

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Psicología

Evaluación del Capital Psíquico en adultos mayores auto-válidos y dependientes que residen en la ciudad de Mar del Plata.

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 143/89

del Rio, Karina Mat. N° 6946/05 DNI N° 29019757

Dominguez Linares, Pamela Mat. N° 6519/04 DNI N°32482312

Pignocchi, Agostina Mat. N° 6749/04 DNI N° 32267146

Supervisora: Soliverez, Corina

Cátedra de Radicación: Psicología institucional y comunitaria

Fecha de presentación: 21/12/2012

Uso del trabajo de Investigación

Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas del Rio, Karina; Dominguez Linares, Pamela y Pignocchi, Agustina, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras.

Aprobación del Supervisor

El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas del Rio, Karina, Mat. N° 6946/05; Dominguez Linares, Pamela, Mat. N° 6519/04 y Pignocchi, Agustina, Mat. N° 6749/04, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los días del mes del año 20

Firma, aclaración y sello del Supervisor

Presentación ante la Comisión Asesora

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas del Rio, Karina, Domínguez Linares, Pamela y Pignocchi, Agustina; matrículas N° 6946/05, 6519/04 y 6749/04.

Firma y Aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

Fecha de aprobación.

probabilidades de sufrir pérdidas de la capacidad funcional. Surge el interrogante de conocer si esta situación de dependencia incrementa o disminuye estas fortalezas. Se trabajará con un diseño no experimental, transversal descriptivo. Se seleccionará una muestra no probabilística, de tipo intencional, compuesta por 160 adultos mayores -80 con dependencia y 80 sin dependencia- residentes en la ciudad de Mar del Plata. Se aplicará la escala CAPPSI (Casullo, 2006) y el Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria. Finalmente, se efectuará un análisis cuantitativo de los datos recabados. Los resultados brindaran información que posibilitaran el desarrollo de intervenciones que optimicen las fortalezas de este grupo etario.

Palabras claves: Capital psíquico - Adultos mayores - Dependencia Funcional.

Descripción detallada:

Motivos y Antecedentes

Tradicionalmente a la vejez y a las personas mayores se les han asociado características estereotípicas negativas, exagerando aspectos que son propios sólo de una minoría (Branco y Williamson, 1982, APA, 1998). La perspectiva del ciclo vital surge como crítica a dicha visión clásica del desarrollo. Se convierte así en un marco de referencia de los estudios relacionados con el envejecimiento y la vejez, que considera la totalidad de la

vida como una continuidad con cambios, destacando parámetros históricos, socioculturales, contextuales, y del acontecer cotidiano e individual, como prevalentes sobre cualquier clasificación etárea, o en la que predomine la edad como criterio. La perspectiva del ciclo vital representa un intento de superar la dicotomía crecimiento-declinación, reconociendo que en cualquier momento de nuestras vidas hay pérdidas y ganancias (Dulcey-Ruiz; 2002).

Este enfoque implica el análisis del envejecimiento y la vejez como un momento evolutivo que puede entenderse a partir de mecanismos y procesos que operan también en otros momentos de la vida (Villar; 2005).

Aunque con el paso de los años existe mayor posibilidad de sufrir pérdidas de la capacidad funcional, la edad no tiene necesariamente una relación causal con la dependencia funcional, ya que el estado de salud de los adultos mayores constituye el reflejo de todo un período de vida en el que se acumulan los efectos de diversos procesos multifacéticos que comprenden, no sólo los hábitos y estilos de vida de las personas, sino las conductas de salud en general, de manera que es frecuente observar a personas que envejecen sin presentar alguna enfermedad o discapacidad, y otras que lo hacen con uno o más padecimientos (Manrique Espinoza, Salinas Rodríguez, Moreno Tamayo y Téllez Rojo 2011).

Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica, y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad. Si una persona no quiere

realizar una actividad o no la realiza se considera dependiente aunque pudiera hacerla en teoría. Se basa en el estado actual de la persona y no en la capacidad de realizarlas (Cruz .A .J et al.2006).

Gázquez Linares, Rubio Herrera, Pérez Fuentes y Lucas Ación (2008) han analizado la relación existente entre diversos factores – como percepción de la salud, percepción de las limitaciones a causa de enfermedades- y el nivel de dependencia mostrado por los adultos mayores en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Llegaron a la conclusión de que existe una correlación positiva entre la percepción de la salud y la percepción de las limitaciones, tanto para las actividades básicas como instrumentales, de manera que a medida que aumenta la percepción negativa de la salud y la percepción de las limitaciones (percepción de incapacidad) se produce un incremento en el nivel de dependencia respecto a las actividades básicas e instrumentales.

El Capital Psíquico hace referencia a ese conjunto de factores y procesos que permiten aprender a protegerse y sobrevivir, a generar fortalezas personales; son el conjunto de capacidades, habilidades y recursos de los que disponemos para protegernos y enfrentar situaciones -tanto cotidianas como no cotidianas- en nuestras vidas. Sus dimensiones incluyen una amplia variedad de capacidades cognitivas, emocionales, vinculares, cívicas y valores (Casullo, 2006).

Kasanzew, A.; López, P.; Andrés, F.; Brasca, L.; Legé, L. y Casablanca, L.; (2010) analizaron los puntajes de la escala Cappedi en 614 personas de entre 20 y 75 años de edad y compararon las puntuaciones de grupos por edad, sexo y nivel educativo. Llegaron a la conclusión que el género no determina diferencias significativas en el capital psíquico de las personas, por otro lado si se encontraron diferencias significativas por grupos de edad. Se evidenció un incremento del Capital Psíquico desde la juventud hasta la adultez.

Soliveres C. y Arias, C. (2009) exploraron la relación entre el bienestar psicológico y el capital psíquico en la vejez, y llegaron a la conclusión de que los adultos mayores presentan elevados niveles de capital psíquico y de bienestar psicológico.

Petrongolo, M.; Rodríguez, R.; Mansinho, M.; Pedeuboy, J.; Pochintesta, P.; Rojkind, J. y Jaskilevich, J. (2009) compararon el capital psíquico de adultos jóvenes con adultos mayores residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los resultados muestran que los adultos mayores obtienen valores similares a los adultos jóvenes en la mayoría de los ítems de las distintas dimensiones, a excepción de la correspondiente al sistema de valores, donde los adultos mayores obtienen un puntaje superior.

Finalmente, debido a la escasez de investigaciones sobre capital psíquico en adultos mayores, consideramos importante profundizar en estos aspectos realizando aportes en el estudio y la evaluación de los recursos efectivos y potenciales de los adultos mayores. Creemos que este estudio

permitirá abrir nuevos caminos a futuras investigaciones para optimizar la calidad de vida.

Objetivo General: Comparar las puntuaciones del Capital Psíquico en dos grupos de adultos mayores de más de 60 años, residentes de la ciudad de Mar del Plata, encontrándose uno de ellos bajo dependencia funcional.

Objetivos Particulares:

1. Comparar los puntajes de las dimensiones del Capital Psíquico teniendo en cuenta los adultos mayores que estén bajo dependencia funcional y los que no.
2. Comparar los puntajes globales y dimensionales del Capital Psíquico según género al interior de cada grupo.

Métodos y técnicas

Diseño: Se trabajará con un diseño no experimental, de tipo transversal descriptivo.

Población y muestra: La población bajo estudio estará conformada por adultos mayores residentes de manera permanente en la ciudad de Mar del Plata, que posean más de 60 años de edad, que no presenten deterioro cognitivo. Se seleccionará una muestra no probabilística, de tipo intencional, compuesta por 160 adultos mayores – 80 con dependencia y 80 sin

dependencia funcional- que incluirá sujetos mayores de 60 años equiparados por género. En todos los casos la participación será voluntaria y anónima.

Instrumentos:

1. Competencia Funcional y autoevaluación de la salud: Índice de Katz

Valora seis funciones básicas (baño, vestido, uso de W.C, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación) en términos de dependencia o independencia, agrupándolas posteriormente en un solo índice resumen. Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza sólo ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad.

2. Escala de Capital Psíquico – CAPPPI (Casullo, 2006).

Se compone de 40 ítems que evalúan factores y procesos a través de cinco categorías: a) Capacidades cognitivas para adquirir y usar formas de conocimiento; b) capacidades emocionales para desarrollar proyectos superando obstáculos; c) habilidades cívicas para lograr mejor participación ciudadana; d) capacidades para establecer vínculos interpersonales y e) sistemas de valores como metas que orientan los comportamientos. Se trata de una técnica con tres opciones de respuesta: casi nunca, a veces, casi siempre.

Procesamiento de los datos:

Se efectuara un análisis cuantitativo de los datos mediante el uso de paquetes estadísticos informatizados de uso de Ciencias Sociales y de la Salud.

Lugar de realización del trabajo:

Facultad de Psicología. Universidad nacional de Mar del Plata

Cronograma de actividades:

	Actividades	Meses											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Revisión bibliográfica y elaboración del marco teórico	x	x	x	x								
2	Selección de la muestra			x	x	x							
3	Puesta a prueba de los instrumentos			x	x	x							
4	Administración de los instrumentos			x	x	x							
5	Procesamiento de los datos					x	x	x					
6	Análisis e interpretación de los resultados								x	x	x		
7	Elaboración del informe final										x	x	x

Referencias Bibliograficas:

- Arias, C. & Giuliani, M. F. (2010) Regulación emocional en la vejez. Estudio comparativo por género. 11° Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2011.
- Arias, C.; Pavón, M. & Giuliani, M. F. (2011) Exploración de Aspectos del Capital psíquico. Los Significados otorgados según grupo de edad y género. 12° Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2011. Febrero-Marzo 2011.
- Arias, C. & Soliverz, C. (2009) Análisis dimensional y global del bienestar psicológico en adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata según tipo de hogar. 10mo Congreso Virtual de Psiquiatría. Disponible en <http://www.psiquiatria.com>
- Arias, C. & Soliverz, C. (2009). Capital psíquico y bienestar psicológico. Estudio de sus relaciones en la vejez. En CD de actas del IV Congreso Marplatense de Psicología. *Ideales Sociales, Psicología y Comunidad*. 3, 4 y 5 de diciembre de 2009. Mar del Plata: Facultad de Psicología.
- Branco, K. J. & Williamson, J. B. (1982): Stereotyping and the life cycle: Views of aging and the aged. En A. G. Miller, (ed), *In the eye of the beholder* (pp. 364-410). Nueva York Praeger.

- Casullo, M. (2006). *El capital Psíquico. Aportes de la Psicología Positiva*. Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA, Departamento de Publicaciones.
- Cruz .A .J (2006) Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica. Prous Science SA.
- Dulcey Ruiz, E. & Uribe Valdivieso, C. (2002) Psicología del Ciclo Vital. Hacia una Visión Comprehensiva de la Vida Humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Volumen 34. Nos. 1-2, pp. 17-27. Bogota.
- Gázquez Linares, J.; Rubio Herrera, R.; Pérez Fuentes, M. & Lucas Ación, F. (2008). Análisis de los factores predictores de la dependencia funcional en personas mayores. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, Mayo, 117-126.
- Gil Lacruz & Frej Gómez (1993) Intervención comunitaria: a propósito del programa aragonés de rentas mínimas. En M. F. Martín García (comp.), *Psicología comunitaria* (P. 39-61). Sevilla: EUDEMA.
- Kasanzew, A.; Lopez, P.; Andres, F.; Brasca, L.; Legè, L & Casablanca, L.; (2010). El capital psíquico a través del ciclo vital adulto. *Avances en Psicología Latinoamericana*, vol. 28, núm. 1, 2010, pp. 42-51. Universidad del Rosario. Colombia.
- Manrique Espinoza, B.; Salinas Rodríguez, A.; Moreno Tamayo, K. & Téllez Rojo, M.; (2011). Caídas, factor importante relacionado con dependencia funcional en adultos mayores en México. Centro de Investigación en

Evaluación y Encuestas (CIEE) del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). México.

Montorio, I.; Izal, M. & Perez, G.; (2006) en *Psicología de la Vejez*. Triadó.C. y Villar, F.

Petrongolo, M.; Rodríguez, R.; Mansinho, M.; Pedeuboy, J.; Pochintesta, P.; Rojkind, J. & Jaskilevich, J. (2009) Análisis del Capital Psíquico en adultos jóvenes y adultos mayores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En CD de actas del IV Congreso Marplatense de Psicología. "Ideales Sociales, Psicología y Comunidad". 3, 4 y 5 de diciembre de 2009. Mar del Plata: Facultad de Psicología.

Villar, F. (2005). El enfoque del ciclo vital: un abordaje evolutivo del envejecimiento. En S. Pinazo y M. Sánchez (Eds.) *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Prentice-Hall (Pearson Educacion), 147-181.

Índice General

Introducción	1
Capítulo 1. Marco teórico	6
1.1 Proceso de envejecimiento	7
1.2 Teorías de la vejez	11
1.2.1 Teoría del Ciclo Vital	21
1.3 Envejecimiento satisfactorio	27
1.4 Dependencia funcional	31
1.5 Psicología Positiva	37
1.5.1 Capital Psíquico	41
Capítulo 2. Metodología	50
2.1 Diseño de investigación	51
2.2 Población	51
2.3 Características de la muestra	51
2.4 Técnicas de recolección de datos	53
2.5 Procedimiento	55
2.6 Método de análisis de datos	55
Capítulo 3. Resultados	56
Capítulo 4. Discusión	62
Capítulo 5. Consideraciones finales	68
Referencias bibliográficas	71

Anexo 1 83

Anexo 2 87

Introducción

El aumento progresivo de personas mayores es una realidad indiscutible que constituye uno de los logros más importantes de la humanidad en últimos estos tiempos. Constituye también un hecho relevante que, según lo anuncian las predicciones demográficas, esta tendencia seguirá en aumento en todos los países del mundo, desarrollados o en vías de desarrollo. Esta situación ha generado una serie de interrogantes y preocupaciones, como también plantea nuevos desafíos para encontrar alternativas justas, dignas e inclusivas para todas las personas, vinculadas al logro de un envejecimiento saludable, con altos niveles de bienestar.

Durante muchas décadas la concepción acerca de la vejez en la sociedad en general y la comunidad científica en particular, entendía a este colectivo como un grupo etéreo homogéneo asociado al deterioro y a la pérdida sucesiva de capacidades y/o habilidades adquiridas a lo largo de la vida. No obstante, en los últimos años con el surgimiento de nuevos modelos teóricos acerca de la vejez y el envejecimiento se resaltan ciertos aspectos positivos inherentes a la vejez, enfatizando los recursos existentes y las potencialidades que pueden desarrollarse. A nivel teórico, el cambio producido acerca de la concepción del desarrollo propició la inclusión de este momento vital dentro del proceso evolutivo general, reconociendo la amplia variabilidad y diversidad entre cada sujeto. Podemos plantear que en la actualidad el envejecimiento comienza a pensarse como una etapa más del desarrollo de la persona, que representa una continuidad dentro de su existencia.

