



neurama
revista electrónica de
psicogerontología

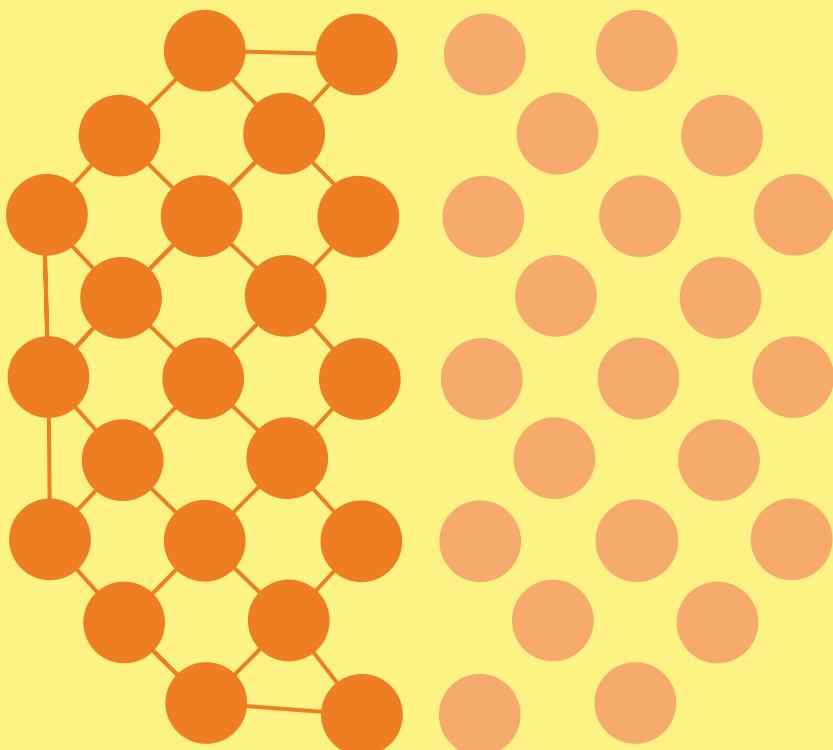
Nº2 ISSUE / VOLUMEN 1

DICIEMBRE 2014

www.neurama.es

info@neurama.es

ISSN 2341-4936



IN THIS ISSUE:

El anciano woof o perfil simbólico del envejecimiento activo y saludable
Angel Moreno Toledo, Clara Díaz Henche, Diana Toipa, Rocío Medina Armenteros, Filipa Brás Martins y Almudena del Avellanal-Calzadilla.

La amistad entre las personas mayores que viven en una residencia: un estudio exploratorio-correlacional
Estefanía Martín Zarza

Reflexiones sobre el proceso de formación profesional de Residentes en Gerontología
Alejandro Burlando Páez

El perdón como motivador prosocial en la vejez
Franco Morales y Claudia Josefina Arias

Aspectos biopsicosociales del envejecimiento
Eleonora Carrazco Mujica



“Solo el bien que está en nosotros puede ayudarnos a conseguir lo mejor que nos falta”.

(Johann H. Pestalozzi, 1746- 1827)

Director:

Angel Moreno Toledo (Málaga)

Comité Asesor Nacional

Antonio Andrés Burgueño Torijano (Madrid)
José Luis Caamaño Ponte (A Coruña)
Laura Caballero Escamez (Murcia)
Nuria Carcavilla González (Salamanca)
Mónica de Castro Torrejón (Barcelona)
Azucena Cuadrado Lorenzo (Madrid)
Marcos Díaz Díaz (Cáceres)
Ana María Gonzalez Jimenez (Madrid)
Santiago Granado Alcedo (Cádiz)
Miguel Angel Maroto Serrano (Madrid)
Estefanía Martín Zarza (Salamanca)
Rocío Medina Armenteros (Jaén)
Charo Pita Díaz (A Coruña)
Vera Santos Martínez (Madrid)

Comité Asesor Internacional

Alejandro Burlando Páez (Argentina)
Analía Mendez (Argentina)
Anastasia Paschaleri (Reino Unido)
Brenda Avadian (Estados Unidos)
Carrie Peterson (Dinamarca)
Diana Orrego Orrego (Colombia)
Frederique Lucet (Francia)
Gary Glazner (Estados Unidos)
Graham Hart (Reino Unido)
Guillermo Ramírez Hoyos (Colombia)
Hugo Roberto Valderrama (Argentina)
Hugo Sousa (Portugal)
Javiera Sanhueza (Chile)
Joana de Melo E Castro (Portugal)
Joao Marques Texeira (Portugal)
Kerry Mills (Estados Unidos)
Maria Alejandra Ortolani (Argentina)
Maria Elena Ochoa (Argentina)
Marios Kyriazis (Reino Unido)
Mladen Davidovic (Serbia)
Narjes Yacoub (Francia)
Peter Gooley (Australia)
Raúl Andino (Argentina)
Rolando Santana (República Dominicana)
Rosana Cordova (Argentina)
Salvador Ramos (Estados Unidos)
Stephanie Zeman (Estados Unidos)
Wendy Johnstone (Canadá)





Director/Editor:
Angel Moreno Toledo
Psicólogo. Formador y escritor.
Especialista en Psicogerontología.

Envejecimiento y salud

En la actualidad, marcados por el envejecimiento de la población mundial, los datos cercioran que mejora la calidad de vida, aumenta la longevidad y los avances médicos secundan dicha situación.

