a destacar es que sin importar el tipo de

público, los autores tienen especial cuidado en que el contenido de los libros tenga una sólida base empírica.

Los programas educativos en Psicología Positiva también se expandieron en todo el mundo. Los graduados de estos programas están comenzando a aplicar la Psicología Positiva en el campo profesional de modos novedosos, trabajando para transformar a los individuos, las escuelas, empresas y otras organizaciones a la luz de la teoría y la práctica de la Psicología Positiva.

Se han fundado asimismo algunas organizaciones académicas para expandir la misión de la Psicología Positiva. La International Positive Psychology Association (IPPA) tiene la misión de “promover la ciencia y la práctica de la Psicología Positiva, y facilitar la comunicación y colaboración entre los investigadores y profesionales de todo el mundo que estén interesados en la Psicología Positiva”.

Entre los muchos emprendimientos se destaca –por su característica de columna vertebral que guía la investigación en su afán de establecer un léxico común, instrumentos de medición y programas de intervención- el estudio realizado por Peterson y Seligman sobre las fortalezas del carácter. Los autores intentan sentar las bases para un Manual de Sanidades que sea el complemento del DSM y el ICD al establecer un vocabulario común sobre los rasgos positivos evaluables.

La Argentina es pionera en cuanto a la investigación y difusión de la Psicología Positiva. María Martina Casullo, líder indiscutida de esta corriente en nuestro país, fue quien hizo posible que tuviera lugar en agosto del año 2006 el Primer Encuentro Iberoamericano de Psicología Positiva en la Universidad de Palermo con representantes de la Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Guatemala, México, Paraguay, Perú, Venezuela y Uruguay. Casullo ha realizado, junto a sus colaboradores, numerosas investigaciones desde el modelo salugénico sobre temas tales como la evaluación del bienestar psicológico, el liderazgo, la capacidad de perdón, la sabiduría o los estilos de apego. Bajo su impulso la Psicología Positiva se inserta también en las universidades argentinas. La Universidad de Palermo cuenta con formación de grado en el tema y un conjunto de académicos investigadores trabajando sobre diferentes aspectos del capital psíquico humano.

Como se ha dicho, la Psicología Positiva ha rebasado ampliamente las fronteras de los EE.UU.. Resulta esperanzador observar cómo los desarrollos en Europa –principalmente los ingleses- y en América Latina –en particular los argentinos- los profesionales colaboran con este proceso de corregir el desequilibrio que ha sufrido la ciencia psicológica en el avance de investigaciones y desarrollo de elementos de evaluación y tratamientos para brindar a las personas la oportunidad de disminuir sus problemas y dolencias aumentando también su bienestar y alcanzando la felicidad.

~ 29 ~

Capítulo 2:

OPTIMISMO

La ilusión de la isla:

En cierta ocasión, se realizó un experimento en el cual se dividió en dos grupos a las ratas del laboratorio, de forma aleatoria. A las ratas del primer grupo las dispuso, una por una, en un gran tanque de agua enturbiada. Tenían que nadar durante un tiempo previamente establecido. Esas ratas eran muy afortunadas, ya que su tanque disponía de una pequeña isla escondida bajo el agua, en la que podían posarse sin tener que nadar. La isla estaba siempre en el mismo lugar del tanque. Sus minúsculas patas tenían asegurado un lugar de descanso cuando fuera necesario.

La misma cantidad de tiempo se asignó del segundo grupo para que nadaran, asimismo, en agua enturbiada. Pero en su tanque no había isla; no había posibilidad de encontrar ningún oasis en medio de la enorme cuba. Tras una serie de baños se sacó del agua a las ratas de ambos grupos, que se encontraban ya sin aliento. Todas descansaron, comieron y se recuperaron, en todos los aspectos, para una auténtica competición entre ellas.

Cuando llegó el gran día, los dos grupos de ratas participaron de nuevo en la experiencia. Una vez más, el investigador las hizo nadar de una en una. Pero en esta ocasión, se hallaban en un tanque carente de isla. Por mucho que nadaran, era imposible encontrar un oasis y dejar de chapotear como locas para mantenerse a flote. El investigador las rescató antes de que desaparecieran bajo el agua. A continuación, tomó cuidadosa nota del recorrido de cada rata y del tiempo que había invertido haciéndolo, antes de retornarlas todas a sus jaulas.

Al repasar el científico el tiempo que cada una había permanecido en el tanque, se llevó una sorpresa. Se dio cuenta de que las ratas afortunadas, las que inicialmente habían disfrutado de la isla, habían nadado aproximadamente el doble de tiempo, buscándola por la zona donde previamente se hallaba. Por el contrario, aquellas que no gozaron de un lugar donde apoyar sus pies cuando lo necesitaban se limitaron a dar vueltas, sin rumbo fijo, alrededor del tanque. Habían descrito círculos similares, carentes de dirección, persiguiendo sus colas en vano mientras buscaban un medio de salvación.

Puede parecer muy rebuscado afirmar que las ratas que disfrutaron de una isla firme en sus chapuzones iniciales eran optimistas. Pero teniendo en cuenta que al principio fueron divididas al azar, ¿de qué otra forma se puede entender que alargaran su búsqueda el doble de tiempo que sus competidoras, en lugar de chapotear sin orden ni concierto por el tanque? ¿No sería el motivo su creencia en algo concreto por lo que nadar? ¿Y no es eso atribuible a las esperanzas positivas arraigadas durante su

experiencia inicial? Si no había ninguna isla en el tanque donde tomaron el segundo baño, parece lógico que lo que las impulso a nadar, en lugar de hundirse fue la creencia en ese oasis; su capacidad para evocar una imagen interior de una isla hacia la que nadar, a medida que la travesía se hacía más dura, aunque esa imagen solo existiese en su imaginación (Vaughan, 2004).

2.1 DOS GRANDES MODELOS EN LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL OPTIMISMO

A partir de que la Psicología comienza a pensarse a sí misma como una disciplina que puede dedicarse a objetivos diferentes de los que tradicionalmente la habían ocupado (aunque no opuestos, sino y como ya se ha mencionado, complementarios) y resuelve ampliar sus posibilidades de intervenir en la vida de las personas, en un sentido ya, denominado “positivo”, comienzan a surgir nuevas variables hacia las cuales dirigir mayor atención e investigación. El optimismo resulta un tópico que ha despertado un gran interés en la comunidad científica lo que ha generado que se realicen numerosos aportes teóricos e innumerables investigaciones para lograr conceptualizarlo de la mejor manera y más completa y profunda posible; para determinar con qué otras variables está relacionado dicho constructo y cómo se producen esas relaciones; para establecer los diferentes aspectos de la vida de las personas sobre los cuales influye y el grado de dicha influencia, etc.

El optimismo comienza a estudiarse con la reformulación de la teoría de la indefensión aprendida elaborada por Abramson, Seligman & Teasdale en 1978, como una forma de explicar las respuestas de afrontamiento a los acontecimientos negativos que les suceden a las personas en sus vidas, postulando la existencia de dos estilos explicativos: el optimista y el pesimista. En un principio, el optimismo puede ser estudiado desde dos perspectivas teóricas diferentes aunque complementarias: la del estilo explicativo pesimista-optimista de Peterson & Seligman (1984), y la del optimismo disposicional de Scheier & Carver (1987) (Remor, Amoros, Carroble 2006; Anadón Revuelta 2006). Aunque existen otros aportes surgidos de la investigación y rastreo para esta tesina que también serán incluidos en el desarrollo de este capítulo.

2.1.1 El Modelo Atribucional de Seligman y colaboradores

2.1.1.1 Fundamentos del optimismo y su definición

El pesimismo se ha constituido para muchas personas como una “teoría de la realidad”. Los niños aprenden esta teoría de sus padres, profesores, medios de comunicación y, a su vez, la transmiten a sus hijos. Pero sucede que el pesimismo no es tan sólo una postura ante las cosas que no aporte mayores efectos. Por desgracia las personas pesimistas tienen una desventaja en relación a las optimistas en tres sentidos: en primer lugar se deprimen mucho más a menudo; en segundo término, obtienen un éxito en los ámbitos de la vida, menor de lo que cabría esperar de su capacidad; y en tercer lugar, su salud física es peor que la de las personas optimistas. Esto hace que valga la pena estudiar a fondo esta variable, comprender como se desarrolla en la persona y como puede también ser susceptible de modificaciones, para generar recursos y herramientas para trabajar en todas las áreas de aplicación de la psicología, fundamentalmente desde la clínica pero también en el ámbito educativo y laboral, y apuntando a una mirada más “macro” en los espacios comunitarios desde los cuales se favorezca a un cambio social.

Seligman (2003) clasifica las emociones positivas en tres categorías. Las *relacionadas con el pasado*: satisfacción, realización personal, orgullo y serenidad. *Relacionadas con el presente*: hay dos clases diferentes; los placeres (pueden ser corporales o superiores), que tienen la característica de ser momentáneos y las gratificaciones, que son más duraderas. Y por último, las *relacionadas con el futuro*: esperanza, seguridad, fe, confianza y optimismo. La esperanza y el optimismo han sido objeto de un número de estudios empíricos cada vez mayor y lo mejor de todo es que son aspectos que pueden desarrollarse. Ambas emociones mejoran la resistencia a la depresión causada por los contratiempos; favorecen el rendimiento laboral, sobre todo en trabajos que constituyen un reto, y la salud física. Pero, ¿Qué es el optimismo?.

Desde la perspectiva de Seligman, en cuanto rasgo de la personalidad, el optimismo depende no sólo de algunas manifestaciones sobresalientes, sino de la frecuencia con la que cotidianamente se elaboran interpretaciones optimistas y de la disposición a actuar consecuentemente. El optimismo podría definirse entonces, como una tendencia relativamente estable a realizar un tipo particular de atribuciones en situaciones y dominios distintos, la tendencia a mantener un cierto tipo de Estilo Explicativo para los sucesos de la vida.

2.1.1.2 Estilos explicativos

Es característico de los pesimistas que: - tienden a pensar que las cosas malas serán eternas, o por lo menos, han de durar muchísimo, - socavarán cuanto se propongan hacer - y todo ha de ser por la propia culpa. Los optimistas, que deben enfrentarse con los mismos golpes de este mundo, e igualmente duros, piensan de manera completamente opuesta en lo que se refiere a desdichas: - tienden a pensar que la derrota es solo un contraste pasajero, - que sus causas se reducen a esa única circunstancia, - no atribuyen los contrastes a su propia culpa (son producto de la mala suerte, los provocan otros o sencillamente suceden), - no se desconciertan frente a la derrota. Enfrentados a una mala situación, perciben que allí se le presenta un reto y lo intentan otra vez con más energía (Seligman, 1999).

Estas ideas acerca de pesimismo y optimismo aportadas por Seligman se desarrollan en la Teoría sobre el Optimismo defendida por Peterson y Seligman (1984). Es una teoría de carácter atribucional puesto que plantea que la base del optimismo no reside en las frases positivas o imágenes de victoria, sino en el modo como uno piensa en las *causas*. Cada persona posee unos hábitos al pensar sobre las causas de los acontecimientos de la vida, un rasgo que se denomina “Estilo Explicativo”. El estilo explicativo se desarrolla en la infancia y, si no se da una intervención explícita, dura toda la vida.

Estas dos formas de considerar las causas tienen sus consecuencias, literalmente cientos de estudios demuestran que los pesimistas se rinden más fácilmente y se deprimen con mayor frecuencia. Esos experimentos prueban también que a los optimistas les va mejor en los estudios, en el trabajo y en el deporte.

Sobrepasan regularmente los pronósticos de las pruebas de aptitud. Gozan en general de salud buena y envejecen bien, mucho más libres que el común de las personas, de los males físicos propios de la edad. La evidencia sugiere asimismo que podrán vivir más tiempo (Seligman, 1999).

Para explicar el por qué ocurren los acontecimientos buenos o malos existen tres dimensiones: duración, alcance, personalización que también pueden encontrarse en la bibliografía denominadas con algunos sinónimos como estabilidad, globalidad, internalidad o como permanencia, penetración y personalización. Así por ejemplo, ante los hechos negativos que ocurren, por una parte, está el *Estilo Explicativo Pesimista*: que tiende a atribuirlos a causas internas a sí mismo, considerando esas causas *estables* en el tiempo, y además no como algo ocasional, sino con un efecto *global* en todos los ámbitos de la vida. Por otra parte, está el *Estilo Explicativo Optimista*: que, admitiendo los hechos negativos, tiende a considerar que éstos son debido a causas *externas* a sí mismo, que son ocasionales, es decir, *inestables* en el tiempo y, además, son *específicos* de ese ámbito concreto que afecta. De este modo, las personas optimistas tendrían estilos explicativos caracterizados por las dimensiones de externalidad, inestabilidad y especificidad, mientras que las pesimistas estarían caracterizadas por las dimensiones de internalidad, estabilidad y globalidad (Hernández-Guanir, 2009; Remor, Amoros, Carrobles 2006; Revuelta, 2006; Seligman, 1999).

Como Seligman (1999) expresa, durante el desarrollo de la teoría del desamparo aprendido y la difusión de la misma como un importante factor de riesgo para la depresión, comenzaron a surgir inconsistencias que llevaban a refutaciones y críticas por parte de algunos colegas. Estas críticas fueron escuchadas y bien atendidas por Seligman. En su refutación John Teasdale había dado por sentado que dos de cada tres personas se tornan desamparadas, pero, una de cada tres resistía: por duras que fuesen las circunstancias a que se vieran sometidas, por muy inclinados al desamparo que pudieran sentirse, no se rendían. En opinión de Teasdale, la solución se reducía a lo siguiente: de qué manera las personas se explicaban a sí mismas los contratiempos que pueden padecer. Según él entendía, los que se formulan determinado tipo de explicación se convierten en presa del desamparo. Enseñarles a modificar sus explicaciones podría resultar una efectiva manera de tratar su depresión.

Fue entonces que se abrieron dos líneas de investigación. La primera en Oxford, con John Teasdale. El propósito de Teasdale estaba enderezado hacia la terapia, de manera que se discutía cómo cambiar la teoría mientras se exploraba la posibilidad de tratar la depresión modificando la forma en que los depresivos se explicaban a sí mismos las causas de los contratiempos. La segunda línea de investigaciones tuvo lugar con Abramson y Garber, de vuelta en filadelfia, y adquirió su carácter debido al fuerte interés de Lyn en la etiología (las causas) de la enfermedad mental, sobre cómo el estilo explicativo de las personas podía ser causa de depresión y desamparo.

El enfoque se aproxima a una denominada teoría de atribución de Bernard Weiner, pero difería de ella en tres cosas. En primer lugar, el interés estaba en los *hábitos* de la explicación, no solamente en la explicación que alguien suministra con respecto a sus fracasos, sosteniendo que había allí una cosa llamada *estilo* de explicación. En segundo lugar, allí donde Weiner había hablado de dos dimensiones de la explicación (permanencia y personalización) la nueva teoría de Seligman con Teasdale y Abramson introducía una tercera dimensión denominada penetración. En tercer lugar, en tanto Weiner se interesaba por los logros, las realizaciones, esta reformulación dirigía la atención hacia la enfermedad mental y la terapia.

A continuación se desarrollarán las tres dimensiones cruciales que conforma el estilo explicativo: permanencia, penetración y personalización.

✓ *Permanencia*: Los que se dan por vencidos a las primeras de cambio son personas convencidas de que los contratiempos que les ocurren son permanentes. Es decir, que los malos momentos persistirán, estarán siempre allí, para arruinarles la vida. Los que se resisten al desamparo creen que las causas de los contratiempos son temporarias. Al considerar las cosas en términos de *siempre* y de *nunca*, se les confiere características duraderas (es lo que hacen los pesimistas), por el contrario, si se piensa en términos de *algunas veces* y de *últimamente*, entonces se recurre a los condicionamientos, y se culpa de los malos momentos a condiciones transitorias, lo que es propio de un estilo optimista. El estilo optimista para explicar los buenos sucesos es exactamente al revés del estilo empleado para explicar los malos. Los que creen en las cosas buenas como provenientes de causas permanentes son más optimistas que quienes creen que esas causas son temporarias. Los optimistas se explican las cosas buenas que les suceden en términos de causas permanentes: características, habilidades, *de siempre*. Los pesimistas se refieren a causas transitorias: humor, esfuerzos, *de algunas veces*. Aquellas personas en cuya opinión las cosas buenas son obra de causas permanentes se esfuerzan todavía más cuando logran éxitos. Los que entienden que las razones de que pase algo bueno son temporarias pueden entregarse incluso cuando les va bien, porque creen que el éxito se debió al azar. El pronóstico en la dimensión de *permanencia* determina cuanto tiempo estará la persona considerándose vencida. Las explicaciones permanentes para los sucesos malos producen desamparos larguísimos y las explicaciones temporarias causan resistencia.

✓ *Penetración: Específica vs. Universal*. Las personas que formulan explicaciones *universales* para sus fracasos se rinden ante cualquier cosa que les pase cuando padecen un contraste. Las que tienen explicaciones *específicas* pueden ser desamparadas en esa parte de sus vidas, y seguir como si nada en los demás aspectos de su vida. El pronóstico de la penetración refiere que las explicaciones universales producen desamparo en muchas situaciones y las explicaciones específicas lo hacen solamente en el sector perturbado. Se puede decir que el estilo explicativo optimista

para las cosas buenas es lo contrario del que corresponde a las malas. El optimista entiende que los hechos desagradables o decididamente malos que puedan sucederle son fruto de causas específicas, en tanto las cosas buenas le servirán para fortalecer cuanto haga; el pesimista cree que lo malo tiene causas universales y que las cosas buenas obedecen a factores específicos.

✓ *Personalización: Interna vs. Externa:* Cuando a una persona le ocurre algo malo tiene dos opciones, o bien se culpa a sí misma (internalizar), o le echa la culpa a los demás o a las circunstancias (externalizar). Los que se culpan a sí mismos cuando fracasan en algo tienen, en consecuencias, una autoestima muy baja. Piensan que no valen gran cosa, si es que valen algo, que carecen de talento y no pueden reclamar afecto de nadie. Los que echan las culpas a lo exterior no pierden la autoestima cuando pasan un mal rato. En líneas generales, gustan más de sí mismos que los otros. El estilo optimista para explicar los buenos sucesos es todo lo contrario del que se usa para los malos: es interno más bien que externo. Las personas que creen ser capaces de causar cosas buenas tienden a gustar más de ellas mismas que quienes tienen la convicción de que las cosas buenas vienen de otros o son producto de las circunstancias.

2.1.1.3 Indefensión aprendida

Un fenómeno que constituye el núcleo causal del pesimismo es el sentimiento de impotencia, de desamparo. Se trata de un estado de cosas, de una situación donde nada que la persona pueda elegir habrá de afectar lo que le ocurra.

El recién nacido no puede hacer cosas por sí mismo, se encuentra en el mayor de los desamparos, es más bien producto de reflejos y los últimos años de una vida normal suelen implicar algo así como una regresión a los años de impotencia. Ese largo periodo que se extiende entre la infancia y los últimos años es un proceso que consiste en emerger del desamparo más impotente a la adquisición del control personal. El control personal se refiere a la capacidad para modificar cosas según los actos voluntarios; es precisamente lo contrario de la impotencia.

El modo de pensar en torno de este dominio de la vida puede, en realidad, acentuar o reducir el control que se tiene sobre él. El solo pensar “nada que pueda

hacer tiene importancia” es suficiente para impedir que se actúe. Cuando se sobrestima el grado de impotencia para proceder, siempre habrá otras fuerzas que tomen el control y modelen el futuro.

Sin embargo, los modos de pensar no tienen por qué ser permanentes. Uno de los hallazgos más significativos hechos por la psicología es que los individuos pueden elegir su manera de pensar. Las teorías dominantes en psicología modificaron su enfoque en los últimos años de la década de 1960 para pasar de la fuerza del medio a las expectativas, preferencias, elecciones, decisiones, control y desesperanza individuales.

Vinculados con la teoría del control personal hay dos conceptos de gran importancia: el desamparo aprendido y el estilo explicativo: *Desamparo aprendido* es la reacción de darse por vencido, sin aceptar ninguna responsabilidad como consecuencia de creer que cualquier cosa que se pueda hacer carecerá de importancia. *Estilo explicativo* es la forma que, por lo general, la persona elige para explicarse a sí misma por qué suceden las cosas. Es el gran modulador del desamparo aprendido. Un estilo explicativo optimista pone un freno y detiene al desamparo, en tanto un estilo explicativo pesimista no hace sino diseminar el desamparo.

En un experimento de condicionamiento pavloviano con perros que resultó fallido, algo mucho más significativo se produjo. En la parte inicial de la prueba, por puro accidente, aquellos perros habrían aprendido, porque así se lo habían enseñado, a sentirse desamparados. Es decir, que nada que pudieran hacer tenía alguna importancia. Así que, ¿para qué hacer algo?. Y si los perros podían aprender algo tan complejo como es la inutilidad de sus actos, allí tenía que haber una analogía con el desamparo humano (Seligman, 1999).

La hipótesis de trabajo era que la razón de que aquellos perros se vieran afectados era el desamparo, y que si esta reacción se podía aprender también se podría desaprender. Esta hipótesis se basa en el supuesto de que casi todo el comportamiento voluntario está motivado por lo que se espera que ha de resultar del comportamiento.

Donald Hiroto, un estudiante de la Universidad del Estado de Oregon, llevó a cabo un experimento similar con seres humanos. Según los descubrimientos de Hiroto, una de cada tres personas a las que trataba de inculcar su impotencia no sucumbía. Era algo fuertemente significativo. Porque también uno de cada tres de los perros no había dado muestras de total desamparo al no poder intervenir en la interrupción de la corriente. Pero, además, la prueba de Hiroto tuvo otro resultado fascinante: alrededor del diez por ciento de las personas que no recibieron ninguna clase de shock, simplemente se sentaron en la “caja” desde el principio, no se movieron, no intentaron nada para acallar el ruido cada vez más permanente. Esto, una vez más establecía un fuerte paralelismo con los experimentos en animales. También en ese caso, uno de

cada diez animalitos se había dado por vencido de entrada. Una nueva curiosidad surgió. ¿Quiénes se daban por vencidos de inmediato y quiénes eran los que nunca se rendían? ¿Quién sobrevive cuando trabaja sin llegar a nada o cuando lo rechaza alguien muy amado? ¿Y *por qué*? Estaba claro que algunas personas no prevalecen; como perritos desamparados, se acurrucan. Y otros sí prevalecen; al igual que los indómitos sujetos del experimento, se rehacen, siguen viviendo quizás en peores condiciones que antes, se las arreglan para ir adelante y reconstruir. Resulta que el notable atributo de la recuperación frente a la derrota no era un rasgo innato, podría adquirirse. Todos estos estudios fueron despertando la creencia de que la indefensión podía relacionarse con el pesimismo y con una patología de gran prevalencia, depresión.

Hasta no hace mucho solo existían dos formas de pensar aceptadas en lo referente a depresión: la psicoanalítica y la biomédica (Seligman, 1999). El depresivo se desprecia a sí mismo, se considera inútil y sin valor alguno, y quiere matarse. El depresivo, decía Freud, aprende a odiarse a sí mismo en el regazo de su madre. Ante un inevitable abandono casual según lo ve el niño, le causa ira. Pero en razón que la madre es demasiado amada como para convertirse en blanco de la ira, el niño se vuelve hacia otro blanco que le resulta aceptable, que es él mismo. A partir de entonces, cada vez que el abandono vuelve a aparecer, se indigna con él y no con el verdadero perpetrador de lo que causó su ira. El autoaborrecimiento, la depresión como reacción frente a una pérdida, el suicidio; es la cadena de eventos que se suceden según esta visión. Lo que Freud prescribe para aniquilar la depresión es someterse a psicoanálisis, para conseguir el descubrimiento de lo que originó en la infancia que las iras del niño se descargarán sobre sí mismo.

El otro punto de vista respecto a la depresión es el biomédico. La depresión, dicen los psiquiatras de la escuela biológica, es una enfermedad del cuerpo. Proviene de un defecto bioquímico heredado que causa un desequilibrio de la química cerebral. Esos psiquiatras tratan la depresión con drogas y terapia electroconvulsiva. Algunas depresiones parecen ser el resultado de un mal funcionamiento cerebral y en alguna medida son heredadas y por ello muchas depresiones responderán (muy lentamente) a las drogas antidepresivas pero se trata de victorias sólo parciales. Tanto las drogas antidepresivas como la corriente eléctrica de elevado voltaje pasando a través del cerebro pueden tener lamentables efectos secundarios. Lo peor de todo es que el enfoque biomédico convierte en pacientes a personas esencialmente normales y las hace dependientes de fuerzas externas: píldoras. Las drogas antidepresivas no son causantes de adicción pero ocurre que cuando un paciente mejora lo suficiente como para dejar de recibir la droga y suprime el tratamiento, la depresión muy a menudo vuelve. Además, el paciente que ha mejorado con la administración de drogas no puede creer que él sólo sea capaz de mejorar o curar, no cree en su capacidad de labrarse la propia felicidad ni en la posibilidad de actuar con visos de normalidad; tiene

que dar todo el crédito a las pastillas. Las drogas antidepresivas son un ejemplo de la sociedad sobremedicada en que se vive, tan bueno como el uso de tranquilizantes para devolver la paz mental o de los alucinógenos para ver la belleza. En todos esos casos, problemas emocionales que podrían solucionarse merced a la propia habilidad y con la voluntad de la persona para actuar, se dejan en manos de un agente externo para que éste los resuelva.

La opinión de Seligman al respecto es que la mayoría de las depresiones se inicia con problemas del diario vivir y con modalidades específicas de pensar acerca de esos problemas. Por lo tanto la causa de la mayor parte de las depresiones sería según él, psicológica. A partir de esta idea construye el modelo del desamparo aprendido sosteniendo que las fuentes del desamparo aprendido era la experiencia pasada, experiencias en las que habían aprendido que nada de lo que pudieran hacer tendría algún efecto y que sus respuestas no servirían para lograr lo que querían. Esas experiencias les enseñaban que en el futuro y en nuevas situaciones, tampoco cuanto pudieran hacer les significaría algún resultado positivo.

Si bien todas las personas pueden experimentar momentáneamente el desamparo cuando algo malo les pasa; el desamparo adquirido se convierte en depresión plena cuando el que tiene un fracaso o un contraste es un pesimista. En las personas optimistas el fracaso no produce sino una breve desmoralización. El estilo explicativo pesimista, consiste en una cierta clase de explicaciones para los sucesos negativos que reúne las características de ser personal, permanente y penetrante. Cuando alguien explica un fracaso de manera permanente y penetrante, lo que está haciendo es proyectar el fracaso del momento al futuro y a nuevas situaciones, cualesquiera sean. Además si cree también que hay una causa personal, entonces también habrá de sufrir su autoestima. Un desamparo adquirido de larga duración equivale a depresión. Si las cosas son así, se puede concluir que el pesimismo constituye un factor de riesgo para la depresión. Tras varios estudios se determinó que el pesimismo puede ser la antesala de la depresión y permite hacer un pronóstico (Seligman, 1999).

A pesar de todo, el desamparo aprendido se puede curar demostrando al sujeto que sus propios actos pueden hacer que las cosas funcionen. También puede curarse enseñándole que piense de manera distinta acerca de las causas de su fracaso.

2.1.2 El modelo de Carver y Scheier

Scheier y Carver (1987) definen el optimismo como la expectativa o creencia estable, generalizada, de que en la vida ocurrirán cosas positivas y el pesimismo se corresponde a la expectativa de que sucedan acontecimientos desfavorables. Tales expectativas se consideran, además, como disposiciones que permanecen estables, como rasgos, por lo que Scheier & Carver hablan de “optimismo disposicional”. Esta definición se enmarca en el modelo de autorregulación de conducta, de Carver y Scheier (1981), que asume que cuando surgen dificultades las expectativas favorables incrementan los esfuerzos de las personas para alcanzar los objetivos y las expectativas desfavorables reducen tales esfuerzos, a veces hasta el punto de desentenderse totalmente de la tarea (Salgado Lévano, 2009; Vera-Villarroel et al, 2009; Hernández-Guanir, 2009; Palomar Lever, Victorio Estrada, Matus García; Carver, 1987).

2.1.2.1 Definición e Historia

Los conceptos de optimismo y pesimismo se refieren a las expectativas acerca del futuro. Estos conceptos tienen vínculos con siglos de sabiduría popular, y también a una clase de teorías psicológicas de la motivación. Dichas teorías sugieren una base lógica para algunas de las formas en que el optimismo y el pesimismo influyen en el comportamiento y las emociones de las personas.

La idea que sostienen las teorías de la motivación tiene que ver con que el comportamiento está dirigido a la consecución de objetivos deseados (Carver y Scheier, 1998). Las metas son las acciones, estados finales, o los valores que la gente ve como deseable o indeseable. La gente trata de adaptar su comportamiento a lo que consideran deseable y de mantenerse alejados de lo que ven como indeseable. Conforme a esta orientación teórica, a menos que haya un objetivo valioso, ninguna acción tiene lugar. El otro concepto central es la expectativa, un sentido de confianza o duda acerca de la consecución de la meta. Si una persona carece de la confianza no hay acción. Las personas sólo actúan si tienen la suficiente confianza en el esfuerzo que realizan para conseguir un objetivo. Estas ideas se aplican a los valores específicos

y también a los conceptos de optimismo y pesimismo. En este último caso, el sentido de la "confianza" es más amplio en su enfoque.

A partir de estos principios devienen muchas predicciones acerca de optimistas y pesimistas. Al enfrentarse a un desafío, los optimistas son confiados y persistentes, incluso si el progreso es lento y difícil. Los pesimistas son más dudosos y vacilantes. La adversidad incluso exagera esta diferencia. Los optimistas creen que la adversidad puede ser manejada con éxito, los pesimistas esperan desastres. Esto puede dar lugar a diferencias por ejemplo en acciones relativas a los riesgos de salud, tomando precauciones en circunstancias de riesgo y la persistencia en el intento de superar las amenazas para la salud. También puede dar lugar a diferencias en el afrontamiento, las respuestas que la gente despliega cuando se enfrenta a una amenaza, como un diagnóstico de cáncer (Carver et. al., 1993).

Las respuestas de comportamiento son importantes, pero el comportamiento no es la única respuesta cuando las personas se enfrentan a la adversidad. Las personas también experimentan emociones en tales situaciones, que reflejan tanto la angustia como el desafío. El equilibrio entre tales sentimientos difiere entre los optimistas y los pesimistas. Debido a que los optimistas esperan buenos resultados, son propensos a experimentar una mezcla más positiva de sentimientos. En cambio, dado que los pesimistas esperan malos resultados, experimentan más sentimientos negativos como ansiedad, tristeza y desesperación (Carver, 2006).

El optimismo puede presentar semejanzas con otros constructos como la autoeficacia, el control personal, la esperanza, pero a su vez presenta particularidades que lo hacen ser un concepto diferenciado.