La Psicología Positiva también proporciona un aporte fundamental en el campo de la vejez, resaltando los aspectos positivos del ser humano. Este campo disciplinar tiene como objetivo investigar las fortalezas y virtudes humanas y los efectos que éstas tienen en la vida de las personas (Cuadra & Florenzano, 2003). El capital psíquico, ha sido uno de los aspectos explorados en investigaciones centradas en aspectos positivos. Es entendido como el conjunto de factores y procesos que permiten a un sujeto aprender a protegerse, sobrevivir y generar fortalezas personales (Casullo, 2006). Nos pareció muy importante el desarrollo y exploración de este constructo, ya que con el envejecimiento aumentan las probabilidades de vulnerabilidad física, económica y social, como también aumentan las probabilidades de tener alguna enfermedad o discapacidad pudiendo ocasionar pérdidas en la autonomía funcional.

Desde esta perspectiva, y con la intención de profundizar en las fortalezas del ser humano, el interés que promueve esta investigación es conocer si existen diferencias en las puntuaciones del capital psíquico de adultos mayores autoválidos y adultos mayores con dependencia funcional, con la intención de lograr una mayor comprensión acerca de los aspectos que favorecen el desarrollo saludable de las personas en su curso vital. Para alcanzar este propósito se llevó a cabo un estudio empírico de diseño no experimental, de tipo transversal descriptivo. Se seleccionó una muestra no probabilística, de tipo intencional, compuesta por 160 adultos mayores – 80 con dependencia y 80 sin dependencia funcional- mayores de 60 años

equiparados por género. Los objetivos generales que guiaron la investigación fueron: 1. Comparar los puntajes de las dimensiones del Capital Psíquico teniendo en cuenta los adultos mayores que estén bajo dependencia funcional y los que no. Y 2. Comparar los puntajes globales y dimensionales del Capital Psíquico según género al interior de cada grupo.

El presente informe consta de cuatro capítulos. El primero de ellos corresponde al marco teórico. El mismo contiene una conceptualización del proceso de envejecimiento y la noción de vejez; realiza un recorrido por diferentes teorías de la vejez, para concluir con el enfoque del ciclo vital. Posteriormente se aborda el enfoque del envejecimiento satisfactorio o con éxito y se define la dependencia funcional. En una tercera parte se realiza un acercamiento a la Psicología Positiva, y particularmente al capital psíquico. Se lo conceptualiza y se destacan sus antecedentes en la investigación científica.

El segundo capítulo corresponde a la Metodología, en el cual se detallan los materiales y métodos, población y muestra, instrumentos y tipo de análisis de datos.

El capítulo siguiente corresponde a los Resultados. En primer término, se presentan las Puntuaciones Globales del Capital Psíquico correspondientes a cada grupo de adultos mayores. A continuación se exponen los resultados correspondientes a las Dimensiones al interior de cada grupo; y por último

las diferencias por género para cada grupo de adultos mayores, independientes y dependientes.

Finalmente el cuarto capítulo corresponde a la Discusión de los resultados y en el último capítulo se plantean las consideraciones finales de este trabajo.

Capítulo 1. Marco Teórico

1.1 Proceso de envejecimiento

Desde hace un tiempo, el estudio del envejecimiento humano ha generado el interés y la atención de diversas perspectivas teóricas y disciplinares, algunas de las cuales se complementan, pero otras resultan contradictorias entre sí, lo que termina generando una evidente confusión. En éste sentido precisar el concepto de vejez tampoco resulta tarea fácil, ya que ésta puede verse definida desde múltiples enfoques y se conceptualiza de manera diferenciada al envejecimiento. Rocío Fernández Ballesteros (2006), expone que la vejez es una abstracción excesiva en la que juegan criterios biológicos, psicológicos y socio-ambientales. El envejecimiento es conceptualizado como un proceso biológico, psicológico y social que resulta de la interacción de la herencia, el ambiente y la conducta, afecta a todos los seres vivos desde que nacen hasta que mueren de manera progresiva, natural, individual y constante. La Organización Mundial de la Salud (2001) lo define como un proceso fisiológico que ocasiona cambios característicos de la especie humana, de manera que se produce una limitación a la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Si bien no hay un momento exacto a partir del cual se inicie la tercera edad, a los fines estadísticos el punto de referencia que se utiliza son los 65 años, debido a que ésta es la edad promedio de jubilación (Cornachione Larrinaga, 2006).

Gómez de Silva (1988) define al término envejecer como hacerse o volverse viejo; viejo, de mucha edad; que ha vivido o existido largo tiempo;

persona de mucha edad. Con respecto al concepto de vejez enuncia que es la condición o calidad de viejo; última edad de la vida natural o del lapso normal de vida, que ha vivido o existido largo tiempo. De esta manera mientras la concepción de vejez implica pensar en una etapa de la vida, teniendo una connotación más estática, el envejecimiento implica pensar en un proceso que comienza desde el momento que nacemos y que culminaría con la muerte, con una connotación más dinámica. Desde una perspectiva contemporánea, Zegers Prado (2002) hace una distinción entre envejecimiento normal y envejecimiento patológico. Afirma que para ello es necesario establecer las diferencias que se manifiestan en alteraciones fisiológicas, que a su vez se acompañan de modificaciones en la función y estado mental, de repercusiones en el medio social y en la situación económica del afectado y su familia. Así mismo, considera que la prolongación del promedio de vida y la proporción creciente de población de ancianos posibilitan hoy distinguir entre dos grupos: los viejos jóvenes - adultos mayores entre los 60 y 75 años- sanos y vigorosos, que están buscando caminos que les den contenido a su vida, y los viejos-viejos - ancianos pasados los 75 años- la mayoría de los cuales requieren servicios de asistencia y rehabilitación. Un concepto que ayuda a comprender las diferencias entre ambos grupos etarios es el de la edad funcional, el cual se relaciona con la capacidad de adaptación del adulto mayor y el grado de dependencia (Motlis, 1988). Edad funcional se refiere al nivel de capacidad que posee el individuo en relación a otros de su misma edad para el

funcionamiento dentro de su sociedad (Montalvo Toro, 1997). Esto lleva a la propuesta, expresada por Zegers Prado (2002), de considerar al envejecimiento desde tres aspectos:

Envejecimiento como declinación: connota un proceso no exitoso, en donde los sentidos comienzan a perder lentamente su agudeza, por ejemplo es probable que a los 70 años se llegue a identificar sólo el 50% de los olores que se podían reconocer a los 40, se observa una pérdida de la agilidad en los movimientos. *Envejecimiento como cambio:* Se visualiza la vejez con un significado relativamente neutral, de manera que no existen factores que determinen o condicionen el proceso de envejecer propio de la persona. Son muchos los cambios que pueden apreciarse en esta edad, por ejemplo en la imagen corporal, o en la forma de valorar los hechos y de vincularse.

Envejecimiento como desarrollo y maduración: considera aquellos aspectos de la personalidad que cambian y mejoran con los años. Así por ejemplo, con el paso del tiempo el adulto mayor puede convertirse en una persona más tolerante y acepta mejor los avatares de la vida.

Existen distintas teorías del envejecimiento que nutren a la psicología del desarrollo, las cuales parten de diferentes supuestos acerca de la naturaleza humana. Unas se basan en las variaciones de la conducta, otras subrayan la interacción entre la persona y su ambiente; otras plantean que la conducta humana se encuentra motivada tanto por fuerzas internas como externas, como lo desarrollan las teorías psicodinámicas. Entre ellas se destacan los

aportes de Erik Erikson, quien establece un conjunto de tareas y exigencias que son propias para cada etapa de la vida de las personas. En su teoría del desarrollo psicosocial de las personas, Erikson (1971) parte del proceso biológico de epigénesis que se presenta como una sucesión de cambios a través de los cuales el organismo alcanza su forma definitiva, conformando una serie de etapas o períodos interrelacionados del desarrollo del yo.

Si bien la Real Academia Española entiende que es vieja una persona que ha cumplido 70 años de vida, no resulta claro el límite de edad a partir del cual se considera el comienzo de la vejez. Debido a que la esperanza de vida varía de una sociedad a otra, podemos pensar que ésta delimitación que pareciera ser biológica se trata, más bien, de una convención social aceptada por las distintas culturas.

Siguiendo a Fernández Ballesteros (2000), podemos estimar que la edad biológica de una persona tiene que ver con los cambios derivados del desgaste del organismo por el paso del tiempo, y ocurre en un periodo que comienza con el crecimiento en la infancia y la pubertad, y en los años posteriores a la adolescencia. Posteriormente, tiene lugar una etapa de estancamiento y progresiva disminución de diferentes capacidades corporales a medida que se avanza en la edad adulta. Esto se manifiesta en cambios tales como el modo de andar, la elasticidad de la piel o la capacidad visual y auditiva, además de modificaciones en las facciones del rostro, la voz o el pelo.

En cuanto a la vejez psicológica, Fernández Ballesteros (2000) considera que es el resultado de un equilibrio entre estabilidad y cambio y, también, entre crecimiento y declive. Así, habría funciones que a medida que aumenta la edad experimentan una mejora, como ocurre con la inteligencia cristalizada, la cual se refiere al conocimiento acumulado, a la riqueza verbal y a la comprensión del lenguaje, mientras que otras funciones sufren un decremento, como es el caso de la inteligencia fluida, la que alude a la capacidad para adaptarse y afrontar situaciones nuevas de forma flexible sin que el aprendizaje previo constituya una fuente de ayuda determinante para su manifestación.

De esta manera, y a partir de lo hasta aquí desarrollado, vemos cómo el concepto de vejez abarca en el ser humano una pluralidad de facetas y constituye un proceso que sobrepasa el ámbito de los aspectos biológicos para adentrarse en los psicológicos y los sociales.

1.2 Teorías de la vejez

Son numerosas las concepciones que tratan de conceptualizar a la vejez. De ellas surgen múltiples teorías que definen a este constructo.

En la mayoría de los casos, las características que se asocian a la vejez y a las personas mayores son negativas, exagerando aspectos que, o bien son propios de una minoría, o bien tienen poca o ninguna base en los sujetos que hoy transitan por la tercera edad.

Los estereotipos negativos sobre las personas mayores son peligrosos porque pueden funcionar como una profecía que se cumple a sí misma. En este sentido, si los propios mayores asumen estos estereotipos negativos de la vejez como ciertos, su funcionamiento cognitivo, su salud o su deseo de vivir en ciertas situaciones, puede verse afectado (Levy, 2003). Estos estereotipos también pueden derivar en prácticas discriminatorias contra los mayores, por ejemplo, el uso con ellos, por defecto, de un habla infantil, o la menor atención a sus problemas de salud. Este conjunto de prejuicios y comportamientos discriminatorios ha sido llamado *edaísmo* (Palmore, 1999; Montoro, 1998).

Esta concepción se sustenta en la visión clásica de la psicología evolutiva, que se limitó al estudio del periodo que comprende desde el nacimiento hasta la adolescencia, etapa que presenta las adquisiciones más significativas para el posterior desarrollo. A partir de allí, se presentan diversos enfoques que han generado cambios en el concepto de desarrollo, por un lado Piaget considera que el desarrollo está dividido en etapas y que cada una de ellas tiene una serie de características particulares, diferenciadas por la edad del sujeto. Este enfoque es poco aplicable en el estudio de la madurez y de la vejez; considera que los cambios son irreversibles, por lo cual Piaget se agota en el estudio de las operaciones concretas que se alcanzan en la adolescencia.

Por otro lado, respecto al procesamiento de la información, se plantea que durante el proceso de envejecimiento se produce una cierta estabilidad

en la adolescencia, llegando a un declive en la última etapa de la vejez. Se entiende el desarrollo como un cambio continuo, progresivo donde las capacidades del sujeto tienden a mejorar con el paso de los años hasta llegar al punto más óptimo; una vez aquí, se produce un declive progresivo en forma de U invertida. Las anteriormente descritas son las teorías predominantes, las cuales coinciden en definir al desarrollo como crecimiento, y el envejecimiento como declive.

Fue a finales del siglo XVIII y principios del XIX que se crearon las bases del interés en el estudio de los grupos sociales definidos en intervalos de edad, y surgieron así los primeros estudios científicos sobre el desarrollo del niño, el adolescente y el adulto.

El interés científico sobre el tema permanece adormecido hasta finales de la década del 50 y principios de la década del 60, etapa donde surge y se desarrolla la psicología evolutiva del Ciclo Vital. Este enfoque sostiene que durante la adultez y la vejez ocurren importantes hechos evolutivos, por lo que el estudio del desarrollo no solo se corresponde con los primeros años de vida y se extiende hasta la adolescencia sino que debe extenderse a todo el Ciclo Vital.

De este modo, el enfoque sociocultural considera que el desarrollo depende del contexto donde se puede aplicar los acontecimientos de la vejez. Todo dependerá del ambiente según el declive o no de las capacidades del sujeto. Tiene en cuenta factores externos, como la educación, calidad de vida o alimentación. Estos modelos tienen más

posibilidades para abordar el desarrollo adulto. Esto explica por qué algunas facetas se mantienen o mejoran con la edad.

Dentro de esta perspectiva social, se destacan dos teorías sobre el envejecimiento, la teoría de la desvinculación (Cumming & Henry, 1961) y la teoría de la actividad (Havighurst & Albrecht, 1953). La teoría de la desvinculación sostiene que un envejecimiento normal se caracteriza por un retiro mutuo entre la sociedad y el anciano. Esta teoría afirma que las personas van haciéndose cargo del declive de sus habilidades a medida que envejecen y en ese mismo grado se van desvinculando, distanciándose del mundo social. La desvinculación empieza con una reducción de actividades que tienen que ver con la competitividad y con la productividad y tiene claro sentido adaptativo realista, que es aceptado y practicado. A su vez, la sociedad también va acomodando sus demandas, expectativas y encargos al progresivo deterioro que produce el envejecimiento. Por lo tanto se produce una doble desvinculación, tanto por parte de los adultos mayores como desde la sociedad.

Por su parte, la teoría de la actividad, afirma que sólo el individuo activo puede sentirse feliz y satisfecho. La persona, para ser feliz ha de ser productiva, útil, en el contexto donde se encuentre para evitar la desgracia y el descontento (Tadler, 1961). Sostiene que cuanto más activos se mantengan los adultos mayores, más satisfactoriamente envejecerán. Este modelo sociológico afirma que sólo el individuo activo puede ser feliz y satisfecho. Sáez (1997) señala que la persona ha de ser productiva, útil en el

contexto donde se encuentre. De lo contrario, la desgracia, el descontento, la sensación de inutilidad se centrará en el adulto mayor.

Esta teoría asume que la felicidad se alcanza al estar comprometido en una actividad. Esto es muy aplicable a los mayores, ya que en la vejez las personas tienen menos actividades que realizar debido a que llega el momento de la jubilación, se van los hijos del hogar, el ama de casa tiene menos trabajo y se pierden relaciones sociales.

Las personas mayores que envejecen satisfactoriamente, son aquellas que realizan actividades que les resultan interesantes, tanto productivas como de ocio o de ejercicio físico. La actividad produce satisfacción en sí misma, pero, además, proporciona oportunidades para hacer nuevas amistades y mejora su autoestima.