Continúa siendo uno de los retos de nuestra sociedad, abordar las demandas y las realidades derivadas de este fenómeno. Dispuestos para dicha contingencia, la OMS estima y alerta que en 2050 la cifra de población mundial de sesenta años llegaría a los 2000 millones, cerca de un 25-30% de las personas de ochenta y cinco años o más padecen cierto grado de deterioro cognoscitivo. Indistintamente los datos proyectan la evidencia de que España representa uno de los países con mayor longevidad de la UE. ¿Qué nos queda? Mejorar hábitos de vida, entregarnos a la actividad y al bienestar, a prescindir de los hábitos deletéreos, prevenir y a ejercitarse, trabajar para informar, formar para inculcar y destruir de este modo estereotipos en torno a la vejez y valorar y respetar a nuestros mayores.

En muchas ocasiones la entrada a la jubilación simboliza un paso inevitable con significativa repercusión en la vida de la persona. El cese de la actividad laboral y habitualmente seguida de la reducción o pérdida del contacto social ocasiona graves problemas de ajuste en esta etapa vital. De este modo, este rol debe ser asilado por el apoyo del entorno cercano, de la apertura de una etapa en cuyo tránsito la participación social y la búsqueda de su propio tiempo deben primar considerablemente.



EN ESTE NÚMERO:

- 04 El anciano woof o perfil simbólico del envejecimiento activo y saludable
Angel Moreno Toledo, Clara Díaz Henche, Diana Toipa, Rocío Medina Armenteros, Filipa Brás Martins y Almudena del Avellanal-Calzadilla
- 15 La amistad entre las personas mayores que viven en una residencia: un estudio exploratorio-correlacional
Estefania Martin Zarza
- 25 Reflexiones sobre el proceso de formación profesional de Residentes en Gerontología
Alejandro Burlando Páez
- 31 El perdón como motivador prosocial en la vejez
Franco Morales y Claudia Josefina Arias
- 44 Aspectos biopsicosociales del envejecimiento
Eleonora Carrazco Mujica



El anciano woof^(*) o perfil simbólico del envejecimiento activo y saludable

Angel Moreno Toledo (1) Clara Díaz Henche (2) Diana Toipa (3) Rocío Medina Armenteros (4) Filipa Brás Martins (5) Almudena del Avellanal-Calzadilla (6)

Resumen

La presentación y contextualización de una nueva generación emergente, desde perspectivas sociológicas y psicológicas, pretende preparar un acercamiento afín del envejecimiento activo. Los ancianos woof envuelven un fenómeno favorecido por el envejecimiento de la población y los nuevos hábitos de vida saludables. La optimización de una etapa de la edad determinada por la búsqueda del bienestar, el disfrute del tiempo de ocio, una jubilación positiva como proyecto de autorrealización, la participación social, el dinamismo, la independencia y la satisfacción vital.

Abstract

The presentation and contextualization of a new generation emerging from sociological and psychological perspectives, aims to prepare a related approach of active aging. The woof a phenomenon involving elderly benefited from the aging population and new healthy habits. Optimizing a stage of age determined by the pursuit of happiness, enjoyment of leisure, retirement as a positive project of self-realization, social participation, dynamism, independence and life satisfaction.

PALABRAS CLAVE: Woof, Envejecimiento activo, hábitos, estilos de vida, vejez, salud.

KEYWORDS: Woof, Active aging, habits, lifestyle, age, health.

"Los que en realidad aman la vida son aquellos que están envejeciendo"
(Sófocles)

Introducción

Avanzaba ya – *en torno a la primavera del año 2002* – el advenimiento de las denominadas “viejas generaciones futuras”, en un artículo periodístico publicado en The Mirror. En dicho reportaje se presentaba a un nuevo colectivo de edad, una generación de futuros ancianos abanderados por unos valores lejos del conservadurismo de épocas pasadas y que presentaban un nuevo concepto de consumo. Según afirmaba Stephen Moyes (2002) en su artículo, la llegada o mejor, la conversión de los futuros ancianos en **woofs** (*well off older folks*). Una generación anciana liderada por valores y aptitudes del envejecimiento activo y saludable, una visión optimista y fructífera de la vejez, vivenciada como un proyecto vital de avance, de crecimiento personal, de disfrute social y de bienestar físico, psicológico, social y económico.

**Nº2 ISSUE
DICIEMBRE 2014**

Recibido:
17/09/2014

Aceptado:
24/10/2014

(*) well off older folks

(1)Psicólogo, formador y escritor. Especialista en Psicogerontología.

(2)Psicóloga. Editora en Centro Virtual sobre el envejecimiento. Blogger en Serendipity-psico. Contacto: cdh.psico@gmail.com

(3)Gerontóloga social. Instituto Politécnico de Viana do Castello. Contacto : dianatsilvester@gmail.com

(4)Psicóloga ámbito privado. Máster Sanitario de Práctica Clínica, Cognitivo-conductual. Blogger. Contacto : psicologiamiprofesion@hotmail.com

(5)Gerontóloga y formadora. Licenciada en Gerontología Instituto Politécnico de Bragança. Contacto: Filipa.bras.martins@gmail.com

(6)Psicóloga sanitaria. Formadora. Especializada en envejecimiento, Neurodegeneración y Alzheimer. Gestión de estrés. Consultor en dolor.



El anciano woof o perfil simbólico del envejecimiento activo y saludable

Una generación que ha propiciado la alteración en las demandas de un mercado transitorio, en una continua búsqueda del bienestar (consumismo, dietas, viajes etc.) o servicios de alta calidad. Un perfil social de individuo activo, reticente al estancamiento, que busca nuevas oportunidades, que ansía el camino de la satisfacción en su trayectoria existencial.

El *woof* pretende engalanarse y vivir esta nueva etapa de la vida como un periodo fructuoso en la constante búsqueda de proyectos de ocio y del desarrollo de capacidades y de competencias. Su participación en la sociedad es vital en su proceso de envejecimiento. La vanguardia y las nuevas tendencias interesan al *woof* determinando poderosamente sus actividades y sus hábitos de vida. De esta forma, internet y el aprendizaje y uso de tecnologías así como la oportunidad de avanzar en el conocimiento (cursos, actividades de formación, encuentros socioculturales, turismo) inquietan y captan su atención, siendo uno de los colectivos emergentes más dinámicos y creativos.