Dos constructos que están estrechamente relacionados entre sí son el sentido de control y el sentido de eficacia personal. Estos conceptos tienen fuertes connotaciones de expectativas de resultados deseados, como lo hace el optimismo. Sin embargo, hay una diferencia en los supuestos acerca de cómo se espera que los resultados deseados se produzcan. La autoeficacia es un concepto en el que el "yo" como un agente causal es primordial. Si la gente tiene expectativas de autoeficacia alta, presumiblemente, creen que sus esfuerzos personales (o habilidades personales) son lo que va a determinar el resultado. Lo mismo es cierto del concepto de control ya que cuando la gente se ve a sí misma como teniendo el control, creen que el resultado deseado se producirá a través de sus propios esfuerzos personales.

En contraste con este énfasis, el optimismo tiene una visión más amplia del potencial causal que supone su esfuerzo. Las personas pueden ser optimistas, y esto puede deberse a diferentes motivos como el talento o porque son muy trabajadores, porque se consideran a sí mismas como personas bendecidas, porque son afortunados, porque tienen amigos en los lugares adecuados, o bien, cualquier combinación de éstos u otros factores que producen buenos resultados. Con lo cual quiere dejarse en

claro que no necesariamente el único esfuerzo importante sea el que realiza la propia persona, también hay factores externos que cobran relevancia.

Otro concepto que se asemeja al optimismo, y que tiene su propia sustancia en la literatura, es la esperanza. Se dice que la esperanza tiene dos partes. Una parte es la percepción de que existen los caminos que la persona necesita para llegar a sus metas. La segunda parte es el nivel de confianza de la persona de ser capaz de utilizar esos caminos. La confianza es una dimensión similar al optimismo, aunque con más sugestión de la agencia personal. El componente de la vía de acceso es una cualidad que el concepto optimismo no aborda. Sin embargo, si una persona ve muchos caminos para un determinado resultado deseado puede ser especialmente probable que se mantenga persistente si un determinado camino hacia su meta está bloqueado.

2.1.2.2 Teorías de la personalidad

Dado que Carver y Scheier describen al optimismo como un rasgo estable de la personalidad, es preciso tener un acercamiento a la concepción que estos autores sostienen del término “personalidad” así como las diferentes teorías o perspectivas que ellos exponen como modos de estudiar este constructo uno de los cuales (el de autorregulación de la conducta) se ofrece como marco de comprensión de su concepto “optimismo disposicional”.

Una razón por la que la gente suele utilizar el término personalidad parece ser el deseo de transmitir un sentido de *coherencia* o *continuidad* de las cualidades de alguien. Otro motivo es transmitir la idea de que cualquier cosa que las personas hagan, piensen o sientan se *origina en su interior*. Además, el término personalidad también se emplea porque transmite la noción de que unas cuantas características sobresalientes pueden resultar en una especie de resumen de cómo es la persona. En definitiva, el concepto de personalidad transmite un sentido de coherencia, causalidad interna y distintividad personal y eso lleva a que estas cualidades sean incorporadas en casi todas las definiciones de personalidad (Carver y Scheier, 1997).

La definición de personalidad que aportan Carver y Scheier se basa en una adaptación de la que propusiera Gordon Allport (1961): *La personalidad es la*

organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que crean patrones característicos de conducta, pensamientos y sentimientos. Carver y Scheier (1997, 5)

Esta definición recalca varios aspectos de la personalidad: - tiene una *organización*, - es activa, tiene *procesos*, - es un concepto psicológico, pero está intrínsecamente unida al cuerpo *físico*, - tiene una *fuerza causal*; ayuda a determinar la forma en la que el individuo se relaciona con el mundo, - se muestra en *patrones*, recurrencias y coherencias, - se muestra de una de *varias maneras*, en conductas, pensamientos y sentimientos, etc.

De todo lo expuesto se destacan dos ideas implícitas que representan temas importantes en el estudio de la personalidad. Uno de ellos atañe a la existencia de **diferencias individuales**. Como se ha dicho, una de las razones para emplear el término personalidad es identificar los rasgos que definen al individuo, lo que no sería posible si éstos no variaran de unos a otros. El otro tema tiene que ver con lo que se conoce como **funcionamiento intrapersonal**. Esta expresión hace alusión a la existencia de un conjunto de procesos dentro del individuo a los que Allport se refería como la “organización dinámica” de los sistemas. Esto quiere decir que la personalidad no es como un sello que la persona estampa en cada situación que enfrenta, sino que existen mecanismos o procesos que lo llevan a actuar de la manera en la que lo hace. Estos procesos producen un sentido de continuidad interior, *incluso si el sujeto actúa de manera diferente en circunstancias distintas*. Es decir, que aun si los resultados son diferentes en situaciones disímiles, los procesos comprendidos son los mismos.

Es posible observar que las teorías de la personalidad desarrolladas con los años caben en diversos grupos a los que Carver y Scheier (1997) se refieren como “perspectivas” de la personalidad, las mismas serán descritas a continuación:

✓ La *perspectiva de las disposiciones*: se basa en la idea de que la gente tiene cualidades (disposiciones) relativamente estables que se presentan en diversas situaciones. Aunque en apariencia tales disposiciones se muestren de manera distinta, de algún modo están profundamente arraigadas en la persona. Desde este punto de vista, la naturaleza humana es un conjunto de cualidades relativamente permanentes en el interior de cada quien. Los dos temas principales en la base de la perspectiva de las disposiciones son: La noción de que las disposiciones de la gente son cualidades relativamente estables y duraderas, que forman parte de ella. El segundo es la idea de que la personalidad consiste en la intersección o acumulación de distintas disposiciones que difieren de un individuo a otro. Ambas suposiciones son importantes para la perspectiva de las disposiciones, pero los teóricos las tratan de manera diferente. Una aproximación a las disposiciones subraya su mera existencia, se concentra en las tentativas por medirlas y catalogarlas de un mejor modo para alcanzar una comprensión más clara de las dimensiones importantes de la

personalidad y elaborar mejores formas de ubicar a los individuos en esas dimensiones. Esta aproximación es la de “rasgos y tipos”. Otra forma de conceptualizar las disposiciones consiste en considerarlas como características motivacionales duraderas cuya fuerza varía entre los individuos. Tales diferencias en los motivos que están como trasfondo de las acciones de la gente se reflejan en las diferencias de las cualidades de personalidad que muestran en su conducta. Esta aproximación se denomina de “necesidades y motivos”.

- ✓ La *perspectiva biológica* subraya el hecho de que los seres humanos son criaturas biológicas. El punto de vista biológico es muy parecido a las teorías de las disposiciones, aunque con un énfasis diferente. La aproximación biológica afirma que la personalidad humana tiene una base genética, que las disposiciones de cada persona son heredadas. Algunos teóricos sugieren que la existencia de varias cualidades de la conducta humana obedece precisamente a que tienen propósitos evolutivos. Otra parte de la perspectiva biológica contemporánea proviene de la idea de que comprender la personalidad significa entender el funcionamiento del cuerpo. Este aspecto de la perspectiva biológica se concentra en el efecto que el sistema nervioso y las hormonas tienen sobre el tipo de persona en la que cada quien se convierte. El ser humano, es una criatura biológica; pertenece al reino animal y lleva consigo características asociadas de pertenencia a dicho reino: comer, beber, respirar, etc. también lo afectan otras fuerzas, menos evidentes, que surgen de su naturaleza animal. Algunas teorías de este grupo son vagamente biológicas, mientras que otras están vinculadas en forma explícita a estructuras y procesos biológicos. En la orientación biológica destacan dos corrientes generales. Los teóricos del primer grupo atienden preferentemente a la idea de que las características de la personalidad están determinadas de manera genética. El interés de este grupo se ha concentrado en la identificación de las características de la personalidad y la conducta social en las que influye la herencia. Estos teóricos ocupan una posición intermedia entre la perspectiva biológica y la perspectiva de las disposiciones. Muchos de estos investigadores también están interesados en la idea más general de que las cualidades humanas que se denomina como personalidad son consecuencia de las presiones evolutivas que dieron lugar a la especie humana. El segundo aspecto de la perspectiva biológica es la idea de que la conducta humana es producida por un sistema biológico complejo y que los procesos biológicos que lo componen son un reflejo de nuestra organización como criaturas vivientes. Según esta orientación, es de esperar que muchos fenómenos biológicos (como el sistema nervioso y el sistema hormonal) influyan en la conducta y la experiencia de la gente.
- ✓ La *perspectiva psicoanalítica* tiene una visión muy distinta del mundo. Se basa en la idea de que la personalidad es un conjunto de fuerzas internas que compiten y están en conflicto. La dinámica interna de esas fuerzas (y la forma en la que la conducta surge de ellas) constituyen el núcleo de esta perspectiva. Desde este punto de vista, se considera que la naturaleza humana es un agregado de presiones internas que a veces trabajan en conjunto y otras están en conflicto. Un tema del psicoanálisis, que

dio lugar al término “psicodinámico”, es la idea de que la personalidad es un conjunto de procesos que están en movimiento permanente. En ciertas ocasiones, estos procesos trabajan en armonía; en otras, lo hacen en oposición. Los conflictos de los elementos de la personalidad a menudo son inconscientes, al igual que muchas de las motivaciones humanas. Otro tema en la perspectiva psicoanalítica es la idea de que la experiencia humana está imbuida de lascivia y de agresión, de sexualidad y de muerte. La importancia que Freud concedió a la sexualidad se extendió a sus ideas sobre el desarrollo de la personalidad. Otro tema de la perspectiva psicoanalítica es que las experiencias tempranas tienen una considerable influencia sobre la naturaleza de la personalidad. Otro tema que distingue al pensamiento psicoanalítico es que la defensa es un aspecto importante del funcionamiento humano. El último tema de la perspectiva psicoanalítica es la idea de que la salud mental depende del equilibrio entre las fuerzas en la vida de cada cual. La moderación y el equilibrio entre estas fuerzas proporcionan la experiencia vital más saludable.

- ✓ Se ha denominado *neoanalítica* a la siguiente perspectiva, aunque en cierto sentido, las teorías neoanalíticas no constituyen realmente una perspectiva propia. Todas se derivan de la teoría psicoanalítica por lo que se podría argumentar que su origen las hace variaciones de aquella perspectiva. Por otro lado, esas teorías han evolucionado de manera que las hacen muy disimiles de la teoría freudiana, por lo que puede afirmarse que ya no comparten la visión del mundo de ésta. Las ideas que forman parte del núcleo de la perspectiva neoanalítica atañen al yo (ego) y a su desarrollo, así como a la importancia de las relaciones sociales para la personalidad y su funcionamiento. Entre los teóricos psicodinámicos “postfreudianos” existe gran diversidad de opiniones. Por otro lado hay al menos dos temas que muchas comparten. Muchas teorías neoanalíticas dirigen su atención específicamente a la naturaleza y el funcionamiento del yo. En conjunto, estas teorías resaltan la existencia y el desarrollo de ciertos procesos del yo. Tienden a prestar más atención a la forma en que opera que al contenido de los problemas y situaciones que enfrenta. Sin embargo, otro grupo de teorías neoanalíticas abordan de manera más cercana la cuestión de las situaciones cruciales en los intercambios del yo con el mundo. En general, los teóricos de este grupo han sostenido que las principales tareas del yo giran en torno a la naturaleza y la calidad de las relaciones del individuo con los demás. Concentra su atención en la forma en la que el yo interactúa y es afectado por otros individuos y en la matriz social y cultural.
- ✓ La siguiente es la del *aprendizaje*, inicia con una concepción de la naturaleza humana en la que lo primordial es el *cambio*, más que la coherencia, de la conducta. Es decir, la cualidad más evidente de la naturaleza humana, desde el punto de vista del aprendizaje, es que la conducta humana cambia sistemáticamente como resultado de la experiencia. Dado que existen diversos aspectos del aprendizaje, hay diferentes teorías que relacionan este proceso con la personalidad, aunque comparten una sola metateoría. La experiencia modifica a las personas, y lo hace de acuerdo con leyes predecibles. Esta es la suposición principal que fundamenta a la

perspectiva del aprendizaje sobre la personalidad. Desde este punto de vista, la personalidad sería el conjunto acumulado de las tendencias aprendidas por el individuo en el curso de su experiencia. Muchos de los investigadores adscritos a esta corriente suponen que los procesos de aprendizaje son “universales”, es decir, que los mismos principios son generales y se aplican prácticamente en todas las especies. Asimismo, consideran que el aprendizaje comprende un conjunto de cogniciones que desempeñan una función importante en el comportamiento. Se discute si la conducta es “controlada”; particularmente, si dicho control ocurre en el interior del individuo o si lo ejercen acontecimientos y procesos que tienen lugar en el exterior. Sin embargo, hay un tema constante en las dos variantes de la perspectiva del aprendizaje: que los cambios conductuales son predecibles y que ocurren como resultado de la experiencia. Por extrapolación, la personalidad también debería ser susceptible de moldeamiento, pulida y civilizada por los acontecimientos que abarca la historia única e individual de cada quien.

- ✓ La perspectiva fenomenológica, cuyas raíces son constituidas por dos ideas principales. La primera es que la experiencia subjetiva de cada cual es importante, valiosa, significativa y única. Para esta perspectiva, resultan de vital importancia la individualidad y el hallazgo del propio camino a la autoperfección y que todos pueden avanzar en esa dirección ejerciendo su libre voluntad para hacerlo. La autodeterminación es una parte importante de esta perspectiva, y su noción resulta central para este punto de vista de la naturaleza humana. Para la versión fenomenológica, la personalidad humana es, por una parte, asunto de la unicidad interna y, por otra, de lo que el individuo decida hacer de él mismo. Cada individuo es un ser único. No hay dos que hayan compartido exactamente la misma orientación hacia la vida. La perspectiva fenomenológica de la personalidad tiene sus raíces en la unicidad del marco de referencia de cada quien. Uno de sus temas fundamentales es que la experiencia subjetiva de la realidad es de extrema importancia. Este énfasis en lo subjetivo y lo personal sugiere que la realidad “objetiva” carece de importancia. Otro punto que caracteriza a la perspectiva fenomenológica es la noción de que la gente puede, y de hecho debe, determinar por sí misma como ha de ser su vida. La autodeterminación (o libre voluntad) es una parte de la naturaleza humana que debe ser ejercida por cada individuo que decida hacerlo. La última posición de esta perspectiva es que los seres humanos son intrínsecamente buenos y que tienden a la perfección. De acuerdo con ello, en la naturaleza humana está implícito un progreso constante hacia una mayor salud, autosuficiencia y madurez. Las teorías que componen esta perspectiva son, por ende, optimistas. La perspectiva fenomenológica de la personalidad está representada por dos tipos de teorías que generalmente se tratan por separado de acuerdo con los temas que destacan. Algunos de los teóricos ponen mayor énfasis a la autodeterminación y la naturaleza positiva del ser humano. Otros teóricos conceden mayor importancia a la naturaleza subjetiva de las percepciones y cogniciones que la gente tiene de la realidad, y

afirman que literalmente se crea para uno mismo un mundo único y personal de experiencia.

- ✓ La última perspectiva, denominada de *autorregulación cognoscitiva*, sostiene que los procesos cognoscitivos son fundamentos importantes de la personalidad. Muchos de los estudiosos de los procesos cognoscitivos adoptan una metáfora que considera a la naturaleza humana como una especie de máquina. Según esta metáfora, el sistema nervioso es una computadora orgánica gigantesca con reglas de toma de decisiones y patrones de almacenamiento y uso de la información que, en cierto sentido, recuerdan a las computadoras actuales de silicón y metal. La personalidad refleja, entonces, cierto tipo de procesos de información. Otro aspecto de este punto de vista es que se considera a la gente como un sistema autorregulado que establece metas y supervisa el progreso de las mismas. Las aproximaciones adoptadas por los teóricos que trabajan en esta perspectiva incorporan al menos tres suposiciones básicas. La primera y más general es que comprender la conducta humana significa comprender la forma en que la gente trata o procesa la información que le rodea. La información le llega en piezas muy pequeñas, pero no las experimenta de esa manera. No ve manchas no relacionadas de color, ve una pared; no escucha trozos inconexos de ruido, escucha una canción. Para tener esas experiencias es necesario que integre y organice las piezas de información que el medio le proporciona. De esa función proviene el término *procesamiento de información*. La segunda suposición que está en la base de esta explicación de la personalidad es que el flujo de la vida consiste en una trama elaborada de decisiones, de las cuales algunas se toman conscientemente pero su mayor parte se hace de manera implícita, fuera de la conciencia. Estas dos suposiciones son el fundamento de las teorías cognoscitivas que se ocupan de la forma en que se organiza la mente y, a partir de esto, se estructura la personalidad. La tercera suposición que fundamenta a esta perspectiva es que la conducta humana está intrínsecamente dirigida a metas. Esta explicación de la personalidad supone que la gente actúa de manera muy parecida, que asume (o crea) metas, da los pasos que la acercan a ellas y supervisa su progreso en la dirección deseada. De esta caracterización de la conducta proviene el término *autorregulación*. Según esta postura, todos los actos humanos están al servicio de la obtención de una u otra meta.

2.2. OTROS APORTES ACERCA DE LA DEFINICIÓN DEL OPTIMISMO

Del rastreo realizado para esta tesina se obtuvo una gran afluencia de definiciones del concepto de optimismo y de aportes teóricos que se presentan a continuación:

En su estudio Salgado Lévano (2009) mencionan diferentes definiciones de optimismo. Por un lado, Peterson (2000) plantea que el optimismo puede ser considerado como una característica cognitiva (una meta, una expectativa o una atribución causal) sensible a la creencia en ocurrencias futuras sobre las cuales las personas tengan fuertes sentimientos.

De acuerdo a Gillham, Shatte, Reivich y Seligman (2001, citado en Salgado Lévano, 2009) el optimismo incluye las expectativas de control sobre los resultados de las propias acciones, las expectativas sobre la posibilidad de alcanzar resultados positivos en el futuro, así como un cierto componente de eficacia personal.

Según Grimaldo (2004) el optimismo constituye un aspecto que media entre las situaciones externas, ya sean físicas o sociales, y la interpretación que la persona hace de estas situaciones. Así pues, la orientación optimista de la vida permite responder positivamente frente a situaciones adversas, críticas e inclusive traumáticas, permitiendo la posibilidad de enfrentar y superar dichas dificultades.

Según Segertrom (1993, citado en Grimaldo Muchotrigo, 2004) existen dos tipos de optimismo: el optimismo disposicional y el optimismo situacional. El primero de ellos se refiere a la manera constante de enfrentar los hechos en la que se da la generalización de expectativas positivas de obtener buenos resultados, es decir, es un estilo de enfrentar la vida que involucra una disposición positiva. Por otro lado, el optimismo situacional constituye un mecanismo que surge frente a un evento estresante y que permite enfrentar de mejor forma dicho evento. No es una disposición o manera de enfrentar la vida de forma constante, sino que se da frente a una situación particular, generalmente una situación estresante.

Para Avia & Vasquez (1999) el optimismo es una dimensión de la personalidad relativamente estable, que está determinada en parte por la herencia y también por experiencias tempranas, pero es posible en etapas maduras aprender a ver las cosas de otra manera. Diferencian entre un optimista incondicional al que consideran una forma de escape patológico; una forma de optimista blando que puede en ocasiones hacer perder un tiempo precioso para llevar a cabo otras estrategias más protectoras; y finalmente, definen un optimismo inteligente que es una forma realista de ver las cosas, ya que la vida tiene múltiples significados que cada cual va construyendo a lo largo de su existencia y colectivamente a lo largo de la historia.

Giménez Hernández (2005) plantea que ser optimista no es sinónimo de vivir en un mundo lleno de ilusiones o de fantasías, sin ningún soporte en la realidad. En ocasiones esta idea viene reforzada por la creencia errónea de que las personas tienen una visión más realista de lo que sucede, porque, ¿no es más real pensar de forma pesimista cuando en el mundo suceden tantas injusticias, guerras y situaciones adversas? La respuesta es no. La persona optimista tiene una visión ajustada de la realidad y es capaz de darse cuenta de las desventajas de una decisión o de la gravedad de un problema. No vive en un mundo en el que todo es rosa, aunque se esfuerza en buscar la tonalidad. La diferencia estriba en que también es capaz de encontrar aspectos positivos que le permitan tomar decisiones, enfrentarse a los problemas y superar dificultades.

Ser optimista no significa que se sea en todas las situaciones o circunstancias, aunque sí se puede hablar de una tendencia hacia el optimismo que es la que protegería de la adversidad y permitiría seguir desarrollando actitudes positivas y saludables. Las creencias optimistas son limitadas (no las utilizan más allá de donde se puede), estratégicas (ayudan a las personas a encontrar sus objetivos y a usarlos selectivamente) y “responsivas” (están ajustadas a las características de la situación).

El optimismo también implica ilusión. “No te hagas ilusiones” suele ser una expresión habitual y un consejo de los más generalizados. Bueno, ¿pues por qué no?, ¿Por qué no confiar en que las cosas van a salir bien? Lo más probable es que haya tantas posibilidades de que vayan bien las cosas como de que no. El optimismo conlleva una dosis importante de ilusión, de confianza, de esperanza. Sin esa ilusión es posible que se realicen muy pocos cambios. La ilusión del optimismo implica planificación de objetivos y sistematización de recursos y esfuerzos para lograrlo. El optimismo al que se hace referencia no confía en las soluciones mágicas, pero sí en el esfuerzo y en la posibilidad de que las cosas pueden ser diferentes.

Ser pesimista también puede tener matices. En ocasiones, algunas personas encubren su optimismo con lo que se ha denominado “pesimismo defensivo”, es decir, prefieren ponerse en lo peor o esperar malos resultados porque de esta manera se sienten mejor preparadas para afrontar los acontecimientos estresantes. Normalmente, una persona con esta tendencia no espera un buen resultado aunque lo más probable es que así se dé porque ha hecho todo lo posible para conseguirlo.

Ser optimista quiere decir apreciar, valorar, estimular, honrar; reconocer lo mejor de una persona, situación o experiencia y, en general, del mundo que nos rodea; aumentar el valor; prestar atención y afirmar las fuerzas, éxitos y potenciales presentes y pasados de esas personas, situaciones o experiencias; identificar y prestar atención a las cosas que dan la vida (salud, vitalidad, excelencia) a los sistemas vivos; tener esperanza; tomar la determinación de hacer planes con la intención de alcanzar objetivos; ejercer el control intencionado y confiado sobre la vida.

Vaughan (2004) expresa que el optimismo guarda relación con la capacidad para construir y sostener una ilusión. Esta capacidad es el resultado de una serie de procesos psicológicos internos que puede mejorarse con la práctica: un conjunto de maniobras psicológicas a través de las cuales cambiar la propia perspectiva, dar un nuevo enfoque a la visión de las cosas. Si el optimismo fuera en realidad una característica innata, poco se podría cambiar en ese aspecto. El optimismo es el fruto de un proceso interno de construcción de ilusiones, un proceso próximo al aprendizaje. Esto debe alegrar ya que con la práctica todos pueden lograrlo.

La capacidad para el optimismo depende también de la confianza en poder experimentar emociones de diversa índole sin quedar atrapados en ellas. Los optimistas se permiten a sí mismos sentirse tristes cuando ven sufrimiento a su alrededor, pero aun así, tienen la seguridad de que hallarán la felicidad en la próxima esquina. En cambio, los pesimistas a menudo se preocupan por adelantado de cuando les llegará su próximo bajón; a veces incluso contribuyen a precipitarlo, a base de buscar continuamente indicios de que se están acercando al punto álgido de su estado anímico, previo a su caída en picada.

El optimismo surge como consecuencia de un sentido interno de control sobre el propio estado anímico, una especie de sentimiento autónomo de confianza, por el que la persona se puede fiar de su capacidad para regular los propios estados anímicos. En contraste, el pesimismo se presenta cuando no se está tan seguro de esa capacidad para modular el humor de forma efectiva, cuando los propios mecanismos de regulación emocional no parecen dignos de confianza.

El optimismo requiere que la persona se vea a sí misma bien dispuesta emocionalmente para abordar los retos y las inclemencias de la vida. Los optimistas creen en su fortaleza. Esta perspectiva, a su vez, les permite ver el vaso medio lleno, en lugar de medio vacío. Pero esta actitud no refleja sino la totalidad, la suma de esos pequeños momentos que oscilan entre el optimismo y el pesimismo. No se trata de una característica estable, permanente e inamovible. Y eso es bueno, porque significa que incluso pequeños cambios en la capacidad de autorregulación pueden conducir a grandes diferencias en el número de horas diarias que se experimente un estado emocional agradable y tranquilo.

Avia (2009) intenta eliminar las visiones ingenuas y casi siempre vacías, con que suele adornarse el término de optimismo rechazando la perspectiva que considera al optimista como un ser iluso al que se opone, no el pesimista, sino ni más ni menos que el realista, el que ve las cosas como son, ni mejores ni peores, el que se enfrenta a las cosas mismas, sin juicios ni expectativas. Destaca errores conceptuales que se dan muy a menudo sobre el optimismo inteligente, algunos de los cuales se mencionan a continuación:

El optimismo no es una ofensa a los que se enfrentan a la dureza de la vida. Para quienes están viviendo situaciones trágicas, auténticos dramas, el optimismo puede parecer una frivolidad. Sin embargo, la investigación ha mostrado que es precisamente en estas situaciones cuando el optimismo aflora, por muy paradójico que pueda parecer. Reconocer estos hechos ayuda a confiar en las capacidades y posibilidades de las personas, y a no suponer que ante cualquier situación de dolor inesperado, van a necesitar ayuda psicológica. La mayoría encuentra en sí mismo una forma de manejarlo, y sólo una pequeña parte requiere ayuda externa.

El optimismo no depende sólo de los genes. La creencia de que el optimismo puede estar determinado por la herencia es en parte correcta, pero no lo es asumir que quien no ha sido muy favorecido en su dotación genética, no tiene ninguna posibilidad. El optimismo, igual que el pesimismo, se aprende, se puede consolidar y ejercitar y sufre evoluciones a lo largo de la vida.

El optimista, como todos los seres humanos, sufre y se entristece. No se puede evitar el sufrimiento inherente a la propia vida, por muy optimista que uno sea. Existen injusticias, desgracias, pérdidas y decepciones, y las cosas no suelen coincidir con los propios deseos. Pero todas estas situaciones pueden dotarse de sentido, reducir su impacto, esquivarse y desde luego no incrementarse sin necesidad.

En la vida diaria, el optimista inteligente es aquel que, sin habérselo propuesto explícitamente, trabaja para su propio beneficio, anticipando que el futuro le depara más posibilidades de las que en principio podría parecer que tiene y revelando una visión “benéfica” de la vida. La investigación ha mostrado que esas expectativas a menudo sirven como profecías autocumplidas, y producen un efecto en el medio, personal e interpersonal, que le lleva a encontrarse con mejores resultados y más ocasiones favorables que los que anticipan fracasos y dificultades. Estudios realizados en diferentes áreas y con poblaciones “vulnerables” (niños maltratados, ancianos, mujeres desesperadas, enfermos terminales, cuadripléjicos, supervivientes de traumas y desastres naturales y sociales) muestran, muchas más veces de lo esperable, una entereza y una capacidad de recuperación, incluso de desarrollo que hace pensar que el ser humano posee muchas más capacidades, recursos y fortalezas que las que han supuesto muchos modelos psicológicos.

2.3 INVESTIGACIONES REALIZADAS SOBRE OPTIMISMO Y SU RELACION CON OTRAS VARIABLES PSICOLOGICAS

Las distintas investigaciones han analizado cómo la variable optimismo influye y se relaciona con otras variables psicológicas y con algunas enfermedades físicas. Los resultados de diferentes estudios sugieren un efecto positivo del optimismo sobre el bienestar psicológico y físico, el afrontamiento conductual y, además, parece ser un buen predictor de la enfermedad, tanto psicológica como física (Anadón Revuelta, 2006; Salgado Lévano, 2009):

Uno de los trabajos de Scheier y Carver (1985) destacó que el optimismo se asociaba negativamente con el informe de **síntomas de malestar físico** (las personas consideradas como optimistas al principio del estudio también eran aquellas que señalaban tener menos síntomas físicos del malestar a lo largo del tiempo). Otro estudio de los mismos autores pero, realizado con pacientes sometidos a **operaciones de by-pass** encontró que el optimismo ejerce un gran efecto sobre el bienestar de los pacientes, tanto durante como inmediatamente después de la operación. Los optimistas mostraron tener una recuperación más rápida y presentar menos complicaciones médicas que los pesimistas (Scheier y Carver, 1989). Se obtuvieron resultados similares con **mujeres con cáncer de mama**, en el cual las que puntuaron alto en optimismo se sentían menos angustiadas frente al diagnóstico que las pesimistas (Scheier y Carver, 1993).

Por su parte, Remor, Amoros y Carrobles (2006) también hallaron que las personas que manifestaban tener un mayor grado de **malestar físico** (retrospectivo a la última semana) eran aquellas que presentaban como característica personal ser más pesimistas que optimistas. El estudio sugirió que un perfil optimista está asociado a una menor vulnerabilidad a la experiencia de problemas de salud. Por otra parte, y en la misma línea, los pesimistas presentaron mayor frecuencia e intensidad de malestar físico, informaron de mayor experiencia de emoción de ira (sentimiento, expresión física y expresión verbal de ira), más expresión interna de ira y rasgo de ira en comparación con los optimistas.

Librán (2002) plantea que el optimismo disposicional, valorado por el Test revisado de Orientación Vital (LOT-R) es un predictor independiente de las variables como neuroticismo o afectividad negativa y que, por lo tanto, puede tener una asociación fiable con algunas de las **estrategias de afrontamiento**.

Se puede señalar que el optimismo disposicional, valorado mediante el cuestionario LOT-R, parece tener una aceptable validez predictiva sobre los distintos estilos de afrontamiento. Además, parece confirmarse la idea de que el optimismo disposicional está directamente relacionado con estrategias de afrontamiento positivas y negativamente relacionado con estilos de afrontamiento que podrían

considerarse como negativos. No obstante conviene señalar que la relación se establece en doble sentido, como una interacción. Por otra parte, conviene señalar como dice Lazarus (1991), que el afrontamiento es más bien un proceso y no tanto un rasgo. Es decir, que las estrategias de afrontamiento no serían elementos fijos de la personalidad, sino que las personas utilizarían distintos tipos de afrontamiento dependiendo tanto de cual sea su estrategia preferida como de cuales sean las demandas adaptativas de cada situación.

De acuerdo a los resultados obtenidos en su estudio Salgado Lévano (2009), se ha hallado que existe una relación directa, altamente significativa entre **resiliencia, felicidad y optimismo** en estudiantes de quinto año de secundaria de dos colegios nacionales de la ciudad de Lima. El tipo de relación establecida habría sido de orden asociativo y no causal.

Vera-Villaruel y Guerrero (2003) realizaron un estudio cuyo objetivo fue estudiar las relaciones entre optimismo y habilidades de resolución de problemas sociales. Los resultados del estudio mostraron que en relación con la orientación positiva a los problemas existe una clara diferencia entre los sujetos dependiendo de su grado de optimismo. Así, los sujetos pesimistas presentan menor orientación positiva que los sujetos normales y optimistas. De la misma forma, se encontró una diferencia entre los sujetos pesimistas y optimistas en relación con la solución racional de problemas, donde los sujetos pesimistas presentan menos habilidades de este tipo que los sujetos optimistas.