Erikson (1982) fue uno de los primeros teóricos de la época en incorporar a la vejez en todo el curso de vida de la persona, entiende el desarrollo como una secuencia de etapas normativas predeterminadas. Cada una de esas etapas confronta al individuo con una crisis o dilema de carácter psicosocial. Si el individuo supera con éxito esa crisis, agrega una nueva cualidad a su yo que lo fortalece y lo pone en disposición de afrontar nuevas crisis. Si, por el contrario, la crisis no es bien resuelta, dejará residuos neuróticos en la persona y, de alguna manera dificultará el afrontamiento de nuevas crisis y la incorporación de nuevas cualidades que se ponen en juego en ellas. Este polo amenazante que se pone en juego en cada una de las etapas es, para Erikson, necesario para crecer.

Cada paso o escalón (Erikson, 1971) de la vida humana se apoya sobre los escalones anteriormente conquistados, son virtudes, producto de la lucha interna entre fuerzas, las cuales, una vez conquistadas pasan a formar parte de los recursos para afrontar las luchas siguientes. Cada etapa implica una crisis, una oportunidad de crecer como persona. Este planteo también sostiene que los aspectos biológicos o somáticos y los intrapsíquicos están en constante interacción con los históricos y culturales propios del momento histórico-social que vive el sujeto, promoviendo el desarrollo y la adaptación del yo.

En ésta misma línea, la teoría psicosocial de Erikson considera que cuando los adultos entran en una etapa final de la vida (Papalia, 1997), su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia, necesitan aceptar su propia vida tal como la han vivido y creer que lo hicieron lo mejor posible en sus circunstancias. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego, la cual sólo puede obtenerse tras haber luchado contra la desesperación. Cuando ésta domina, la persona teme la muerte, y aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando la posibilidad de volver a vivirla. Cuando impera la integridad, la persona posee la fuerza propia de su edad, que es la sabiduría. Con la sabiduría el adulto sabe aceptar las limitaciones. El adulto sabio sabe cuándo aceptar el cambio y cuándo oponerse al mismo, cuándo sentarse en silencio y cuándo luchar.

En su crisis final, integridad versus desesperación, Erikson considera que las personas de edad avanzada enfrentan una necesidad de aceptar su vida -la manera como han vivido- con el fin de aceptar su muerte próxima. Luchan por lograr un sentido de integridad, de coherencia y totalidad de la vida, en vez de dar vía a la desesperación sobre la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente. De acuerdo con dicho autor las personas que han tenido éxito en esta tarea integradora final, ganan un sentido más amplio del orden y del significado de sus vidas dentro de un ordenamiento social más grande, pasado, presente y futuro. La virtud que se desarrolla durante esta etapa es la sabiduría, un despreocupado e informado interés por la vida de cara a la muerte en sí misma; incluye aceptar lo vivido, sin arrepentimientos sobre lo que pudo haber sido diferente. Así, Erikson considera que las personas que no consiguen aceptar esto son desesperanzadas, porque ya no ven tiempo para reaccionar y enmendar aquello con lo que no están de acuerdo; y sostiene que la edad adulta tardía es también una época para jugar, para rescatar una cualidad infantil esencial para la creatividad. Considera que aún cuando las funciones del cuerpo se debilitan y la energía sexual puede disminuir, las personas pueden disfrutar de una experiencia enriquecida, corporal y mentalmente.

Una década atrás, desde una perspectiva psicológica, Antonovsky (1988, 1990) ya proponía que la Psicología Salugénica convoca a la búsqueda en cada ser humano de sus fortalezas y del potencial psíquico con el que cuenta para que, a partir de ello pueda construir un proyecto de vida posible

y realista, al otorgar importancia a las acciones generadoras de salud. De esta manera las características del contexto social y cultural, donde la persona reside, trabaja, tiene sus redes de apoyo y se ha socializado, deben considerarse al igual que el estudio de las capacidades y fortalezas individuales. Éste autor indaga los motivos por los cuales un sujeto se sitúa en el extremo positivo del continuo salud-enfermedad, o por qué se orienta hacia ese lado, en cualquiera sea su posición, en cualquier momento. Así, focaliza el estudio en los orígenes de la salud y rescata las fortalezas humanas. Considera a los estresores como inherentes a la condición humana al mencionar que es posible constatar que algunos sujetos aún con una alta carga de estresores sobreviven e incluso lo hacen bien. Se trata entonces de describir por qué logran ese nivel de bienestar a pesar de la adversidad. Por lo tanto, al hacer frente a un estímulo perturbador se genera un estado de tensión con el cual el sujeto debe luchar. El grado de adecuación en el manejo o control de la tensión determinará que el resultado sea psicopatológico, neutral o salugénico. Así, para Antonovsky el estudio de los factores que hacen posible el manejo de la tensión es clave en las ciencias de la salud y propone dos conceptos clave: el de Recursos Generalizados de Resistencia (GRRs) y el de Sentido de Coherencia (SOC). Entre los primeros se encuentran todos aquellos fenómenos efectivos para combatir con eficacia una alta gama de estresores que pueden ser los recursos materiales, la estabilidad cultural, las redes sociales, la fortaleza del yo. Todos estos recursos tienen como denominador común facilitar que los

estresores a los que el sujeto está constantemente expuesto pierdan sentido, y genera a través del tiempo un fuerte SOC. Define al SOC como una orientación global que expresa el grado en que un sujeto tiene recursos suficientes disponibles para afrontar las demandas del medio y experimenta un fuerte sentido de confianza, sólido, resistente pero dinámico.

El modelo SOC de envejecimiento con éxito explica cómo las personas se adaptan satisfactoriamente a la vejez. Según este modelo, existen tres mecanismos adaptativos que son los responsables de que el individuo envejezca satisfactoriamente. Estos mecanismos son: selección, optimización y compensación. La *selección* es el mecanismo que usamos cuando elegimos pareja, profesión, amigos o actividades de ocio, que rige a lo largo de la vida y seguirá en la vejez de forma que también en ésta etapa los individuos elegirán aquellas actividades de acuerdo con sus facultades, salud y entorno. La *optimización* se refiere a la forma de mantener un nivel máximo en nuestras actividades, es un objetivo a lo largo de toda nuestra vida y por supuesto también en la vejez. Hacer gimnasia, ir a conferencias, hacer trabajos de voluntariado, ayudar a los demás. Son formas de mejorar como ser humano. Por último, si la persona sufre algún déficit y ve disminuida su capacidad para realizar una actividad, debe *compensarlo*. Usar gafas, bastón, escribir en un post-it para recordar algo, son formas de compensar los déficits.

La Teoría de la Selectividad Socioemocional (Cartensen, 1992) explica que los cambios en la red social no son el resultado de una pérdida, sino de

un cambio motivacional en las metas sociales. El principio de esta teoría es que la gente considera el tiempo que tiene por delante y fija sus metas de acuerdo a esto. Cuando el tiempo se percibe como algo abierto son más importantes las metas relacionadas con el futuro y con la información, y cuando el tiempo se lo piensa como más limitado las metas emocionales se vuelven más importantes y las personas prefieren interactuar con quienes mantienen relaciones más estrechas. Por esa razón, los objetivos se centran en adquirir satisfacción emocional en el contexto de relaciones interpersonales gratificantes, manteniendo una vida emocional positivamente equilibrada y una óptima regulación emocional (Magai & Halpern, 2001).

Los mayores parecen vivenciar conjuntamente emociones positivas y negativas, lo que resulta menos habitual en los jóvenes (Cartensen & cols., 2000). Esto fue denominado patetismo, ya que señala relaciones emocionales más diferenciadas. Así mismo, la mejor regulación de las emociones con la edad hace que los episodios de tristeza sean menos intensos y que, aunque puedan aparecer más síntomas depresivos, es menos habitual que se desarrolle una depresión mayor.

A continuación desarrollaremos una de las teorías con mayor relevancia en las últimas décadas, la cual fundamenta nuestro proceso de investigación.

1.2.1 Teoría del Ciclo Vital

En los años 70 Baltes & Schaie (1973) teniendo en cuenta el enfoque del Ciclo Vital plantean romper con la tradición desde la óptica del declive proponiendo los siguientes cambios en los modelos de U invertida. Por un lado, introducen una nueva concepción o definición del desarrollo que puede valer para todo el Ciclo Vital. Por otra parte, proponen fuentes más variadas de influencias en el desarrollo. No se tiene en cuenta sólo factores internos, sino que también comienzan a considerarse los factores externos: social, contextual y cultural. Es decir, se considera una visión más amplia de factores que influyen en el desarrollo.

El enfoque multicausal (Baltes, Reese & Nesselroade, 1981) resume el desarrollo del curso del Ciclo Vital a partir de un modelo de tres tipos de factores principales. Uno de ellos son las influencias normativas relacionadas con la edad, que hacen referencia a factores biológicos o sociales que se relacionan estrechamente con la edad cronológica. Un ejemplo de estas influencias lo constituye la maduración biológica y también la socialización, cuando se considera bajo la perspectiva de la aparición de roles o competencias normativas relacionadas con la edad. El segundo factor se compone de las influencias normativas relacionadas con la historia, las cuales se refieren a los efectos del cambio biosocial que varían en función del tiempo histórico tal y como se evidencia en los efectos generacionales. No se puede considerar de la misma manera la vejez de

hace algunas décadas atrás a la vejez actual, por la gran cantidad de cambios y sucesos sociales e histórico culturales que han tenido lugar. Este factor es responsable del parecido de las personas de una misma generación. Dentro del tercer grupo de factores se consideran las influencias no normativas, que refieren a factores biológicos o sociales que afectan a personas concretas, no a la generalidad, en un momento preciso de su vida, sin seguir patrones ni secuencias fijas, por ejemplo, acontecimientos que pueden afectar la vida laboral -jubilación anticipada-, la vida familiar -divorcio, muerte de un hijo-, o la salud -accidente grave-. Como representantes de las experiencias vitales únicas, estos factores son responsables de gran parte de las diferencias interindividuales, sobretodo en personas de la misma generación. Este grupo de factores interactúan entre sí, tienen efectos acumulativos y pueden cambiar con el tiempo. Pero la manera en que intervienen en el desarrollo del individuo es diferencial. De este modo, ciertos factores tienen mayor peso que otros en determinado momento vital. Los factores biológicos son privilegiados en las primeras etapas de la vida, mientras que en las últimas, los factores socioculturales e históricos jugarían un papel más determinante.

El aspecto social y cultural es para este enfoque tan importante como el biológico y es capaz de influir en nuestra vida de tres maneras: homogeneizando las trayectorias vitales, diferenciando unas generaciones de otras y ofreciendo un conjunto de experiencias personales que nos hacen únicos. El papel de la cultura es especialmente importante para que las tres

metas del desarrollo -ganancia, mantenimiento y regulación de la pérdida- puedan seguir apareciendo en las últimas décadas de la vida, cuando los recursos biológicos tienden a orientarnos claramente hacia la pérdida. A partir de los conocimientos y los instrumentos que la cultura pone a nuestra disposición podemos compensar, al menos en parte y hasta cierto momento, esas pérdidas y ser capaces, incluso, de promover nuevas ganancias.

Si bien estos tres tipos de influencia aparecen durante todo el Ciclo Vital y ayudan a configurar nuestra trayectoria evolutiva su importancia no es la misma en todas las etapas del Ciclo Vital. Durante la infancia los factores más relevantes son aquellos normativos relacionados con la edad, los cuales son relativamente poco importantes durante la vida adulta, y únicamente en la vejez, a causa de la acentuación del declive biológico o la pérdida de ciertos roles, vuelven a aumentar su influencia. Los factores normativos relacionados con la historia son especialmente relevantes en la adolescencia y la juventud, momentos en los que experimentar ciertos hechos históricos puede marcarnos para toda la vida y determinar nuestra pertenencia a determinada generación con una actitud problemática y oportunidades comunes. Las influencias no normativas, por su parte, incrementan su importancia a medida que pasan los años, siendo determinantes durante la vejez. De esta manera se pone énfasis en la diversidad, señalando que va a existir tanta variabilidad en los adultos mayores como su número lo indique.

La ampliación del campo de estudio, incluyendo factores históricos y culturales, planteó la necesidad de redefinir el concepto de desarrollo. Baltes

(1983) propone la necesidad de una concepción del desarrollo que incluya los tradicionales enfoques evolutivos centrados en el crecimiento como una etapa importante donde se suceden todas las ganancias. El desarrollo abarca la totalidad de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, ya que comprende todos y cada uno de los procesos de cambio que se dan a lo largo de la vida, en donde lo que se destaca ahora, es que en todas las etapas hay pérdidas y ganancias. Estos procesos de cambio no siguen necesariamente patrones fijos y predeterminados -progreso en la infancia y declive en la vejez-, sino que pueden diferir entre ellos al menos en las siguientes dimensiones:

1. La *multidimensionalidad* concibe que los procesos de cambio no afectan de la misma manera a todas las dimensiones del ser humano. En determinado momento evolutivo algunas pueden presentar ganancias, mientras, simultáneamente en otras pueden darse procesos de cambios negativos o pueden permanecer estables. Por otra parte se deja de considerar que existen etapas vitales de cambio, el cual sería positivo en la infancia y negativo en la vejez, mientras otras son de estabilidad, madurez. Así cambio y estabilidad son parámetros presentes a lo largo de todo el Ciclo Vital.

2. El énfasis en las *diferencias individuales* considera que el desarrollo ya no se concibe como un proceso normativo, sino que, además de reconocer las diferencias intraindividuales, también se reconocen las que son interindividuales, producto del intento de adaptarse a las condiciones

particulares de vida que afectan al individuo. Esta capacidad plástica del ser humano se mantiene en todas sus etapas vitales, incluida la vejez.

3. El desarrollo como *co-ocurrencia de pérdidas y ganancias*, lejos de entenderse sólo como ganancia, alude su conjunto -cambios hacia una optimización adaptativa de determinada dimensión- y al de pérdidas- cambios que suponen un deterioro o empeoramiento de la capacidad adaptativa en cierta dimensión- en cualquier momento del Ciclo Vital. Ningún cambio evolutivo en ninguna etapa es sólo ganancia o sólo pérdida.

4. Énfasis en una *multicausalidad* en el desarrollo, que permita tener en cuenta no únicamente factores de tipo biológico, sino también las variables de tipo ambiental, social y cultural capaces de configurar la trayectoria evolutiva de las personas.

Es así que el paradigma del curso vital (Baltes, 1983; Baltes, Linderberger & Staudinger, 1998; Schlossberg, 1981) aborda el desarrollo humano a lo largo del curso de toda la vida y nos permite considerar al envejecimiento como un proceso dinámico y complejo del desarrollo de una persona en relación con su contexto a medida que construye su curso de vida. Dentro de esta perspectiva, el envejecimiento puede definirse como un proceso progresivo, natural y lento de transformación, que afecta a los seres vivos desde el nacimiento hasta la muerte. Este enfoque resalta que el itinerario o camino personal de vida, en parte debido a circunstancias externas y en parte elegido por la persona, contribuye a determinar la vejez de cada cual (Buendía, 1994). No es sólo una teoría, sino una perspectiva u orientación

de abordaje del desarrollo humano a lo largo del curso de vida completo: desde la concepción hasta la muerte.