Constituyen un segmento social en auge, enaltecidos bajo crecientes datos estadísticos poblacionales (aumento de la población anciana, longevidad, aumento de calidad de vida y mejoras sustanciales en asistencia médica). Auspiciados de un alto grado de seguridad financiera que les permite la demanda de servicios de alta calidad amparados por sus altos ingresos. Interpretan el ocio y el tiempo libre desde una naturaleza instrumental y lucrativa, deseosos de la aventura y la experimentación y la práctica de hábitos de vida saludables (realización de actividad física regular, alimentación equilibrada, evitativos del sedentarismo, tabaquismo y consumo de alcohol). Psicológicamente “perciben” un locus de control interno mediado por la independencia, la actividad y la satisfacción personal. De personalidad flexible, optimistas, guiados por el pensamiento positivo y la percepción de autoeficacia.

Siendo actualmente, el envejecimiento de la población un reto trascendental para la salud pública y uno de los principales problemas socioeconómicos y el crecimiento poblacional de mayores de 65 años en las próximas décadas, este nuevo perfil demográfico implica un impacto considerable en las estructuras de la sociedad y del mismo modo en el desarrollo de posteriores políticas de salud global.

Ciertamente el auge de la generación *woof* aparece como un paradigma utilitario del proceso de envejecimiento. A través del aumento de la esperanza de vida y la concienciación – cada vez mayor – de seguir unos hábitos de vida saludables (alimenticios, en materias de salud y prevención, funcionalidad y participación social así como el seguimiento de tratamientos médicos o terapéuticos frente a déficits o enfermedades crónicas).

Envejecimiento activo. Contextualización

Actualmente uno de los retos que nos proponemos para poder conseguir la calidad de vida óptima consiste en mantenerse activos no solo físicamente, sino cognitiva y funcionalmente. Los hábitos saludables (en alimentación y nutrición) así como los factores de naturaleza psicosocial influyen tanto en la calidad de vida como en la longevidad (Canalejo y otros, 1997). La participación y la seguridad también han sido destacadas (Limón Mendizábal, 2009; Rowe y Khan, 1987) así como el mantenimiento de la autonomía, la funcionalidad, la libertad y las capacidades físicas y mentales (Peel y otros, 2005; Pinazo y otros, 2005) o la capacidad de aprendizaje (Cornachione Larrínaga, 2008). En la misma línea, conclusiones alcanzadas en el Simposio Panamericano sobre envejecimiento y salud en Quebec (2001), reafirman la importancia del equilibrio establecido entre individuo y entorno, en la interacción desarrollada. Otras afirmaciones versaron en considerar estrategias de promoción de la salud, la prevención y la promoción del denominado envejecimiento activo. Pero la realidad conceptual nos depara unos términos heterogéneos o constructos hermanos (Pinazo



Moreno Toledo, Díaz Henche, Toipa, Medina Armenteros, Brás Martins, Del Avellanal Calzadilla

Herrandis, 2012) o sinónimos (Fernández Ballesteros, 2008) para denominar a este envejecimiento, exitoso, óptimo, digno, positivo, innovador, satisfactorio, saludable, activo. En este sentido se pronuncian Neri y Cachioni (1999) enlazando las propiedades del "envejecimiento exitoso" con una armonía en la ejecución, en la capacidad de alcanzar la satisfacción física, psicológica y social en esta etapa.

Envejecimiento activo definido por la OMS (2002) como "un proceso en el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con un proceso de avance de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que los individuos envejecen". El envejecimiento activo depende de siete factores determinantes que involucran no sólo al individuo, como la familia y el país, que son: a) los factores transversales (influenciada por la cultura y el género); b) Factores relacionados con los servicios de salud y servicios sociales; c) factores de comportamiento; d) factores personales; e) los factores asociados con el entorno físico; f) factores relacionados con el entorno social, y, finalmente, g) los factores económicos .

Tal y como destaca Cabrera Ponce (2004) la vejez aparece descrita como un periodo activo y creativo además de ser un proceso de crecimiento o desarrollo personal.

Envejecimiento como valor de autonomía e independencia y activo como tiempo productivo e innovador (Monteagudo y Cuenca Amigo, 2014), como un proceso de optimización de las oportunidades para la salud (CEPE,2009) o en definitiva un proceso rico en potencialidades evolutivas (Oblitas Guadalupe, 2010). Para incentivar la oportunidad de aprendizaje en la etapa de la vejez, el positivo aliciente de participar en la vida comunitaria o familiar (Bermejo García,2010) y con la posibilidad del fomento del crecimiento personal y cultural. Las denominadas universidades de la tercera edad ejemplifican (Oblitas Guadalupe, 2010), como iniciativa constructiva y de desarrollo así como del fomento de interesantes aspectos formativos, emocionales y sociales en la persona. Abre camino a entender este periodo como un fructífero proceso de aprendizaje (-a lo largo de toda la vida- o lifelong learning) y socialización o una experiencia de educación permanente (Taylor, 2001; Gerardi y Peirore, 1991).

Los woofs o paradigma exitoso de envejecimiento activo: acercamiento conceptual

La explicación detrás del acrónimo *woof* describe un claro objetivo instrumental y un disímil aspecto en conceptualización teórica. Una búsqueda bibliográfica permite identificar el concepto *woof* con finalidad comercial, en la segmentación de los mercados (Sterling,2007, Vesperi, 2001) o especificación de estilos de vida – *lifestyle choices* – (Adams,2008), o para distinguir etapas de la vida (Fernández-García y Ponce de León-Romero,2013), del mismo modo para significar un paradigma de consumidor (Scales y otros, 2000; Economic Research Service, 1992) o simplemente para designar un tipo de generación, la silver generation (Buhr, 2011) y asimismo para representar a un colectivo de alto poder adquisitivo (Vesperi, 2001; Moschis y Mathur,2007;Gresham y Oransky, 2008;).