Adicionalmente, Vera-Villaruel y cols. (2012) sostienen que el optimismo sería un factor clave para la conformación de un cierto **nivel de bienestar y felicidad**. Plantean que el concepto de optimismo no tiene límites en el tiempo como el concepto de felicidad, pues su definición hace mención a expectativas positivas acerca de la ocurrencia de eventos positivos futuros y no necesariamente tiene que ver con un análisis global de la vida en el momento actual. Además, dada la concepción del optimismo como una expectativa o estilo de pensamiento, éste se fundamenta en un estado aprendido (Avia & Vásquez, 1999; Seligman, 1999), a diferencia del bienestar, constructo del que no se tiene evidencia actual acerca de su aprendizaje.

2.4 EL OPTIMISMO COMO RECURSO PSICOLOGICO

En los últimos años, la investigación de los recursos psicológicos que favorecen la salud y el bienestar ha experimentado un aumento considerable. Esto permite la identificación y evaluación de qué recursos psicológicos tienen los individuos y cómo éstos pueden contribuir al afrontamiento de las adversidades. Asimismo, permite describir las variables consideradas como recursos psicológicos, que pueden actuar como factores protectores y cómo potenciarlas para aumentar los beneficios asociados a éstos a los fines de la prevención y la promoción de la salud y de una mejor calidad de vida para las personas (y esto está directamente relacionado con el objetivo de la Psicología que apunta a mejorar la vida de las personas).

Se propone que desde un punto de vista etiológico e integrador operarían los factores biológicos como factores predisponentes, a partir de los cuales operarían los factores psicológicos en el ser humano, los procesos de aprendizaje, modelamiento y socialización. La propuesta teórica planteada, a partir de la evidencia empírica expuesta, sugiere que el nivel de bienestar tanto subjetivo como psicológico (que determinan los estados emocionales y neurofisiológicos) estarían influenciados previamente tanto por el nivel de optimismo (variable factible de aprendizaje) como por la mediación de afectos positivos. En este sentido el optimismo sería la variable causal principal que influiría en mayor cantidad de experiencias positivas y por lo tanto de emociones positivas a lo largo de la vida. El experimentar mayor cantidad de afectos positivos a través del tiempo y esencialmente a través de muchos años determinaría finalmente un mejor bienestar posterior. En este sentido los afectos positivos mediarían la relación entre el optimismo y el bienestar y sus consecuencias dada la condición previa optimista. Esta formulación insta una aproximación a un modelo etiológico y causal respecto al bienestar, que incluye una propuesta de explicación acerca de los mecanismos y variables relacionadas en estos procesos, así como de los beneficios que producen los estados y afectos positivos en conjunto (Vera-Villarreal y cols. 2012).

Seligman (1999) expresa que la vida causa los mismos contratiempos y las mismas tragedias tanto a optimistas como a pesimistas, pero los primeros sabrían soportarlo mejor. Según se ha visto ya, el optimista se rehace de su derrota y, si bien con algunas pérdidas, se recompone para volver a luchar. El pesimista, en cambio, se deshace, se rinde y cae en depresión. Merced a su elasticidad, el optimista alcanza mejores resultados en lo que hace, sea el trabajo, la escuela o el campo de juegos, goza de mejor salud y puede vivir más.

La buena noticia es que los pesimistas están en condiciones de aprender los mecanismos de que se sirve el optimismo y mejorar de manera permanente su calidad de vida. Hasta los optimistas pueden beneficiarse con ese aprendizaje. Convertirse en optimista consiste en adoptar un conjunto de maniobras acerca de cómo *hablarse a sí*

mismo cuando tiene que soportar algún contratiempo. Se aprende un optimismo flexible que apunta a acrecentar su control sobre su modo de considerar la adversidad.

Hasta ahora, quien era pesimista no tenía otra elección que no fuera seguir viviendo en el pesimismo. Ahora tiene cómo elegir. Si aprende optimismo podrá escoger el uso de sus técnicas cada vez que las necesite. Lo que tiene ahora es más libertad, una elección adicional. El hecho de aprender a ser optimista no erosiona su sentido de los valores ni su juicio. Más bien lo deja en libertad de utilizar una herramienta que le servirá para alcanzar los fines que se ha propuesto.

El objetivo no es un optimismo ciego, sino flexible e inteligente. Teniendo la posibilidad de ser capaces de recurrir al agudo sentido de la realidad que tienen los pesimistas cuando sea necesario, pero sin necesidad de seguir eternamente encerrados en su oscuridad.

A partir de todo el material expuesto no caben dudas de los beneficios que trae mantener una visión optimista de la vida y lo que es mejor, integrar los modelos existentes. Es decir, aprovechar el optimismo que algunos poseen como un rasgo relativamente estable de su personalidad e inculcarlo a través del aprendizaje de estrategias cognitivo-conductuales en aquellos que no. De esta manera se estará contribuyendo a que las personas tengan una visión más positiva de la vida, afronten y resuelvan mejor los problemas que ésta les plantea, se prevengan enfermedades físicas y psicológicas como la depresión y los síntomas de malestar físico, se obtengan mejores resultados en tratamientos de patologías y posquirúrgicos, se promueva mayor felicidad y bienestar.

~ 56 ~

Capítulo 3:

VEJEZ

El problema no es la longevidad, sino la falta de preparación de los *Individuos*, las *Familias*, la *Sociedad* y el *Estado* para el envejecimiento activo.

El fenómeno del envejecimiento poblacional plantea la necesidad de adaptarse a una realidad que es nueva tanto para los individuos, como para la sociedad. Desde una perspectiva individual, la tarea que enfrenta una persona mayor es la de “aprender a ser viejo”. Pocos están preparados para ello y, como consecuencia, se enfrentan de manera ineficaz a los aspectos, ya sean positivos o negativos, asociados a su nuevo estado vital.

Desde tiempos remotos, la prolongación de la vida ha sido una de las metas de la humanidad. En la actualidad, en casi todos los países del mundo, la esperanza de vida al nacer ha aumentado considerablemente, produciéndose un incremento de la proporción de adultos mayores en la comunidad. Esta situación ha provocado un importante cambio social. El gran desafío para las próximas décadas será cómo vivir más y mejor.

A través de este trabajo se pretende aportar algunos elementos para colaborar a un envejecimiento activo, creativo y feliz, en oposición a la antigua visión del envejecer como sinónimo de enfermedad o como una acumulación de ellas; por el contrario, con la firme creencia de que esta es una hermosa etapa de la vida que se necesita conocer, valorar y planificar para vivirla en plenitud.

3. 1 ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso largo que comienza al nacer y finaliza con la muerte. Desde el punto de vista individual, es ineludible, todas las personas envejecen. Si bien la edad física (cronológica) es una variable importante, no es la única, puesto que no todas las personas envejecen o cambian físicamente al mismo tiempo sino que la historia de vida, su salud, educación, trabajo, nutrición, relaciones familiares, etc., diferencian a las personas en la vejez. Por lo tanto, debemos distinguir entre la

definición cronológica de la vejez (la edad en años) y la construcción social que se realiza de ella. (Roqué, 2010)

Amico (2009) expresa que el envejecimiento es un proceso histórico, dinámico, gradual, natural e inevitable, en el que se dan cambios a nivel biológico, psicológico y social, que está rodeado de muchas concepciones falsas, de temores, de creencias y mitos.

Por su parte Cornachione Larrínaga (2006) ya habría enunciado que el envejecimiento humano es un proceso que está caracterizado por la diversidad. Menciona entre los factores más significativos que determinan esta diversidad: la herencia genética, el estado de salud, el status socioeconómico, las influencias sociales, la educación, la ocupación laboral desempeñada, las diferencias generacionales y la personalidad. Por lo tanto, la vejez ya no puede ser entendida como una etapa homogénea para un conjunto de personas que comparten la misma edad cronológica o con una situación similar en términos de jubilación. El estudio de la vejez durante muchas décadas ha sido abordado desde una perspectiva centrada en el derrumbe, en la decadencia y en la decrepitud. Sin embargo, reducir el envejecimiento humano a una de sus dimensiones, la biológica, o extender en forma abusiva e inadecuada los criterios asociados al envejecimiento biológico, dificultan en forma significativa su comprensión.

Vassallo y Sellanes (2000) asienten a esto y en su trabajo plantean al envejecimiento como un proceso dinámico y multidimensional que opera fisiológicamente a lo largo de la vida de los seres humanos y está influido por diversos factores endógenos y exógenos que, en su conjunto, contribuyen a incrementar progresivamente la tasa de mortalidad específica para la edad. Esto implica aceptar que no es ni una enfermedad ni un error evolutivo, sino un proceso con múltiples causas cuyo resultado, la vejez, es tan heterogéneo en sus manifestaciones unitarias como lo son los seres humanos sujetos de las mismas. Allí mismo citan a Hall (1884) quien propone una integración de las diversas teorías contemporáneas que intentan explicar el envejecimiento a partir de un enfoque biológico y formula el siguiente modelo: Dada una situación biológica ideal, cada ser humano tendría una fuerza genética individual y primigenia que le permitiría cursar su ciclo de vida con una trayectoria óptima y previsible. A lo largo de la vida, desde su concepción hasta su muerte, pero más particularmente en la segunda mitad del ciclo, al concluir la fase de crecimiento, los cambios ambientales endógenos, las presiones inherentes al estilo de vida, la nutrición, el medio ambiente y los errores metabólicos serían limitantes del proceso de desarrollo y de la longevidad máxima potencial. Algunos de estos factores alcanzan a todos los organismos, en tanto que otros pueden afectar solo algunos. Asimismo, mientras que algunos son inevitables, otros son evitables, reversibles o bien se encaminan *per se* a la compensación de sus propios efectos.

Al entender el envejecimiento como un proceso fisiológico diferenciado de la enfermedad, se puede avanzar hacia un modelo menos complejo que permite un abordaje más práctico y útil en la atención de quienes envejecen, tratando de distinguir si los cambios observados en el curso de la vida tienen o no que ver con mecanismos patológicos, sobre los cuales se puedan ejercer acciones preventivas o correctivas, así como la factibilidad y la legitimidad de la promoción de la salud para la tercera edad.

Se pueden distinguir cuatro variedades básicas de envejecimiento:

✓ *EL ENVEJECIMIENTO USUAL O PRIMARIO*: se refiere al de las personas que llevan habitualmente una vida activa en la comunidad, sin sufrir enfermedades o procesos patológicos diagnosticados, como demencias, depresiones u otros. Está caracterizado por un deterioro orgánico gradual, fruto del efecto combinado de la enfermedad y del estilo de vida sobre el proceso de envejecimiento intrínseco, coincidente con el deterioro común del estado de salud que usualmente se asocia con la vejez. Acaso sea más adecuado hablar en este caso de una “salud práctica habitual para la edad cronológica”, ya que los que se incluyen en esta variedad no están enteramente exentos en su mayoría de algunas dolencias crónicas, pero las mismas no tienen gran impacto en su capacidad funcional cotidiana, en tanto ha mediado una adaptación exitosa en lo individual y lo social.

✓ *EL ENVEJECIMIENTO EXITOSO*: se refiere a las personas (un número progresivamente creciente del grupo de los adultos mayores más jóvenes –de 60 a 75 años-) con un envejecimiento óptimo, en el que se observa sólo el deterioro funcional y sensorial atribuible al proceso de envejecimiento, y ni la enfermedad ni los efectos adversos del medio ambiente y los estilos de vida incrementan o complican el deterioro esperable. La mayoría de los autores sostiene que este envejecimiento ideal es multidimensional e implica la existencia de cambios prevenibles o reversibles en el proceso de envejecimiento. Abarca mínimamente tres aspectos: ausencia de enfermedad o discapacidad, mantenimiento de un alto nivel funcional tanto físico como cognitivo y participación en actividades sociales y productivas, si bien la inclusión obligatoria de este último aspecto es cuestionada por algunos autores.

✓ *EL ENVEJECIMIENTO SECUNDARIO O PATOLÓGICO*: se situaría en el extremo opuesto, mostrando la presencia de enfermedades usualmente relacionadas con la vejez y un deterioro marcado del estado general de salud que acompaña al envejecimiento intrínseco. Se incluye en este grupo, por ejemplo, a las personas que padecen enfermedades crónicas degenerativas y cardiovasculares, secuelas neurovasculares, fracturas (por ejemplo de cadera) o demencias tradicionalmente consideradas seniles. Es necesario destacar en este punto que si bien la vejez patológica está definitivamente relacionada con la edad cronológica, ya que a medida que se tiene mayor edad hay mayor incidencia registrada de numerosas enfermedades, no es inevitablemente dependiente de ella. Esto significa que la mayor

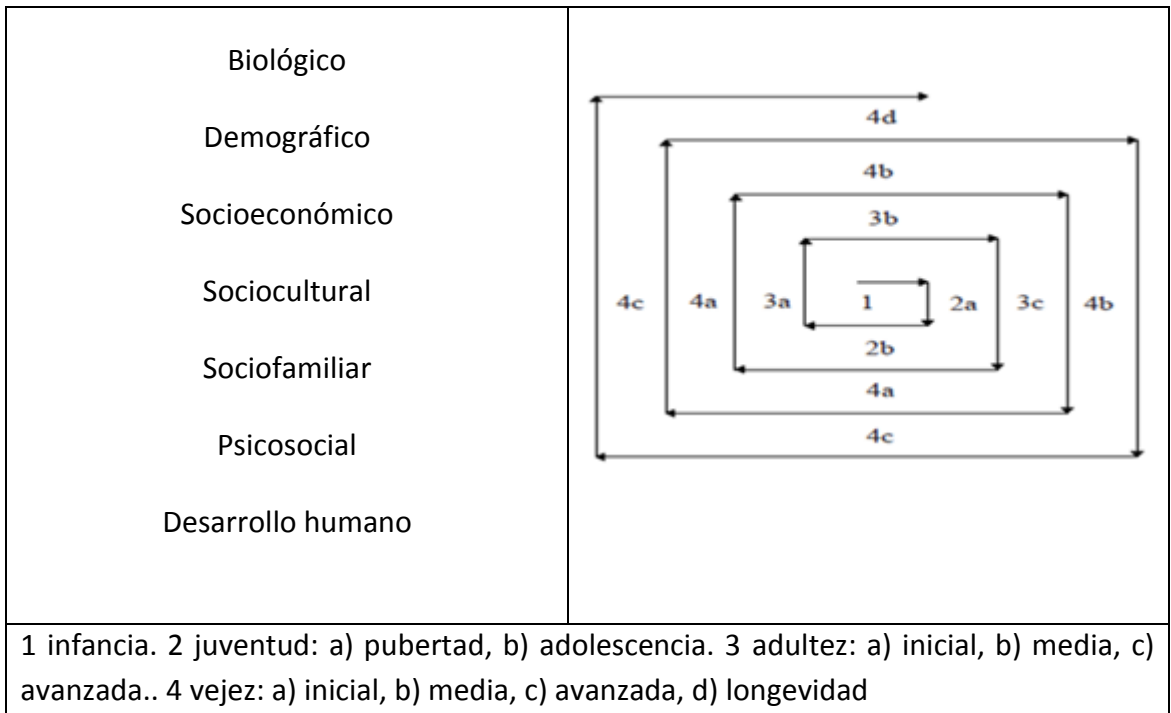
edad no está etiológicamente ligada a la presencia de enfermedad. Y al respecto hay ya evidencia sustancial y creciente de la presencia de factores de riesgo ligados a enfermedades prevalentes en la vejez que son modificables, reductibles e incluso reversibles, lo que aumenta la posibilidad de un envejecimiento usual y aun exitoso.

✓ *EL ENVEJECIMIENTO TERCARIO*: puede manifestarse hacia el final de la vida, como un deterioro funcional acelerado durante los meses que preceden a la muerte, cuando se observa un marcado déficit de las funciones cognitivas, físicas y del ajuste al medio, diferenciables de la disminución habitual por edad avanzada. Este estado no se relaciona en principio con la edad cronológica sino más bien con la proximidad de la muerte.

Con relación a todo lo expuesto se puede concluir sosteniendo la idea planteada ya, por *Muchnik (2006)* de que existen enormes diferencias en la manera en que cada individuo envejece, que abarcan desde las habilidades físicas hasta la energía y el compromiso con la vida. Existe más de una forma de envejecer, lo cual es importante de comprender si es que se pretende trabajar en las distintas áreas y campos de la gerontología: el interés reside en hallar las variaciones posibles en los modos de envejecer y en considerar los cambios que se operan con el transcurso de los años. Partiendo de la idea de que en el individuo adulto coexisten estabilidad y modificaciones: la primera, relacionada con la consistencia de la personalidad, está vinculada a tendencias generales, normativas, propias de la generación y la cultura a la que se pertenece; las segundas consisten en los cambios que sufre cada persona (las experiencias, su procesamiento cognitivo y la construcción del significado son individuales y únicos); se podría inferir que cada sujeto cuenta con diferentes recursos y conductas frente a vivencias críticas, por ende las respuestas de cada uno son diferentes. El sujeto es capaz de elegir dentro de las complejas posibilidades que le ofrece el entorno: de modo activo o pasivo, luchando o resignando, etcétera. Por lo tanto, no es la edad *per se*, la fuente de modificaciones o cambios en la conducta; no existe una declinación universal ni tampoco una pérdida que incluya todas las capacidades.

Con el término de “viejo” o de las palabras que se consideran sinónimas (anciano, senil, longevo, etc.) se hace referencia a un periodo de la vida humana muy amplio y variante, que puede abarcar más de 40 años de la vida del ser humano. En esta tesis se tomará al ser humano como el protagonista de una vida cotidiana que llega a la tercera edad a través del proceso de su ciclo vital, experimentando en diversos contextos sociofamiliares y comunitarios. La vejez llega a ser el resultado dependiente de las etapas anteriores, pero también (como lo ilustra el siguiente Cuadro 3.1) de las características biodemográficas, socioeconómicas, socioculturales, sociofamiliares, además de psicosociales, en su medio ambiente.

CUADRO 3.1. LOS CICLOS VITALES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO HASTA LA VEJEZ



Como se ha mencionado con anterioridad, los cambios pueden coincidir con el paso del tiempo, pero no necesariamente suceden en todos los sujetos en la misma edad cronológica ni en el mismo orden o secuencia. Quizá, lo que habría que buscar es más bien una caracterización del proceso vital sin darle a la vejez un sentido únicamente degenerativo. Esto puede ser modificado mediante el análisis del mismo proceso evolutivo de las personas en su sentido positivo.

La OMS, en el Programa de Promoción de la Salud de los Ancianos para Latinoamérica y el Caribe, refiere en la Reunión Mundial del Envejecimiento en 1983, que a la ancianidad se le considera como una etapa de la vida, en un sentido similar a la concepción holística que se ha utilizado ya en los estudios de la niñez y juventud: se toma en cuenta que en cada etapa el ser humano está caracterizado por el factor biológico, pero necesariamente éste está implicado en las dimensiones de desarrollo personal psicológicas y socioculturales.

El aumento en la esperanza de vida, brindado por el avance médico sobre las diferentes patologías, no necesariamente repercute en la calidad de vida y en la salud. En algunas ocasiones, los años ganados corresponden a un alargamiento de la vejez en los que se pueden presentar factores de deterioro y dependencia. Al tomar en cuenta elementos cualitativos tales como la autonomía o dependencia de la persona de edad avanzada para realizar actividades de la vida cotidiana, así como la percepción de su propia salud y el uso de los métodos del dominio de la salud tanto física como psíquica, abren una perspectiva interesante para resolver esta problemática (Lozano, 1999).

Cuando las personas hablan del “viejo” y su cuerpo, se refieren generalmente a la imagen que su cuerpo proyecta de él, como un cuerpo cansado, gastado, algo lento, incoordinado y menos estético. Pero un cuerpo envejecido es también un cuerpo lleno de memorias, historias, sensaciones, emociones, sentimientos y necesidades. Es necesario asumir las modificaciones y transformaciones del cuerpo al llegar a la vejez como un momento evolutivo más, en el devenir de nuestras vidas. Estas modificaciones no son del todo invalidantes, aun siendo negativas, y pueden llamar a buscar nuevas y distintas formas de aprovechamiento del cuerpo acorde a necesidades y requerimientos del mismo. Con esta tesina se busca hacer hincapié en esta visión de la vejez y poder “contagiar una mirada positiva de la vejez” a los demás profesionales de la ciencia psicológica y de otras ciencias que deseen trabajar con la población de adultos mayores.

3.2 FACTORES PSICOLÓGICOS

3. 2. 1 Autoconcepto en la Vejez

El Autoconcepto es un conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo. A nivel cognitivo tiene que ver con las creencias sobre varios aspectos de sí mismo (imagen corporal, identidad social, valores, habilidades o rasgos) que el individuo considera que posee. En el plano evaluativo, también llamado autoestima corresponde al conjunto de sentimientos positivos y negativos que el individuo experimenta sobre sí mismo. También está la imagen que el sujeto considera que los demás tienen de él: la dimensión social que considera que merece.

Para poder estudiar el autoconcepto debemos reparar en la influencia que sobre el mismo tienen tres parámetros: imagen corporal, autoestima, dimensión social de los problemas a estas edades (Salvarezza, 2000).

✓ *La imagen corporal en la vejez:* El nivel de salud percibido va a determinar en gran parte el autoconcepto y la valoración de la propia capacidad para afrontar los problemas que puedan surgir. El elemento crucial y determinante en la valoración que el anciano realiza de su estado no es la presencia/ausencia de enfermedad, sino la percepción subjetiva que efectúe de esa situación. Esta percepción subjetiva de salud física no solo correlaciona positivamente con los índices de satisfacción con la vida, sino que también aporta una información predictiva sobre la probabilidad de que soliciten con mayor o menor intensidad y frecuencia de atención médica. El principal determinante de la percepción de salud entre los ancianos es el nivel de actividad o la movilidad física que puede desarrollar el sujeto y, por lo tanto, su nivel de independencia. La aparición de las enfermedades en el estado de salud puede ser vivida por los ancianos con mayor naturalidad y normalidad ya que mantienen menores expectativas de disfrutar de un perfecto estado de salud.

✓ *La autoestima en la vejez:* Algunos parámetros de interés para la comprensión de los criterios para asumir la realidad de ser viejos fueron descritos en función de las siguientes variables:

Edad cronológica: curiosamente, son pocos los ancianos que acuden a este criterio para considerar a otros o a sí mismo como ancianos, probablemente debido a la experiencia que tienen acerca de las discrepancias existentes en la relación entre la edad de las personas y de ellos mismos y cómo se sienten o piensan que son o están esas otras personas de su misma o de diferentes edades.

El declive de las funciones físicas: constituye uno de los marcadores más comunes utilizados como indicador de vejez y en él se incluyen los problemas de salud, dificultades en la movilidad, el dolor, las mermas sensoriales o las alteraciones funcionales.

El deterioro del funcionamiento mental: junto al anterior, la salud mental es considerada como uno de los principales signos no ya de la vejez, sino de la senilidad (acontecimiento más temido por los ancianos).

El sentimiento de utilidad y participación social: la sensación de tener todavía objetivos y metas en la vida y de seguir formando parte activa de una comunidad son marcadores que están estrechamente relacionadas con el mantenimiento de un autoconcepto joven.

✓ *Dimensión social del autoconcepto en la vejez:* Las etiquetas negativas y la estigmatización de los ancianos pueden contribuir a hacer frecuentes en la actualidad

conductas que confirman los prejuicios vigentes y que disminuyen tanto la autoestima como la posible sensación de control que pudiera tener el anciano. Se puede anticipar que cuando la autoestima decrece, también la creencia en la propia capacidad para ejercer control sobre el ambiente declinara. El pertenecer a un entramado social y gozar el reconocimiento de aquellas personas con las que el sujeto interactúa ayuda a mantener un elevado autoconcepto.

3.2.2 Transformación Familiar

Flores Ortiz, García Balderas y Sánchez Ahedo (2008) plantean cómo en el ciclo de vida de la familia, existen desde su génesis, diversas etapas: el inicio de la pareja, la familia con hijos pequeños, adolescentes, con adultos y finalmente el nido vacío. En cada una de ellas, los protagonistas adquieren diversos lugares, jerarquías, responsabilidades, poderes, relaciones entre la pareja y con los hijos. Cuando el adulto llega al momento en que se debe retirar de la vida laboral, socialmente deja de ser útil. Se enfrenta por un lado, a la escisión de la vida productiva y automáticamente también existe una ruptura social. En este momento, la familia sufre grandes transformaciones. Por un lado, el rol de los padres como proveedores se pierde, por otro, los hijos han crecido y ahora inician el camino hacia la independencia. Asimismo, la pareja realiza una evaluación de los motivos que los une y sí, están exclusivamente centrados en consolidar las metas de los hijos, entonces también el matrimonio se fractura. Ahora habrá que aprender a vivir con el recuerdo de una familia.

Con un cuerpo que se transforma, los adultos mayores enfrentan su vida cotidiana con un elemento central: el de “perder”. Pierden su cuerpo adulto, con su vigor y su apariencia, su salud no es otra cosa que la manifestación de todos los cambios que a nivel biológico se dan. La familia se desintegra, la relación de pareja es incierta, no sólo por el divorcio sino por la angustia que representa la idea de morir y/o de perder al compañero de toda la vida.

La situación anterior es novedosa y muy amenazante para los ancianos, sobre todo para los que viven solos, les produce mucho miedo el darse cuenta que una

buena parte de su vida se está acabando y también les genera ansiedad por no saber si tendrán los recursos y la fuerza necesaria para poder manejar su situación actual. Entonces en ellos se instala la soledad, el vacío, la desesperanza y reiteradamente tienen que romper con la idea de que en la vejez se descansa. Más bien poco a poco se dan cuenta que para vivir en buenas condiciones necesitarán trabajar mucho: en su cuerpo, en sus emociones, en su espíritu.

Lamentablemente, la globalización, también ha impactado de una manera significativa los valores y las costumbres. Hace cincuenta años, la estructura familiar que predominaba era la de la familia extensa, donde los abuelos, tenían un lugar significativo, ya que eran un gran apoyo y ejemplo para los nietos. La vivencia cotidiana implicaba que ellos eran importantes y necesarios. En la actualidad, la familia nuclear prevalece y la vida independiente implica, por las condiciones laborales y las distancias, que los hijos no puedan establecer una relación cercana con sus padres, además como la meta de los hijos está centrada en la obtención de objetos materiales, entonces es difícil que los abuelos, en esta época, sean la prioridad. Por tal motivo, el anhelo de que los hijos vengan al rescate de los padres, cada día se percibe más lejano.

Evidentemente la situación es compleja, implica el logro de dos retos. Uno es el de hacerse dueño de sí mismo, es decir el adulto mayor deberá aprender a observarse, a través de hacer sistemáticamente un alto para analizar las causas de un problema. El otro reto, es la construcción de un proyecto de vida que permita darle sentido a cada uno de sus días. ¿Qué dejó de hacer y qué puede retomar ahora? ¿Qué puede descubrir y qué quiere aprender? ¿Cómo quiere vivir esta etapa de su vida? Entonces, vivir con calidad implica la construcción de un proyecto personal que genere el anhelo de vivir y la energía suficiente para detectar y enfrentar los obstáculos que en el transcurso se presentan.

3.2.3 La Perspectiva Del Ciclo Vital

Para plantear este trabajo se tomará como referencia el enfoque del Ciclo Vital. Esta teoría no acepta la tradicional concepción del enfoque organicista que plantea un

crecimiento como algo cuantitativo y que se asienta únicamente en lo biológico. Las características que fundamentalmente definen la postura organicista son:

- ✓ La secuencialidad
- ✓ La unidireccionalidad
- ✓ El estado final
- ✓ La irreversibilidad
- ✓ La transformación cualitativo-estructural
- ✓ La universalidad

La negativa con respecto a la postura organicista surge porque se la considera como restrictiva, a la vez que poco adecuada para la descripción y explicación del desarrollo a lo largo de la vida. Si este modelo de crecimiento evolutivo (cuantitativo) se aplica la vejez termina mostrando la estabilidad o déficit (ya que la estabilidad equivale a madurez y en épocas posteriores a la niñez y adolescencia se plantean los déficits por pérdida de capacidades). Sin embargo, resulta necesario poner más énfasis en la dimensión múltiple de los procesos de desarrollo, a la vez que en las múltiples causas que intervienen en ellos.

Los modelos de crecimiento biológico, por estar enfocados en lo cuantitativo, no resultan útiles para explicar los cambios que se producen en los últimos segmentos del ciclo vital, ya que las personas mayores no son sólo crecimiento, sino que son aquello que ya ha crecido, son a la vez un proceso con diferencias marcadas y las variaciones interindividuales aumentan significativamente. El enfoque del ciclo vital plantea que en el desarrollo en general y en la vejez en particular, se reconoce la plasticidad a que resultan sometidos los distintos acontecimientos evolutivos, como así también, la importancia de las relaciones funcionales y los factores situacionales.

La Teoría del Ciclo Vital sostiene algunos postulados básicos en relación con la vejez:

- ✓ Los cambios evolutivos que se presentan en la vejez resultan ser un proceso continuo con relativos límites.
- ✓ Los cambios que se observan en la vejez tienen también explicaciones sociales y culturales.
- ✓ El interés por la prevención y la modificación de aspectos evolutivos en la vejez, posibilita optimizar el desarrollo humano de este segmento.

Algunos ejes que permiten conceptualizar la Psicología del Envejecimiento a partir del Enfoque del Ciclo Vital son:

- ✓ ***El envejecimiento como proceso de diferenciación progresiva:*** El envejecer es una realidad inherente a cualquier forma de vida, aunque su complejidad varía según las especies y los individuos, y en el caso de los seres humanos, también varía según las

culturas y etapas históricas, de allí que haya tantas formas de envejecer como de individuos. En los seres humanos además, la *variabilidad interindividual* aumenta a medida que envejecen, tanto por razones genéticas como del ambiente, como resultado de los diferentes aprendizajes y las distintas experiencias que hayan surgido del modo peculiar de atravesar las vivencias del pasado.

✓ **Reconceptualización del desarrollo y el envejecimiento:** Este eje se refiere a la necesidad de darle nuevos significados al desarrollo y al envejecimiento, no sólo desde sus aspectos biológicos sino también culturales. Esos nuevos significados superan las anteriores concepciones estáticas, limitantes y unidimensionales sobre estos procesos. En concordancia con esto, tanto el desarrollo como el envejecimiento han de entenderse como procesos simultáneos y permanentes, continuos y discontinuos durante toda la vida, en los cuales se conjugan ganancias y pérdidas, así como múltiples influencias y orientaciones. El postmodernismo ha puesto en evidencia que el hombre actual es el producto no sólo de los elementos externos que le afectan (físicos, biológicos o sociales), sino fundamentalmente del significado que tienen esos elementos. Dicho significado es la esencia de la cultura.

Los logros positivos y los negativos son posibles de encontrar a lo largo de todo el ciclo vital, ya que resulta imposible caracterizar una etapa sólo por pérdidas o ganancias. Las pérdidas o ganancias pueden ser planteadas a partir de la imagen global que presenta la persona en un momento determinado o a partir de la dinámica que se plantea entre ellas en cualquier momento del ciclo vital y su proporción también se va modificando. El envejecimiento o el desarrollo durante la vejez se asientan en los procesos dinámicos que se dan entre crecimiento y deterioro en este segmento del ciclo vital.