Krzemien (2008) propone comprender al ser humano desde un punto de vista holístico, como un ser bio-psico-social-espiritual, siendo posible reconocer la diversidad de aspectos, dominios, estilos de personalidad, capacidades, aptitudes, que muestran una sincronía y diacronía propia, una interrelación compleja y un potencial a realizar en cada momento del Ciclo Vital. El elemento clave de este enfoque es el énfasis en la interdependencia y complejidad del desarrollo dinámico de una persona en relación con concepciones unidimensionales y estáticas del desarrollo que plantean una dicotomía crecimiento-declinación, reconociendo que cualquier momento de la vida se caracteriza por pérdidas y ganancias. El reconocimiento creciente del valor del paradigma del curso vital se evidencia en una copiosa literatura científica sobre el tema, incluidas revistas y volúmenes especiales abocados al estudio de todas las fases del individuo en el curso vital, que permite considerar al envejecimiento como un proceso dinámico desde una perspectiva multidisciplinar.

Se hace necesario destacar que estos principios evolutivos propuestos por el enfoque del Ciclo Vital son genéricos y pueden aplicarse en forma de modelos más concretos a múltiples ámbitos del estudio evolutivo en general y del envejecimiento en particular (Villar & cols., 2003).

A partir de la década del 90, comienzan a aparecer interesantes teorías y estudios que parten de un enfoque de la vejez como etapa vital, como una

etapa más de la experiencia humana y que puede y debe ser considerada una fase positiva del desarrollo individual y social, dando lugar a un nuevo enfoque, el llamado envejecimiento satisfactorio o envejecimiento con éxito.

1.3 Envejecimiento satisfactorio

El proceso de envejecimiento no sigue un patrón común en todas las personas, sino que varía según la forma en que en cada individuo juegan los factores biológicos, psicológicos y sociales. De acuerdo a Fernández Ballesteros, envejecer es un largo proceso de extraordinaria variabilidad interpersonal: podría decirse que existen tantas formas de envejecer como número de habitantes, en un determinado contexto de referencia.

Envejecer satisfactoriamente no sólo es estar libre de enfermedades graves, ni siquiera disponer también de un buen funcionamiento físico y mental que permita a la persona realizar sin problemas y de manera autónoma las actividades cotidianas. Es necesario que la persona sea capaz de implicarse activamente en la vida, a partir del desarrollo de un patrón determinado de actividades, de dos tipos fundamentales (Rowe & Kahn, 1997). Uno de ellos es el mantenimiento de relaciones interpersonales satisfactorias de una actividad social, que permita a la persona mayor obtener tanto apoyo instrumental como apoyo socio-emocional. El segundo tipo es el mantenimiento de actividades productivas, entendiendo por ellas no únicamente aquellas que tienen una retribución económica, sino aquellas

que son capaces de contribuir al mantenimiento y promoción de la sociedad o al propio crecimiento personal (Caro & Sánchez Martínez, 2005).

El reconocimiento del potencial de las personas mayores a permitido instaurar el concepto de envejecimiento satisfactorio, el cual nace de la distinción entre unos patrones de envejecimiento patológico, caracterizado por la patología grave y la dependencia en algún grado, y un patrón de envejecimiento normativo en los que no hay enfermedad grave ni dependencia, aunque quizá si un aumento del riesgo a padecerla asociado a la edad. El envejecimiento satisfactorio se define utilizando criterios de tipo objetivos que implican tres elementos, una baja probabilidad de padecer enfermedades y discapacidades asociadas a ellas -presencia de salud física-; una capacidad funcional alta, tanto de un punto de vista físico como cognitivo -capacidad para realizar las actividades cotidianas necesarias para el auto-cuidado y la vida autónoma-; y una implicación activa con la vida (Rowe & Kahn, 1987).

Con el cambio de paradigma la investigación en el campo de la vejez se ha reorientado desde el estudio de las patologías del envejecimiento al interés por el envejecimiento normal, ya no se trata sólo de propiciar recursos y ambientes que favorezcan la participación e integración social, el autocuidado y la promoción de comportamientos saludables, sino más bien ahora se efectúa un nuevo giro en la investigación y práctica gerontológica al estudiar los aspectos y condiciones que intervienen en un envejecer con éxito. Fernández Ballesteros (2001) señala que en las últimas décadas se ha

incrementado la investigación sistemática de una serie de aspectos positivos del envejecimiento, como bienestar subjetivo, afrontamiento, adaptación, autoeficacia, sabiduría, satisfacción vital, resiliencia, capacidad de reserva, potencial de aprendizaje, espiritualidad, madurez psicológica y otros conceptos análogos.

Otros autores incluyen el concepto del buen envejecer a partir de criterios que tienen que ver con la valoración subjetiva y el significado que la persona mayor atribuye al estado en que se encuentra. En este sentido, este bienestar se asocia a una experiencia subjetiva de felicidad o satisfacción, de ausencias de problemas y de presencia de sensaciones positivas.

Si el concepto de envejecimiento satisfactorio subraya la idea de que la actividad, la productividad, el mantenimiento de niveles óptimos de bienestar o incluso la adquisición de nuevas ganancias son posibles en la vejez, el concepto de *vejez avanzada* o cuarta edad subraya, en contraste, la idea de que hay un límite en el optimismo y de que en ciertas edades la pérdida se convierte en inevitable y dominante. La vejez avanzada no es simplemente la continuación de la vejez, unos años extra de lo que podemos disfrutar gracias a los avances médicos, sino un período con características diferentes mucho menos benévolas.

Con base en los postulados de la teoría del Ciclo Vital, se enuncia la idea de que la vejez puede observarse como un momento en la vida donde existe la libertad de elegir entre una amplia gama de posibilidades que pueden alcanzarse a través de una búsqueda que combine componentes sociales,

psicológicos y espirituales, cuya meta sería la conquista del sentido existencial y la comprensión de la vida vivida. En este sentido, Peterson (1978) sostiene que la vejez puede ser considerada un símbolo de cierre, un intento de determinar el significado de las experiencias e integrar la comprensión adquirida a través de la vida. Según esta perspectiva, las personas mayores complementan una búsqueda externa a través de actividades sociales con una búsqueda interna, en la que a través de un repliegue sobre sí mismos, intentan elaborar una visión y una re-síntesis de su identidad personal (Yuni & Urbano, 2005). Es un momento de la vida en donde se presenta en la mayoría de las personas mayor reflexión, un balance interior, y sobre todo la estructuración y reestructuración de la experiencia, tratando de conceptualizar la complejidad de sucesos que se dan en la vida y que inciden y configuran nuestra identidad.

Por su parte, Moragas (1999) referido por Dulcey Ruiz & Uribe Valdivieso (2002), señala que el envejecimiento de la población con independencia, autonomía y alta calidad de vida, puede ser una de las innovaciones del tercer milenio. Birren (2000) agrega que el envejecimiento surge como uno de los temas más complejos que enfrenta la ciencia en el siglo XXI. Y esto ya es una realidad, dado que en la vida cotidiana es posible observar la presencia de los adultos mayores en todas las propuestas que la sociedad les ofrece: en las actividades educativas, en los deportes, en las nuevas formas de comunicación, hasta en el uso de las nuevas tecnología, propuestas que los convoca a seguir activos (Zarebski, 2008).

1.4 Dependencia Funcional

Desde una perspectiva general, se considera que con los años sobrevienen algunas dificultades que pueden impedir la realización de las actividades de manera autónoma. Es por ello que en el campo de la vejez, es fundamental tener en cuenta el concepto de dependencia funcional. La idea de función debemos conceptualizarla como la capacidad que poseen los seres humanos para llevar a cabo de manera autónoma, actividades de un mayor o menor nivel de complejidad. Para esto se requiere de capacidades físicas, cognitivas, emocionales que se deben expresar en un entorno dado y con recursos sociales que permitan su manifestación.

Entendemos por dependencia o independencia funcional, la posibilidad que tiene una persona o no de realizar una actividad por si misma sin ayuda de otro. Se la define a la dependencia funcional como la realización de actividades básicas de la vida diaria, como caminar dentro del hogar, comer, bañarse, acostarse, utilizar el sanitario y levantarse de la cama, con supervisión, dirección o asistencia activa de otra persona, la cual se presenta cuando el proceso de envejecimiento del organismo debilita las funciones físicas, cognoscitivas y sensoriales de los individuos. Mientras que la independencia se refiere a la posibilidad de realizar dichas actividades de manera autónoma. De acuerdo con el Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas (CIEE) del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la dependencia funcional puede ser causada por la presencia de alguna

enfermedad o proceso degenerativo que, de ser lo suficientemente grave o duradero, afecta a una o varias partes del organismo, provocando la alteración del funcionamiento normal y, con ello, la incapacidad para realizar actividades de la vida diaria (Manrique Espinoza, Salinas Rodríguez, Moreno Tamayo & Téllez Rojo 2011).

Aunque con el paso de los años existe mayor posibilidad de sufrir pérdidas de la capacidad funcional, la edad no tiene necesariamente una relación causal con la dependencia funcional, ya que el estado de salud de los adultos mayores constituye el reflejo de todo un período de vida en el que se acumulan los efectos de diversos procesos que comprenden no sólo los hábitos y estilos de vida de las personas, sino las conductas de salud en general, por lo que es frecuente observar a personas que envejecen sin presentar alguna enfermedad o discapacidad, y otras que lo hacen con uno o más padecimientos (Manrique Espinoza & cols., 2011).

En contraposición, la funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y poder vivir independientemente. Cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne (MIN- SAL, 2003). Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985). Fillenbaum (1984) sugiere una evaluación de salud de los adultos mayores en términos de estatus funcional, con el concepto de

salud asociado al mantenimiento de la independencia funcional. El estado funcional es el resultado de la interacción de elementos biológicos, psicológicos y sociales, y constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo durante el envejecimiento.

Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica; mientras que una persona dependiente es aquella que necesita ayuda de otra, incluyendo la mera supervisión de la actividad (Cruz, 2006). Si una persona no quiere realizar una actividad o no la realiza se considera dependiente aunque pudiera hacerla en teoría. Se basa en el estado actual de la persona y no en la capacidad de realizarlas. Las consecuencias de la dependencia funcional pueden ocurrir tanto en el plano individual, como en el del hogar y el colectivo. A nivel individual ocasiona disminución de la autoestima y del bienestar auto-percibido y puede generar maltrato, abandono y marginación. En cuanto a las implicaciones dentro del hogar, es posible observar cambios relevantes en las rutinas y relaciones entre los miembros, e incluso en la estructura y composición familiar, siendo necesario a veces contar con un cuidador.

Los cambios naturales y problemas de salud que experimenta el adulto mayor se traducen en la declinación de sus capacidades funcionales, las que alcanzan su mayor expresión en el adulto joven, y en la etapa de envejecimiento disminuyen notoriamente (Forciea & Lavizzo Mourey 1996). Si se desea aumentar los niveles de funcionalidad en el adulto mayor, se debe detectar en forma anticipada aquellas situaciones presentes que

coloquen en riesgo la mantención de ella, con la ayuda de instrumentos creados específicamente para este fin (Pedraza, 1992).

Estudios longitudinales comprueban que la supervivencia tiene mayor relación con la salud subjetiva que con la objetiva, y que la atención de salud positiva es uno de los pocos factores asociados con el envejecimiento satisfactorio (Soberanes Fernández & cols., 2009). La autopercepción de salud es un parámetro válido para la medición del estado de salud. En el adulto mayor ha demostrado, a nivel poblacional, ser un buen indicador de la demanda de servicios sanitarios. Además, la misma se relaciona con la mortalidad, independientemente del nivel objetivo de salud (Kaplan, 1988). La calidad de vida es un objetivo en la salud que cada vez adquiere mayor importancia, y ha comenzado a utilizarse como medida de resultados en salud, especialmente en situaciones donde las actuaciones ya no pueden dirigirse a prolongar la duración de la vida, como ocurre con las personas muy ancianas y los enfermos terminales.

A finales de los años 60 y principios de los 70, aparece el concepto de actividades de la vida diaria (AVD) como un mecanismo para el análisis de trastornos que no son atribuibles a una patología específica pero que hace que aumente el riesgo de dependencia, siendo fundamental su análisis y más concretamente la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria –ABVD-. Estas actividades de la vida diaria se pueden definir como actividades primarias de las personas encaminadas al auto-cuidado y movilidad que dotan de autonomía e independencia elementales y le

permiten vivir sin precisar ayuda de otros (FEAES, 2010). De esta manera, la dependencia se identifica en relación al grado de autonomía que presenta la persona para atender sus necesidades cotidianas -asearse, comer, utilizar el teléfono-.

En el intento de encontrar términos con los cuales identificar la disminución de la capacidad funcional inherente a los adultos mayores y por tanto el aumento de su dependencia del medio, surgen los conceptos de *fragilidad* y *anciano frágil*. La detección precoz de la fragilidad y el empleo oportuno de técnicas diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras pueden modificar positivamente la expresión esperada de la discapacidad en el anciano, por lo que intervenir en este sentido tiene implicaciones tanto en el plano social como en la calidad de vida de los adultos mayores. La condición de fragilidad coloca al adulto mayor en una situación de riesgo de desarrollar, empeorar o perpetuar efectos adversos para su salud, debido a la disminución de su reserva fisiológica; se relaciona con mayor riesgo de evolucionar hacia la discapacidad y la dependencia, y en última instancia, hacia la muerte. El concepto se refiere a una condición dinámica, dado que lo más probable es que cualquier adulto mayor no permanezca igual de frágil o de vigoroso por largos periodos de tiempo, y por otra parte, no todos los adultos mayores son frágiles en la misma medida (Alonso Galban, 2007).

Entre las definiciones de fragilidad encontradas se encuentra la de Buchner & Wagner (1992) que la considera como el estado en que la reserva fisiológica está disminuida, llevando asociado un riesgo de

incapacidad, una pérdida de la resistencia y un aumento de la vulnerabilidad. Por su parte Brocklehurst (1985) defiende la idea de que se trata de un equilibrio precario, entre diferentes componentes, biomédicos y psicosociales, que condicionarán el riesgo de institucionalización o muerte.

Gázquez Linares, Rubio Herrera, Pérez Fuentes & Lucas Ación (2008) han analizado la relación existente entre diversos factores -percepción de la salud, percepción de las limitaciones a causa de enfermedades- y el nivel de dependencia mostrado por los adultos mayores en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Llegaron a la conclusión de que existe una correlación positiva respecto de la percepción de la salud y la percepción de las limitaciones, tanto para las actividades básicas como instrumentales, de manera que a medida que aumenta la percepción negativa de la salud y la percepción de las limitaciones -percepción de incapacidad- se produce un incremento en el nivel de dependencia respecto a las actividades básicas e instrumentales.

Por otra parte estudios sobre dependencia funcional en adultos mayores (Gázquez Linares & cols.; 2011) demuestran que el nivel de dependencia es mayor entre las mujeres para casi todas las actividades básicas de la vida diaria. Sin embargo, entre las actividades de mayor dependencia para los hombres se encuentra la tarea de bañarse o ducharse. Se observa también una correlación positiva entre el aumento de la edad y el aumento de la dependencia, salvo en la actividad básica relacionada con comer.