Esta nueva generación identificada como *woofies* o *woofs* (well off older folks) (Vesperi, 2001, Van Norman, 2010; Giró, 2011, Fernández-García y Ponce de León-Romero,2013), *Zoomers* (Cutter, 2001) , *el poder gris* (Castañeda,2009) o *generación plateada* (Roth,2009) irrumpen con fuerza para representar una generación que se aferra a un envejecimiento óptimo y satisfactorio.



El anciano woof o perfil simbólico del envejecimiento activo y saludable

Siguiendo las reflexiones de English (2012) sobre la imagen oscilante y estereotipada del anciano en los medios de comunicación y la publicidad, surgen identificados como *seniors* financieramente independientes. Los *woofs* que representan un estilo de vida activo, confieren esa imagen lucrativa y ostentosa, como – *acomodada gente mayor* – muy apetecibles para los mercados actuales. Sin embargo actualmente lejos de causar una influencia negativa en la opinión sobre este estilo de vida, aparecen frecuentes acciones de beneficencia pública y altruistas que manifiestan su carácter participativo en la concienciación social (*en prensa*, Laundry, 2012).

En términos de marketing, el ascenso del mercado de consumo para los *woofs* se convierte en habitual. Informes de Datamonitor, sitúan un volumen de consumidores creciente de 127,4 millones en 1997 a los 147 millones de personas en el año 2007. Los analistas lo encuentran muy representativo y hablan de revolución en el sector, inician la búsqueda de nuevas estrategias, productos para captar la atención de este interesante nicho de mercado. Dicha tendencia es achacada a un significativo cambio en los hábitos de vida de la población.

A la zaga de la imagen victimista de la vejez, esta nueva concepción del envejecimiento rechaza la imagen clásica y decadente de la vejez, no se identifican como “viejos” (Bazo, 1990). De este modo existe una discrepancia entre la imagen social y la concepción personal objetiva del *woof*, no se equiparan con la imagen ofrecida por consenso en la sociedad (Pinazo y otros, 2010). Siguiendo las conclusiones de Bradley y Longino (2001) la percepción inadecuada que transmiten los medios sobre los adultos mayores al público consolida la imagen frágil y dependiente del periodo de la vejez. El extremismo de los medios en su tratamiento a la vejez (Van Norman, 2010) están propiciando apreciaciones estereotipadas y negativas limitando el proceso de envejecimiento activo.



Fig. 1 Caracterización temática de los woof

Lo que verdaderamente se necesita es presentar la diversidad que existe en el envejecimiento procediendo con precaución en los mass media (Cutter, 2001).



Moreno Toledo, Díaz Henche, Toipa, Medina Armenteros, Brás Martins, Del Avellanal Calzadilla

Envejecer activamente: claves

Tal y como manifiesta la OMS (2002), el envejecimiento activo pretende aumentar la calidad de vida de las personas. Estamos habituados a asociar este concepto solo a aquellas personas que se encuentran sanas y activas en la vejez, dejando a un lado a aquellos mayores dependientes o con algún tipo de patología. No obstante, se hace referencia a todas las personas mayores sin exclusión por enfermedad o necesidad de asistencia. Se trata de mantener la autonomía y calidad de vida en todo adulto mayor a pesar de la enfermedad. Cada persona de manera individual deberá procurar mantener su situación o mejorarla con el objetivo de intentar garantizar la máxima autonomía y calidad de vida durante el mayor tiempo posible.

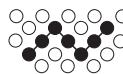
El concepto de envejecimiento activo por lo tanto implica una actuación multidisciplinar e interdisciplinar. Aprueba a cada persona a darse cuenta de su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo del curso de su vida. Por lo tanto, el envejecimiento activo tiene como objetivo mantener la autonomía e independencia, tanto en términos de las actividades básicas y actividades instrumentales de la vida diaria, mejora de habilidades y una mayor calidad de vida y salud (Sanhueza y otros, 2005).

Los determinantes fundamentales del envejecimiento activo fueron categorizados en : *Asistenciales* (mediante políticas sanitarias y de servicios sociales destacando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades), *Conductuales* (Adopción de estilos y hábitos saludables así como la participación social), *Personales* (determinantes biológicos y genéticos así como factores psicológicos), los relativos al *entorno* (siendo éste físico – condiciones medioambientales o social – apoyo social) o *económicos* (ingresos) (OMS, 2002).

Estos determinantes están relacionados con el individuo, la familia y la comunidad más amplia. Hay diversos tipos de factores. Los determinantes transversales: son la cultura y el género. La cultura es una manera interesante de entender la estructura de envejecimiento activo. Otro factor cultural se relaciona con la forma en que vemos el concepto de la familia: las generaciones que pertenecen a la misma familia o familias más pequeñas, centralizadas sólo en las generaciones más jóvenes, actúan desempeñando activamente su rol social (Martínez Rodríguez, 2006).

En cuanto a los factores relacionados con los sistemas de salud y servicios sociales pueden hablar sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades (Hoskins y otros, 2005) . Es importante tener un funcionamiento y una buena coordinación entre los servicios sociales y de salud, sin discriminación de edad. Tener acceso a la prevención primaria, secundaria y terciaria igualmente es fundamental para ofrecer un envejecimiento activo a cada persona (Arechavala, 2007). Asimismo factores conductuales son fundamentales para la existencia de un envejecimiento activo y se reportan para cada persona. Ejemplos de ello son: la actividad física; fumar; alimentación; el uso de drogas. De acuerdo con varios estudios de la adopción de estilos de vida saludables es importante para una buena calidad de factor de la vida. Nunca es demasiado tarde para empezar una actividad física, sino también nunca es demasiado tarde para dejar de fumar. Tener una dieta saludable previene la aparición de la enfermedad.