Los conceptos de desarrollo y envejecimiento han ido evolucionando con la propia historia de la psicología evolutiva. En la actualidad se pueden detectar concepciones alternativas del desarrollo y del envejecimiento. Por una parte, *las ciencias biológicas* han considerado el desarrollo asociado al crecimiento y el envejecimiento unido al deterioro. Por otra, *las ciencias sociales y del comportamiento*, dado que en la vejez se observan también ganancias, han rechazado una visión exclusiva del envejecimiento en tanto pérdidas o deterioro.

Es este momento todos los científicos aceptan que la vejez es una etapa donde pueden observarse innovaciones y progresos en diferentes dimensiones del comportamiento. Este *hecho positivo* ha contribuido a modificar el significado que ha de asignarse a los conceptos de desarrollo y de envejecimiento.

Como consecuencia de estos resultados positivos, se han redefinido los conceptos de desarrollo y de envejecimiento de forma que sea posible una integración. Podrían considerarse ambos términos como homólogos y utilizar

predominantemente uno de ellos: desarrollo. En base a la propia dinámica del desarrollo, podría ser suficiente conservar uno de los dos procesos (desarrollo o envejecimiento) en el que se incluyan tanto el crecimiento (ganancias) como el deterioro (pérdidas). Dado que el desarrollo conlleva el significado más positivo, se ha optado por extender el concepto de *desarrollo a lo largo del ciclo vital* y asimismo considerar que se trata de un proceso que tiene lugar a lo largo de toda la vida. Desde esta perspectiva se acepta que el envejecimiento puede considerarse en el contexto del desarrollo.

✓ **Irrelevancia de la edad cronológica:** La edad cronológica tiene una importancia relativa como factor causal, explicativo, descriptivo u organizativo de la vida humana, ya que es menos importante el tiempo que pasa, que lo que ocurre durante ese tiempo. En la actualidad se le resta importancia a las clasificaciones y a los mandatos culturales o biológicos que ordenan la vida según una edad o un sexo específico. La vejez ha de contemplarse como un proceso diferencial y no como un estado. Se trata de cambios graduales en el que intervienen un número muy considerable de variables con diferentes efectos o que dará como resultado una serie de características diferenciales muy acusadas entre las personas de la misma edad cronológica.

Edad cronológica: es la que va desde el nacimiento hasta la edad actual de la persona. Definición referencial y arbitraria de vejez.

Edad biológica: tiene en cuenta los cambios físicos y biológicos que se van produciendo en las estructuras celulares, de tejidos, órganos y sistemas. Definición con grandes limitaciones por las diferencias de ritmo interpersonales e intrapersonales.

Edad psicológica: define a la vejez en función de los cambios cognitivos, afectivos y de personalidad a lo largo del ciclo vital. El desarrollo psicológico no cesa en el proceso de envejecimiento (capacidad de aprendizaje, rendimiento intelectual, creatividad, modificaciones afectivo-valorativas del presente, pasado y futuro, así como de desarrollo personal).

Edad social: suele medirse por la capacidad de contribuir al trabajo, la protección del grupo o grupos a que pertenecen y la utilidad social. Estimación que varía según las sociedades, sus leyes, valoraciones, prejuicios y estereotipos, oscilando entre los extremos del continuo “viejo=sabio ó viejo=ínútil”.

Edad funcional: se define a través del nivel de competencia conductual de una determinada persona vieja.

✓ **Revisión del modelo deficitario y de estereotipos sobre el envejecimiento y la vejez:** Los problemas relacionados con la vejez no empiezan en una edad o una época determinada, sino cuando se comienza a etiquetar a las personas como “ya está demasiado grande”, o como “ese pobre viejito”, entre otras expresiones que van

desde el menosprecio hasta la lástima. Estas etiquetas forman parte de un modelo de pensamiento que pone énfasis en los eventuales déficits de los adultos mayores, por eso se le llama modelo *deficitario*. El modelo deficitario promueve profecías autocumplidas, ya que las expectativas de los otros influyen en el concepto que cada persona tenga de sí misma. Además, las personas suelen comportarse en las distintas situaciones y con las demás personas de acuerdo con la imagen que tienen de las mismas; cuando esa imagen está comúnmente aceptada por la sociedad, y se ha transformado en una generalización que no se cuestiona, se habla de un *estereotipo*. Existen fundamentos científicos que refutan el modelo deficitario y las generalizaciones injustificadas, así como sugieren la necesidad de revisar la imagen que se mantiene de la vejez y de las personas ancianas.

✓ ***Multidimensionalidad, multidireccionalidad, plasticidad y disconti-nuidad:*** Desde este enfoque del ciclo vital, en una u otra forma se considera como rasgos característicos del curso de la existencia humana la multidimensionalidad, la multidireccionalidad, la plasticidad y la discontinuidad.

La *multidimensionalidad* alude a que muy diferentes factores y sistemas se conjugan en cada tramo de la vida humana, no hay una sola dimensión que determine las vicisitudes de la existencia. Siempre van a estar presentes múltiples dimensiones: lo biológico, lo cultural, lo social, las experiencias personales, las relaciones familiares, etc.

La *multidireccionalidad* hace referencia a que dichos factores interactúan en disímiles direcciones en la construcción de la vida de cada persona. Por ejemplo, podría haber un desarrollo a nivel personal o psicológico, y al mismo tiempo el cuerpo perder capacidades. No existe ninguna etapa de la vida en la que solo se de crecimiento, madurez o deterioro. Estos procesos pueden tener lugar en diferentes momentos de la vida humana y, de forma simultánea, en diversas dimensiones o capacidades. El desarrollo es un sistema o un conjunto de patrones de cambio que se diferencian en su origen, duración, finalización, dirección y ordenación.

Un resultado ampliamente constatado que se encuentra asociado a la multidireccionalidad y multidimensionalidad aplicadas individualmente es la *heterogeneidad* o variabilidad interindividual que aumenta según avanzamos en edad. El incremento en la heterogeneidad y variabilidad interindividual con la edad va en contra del estereotipo de que todas las personas mayores son muy parecidas. Los factores biológicos y culturales no actúan en todos los individuos de la misma forma. Cada persona sigue un camino diferente hacia la muerte.

Y a la vez, cada vida individual implica, al mismo tiempo, *plasticidad*, es decir la capacidad de adaptarse, en procesos de *continuidad y discontinuidad*: algunos aspectos se mantienen, a la vez que otros desaparecen y surgen nuevos. Durante la

edad adulta y la vejez los individuos se han mostrado sensibles a los entrenamientos que han invertido sus niveles aparentes de deterioro y les han devuelto a su capacidad de años anteriores. Se puede diferenciar entre el nivel base de ejecución, el nivel máximo de ejecución y la capacidad de reserva evolutiva. El nivel base de ejecución se refiere al punto de partida de un individuo en un momento dado; el nivel máximo de ejecución indica hasta dónde puede llegar cuando todas las fuerzas converjan en la misma dirección, y el nivel de reserva evolutiva es la capacidad de cambio que le queda después de una intervención inicial.

✓ **Selectividad, optimización y compensación (SOC):** A medida que la vida avanza, resulta fundamental optimizar la utilización de los bienes disponibles, sabiéndolos limitados (el tiempo, los recursos de la naturaleza, y los recursos personales: habilidades y capacidades, relaciones, entre otros). Teniendo en cuenta la perspectiva de una psicología positiva, el ciclo de la vida implica no sólo multidimensionalidad y multidireccionalidad, sino también Selectividad, Optimización, y Compensación (SOC): La *selectividad* equivale a darse cuenta de oportunidades y restricciones específicas en los distintos dominios de funcionamiento (biológico, social e individual), y actuar en consecuencia, bien sea diseñando en forma intencional metas alcanzables (selección centrada en las ganancias), o cambiando metas y acomodándose a pautas distintas (selección centrada en las pérdidas). La *optimización* significa identificar procesos generales involucrados en la adquisición, la aplicación y el refinamiento de medios para el logro de metas relevantes. La *compensación* se refiere a la posibilidad de regular las pérdidas en los medios (capacidades o recursos), diseñando alternativas para superar dichas pérdidas sin necesidad de cambiar las metas.

✓ **Importancia del contexto y la historia:** Dado que las trayectorias vitales son cada vez más atípicas, los modelos teóricos que consideran el contexto (grupo generacional, clase social, género, condiciones de vida), son más apropiados para estudiar el recorrido de las etapas vitales. De allí la conveniencia de analizar la influencia que tienen en la vida de distintas generaciones las variables históricas y sociales, que son componentes de ese contexto. Así entonces, se consideran tres conjuntos de factores o influencias que inciden en el curso del ciclo vital: Expectativas sociales relacionadas con la edad, influencias históricas y acontecimientos personales únicos. A los dos primeros tipos de influencias se les considera normativas, en el sentido que inciden en la conformación de una identidad social, en términos de pertenencia a una sociedad. Al tercer tipo de influencias se las considera por el contrario no normativas, ya que son de carácter individual, e inciden igualmente en el ciclo vital de las personas. Todas estas influencias interactúan entre sí, tienen efectos acumulativos y pueden variar con el tiempo.

Para conseguir una óptica completa de la persona en desarrollo hay que obtener los conocimientos de diversas ciencias que se complementan recíprocamente

(*multidisciplinarietà*) ya que ninguna disciplina por si sola puede dar una apreciación completa sobre el desarrollo humano.

Desde la perspectiva de la psicología del ciclo vital asume relevancia el tema de la salud en el envejecimiento, ya que ella es la suma de los aportes docentes y de formación, profesionales y científicas, propias de la disciplina de la psicología, dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de la etiología y diagnóstico de la salud, enfermedad y problemas afines, al análisis y mejora del sistema de cuidados de salud, y a la configuración de políticas sanitarias (Vega y Bueno, 2000; Triadó Tur, 2001; Roqué, 2010).

3.3 FACTORES BIOLÓGICOS

Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento se puede definir como el proceso que está asociado generalmente a una disminución en la eficiencia del funcionamiento orgánico, y que lleva, más tarde o más temprano, a la muerte. Se da por sentado el hecho de que existe una necesaria declinación de las funciones desde la aparición de la vejez.

Afirman los biólogos que en las primeras etapas de la vida de un organismo viviente puede establecerse con mayor facilidad una correspondencia estrecha entre algunos acontecimientos biológicos y la edad cronológica; sin embargo, la cronología de los acontecimientos es menos predecible cuanto mayor esté avanzada la vida del sujeto. Por ejemplo, es más imprecisa la edad en que se inicia la menopausia en la mujer que en la que empieza su menarca. Esto es debido a los múltiples factores de tipo biopsicosocial de este fenómeno (Lozano, 1999).

3.3.1 El Deterioro Del Cuerpo

El envejecimiento es un proceso diferencial que afecta a cada individuo en sus células, órganos y sistemas. En cuanto a las modificaciones externas, éstas también sufren el proceso de deterioro. Ejemplo de ello: la marcha cada vez más lenta, flacidez corporal, dificultad para erguirse, aparición de arrugas, disminución de la talla, deformaciones, etc., como consecuencia de ello los movimientos se tornan lentos, imprecisos y temblorosos.

✓ **Aparato Respiratorio:** A pesar que el pulmón no sufre cambios apreciables en los ancianos sanos, el tórax disminuye su movilidad debido al aumento de la rigidez de sus articulaciones, lo que se traduce en un incremento del trabajo necesario en la inspiración, para poder vencer la resistencia generada por esas estructuras rígidas.

✓ **Aparato Músculo-esquelético:** Los músculos equivalen aproximadamente al 40% del peso de cada persona. En los ancianos la masa muscular disminuye en un 20% en personas de 65 años, sin embargo, en algunos casos la disminución puede llegar a ser mayor. Estos cambios son llamados atrofia, y se caracterizan por cambios estructurales en las fibras musculares. En la práctica clínica se presenta como pérdida de la capacidad del esfuerzo y la aparición de una fatiga precoz. Dentro del proceso de envejecimiento, se encuentra la degeneración de las articulaciones, sobretodo de la columna vertebral. Casos como la diabetes, el sedentarismo, una ingesta inadecuada de calcio, enfermedades renales y la postración aceleran la pérdida de calcio por parte de los huesos. Se genera así, una tendencia mayor a sufrir fracturas por fragilidad ósea, constituyendo una de las mayores causas de enfermedad y muerte de los ancianos. Los tejidos elásticos pierden su propiedad, generando una disminución en la capacidad de movimientos de las diferentes articulaciones (arco de movimiento), en especial a nivel de hombros y rodillas. La capacidad del organismo en consumir oxígeno disminuye en forma gradual con la edad, la tolerancia a la glucosa disminuye, la grasa del cuerpo aumenta, el colesterol se incrementa en la sangre, lo que predispone a la arteriosclerosis.

✓ **Los huesos:** La osteoporosis es una lesión propia del hueso envejecido. Se produce una descalcificación en la cual se altera la oseína de la trama proteica. El individuo afectado por esta enfermedad pierde más hueso del que fabrica.

✓ **Aparato cardiovascular:** A nivel cardiovascular, el envejecimiento se manifiesta de dos formas: a nivel anatómico y a nivel patológico. *A nivel anatómico:* El órgano

principal con la edad comienza a disminuir su contractibilidad de la musculatura cardíaca. En el anciano son frecuentes también los trastornos eléctricos cardíacos con diferentes grados de bloqueo y arritmias. La masa muscular cardíaca no tiende a disminuir su tamaño a medida que se envejece. *A nivel patológico:* Se encuentra la hipertensión arterial y la angina de pecho.

✓ **Sistema nervioso:** Con la edad existe una pérdida importante del número de neuronas, sobre todo en los lóbulos frontales y temporales. En el cerebro se observan cambios degenerativos con la consecuente atrofia de la corteza cerebral y dilatación ventricular. El anciano, tiene dificultades para llevar a cabo coordinaciones que requieran un alto nivel de atención, concentración y memoria. También, presenta dificultades en la coordinación, el equilibrio, la orientación, el lenguaje y en general a responder de forma inmediata a estímulos que le surgieran.

✓ **Los órganos sensoriales:** Disminuye la agudeza visual y el campo de visión. El oído es un órgano que envejece rápidamente. Se produce una disminución de la sensibilidad acústica. En lo que respecta al tacto, hay una pérdida de elasticidad de la piel y la sensibilidad cutánea. Comienza a caerse el cabello.

3.3.2 La Medicalización Del Envejecimiento

En la actualidad la medicina se relaciona con la economía a través del consumo. La salud es un producto que puede ser fabricado por laboratorios, médicos, etc. y consumido por los enfermos posibles y reales. La sociedad actual incita al consumo de sustitutos y el auge de la psicofarmacología promete recuperar el bienestar perdido, el sueño, la memoria, la energía, detener el envejecimiento, etc. A veces estas sustancias son elogiadas en programas televisivos por profesionales, algunos las recetan y otros las venden. De esa manera se legitima un fetiche, y se instala la salud como mercancía.

La medicalización del envejecimiento es un proceso con efectos negativos debido a, por un lado, la interpretación social del envejecimiento como un problema médico y por el otro, las prácticas y políticas que se desarrollan a partir de pensar el envejecimiento como un problema médico. Como resultado se considera que una

vejez feliz y satisfactoria es atribuida a logros que sostienen el control de la biomedicina.

Este modelo hegemónico de la medicina para el manejo del problema del envejecimiento por un lado; está sostenido por un sistema de creencias que abarca al entorno familiar del adulto mayor. Hay una convicción muy fuerte en que el consumo de servicios y tecnología médica les puede solucionar los problemas de esta etapa de la vida y por otro lado muestra la tendencia a construir una atención médica basada en diagnósticos sintomáticos, en el que se conjugan varios factores como la descalificación de la formación médica, la distribución desigual de profesionales, el desarrollo de una concepción sintomática de la enfermedad y no contempla los problemas macro-estructurales implicados en la etiología de las enfermedades, como por ejemplo los ambientales, sociales y económicos.

También se observa una acentuada incapacidad de la población para soportar el sufrimiento, que ejerce presión sobre el médico para resolver el problema con medicamentos. Es frecuente observar que los viejos no tengan conciencia de factores emocionales que intervienen en sus síntomas físicos, lo cual hace alianza con el profesional, que en muchos casos no dispone de tiempo para escuchar lo que les pasa, y termina rápidamente la consulta en la extensión de la receta. Entonces, la medicalización tiene como efectos que los individuos pierdan la capacidad de asumir su condición y de hacer frente por sí mismos a ciertos acontecimientos, como en el caso de los duelos normales, donde se opta por medicar la tristeza.

Hacer referencia a la medicalización es remitirse a la importancia que juega la relación médico-paciente en torno a la enfermedad y al proceso de envejecimiento. Varios autores argentinos han investigado la relación médico-paciente y sostienen que el encuadre médico basado en entidades nosológicas recortadas, con lugares específicos, sean orgánicos o mentales, fragmenta la realidad del paciente (Amico, 2009).

Siguiendo la concepción según la cual la enfermedad es “el mal”, que ataca a su víctima, el paciente, y de la cual éste debe ser liberado, el médico y el paciente establecen una relación que se organiza alrededor de la “enfermedad”, que uno padece y sobre el que otro actúa, pero ajeno a ambos.

A través de esta medicalización, el Estado y la sociedad se desresponsabilizan de la enfermedad de sus integrantes y al transformar los conflictos sociales en patologías individuales, estos deben ser tratados (medicalizados).

3.4 FACTORES SOCIALES

Las personas en un momento de su vida comienzan a considerarse viejas y se ven a sí mismas como diferentes, en aspectos importantes, de lo que antes consideraban que eran. Declinan algunas funciones, la educación y los nuevos aprendizajes ni siquiera se plantean, ya que se supone que con la edad se pierde la facultad de aprender. De sus hijos poco esperan ya que, por lo general, construyen su hogar alejado del de sus padres. El anciano lucha entonces con sus propios medios contra el aislamiento y el rechazo. Asimismo un sin número de situaciones generan una inestabilidad emocional en el viejo que contribuyen a que su personalidad sea frágil, insegura, desorientada, por lo tanto su autoimagen y su autoestima son bajas, su conclusión final es que se ha convertido en un viejo como sinónimo de inservible (Flores Ortiz, García Balderas, Sánchez Ahedo, 2008).

Para contrarrestar esta situación, un aspecto importante que permite a la persona mayor vivir con calidad de vida sería mantener unas excelentes relaciones con los familiares y amigos, donde el sentimiento y el afecto formen parte integrante de sus vivencias; evitar permanecer en la queja y no recurrir constantemente al lamento para atraer la atención de los otros. Las personas que participan de algún modo en actividades de grupo mantienen un nivel de salud de mayor calidad que los individuos aislados. Y los que experimentan unas relaciones afectivas significativas tienden a vivir más. Existe una alta correlación entre la percepción subjetiva de bienestar y el modo de enfrentarse positivamente ante las dificultades; mientras que la percepción subjetiva de malestar tiende a una actitud pasiva ante las mismas. Se percibe una relación positiva entre los factores psicosociales y la calidad de vida. Se evidencia también una relación positiva entre redes sociales de apoyo y sentimientos de bienestar, mientras que se asocia la carencia de solidaridad con ciertos trastornos y males de nuestra cultura (Cuenca Molina, 2008).

Investigaciones encontradas (Cuenca Molina, 2008; Osorio, Torrejón, Vogel, 2008; Flores et al, 2008) aluden que la calidad de vida de las personas tiene que ver con el reconocimiento de derechos, valores y cualidades personales que le permitan un buen nivel de autoestima. También se reconoce que una actitud dinámica, emprendedora optimista dotan la vida de dignidad y calidad, al igual que la participación en actividades de grupo, el mantenimiento de relaciones afectivas significativas con pares, amigos y familiares, redes sociales de apoyo, etc., donde el

sentimiento y el afecto formen parte integrante de sus vivencias. Asimismo factores importantes tales como: grados de autonomía, interacciones y redes sociales, condiciones económicas, vivienda y entorno urbano, actividades recreativas y de ocio, relación con cuidadores y capacidad de tomar decisiones al final de la vida, e incluso, la misma dimensión biográfica, influirían en la percepción de calidad de vida. Estos estudios resultan de gran interés debido a que proponen una conceptualización acerca de calidad de vida en la vejez. En todos ellos se le da importancia a factores psicosociales, a mantener buenas relaciones interpersonales como una forma para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Avia (2009) sostiene que la vejez, que en sí misma no es un problema, sino una etapa de la vida, se convierte en problema cuando el viejo deja de tener un lugar y una función en la sociedad. Ante la visión imperante de los humanos como jóvenes, sanos, atractivos y autosuficientes, las personas mayores, se convierten en seres a los que, generalmente, se evita. Sin embargo no basta con que los viejos estén atendidos, cuidados y bien alimentados: es necesario atender a todo lo que no es material, reconocerles su derecho a ser diferentes unos de otros como siempre lo han sido, mantener sus preferencias y opiniones, permitirles ejercer el control que su estado les permita, y tratarles con todo el cariño y el respeto que cualquier persona necesita y exige cuando es más joven. Para la psicología positiva hay un extenso campo de acción en todo lo relacionado con la vejez, una etapa de la vida que puede ser muy reforzante, positiva y satisfactoria, y en la que la colaboración del medio ambiente es esencial. Las personas ancianas con más emociones positivas se recuperan mucho antes y mejor de problemas de salud y tienen más autonomía que las que las experimentan menos (Ostir et al., 2000). Estudios longitudinales de cinco años de duración muestran que la curiosidad y el interés por las cosas predice la supervivencia en personas institucionalizadas (Swann y Carmelli, 1996).

Los cambios que se presentan en la calidad de vida de los seres humanos a raíz de un mayor estado de bienestar y de mayor salud están posibilitando, en las últimas décadas, un aumento progresivo en las expectativas de vida de aquellas personas que viven en los países desarrollados y aun de las que residen en los países que se esfuerzan por desarrollarse. La longevidad evidentemente es un logro de la ciencia que debería de ser valorado por la sociedad a través de otorgarle a los ancianos un lugar prioritario, cuya función fuera la de guiar y enriquecer a los más jóvenes. Sin embargo, el mundo de hoy ha cambiado, la globalización centrada en la economía, ha desplazado al ser humano por lo material, impactando en la cultura y en los valores. En este sentido, la vida es rápida, y la mayor parte de las cosas, son transitorias, todo desechable, todo es reemplazable ¿Por qué el ser humano debería de ser la excepción?

Esta ideología impide que los viejos cumplan esta función trascendental, trayendo como consecuencia que ellos se sientan desplazados, desorientados,

deprimidos y sobre todo sin un proyecto que le dé sentido y significado a su vida. Un ideal a seguir, le daría la posibilidad de mantener su independencia, misma que día a día es más difícil de tener y sostener, debido a que las condiciones biopsicosociales son adversas. Por esta razón, es necesario construir estrategias de atención transdisciplinaria que permitan que los adultos mayores sean dueños de sí mismos, y así contribuir a dignificar su calidad de vida. La vejez surge como una etapa nueva desde la propia expectativa de las personas que envejecen, ya que para muchos hombres y mujeres se les presenta este segmento del ciclo vital con una duración similar o superior al periodo en que se dedicaron al trabajo. Esto les demanda prever y organizar la vida desde una perspectiva distinta a la que usaron sus propios padres.

La variedad de factores que inciden en el envejecimiento es tan amplia que sólo es posible abarcarlos y jerarquizarlos a partir de un modelo teórico que permita la observación y considere al ambiente tal como se lo percibe, más que como “realidad objetiva”. Para Bröfenbrenner la perspectiva ecológica no sólo estudia la capacidad de relacionar estructuras y procesos, sino también la capacidad humana de “remodelar la realidad y de remodelarse a sí misma”.

El paradigma contextualista plantea que las características del desarrollo intraindividual no pueden ser explicadas por fuera de un marco normativo social y sin hacer referencia al contexto del desarrollo. Es en la interacción persona-contexto en donde se genera un potencial de plasticidad a lo largo de la vida. La sociedad marca normativamente el estado de vejez, define las expectativas e imprime conductas. Se trata, de una construcción social, de formulaciones y expresiones legitimadas por el consenso, que generalmente aparecen como verdades categóricas.

El envejecimiento exitoso como ya se ha explicado, se asociaría a un *proceso adaptativo* cuyos indicadores interactuantes incluirían la autoestima, la evaluación de la calidad de vida, el logro de la sabiduría y el haber incorporado el sentido de la propia vida, entre otros factores. La formulación “envejecimiento exitoso” implica construir un modelo que implica *selección, optimización y compensación*. Orientado a un envejecimiento productivo, a una concepción optimista de los viejos, la posibilidad de llegar a buen puerto con la vejez distinguiendo entre vejez y enfermedad, sin ignorar la biología del cuerpo que envejece. Por su parte, formulaciones actuales hacen referencia al *empowerment*, el cual se puede traducir como fortalecimiento o potenciación. Este concepto no está vinculado con los recursos económicos, sino más bien se trata de poder implementar otras habilidades, como la capacidad de independencia, la autoestima y las redes sociales de apoyo; pues el fortalecimiento se remite a la pragmática de la experiencia, a la sabiduría. Esto implica un nuevo optimismo que permite acentuar el potencial de cambio a partir del peso de las variables subjetivas, bajo el convencimiento de que la psiquis humana es extraordinariamente plástica, adaptativa y que posee capacidad para compensar.

3.4.1 Nacimiento De La Vejez

En un breve recorrido por la obra de Muchnik (2006) se aprecia el hecho de que sólo en el tiempo contemporáneo la vejez logró ser focalizada como una etapa definida de la evolución, así como en tiempos más remotos había ocurrido con la niñez. Fue la Revolución Francesa que tuvo el coraje de liberar a los viejos del estigma clásico y de proporcionar una acción liberadora que sigue siendo necesario profundizar.

Puede parecer paradójico plantear que se asiste a un fenómeno nuevo cuando se habla del envejecimiento humano, ya que viejos hubo siempre. Lo diferente es la mirada, que si bien está relacionada con el aumento de la longevidad humana, se trata del nuevo rol de la vejez en la sociedad. La vejez de hoy es diferente de la de ayer, es un espacio social por construir y una nueva identidad social.

A pesar de que la esperanza de vivir fuese muy corta, la fantasía de la prolongación de la vida humana ya estaba en los mitos como una fantasía ancestral. Los dioses griegos siempre jóvenes, parecían estar fuera del tiempo. Incluso la longevidad, varias veces centenaria, atribuida a los patriarcas en el Génesis, podría expresar la intención de acercar el hombre a Dios, una vez perdida la inmortalidad después del pecado original. Por doquier, en Oriente y Occidente, hay personajes de leyendas y mitos que en búsqueda de la inmortalidad atraviesan los siglos. Se encuentran relatos que reflejan no solo el deseo de prolongar la vida, sino también la fantasía de la eterna juventud. Cuentos, leyendas, alquimistas y elixires de juventud.

Esta fantasía que no desaparece cobrará nuevo vigor a lo largo de los siglos XX y XXI, alimentada por el desarrollo de la ciencia y la tecnología, por un lado, y por un fenómeno demográfico, el aumento de la longevidad humana, por el otro.

La preocupación por la vejez como fenómeno social, que caracteriza al siglo XX, aparece con el *envejecimiento de la sociedad* y se acentúa en la segunda mitad del siglo XX, cuando la población de adultos mayores tiende a aumentar de tal modo que transforma la estructura de edades de la población.

No se trata simplemente de modificar actitudes sociales, de cambiar la imagen de la vejez. La propuesta implica a la vez resignificar la vejez, presentar sobre la escena social un nuevo personaje en sí mismo, se trata de la reconstrucción social de la vejez.

Junto con la Revolución Francesa se proclama el derecho de los viejos como ciudadanos a la vez que se les ofrece, a partir de la declaración de la solidaridad entre generaciones, un espacio social.

En este momento de exaltación de la vejez, que podría denominarse Periodo de Oro, surge la imagen del *pater familias*, es decir, la imagen patriarcal del Siglo de las Luces, una visión idílica de la vejez que perdurara con nostalgia hasta el siglo XX. Cabe destacar que esta concepción, supuestamente ligada al afecto, está en realidad vinculada a aquellos pocos viejos que eran considerados protagonistas de la sociedad por ser los dueños del patrimonio y del poder.

En las últimas décadas del siglo XIX, las modernas situaciones que generan la vida urbana y las nuevas condiciones de trabajo modifican las expectativas sobre la vejez. En este contexto la literatura realista, retrata con crudeza una sociedad industrial que conduce al envejecimiento prematuro y que preocupada por el rendimiento deshecha a los mayores. Se hace presente una preocupación por la disminución de la población activa y por el excesivo costo de las pensiones destinadas a los trabajadores mayores de 65 años.

3.4.2 Demografía De La Vejez Y Su Relación Con La Economía

En términos demográficos, una población envejece cuando aumenta el peso relativo del conjunto de individuos viejos o sea mayores de 65 años de edad. Desde una perspectiva económica el tema se relaciona entre el cambio de conexión entre la población económicamente activa y la población dependiente. Para la demografía este proceso de envejecimiento poblacional se debe a dos factores, a saber:

El primer factor es la disminución de la tasa de natalidad. Aquí la cantidad de personas viejas aumenta porque va disminuyendo la proporción de las generaciones

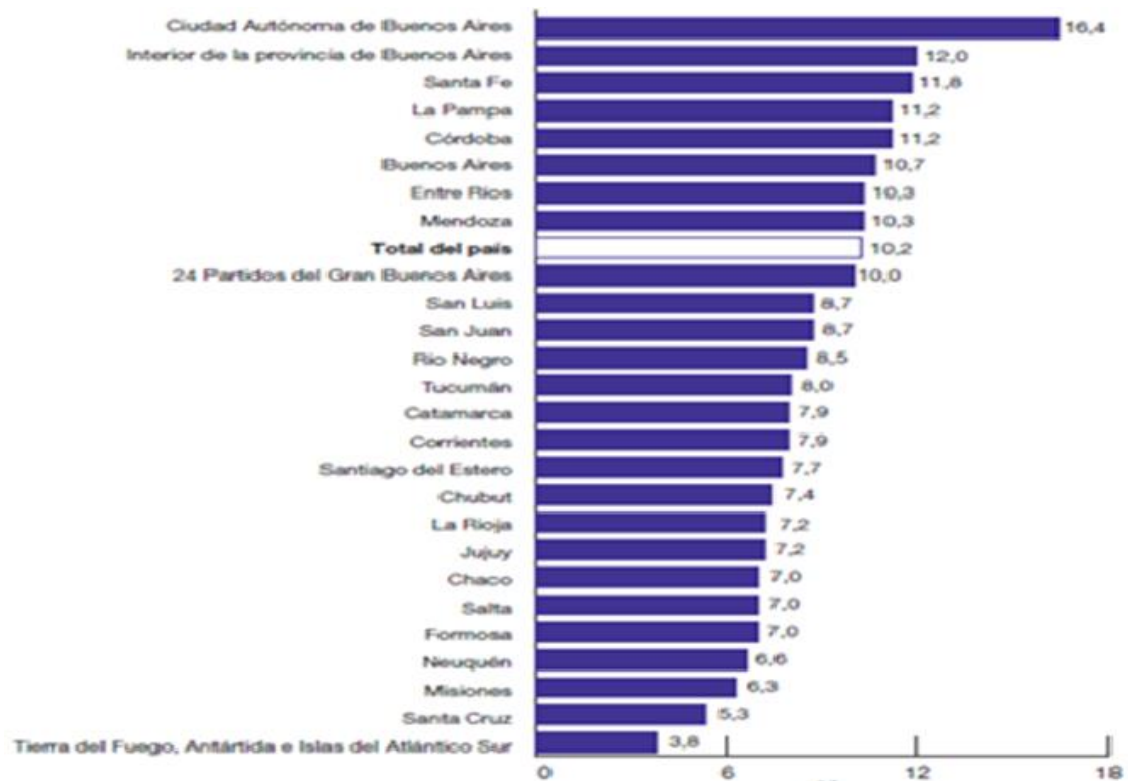
de niños que se van incorporando. Esto es lo que en demografía se llama envejecimiento por la base.