1.5 Psicología Positiva

El término Psicología Positiva fue utilizado por primera vez por Maslow (1954) quien propone que la psicología estudie el comportamiento y la mente humana a partir de sus capacidades y no solamente de sus falencias.

Tiempo después, la Psicología Positiva como corriente comienza con el discurso inaugural de Martin Seligman como presidente de la American Psychological Association (APA). En dicho discurso, Seligman declara que su mandato tendrá como misión enfatizar el interés hacia una Psicología *más positiva*, vale decir, retomar los objetivos olvidados de esta ciencia, tradicionalmente centrada sólo en curar la enfermedad: fortalecer y hacer más productiva la vida de las personas y promover la actualización del potencial humano. Tiene como objetivo ampliar el foco desde la preocupación casi exclusiva o reparar el daño, hacia un énfasis en el fortalecimiento de las cualidades positivas o de desarrollo de las potencialidades humanas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

La Psicología Positiva es el estudio científico del funcionamiento psíquico óptimo. Desde una perspectiva integradora, considera que el individuo es un agente activo que construye su propia realidad. Su objetivo es ampliar el campo de la psicología clínica, mas allá del sufrimiento y del consecuente alivio (Seligman, Duckworth & Steen, 2005); pero para ello es necesario comprender el funcionamiento óptimo en todos los niveles: experiencial, personal, relacional, institucional, social y global.

Desde un nivel metapsicológico, intenta corregir el desbalance histórico en la investigación y la práctica psicológica llamando la atención sobre los aspectos positivos del funcionamiento y la experiencia humana. En un nivel pragmático, se trata de entender las condiciones, los procesos y los mecanismos que llevan a aquellos estados subjetivos, sociales y culturales que caracterizan una buena vida. Destaca la importancia de las diferencias individuales y el papel activo de las personas en interacción con su entorno. Seligman (2005) menciona como antecedentes los aportes del psicoanálisis, el conductismo, el cognitivismo, la psicología humanística y la existencialista para el actual entendimiento de los aspectos positivos de la conducta humana.

De esta manera, la Psicología Positiva plantea el estudio científico de las experiencias y los rasgos individuales positivos, intentando comprender los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano, fundamentalmente sus fortalezas (Vera Poseck, 2006). A esta corriente se la concibe como un campo concerniente al bienestar o funcionamiento óptimo, ampliando el foco de la Psicología Clínica más allá del sufrimiento y su consecuente alivio (Seligman & cols., 2005). Según Seligman, la Psicología Positiva tiene como objetivo mejorar la calidad de vida, y se centra para ello en la construcción de competencias y en la prevención.

Fredrickson (2000) reivindica la importancia de las emociones positivas como medio para solventar muchos de los problemas que generan las

emociones negativas y cómo a través de ellas el ser humano puede conseguir sobreponerse a los momentos difíciles y salir fortalecido de ellos. En esta línea, las emociones positivas constituyen recursos que modulan los distintos acontecimientos vitales propios de los adultos mayores.

La psicología no es sólo el estudio de la debilidad y el daño, es también el estudio de la fortaleza y la virtud. El tratamiento no es sólo arreglar lo que está roto, es también alimentar lo mejor de nosotros (Seligman, 1998).

Los psicólogos identificados con el enfoque de la Psicología Positiva, se interesan en comprender y analizar cómo y por qué, aún frente a situaciones de máximo estrés, los sujetos pueden desarrollar fortalezas, emociones positivas y proyectos de vida, preguntándose qué factores, circunstancias y procesos intervienen para que la persona, a pesar de haber sufrido pérdidas, enfrentado conflictos o padecido enfermedades graves, considere que la vida merece ser vivida (Casullo, 2000).

La Psicología Positiva genera intervenciones dirigidas al desarrollo de dichas fortalezas (Cuadra & Florenzano, 2003). Por lo tanto, se apunta a mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales y patologías. Insiste en la construcción de competencias y en la prevención, ampliando el foco tradicional de las investigaciones. Este nuevo enfoque generó un impacto importante en el campo de la vejez, ya que reorientó el estudio del envejecimiento, no sólo hacia los aspectos vinculados al declive y deterioro, sino que planteó la necesidad de profundizar el conocimiento de los distintos factores que influyen en su desarrollo positivo, ya que no se

trata sólo de vivir más años sino también de que sean vividos de manera plena.

Las investigaciones que han abordado la exploración de aspectos positivos en la vejez han efectuado aportes de importancia para el logro de una mejor comprensión de esta etapa vital. Los hallazgos recientes al mismo tiempo que han cuestionado variados supuestos negativos acerca de la vejez también han demostrado la presencia de elevados niveles de bienestar, satisfacción vital, fortalezas, felicidad y sabiduría, entre otros aspectos positivos. Considerando que en dicha etapa vital es posible encontrar múltiples recursos que permiten afrontar las pérdidas y contribuir a un mejor envejecer (Arias & Soliveréz, 2009).

La experiencia adquirida a lo largo de la vida facilita que las personas mayores conozcan cómo ir seleccionando y optimizando estrategias que compensen posibles déficits o elevadas demandas ambientales. Esto es una actitud que tradicionalmente ha sido llamada *sabiduría*. Con la edad, se aprende a afrontar los acontecimientos adversos de una manera más exitosa que cuando se es joven y a plantearse metas más fáciles de lograr, de modo que se aprende a ser feliz con las pequeñas cosas y a compensar de alguna manera los acontecimientos negativos a los que las personas mayores están, por regla general, más expuestas (Lobato, 2012).

1.5.1 Capital Psíquico

El constructo Capital Psíquico ha sido conceptualizado y operacionalizado recientemente en el marco de la Psicología Positiva.

Martina Casullo (2005) elabora el constructo y lo define como *el conjunto de factores y procesos que permiten aprender a protegerse y sobrevivir, a generar fortalezas personales*. Es el conjunto de capacidades, habilidades y recursos de los que disponemos para protegernos y enfrentar situaciones - tanto cotidianas como no cotidianas- en nuestras vidas. Sus dimensiones incluyen una amplia variedad de capacidades cognitivas, emocionales, vinculares, cívicas y valores.

Desde una génesis psicosocial, se considera que estas categorías estructuran y conforman el Capital Psíquico personal, en términos de capacidades, habilidades, actitudes y valores.

A partir del desarrollo del constructo de Capital Psíquico, la autora elaboró un instrumento estandarizado denominado Cuestionario de Capital Psíquico que explora variadas virtudes y fortalezas incluidas en cinco dimensiones: emocionales, cognitivas, vinculares, cívicas y sistema de valores.

A continuación se describe cada una de las categorías que conforman el Capital Psíquico:

1. *Capacidades cognitivas para adquirir y usar formas de conocimiento:*

Compuesta por cuatro atributos, creatividad, curiosidad, motivación para aprender y sabiduría.

La creatividad es la capacidad para generar comportamientos novedosos, sorprendidos, poco comunes, que a su vez faciliten la adaptación al contexto y el momento histórico que se vive. Supone habilidad para resolver problemas de manera original, poseer el denominado por Guilford (1967) pensamiento divergente. La creatividad es la resultante de un proceso integrado por tres componentes: a) el sujeto innovador, motivado para hacer algo diferente; b) un dominio específico relacionado con el mundo de los hechos concretos; c) la presencia de actores sociales que estimulan y orientan.

La curiosidad supone interés por las novedades, por lo que es diferente, apertura hacia experiencias poco comunes. Una persona curiosa se interroga sobre nuevas formas de análisis, conjetura acerca de lo establecido como incuestionable y verdadero.

La motivación para aprender implica una actitud positiva hacia el conocimiento de las causas de diferentes tipos de sucesos o fenómenos, poder experimentar sentimientos positivos y gratificantes en el proceso de adquisición de nuevos aprendizajes. Se caracteriza como una predisposición a conectarse con contenidos específicos. El concepto intenta describir las diversas formas en las que las personas obtienen nuevas informaciones, habilidades y destrezas. Su desarrollo y consolidación supone enfrentar

desafíos, lograr apoyo social y afectivo para hacerlo y contar con oportunidades pedagógicas adecuadas en distintos campos disciplinarios.

La sabiduría esta integrada por un conjunto de estrategias referidas a encontrar el sentido de la vida y lograr conocimientos acerca de las denominadas pragmáticas fundamentales: planificar, dirigir, comprender.

2. Capacidades emocionales para desarrollar proyectos, superando obstáculos: Compuesta por honestidad, autoestima, persistencia y resiliencia.

La honestidad o integridad es un rasgo o característica de la personalidad para poder expresar -tanto en la vida pública como en la privada- aquello que se siente y se piensa. Supone valorar más la identidad que la popularidad, rechazar las mentiras y falsedades, poder actuar en función de las ideas y creencias personales.

La autoestima es un estado emocional respecto al si mismo -self- que remite al proceso de autoevaluación de virtudes y defectos personales; es la dimensión valorativa del autoconcepto.

La persistencia implica la continuidad voluntaria de una acción al logro de determinadas metas, superando las dificultades, obstáculos o sentimientos de desaliento que surjan.

La resiliencia es la capacidad para sobrevivir y superar dificultades a pesar de experimentar condiciones de pobreza, violencia, enfermedad o catástrofe, intentado lograr una adaptación positiva (Infante, 2001).

3. *Habilidades cívicas para lograr mejor participación ciudadana:* Compuesta por liderazgo, lealtad, compromiso y prudencia.

El liderazgo supone una cualidad personal que remite a una constelación integrada de atributos cognitivos y psicosociales para orientar e influir en los comportamientos de otras personas (Peterson & Seligman, 2004). Es un proceso eminentemente social que remite a la capacidad individual para buscar, alcanzar y mantener funciones de orientación y conducción de personas y grupos.

La lealtad es tanto un sentimiento de identificación con una causa común a un nosotros como el proceso cognitivo de poder pensar en la obligación de defenderla y sostenerla. Supone que el sujeto decide participar o integrarse a un grupo o asociación porque defiende o sostiene ideales que él valora y considera que son metas deseables de ser logradas.

Se entiende por compromiso a la capacidad para realizar una tarea o ejercer un rol de manera sostenida a lo largo del tiempo.

La prudencia implica orientación cognitiva hacia el futuro personal, formas de razonamientos prácticos y autogestivos que ayudan al logro de metas en el mediano y largo plazo. Requiere un alto grado de conciencia de responsabilidad sobre las consecuencias de las propias acciones (Haslam & Baron, 1994).

4. *Capacidad para establecer vínculos interpersonales:* Compuesta por Inteligencia emocional, amor, sentido del humor, empatía y altruismo.

Se entiende por inteligencia emocional a la capacidad para percibir, evaluar, expresar, comprender y autorregular nuestras emociones de forma adaptativa a fin de que faciliten los procesos cognitivos y el crecimiento personal (Salovey & Mayer, 1990).

El amor es una emoción compleja, que se sostiene fundamentalmente sobre las necesidades de pertenencia y apego, permite el acercamiento y el vínculo con determinadas personas, objetos y sucesos así como poder disfrutar de la intimidad y los contactos físicos y psíquicos.

El constructo sentido del humor es multifacético, puede referirse tanto a las características de un estímulo como el proceso mental que hace posible la risa, el ser capaz de hacer y admitir bromas.

Empatía es una respuesta afectiva frente a las necesidades de otra persona, supone comprensión y aprehensión del estado afectivo ajeno. El altruismo alude a la motivación específica para ayudar y beneficiar a los demás (Eisenberg & Fabes, 1990).

5. Sistema de valores como metas que orientan los comportamientos: Compuesta por sentido de justicia, capacidad para perdonar, gratitud y espiritualidad.

El sentido de la justicia nos remite a la habilidad para respetar y hacer respetar las leyes y formular juicios morales. Supone capacidad empática, identificación con modelos morales, el compromiso con determinados principios y valores y las creencias personales sobre un mundo justo. Los valores son guías internalizadas que orientan las acciones.

La capacidad de perdonar requiere un proceso de cambio en las motivaciones interpersonales; dicho cambio reduce los comportamientos evitativos, la búsqueda de revancha y aumenta las actitudes de benevolencia, sin que ello implique dejar de pedir justicia por un daño o injuria concretado o suponga necesariamente una reconciliación. Perdonar implica un cambio interno y al mismo tiempo social, hacia una figura o situación percibida como trasgresora, en el contexto de un vínculo interpersonal.

Se entiende por gratitud al sentimiento relacionado con ser capaces de admitir que se ha recibido una ayuda, un estímulo, un reconocimiento. Es un afecto moral en la medida en que la persona puede darse cuenta de que ha sido objeto de un comportamiento prosocial por parte de otro u otros (Emmons, 2003). Supone que el individuo pueda aceptarse como miembro o integrante de un grupo y de una comunidad, los que le brindan los recursos para su subsistencia y hacia los que debe tener cierto reconocimiento.

Finalmente la espiritualidad hace referencia a un conjunto de sentimientos y acciones que surgen en relación con concepciones sobre lo sagrado, no necesariamente dentro de una comunidad religiosa o culto. Supone la necesidad de búsqueda de lo trascendente (Hill & cols., 2000).

En cuanto a los antecedentes de investigación, respecto a este constructo, los hallazgos alcanzados se centran específicamente en la población adolescente y adulta joven (Posada, Castañeiras & Arias, 2008a, 2008b, 2008c; Casullo y cols., 2002). En lo que se refiere a adultos mayores,

los estudios se han focalizado en algunas dimensiones como la sabiduría, la espiritualidad (Rivera Ledesma & Montero López, 2007; Yoffe, 2008; Frazier, Mintz & Mobley, 2005), la capacidad de desarrollar proyectos nuevos (Lawton, Moss, Winter & Hoffman, 2002), el sentido del humor (Ryff, 1989), entre otras.

Arias (2009) menciona que la exploración del Capital Psíquico de manera más global se encuentra en una etapa incipiente. Una investigación exploró comparativamente las puntuaciones de cada dimensión del CAPPPI en cinco grupos de edad. En sus resultados se observaron que las puntuaciones promedio aumentaban al incrementarse la edad (Arias, Castañeiras & Posada, 2009; Posada, Castañeiras & Arias, 2008). Otros hallazgos muestran que los adultos mayores obtenían valores significativamente superiores a los logrados por los adultos jóvenes en indicadores referidos a la motivación para aprender cosas nuevas, la sabiduría, la honestidad, la autoestima, la persistencia, la autoestima, la inteligencia emocional, el amor, el sentido del humor, la empatía y el altruismo, el sentido de justicia, la capacidad para perdonar, la gratitud y la espiritualidad (Arias, Posada & Castañeiras, 2009). En un trabajo de investigación más reciente se estudió el Capital Psíquico en adultos mayores de dos grupos de edad: 60 a 74 años y 75 a 91 años a fin de identificar si había variaciones en el grupo de los más viejos y en qué dirección se producían. En este caso no sólo se observó que el Capital Psíquico mantenía los niveles elevados aún en los adultos mayores de más edad, sino que los aspectos que se modificaban mostraban

ganancias en el grupo de 75 a 91 años en comparación con los adultos mayores más jóvenes (Arias & Soliveréz, 2009).