De la misma manera hay factores relacionados con el entorno físico y social, tales como el nivel de seguridad de donde vive la persona, puede aumentar o disminuir el riesgo de caídas. El acceso al agua limpia y aire puro es especialmente importante para los grupos vulnerables y con el sistema inmunológico más debilitado. Evitar condiciones de estrés e incertidumbre y el trabajo en metas personales, posibilitan dicha condición en términos de teorías motivacionales (Smith, 1999). El tipo de apoyo social que cada persona tiene acceso también interfiere directamente con el envejecimiento de cada persona. El poder económico sigue siendo uno de los principales factores que determinan el envejecimiento activo de una persona mayor. Las personas más



El anciano woof o perfil simbólico del envejecimiento activo y saludable

vulnerables son aquellos que tienen una jubilación más baja tienen poco acceso a programas de protección social y tienen dificultades para el acceso al trabajo en la vejez.

Estilo de vida y hábitos saludables: "woof-life"

Actualmente se habla de la cuarta edad, aquella que representa a las personas con ochenta o más años y constituye la porción de la población que establece un mayor ritmo de crecimiento europeo (Silva, 2009). Estos cambios en la población concurrieron en retos para el gobierno, la sociedad, y en un nivel más personal, las propias familias (DGS, 2006).

El envejecimiento, según Fernández-Ballesteros (2004), es el carácter heterogéneo e individual que se traduce en un proceso que es consecuente en muy diversas trayectorias y resultados. Estos resultados se derivan de las modificaciones que sufren con la edad avanzada, y que pueden dar lugar a un cambio notable en la eficacia y eficiencia tanto a nivel individual, como a nivel biológico o incluso a nivel cultural.

Margoshes (1995) postula cinco componentes esenciales que pueden garantizar un envejecimiento exitoso incluso en ambientes hostiles: a) la actividad mental positiva; b) la exposición del mismo a desafíos permanentes; c) estimulación cognitiva; d) la satisfacción emocional y, finalmente, e) el mantenimiento de un estilo de vida saludable cultivado durante la edad adulta (Fonseca, 2005).

En el envejecimiento, es importante mantener la autonomía y la interdependencia. Dado el envejecimiento se produce en un contexto donde otras personas están involucradas (familia, amigos, colegas, vecinos), la solidaridad y la interdependencia entre las generaciones son importantes para el envejecimiento activo (OMS, 2002). La calidad de vida que las personas mayores tienen depende no solo de los riesgos y oportunidades que surgen en la vida, sino también la forma en que las generaciones más jóvenes proporcionan ayuda mutua y el apoyo a las personas mayores cuando más lo necesitan (OMS, 2002). Para la Organización Mundial de la Salud la forma en que aborda el envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y los principios de independencia, participación, dignidad, atención y auto-realización establecidos por las Naciones Unidas.



Fig.2. Descripción social del anciano woof



Moreno Toledo, Díaz Henche, Toipa, Medina Armenteros, Brás Martins, Del Avellanai Calzadilla

En cuanto a los factores conductuales y personales varios estudios longitudinales sobre el envejecimiento activo que incluyen hábitos saludables como la actividad física regular, una dieta controlada, el consumo moderado de alcohol y no fumar como determinantes. Sin embargo, los mismos estudios también indican que estos hábitos se consideran importantes en estilos de vida saludables a lo largo del ciclo de vida y no sólo en la vejez (Fernández-Ballesteros, 2008).

Básicamente contemplar la vejez como un tiempo productivo y una etapa de culminación en la satisfacción de necesidades tanto materiales como de crecimiento personal. De esta manera el anciano *woof*, delimita sus oportunidades albergadas en su nivel socioeconómico (siendo este decisivo para determinar el adecuado disfrute de esta condición) (Mendía Gallardo, 2002) para así lograr su capacidad de emancipación y la participación en la vida social (CEPE, 2009).

Asimismo, la jubilación representa para este colectivo un periodo de transición (Cassidy, 1982) proyectado a la actividad, la funcionalidad y el disfrute del ocio orientado al incremento de la calidad de vida (Rojo-Pérez y Fernández-Mayoralas, 2011). El ocio conlleva un amplio beneficio en el proceso de envejecimiento (Meeks y otros, 2011) junto a los hábitos alimenticios y nutricionales (Canalejo y otros, 1997), la sensación de autonomía y libertad (Butler y Schechter, 1995), valores, creencias y actitudes (Pinazo y otros, 2005) así como mantener un adecuado apoyo social percibido y un compromiso social (Balters y Carstensen, 1996).

De igual modo el *woof-life* se encuentra sostenido en la filosofía del crecimiento personal y el fomento de la creatividad, en este sentido oportunidades formativas tales como talleres, cursos, actividades (1) o encuentros culturales, el turismo o el aprendizaje en el uso de las nuevas tecnologías representan un estilo de vida activo e inquieto de una etapa significativa del desarrollo vital. Por tanto, una valoración subjetiva de satisfacción personal con este periodo, según afirma Lehr (1982) proporciona un bienestar significativo en la vivencia del envejecimiento exitoso.

El uso de las nuevas tecnologías TIC (Pérez Serrano, 2012) encarnan una nueva herramienta facilitadora de las relaciones sociales, de la educación y el aprendizaje. El abordaje de este recurso rico en posibilidades constituye un significativo papel en nuestra sociedad actual y cada vez más una coyuntura de crecimiento para nuestro mayores.