Y el segundo factor es la disminución de la tasa de mortalidad. Este factor se refiere a que son más las personas que llegan a viejas, y por ello resulta mayor la expectativa de vida. En términos demográficos esto se denomina envejecimiento por la cúspide.

A esto se suman los movimientos poblacionales de tipo migratorios: inmigración y emigración. Estos movimientos tienen efectos distintos según sus características en cada caso y su incidencia, la que puede presentarse muy localizada en espacio y tiempo, ya que ello supone el envejecimiento poblacional en zonas de emigración (Asili, 2004 y Cornachione Larrínaga, 2006).

En base a los censos realizados en Argentina, la proporción de personas viejas ha ido en aumento desde 1914 en el que el 2,3% de cada cien habitantes formaba parte del sector de la vejez. En 1960 el 5,6% de la población tenía 65 o más años. En 1980 el 8,2% de la población (uno de cada doce habitantes) estaba en el sector de la vejez. En el censo del 2001 el 9% de la población ya tenía más de 65 años, o sea uno de cada diez. Por último, el censo del 2010 donde se presenta una proporción de 10,2% de población en edad de vejez (65 años o más) (ver Gráfico 3.1).

GRAFICO 3.1. Poblacion de 65 años y mas según provincia. Total del país. Año 2010



FUENTE: CENSO NACIONAL DE POBLACION, HOGARES Y VIVIENDAS 2010

Por encima de la media nacional (10,2%) se encuentran las provincias de Mendoza, Entre Ríos, Buenos Aires, Córdoba, La Pampa, Santa Fe (con porcentajes que rondan entre el 10,3% y el 12%) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (cuyo índice alcanza un 16,4%), siendo la provincia que presenta mayor proporción de envejecimiento de su población.

Con el envejecimiento de la población y, por ende, con el cambio en la estructura de edades aparecen distintas necesidades económicas y crecen las demandas de servicios. Los ancianos pasan a depender en gran medida de la población más joven, sobre todo de los adultos en edad de trabajar.

Sin embargo las cargas económicas y de cuidados para otras personas que recaen en la población trabajadora dependerán no sólo de la proporción de ancianos y niños que haya respecto a esta población en edad de trabajar, sino también de la situación en que se encuentren los ancianos, pues muchos de ellos se mantienen por sí mismos tanto económica como físicamente.

Incluso los viejos que requieren cierta asistencia suelen ser cuidados por sus cónyuges, quienes a su vez pueden ser también de edad avanzada. Es claro también que no todas las personas en edad de trabajar tienen a su cargo algún niño o anciano.

La población de la tercera edad no necesariamente es sinónimo de inactividad económica. Algunas personas de edad avanzada que se encuentran habilitados para trabajar y continúan estando en el mercado laboral, porque requieren medios para subsistir o porque lo siguen considerando una actividad gratificante.

3.4.3 Teorías Para El Enfoque De La Vejez

Según Salvarezza hay 2 formas de enfocar la vejez:

✓ **Teoría del desapego:** Plantea que a medida que el sujeto envejece se produce una reducción de su interés vital por las actividades y objetos que la rodean. Esto genera un apartamiento de toda clase de interacción social. La vida de las personas viejas se separa de la vida de los demás. Están cada vez más absortas en sus propios problemas. Se producen confrontaciones con objetos y situaciones que plantean problemas de difícil solución y que cuando no pueden hallarla le engendran cuadros de angustia. Esta declinación tiene como función secundaria permitir el adecuado desarrollo económico de las generaciones más jóvenes. Es un proceso intrínseco, no está condicionado ni determinado por variable social alguna. De esto se desprende claramente que la conducta aconsejable a seguir frente a los viejos es inducir o favorecer progresivamente que ellos mismos se aparten de sus actividades como un paso de preparación para la muerte.

En 1968 Havinghust modifica la teoría redefiniendo el desapego como un simple proceso más que como una teoría del envejecimiento optimo, es solamente una de las formas posibles.

En un entorno positivo la gente vieja generalmente prefiere la actividad y los contactos sociales informales más que el desapego y las conductas tales como el desapego son el resultado de conductas adversas del entorno más que elementos constitutivos propios de la edad.

✓ **Teoría del apego:** La psicología, al investigar como los seres humanos entran en relación unos con otros, emite la hipótesis del instinto gregario. Pero en la actualidad

se da el problema de que ya no se trata de saber cómo los individuos aislados devienen seres sociales, sino cómo, de integrantes de una cultura y de seres sociales llegan a resultar hombres aislados. La separación o aislamiento debe ser comprendida como parte de la patología o acción prejuiciosa contra los viejos de ciertas estructuras sociales pero de ninguna manera como normalidad. Se comete un error al juzgar la posibilidad de satisfacción que pueden obtener los viejos en sus actividades con la óptica comparativa de las personas más jóvenes. El secreto del buen envejecer estará dado por la capacidad que tenga el sujeto de aceptar y acompañar las inevitables declinaciones y cambios sin insistir en mantenerse joven a cualquier precio. No quiere decir que renuncie sino todo lo contrario, que hay que mantener la lucha activa para tratar de obtener el máximo de satisfacción con el máximo de las fuerzas de que en cada momento se disponga. La actitud general hacia los viejos debería estar basada en hacerles sentir que la vida aun vale la pena de ser vivida.

No se trata en realidad de abordajes teóricos, sino de dos actitudes diferentes frente a la vida, cada cual avalada por un sistema de creencias y por condiciones económicas y sociales.

Existen grandes diferencias en cuanto a cómo la gente envejece. Para la antropología no existe una naturaleza humana única porque cada persona construye la propia, es decir que el hombre se construye a sí mismo. El individuo no es una organización cerrada ni una entidad estable. El estudio del desarrollo humano desde el *curso de la vida* implica pensar una ecología social desde la cual vislumbrar un proceso dialéctico, interactivo y no lineal de la vida humana y la heterogeneidad de las trayectorias individuales. La plasticidad de la conducta humana no parece agotarse en las etapas más tempranas de la vida. Todos los sujetos, incluso los adultos, están abiertos a nuevas experiencias.

3.4.4 Prejuicios En Torno A La Vejez

El origen del prejuicio hacia los viejos está en que en cierto momento durante los años de formación educativa, los niños observan por un lado las declinaciones

propias de la edad a lo que se le suma la observación del trato que mantienen los adultos jóvenes hacia los viejos.

Otro factor a considerar es la propensión humana de hostilidad hacia las personas con alguna discapacidad, con los cuales son muchas veces identificados los viejos. El temor es la base de la hostilidad y la ignorancia la prolonga. El temor genera una actitud de escape o de luchar activamente en contra de aquello que se siente como amenaza.

Resulta lamentable que esta conducta prejuiciosa muchas veces se haga presente también *en los profesionales de la salud*, a través de distintas cuestiones:

Los viejos estimulan a los terapeutas temores sobre su propia vejez.

Reactualizan en los terapeutas conflictos en relación a sus propias figuras parentales.

Los terapeutas creen que no van a cambiar su conducta, que están cerca de la muerte.

El paciente puede morir durante el tratamiento.

Los terapeutas se sienten disminuidos en su esfuerzo por sus propios colegas.

El profesional ha sido niño, adolescente, adulto, esto le permite el entendimiento en parte de la problemática de sus pacientes pero le falta la vivencia personal de la vejez.

En la sociedad en general también hay numerosos prejuicios contra la vejez:

Los viejos son todos enfermos o discapacitados.

Pasan mucho tiempo en la cama por enfermedades.

Tienen muchos accidentes en el hogar.

Tienen pobre coordinación psicomotriz.

Desarrollan infecciones.

Se establece una sinonimia viejo=enfermo como una profecía que termina por internalizarse en los destinatarios del prejuicio.

La salud de los viejos se describe en función de la presencia o ausencia de enfermedad. No se puede negar el hecho objetivo de que con la edad, impedimentos y enfermedades crecen. Pero sí hay que introducir un elemento distintivo operativo para

considerar el aspecto social de los roles enfermo o sano que son los que en última instancia se juegan en la utilización del prejuicio contra la vejez. La vejez no es una enfermedad.

En muchas sociedades los grupos son discriminados por el color de la piel, religión, sexo, y los viejos, en nuestra sociedad, son discriminados por su edad. Existe una apreciación estereotipada con relación a que todo cambio que acontece en la vejez es siempre negativo, ya que la creencia indica que se van perdiendo las capacidades y/o habilidades que las personas fueron adquiriendo en el transcurso de la juventud y adultez. Son numerosos los prejuicios que existen sobre las personas mayores e incluso son compartidos por las personas que transitan la vejez, por las personas de otros grupos generacionales y también por distintos profesionales que les brindan asistencia.

“Ageims” es el término inglés que se usa para designar esta concepción prejuiciosa para con las personas mayores, pero en castellano no se cuenta con un vocablo que haga una expresa y clara referencia al prejuicio y/o discriminación que la sociedad ejerce sobre las personas mayores (Bulter, 1973). Salvarezza (1993) considera que una inmensa mayoría de la población de todas las culturas tiene numerosas conductas negativas hacia las personas viejas, las que a veces son inconscientes pero lamentablemente en la mayoría de las oportunidades son conscientes y activas. Considera que ante la carencia de un término específico en castellano para hacer referencia a estos fenómenos y sus consecuencias se use el neologismo “viejismo” y que a la vez resulte equivalente del vocablo inglés “ageims”.

Gerontofobia se refiere a una conducta de temor u odio irracional hacia los viejos, pero resulta menos abarcativa y debe ser incluida dentro del viejismo y no usada como sinónimo. Viejismo, en cambio, está destinado a definir un conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a las personas viejas por el solo hecho de la edad. El viejismo es una conducta prejuiciosa muy extendida socialmente, arraigada en la negación del propio proceso de envejecimiento, biológicamente activo desde muy temprano, y en la proyección masiva en los que son realmente viejos. Para sentir que siempre se mantendrá la juventud, se considera que la vejez es lo que les pasa a los viejos y para sentir mágicamente que eso no le ocurrirá a uno mismo, se utiliza la discriminación y la segregación como una forma de tener a la vejez circunscrita y alejada. Pero existe el riesgo en esta discriminación de que al no entrar en contacto con los viejos no se logra una identificación con la propia vejez a la que se arribará. El no saber impide generar un juicio y al no tenerlo, necesariamente se recurre a un prejuicio, con todo el peligro que eso representa y que, en este caso, es el de llegar a la vejez sin el conocimiento y la preparación necesarios para asumirla (Vega y Bueno, 2000; Amico, 2009).

Es innegable que los cambios morfológicos que ocurren durante el envejecimiento van a contribuir en gran medida a que el sujeto se perciba en menor o mayor grado así mismo como un anciano. Pero también parece demostrado que son los cambios ambientales y sociales los que ejercen una mayor presión para hacer que el geronte asuma y adopte, o no, el rol de viejo.

Todos los prejuicios que se han prestado dan como resultante el considerar a la vejez como un problema social. Para modificar esto es necesario presentar a la vejez como:

Una institución social;

Una edad a respetar;

Una edad a proteger;

Una edad a conservar.

Para ello es necesario que las personas viejas asuman una clara actitud:

En relación al desempeño de su propio rol;

Que encuentren por sí mismos una función propia a ejercer;

Deben recobrar su propia realidad social;

Debe construirse una relación de reciprocidad entre las personas viejas y el resto de la sociedad.

La única forma de que los viejos construyan su protagonismo, es cuando reconozcan la realidad y plenitud de la dignidad etaria y ello se logra a partir de que ejerzan un rol, reconozcan que tienen claras funciones a desempeñar y lo hagan, tengan una efectiva y determinada participación social reconocida por ellos mismos. La vejez es un momento del ciclo vital en el que el ser humano puede, de acuerdo con las condiciones de vida en la actualidad, acceder a una renovación y a una redefinición del proyecto personal.

3.4.5 Gerontología

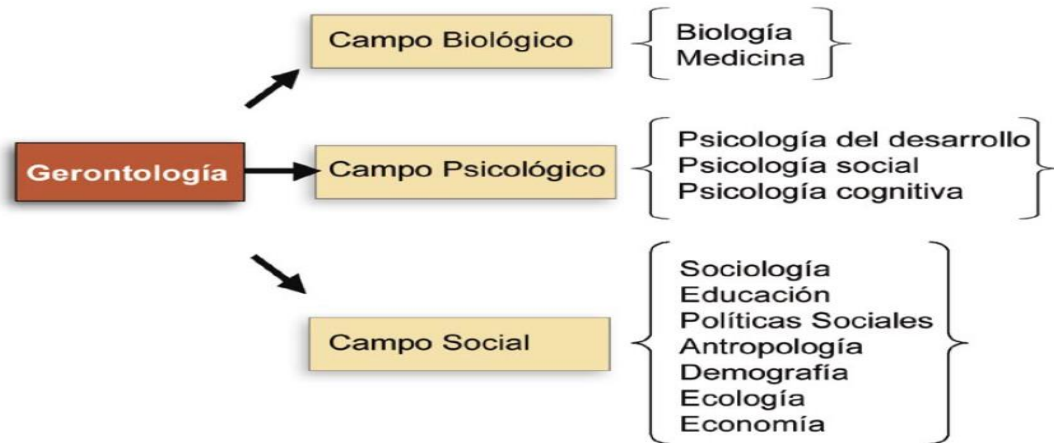
La gerontología, el espacio de conocimiento que se ocupa en forma genérica del envejecimiento humano, ha sido definida, en sus formulaciones originales, como una interdisciplina. Esto significa, en una primera aproximación, que lo biológico, lo psicológico y lo social están comprometidos en el desarrollo humano. Sin embargo, no es posible ignorar el peso de los factores culturales ni el contexto histórico, que construyen la trama sobre la que se entretajan las vidas humanas, y que trasciende largamente esta perspectiva. La interacción entre la persona y el entorno resultan cruciales. La psicología de hoy señala que el sujeto no es un receptor pasivo, sino *proactivo*, es decir que posee capacidad para transformar su entorno. Se trata de identificar la relación con el contexto y evaluar las condiciones del cambio social, pero siguiendo un modelo del desarrollo individual sujeto a las transformaciones históricas y culturales. Esto implica conocer la trama donde se entretajan las vidas humanas, mediante un análisis que, por un lado, considere a un sujeto sometido a las expectativas y los valores de una época, a las normas del entorno humano y social así como también las oportunidades que le permitan hacer uso de sus recursos y capacidades. Por otro lado, es preciso tomar en cuenta también las expectativas y las necesidades del sujeto individual que se construye dentro de la realidad que le toca vivir. La relación entre el individuo y el entorno es dialéctica. La gerontología requiere un nuevo paradigma, se trata de una transdisciplina, dado que la interdisciplinariedad tiene ventajas y desventajas: una ventaja es que profundiza acerca de los aspectos más relevantes del envejecimiento, mientras que la desventaja es que requiere un ejercicio continuo del ser humano envejecido como un todo, y no como la suma de partes profundas e interesantes, pero desarticuladas.

Se distingue a la geriatría de la gerontología, dado que la geriatría es la rama de la ciencia médica que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos y preventivos relacionados con el proceso salud-enfermedad de las personas mayores. Por su parte, la palabra **Gerontología** procede del griego “geron/ gerontos” que significa los más viejos/ notables de la sociedad griega y “logos” que significa tratado/ conocimiento. La gerontología es más abarcadora e incluye a la geriatría.

La psicogerontología es una rama de la psicología del desarrollo que se ocupa del estudio de las últimas etapas del ciclo vital. Es un conjunto de aportes tanto teóricos como prácticos de diversas áreas de la psicología al proceso de envejecimiento.

La Dra. Rocío Fernández Ballesteros, en su libro Gerontología Social¹, ejemplifica los campos de la gerontología en el siguiente gráfico:

GRAFICO 3.2. Campos de la Gerontología



3.4.6 Políticas Internacionales Hacia La Vejez

✓ Primera Asamblea Mundial De Naciones Unidas Sobre Envejecimiento:

En 1982 tuvo lugar La Primera Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en Viena, como resultado de la cual fue elaborado un Plan Internacional sobre el Envejecimiento, denominado Plan de Acción de Viena. Resulta interesante el dato que, durante la celebración de ese evento, el secretario de la ONU estimó pertinente inculcar en la población el espíritu de que el envejecimiento fuera considerado un logro de la sociedad.

Se aprueba el “Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento”. Fue pensado para iniciar un programa que sirva para garantizar la seguridad social y económica de las personas mayores y para que puedan contribuir al desarrollo de las sociedades que integran. Realiza recomendaciones para la acción de manera tal que se garanticen los derechos de estas personas de acuerdo a los Pactos de Derechos Humanos. Plantea los siguientes objetivos: “a) Fomentar la comprensión nacional e internacional de las consecuencias económicas, sociales y culturales que el envejecimiento de la población tiene en el proceso de desarrollo; b) Promover la comprensión nacional e internacional de las cuestiones humanitarias y de desarrollo relacionadas con el envejecimiento; c) Proponer y estimular políticas y programas

orientados a la acción y destinados a garantizar la seguridad social y económica a las personas de edad, así como darles oportunidades de contribuir al desarrollo y compartir sus beneficios; d) Presentar alternativas y opciones de política que sean compatibles con los valores y metas nacionales y con los principios reconocidos internacionalmente con respecto al envejecimiento de la población y a las necesidades de las propias personas de edad; y e) Alentar el desarrollo de una enseñanza, una capacitación y una investigación que respondan adecuadamente al envejecimiento de la población mundial y fomentar el intercambio internacional de aptitudes y conocimiento en esta esfera”.

✓ Segunda Asamblea Mundial De Naciones Unidas Sobre Envejecimiento:

En ocasión del vigésimo aniversario de la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento se celebró en Madrid en 2002 la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, la cual generó el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento 2002; con el fin de proseguir la elaboración del programa de investigaciones de Naciones Unidas acerca del envejecimiento para el siglo XXI. Su objetivo fue servir de base para adoptar medidas normativas en relación con el envejecimiento.

Se aprueba la “Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento”, constituyendo un punto de partida importante para el tratamiento del tema del envejecimiento y la necesidad de establecer acciones estratégicas. Se exhortó a los países a trasladar a planes de acción regionales el Plan de Acción Internacional de Madrid, donde se contemplen las especificidades regionales. Tanto la Declaración Política como el Plan de Acción Internacional de Madrid son reconocidos como documentos clave en los cuales los países se comprometen a realizar una serie de medidas en materia de vejez y envejecimiento. Se reconocen tres ejes prioritarios: las personas de edad y el desarrollo; el fomento de la salud y el bienestar en la vejez; y la creación de un entorno propicio y favorable.

En la Asamblea se definió el envejecimiento como la suma de todas las experiencias de la vida.

Las personas de edad pueden alentar a las generaciones venideras a levantar la voz en favor de la libertad, la paz y la democracia.

Estos planes:

Han orientado el pensamiento de acción sobre envejecimiento los últimos 20 años.

Han generado iniciativas y políticas de vital importancia en múltiples direcciones de trabajo que incluyen a diversos sectores de la sociedad: políticos, dirigentes

gubernamentales, autoridades sanitarias, instituciones jurídicas, comunitarias, educacionales y otras.

Han contribuido a considerar que el envejecimiento no es una etapa terminal de la vida caracterizada por aislamiento, tristeza y rechazo de los más jóvenes, sino una etapa que brinda determinadas oportunidades: llegar a la vejez con goce de mejor salud y de un bienestar realizado más plenamente, con la posibilidad de inclusión y participación plenas en la sociedad y haciendo aportes, más efectivos a la comunidad y al desarrollo de ésta, o sea, a considerar que la vejez es un logro.

✓ Conferencia Regional Intergubernamental Sobre Envejecimiento: Hacia Una Estrategia Regional De Implementación Del Plan De Acción Internacional De Madrid Sobre Envejecimiento

Se definieron prioridades para la implementación del “Plan de Acción Internacional de Madrid que se fundamenta en los principios de las Naciones Unidas a favor de las personas adultas mayores: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.

Se buscó el establecimiento de objetivos para la protección de los derechos de adultos mayores y la creación de las condiciones de seguridad económica, de participación social y de educación que promuevan la satisfacción de sus necesidades básicas y su plena inclusión en la sociedad y el desarrollo.

✓ La 58ª Asamblea Mundial de la Salud (2005)

Pide a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud que estudie la posibilidad de incluir las cuestiones relativas al envejecimiento activo y saludable a lo largo de todo el ciclo vital entre sus recomendaciones de política.

Se define el envejecimiento activo como un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

La calidad de vida de las personas adultas mayores se ve determinada en gran medida por su capacidad para mantener la autonomía y el funcionamiento.

El término “activo” hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no solamente a la capacidad de estar físicamente activo o participar en la mano de obra.

Para promover el envejecimiento activo es necesario lograr que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva de curso de vida completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo tanto

a una atención primaria como a una asistencia de larga duración de calidad. Se requiere además, de entornos favorables que hagan que las decisiones saludables sean decisiones fáciles.

Se deben llevar a cabo acciones prioritarias en Salud como: **a)** Reorientar los servicios de atención primaria para la población adulta mayor con un enfoque integral y coordinado de promoción, prevención, atención y rehabilitación de base comunitaria. **b)** Capacitar a los trabajadores de atención primaria en los principios básicos de la geriatría y gerontología. **c)** Desarrollar servicios especializados en geriatría y mejorar la coordinación de sus actividades con los servicios primarios de salud.

3.4.7 La Situación En Argentina

Los adultos mayores se retiran del mercado de trabajo porque así lo establece la ley, por las presiones sociales para que dejen sus cargos a los más jóvenes, por la discriminación en las contrataciones y porque necesitan utilizar el beneficio que les ha otorgado la sociedad. Pero la jubilación genera graves consecuencias para los adultos mayores, en primer lugar sus bajos montos implican una estrechez económica y en segundo lugar en una sociedad que privilegia la esfera económica, el hecho de no desempeñar una actividad productiva connota “no hacer nada”, ser “nadie” y ser una carga para los demás.

El término “jubilación”, que proviene de la palabra júbilo, implica el ser merecedor de un reconocimiento y una recompensa por largos años de trabajo. Sin embargo, en nuestro país las jubilaciones, son menores que los salarios y dificultan las condiciones de vida. Los conceptos como “clase pasiva” o “retiro” ubican a las personas fuera del mercado laboral, es decir, fuera de la producción. Estas nociones se hacen extensivas a todas las demás facetas de la vida (sexual, afectiva, familiar, social, laboral, profesional, política, etc.) y se despoja a las personas mayores de todo potencial activo y creativo.

En el país, durante los años '90, la precarización laboral y el desempleo tuvieron como resultado, la expulsión de una enorme cantidad de personas mayores del mercado laboral: Muchos sin tener la edad suficiente para acogerse a la jubilación, otros no incluidos en sistemas previsionales, al tiempo que los que accedieron al sistema jubilatorio encuentran que los ingresos son mínimos y no alcanzan a cubrir las necesidades básicas. En la actualidad el 75% de los jubilados perciben el Haber Mínimo.

La edad se ha convertido en el principal elemento de discriminación para el acceso laboral de las personas en nuestro país. En los avisos de solicitud de personal habitualmente se indican límites de edad que excluyen a personas mayores de 35 años. Las diferencias, cada vez más agudas, entre ricos y pobres se proyectan con más fuerza sobre las personas de la tercera edad – carentes de recursos, excluidas por la sociedad y sin políticas públicas adecuadas por parte del gobierno nacional y los gobiernos provinciales –, agudizando los niveles de marginación y discriminación hacia los adultos mayores de los sectores más pobres.

Los Sistemas Previsionales tienen como objetivo proteger a la población de los riesgos de la vejez, el fallecimiento del sostén del hogar (para cónyuges e hijos menores o discapacitados) o de la invalidez. El sistema previsional comenzó a presentar déficits en la década del '60, como producto del envejecimiento de la población, la mala administración, la progresiva precarización laboral (caída del salario real, crecimiento de la informalidad y aumento del desempleo) y la evasión fiscal.

La crisis económica de finales del 2001 produjo un notable deterioro en los haberes jubilatorios de los adultos mayores. La devaluación de la moneda disminuyó el valor de las jubilaciones.

Otras formas de seguridad social para las personas que no están incluidas en el régimen previsional son las pensiones a los mayores de 70 años otorgadas por el Programa Nacional de Pensiones no Contributivas, que funciona bajo la órbita administrativa del Ministerio de Desarrollo Social. Para ser acreedoras de una pensión, las personas no deben tener ningún ingreso, ni familiares que los sostengan. Bajo esta previsión los beneficiarios tienen derecho a la cobertura Social-Sanitaria de IOMA-Profé, con muchas carencias y limitaciones por cierto.

En 1993, se lanza el programa de Apoyo Solidario a los Mayores (ASOMA), cuya prestación básica consiste en “bolsones o cajas de alimentos”, focalizado en la población carenciada. Asimismo, se comienza a prestar apoyo a comedores a los que asisten personas mayores. La característica de este programa está dada por su articulación con instituciones intermedias de la sociedad civil que actúan como enlace: en este caso, Centros de Jubilados. Aun así, los planes alimentarios y subsidios

especiales del Ministerio de Desarrollo Social no alcanzan a cubrir a todos los adultos mayores que los necesitan.

Desde el punto de vista social, la valoración negativa de los adultos mayores lleva a la exclusión afectiva dentro del seno hogareño, considerándolos como una “carga”. En un número creciente de casos los ancianos son excluidos de las casas e “internados” en instituciones geriátricas. Estas situaciones se ven agudizadas debido a los cambios en la organización familiar, en particular en el rol de la mujer como proveedora económica. A la tensión que implica ser trabajadora, ama de casa y madre, se agrega el tiempo y el esfuerzo para sostener y dispensar cuidados a los ancianos de la familia. La institucionalización de los ancianos (tanto privada como pública) presenta una serie de problemas, algunos de los cuales pueden ser considerados en el ámbito de la violación de derechos humanos. La calidad de la atención en estas instituciones varía sensiblemente según el costo de las mismas y la responsabilidad profesional de quienes las dirigen.

Hacer referencia a la institucionalización de los adultos mayores es, inevitablemente remitirse a la cuestión de los DDHH. La violación de Derechos Humanos reside en la falta de controles efectivos sobre el funcionamiento de los geriátricos en todo el territorio nacional, no sólo en lo que respecta a infraestructura y personal sino también en lo referido al tipo de atención brindada y la concepción con que se orienta el trabajo con los ancianos. Muchos geriátricos entre sus funciones sólo se limitan a “mantener” al anciano sin proporcionarle afecto o actividades de entretenimiento o aprendizaje. Así el viejo se transforma en un marginado social, una suerte de “chico de la calle”.

3.4.8 Derechos De Las Personas Mayores

En los últimos años en América Latina y el Caribe el “Enfoque de Derechos” ha ganado una importancia muy significativa. Se habla de un *cambio de paradigma*, en donde las personas mayores dejan de ser los “pobres viejitos” que hay que atender, para convertirse en sujetos activos, protagonistas, que obligan al Estado a hacer cumplir sus derechos. Dicho enfoque promueve el empoderamiento de las personas

mayores y una sociedad integrada también desde el punto de vista de las edades, como lo plantea Naciones Unidas, “una sociedad para todas las edades”.

Argentina en el año 1948 fue el primer país en el mundo en declarar los “**Derechos y el Decálogo de la Ancianidad**”. El Decálogo de los Derechos de la Ancianidad, incorporados en la Constitución de 1949, son:

Derecho a la asistencia: todo anciano tiene derecho a su protección integral por cuenta de su familia. En caso de desamparo, corresponde al Estado proveer dicha protección, ya sea en forma directa o por intermedio de los institutos o fundaciones creados, o que se crearen, con ese fin.

Derecho a la vivienda: el derecho a un albergue higiénico con un mínimo de comodidades hogareñas es inherente a la condición humana.

Derecho a la alimentación: la alimentación sana y adecuada a la edad y estado físico de cada uno debe ser contemplada en forma particular.

Derecho al vestido: el vestido decoroso y apropiado al clima completa el derecho anterior.

Derecho al cuidado de la salud física: el cuidado de la salud física de los ancianos ha de ser especial y permanente.

Derecho al cuidado de la salud moral: debe asegurarse el libre ejercicio de las expansiones espirituales, concordes con la moral y el culto.

Derecho al esparcimiento: ha de reconocerse a la ancianidad el derecho de gozar mesuradamente de un mínimo de entretenimientos para que pueda sobrellevar con satisfacción sus horas de espera.

Derecho al trabajo: cuando su estado y condiciones lo permitan, la ocupación por medio de laborterapia productiva ha de ser facilitada. Se evitará así la disminución de la autoestima y la autorrealización.

Derecho a la tranquilidad: gozar de tranquilidad, libre de angustias y preocupaciones en los últimos años de existencia, es patrimonio del anciano.

Derecho al respeto: la ancianidad tiene derecho al respeto y consideración de sus semejantes.

Principios a favor de las personas de edad de las Naciones Unidas

No es hasta el año 1991 que el sistema de Naciones Unidas proclama los “Principios a favor de las personas de edad” (Resolución 46 de 1991).

Ellos son: **independencia, participación, dignidad, cuidados y autorrealización.**

Independencia: Los principios referentes a la independencia, expresan que estas personas tienen derecho a los servicios y cuidados básicos, a la oportunidad de trabajar o de generar ingresos, la capacidad de influir en el ritmo de su participación en la fuerza laboral, acceso a los programas de formación y educación, un entorno seguro y el apoyo necesario para poder residir en su propio hogar por todo el tiempo que le sea posible. De este modo las personas de edad deberán: Tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de la salud mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia. Tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos. Poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales. Tener acceso a programas educativos y de formación adecuadas. Tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio. Poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

Participación: Los principios de participación, se refieren a la toma de decisiones, la difusión de información y conocimientos, los servicios a la comunidad, y la formación de movimientos y asociaciones. Esto incluye: Permanecer integradas en la sociedad. Participar activamente en la formulación y en la aplicación de las políticas que afectan directamente a su bienestar. Poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes. Poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades. Poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

Cuidados: Los principios de los cuidados se relacionan con cuestiones de la familia y de la comunidad; el acceso a los servicios de atención de la salud, servicios sociales y jurídicos y cuestiones relacionadas con la atención en instituciones dedicadas a su cuidado o tratamiento. Poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad. Tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad. Tener acceso a cada servicio social y jurídico que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidados. Tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro. Poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residen en hogares e instituciones donde se les brinde cuidados o tratamiento con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad así

como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

Autorrealización: En los principios de autorrealización se recomiendan que las personas puedan aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial y para tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad. Deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial. Tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

Dignidad: Los principios de la dignidad consisten en verse libre de explotación y de malos tratos físicos o mentales, de recibir un trato digno y de ser valorados independientemente de su condición económica. Deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales, independiente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones.