Otro estudio comparativo que analizó los puntajes del Capital Psíquico de adultos jóvenes con adultos mayores residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, muestra que los adultos mayores obtienen valores similares a los adultos jóvenes en la mayoría de los ítems de las distintas dimensiones, a excepción de la correspondiente al sistema de valores, donde los adultos mayores obtienen un puntaje superior (Petrongolo, Rodríguez, Mansinho, Pedeuboy, Pochintesta, Rojkind, & Jaskilevich, 2009).

Diversos estudios llegaron a la conclusión que el género no determina diferencias significativas en el Capital Psíquico de las personas, sin embargo se encontraron diferencias significativas por grupos de edad. A partir de los puntajes de la escala CAPPSE en 614 personas de entre 20 y 75 años de edad, comparando las puntuaciones de grupos por edad, sexo y nivel educativo, se evidenció un incremento del Capital Psíquico desde la juventud hasta la adultez (Kasanzew, López, Andrés, Brasca, Legé, & Casablanca, 2010).

Los hallazgos de estos trabajos muestran que las virtudes y fortalezas se profundizan en la vejez y que el desarrollo personal continúa hasta las edades más avanzadas. Sin embargo, se presentaron una serie de interrogantes vinculados a la situación de dependencia. Dado que el paso del tiempo aumenta la probabilidad de enfermedades o discapacidades y con ello disminuye la autonomía funcional, el interrogante que genera es

conocer si esta situación incrementa o disminuye las fortalezas. Profundizar sobre el Capital Psíquico permitirá realizar aportes significativos en la evaluación de los recursos efectivos y potenciales de los adultos mayores. Creemos que este estudio permitirá abrir nuevos caminos a futuras investigaciones como también al diseño de intervenciones que optimicen la calidad de vida de los mayores.

Capitulo 2. Metodología

2.1 Diseño de Investigación

En este estudio se utilizó un diseño no experimental, de tipo transversal descriptivo.

2.2 Población

La población bajo estudio estuvo constituida por adultos mayores de ambos sexos, de más de 60 años de edad, residentes en la ciudad de Mar del Plata.

2.3 Características de la muestra

Se seleccionó una muestra no probabilística, de tipo intencional, compuesta por 160 adultos mayores -80 con dependencia y 80 sin dependencia funcional- (Ver tabla 1). Cada uno de estos dos grupos estuvo equiparado por género, siendo el promedio de edad 75 años, con un desvío estándar de 9,62 (Ver anexo 1; tabla 2).

Tabla 1: Composición de la muestra.

	Femenino	Masculino	Total
Con Dependencia Funcional	40	40	80
Sin Dependencia Funcional	40	40	80
Total	80	80	160

Los criterios de inclusión considerados fueron: mujeres y hombres de más de 60 años de edad, con o sin dependencia funcional, institucionalizados o no. En tanto que los criterios de exclusión fueron: personas con trastornos cognitivos y psicopatológicos, para evitar el efecto de variables espurias.

Respecto al estado civil, el 44,4% de los participantes son casados, 37,5% son viudos, 9,4% divorciados y el 8,8% son solteros (Ver anexo 1; tabla 3).

En relación al entorno con que habita, 6,9% de los participantes vive solo, el 27,5% vive en pareja, 23,1% vive con su familia, mientras que el 42,5% de la muestra vive en una institución (Ver anexo 1; tabla 4).

En cuanto al tiempo de residencia en la ciudad de Mar del Plata, el 49,4% de los participantes son nacidos en la ciudad, 20,6% participantes hace más de 50 años que residen en Mar del Plata, 19,4% de los participantes tienen un tiempo de residencia que ronda entre los 20 y 49 años, mientras que 10,6% llevan en la ciudad menos de 19 años (Anexo 1; tabla 5).

En lo que concierne a la ocupación anterior de los participantes, 43,1% fueron empleados, 18,8% de las personas son amas de casa, 14,4% son profesionales, 12,5% de las personas se dedicaron al comercio, 9,4% participantes se dedicaron a otras actividades y 1,9% nunca trabajaron (Anexo 1; tabla 6).

Con respecto a la ocupación actual, el 73,1% de la muestra no trabajan, 7,5% son empleados, 7,5% amas de casa, 4,4% profesionales, 5% realizan otras actividades y 2,5% son comerciantes (Anexo 1; tabla 7).

En relación al nivel educativo, el 40,6% de los participantes completaron la primaria, 25,6% participantes completaron la secundaria, 14,4% completaron un estudio terciario, 9,4% participantes poseen el primario incompleto, 6,9% completaron una carrera universitaria y 3,1% poseen la secundaria incompleta (Anexo 1; tabla 8).

De acuerdo a la cantidad de hijos, el 46,3% de los participantes manifiestan tener 2 hijos, 18,8% tienen 3 hijos, el 13,8% tienen sólo 1 hijo, 10% de los participantes tienen 4 o más hijos mientras que el 11,3% declaró no tener hijos (Anexo 1; tablas 9 y 10).

Por último, con respecto a la cantidad de nietos de los participantes, el 35,6% tiene 4 o más nietos, el 20% no tienen nietos, el 16,3% tiene 3 nietos, el 14,4% tiene 2 nietos, mientras que el 13,8% de los participantes tienen sólo 1 nieto (Anexo 1; tablas 11 y 12).

2.4 Técnicas de recolección de datos

En el trabajo de campo se implementaron los siguientes instrumentos:

- 1) Cuestionario confeccionado para indagar datos sociodemográficos. Compuesto por 12 ítems los cuales permitieron realizar la división de la muestra de acuerdo al sexo (Ver anexo 1).

2) Índice de Katz (Katz, S. & cols., 1963). Es un índice de la evaluación de las competencias funcionales y la autoevaluación de la salud. Valora seis funciones básicas (baño, vestido, uso de W.C, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación) en términos de dependencia o independencia, agrupándolas posteriormente en un sólo índice resumen. Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza sólo ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad. La aplicación de este cuestionario se utilizó para seleccionar el grupo de adultos mayores dependientes.

3) CAPPPI. Escala de Capital Psíquico (Casullo, 2006). Se compone de 40 ítems que evalúan factores y procesos a través de cinco categorías: a) capacidades cognitivas para adquirir y usar formas de conocimiento; b) capacidades emocionales para desarrollar proyectos superando obstáculos; c) habilidades cívicas para lograr mejor participación ciudadana; d) capacidades para establecer vínculos interpersonales y e) sistemas de valores como metas que orientan los comportamientos. Se trata de una escala, que posee 40 ítems en forma de afirmaciones a las que el sujeto debe responder de acuerdo a tres opciones de respuesta: casi nunca, a veces, o casi siempre.

2.5 Procedimiento

La administración de los instrumentos ha sido realizada de manera individual por parte de las tesoreras en sesiones de 20 minutos aproximadamente, bajo condiciones estandarizadas, donde los participantes brindaban la información y los cuestionarios eran completados por las administradoras. En todos los casos se aseguró el consentimiento informado y la confidencialidad de los datos personales de los participantes.

2.6 Método de análisis de datos

Se realizó un análisis cuantitativo, a través de técnicas de estadística descriptiva e inferencial apropiadas, utilizando el paquete estadístico SPSS.

Posteriormente, se aplicó la prueba t para explorar la existencia de diferencias significativas en las puntuaciones del CAPSSI -correspondientes a la escala total y a las dimensiones- según grupo de adultos mayores.

Capítulo 3. Resultados

Se presentan los resultados de esta investigación, con respecto a los objetivos planteados.

Objetivo General: Comparar las puntuaciones del Capital Psíquico en dos grupos de adultos mayores de más de 60 años, residentes de la ciudad de Mar del Plata, encontrándose uno de ellos bajo dependencia funcional.

Con respecto a dicho objetivo general, el análisis de los datos permitió observar que existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, siendo mayores las puntuaciones que corresponden al grupo de los independientes funcionales. La puntuación media del Capital Psíquico global para el grupo de los dependientes funcionales fue de 165,8, con un desvío estándar de 21,1. Mientras que, para el grupo de los independientes, la puntuación media fue de 175,3, con un desvío estándar de 16,1 (Ver tabla 13).

Tabla 13: Prueba de diferencias de medias para grupos dependiente e independiente.

Dependencia Funcional	CAPPSI Total	
	<u>M</u>	<u>SD</u>
Dependientes	165.85	21.18
Independientes	175.35	16.12
Prueba <i>t</i>	3.16**	

*p<0.05 ** p<0.01

Objetivos Particulares:

Comparar los puntajes de las dimensiones del Capital Psíquico teniendo en cuenta los adultos mayores que estén bajo dependencia funcional y los que no.

En relación a este objetivo, podemos observar que todas las puntuaciones de las dimensiones son superiores para el grupo de adultos mayores independientes, a excepción de la dimensión Sistema de valores, en donde el grupo de los dependientes recibe puntuaciones más elevadas (Ver tabla 14).

Tabla 14: Prueba de diferencias de medias para grupos dependiente e independiente según dimensiones del Capital Psíquico.

Dependencia Funcional	Capacidades cognitivas		Capacidades emocionales		Habilidades cívicas		Vínculos interpersonales		Sistema de valores	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Dependiente	30.15	7.14	33.62	5.63	31.42	5.27	34.10	5.09	36.55	3.58
Independiente	33.27	5.88	35.62	4.17	34.35	4.31	36.22	3.68	36.17	3.97
Prueba <i>t</i>	3.01**		2.53*		3.83**		3.02**		-.62	

*p<0.05 ** p<0.01

Como se observa en la Tabla 14, las dimensiones Capacidades Cognitivas, Capacidades Emocionales, Habilidades Cívicas y Vínculos Interpersonales presentan puntuaciones superiores, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. La única dimensión que fue menor en sus valores para este grupo fue la de Sistema de valores.

Con respecto al segundo objetivo particular: comparar los puntajes globales y dimensionales del Capital Psíquico según género al interior de cada grupo, las puntuaciones señalan que por un lado, para el grupo de los mayores con dependencia funcional tanto las puntuaciones de las dimensiones como del CAPPSI total son mayores para la población masculina, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Dentro de este grupo, para la población masculina, la puntuación media del Capital Psíquico global fue de 172,5, con un desvío estándar de 17,1, mientras que para la población femenina, la media fue de 159,2, con un desvío estándar de 22,8.

Los hombres obtuvieron puntajes superiores a los de las mujeres en las dimensiones *Capacidades Cognitivas*, *Capacidades Emocionales*, y *Vínculos Interpersonales*, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Las otras dimensiones *Habilidades cívicas* y *Sistemas de valores*, no presentaron diferencias estadísticamente significativas, aunque sus puntuaciones también fueron más elevadas para los hombres.

Para ambos géneros, las puntuaciones más elevadas correspondieron a la dimensión *Sistemas de valores*, seguida de las dimensiones *Capacidades emocionales* y *Vínculos interpersonales*. Por otra parte, los puntajes más bajos correspondieron a *Habilidades cívicas* y *Capacidades cognitivas*.

Tabla 15: Prueba de diferencias de medias para el grupo de los dependientes según género.

Género	Capacidades cognitivas		Capacidades Emocionales		Habilidades cívicas		Vínculos interpersonales		Sistema de valores		CAPPSI Total	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Hombres	31.85	6.61	35.95	3.18	32.25	4.15	35.50	4.31	36.95	3.67	172.50	17.18
Mujeres	28.45	7.33	31.30	6.57	30.60	6.14	32.70	5.46	36.15	3.49	159.20	22.86
Prueba t	-2.17*		-4.02**		-1.40		-2.54*		-0.99		-2.94**	

*p<0.05 ** p<0.01

A diferencia del grupo anterior, en los adultos mayores independientes, la puntuación media del Capital Psíquico global es superior para las mujeres, sin embargo, estas diferencias no alcanzan a ser estadísticamente significativas. En el grupo de los mayores independientes, para la población masculina, la puntuación media del Capital Psíquico global fue de 174,6, con un desvío estándar de 18,7, mientras que para la población femenina, la media fue de 176,1, con un desvío estándar de 13,0 (Ver tabla 16).

Con respecto a las dimensiones, todas las dimensiones son más elevadas para las mujeres exceptuando la dimensión correspondiente a *capacidades cognitivas* que señala puntajes superiores a favor de los hombres.

Género	Capacidades cognitivas		Capacidades emocionales		Habilidades cívicas		Vínculos interpersonales		Sistema de valores		CAPPSI Total	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Hombres	33.45	5.52	35.05	5.04	34.25	4.71	36.45	4.06	35.40	4.62	174.60	18.72
Mujeres	33.10	6.29	36.20	3.00	34.45	3.93	36.00	3.29	36.95	3.07	176.15	13.04
Prueba t	-.26		1.23		.20		-.54		1.76		.42	

Tabla 16: Prueba de diferencias de medias para el grupo de los independientes según género.

*p<0.05 ** p<0.01

Para ambos géneros del grupo de mayores independientes, las puntuaciones más elevadas correspondieron a la dimensión *Vínculos interpersonales*, seguida de las dimensiones *Sistemas de valores* y *Capacidades emocionales*. Por otra parte, los puntajes más bajos

correspondieron a *Habilidades cívicas* y *Capacidades cognitivas*, de la misma manera que el grupo de mayores dependientes.

Capítulo 4. Discusión

Esta investigación tenía como propósito evaluar el Capital Psíquico en dos grupos de adultos mayores, dependientes funcionales y auto-válidos, de la ciudad de Mar del Plata.

De acuerdo a la teoría del Ciclo Vital, teniendo en cuenta la reconceptualización y adaptándola a la población bajo estudio, creemos que los adultos mayores han utilizado diversas estrategias para afrontar los momentos difíciles, conseguir sobreponerse a ellos y así salir fortalecidos.

Consideramos que los adultos mayores dependientes, al verse limitados en varios aspectos de su vida, tienen un Capital Psíquico más bajo. Pensamos que el hecho de estar en su mayoría institucionalizados -en residencias o centros de día-, incide en varios aspectos: tienen menos control en las decisiones que los afectan, menor autonomía, una percepción de salud más frágil, lo cual contribuiría a que sus puntuaciones sean menores que la de los mayores independientes. Las observaciones realizadas al momento de la administración de los cuestionarios nos permitieron pensar lo planteado por María Cristina de los Reyes (2001) acerca de la imagen negativa de la institucionalización de los adultos mayores. Existiría una creencia que vincula la institucionalización geriátrica con el abandono, ya que la misma no rehabilita para integrarse en mejores condiciones a la sociedad, sino que frecuentemente aísla y disminuye las capacidades de integración social, pudiéndose evidenciar en testimonios como “el geriátrico es un lugar para morir” o “qué puedo aprender acá adentro, si no voy a salir nunca”, expresiones que escuchamos con

frecuencia en las diferentes instituciones visitadas. Este tipo de discursos, señala cómo los adultos mayores aceptan con resignación la institucionalización y parecería que no son lugares para vivir sino para morir.

La vejez institucionalizada crea identidades estigmatizantes, en tanto los adultos mayores se ven sometidos al mecanismo de poder que los atrapa en una identidad social (de los Reyes, 2009).

Si bien nuestro estudio no establece comparaciones con otros grupos de edad notamos que los puntajes del Capital Psíquico son elevados, en concordancia con estudios previos que realizaron dichas comparaciones (Petrongolo & cols., 2009).