La promoción de estilos de vida saludables durante el ciclo de vida depende de un complejo proceso de autorregulación psicológica que determina la adopción de dichos hábitos (Bandura, 1997, 2005, citado en Fernández-Ballesteros, 2008). Los componentes psicológicos de la emoción y la motivación respectivamente (Maes y Karoly, 2005), importantes para el desarrollo y sustento de la salud física (Fernández-Ballesteros, 2008). Siguiendo a Vellas (1996), enfatizar el mantenimiento de las capacidades funcionales a tres niveles (físico, activación cerebral y desarrollo socioafectivo), un adecuado estado nutricional, seguir un proyecto de vida sugestivo y un ambiente estimulante.

Por lo tanto, dada la creciente esperanza de vida y el consiguiente aumento del número de personas de edad avanzada, el alcance de un envejecimiento activo y exitoso es un objetivo de la vida, no sólo es deseable a alcanzar a nivel individual, así como la familia y la sociedad. La promoción del envejecimiento activo, además de cumplir con los procesos patológicos presentes sobre todo en la vejez, persigue optimizar las condiciones ambientales a través de intervenciones multidisciplinarias dado así los procesos biopsicosociales presentes a lo largo del ciclo de vida (Fernández-Ballesteros, 2008).



El anciano woof o perfil simbólico del envejecimiento activo y saludable

La productividad social (Butler y Schechter, 1995) junto a la actividad y la búsqueda de la independencia permiten un envejecimiento productivo. Consecuentemente, la actividad física regular, un tipo de dieta mediterránea equilibrada, beber con moderación y hábitos no fumadores se consideran predictores del envejecimiento saludable. Pero, más importante aún, introducir estos hábitos durante la vejez todavía tiene resultados positivos para el individuo, por lo que nunca es demasiado tarde para mejorar los comportamientos de salud y condición física.



Fig. 3. Claves del envejecimiento activo.

(1) Ocupacionales, creativas, artesanales, manuales, formativas, culturales, recreativas, deportivas, espectáculos, viajes, políticas, religiosas, comunitarias, intergeneracionales, etc (Bermejo García, 2010)

Referencias

- Adams, J.H. (2008). Creating Community. An action plan for parks and recreation. California Park & Recreation society. Human Kinetics.
- Arechavala, M.C. (2007). Promoción en salud y envejecimiento activo. Medwave, 5; 7 (4).
- Bailey PE, Henry JD, Von Hippel W. Empathy and social functioning in late adulthood. Aging Ment Health 2008; 12: 499-503.
- Baltes, M. M. y Carstensen, L. L. (1996) The process of successful ageing. Ageing and Society, 16, 397-422.
- Bazo, M.T. (1990): La sociedad anciana. Madrid: Siglo XXI.



Moreno Toledo, Díaz Henche, Toipa, Medina Armenteros, Brás Martins, Del Avellanal Calzadilla

- Bermejo García, L. (2010). Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores. Guía de buenas prácticas. Ed. Médica Panamericana.
- Bradley, D. E., Longino, C. F. (2001) .How Older People Think About Images of Aging in Advertising and the Media", Generations, Journal of the American Society on Aging, Fall, volume xxv,3,17-21.
- Buhr, A. (2011). Vertrieb geht heute anders: wie Sie den Kunden 3.0 begeistern. GABAL Verlag, Offenbach. p 160.
- Butler, R. N. , y Schechter, M. (1995). Productive aging. In G. L. Maddox (Ed.), The encyclopedia of aging(763-764). New York: Springer.
- Cabrera Ponce, I. (2004). El tiempo de nuestra dicha. Ensayo en torno a la tercera edad. RIL Editores. Chile.
- Canalejo, G.C; Gámez, G.G.; Gutiérrez II, Latorre FI, Márquez, MJ; Ruíz MT. Los hábitos nutricionales en la vejez. Gerokomos, 1997. VIII (21): 132-138.
- Cassidy, M.L. (1982). The effects of retirement on emotional well-being: a comparison of men and women. Tesis de doctorado. Pullman: Washington State University.
- Castañeda, J. (2009). Patología urbanas: Ecografía de una sociedad desestructurada.UOC.Barcelona.
- CEPE. Situar el envejecimiento en una posición relevante. Informe N°1 de Políticas sobre el envejecimiento. (Comisión económica de las Naciones Unidas para Europa). (Noviembre de 2009). [Fecha de consulta: 12 de Septiembre 2014]. Disponible en:
http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_briefs/Spanish/ECE.WG.1.1.pdf.
- Cornachione Larrinaga, M.A. (2008). Vejez: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales. 2ª Edición. Ed. Brujas. Argentina.
- Cutter, J.A. Working with local media to influence coverage of aging. Generations. Vol. 25, No. 3 , Fall 2001.
- Datamonitor. (Septiembre de 2007) [Fecha de consulta: 9 de Junio 2014]. Disponible en:
<http://www.datamonitorconsumer.com/>.
- DGS, Direcção-Geral da Saúde (2006). Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas. Lisboa.
- Dutton, Holly. Well Off Old Folk head back to city in droves. Brookers Weekly. (Junio de 2013). [Fecha de consulta: 12 de Junio 2014]. Disponible en: <http://www.rew-online.com/2013/06/26/well-off-old-folk-head-back-to-city-in-droves/>.
- Economic Research Service (1992) _____ US. Department, p. 638.
- English, Taunya. In media, seniors fight old and new stereotypes .(Mayo de 2012). [Fecha de consulta: 7 de Agosto 2014]. Disponible en: <<http://www.newsworks.org/index.php/local/healthscience/39185-in-media-seniors-fight-old-and-new-stereotypes>>.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Gerontología social: una introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), Gerontología social, pp. 31-54. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). Active aging. The contribution of psychology. Gottingen: Hogrefe & Huber.
- Fernández-García , T.; Ponce de León-Romero, L. (2013).Envejecimiento activo: recomendaciones para la intervención social desde el modelo de gestión de casos. UNED. XIII-1, 87-97.
- Fonseca, A., (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paul, & A. Fonseca (Coords.), Envelhecer em Portugal: psicología, saúde e prestação de cuidados (pp. 281-311). Lisboa: Climepsi Editores.
- Gerardi, E. y Peirone, L. (1991). UNITRE, ovvero educare alla salute. In Regione Piemonte (Ed.) Convegno Nazionale di Studio "Cultura e Terza Età" (Torino, 17-18, Novembre 1989). Torino: Regione Piemonte, 105-117.
- Giró, J. (Coord.). (2011). Envejecimiento activo. Envejecimiento en positivo. Universidad de la Rioja. Servicio de Publicaciones. Logroño.
- Gresham,S.D. , Oransky, A.S. (2008). The new managed account solutions handbook. How to build your financial advisory practice using managed account solutions.John Wiley & son inc. New Jersey.
- Hoskins, I; Kalache, A y Mende, S. (2005). Hacia una atención primaria de salud ajustada a las personas de edad. Rev. Panam. Salud Pública. 17 (5/6), 2005.