3.4.9 Respuesta Social De Apertura Hacia La Vejez

En la sociedad actual se abren nuevos ámbitos y caminos para que las personas mayores puedan estar integradas, establezcan relaciones interpersonales y se vean favorecidas de los avances tecnológicos. Así pues los mundos sociales o escenarios de la vejez que deben ser tenidos en cuenta además de la familia y los amigos son:

- ✓ Las redes informales. Relaciones o participación social en redes sociales o grupos informales (grupo de jubilados, centros de día...).
- ✓ El vecindario. Personas que se desenvuelven en el mismo ámbito sociofísico. Este grupo constituye una posibilidad para desarrollar actividades y recursos de innovación cotidiana
- ✓ Los grupos de actividad. Vinculados al desarrollo de tareas o actividades en las que la persona puede implicarse (redes de voluntariado, participación en talleres, desarrollo de actividades lúdicas o recreativas...)

✓ Relaciones sociales a través de medios técnicos: Por ejemplo el teléfono celular, las computadoras, internet, que constituyen una posibilidad en la configuración de relaciones interpersonales.

Entre las posibles acciones a desarrollar en el trabajo con la tercera edad se presentan las siguientes:

- ✓ Diseñar programas laborales específicos destinados a conceder a los viejos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades, tendiendo a aprovechar su sabiduría y experiencia para instruir y capacitar a otras personas. Sería importante, reivindicar a nivel nacional al «Programa Nacional de Abuelos Narradores» y fomentar todas aquellas experiencias exitosas.
- ✓ Apoyar a aquellas O.N.Gs u O.S.C. que realicen actividades culturales, sociales y/o deportivas con el objeto de garantizarles lugares adecuados de reunión.
- ✓ Impulsar en las distintas Carreras Universitarias el estudio especializado sobre las necesidades particulares de los adultos mayores en sus distintas facetas (salud, psicología, educación, trabajo, sexualidad, etc.).
- ✓ Resulta interesante como propuesta fomentar la experiencia de intercambios generacionales por medio de la creación de estructuras que nucleen personas mayores para que asesoren a los más jóvenes.
- ✓ La integración de los centros de jubilados al contexto social para participar activamente en tareas comunitarias como podría ser contar cuentos a niños o internados, control de tránsito en las escuelas, cuidado de plazas, festividades patrias en los barrios, etc.
- ✓ Aumentar la oferta de cursos con salida laboral acorde a la capacidad y edad del adulto, cerrajería, artesanías varias, reciclados, huertas comunitarias, etc., lo que implicaría una fuente de trabajo y un aporte a sus ingresos, dándole una mayor independencia económica.
- ✓ La intervención de grupos de contención gratuitos para mayores que hayan sufrido pérdidas de hijos, familiares o compañeros, es imprescindible ya que es sumamente difícil para el mayor elaborar los duelos y afrontar la soledad y el desamparo moral.
- ✓ Fomentar campañas para un mayor respeto en la atención de los mayores en oficinas públicas, hospitales, comercios, trasportes.
- ✓ Defender su derecho a manejar sus propios bienes, propiedad o cuentas de ahorro ya que bajo pretexto de debilidad mental muchas veces, y por sus propios hijos, se los despoja de dichos bienes alegando incapacidades inexistentes.

Actualmente, P.A.M.I cuenta con un programa denominado: **PROGRAMA NACIONAL DE PROMOCION y PREVENCION SOCIO COMUNITARIA "prevenir para seguir creciendo"** que busca **lograr la participación e integración sustentable del beneficiario como ciudadano en su medio socio comunitario**. Su Objetivo General es: Incrementar las oportunidades de la salud integral de los afiliados, en términos de

autonomía funcional, participación en el control de sus patologías, integración social y ejercicio de la ciudadanía, con la intervención en las situaciones de riesgo a las que están expuestos por vulnerabilidad social y fragilización personal durante el proceso de envejecimiento a través de la creación de un espacio operable en relación a esos factores de riesgo mediante relaciones participativas, asociativas y vinculares. Los Componentes que se incluyen son: a) Envejecimiento activo: movimiento; cognición; socioafectividad: habilidades, expresividad, productividad y creatividad. b) Educación para la salud. c) Derechos y ciudadanía.

Este programa abarca a todos los beneficiarios de P.A.M.I pero también se hace extensivo a toda la comunidad, de manera que participan adultos mayores pertenecientes a otras Obras Sociales y también personas más jóvenes que desean desarrollar las actividades propuestas. Para el trabajo de campo de esta tesis se tomará el subcomponente cognitivo dentro del componente de envejecimiento activo del Programa de Prevención.

Hoy el adulto mayor tiene ante sí, un gran desafío, por un lado; Conocer y asumir cambios que viene experimentando tanto en lo biológico, en lo psicológico y en lo social y por otro lado; lograr que la sociedad cambie la actitud marginadora del que envejece, al que nomina como pasivo, enfermo y hasta discapacitado, no favoreciendo así su inserción. Sólo cuando los ancianos asuman su grandeza por toda la experiencia que poseen y que luchen por el lugar que se merecen, la familia y la sociedad, también reflexionarán sobre la importancia de sus aportaciones a la vida de hoy.

~ 99 ~

Capítulo 4:

MEMORIA Y VEJEZ

Envejecer es como escalar una gran montaña: mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena.

Ingmar Bergman - Cineasta sueco

4.1. CAMBIOS COGNITIVOS EN EL ENVEJECIMIENTO

Gran parte de las personas que envejecen se quejan de la declinación de sus habilidades cognitivas especialmente en el área de la memoria. La frecuente aparición de estas quejas de memoria ha llevado a la creencia, muy extendida pero errónea, que la pérdida de la habilidad intelectual es parte inevitable del envejecimiento.

Al envejecer se observa una declinación normal de las habilidades intelectuales determinada por múltiples factores, que no implican un deterioro, ni un impacto significativo en la vida cotidiana del sujeto. Este declive se traduce en menor eficiencia al realizar tareas intelectuales, las que insumen más tiempo y más esfuerzo cognitivo, pero que de todos modos alcanzan el resultado correcto. Esta declinación cognitiva en los sujetos ancianos tiene como mecanismos principales la disminución en la velocidad de procesamiento de la información, alteraciones particulares en la memoria, cambios en la atención y cambios en las funciones sensoriales que impactan en el funcionamiento cognitivo en su conjunto (Roqué, 2010).

4.1.1 Envejecimiento Cognitivo Normal y con Patología

Si bien el envejecimiento y la enfermedad de Alzheimer en su inicio muy temprano comparten el fenómeno del olvido, la pérdida de memoria es cuantitativa y cualitativamente diferente en ambos casos. Se puede hablar de un envejecimiento cognitivo normal y un envejecimiento cognitivo con patología. A veces se torna difícil realizar una diferenciación, dado que el inicio de los cambios en ambos casos es sutil, pero con el correr del tiempo los cambios patológicos se agravan y se agregan dificultades en otras habilidades cognitivas.

Conocer la forma en que se altera la cognición con el envejecimiento y en las enfermedades como la demencia tipo Alzheimer permitirá, en primer lugar, disminuir las consecuencias de los aspectos más dificultosos de los cambios normales utilizando diversos mecanismos de ayuda (agendas, refuerzos en el aprendizaje, etc.); y al mismo tiempo identificar signos de alarma que lleven a la consulta inmediata evitando suponer que “son cosas de la edad” (Roqué, 2010).

4.2. MEMORIA

Como ya se ha mencionado, aunque muchas personas mayores se quejan de que olvidan cosas, eso no significa que el olvido sea una consecuencia inevitable del envejecimiento. Con esto no se niega el hecho de que el envejecimiento va acompañado generalmente de cambios en el sistema de memoria.

Para comprender la naturaleza de los cambios con la edad en la memoria, se puede dividir el sistema en capacidades y contenidos (Ver Cuadro 4.1).

CUADRO 4.1. Esquema del sistema de memoria

MEMORIA	
Capacidades (pueden declinar)	Contenidos (pueden aumentar)
Estructuras: memoria sensorial, a corto plazo, a largo plazo, a muy largo plazo. Procesos: codificación, almacenamiento, recuperación.	Conocimiento almacenado: memoria procedimental y declarativa (episódica y semántica).

4.2.1 Capacidades

En base a lo que exponen Vega y Bueno (2000), de acuerdo con un punto de vista lineal del procesamiento, el sistema de memoria se puede subdividir en diferentes etapas. La información se transfiere a lo largo de distintos canales, cada uno de los cuales posee unas funciones de retención y de transformación características:

- ✓ Un primer contacto se realizaría en la *memoria sensorial*, que es un sistema preconceptual y preatencional de estabilidad extremadamente baja. La información ambiental (imágenes, sonidos, olores, sabores, etc.) se mantiene en la memoria sensorial durante aproximadamente un segundo; tras ese tiempo, la información decae en esta etapa, por lo que para utilizarla debe ser procesada a un nivel más profundo.
- ✓ El segundo sistema, denominado *memoria a corto plazo* o memoria primaria, exhibe una estabilidad algo mayor, pero es también de capacidad muy limitada, por lo cual la información se pierde rápidamente.
- ✓ La información sólo se mantiene cuando pasa a un almacén muy estable como es la memoria secundaria o *memoria a largo plazo*.
- ✓ A veces se habla de una memoria terciaria o *memoria a muy largo plazo*, en la cual la información se almacena de modo permanente.

4.2.2. Memoria Sensorial

Este primer contacto se caracteriza por dos tipos de registro, una memoria icónica para el sistema visual y una memoria ecoica para el sistema auditivo. El

conocimiento sobre la relación entre memoria sensorial y edad procede fundamentalmente de los trabajos realizados sobre la memoria icónica.

A pesar de que en el sistema visual se producen diversos cambios con la edad, no se han demostrado déficits consistentes a medida que aumenta la edad ni en la capacidad para identificar estímulos visuales presentados brevemente, ni en la persistencia brevemente, ni en la persistencia de la información almacenada en el registro sensorial visual.

En cuanto a la transferencia desde el registro sensorial a la memoria primaria y/o secundaria, parece ser que los ancianos necesitan más tiempo que los jóvenes para extraer la información. La mayoría de los investigadores está de acuerdo en que el envejecimiento sólo tiene efectos pequeños y carentes de importancia sobre la memoria sensorial (Vega y Bueno, 2000).

4.2.3. Memoria a Corto Plazo

La memoria a corto plazo o memoria primaria es un sistema de capacidad limitada que mantiene la información en la conciencia. Desempeña un papel importante en el control y en la asimilación de nueva información, estando implicada cuando la información es todavía el objetivo de la atención consciente. Pero salvo que se mantenga el material, la información se pierde en unos 15 segundos.

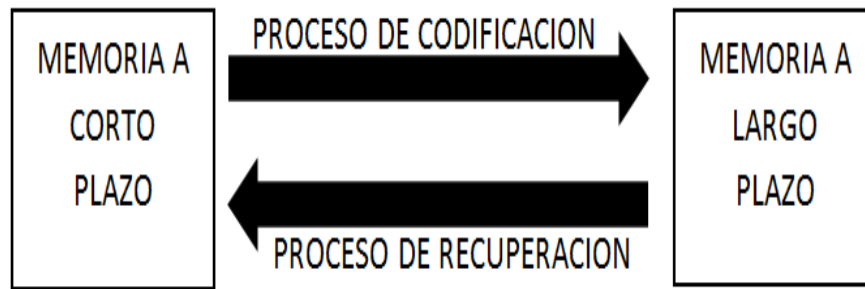
✓ **Almacenamiento:** la capacidad de almacenamiento de la memoria a corto plazo se suele medir mediante tareas de amplitud mnémica, tales como el recuerdo de dígitos hacia adelante o hacia atrás. No hay diferencias significativas entre viejos y jóvenes en los estudios realizados.

✓ **Procesamiento:** la memoria a corto plazo se utiliza no sólo para el almacenamiento, sino también para el procesamiento. Este énfasis ha llevado a introducir el concepto de memoria de trabajo o memoria activa. Para medir su capacidad, en la investigación sobre el envejecimiento se ha utilizado dos tipos de tareas: la amplitud de escucha o de lectura y la amplitud de cálculo. Aunque existen diferencias con el aumento de la edad, no se conoce con exactitud la causa de la menor eficiencia de la memoria activa con el envejecimiento.

✓ **Recuperación:** la recuperación de la memoria a corto plazo se suele evaluar con la búsqueda en memoria. En esta tarea se pide a los sujetos que mantengan en la mente una serie de ítems que no sobrepasan la amplitud de la memoria a corto plazo. Luego se les presenta un ítem de prueba y tienen que decidir si ese ítem estaba o no presente en el conjunto original, que permanece en la memoria a corto plazo. La recuperación de la memoria a corto plazo también empeora con la edad puesto que se recupera más lentamente. Los ancianos cometen significativamente más errores que los jóvenes en dicha tarea de búsqueda en memoria. Aun con todo, se ha encontrado una interacción entre los cambios con la edad y la familiaridad con los estímulos presentados, de tal manera que las diferencias entre jóvenes y viejos eran menores con estímulos familiares que con otros poco habituales. Los resultados de los estudios sobre la existencia o no de diferencias con la edad en la memoria a corto plazo resultan todavía controvertidos. No obstante, parece claro que la memoria primaria se ve afectada por las diferencias en edad (Vega y Bueno, 2000).

4.2.4. Memoria a Largo Plazo

La memoria a largo plazo, con una capacidad potencialmente ilimitada, implica mecanismos muy variados y de gran extensión temporal. Mantiene de forma permanente la información, también interviene activamente en todo el proceso de recuerdo. Es el almacén de la experiencia pasada: recuerdos del pasado, el conocimiento sobre el mundo y sobre cómo hacer las cosas, e incluso la información sobre cómo funcionan los procesos de pensamiento. Cuando la información se codifica, se transfiere a la memoria a largo plazo donde se mantiene hasta que se necesita. Cuando se recupera, la información se transfiere de nuevo a la memoria a corto plazo, donde se puede manipular de forma consciente. (ver figura)



Las dificultades se podrían presentar en diferentes puntos del proceso. Se puede fallar en codificar o asimilar el material que se aprende. Podría haber problemas para mantener almacenada la información codificada. El material, tras ser codificado y almacenado, puede resultar inaccesible. O la clave del déficit puede estar en los procesos organizativos que se producen en la interacción entre codificación y recuperación.

✓ **Déficit de codificación:** las personas mayores no utilizan espontáneamente las estrategias de codificación, pero se benefician de sus efectos cuando se les induce o se les orienta a utilizarlas. Apenas hay diferencias con el aumento de edad cuando las tareas conllevan procesamiento poco elaborado, mientras que el recuerdo de los jóvenes es superior al de los viejos cuando las tareas exigen procesamiento más profundo o elaborado.

✓ **Déficit de almacenamiento:** la información codificada se puede perder en el almacenamiento; si así fuese, una vez perdida, no podría recuperarse nunca. Se ha visto que una vez que el material ha sido depositado en el almacén a largo plazo, se mantiene tan eficientemente en personas de 80 años como en quienes tienen 20 años.

✓ **Déficit de recuperación:** cuando se han comparado condiciones de recuerdo libre y de recuerdo señalizado, también se ha encontrado que los ancianos emplean mecanismos de recuperación menos efectivos que los jóvenes puesto que cuando se les da indicios o señales para recordar (recuerdo señalizado), mejoran su ejecución en comparación con la línea base de recuerdo libre.

4.2.5. Memoria a muy Largo Plazo

Por lo que se refiere a la memoria a muy largo plazo, existe una evidencia anecdótica que apoya la idea de que mientras los ancianos tienen dificultad para recordar sucesos recientes, recuerdan bastante bien los que ocurrieron años atrás. En este sentido, las diferencias de edad son mínimas en memoria remota.

4.2.6. Contenidos

En lo referido a los contenidos de la memoria a largo plazo, habría que distinguir entre memoria procedural y memoria declarativa. Dentro de ésta, a su vez, se diferencia entre memoria episódica y semántica.

La memoria procedural se refiere a las habilidades que se han practicado mucho y que por lo tanto, son muy automáticas. Pueden ser básicamente cognitivas (p.ej., leer) o involucrar un componente motor (p.ej., conducir, jugar al tenis, escribir a máquina). La memoria procedural no se ve afectada por la edad.

Frente a ella, la memoria declarativa se refiere a nuestro conocimiento sobre el mundo. Independientemente de la edad, se almacenan en ella dos tipos de contenidos: recuerdos episódicos y recuerdos semánticos. Los recuerdos episódicos incluyen cualquier cosa que le sucede a la persona, recuerdos vinculados a un tiempo y a un lugar (p.ej., un recuerdo de la infancia, un diploma recibido, una persona que se conoció en una fiesta). Los recuerdos semánticos constituyen conocimiento objetivo organizado (p.ej., que los dachshund son perros y los perros son mamíferos, que España tiene una monarquía parlamentaria, la conjugación de los verbos).

Tradicionalmente se ha pensado que los recuerdos episódicos son sensibles al envejecimiento, pero que los recuerdos semánticos no se suelen deteriorar en la vejez. Sin embargo, en estudios recientes se han obtenido disminuciones relacionadas con la edad en diversos tipos de tareas de memoria semántica.

Puesto que los recuerdos episódicos y semánticos se acumulan a lo largo de la vida, los ancianos pueden ir aumentando su base de conocimiento de forma progresiva. Ello hace que en muchas situaciones puedan compensar los declives en la eficiencia del sistema de memoria apoyándose en el conocimiento almacenado. De

este modo, se ha encontrado que en situaciones en las que está involucrado el conocimiento del mundo, los ancianos pueden recordar tan bien como los jóvenes.

4.3. VALIDEZ ECOLÓGICA

La validez ecológica indica el grado en el que la tarea usada incide cuando se trata de medir la memoria de forma precisa, refleja su relación con las actividades que cotidianamente enfrenta la persona vieja. Dentro de la validez ecológica se tienen en cuenta dos elementos: la memoria para materiales, para sucesos significativos, y la metamemoria.

4.3.1 Memoria para Materiales y Sucesos Significativos

Cornachione Larrínaga, (2006) expone los siguientes aspectos de la memoria para materiales y sucesos significativos:

- ✓ Abarca la comprensión y recuerdo del lenguaje hablado y de textos escritos de diversa longitud. Las personas ancianas tienden a seleccionar las ideas centrales y recordarlas, o sea que se mantiene la memoria para el discurso.
- ✓ Las representaciones de la memoria provienen de sucesos percibidos pero el individuo, puede tener recuerdos de acciones que nunca realizó, aunque las haya planeado, considerado o intentado. La representación de los recuerdos percibidos resulta una mezcla de elementos generados a nivel interno y externo y las personas suelen tener capacidad para distinguir entre los sucesos reales e imaginarios. Esta

capacidad para distinguir entre realidad y fantasía se denomina monitorización de la realidad. En relación a este aspecto, se muestra una marcada tendencia en las personas mayores a que esta monitorización de la realidad vaya disminuyendo por acción de la rutina.

✓ La recuperación de la palabra (dificultad para encontrar las palabras comunes) es una queja muy frecuente entre los viejos, ya que incide en la vida cotidiana y a la vez en la calidad de vida, pero las investigaciones que se han realizado hasta el presente sólo manejan hipótesis sobre su origen.

✓ La memoria espacial es la que permite recordar la localización de los objetos, la búsqueda de los objetos perdidos, el mantenerse orientados en entornos micro y macroespaciales, a la vez que recorrer caminos propuestos o deseados. Las investigaciones indican que los ancianos cuando se mueven en ambientes habituales no tienen declinaciones, en cambio, cuando lo hacen en ambientes desconocidos fallan en la ejecución.

✓ La memoria de actividades cotidianas ya realizadas acompaña al individuo en su vida diaria. En ella intervienen la codificación, el almacenamiento, la recuperación. Las investigaciones no muestran diferencias significativas en las personas ancianas.

✓ La memoria de actividades prospectivas incluye las actividades que se planifica realizar, como ir de viaje. Abarca elementos prospectivos, sucesos acontecidos a través del tiempo con carga motivadora y con significado para el individuo que recuerda. Los estudios muestran que las personas mayores mantienen conservada la memoria prospectiva.

4.3.2. Metamemoria

La metamemoria se refiere a cuánto se conocen las propias habilidades y capacidades mnemónicas, y sobre las estrategias que se pueden aplicar. Su estudio es importante puesto que la confianza en las propias habilidades influye la cantidad de preparación o el esfuerzo que se pone en tratar tareas cotidianas. La metamemoria se ha medido tanto con cuestionarios como con métodos experimentales.

Se han encontrado dos factores de metamemoria a todas las edades: el que se refiere al funcionamiento de la propia memoria o autoconocimiento de la memoria, y el que alude a la eficacia en el funcionamiento o evaluación de la propia cognición.

En algunos aspectos del autoconocimiento, las diferencias de edad son mínimas, como en el conocimiento general sobre la memoria o en lo que se sabe sobre ítems específicos.

En contraste con el conocimiento de uno mismo, aparecen sustanciales diferencias entre los jóvenes y los viejos en la evaluación de la propia cognición. Los ancianos tienden a percibirse a sí mismos como menos eficaces en muchas tareas en comparación con los jóvenes o con ellos mismos cuando eran más jóvenes.

✓ Las autoevaluaciones pobres (bajo sentido de autoeficacia, falta de sentido de control, atribuciones inadecuadas a la habilidad, etc.), pueden resultar en menor esfuerzo y, consecuentemente, en peor ejecución (Vega y Bueno, 2000).

4.4. FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA MEMORIA

Es importante tener en cuenta la variabilidad de la memoria cuando las personas viejas enfrentan ciertas situaciones, a saber:

- ✓ La familiaridad con los materiales empleados para recordar.
- ✓ La experiencia. Esta tiene lugar de privilegio en el mantenimiento y en la posibilidad de mejoría en los niveles de ejecución cognitiva en la vejez.
- ✓ La salud física o mental, la nutrición, el consumo de drogas o de alcohol puede alterar el funcionamiento de la memoria en la vejez.
- ✓ Las diferencias individuales a nivel intra e interindividuales.
- ✓ La motivación a nivel intrínseco y extrínseco.
- ✓ La precaución. No dan respuestas por temor a equivocarse.
- ✓ La estructura social a través de las expectativas culturales.
- ✓ La jubilación. Con ella las personas reducen parte de la obligación de las actividades sociolaborales. La presión social se reduce respecto a aquello que se espera del individuo desde el punto de vista laboral y este hecho provoca una pérdida en la

motivación ya que no es tan necesario el uso de la memoria y, con ello, comienza un periodo de desentrenamiento de las habilidades mnémicas.

✓ El aislamiento social. La reducción del contexto de las personas después de la jubilación, la pérdida progresiva de amistades de la misma edad, la pérdida de la pareja, etc., determinan una situación que, además de las implicancias afectivas tienen su repercusión y relevancia en las capacidades mnémicas (Cornachione Larrínaga, 2006).

4.5. INTERVENCIONES

Algunas sugerencias para mejorar el aprendizaje y la memoria de los adultos y de los ancianos, entre las que se encuentran las siguientes:

- ✓ Utilizar materiales significativos y familiares enfatizando la experiencia previa.
- ✓ Permitir que los propios ancianos espacien su aprendizaje, o darles más tiempo para que realicen la tarea.
- ✓ Ser sensibles a los efectos que tienen sobre la ejecución la mala salud y el menor nivel de educación formal.
- ✓ Compensar los déficits sensoriales en la presentación y en el diseño de los materiales que se utilizan para el aprendizaje o los entrenamientos cognitivos.
- ✓ Utilizar el realce sensorial (p.ej., exponer auditivamente el material que se presenta visualmente).
- ✓ Reducir la fatiga al mínimo.
- ✓ Utilizar instrucciones apropiadas a la edad y a la generación de las personas.
- ✓ Proporcionar y animar a que se utilicen estrategias mnemotécnicas donde sea posible.
- ✓ Minimizar las demandas atencionales.

La intervención sobre la memoria se ha centrado, fundamentalmente, en la exploración de distintas estrategias que pretenden mejorar la capacidad de retención y de recuperación posterior de aquello que se ha aprendido. También se puede intervenir sobre la salud y sobre el autoconcepto de las personas para mejorar su rendimiento en tareas de memoria.

Para mejorar la memoria se utilizan diversas estrategias. Las estrategias de memoria sirven para elaborar la información o para procesarla a un nivel más profundo, aumentando la probabilidad de que el material sea adecuadamente codificado y favoreciendo la recuperación posterior.

Cualquier estrategia de codificación que aumente la profundidad del procesamiento, mejora el aprendizaje:

- ✓ Organizar la información por categorías, agrupando en base a características comunes.
- ✓ Ayudas verbales, como construir una palabra con la primera letra de cada ítem que haya que recordar o componer una rima con información clave.
- ✓ Se pueden formar imágenes mentales con los ítems que haya que recordar.

El conocimiento de las estrategias puede guiar el desarrollo de programas de entrenamiento. Cualquiera que sea el acercamiento que se utilice, el entrenador debería conocer qué estrategias se aplican ya en la vida diaria. El entrenamiento se puede diseñar para maximizar la aplicación exitosa de estrategias conocidas o para enseñar estrategias efectivas que no son familiares.

La propia actitud que un anciano tenga hacia los cambios de su memoria es tan importante como los cambios en sí mismos. Algunas personas continúan aprendiendo cuando envejecen y siguen empleando capacidades cognitivas al máximo sin utilizar el envejecimiento como una excusa para la desidia mental. Otros ancianos abandonan cualquier aprendizaje nuevo y no intentan actividades cambiantes porque dicen que “ya no están para esas cosas”.

Los estereotipos negativos sobre el envejecimiento contribuyen a que las personas de mediana edad y ancianas tengan poca confianza en sus capacidades mentales. Esto desencadena un círculo vicioso de falta de confianza en uno mismo, fallas mnémicas, aumento de ansiedad, expectativas no realistas de autoevaluación, etc.

Desde el punto de vista funcional. Declive no debe confundirse con déficit. Resulta razonable pensar que el sistema de procesamiento de información de las personas jóvenes funciona a un nivel mucho más alto que el que se necesita para sobrevivir. Aunque una disminución en el funcionamiento de la memoria resulte frustrante para el viejo que lo experimenta, la consecuencia de esa disminución en el desenvolvimiento diario habitual puede resultar trivial, precisamente porque el punto máximo de funcionamiento en la juventud se sitúa muy por encima del nivel de supervivencia necesario.

SEGUNDA PARTE:

MARCO METODOLÓGICO

Capítulo 5:

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

5.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACION

- ✓ ¿Cuál es el nivel de optimismo que presenta la población de la tercera edad del departamento de Godoy Cruz que participa en los Talleres de Estimulación Cognitiva (que forman parte del proyecto de promoción y prevención sociocomunitaria de P.A.M.I.) desde hace por lo menos 6 meses?
- ✓ ¿Cuál es el nivel de optimismo que presenta la población de la tercera edad del departamento de Godoy Cruz que no realiza ningún tipo de actividad preventiva?
- ✓ ¿El nivel de optimismo presenta diferencias en personas que participan en los Talleres de Estimulación Cognitiva con respecto a los que no realizan ninguna actividad de este tipo?

5.2 OBJETIVOS

5.2.1 Objetivo General

- ✓ Conocer la posible influencia que tiene sobre el optimismo de las personas mayores, el participar en Talleres de Estimulación Cognitiva que forman parte del Proyecto de Promoción y Prevención Sociocomunitaria de P.A.M.I.

5.2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Evaluar el nivel de optimismo en un grupo de adultos mayores que asiste a los Talleres de Estimulación Cognitiva de Godoy Cruz.
- ✓ Evaluar el nivel de optimismo en la población mayor de Godoy Cruz que no realiza este tipo de actividad.
- ✓ Comparar el nivel de optimismo en ambos grupos.
- ✓ Examinar y determinar si existen diferencias en los niveles de optimismo debido a la participación o no en los talleres.

5.3 HIPOTESIS

- ✓ Los adultos mayores que participan de los Talleres de Estimulación Cognitiva (pertenecientes al Programa de Promoción y Prevención Sociocomunitaria de P.A.M.I.) poseen un nivel mayor de optimismo que aquellos que no realizan ninguna actividad de este tipo.

5.4 TIPO DE ESTUDIO

Desde una metodología cuantitativa se realizará un estudio de alcance descriptivo en el que se busca especificar las propiedades del fenómeno que se somete a análisis, lograr describir y detallar como son y se manifiestan los datos, con el fin de obtener una mejor comprensión de éstos (Hernández Sampieri, Fernández-Collado & Baptista Lucio, 2006).

El diseño de investigación es no experimental. Es decir, el estudio se da sin manipulación deliberada de las variables, observando el fenómeno tal como se da en su contexto natural, para luego analizarlo. Es este tipo de diseños de investigación no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes.

Será un estudio transversal, dado que los datos se recopilarán en un solo momento, para investigar la variable en ese momento (Hernández Sampieri, Fernández-Collado & Baptista Lucio, 2006).

5.5 TIPO DE MUESTRA

La muestra será no probabilística, es decir que será seleccionada por decisiones subjetivas a través de un procedimiento de selección informal e intencional. Las unidades escogidas podrán o no ser representativas del universo, sin resultar posible calcular el error que puede introducirse. La muestra será de sujetos voluntarios y estará integrada por 60 sujetos desde 65 años en adelante. Dicha muestra estará dividida en dos grupos, uno de los cuales estará integrada por 30 adultos mayores que forman parte de los talleres de Estimulación Cognitiva que se llevan a cabo en Centros

de Jubilados del departamento de Godoy Cruz. El otro grupo estará compuesto por otros 30 adultos mayores del departamento de Godoy Cruz que no participan en actividades recreativas y/o artísticas en grupo.

Se buscaría especificar los niveles de optimismo en ambos grupos describiéndose como se manifiesta esta variable en cada uno de ellos. Luego se compararían los grupos en busca de diferencias/similitudes significativas entre ellos. Las conclusiones del estudio solo serían válidas para el grupo de sujetos investigados, no siendo generalizables.

5.6 INSTRUMENTOS

El procedimiento de obtención de datos se llevará a cabo a través del Test de Orientación Vital Revisado LOT-R. Es un instrumento con cinco opciones de respuesta que permite evaluar el optimismo disposicional o las expectativas de los individuos acerca de que puedan ocurrirles resultados favorables en el futuro. La prueba consta de seis ítems y otros cuatro ítems más, neutros. Además se administraría un breve cuestionario que permita recoger datos sociodemográficos (como género, edad, estado civil) y datos relativos al estado de salud física (como enfermedades padecidas, operaciones, indicadores indirectos del estado de salud como realización de actividad física, etc.).