Se destaca como la mayoría del grupo de auto-válidos, en la escala CAPPPI, respondió de manera positiva al ítem que indaga acerca de los momentos de desaliento, lo que implica la continuidad voluntaria de una acción dirigida al logro de determinadas metas, superando las dificultades, obstáculos o sentimientos de desaliento que surjan.

Podemos pensar que si bien el grupo de auto-válidos ha atravesado situaciones difíciles, superándolas, saliendo airosos, suponemos que este grupo ha desarrollado mayores estrategias de afrontamiento, a diferencia del grupo dependiente.

En concordancia con estudios previos (Gázquez Linares y col., 2008), los resultados destacan que existe una correlación positiva respecto de la percepción de la salud y de las limitaciones, de manera que a medida que aumenta la percepción negativa de la salud y la percepción de las

limitaciones -percepción de incapacidad- se produce un incremento en el nivel de dependencia respecto a las actividades. Por lo tanto esta correlación en relación a la percepción de la salud, considera que las personas auto-válidas poseen un Capital Psíquico superior.

Igualmente si bien los adultos mayores dependientes, demostraron una puntuación menor en los valores del Capital Psíquico, éste de igual manera, les permite afrontar las situaciones que generan emociones negativas, propias de la dependencia. Tal como lo plantea el enfoque propuesto por la Psicología Positiva, que explica que frente a las situaciones de máximo estrés, los sujetos pueden desarrollar fortalezas, emociones positivas y proyectos de vida, vemos que quizás en estos sujetos no se plantean nuevos proyectos, sino que la manera de poder enfrentar la misma situación de dependencia esta vinculada con un carácter adaptativo, que le permite al adulto mayor aceptar y acomodarse a los hechos adversos realizando otras y nuevas actividades. De esta manera pueden tener un papel funcional para favorecer la adaptación a la realidad.

Al momento de comparar las diferentes dimensiones que componen el Capital Psíquico, sólo la variable Sistemas de valores resultó superior en el grupo de los adultos mayores dependientes.

Consideramos que la dependencia permite una identificación con los modelos morales, favorece un compromiso con principios y valores. De esta manera, creemos que las personas contrarrestan la inseguridad que proporciona esta dependencia, aferrándose a mandatos y creencias

espirituales y a los valores socialmente ponderados. Ello, teniendo en cuenta que las personas evalúan de manera diferente las circunstancias de su vida, dependiendo de sus expectativas, valores y experiencias previas.

A pesar que resultados de investigaciones anteriores (Kasanzew & cols., 2010), indicaban que el género no determinaba diferencias significativas en el Capital Psíquico de las personas, los resultados obtenidos en éste estudio, muestran diferencias estadísticamente significativas según género. En el grupo de adultos mayores dependientes, las mujeres obtuvieron puntuaciones inferiores en comparación con los hombres en su capital psíquico; siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Una hipótesis que consideramos puede ser la respuesta de éstos resultados se debe a que en la mayoría de los casos la figura femenina constituye el pilar o sostén de la familia y sobre ella recaerían todas las responsabilidades del hogar. Al dejar de ser este sostén, o por menos no cumplir con todas las funciones del hogar o la familia, por su dependencia, su capital psíquico se encontraría disminuido.

Siguiendo a Iacub & Sabatini (2012), podemos atribuir la diferencia de Capital Psíquico global en hombres y mujeres dentro del grupo de los dependientes, a las características de la depresión, que en la vejez es más intensa en las mujeres. Los factores más relevantes que sostienen esta conclusión, son el estado de salud y la capacidad física. En el caso de los hombres, es más habitual que mantengan su pareja hasta su muerte, por una cuestión de menor longevidad que las mujeres, y porque se casaron

siendo más grandes que ellas, lo que implica un mayor apoyo y sostén que en las mujeres. Es importante remarcar que los síntomas depresivos en la mujer aparecen asociados con la ida de los hijos y el no sentirse deseadas.

Por otra parte, aunque los resultados no sean estadísticamente significativos, las mujeres independientes presentan puntuaciones más elevadas en su Capital Psíquico. De la misma manera, podría pensarse que, al ser el género femenino el sostén de la estructura familiar, el hecho de hacerse cargo de las responsabilidades y su continuo compromiso con la familia habría generado en ellas un aumento en sus fortalezas y una mayor autonomía.

En los hombres mayores que transitan hoy por la tercera edad, todavía el impacto que produce la jubilación genera cierta desorganización, que incide en su identidad. Existen dificultades para pensar y realizar nuevas actividades gratificantes, valoradas, que no estén relacionadas con su actividad laboral previa. La posibilidad de llevar a cabo de manera autónoma ciertas actividades, genera en los hombres mayor inseguridad con respecto a las decisiones que toman, ya que para esto se requiere de capacidades físicas, cognitivas y emocionales que se deben expresar en un entorno dado. Esta inseguridad, y el hecho de que en el hogar quien habitualmente toma las decisiones es la mujer, podría ser la responsable de las puntuaciones más débiles para el género masculino.

Capítulo 5. Consideraciones Finales

Los hallazgos de esta investigación nos permiten afirmar que la dependencia o independencia no es determinante, ni asegura un envejecimiento satisfactorio.

Se considera que este trabajo proporciona un aporte valioso, al haber generado datos empíricos acerca del Capital Psíquico en adultos mayores, y sobre todo en adultos mayores con dependencia funcional. Este esclarecimiento contribuye a deconstruir los prejuicios y las representaciones sociales negativas formuladas tradicionalmente en torno la vejez y busca fortalecer los valores perdidos en la figura del adulto mayor.

Creemos que es necesario promover un cambio cultural en toda la población que signifique un mejor trato y valoración de los adultos mayores en nuestra sociedad, lo que implicará una percepción distinta sobre el envejecimiento y alcanzar mejores niveles en la calidad de vida para todos los adultos mayores.

Destacamos la importancia de haber incluido en este estudio a personas mayores de 60 años, teniendo en cuenta que este grupo de edad representa un conjunto cada vez más numeroso de la población, lo que nos convoca al desarrollo de investigaciones en las cuales se incluyan personas de mayor edad.

De este modo, se espera que ésta investigación sea un punto de partida para otros estudios en ésta línea que permitan un mayor conocimiento y comprensión de estos aspectos así como el diseño de intervenciones que promuevan la calidad de vida y la salud a lo largo de todo el curso vital.

Por otra parte también nos parece importante haber incluido en este estudio a adultos mayores dependientes, dado que adquieren visibilidad y se pueden exponer las consecuencias de la institucionalización cuando dejan de ser sujetos para convertirse en objetos de cuidado. Consideramos fundamental en este sentido, el diseño de intervenciones en residencias de larga estadía y centros de día que promuevan el incremento de fortalezas personales para un envejecimiento con mayores niveles de satisfacción.

En cuanto a nuestra experiencia personal, ésta resultó por demás enriquecedora en la medida en que nos permitió acercarnos a una población desconocida hasta el momento en lo que respecta a nuestra formación académica.

En vistas al considerable crecimiento de este grupo poblacional, se hacen necesarias unas revisiones y actualizaciones constantes en materia de investigación que se adapte a las nuevas demandas, así a partir de los nuevos aportes, se pueden diseñar dispositivos que tengan en cuenta no sólo el tratamiento sino la promoción de salud -talleres que estimulen manifestaciones creativas y artísticas- ya que de esta manera el alargamiento de la vida permitirá en muchos casos el disfrute de un periodo en el que las diferentes capacidades y posibilidades de los adultos mayores pueden constituir integraciones beneficiosas para el entorno familiar y social.

Referencias bibliográficas

- Alonso Galbán, P. Sansó Soberats, F.J., Díaz Canel, A.M., Carrasco García, M., & Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2007; 33 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662007000100010&lng=es&nrm=iso
- Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey – Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1990). Salutogenesis: Studying health vs. Studying disease. Lecture, the Congress for Clinical Psychology and Psychotherapy, Berlin.
- Arias, C., Castañeiras, C. & Posada, M.C. (2009). ¿Las Fortalezas Personales se Incrementan en la Vejez? (2008). Reflexiones acerca del Capital Psíquico. En *Desafíos y Logros Frente al Bien-estar en el Envejecimiento*. Buenos Aires: Eudeba (en prensa)
- Arias, C. Posada, M. & Castañeiras, C. (2009). *El capital psíquico en adultos jóvenes y adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata: Análisis comparativo de dimensiones e ítems*. En CD XXV Congreso Argentino de Psiquiatría, Mar del Plata.
- Arias, C. & Soliveréz, C. (2009). *Capital psíquico y bienestar psicológico. Estudio de sus relaciones en la vejez*. En CD de actas del IV Congreso Marplatense de Psicología. “Ideales Sociales, Psicología y Comunidad”. 3, 4 y 5 de diciembre de 2009. Mar del Plata: Facultad de Psicología.
- Baltes, P.B.(1983) *Psicología evolutiva del Ciclo Vital; Algunas observaciones convergentes sobre historia y teoría*. En Marchesi, A., Carretero, M. & Palacios, J. (Ed). *Psicología Evolutiva I; teorías y Métodos*. Madrid: Alianza

- Baltes, P.B. & Schaie, K.W. (1973). *Life-span developmental psychology: Personality and socialization*. New York: Academic Press
- Baltes, P.B., Lindenberger, U. & Staudinger, U.M. (1998). *Lifespan theory in developmental psychology*. En W. DAMON (Ed. de la serie) y R.M. LERNER (Ed. del volumen), *Handbook of child psychology 5th edition: Volumen 1. Theoretical models of human development* (pp. 1029-1143). Nueva York: Wiley.
- Baltes, P.B., Reese, H.W. & Nesselroade, J.R. (1981). *Métodos de investigación evolutiva: enfoque del ciclo vital*. Madrid: Morata
- Birren, J. E. (2000). I have to do it myself. En J. E. Birren, y J. E. Schroots, (Eds). *A history of gerontoloshychology in autobiography* (pp. 43-54). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Bramston, P. (2002) Subjective quality of life: the affective dimension. En Gullone, E y Cummins, R (eds) *Social Indicators Research Vol 16*. Kluwer Academic Publishers. The Netherlands. pp. 47-62.
- Brocklehurst JC. (1985). The geriatric sevice and the day hospital. In: *Texbook of geriatric medicine and gerontology*. (3th edition). Edinburg: Churchill-Livingstone; p.982-95
- Buchner, D.M. & Wagner, E.H. (1992) Preventing frail health. *ClinicGeriatric Medicine*. 8:1-17.
- Buendía, J. (1994). *Envejecimiento Y Psicología de la Salud*. Editorial Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Caro, F. G. & Sánchez Martínez, M (2005). Envejecimiento productivo. *Concepto y factores explicativos*. En: Pinazo Hernandis, S. y Sánchez Martínez, M.

- Gerontología. Actualización, innovación y propuestas. Pp. 457-488. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Cartensen, L.L. (1992). *Los patrones sociales y emocionales en la edad adulta: Teoría para el apoyo de la selectividad socioemocional*. Psicología y Envejecimiento. pp. 331-338.
- Cartensen, L. L. Pasupathi, M., Mayr, U. & Nesselroade, J. R. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 644-655.
- Casullo, M. M. (2000). Psicología salugénica o positiva. Algunas reflexiones. *Anuario de investigaciones*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Volumen 8, pp 340-346.
- Casullo, M. M & cols., (2002) Evaluaciones del Bienestar Psicológico en Iberoamérica. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. M. (2005). El capital psíquico. Aportes de la Psicología Positiva. *Revista Psicodebate*, Volumen 6, pp 59-71. Buenos Aires: Universidad de Palermo.
- Chile, Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Geriátría (2003). *Evaluación funcional de adulto mayor. Proyecto FONDEF*. Santiago: Editor.
- Cornachione Larrinaga, M. A. (2006). *Psicología del Desarrollo. Vejez*. Editorial Brujas, Córdoba.
- Cruz, A. J. (2006) *Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica*. Prous Science SA.
- Cuadra, H. & Florenzano, R. (2003) El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. (12) 1, 83-96.

- Cumming, E. & Henry, W. (1961): Growing old: The process of disengagement. Nueva York, Basic Books.
- de los Reyes M.C. (2001): Familia e imagen del geriátrico, *Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Buenos Aires. Vol. 47, Nº 3, Buenos Aires.
- de los Reyes M.C. (2009): Resistiendo al abandono. Entre la cárcel y el paraíso, *IV Congreso Marplatense de Psicología*, Mar del Plata.
- Dulcey Ruiz, E. & Uribe Valdivieso, C. (2002) Psicología del Ciclo Vital. Hacia una Visión Comprehensiva de la Vida Humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Volumen 34. Nos. 1-2, pp. 17-27. Bogota.
- Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1990). *Empathy: Conceptualization, measurement, and relation to prosocial behavior*. *Motivation and Emotion*, 14, 131–149.
- Emmons, R.A (2003). Acts of gratitude in organizations, En K.S. Cameron, J.E. Dutton & R.E. Quinn (Eds), *Positive organizational scholarship: Foundations of a new discipline* (pp.81-93), San Francisco: Berrett- Kohler.
- Erikson, E. (1971). *Identidad, Juventud y Crisis*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Erikson, E. (1982). *The life cycle completed*. New York: Norton.
- FEAES. (2010). Disminución de la dependencia para personas con enfermedad mental. Actividades de la vida diaria. Galicia: Federación de Asociaciones de Familiares y Enfermos Mentales.
- Fernández Ballesteros, R. (2001): "Environmental conditions, health and satisfaction among the elderly: some empirical results". *Psicothema*, Volumen 13. pp 40-49.

- Fernández Ballesteros, R. (Dir.) (2000): Gerontología Social. Madrid. Editorial Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2006). GeroPsychology. An applied field for the 21 St Century. *European Psychologists*, Volumen 11. pp 312-323.
- Fillenbaum, G. (1984). The wellbeing of the elderly, Approaches to multidimensional assessment, *WHO*, Offset Publications, N° 84.
- Forcica, M. & Lavizzo Mourey, R. (1996). *Secretos de la geriatría*. México: Ed. McGraw-Hill Interamericana.
- Frazier, Ch., Mintz, L. B & Mobley, M. (2005). A Multidimensional Look at Religious Involvement and Psychological Well-being among urban elderly African Amerians. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (4), 583-590.
- Fredrickson, B. L. (2000). Positive emotions. En C. R. Snyder y S. J. López (Eds.) *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press. 120-134.
- Gázquez Linares. J.J, Pérez Fuentes. M.C , Mercader Rubio. I & Molero Jurado. M.M (2011) Prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores. *Anales de psicología*, vol. 27, nº 3 (octubre), 871-876
- Gázquez Linares, J.J; Rubio Herrera, R.; Pérez Fuentes, M. & Lucas Ación, F. (2008). Análisis de los factores predictores de la dependencia funcional en personas mayores. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, mayo, 117-126
- Gomez de Silva, G (1988). *Breve diccionario etimológico de la lengua española*. Fondo de Cultura y Economía. México.