El anciano woof o perfil simbólico del envejecimiento activo y saludable

- Jardine,Kay. Advertising's tail now wags for the Woofs; That's Well-Off Older Folks to you. The Herald. (Mayo de 2002). [Fecha de consulta: 24 de Julio 2014]. Disponible en: <<http://www.highbeam.com/doc/1P2-23503030.html>>.
- Laundry, Stuart. Well-off older folk urged to donate winter fuel payment to needy.(Noviembre de 2012). [Fecha de consulta: 21 de Mayo 2014]. Disponible en:
<http://www.thenorthernecho.co.uk/news/local/southdurham/barnardcastle/10069781.Well_off_older_folk_urged_to_donate_winter_fuel_payment_to_needy/?ref=arc>.
- Lehr, U. (1982). Socio- psychological correlates of longevity. Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 3, 102-147.
- Limón Mendizabal, R. (2009) Estrategia educativa en la salud de las personas mayores. En Perea Quesada, R. (Ed.) (2009). Promoción y educación para la salud. Tendencias innovadoras. Madrid. Ediciones Díaz de Santos
- Maes , S and Karoly, P. (2005). Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness. A review. Applied Psychology: An international review, 54; 267-299.
- Margoshes, P.(1995). For many, old age is the prime of life. Monitor, May 1 995, 36-37.
- Martínez Rodríguez, T. (2006). Envejecimiento activo y participación social en los Centros Sociales de Personas Mayores, pp. 47-61. Serie Documentos Técnicos de Política Social, núm. 17. Gobierno del Principado de Asturias.
- Meeks TW, Herrera AP, Dawes SE, Hernandez DM, Thompson WK, Sommerfeld DH, Allison MA, Jeste DV. Emotional and cognitive health correlates of leisure activities in older Latino and Caucasian women. Psychol Health Med. 2011 Dec;16(6):661-74.
- Mendiola Gallardo, R. (2002). Animación sociocultural de la vida diaria en la tercera edad. Servicio Central de publicaciones del gobierno vasco. Departamento de Trabajo y Seguridad Social.
- Monteagudo M.J; Cuenca Amigo, J. San Salvador del Valle, R. coords. Aportaciones del ocio al envejecimiento satisfactorio. Documentos de Estudios de ocio.Nº 50. Universidad de Deusto.Bilbao. (2014)
- Moschis, G.P and Mathur, A. (2007). Baby boomers and their parents: Surprising findings about their lifestyles. Paramount Market Publishing Inc. New York.
- Moyes, Stephen. We are turning into a nation of WOOFs; (WELL OFF OLDER FOLK). The Mirror, (Mayo de 2002). [Fecha de consulta: 30 de Julio 2014]. Disponible en:
<<http://www.thefreelibrary.com/We+are+turning+into+a+nation+of+WOOF%3B+%28WELL+OFF+OLDER+FOLK%29.-a085658397>>.
- Neri A, Cachioni M. Velhice bem-sucedida e educação. En: Neri A, Debert G. Velhice e Sociedade. Campinas: Papirus; 1999. pp. 113-140
- Oblitas Guadalupe, L.A. 2010. Psicología de la salud y calidad de vida. Lenguage Learning Editores SA. 3^a Edición. Mexico.
- OMS (2002). Envejecimiento activo. Ginebra. Organización Mundial de la salud. – (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Contribución de la Organización Mundial de la Salud a la segunda asamblea de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento. Rev Esp Geriatr Gerontol, 37(S2), 74-105.
- Peel, N.M., McClure, R.J., y Bartlett, H.P. (2005). Behavioral determinants of health ageing. American Journal of Preventive Medicine, 28, 298-304.
- Pérez Serrano, G. (2012). Conclusiones del I Simposio Internacional sobre envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional: Claves para un envejecimiento activo. (22-24 Noviembre). Imserso/UNED. Madrid.
- Pinazo, S. y Sánchez, M. (dir) (2005). Gerontología: actualización, innovación y propuestas. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Pinazo, S; Lorente, X; Limón, MR et al (2010). Envejecimiento y aprendizaje a lo largo de la vida. En L. Bermejo (Ed.) Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores. Guía de Buenas prácticas (pp. 22-10). Madrid : Médica Panamericana.