5.6.1 Test De Orientación Vital Revisado

Se utiliza para medir el optimismo disposicional o predisposición generalizada hacia las expectativas de resultados positivos, en la versión española de Otero-López, Luengo, Romero, Triñanes, Gómez y Castro (1998). Este test mide el optimismo/pesimismo disposicional como constructo unidimensional.

En su primera versión este cuestionario estaba compuesto por 8 ítems (más 4 de relleno) con los cuales se evaluaban las expectativas generalizadas hacia resultados positivos o negativos. De los 8 ítems, 4 están redactados en sentido positivo y 4 en sentido negativo. Después de revertir los ítems redactados en sentido negativo, se lograba la puntuación total en optimismo. Pero en 1994 Scheier, Carver y Bridges revisaron esta medida de optimismo y eliminaron 2 ítems que consideraban que no hacían referencia explícitamente a las expectativas de resultados. El renovado LOT-R consta de 6 ítems (más 4 ítems de relleno) que proporcionan una puntuación de optimismo disposicional.

Se solicita a los sujetos que indiquen el grado de acuerdo o desacuerdo con las distintas afirmaciones usando una escala de 5 puntos, desde 0 (*muy en desacuerdo*) hasta 4 (*muy de acuerdo*). Para puntuar el test se consideran los ítems de enunciados negativos (3, 7, 9), los cuales se codifican revertidos antes de la puntuación. Luego se suman a éstos los puntajes de los ítems de enunciados positivos (1, 4, 10) y se logra la puntuación total en optimismo. Por lo tanto los puntajes pueden ir de 0 a 24.

A los fines de la interpretación de los resultados se ha categorizado los puntajes de la siguiente manera:

Categoría 1: 0-4 Muy pesimista (MP)

Categoría 2: 5-9 Pesimista (P)

Categoría 3: 10-14 Nivel Medio (NM)

Categoría 4: 15-19 Optimista (O)

Categoría 5: 20-24 Muy optimista (MO)

Definición operacional de variable estudiada:

Optimismo disposicional: será aportado por las respuestas que den los sujetos al *Test de Orientación Vital* revisado (LOT-R; Scheier, Carver y Bridges, 1994) que puede clasificarse en dirección positivo o negativo; es decir, optimismo (puntajes altos) y pesimismo (puntajes bajos).

5.6.2 Encuesta

Para complementar la información, y obtener más datos a la hora de realizar la comparación de resultados en la fase de análisis de resultados, se administrará una encuesta con los siguientes datos:

Edad

Genero

Estado civil

¿Es jubilada/o?

Ocupación anterior

¿Se realiza controles médicos periódicamente?

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?

- ✓ Hipertensión
- ✓ Problemas Cardíacos
- ✓ Artrosis
- ✓ Artritis
- ✓ Osteoporosis
- ✓ Diabetes
- ✓ Otros

¿Se ha realizado alguna operación en los últimos 5 años?

¿Qué tipo de operación?

¿Posee alguna prótesis?

¿Realiza actividad física? (caminar, yoga, gimnasia, etc.)

¿Ha notado fallos-dificultades en su memoria?

¿Ha tomado alguna medida?

- ✓ Consulta médica
- ✓ Estudios neurológicos
- ✓ Actividad de prevención en Centro de Jubilados (taller de la memoria)

- ✓ Actividades mentales en forma particular (sopa de letras, palabras cruzadas, sudoku, juego de naipes)
- ✓ Consulta psicológica
- ✓ Otras
- ✓ Ninguna medida

¿Participa de encuentros sociales como los que se mencionan a continuación, con una frecuencia semanal, quincenal o mensual?

- ✓ Centro de jubilados
- ✓ Unión Vecinal
- ✓ Iglesia
- ✓ Club
- ✓ Encuentros de amigos
- ✓ Encuentros familiares
- ✓ Otros

5.6.3 Procedimiento

El trabajo de campo se llevó a cabo con una muestra de selección intencional, es decir, a una determinada población con las características antes descritas (adultos mayores, de 65 años en adelante, participantes del taller de la Memoria que forma parte del Programa de Prevención de PAMI y personas que no asisten a ningún programa preventivo), las cuales se interesaba investigar.

Se le expuso la cantidad y modalidad de instrumentos que se intentaban aplicar. Se confirmó el anonimato de los resultados, por lo que se les insistió que fuesen completamente sinceros y que respondiesen todos los ítems. Se solicitó una firma como conformidad en la participación.

Se administraron ambos instrumentos a la vez en forma individual en presencia del entrevistador. La duración de aplicación de todos los cuestionarios fue de un promedio de 15 minutos.

A continuación se procedió a realizar el análisis de cada cuestionario de la totalidad de sujetos de la muestra. Luego se confeccionaron las tablas y gráficos necesarios para facilitar la lectura de los datos grupales y de esta manera realizar la descripción y discusión de resultados. Se finalizó con la elaboración de las conclusiones, material que se presenta a continuación.

Capítulo 6:

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN
DE RESULTADOS

6.1. CARACTERIZACION DE LA MUESTRA

En esta investigación participaron 60 personas mayores, todas ellas de sexo femenino, cuyas edades están comprendidas entre los 65 y 90 años.

El total de las personas encuestadas están divididas en dos grupos: 30, están representadas en el Grupo 1 (personas que participan del Programa de Prevención de P.A.M.I, Taller de la Memoria) y las otras 30, corresponden al Grupo 2 (personas que no participan en el Programa de Prevención).

Estas mujeres en su totalidad son jubiladas y, en su mayoría pertenecen a una clase social media, y media baja.

En cuanto al nivel de instrucción es un grupo heterogéneo.

6.2. PRESENTACION Y ANÁLISIS DEL TEST LOT-R

6.2.1 Puntajes obtenidos por el Grupo 1

La siguiente tabla muestra los puntajes obtenidos en el LOT-R por los sujetos del Grupo 1 y la categoría a la que equivale dicho puntaje:

TABLA Nº 1: GRUPO 1 PERSONAS QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE P.A.M.I. (Taller de la Memoria)		
SUJETO	PUNTAJE TOTAL LOT-R	CATEGORÍA
1	18	O

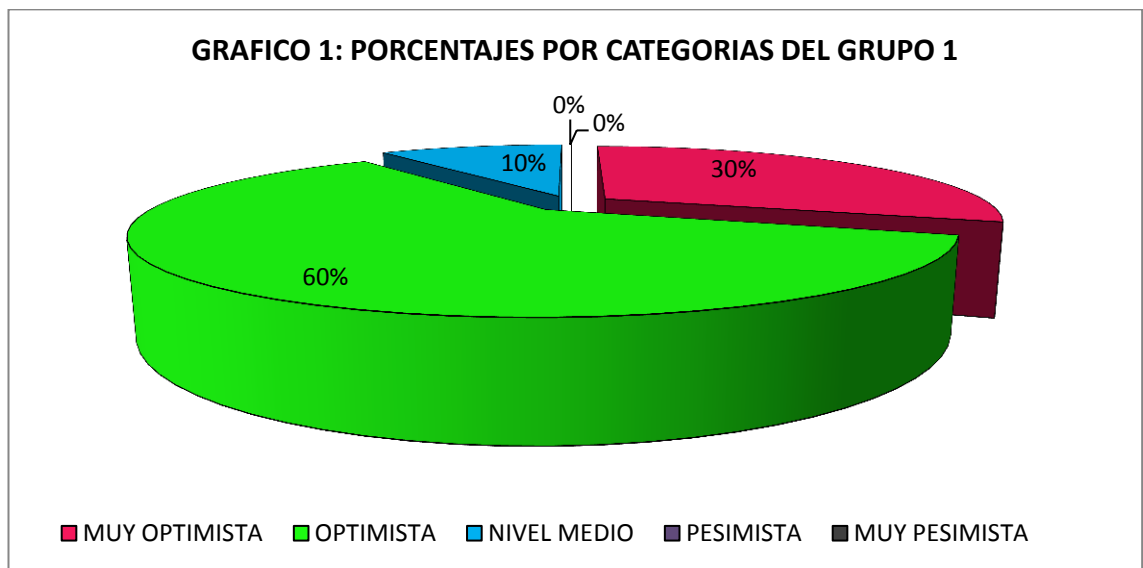
2	21	MO
3	17	O
4	21	MO
5	20	MO
6	17	O
7	19	O
8	23	MO
9	20	MO
10	24	MO
11	12	NM
12	16	O
13	16	O
14	15	O
15	17	O
16	16	O
17	19	O
18	19	O
19	20	MO
20	11	NM
21	15	O
22	13	NM
23	19	O
24	16	O
25	22	MO
26	15	O
27	18	O
28	19	O
29	20	MO
30	16	O
N: 30		

Como puede observarse en la TABLA N°1, la media de puntajes es de 17,8 lo cual sitúa de manera generalizada a los sujetos de este grupo en la categoría de OPTIMISTAS.

En un análisis más desglosado, la distribución de frecuencias de puntajes, dividiría a los sujetos del Grupo 1 de la siguiente forma:

TABLA N° 2: PORCENTAJE DE SUJETOS DEL GRUPO 1 AGRUPADOS POR CATEGORIAS

CATEGORIA	CANTIDAD DE SUJETOS	PORCENTAJE
CATEGORIA 1: MUY PESIMISTA PUNTAJE 0 A 4	0	0%
CATEGORIA 2: PESIMISTA PUNTAJE 5 A 9	0	0%
CATEGORIA 3: NIVEL MEDIO PUNTAJE 10 A 14	3	10%
CATEGORIA 4: OPTIMISTA PUNTAJE 15 A 19	18	60%
CATEGORIA 5: MUY OPTIMISTA PUNTAJE 20 A 24	9	30%
N: 30		



La Tabla Nº 2 y el Gráfico 1 permiten extraer los siguientes datos:

- ✓ La mayoría de las personas se encuentra en la categoría 4: OPTIMISTA.
- ✓ Hay una cantidad significativa de personas que se encuentra en la categoría 5: MUY OPTIMISTA.
- ✓ Un pequeño porcentaje de las personas encuestadas se encuentra en la categoría 3: NIVEL MEDIO.
- ✓ No hay personas que hayan obtenido puntajes que los ubiquen en las categorías 1 (MUY PESIMISTA) y 2 (PESIMISTA).

6.2.2 Puntajes obtenidos por el Grupo 2

La siguiente tabla muestra los puntajes obtenidos en el LOT-R por los sujetos del Grupo 1 y la categoría a la que equivale dicho puntaje:

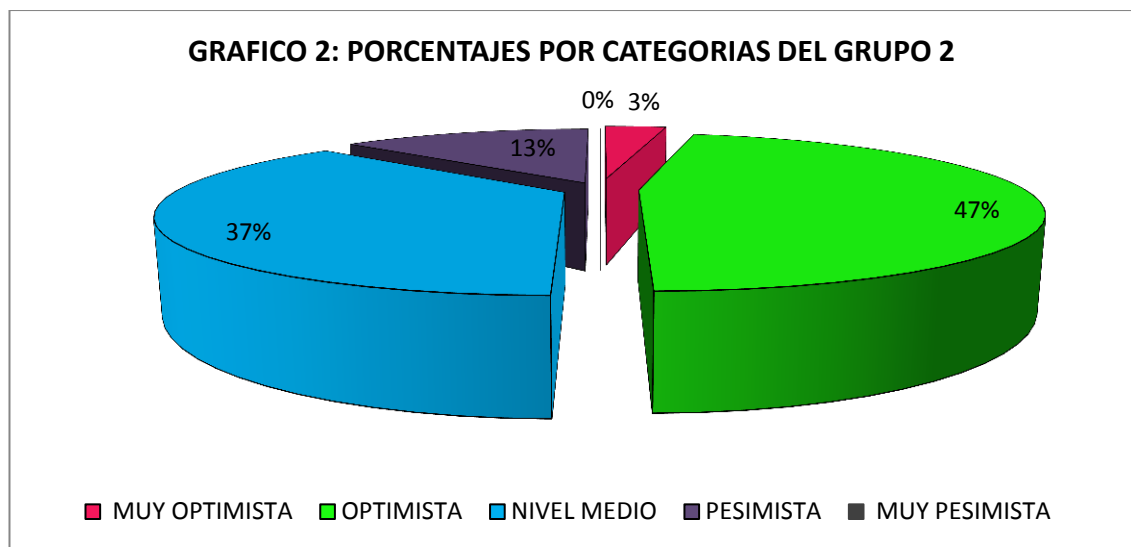
TABLA Nº 3: GRUPO 2 PERSONAS QUE NO PARTICIPAN DE NINGUN PROGRAMA DE PREVENCIÓN		
SUJETO	PUNTAJE TOTAL LOT-R	CATEGORÍA
1	16	O
2	17	O
3	15	O
4	19	O
5	11	NM
6	17	O
7	7	P
8	18	O
9	16	O
10	14	NM
11	17	O
12	18	O
13	15	O
14	17	O
15	18	O
16	13	NM
17	11	NM
18	11	NM
19	15	O
20	12	NM
21	8	P
22	16	O
23	11	NM
24	11	NM
25	11	NM
26	11	NM
27	23	MO
28	8	P

29	13	NM
30	8	P
N: 30		

Como puede observarse en la TABLA N°3, la media de puntaje es de 13,9 lo cual sitúa de manera generalizada a los sujetos de este grupo en la categoría de NIVEL MEDIO.

En un análisis más desglosado, la distribución de frecuencias de puntajes, dividiría a los sujetos del Grupo 2 de la siguiente forma:

TABLA N° 4: PORCENTAJE DE SUJETOS DEL GRUPO 1 AGRUPADOS POR CATEGORIAS		
CATEGORIA	CANTIDAD DE SUJETOS	PORCENTAJE
CATEGORIA 1: MUY PESIMISTA PUNTAJE 0 A 4	0	0%
CATEGORIA 2: PESIMISTA PUNTAJE 5 A 9	4	13,33%
CATEGORIA 3: NIVEL MEDIO PUNTAJE 10 A 14	11	36,66%
CATEGORIA 4: OPTIMISTA PUNTAJE 15 A 19	14	46,66%
CATEGORIA 5: MUY OPTIMISTA PUNTAJE 20 A 24	1	3,33%
N: 30		

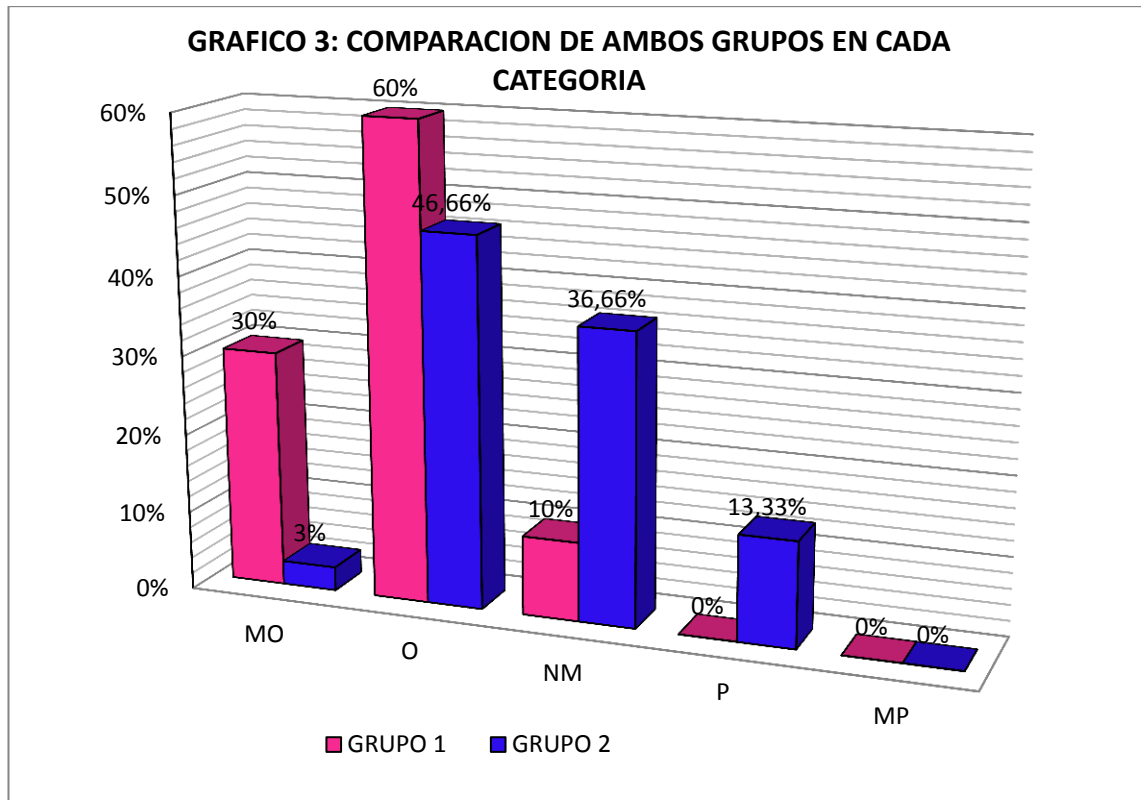


La Tabla N° 4 y el Gráfico 2 permiten extraer los siguientes datos:

- ✓ El mayor porcentaje de las personas se encuentra en la categoría 4: OPTIMISTA.
- ✓ Hay una cantidad muy significativa de personas que se encuentra en la categoría 3: NIVEL MEDIO.
- ✓ Una pequeña porción de las personas encuestadas se encuentra en la categoría 2: PESIMISTA.
- ✓ Un porcentaje muy incipiente se encuentra en la categoría 5: MUY OPTIMISTA. (la aparición del porcentaje se debe a una sola persona que obtuvo un puntaje correspondiente a esta categoría).
- ✓ No hay personas que hayan obtenido puntajes que los ubiquen en la categorías 1: MUY PESIMISTA.

6.2.3. Presentación y Análisis Comparativo del LOT-R por ambos Grupos

El siguiente gráfico muestra el porcentaje de sujetos por categoría de cada Grupo, en el cual se puede apreciar que hay diferencias en la distribución de las barras siendo el Grupo 1 el que presenta mayor porcentaje que el Grupo 2 en las categorías MUY OPTIMISTA y OPTIMISTA. De manera opuesta se observa que el Grupo 2 tiene mayor porcentaje que el Grupo 1 en las categorías en las categorías NIVEL MEDIO y PESIMISTA.



6.3. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LA ENCUESTA

A continuación se presenta un análisis de los datos obtenidos a partir de la encuesta. Los mismos han sido agrupados a su vez, en las categorías resultantes del LOT-R a los fines de poder observar si hay incidencia de las diferentes variables sobre el constructo de OPTIMISMO que se está investigando en este trabajo. Sin lugar a dudas éste no pretende ser un estudio correlacional por lo tanto las afirmaciones que se realizan con cada aspecto evaluado son solo hipótesis que puedan ayudar a desarrollar nuevos estudios e investigaciones para investigar en profundidad.

Cabe aclarar que para el establecimiento de las relaciones entre las distintas variables y el OPTIMISMO, la categoría de NIVEL MEDIO será considerada como puntaje positivo junto a la de OPTIMISTAS y MUY OPTIMISTAS. Se hará de tal manera dado que se le atribuirá un significado de optimismo realista a dicha categoría. Es decir

que, si bien el puntaje total no les permite a los sujetos quedar incluidos en las categorías superiores (OTIMISTAS y MUY OPTIMISTAS), habla de que son personas que conservan cierto nivel de optimismo y que éste, en situaciones determinadas, puede verse afectado y disminuido pero sin llegar a convertirse en pesimismo.

6.3.1 Estado Civil

GRUPO 1

CATEGORIA ESTADO CIVIL	MUY PESIMISTA	PESIMISTA	NIVEL MEDIO	OPTIMISTAS	MUY OPTIMISTAS
SOLTERO/A	0	0	0	1	0
DIVORCIADO/A	0	0	0	1	0
CASADO/A	0	0	2	10	4
VIUDO/A	0	0	1	6	5

GRUPO 2

CATEGORIA ESTADO CIVIL	MUY PESIMISTA	PESIMISTAS	NIVEL MEDIO	OPTIMISTAS	MUY OPTIMISTAS
SOLTERO/A	0	2	1	2	0
DIVORCIADO/A	0	1	0	6	0
CASADO/A	0	1	9	5	1
VIUDO/A	0	0	1	1	0

Es posible observar en tanto en el GRUPO 1 como en el GRUPO 2 las personas han obtenido puntajes de NIVEL MEDIO, OPTIMISTAS Y MUY OPTIMISTAS, de manera indistinta en relación a su estado civil. Incluso en el GRUPO 2 es posible observar que las personas que han puntuado en la categoría PESIMISTA muestran diferencias en cuanto al estado civil. Si bien hay mayoría de personas encuestadas que son casadas, esto puede tener que ver con un factor cultural y no quizás con el nivel de optimismo. Esto hace pensar que este aspecto no ejerce mayor influencia sobre el nivel de optimismo de una persona.

6.3.2. Ocupación Anterior

GRUPO 1

CATEGORIA OCUPACION ANTERIOR	MUY PESIMISTA	PESIMISTA	NIVEL MEDIO	OPTIMISTAS	MUY OPTIMISTAS
AMA DE CASA	0	0	3	13	5
EMPLEADO/A¹	0	0	0	3	
OFICIOS/PROFESIONALES²	0	0	0	2	4
¹ Incluye: empleadas de comercio, administrativas, celadoras, etc.					
² Incluye: peluqueras, modistas, comerciantes, docentes, enfermeras, etc.					

GRUPO 2

CATEGORIA OCUPACION ANTERIOR	MUY PESIMISTAS	PESIMISTAS	NIVEL MEDIO	OPTIMISTAS	MUY OPTIMISTAS
AMA DE CASA	0	3	4	8	1
EMPLEADO/A¹	0	0	3	1	0
OFICIOS/PROFESIONALES²	0	1	4	5	0
¹ Incluye: empleadas de comercio, administrativas, celadoras, etc.					
² Incluye: peluqueras, modistas, comerciantes, docentes, enfermeras, etc.					

Es notoria la cantidad de personas que se ubica en las categorías de NIVEL MEDIO, OPTIMISTAS Y MUY OPTIMISTAS en el LOT-R que han sido amas de casa, aunque este aspecto puede tener que ver también con un factor cultural y no quizás con el nivel de optimismo. Por lo tanto este factor debería ser estudiado en otro tipo de investigación para comprender si realmente ejerce alguna influencia.

6.3.3. Salud

6.3.3.1 Aspectos Médicos

GRUPO 1

CATEGORIA CONTROLES MEDICOS	MUY PESIMISTAS	PESIMISTAS	NIVEL MEDIO	OPTIMISTAS	MUY OPTIMISTAS
SI	0	0	2	18	7
NO	0	0	1	0	2

GRUPO 2

CATEGORIA CONTROLES MEDICOS	MUY PESIMISTAS	PESIMISTAS	NIVEL MEDIO	OPTIMISTAS	MUY OPTIMISTAS
SI	0	2	10	11	1
NO	0	2	1	3	0

Se observa diferencia en la cantidad de personas que se realizan controles médicos en forma periódica y los que no se los realizan con relación a las categorías de NIVEL MEDIO, OPTIMISTAS Y MUY OPTIMISTAS obtenidas en el LOT-R. Para el GRUPO 1 la proporción es de 90% (27 personas) y para el GRUPO 2 la proporción es de 73,33% (22 personas). De esta manera podría pensarse que realizarse controles médicos y ocuparse de la salud es un factor que puede ser influyente sobre el nivel de optimismo de una persona.

Factores que pueden producir deterioro de la salud:

- ✓ Presencia de enfermedades

GRUPO 1

CATEGORIA ENFERMEDADES	MUY PESIMISTA	PESIMISTA	NIVEL MEDIO	OPTIMISTAS	MUY OPTIMISTAS
0	0	0	1	0	1
1	0	0	1	7	5
2	0	0	2	8	2
≥ 3	0	0	1	3	1

GRUPO 2

CATEGORIA ENFERMEDADES	MUY PESIMISTA	PESIMISTAS	NIVEL MEDIO	OPTIMISTAS	MUY OPTIMISTAS
0	0	0	2	2	0
1	0	0	3	5	0
2	0	0	2	4	1
≥ 3	0	4	5	3	0

La distribución de frecuencias de este aspecto muestra diferencias, aunque no significativas, entre los grupos respecto a los sujetos que han sido ubicados en las categorías de NIVEL MEDIO, OPTIMISTAS Y MUY OPTIMISTAS del LOT-R. Si bien hay mayor cantidad de personas que poseen 3 o más enfermedades esto parece no haber impactado en su nivel de optimismo. Cabe señalar sin embargo, que en el GRUPO 2, el total de los sujetos que obtuvieron un puntaje correspondiente a la categoría de PESIMISTA poseen 3 o más de enfermedades. Por lo que se puede pensar que esta variable debe ser estudiada en mayor profundidad para lograr un mejor análisis.

✓ Operaciones en los últimos 5 años

GRUPO 1

CATEGORIA OPERACIONES	MUY PESIMISTA	PESIMISTA	NIVEL MEDIO	OPTIMISTAS	MUY OPTIMISTAS
SI	0	0	0	4	3
NO	0	0	3	14	6

GRUPO 2

OPERACIONES	CATEGORIA	MUY PESIMISTA	PESIMISTAS	NIVEL MEDIO	OPTIMISTAS	MUY OPTIMISTAS
SI		0	1	8	7	1
NO		0	3	3	7	0

Con respecto al hecho de haber pasado por una intervención quirúrgica se observa que: el Grupo 1 muestra una proporción del 76,66%, 23 personas, que no han tenido operaciones en los últimos 5 años y han puntuado en las categorías de NIVEL MEDIO, OPTIMISTAS Y MUY OPTIMISTAS del LOT-R; mientras que el Grupo 2 muestra una distribución diferente, un 53,33% (16 personas) que sí se han realizado intervenciones quirúrgicas en los últimos 5 años han puntuado en las categorías de NIVEL MEDIO, OPTIMISTAS Y MUY OPTIMISTAS obtenidas en el LOT-R. Esto da la pauta de que debería estudiarse este aspecto con mayor profundidad en otro tipo de estudio para llegar a resultados más específicos.

✓ PRESENCIA DE PROTESIS ORTOPÉDICA

GRUPO 1

PROTESIS	CATEGORIA	MUY PESIMISTA	PESIMISTA	NIVEL MEDIO	OPTIMISTAS	MUY OPTIMISTAS
SI		0	0	0	3	2
NO		0	0	3	15	7

GRUPO 2

PROTESIS	CATEGORIA	MUY PESIMISTA	PESIMISTAS	NIVEL MEDIO	OPTIMISTAS	MUY OPTIMISTAS
SI		0	1	2	1	0
NO		0	3	9	13	1

En cuanto a la presencia de prótesis ortopédica en el cuerpo se advierte que el GRUPO 1 tiene una proporción de 83,33% (25 personas) que no poseen prótesis ortopédica y que obtuvieron puntajes correspondientes a las categorías de NIVEL MEDIO, OPTIMISTAS Y MUY OPTIMISTAS en el LOT-R; en el GRUPO 2 la proporción es de 76,66%, 23 personas que no poseen prótesis ortopédica y que obtuvieron puntajes correspondientes a las categorías de NIVEL MEDIO, OPTIMISTAS Y MUY OPTIMISTAS en el LOT-R. De esta manera es posible pensar que quizás éste pueda ser un aspecto que influya sobre el optimismo y que resultaría interesante estudiar para trabajar con los pacientes desde el momento en que se plantea la necesidad de llevar a cabo este procedimiento.

Factores que favorecen la salud:

- ✓ Actividad física: caminatas, yoga, gimnasia, etc.

GRUPO 1

CATEGORIA ACTIVIDAD FISICA	MUY PESIMISTA	PESIMISTA	NIVEL MEDIO	OPTIMISTAS	MUY OPTIMISTAS
SI	0	0	3	10	5
NO	0	0	0	8	4

GRUPO 2

CATEGORIA ACTIVIDAD FISICA	MUY PESIMISTA	PESIMISTAS	NIVEL MEDIO	OPTIMISTAS	MUY OPTIMISTAS
SI	0	2	6	10	1
NO	0	2	5	4	0

En cuanto a este aspecto se pueden observar diferencias en la cantidad de personas en ambos grupos que practica algún tipo de actividad física, relacionado con el nivel de optimismo. El GRUPO 1 presenta una proporción del 60%, 18 personas que realizan actividad física y que han puntuado en las categorías de NIVEL MEDIO, OPTIMISTAS Y MUY OPTIMISTAS en el LOT-R. El GRUPO 2 presenta una proporción de 56,66% (17 personas) que realizan actividad física y que se ubican en dichas categorías del LOT-R. Por lo tanto, es posible que éste sea un factor de influencia sobre el constructo de optimismo.

6.3.3.2 Memoria

- ✓ Presencia de fallos/dificultades

GRUPO 1

CATEGORIA PRESENCIA DE FALLOS	MUY PESIMISTA	PESIMISTA	NIVEL MEDIO	OPTIMISTAS	MUY OPTIMISTAS
SI	0	0	3	16	6
NO	0	0	0	4	3

GRUPO 2

CATEGORIA PRESENCIA DE FALLOS	MUY PESIMISTA	PESIMISTA	NIVEL MEDIO	OPTIMISTAS	MUY OPTIMISTAS
SI	0	4	6	9	1
NO	0	0	5	5	0

La mayoría de las personas encuestadas manifiesta tener fallos o dificultades en su memoria, tanto las que participan del Programa de Prevención de PAMI como las que no lo hacen. Este factor es importante para ser relacionado con el siguiente factor que tiene que ver con las medidas que toman las personas ante este fenómeno.

✓ Medidas adoptadas

GRUPO 1

CATEGORIA MEDIDAS ADOPTADAS	MUY PESIMISTA	PESIMISTA	NIVEL MEDIO	OPTIMISTAS	MUY OPTIMISTAS
CONSULTA MEDICA	0	0	0	9/18	3/9
CONSULTA PSICOLOGICA	0	0	0	4/18	3/9
ESTUDIOS NEUROLOGICOS	0	0	0	1/18	1/9
PARTICIPACION EN TALLERES DE PREVENCION	0	0	3/3	18/18	9
ACTIVIDAD PARTICULAR	0	0	3/3	15/18	7/9
NINGUNA MEDIDA	0	0	0	0	
OTRAS	0	0	0	3/18	2/9

GRUPO 2

CATEGORIA MEDIDAS ADOPTADAS	MUY PESIMISTAS	PESIMISTAS	NIVEL MEDIO	OPTIMISTAS	MUY OPTIMISTAS
CONSULTA MEDICA	0	0	2/11	4/14	0
CONSULTA PSICOLOGICA	0	0	1/11	1/14	0
ESTUDIOS NEUROLOGICOS	0	0	1/11	1/14	0
PARTICIPACION EN TALLERES DE PREVENCION	0	0	0	0	0
ACTIVIDAD PARTICULAR	0	3/4	5/11	7/14	1/1
NINGUNA MEDIDA	0	1/4	3/11	5/14	0
OTRAS	0	1/4	1/11	2/14	0

En el Grupo 1, la medida más adoptada es la asistencia a los Talleres de Prevención, seguida de la realización de actividades de manera particular (sopas de letras, crucigramas, juegos de naipes, etc.). Además, las personas que tienen un nivel mayor de optimismo han adoptado también alguna de las otras medidas mencionadas como la consulta médica o psicológica.