- Guilford, J. P. (1967). Creativity: Yesterday, today, and tomorrow. *Journal of Creative Behavior*, 1, 3–14.
- Haslam, N. & Baron, J. (1994). Intelligence, personality, and prudence. In Sternberg, R. J. & Ruzgis, P. (Eds.), *Intelligence and personality*, pp. 32-58. New York: Cambridge University Press.
- Havighurst, R. & Albrecht, R. (1953). *Older people*. London: Longmans, Green.
- Hill, P.C., Pargament, K.I., Hood, R.W., Mc Coulloch, M.E & Sweyers, J.P (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of community, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 30, 51-77.
- Iacub, R. & Sabatini M. B. (2012) *Psicología de la mediana edad y vejez*. Mar del Plata. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Infante, F. (2001): Resiliencia como proceso: revisión de la literatura reciente. En Melillo, A., Suarez Ojeda, E (Comp): *Resiliencia descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Kaplan, G., Bavell, V. & Lusky, A. (1988) Subjective state of health and survival in elderly adults. *The Journals of Gerontology*. 43(1):S114-20.
- Kasanzew, A.; Lopez, P.; Andres, F.; Brasca, L.; Legè, L & Casablanca, L.; (2010). El capital psíquico a través del ciclo vital adulto. *Avances en Psicología Latinoamericana*, vol. 28, núm. 1, 2010, pp. 42-51. Universidad del Rosario. Colombia.
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, & cols. (1963) Studies of illness in the age: the index of ADL a standarized measure of biological and psychosocial function. *JAMA Volumen 185*: pp 914-919.

- Krzemien, D. (2008). *El Paradigma del Curso Vital (LifeSpan)*. Ficha de cátedra de la asignatura Psicología General. UNMdP: Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.
- Lawton, M; Moss, M.; Winter, L & Hoffman, C. (2002). Motivation in later life: Personal projects and well-being. *Psychology and Aging*, 17 (4), 539-547
- Levy, B. R. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journal of Gerontology*, 58B (4), 203-211.
- Lobato, E.P (2012) El bienestar subjetivo en la vejez, *La Ventana del Mayor*. Disponible en <http://pozonlobato.blogspot.com.ar/2012/07/la-ventana-del-mayor-104.html>
- Magai, C. & Halpern, B. (2001). Emotional development during the middle years. In M. E. Lanchman (Ed), *Handbook of midlife development* (pp 310-344). New York: Wiley.
- Manrique Espinoza, B.; Salinas Rodríguez, A.; Moreno Tamayo, K.; & Téllez Rojo, M.; (2011). Caídas, factor importante relacionado con dependencia funcional en adultos mayores en México. *Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas (CIEE) del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)*. México. 53(1):26-33 Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002560>
- Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Moragas, R. (1999). *El reto de la dependencia al envejecer*. Barcelona: Herder.
- Motlis, J. (1988). *La vejez y sus múltiples caras*. Tel Aviv: Editorial Aurora Ltda. Segunda edición.

- Montalvo Toro, J. (1997). La vejez y el envejecimiento desde la perspectiva de la síntesis experimental del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, volumen 29, pp 459-473.
- Montoro, J. (1998). Actitudes hacia las personas mayores y discriminación basada en la edad. *Revista multidisciplinar de gerontología*, Volumen 8(1), pp 21-30.
- Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS (1985). *Hacia el bienestar de los ancianos*. Washington DC, EE.UU.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*. Madrid: IMSERSO
- Palmore, E. (1999). *Ageism: Negative and positive* (2nd ed.). New York: Springer
- Papalia, D. E. & Wendkos, S. (1997). *Desarrollo humano*. (6ª Edición). Santa Fe de Bogotá: Mc. Graw-Hill.
- Pedraza, M. & Germán, C. (1992). Autonomía funcional en ancianos. *Rol de Enfermería*. España, 15(172):15-9.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues. A handbook and classification*. APA & Oxford University Press.
- Petrongolo, M.; Rodríguez, R.; Mansinho, M.; Pedeuboy, J.; Pochintesta, P.; Rojkind, J. & Jaskilevich, J. (2009) Análisis del Capital Psíquico en adultos jóvenes y adultos mayores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En CD de actas del IV Congreso Marplatense de Psicología. *"Ideales Sociales, Psicología y Comunidad"*. 3, 4 y 5 de diciembre de 2009. Mar del Plata: Facultad de Psicología.

- Posada, M. C.; Castañeiras, C. E. & Arias, C.J. (2008a): Capital psíquico en población general: Diferencias entre varones y mujeres. En *Actas del II Congreso de Psicología*. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba, 30 de octubre de 2008.
- Posada, M. C.; Castañeiras, C & Arias, C.J. (2008b). Dimensiones del capital psíquico en población general. Estudio comparativo por grupos de edad. En *Actas del Encuentro Iberoamericano de Psicología Positiva*. Universidad de Palermo. Buenos Aires.
- Posada, M. C.; Castañeiras, C. E. & Arias, C.J. (2008c). Relación entre Autoconcepto y Capital Psíquico en Adultos de la ciudad de Mar del Plata. En *Actas de las XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Programa Naciones Unidas para el Desarrollo- PNUD-UNFPA: Situación de la población en Argentina/coordinado por Edith Pantelides y Martín J. Moreno. - 1a ed. - Buenos Aires. Argentina. 2009.
- Rivera Ledesma, A & Montero López Lena, M. (2007). Medidas de Afrontamiento y Espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 30 (1), 39-47.
- Rowe, J.W., & Khan, R.L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1997). *Successful Aging. The Gerontologist* ; 37, N°4 pp 433-440.

- Ryff, C. D. (1989). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4 (2), 195-210.
- Sáez, J. (1997). *Animación Sociocultural y Tercera Edad*. Madrid: Dykinson.
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990) *Emotionalintelligence*. Imagination, Cognition, and Personality, 9,185-211
- Seligman, M.E.P. (1998). Building Human Strength. Psychology's Forgotten Mission. *APA Monitor*, 28, (1)
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14
- Seligman, M.E.P., Lee Duckworth, A., & Steen, T. (2005) Positive Psychology in Clinical Practice. Annual Review, Clinical Psychology. Disponible en: <http://arjournals.annualreviews.org/>
- Schlossberg, N.K (1981). *A model for analyzing human adaptation*. *The Counseling Psychologist*. Vol. 9(2), pp 2-18. Sage publications.
- Soberanes Fernández S., González Pedraza A. & Moreno Castillo, Y.C. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*. 14(4):161-72.
- Tartle, R. (1961): *Das Alter In Der Modernen Gesellschaft*. Enke, Stuttgart .
- Villar, F., Triadó, C., Resano, C. S. & Osuna, M. J. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, (13) 3, 152-162.
- Vera Poseck, B. (2006) Psicología Positiva. *Revista Papeles del Psicólogo*, 27 (2),

- Yoffe, L. (2008) Religión, Espiritualidad y Sentido de la vida en los duelos. En M.M. Casullo (Comp.) *Prácticas en Psicología Positiva*. Buenos Aires: Lugar.
- Yuni J. & Urbano, C. (2005). *Educación de adultos mayores: Teoría, investigación e intervenciones*. Brujas: Argentina.
- Zarebski, G. (2008). *Envejeciendo: el envejecer como revelador de verdades*. Argentina: Material no publicado utilizado en la Especialización en Psicogerontología. Universidad de Maimónides.
- Zegers Prado, B. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Documentos de trabajo número 36. Universidad de los Andes. Facultad de Derecho.

Anexo 1

Tabla 2: Promedio de edades de la muestra

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	160	60	97	75,01	9,625
N válido (según lista)	160				

Tabla 3: Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Soltero	14	8,8	8,8	8,8
Casado	71	44,4	44,4	53,1
Divorciado	15	9,4	9,4	62,5
Viudo	60	37,5	37,5	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Tabla 4: ¿Con quién vive?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Solo	11	6,9	6,9	6,9
Pareja	44	27,5	27,5	34,4
Familia	37	23,1	23,1	57,5
Institución	68	42,5	42,5	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Tabla 5: ¿Desde cuándo reside en Mar del Plata?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Nacido en MdP	79	49,4	49,4	49,4
Hace mas de 50 años	33	20,6	20,6	70,0
Entre 20 y 49 años	31	19,4	19,4	89,4
Hace menos de 19 años	17	10,6	10,6	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Tabla 6: Ocupación anterior

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No trabajo	3	1,9	1,9
	Empleado	69	43,1	45,0
	Profesional	23	14,4	59,4
	Ama de casa	30	18,8	78,1
	Comerciante	20	12,5	90,6
	Otros	15	9,4	100,0
	Total	160	100,0	100,0

Tabla 7: Ocupación actual

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No trabaja	117	73,1	73,1
	Empleado	12	7,5	80,6
	Profesional	7	4,4	85,0
	Ama de casa	12	7,5	92,5
	Otros	8	5,0	97,5
	Comerciantes	4	2,5	100,0
	Total	160	100,0	100,0

Tabla 8: Nivel educativo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primario incompleto	15	9,4	9,4
	Primario completo	65	40,6	50,0
	Secundario incompleto	5	3,1	53,1
	Secundario completo	41	25,6	78,8
	Terciario completo	23	14,4	93,1
	Universitario completo	11	6,9	100,0
	Total	160	100,0	100,0

Tabla 9: ¿Tiene hijos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	142	88,8	88,8	88,8
	No	18	11,3	11,3	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Tabla 10: ¿Cuántos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	18	11,3	11,3	11,3
	1 hijo	22	13,8	13,8	25,0
	2 hijos	74	46,3	46,3	71,3
	3 hijos	30	18,8	18,8	90,0
	4 o más hijos	16	10,0	10,0	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Tabla 11: ¿Tiene nietos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	128	80,0	80,0	80,0
	No	32	20,0	20,0	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Tabla 12: ¿Cuántos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	32	20,0	20,0	20,0
	1 nieto	22	13,8	13,8	33,8
	2 nietos	23	14,4	14,4	48,1
	3 nietos	26	16,3	16,3	64,4
	4 o más nietos	57	35,6	35,6	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

Anexo 2

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nombre: Edad:

Sexo:

- Femenino
- Masculino

Estado civil:

- Soltera/o
- Casada/o
- Divorciada/o
- Viuda/o

¿Desde cuándo reside en Mar del Plata?:

¿Con quién vive?:

Ocupación anterior:

Nivel educativo:

¿Tiene hijos?

- Sí
- No

¿Cuántos?:

¿Tiene nietos?

- Sí
- No

¿Cuántos?:

ÍNDICE DE KATZ

Formulario de evaluación

Nombre: Fecha de evaluación:

Señale la descripción adecuada para cada área de funcionamiento que figura en la lista. (La palabra asistencia significa supervisión, dirección de la asistencia personal).

BAÑARSE – con esponja, bañera o ducha.

No recibe asistencia (entra y sale de la bañera por sí mismo si la bañera es el medio de limpieza habitual).

Recibe asistencia al lavar únicamente una parte del cuerpo (espalda o una pierna).

Recibe asistencia al lavar más de una parte del cuerpo (o no se lava).

VESTIRSE – saca la ropa de los armarios y los cajones –incluyendo la ropa interior, la ropa exterior y el manejo de botones (incluyendo bragueros, si los lleva).

Saca la ropa y se viste completamente sin asistencia.

Saca la ropa y se viste completamente sin asistencia excepto al anudarse los zapatos.

Recibe asistencia al sacar la ropa o al vestirse, o queda parcial o completamente desvestido.

IR AL SERVICIO – ir al servicio para eliminar orina y heces; lavarse a sí mismo tras la eliminación y arreglarse la ropa.

Va al servicio, se lava, se arregla la ropa sin asistencia (puede usar un objeto de apoyo como un bastón o una silla de ruedas y puede manejar la cuña o la silla retrete, vaciándolas por la mañana).

Recibe asistencia para ir al servicio o lavarse o arreglarse la ropa tras la eliminación o al usar la cuña o la silla-retrete.

No va a la habitación denominada “servicio” para el proceso de eliminación.

DESPLAZARSE

Se acuesta y se levanta de la cama así como de la silla sin ayuda (puede usar un objeto de apoyo, como un bastón).

Se acuesta y se levanta de la cama o silla con asistencia.

No se levanta de la cama.

CONTINENCIA

Controla la micción y la defecación por sí mismo.

Sufre accidentes “ocasionalmente”.

La supervisión le ayuda a mantener el control vesical y anal; usa una sonda o es incontinente.

ALIMENTARSE

Se alimenta sin asistencia.

Se alimenta solo, excepto al requerir asistencia para cortar la carne o untar el pan.

Recibe asistencia al alimentarse o es alimentado parcial o completamente mediante sondas o líquidos endovenosos

Escala CAPPSI
Martina Casullo. UBA. CONICET. 2006

Leer las frases siguientes. Responder marcando con una cruz una de las tres opciones, elegir la que a su criterio describe mejor cómo es usted.

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1) Soy creativo/a, hago cosas novedosas.			
2) Soy una persona curiosa.			
3) Me gusta aprender cosas nuevas.			
4) Sorprendo a mis amigos por ser alguien original.			
5) Quiero lograr entender por qué las cosas son como son.			
6) Aprender algo nuevo me hace sentir bien.			
7) Trato de comprender qué sentido tiene lo que estoy haciendo			
8) Soy moderado/a, evito situaciones extremas.			
9) Digo en público lo que realmente pienso y siento.			
10) Si me interesa, persisto en lo que estoy haciendo, corrijo errores.			
11) Soy sincero/a, me desagrada mentir.			
12) Supero momentos de desaliento.			
13) Me gusta ser como soy, con mis virtudes y defectos.			
14) Me esfuerzo en resolver las dificultades que pueda tener.			
15) No soy mejor ni peor que las demás personas.			
16) Resuelvo y analizo mis problemas para sentirme mejor.			
17) Tengo liderazgo, me perciben como líder.			
18) Defiendo los valores del grupo al que pertenezco.			
19) Oriento y guío a personas y grupos.			
20) Cumplo con mis obligaciones, soy responsable.			
21) Si me comprometo a hacer una cosa, lo cumplo.			
22) Soy prudente, puedo controlarme.			
23) Defiendo las causas que realmente me interesan.			
24) Aunque no esté de acuerdo, cumplo con reglamentos y normas.			
25) Entiendo mis emociones y puedo controlarlas.			
26) Siento afecto por mi familia.			
27) Entiendo lo que sienten las demás personas.			
28) Amo y me siento querido/a.			
29) Me río, tengo sentido del humor.			
30) Ayudo a quienes lo necesitan.			
31) Hago bromas y no me molesta que me las hagan a mí.			
32) Me relaciono con facilidad con otras personas.			
33) Considero que soy un buen ciudadano/a			
34) Puedo perdonar a quien me lastima u ofende			
35) Soy una persona justa. Que haya justicia es importante para mí.			
36) Evito buscar venganzas o revanchas.			
37) Doy las gracias a quien me ayuda.			
38) Doy importancia a mi vida espiritual.			
39) Valoro lo que tengo, soy agradecido/a.			
40) Creo que existe un mundo diferente más allá de la muerte.			

Edad:..... Sexo:..... Nive educativo:.....Ocupación:.....
 Lugar donde vive:.....
 Trabaja: SI.... No....