Las personas del Grupo 2 han elegido en mayor proporción la actividad particular, no hay ninguna que asista a los Talleres, y hay una proporción aunque reducida, que no ha tomado ninguna medida al respecto de las dificultades en la memoria.

6.3.4. Actividad Social

GRUPO 1

CATEGORIA TIPO DE ACTIVIDAD FRECUENCIA	MUY PESIMISTA			PESIMISTAS			NIVEL MEDIO			OPTIMISTAS			MUY OPTIMISTAS		
	S	Q	M	S	Q	M	S	Q	M	S	Q	M	S	Q	M
CENTRO DEJUBILADOS	0	0	0	0	0	0	3/3	0	0	18/18	0	0	9/9	0	0
IGLESIA	0	0	0	0	0	0	1/3	0	0	5/18	2/18	2/18	4/9	1/9	1/9
ENCUENTROS DE AMIGOS	0	0	0	0	0	0	1/3	0	0	5/18	3/18	5/18	6/9	1/9	2/9
UNION VECINAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1/9	0	2/9
CLUB	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	1/9
ENCUENTROS FAMILIARES	0	0	0	0	0	0	3/3	0	0	15/18	2/18	1/18	8/9	0	1/9
OTRAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

GRUPO 2

CATEGORIA TIPO DE ACTIVIDAD FRECUENCIA	MUY PESIMISTAS			PESIMISTAS			NIVEL MEDIO			OPTIMISTAS			MUY OPTIMISTAS		
	S	Q	M	S	Q	M	S	Q	M	S	Q	M	S	Q	M
CENTRO DEJUBILADOS	0	0	0	0	0	1/4	5/11	0	0	0	1/14	1/14	1/1	0	0
IGLESIA	0	0	0	1/4	0		3/11	2/11	3/11	5/14		4/14	1/1	0	0
ENCUENTROS DE AMIGOS	0	0	0	0	0	2/4	2/11	4/11	2/11	0	0	0	0	0	0
UNION VECINAL	0	0	0	0	0	1/4	1/11		1/11	0	0	0	0	0	0
CLUB	0	0	0	0	0	0		1/11	0	0	0	0	0	0	0
ENCUENTROS FAMILIARES	0	0	0	4/4	0	0	9/11	2/11	0	10/14	3/14	1/14	1/1	0	0
OTRAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

De las opciones presentadas en este aspecto se observa una mayor elección en los encuentros familiares y encuentros con amigos, con variabilidad de frecuencias, y con una marcada relación con el nivel de optimismo. Además el Grupo 1 presenta la asistencia a Centros de Jubilados. Esto podría permitir pensar que el aspecto social tiene influencia sobre el nivel de optimismo de las personas.

6.4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Del material expuesto es posible destacar que el Grupo 1, correspondiente a las personas que participan del Taller de la Memoria ha obtenido puntajes en el LOT-R que permiten describirlas como personas optimistas (90% del total: 60% optimistas y 30% muy optimistas y además, el 10% restante se encuentra en un nivel medio, lo cual habla de que son personas que conservan cierto nivel de optimismo que en situaciones determinadas puede verse afectado y disminuido pero sin llegar a convertirse en pesimismo). Esto significa que poseen en general, un alto nivel de optimismo disposicional. Es decir, que tienen unas expectativas generales de que les pasarán cosas buenas en el futuro, como disposición estable de su personalidad.

Por su parte el Grupo 2 constituido por personas que no participan de ningún Programa de Prevención vigente, presenta un 13% de la muestra que presenta puntuaciones que las ubica en la categoría de pesimistas, un 3% (1 persona) ubicada en la categoría MUY OPTIMISTA y la el resto de la muestra está mayormente concentrada en las categorías de nivel medio (37%) y optimistas (47%). Esto hace que si bien a este grupo también se lo puede describir de manera generalizada como constituido por personas optimistas, no se puede dejar de tomar en cuenta la proporción de pesimismo presente.

Por consiguiente, y haciendo referencia a los objetivos planteados para esta investigación podría sugerirse que la participación en un Taller que forma parte de un Programa de Prevención (PAMI en este caso) sería un factor posiblemente influyente en el nivel de optimismo de las personas mayores.

La encuesta que se administró como complemento del LOT-R tenía como objetivo recaudar información acerca de otras variables que se consideraba que también pueden influir sobre el nivel de optimismo de las personas. Estas variables no han sido estudiadas en profundidad sino que se las tomó en cuenta para que las conclusiones de la investigación no se vieran sesgadas por haberlas ignorado. Como este estudio tiene un alcance meramente descriptivo no se pretende establecer correlaciones entre las mencionadas variables, se ha procedido simplemente a describir la presencia o no de los distintos aspectos en ambos grupos diferenciando los datos según las distintas categorías en las que las personas quedaron incluidas.

De los datos solicitados lo más relevante que se puede extraer es lo siguiente:

- ✓ Se observa una diferencia en la cantidad de personas que se realizan controles médicos en forma periódica y los que no se los realizan con relación a un mayor puntaje en el LOT-R. Es decir, que la realización de controles médicos, el ocuparse de la salud, es otro factor que puede ser influyente sobre el nivel de optimismo de una persona.

- ✓ Se pueden observar diferencia en la cantidad de personas en ambos grupos que practica algún tipo de actividad física, relacionado con un alto nivel de optimismo. Este factor seguramente ejerza influencia sobre el optimismo.
- ✓ La mayoría de las personas manifiesta tener fallos o dificultades en su memoria, tanto las que participan del Programa de Prevención de PAMI como las que no lo hacen. Sin embargo, ante este hecho, la respuesta no es la misma en los dos grupos. En el Grupo 1, la medida más adoptada es la asistencia a los Talleres de Prevención, seguida de la realización de actividades de manera particular (sopas de letras, crucigramas, juegos de naipes, etc.). Además, las personas que tienen un nivel mayor de optimismo han adoptado también alguna de las otras medidas mencionadas como la consulta médica o psicológica y hay personas que aunque no han notado fallos están de todas maneras realizando actividades preventivas. Por su parte el Grupo 2 muestra mayor elección de actividad particular, no hay ninguna persona que asista a los Talleres, y hay además, una proporción aunque que no ha tomado ninguna medida al respecto de las dificultades en la memoria.
- ✓ El aspecto social es otro factor que adquiere relevancia, ya que se observa que las personas con mayor nivel de optimismo en ambos grupos, tienen una gran participación en actividades sociales que incluyen la asistencia a centros de jubilados, iglesia, encuentros de amigos y encuentros con familiares y sobre todo de frecuencia semanal. Por lo tanto es posible pensar que la pertenencia a una red social de contención genera un apoyo social y un sostén, que puede contribuir al aumento del optimismo de las personas.

~ 141 ~

Capítulo 7:

CONCLUSIONES

7.1. CONCLUSIONES

Esta investigación ha pretendido desarrollarse en el marco de la psicología positiva, esto implica el estudio de los aspectos humanos no en términos de déficit o síntomas sino desde una mirada focalizada en una perspectiva positiva, que detecta los recursos y potencialidades de las personas. Se tomó al optimismo como constructo central a evaluar, por lo tanto esta investigación resulta un aporte al estudio de las emociones y rasgos positivos. Pero además, como el estudio puso la mirada sobre un Programa de Promoción y Prevención impulsado por una institución de alcance nacional como lo es P.A.M.I y desarrollado en Centros de Jubilados (que son instituciones de gran impacto en la comunidad) constituye también un aporte en el estudio de las instituciones que favorecen el desarrollo de fortalezas y virtudes y el de bienestar en las personas.

El objetivo general de esta investigación fue conocer la posible influencia que tiene sobre el nivel optimismo de las personas mayores, la participación en Talleres de Estimulación Cognitiva que forman parte del Proyecto de Promoción y Prevención Sociocomunitaria de P.A.M.I.

A modo de síntesis de los resultados podría decirse que existen diferencias en los niveles de optimismo de las personas que participan del Programa de Promoción y Prevención de P.A.M.I. respecto de aquellas que no forman parte de ningún programa de prevención. Por lo tanto hay condiciones para afirmar que la hipótesis que se planteó al inicio de esta investigación a saber: *Los adultos mayores que participan de los Talleres de Estimulación Cognitiva (pertenecientes al Programa de Promoción y Prevención Sociocomunitaria de P.A.M.I.) poseen un nivel mayor de optimismo que aquellos que no realizan ninguna actividad de este tipo*; se ha visto confirmada por los datos empíricos obtenidos. Cabe destacar que dichos resultados no son generalizables dadas las características de la muestra sobre la cual se trabajó, y que además, las características del estudio permiten únicamente dejar establecida la relación bidireccional entre ambas variables (optimismo-participación en personas que participan del programa de prevención) sin determinar si la misma tiene alguna dirección causal.

Además, y para enriquecer la recolección de datos se administró una encuesta de la que surgen otras variables que pueden resultar influyentes en los niveles de optimismo de las personas y que pueden motivar futuras investigaciones:

- ✓ Se pudo observar que presentaron mayores niveles de optimismo, las personas que: se realizan controles médicos periódicos, que realizan actividad física y que ante el

hecho de presentar fallos-dificultades en la memoria han tomado alguna medida que puede ir desde la consulta médica o psicológica, la actividad en Programas de Prevención o Actividad de Prevención particular y espontánea.

- ✓ Aparecieron también diferencias en los niveles de optimismo de las personas que mantienen una vida social activa, que asisten a reuniones sociales de diferentes tipos (en la Iglesia, en Centros de Jubilados, con amigos) y que mantienen vínculos cercanos con su familia. Lo cual hace notar como ya se expuso, la importancia que tiene contar a lo largo de la vida con la contención que provee la pertenencia a una red de apoyo social.

Por un lado, el modelo de Scheier y Carver (tomado para esta investigación) define el optimismo como “optimismo disposicional”, donde se entiende que el optimismo sería la expectativa o creencia estable, generalizada, de que en la vida ocurrirán cosas positivas y el pesimismo se corresponde a la expectativa de que sucedan acontecimientos desfavorables; considerando tales expectativas como disposiciones que permanecen estables, como rasgos. Sin embargo, tanto éste como otros modelos expuestos en esta investigación expresan la posibilidad de que el optimismo puede ser adquirido mediante entrenamiento.

Entonces bien, si se puede pensar en las ventajas que puede poseer una persona que presenta un alto nivel de optimismo a saber: mejor rendimiento en los estudios, en el trabajo y los deportes; mejor estado de salud; mejor pronóstico al envejecer e incluso mayor esperanza de vida. Y a su vez se puede tomar en cuenta la posibilidad de que las personas que no han desarrollado una mirada optimista acerca de sus propias vidas puedan elegir modificar esta realidad. Resulta que se abre un claro objetivo de trabajo terapéutico que puede extenderse a todas las áreas de aplicación del trabajo psicológico dado que una persona, tiene posibilidades de realizar cambios en su vida desde que nace hasta que muere, incluyendo todas las etapas de la vida. También es importante tener en cuenta otros constructos con los que el optimismo puede relacionarse (autoeficacia, control personal, esperanza, resiliencia, estrategias de afrontamiento, etc.) para potenciar aún más el desarrollo de un mayor bienestar y una mejor calidad de vida en las personas, que resulte lo más estable y duradero posible y que pueda ser a su vez transmitido a otras personas del entorno de las mismas.

Como bien se ha expuesto, la persona optimista no es ingenua, no ignora el sufrimiento o los males que forman parte de su vida, sino que los asume de una manera diferente de aquella persona que piensa en términos pesimistas. El optimista se permite a sí mismo experimentar sentimientos negativos pero sin quedar atrapado en ellos. Es capaz de trascender la situación adversa y encontrar un camino que lo conduzca al bienestar. Es por esto que se pudo observar en el trabajo de campo, que las personas conservan su nivel de optimismo a pesar de atravesar situaciones como la viudez, operaciones, enfermedades propias de la edad, deterioro de la salud que haya

conducido a la necesidad de tener prótesis en alguna parte del cuerpo, etc. El objetivo de contribuir a aumentar el optimismo de las personas, no tiene que ver con generar un optimismo ciego, sino que se buscaría fomentar un optimismo flexible e inteligente; que provea de herramientas a las personas y de la libertad para que éstas puedan elegir utilizarlas en el momento que sea preciso evitando quedar presas de las emociones negativas de una situación determinada.

A partir de esta investigación surge la necesidad personal de realizar un llamado a los profesionales de la salud para emprender nuevas investigaciones y proyectos tendientes por un lado a aumentar el conocimiento y la comprensión de los constructos que forman parte de la denominada “Psicología Positiva”; y por otro un llamado mucho más sentido y personal a ocuparse del abordaje de la vejez. Para favorecer el desarrollo de una nueva mirada social hacia esta etapa y para que los propios viejos puedan pensarla como una hermosa etapa de la vida que puede ser experimentada de manera activa, creativa y con plenitud, asumiendo un rol protagónico en las elecciones y decisiones de todos los ámbitos que la componen. Resulta de trascendental importancia que los profesionales de la psicología puedan llevar a cabo diferentes intervenciones no sólo desde el trabajo clínico, individual, sino también en las instituciones donde se encuentran insertos para lograr este cometido. Logrando la difusión y el respeto por los derechos de los viejos a través de acciones concretas.

Es necesario realizar un trabajo coordinado y transdisciplinario, mediante el cual se provean acciones que apunten a diferentes direcciones: La integración del viejo en los vínculos familiares hasta el final de sus días. La creación de programas en las obras sociales y en el estado que favorezcan la promoción de la salud, el envejecimiento activo y saludable. El entrenamiento de las personas que trabajan en lugares de atención al público (bancos, compañías telefónicas, etc.) para patrocinar el respeto hacia las personas mayores. La inclusión de personas mayores en instituciones de educación no formal que enseñan oficios para favorecer la trasmisión y socialización de saberes. La inclusión de los mayores en horas especiales y/o actividades planificadas del sistema educativo (plástica, música, computación, hora de lectura, actos escolares, paseos a museos, etc.), favoreciendo la comunicación en las redes barriales existentes pero ignoradas (dado que es usual que en un barrio haya una escuela primaria, un centro de jubilados o unión vecinal, una guardería, en ocasiones también una biblioteca). De esta manera se estaría potenciando además, el desarrollo de “instituciones positivas” que trabajen para generar y sostener emociones positivas.

Sería aún de mayor importancia generar proyectos y programas de prevención y promoción en la etapa de prejubilación y en toda la etapa adulta para que las personas lleguen a su vejez mejor preparadas y con mayor maniobrabilidad en cuanto a sus recursos y herramientas positivas. Esto adquiere mayor relevancia si se tiene en

cuenta que actualmente Argentina presenta altos índices demográficos de población envejecida que van en aumento en cada censo realizado y que, Mendoza dentro de las provincias del interior es una de las que lidera los porcentajes.

Para finalizar resta decir que se espera con este trabajo haber hecho un modesto aporte a la ciencia psicológica en el camino del conocimiento y la comprensión de los procesos presentes en una etapa de gran diversidad como lo es la vejez.

7.2 CONSIDERACIONES FINALES

A partir de la maravillosa experiencia que significó para mí la realización de la Tesina de Grado de la Licenciatura en Psicología, sólo me quedan certezas acerca de que se deben modificar las actitudes cotidianas en el trato hacia los viejos, dejando de lado prejuicios y estereotipos, para que caduque la idea de que ser viejo es triste, doloroso y desolador, aceptando este momento de la vida como un proceso, hoy de otros, mañana de nosotros.

Destaco la importancia de considerar a la vejez como un proceso no determinado taxativamente, sino con grandes posibilidades de cambios y de continuidad en el desarrollo para ser vivido de manera plena.

En lo personal, me gustaría comenzar el desarrollo del ejercicio profesional de esta carrera ahondando en conocimientos para desempeñarme de manera eficiente en el abordaje de las problemáticas y los recursos de los viejos; me gustaría poder contribuir con mi participación en investigaciones que permitan desarrollar instrumentos de medición adaptados a la población mayor de Argentina, desarrollar investigaciones cualitativas que permitan profundizar en la comprensión de los fenómenos que se llevan a cabo a este grupo etario; participar en el desarrollo de programas que tiendan a favorecer el bienestar en la vejez entre otras cosas. Sin dudas una larga etapa de estudiante concluye pero una nueva y prometedora etapa de profesional comienza con la alegría de sentir que he encontrado una hermosa brújula que me guiará en el nuevo sendero.

Bibliografía

Bibliografía

- Alfonso Martínez-Correa, G. A. Reyes del Paso, Ana García-Leon y María Isabel González-Jareño (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés (versión electrónica). *Psicothema*, 1 (18), 66-72.
- Amico, LdC. (2009). Envejecer en el siglo XXI. "No siempre Querer es Poder". *Margen*, 55. Consultada/ Obtenida el 27 de febrero de 2013 en <http://www.margen.org/suscri/margen55/amico.pdf>
- Anadón Revuelta, O. (2006). Inteligencia emocional percibida y optimismo disposicional en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 1 (9), 1-13.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: new perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bais.
- Asili, N. (2004). *Vida Plena En La Vejez. Un Enfoque Multidisciplinario*. Ed. Pax Mexico, Librería Carlos Cesarman, S.A.
- Avia Aranda, M. D. (2009). Nueva mirada al Optimismo inteligente. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 3 (23), 73-84.
- Avia, M. y Vázquez, C. (1999). *Optimismo Inteligente*. Consultada/ Obtenida el 28 de Junio de 2013 en <http://www.psychologyinspain.com/content/full/2003/full.asp?>
- Barca Lozano, A.; Peralbo Uzquiano, M. y Brenlla Blanco, J. C. (2004). Atribuciones causales y enfoques de aprendizaje: la escala SIACEPA (versión electrónica). *Psicothema*, 1 (16), 94-103.
- Calhoun, L.G. y Tedeschi, R.G. (1999) *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. New Jersey: LEA
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1997). *Teorías de la personalidad*. Mexico: Pearson, Prentice Hall.
- Carver, C. S.; Pozo, C.; Harris, S. D.; Noriega, V.; Scheier, M. F.; Robinson, D. S.; Ketcham, A. S.; Moffat, F. L. & Clark, K. C. (1993). How Coping Mediates the Effect of Optimism on Distress: A Study of Women With Early Stage Breast Cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2 (65), 375-390.

- Carver, C. S. (2006). Optimism. Consultada / Obtenido el 12 de febrero de 2014 en http://cancercontrol.cancer.gov/brp/constructs/dispositional_optimism/dispositional_optimism.pdf.
- Castro Solano, A. (2010). *Fundamentos de Psicología positiva*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Casullo, M.M. (2008). *Prácticas en Psicología Positiva*. Buenos Aires. Ed. Lugar.
- Contreras, F & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología (versión electrónica). *Revista Diversitas Perspectivas en Psicología* 002 (2), 311-319.
- Cornachione Larrínaga, M. A. (2006). *Vejez. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Córdoba: Editorial Brujas.
- Cosentino, A. C. (2003). Evaluación de las Virtudes y Fortalezas Humanas en Poblacion de Habla Hispana. *Revista Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad* 10, 53-72. Consultada/ Obtenida el 15 de diciembre de 2013 en http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/psico10/10Psico_03.pdf
- Cuadra, H. & Florenzano, R. (2003) El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*, 12 (1) 83-96
- Flores Ortiz, M. E.; García Balderas, I. I. y Sánchez Ahedo, R. (2008). Estimulación A Tiempo, Una Estrategia Para Incidir En La Calidad De Vida De La Tercera Edad. *Psicología y Ciencia Social*, 1-2 (10), 16-25.
- Frankl, V. (1979). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Gancedo, M. (2008). Historia de la psicología positiva, antecedentes, aportes y proyecciones. En Casullo, M. M. (Comp.), *Prácticas en psicología positiva* (pp. 11-38). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gancedo, M. (2008). Psicología Positiva: Posible futuro y derivaciones clínicas. *Psicodebate*, 9, 15-26. Buenos Aires: Universidad de Palermo.
- Gancedo, M. (2009). Psicología Positiva: posible futuro y derivaciones clínicas. *Psicodebate*, 9 15-26.
- Giménez Hernández, M. (2005). Optimismo y pesimismo. Variables asociadas en el contexto escolar. *Pulso*, 28, 9-23.
- González Zúñiga Godoy C. (2004). La Psicología Positiva: Un cambio en nuestro enfoque patológico clásico (versión electrónica). *Liberabit. Revista de Psicología*, 010, 82-88.

- Greco, C; Morelato, G. & Ison, M. (2006). Emociones Positivas: Una herramienta psicológica para promocionar el proceso de resiliencia infantil *Revista Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 7, 81-94. Consultada/ Obtenida el 15 de diciembre de 2013 en <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2006.pdf>
- Grimaldo, M. (2004). Niveles de Optimismo en un grupo de estudiantes de una universidad particular de la ciudad de Lima. *Revista Liberabit*, 10 (10), 97-107.
- Hernández-Guanir, P. (2009). ¿Qué moldes mentales conforman un optimismo inteligente? *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 3 (23), 109-127.
- Hernández Sampieri R.; Fernández-Collado C. & Baptista Lucio P. (2006). Concepción o elección del diseño de investigación. En Hernández Sampieri R.; Fernández-Collado C. & Baptista Lucio P. *Metodología de la Investigación* (4ª edición). México: Mc Graw Hill.
- Hernández Sampieri R.; Fernández-Collado C. & Baptista Lucio P. (2006). Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. En Hernández Sampieri R.; Fernández-Collado C. & Baptista Lucio P. *Metodología de la Investigación* (4ª edición). México: Mc Graw Hill.
- Hernández Sampieri R.; Fernández-Collado C. & Baptista Lucio P. (2006). Formulación de hipótesis. En Hernández Sampieri R.; Fernández-Collado C. & Baptista Lucio P. *Metodología de la Investigación* (4ª edición). México: Mc Graw Hill.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción (versión electrónica). *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 3 (23), 23-41.
- Keyes, C. L. M. & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. En C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.) *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press. 45-59.
- Librán E. C. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 003 (14), 544-550.
- Londoño Pérez, C. (2009). Optimismo y salud positiva como predictores de la adaptación a la vida universitaria (versión electrónica). *Acta Colombiana de Psicología*, 1 (12), 95-107.
- Lozano, M. G. Z. (1999). Conceptualización Del Proceso De Envejecimiento. *Papeles de Población*, 019, 23-41.
- Maslow, A. (1954/1963). *Motivación y personalidad*. Barcelona: Sagitario.

- Muchnik, E. (2006). *Envejecer en el siglo XXI: historia y perspectivas de la vejez*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Organización Mundial de la Salud, (1986). *“Carta de Otawa para la promoción de la salud”*. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: Ottawa, Canadá.
- Ostir, G.V., Markides, K. S., Black, S. A. y Goodwin, J. S. (2000). Emotional Wellbeing Predicts Subsequent Functional Independence And Survival. *Research in Aging*, 6, 715-37.
- Palomar Lever, J.; Victorio Estrada, A. y Matus García, G. L. (2011). Sentido del humor y optimismo: Un estudio de validación. *Interamerican Journal of Psychology*, 2 (45), 123-132.
- Páramo, M.A. (2009) *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association, 5ª edición*. Documento de cátedra de taller de tesina. Facultad de psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza, Argentina.
- Park, C.L. (1998) Stress-related growth and thriving through coping: the roles of personality and cognitive processes. *Journal of Social Issues*, 54 (2)
- Pawelski, J. *The dynamic individualism of William James*. Albany: State University of Nueva York.
- Pérez-Sales, P. Y Vázquez, C. (2003) Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9 (2-3), 235-254.
- Peterson, C. y Seligman, M.E.P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Prada, E. C. (Septiembre 2005) *Psicología Positiva & Emociones Positivas*. Consultada/Obtenida el 27 de noviembre de 2013 en <http://www.psicologia-positiva.com/Psicologiapos.pdf>
- Remor, E.; Amoros, M. y Carrobles, J. A. (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Anales de Psicología*, 001 (22), 37-44.
- Rogers, C. (1972). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós.
- Roqué, M. L. (2010). *Manual De Cuidados Domiciliarios: Nuevos Paradigmas En Políticas Sociales. Nuevos escenarios gerontológicos*. 1ª ed. Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.
- Salgado Lévano, A. C. (2009). Felicidad, resiliencia y optimismo en estudiantes de colegios nacionales de la ciudad de Lima. *Revista Liberabit*, 2 (15), 133-141.
- Salvarezza, L. (1993). *Psicogeriatría, teoría y clínica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

- Salvarezza, L. (2000). *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Seligman, M. E. P (1999a). *El optimismo es una ventaja y un placer que se adquiere*. Buenos Aires: Editorial Atlántida.
- Seligman, M. E. P (1999b). *Niños optimistas*. Barcelona: GRIJALBO (Grijalbo Mondadori, S.A.).
- Seligman, M. E. P. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B, S.A.
- Seligman, M. E. P. & Christopher, P. (2000). Positive clinical Psychology. Recuperado el 20 de noviembre de 2013 del sitio web del Positive Psychology Center: <http://www.ppc.sas.upenn.edu/posclinpsychchap.htm>
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Seligman, M. E. P.; Steen, T.; Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60 (5), 410-421.
- Seligman, M. E. P. (2009). *Special Lecture*. Documento presentado en Primer Congreso Mundial de Psicología Positiva. International Positive Psychology Association, Filadelfia (Pensilvania).
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and Health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of personality*, 55, 169-210.
- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 26-30.
- Scheier, M. F.; Magovern, G. J.; Abbott, R. A.; Matthews, K. A.; Owens, J. F.; Lefebvre, R. C. & Carver, C. S. (1989). Dispositional Optimism and Recovery From Coronary Artery Bypass Surgery: The Beneficial Effects on Physical and Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6 (57), 1024-1040.
- Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (2002). The future of positive psychology: A declaration of independence. En C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.) *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press. 751-767

- Strack, S.; Carver, C. S. & Blaney, P. (1987). Predicting Successful Completion of an Aftercare Program Following Treatment for Alcoholism: The Role of Dispositional Optimism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3 (53), 579-584.
- Swann, G.E. y Carmelli, D. (1996). Curiosity and mortality in aging adults: a five-year follow-up in the Western collaborative study". *Psychology and Aging*, 11, 449-453.
- Triadó Tur, C. (2001) Cambio Evolutivo, Contextos e Intervención Psicoeducativa En La Vejez. *Contextos Educativos*, 4, 119-133.
- Vassallo, C. y Sellanes, M. (2000). La salud en la tercera edad. *En Informe Sobre Tercera Edad En La Argentina*. (152-278) Consultada/ Obtenida el 27 de febrero de 2013 <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ARGEN013.pdf>.
- Vaughan, S. C. (2004). *La Psicología del optimismo*. Barcelona: Paidós Ibérica, S. A.
- Vázquez, C. (2006). La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del psicólogo*, 27 (1), 1-2.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S. M. Y. (2006). "Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones". *Psicología Conductual*, 14, 401-432.
- Vega, J. L.Y Bueno, B. (2000). *Desarrollo Adulto Y Envejecimiento*. Ed. Síntesis, S.A.Vera, B. (2004). Resistir y Rehacerse: Una Reconceptualización de la experiencia traumática desde la Psicología Positiva. *Revista de Psicología*. Recuperado el 5 de diciembre de 2013 de <http://www.psicologia-positiva.com/resistir.pdf>.
- Vera Poseck, B. (2006). Psicología Positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*. 27(1), 3-8
- Vera-Villarroel, P.; Córdova-Rubio, N.; Celis-Atenas, K. (2009). Evaluación del optimismo: un análisis preliminar del Life Orientation Test versión revisada (LOT-R) en población chilena. *Universitas Psychologica*, 1 (8), 61-67.
- Vera-Villarroel, P. y Guerrero, A. (2003). Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. *Univ. Psychol. Vol.1* (2), 21-26.
- Vera-Villarroel, P.; Pávez, P. y Silva, J. (2012). El Rol Predisponente del Optimismo: Hacia un Modelo Etiológico del Bienestar. *Terapia Psicológica*, 2 (30), 77-84.
- Videla, Mirta (1991). *Prevención*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Cinco.

~ 153 ~

ANEXOS

ANEXO 1: LOT-R

Se está realizando un test acompañado de una encuesta como parte de un trabajo de Tesina de Licenciatura en Psicología. Los formularios son anónimos y la participación es voluntaria. Se le asignará un número a cada sujeto como parte de una muestra para dicha investigación.

Firma de conformidad en la participación: _____

TEST LOT-R

Instrucciones: A continuación se le presentan una serie de frases sobre cómo la gente considera su vida en general. Lea cada una de las frases e indique con una cruz (X) en qué grado está o no de acuerdo con tales afirmaciones. No hay respuestas correctas ni incorrectas, solo se desea conocer su opinión.

- 0. Estoy totalmente en desacuerdo.
- 1. Estoy en desacuerdo.
- 2. No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 3. Estoy de acuerdo.
- 4. Estoy totalmente de acuerdo.

		0	1	2	3	4
1	En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor					
2	Me resulta fácil relajarme					
3	Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasará					
4	Siempre soy optimista en cuanto al futuro					
5	Disfruto un montón de mis amistades					
6	Para mí es importante estar siempre ocupado					
7	Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera					
8	No me disgusta fácilmente					
9	Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas					
10	En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas					

ANEXO 2: ENCUESTA

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de preguntas para complementar la investigación. Lea y complete las siguientes preguntas con la información solicitada, marcando con una cruz (X). Recuerde que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

Edad			
Género	FEMENINO	MASCULINO	
Estado civil	SOLTERO/A	VIUDO/A	
	CASADO/A	DIVORCIADO/A	
¿Es jubilada/o?	SI	NO	
Ocupación anterior:			
¿Se realiza controles médicos periódicamente?	SI	NO	
¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?			
Hipertensión	Problemas Cardíacos		
Artrosis	Artritis		
Osteoporosis	Diabetes		
Otros:			
¿Se ha realizado alguna operación en los últimos 5 años?	SI	NO	
¿Qué tipo de operación?			
¿Posee alguna prótesis ortopédica?	SI	NO	
¿Realiza actividad física? (caminar, yoga, gimnasia, etc.)	SI	NO	
¿Ha notado fallos-dificultades en su memoria?	SI	NO	
¿Ha tomado alguna medida?			
Consulta Médica	Estudios Neurológicos		
Actividad de Prevención en Centro en Jubilados (Taller de la Memoria u otros)	Actividades mentales en forma particular (sopa de letras, palabras cruzadas, sudoku, juego de naipes, etc.)		
Consulta Psicológica	Ninguna medida		
Otras:			
¿Participa de encuentros sociales como los que se mencionan a continuación, con una frecuencia semanal (s), quincenal (q) o mensual (m)?			
Cetro de jubilados	s	q	m
Iglesia	s	q	m
Encuentros de amigos	s	q	m
Unión vecinal	s	q	m
Club	s	q	m
Encuentros familiares	s	q	m
Otros:			