Moreno Toledo, Díaz Henche, Toipa, Medina Armenteros, Brás Martins, Del Avellanal Calzadilla

- Pinazo Herrandis, S. (2012).Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional. En Pérez Serrano, Mg (Coord). Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional : Claves para un envejecimiento activo. Universidad Nacional de Educación a distancia. Uned.
- Rojo-Pérez, F.; Fernández-Mayoralas, G. (Eds.) - Calidad de Vida y Envejecimiento: la visión de los mayores sobre sus condiciones de vida - Fundación BBVA - 2011 - 394pp.
- Roth,N.(2009). Aging gracefully with dignity,integrity and spunk intact:Aging defiantly. Authorhouse.
- Rowe,J.W.,y Khan, R.L. (1987). Human aging: Usual and successful. Science.
- Sanhueza, M; Castro, M. y Merino, J.M. (2005). Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud. Ciencia y enfermería, 11 (2), 17-21.
- Scales J, Scase R (2000) Fit & Fifty? Report prepared for the Economic & Social Research Council EPSRC, Swindon, UK
- Simposio Panamericano sobre envejecimiento y salud. OPS y Ministerio de salud en Quebec. Quebec. (Diciembre de 2001).
- Silva, S. (2009). Envelhecimento Activo: Trajectórias de Vida e Ocupações na Reforma. Tese de Mestrado. Faculdade de Economia - Universidade de Coimbra, Portugal.
- Smith, J. (1999).Life planning: anticipating future goals and managing personal development. En J. Brandstatter & R.M. Lerner (Eds.) Action ans self-development: theory and research through the life span (pp 223-255). Thousand Oaks:Sage Publications.
- Sterling, B. The semantic joys of market segmentation [En línea]: documenting electronic sources on internet. 2007. [Fecha de consulta, 25 Agosto 2014]. Disponible en : <<http://www.wired.com/2007/11/the-semantic-jo/>>
- Stevenson T.(2003). Datamonitor marketing survey cited in Glad to be Grey. The Observer Magazine, 5 October, UK.
- Taylor, R. (2001). Aprendizaje de por vida en la educación superior en Europa occidental:¿mito o realidad?. Educación de adultos y desarollo. 56, 143-166.
- Van Norman, K. (2010).Exercise and Wellness for Older Adults-2nd Edition. Paper Book.
- Vellas, P. (1996) Envejecer exitosamente: concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva más positiva. Salud Pública de México (38) 6, 513-522
- Vesperi, M. D.(2001) .Media, Marketing, and Images of Aging of the Older Person in the Information Age, Generations, Journal of the American Society on Aging, Fall, volume xxv, 3, 5-9.ativas con personas mayores. Guía de Buenas prácticas (pp. 22-10). Madrid : Médica Panamericana.



La amistad entre las personas mayores que viven en una residencia: un estudio exploratorio-correlacional

Estefania Martin Zarza (1)

Resumen

Introducción: La amistad es el vínculo menos estudiado en la vejez, y especialmente en aquellas personas que viven en residencias. Los objetivos de este estudio son: (1) Determinar el porcentaje de personas que afirman tener amistades dentro de una residencia; (2) Explorar la relación entre tener amigos dentro de la residencia y determinadas variables como edad, género, estado civil, estado cognitivo, barreras a la comunicación, forma de desplazamiento, participación en talleres grupales, zona de comidas, tipo de habitación, frecuencia de visita de familiares, visita de amistades de fuera, tiempo en la residencia y salud subjetiva.

Método: Participaron 51 sujetos (37 mujeres) residentes en un centro residencial de Zamora. La media de edad era de 84.59 años. Ninguno presentaba deterioro cognitivo moderado o grave. Los datos sobre las variables de interés se recogieron de los informes y de un cuestionario especialmente diseñado para ello. **Resultados:** Se realizaron tablas de contingencia y pruebas chi-cuadrado de independencia. El 41.2% de los participantes afirmó tener amigos íntimos o de confianza dentro de la residencia. El valor $\div 2$ de la variable visita de amigos de fuera fue el único que resultó estadísticamente significativo ($\div 2(1)=12.833$; $p<0.01$).

Conclusiones: Más de la mitad de los participantes afirmó no tener amigos íntimos dentro de la residencia. Los centros deberían tener en cuenta este dato en sus políticas de actuación. En futuros estudios deberían explorarse otras variables individuales como posibles mediadoras.

PALABRAS CLAVE: Gerontología, Residencia, Interdisciplina, formación profesional.

Abstract

Introduction: Friendship is the less studied link during old age and especially for those elderly people living in old people's homes. The Objectives of this study are: (1) To determine the percentage of people stating not having friends inside an old people's home. (2) To explore the link between having friends inside the old people's home and some specific variables like age, gender, marital status, cognitive status, barriers to communication, means of travel, participation in group activities, dining area, room type, frequency of family visits, visits of external friends, time spent in the center and subjective health. **Method:** Some 51 people (37 women) living in a nursing home of Zamora (Spain) participated. Their mean age was 84.59years old. No one presented moderate or serious cognitive impairment.

**Nº2 ISSUE
DICIEMBRE 2014**

Recibido:
25/09/2014

Aceptado:
29/10/2014



La amistad entre las personas mayores que viven en una residencia: un estudio exploratorio-correlacional

Data about all the variables of interest were taken from medical reports and from a specific questionnaire designed for this study. Results: Contingency tables and chi-square tests of independence were made. 41.2 % of the participants stated having close friends inside the old people's home. The $\div 2$ value of the variable visits of external friends was the only one which showed statistical significance ($\div 2(1)=12.833; p<0.01$).

Conclusions: More than half of the people stated not having friends inside the old people's home. All the centers should take this into consideration regarding their action policies. Future studies should explore other individual variables as possible mediators.

KEYWORDS: Elder; friendship; nursing home; institutionalized elderly.

Introducción

El ingreso de las personas mayores en centros gerontológicos residenciales conlleva en muchos casos, no sólo una pérdida de su autodeterminación, sino también de sus relaciones sociales. Diversos estudios han mostrado el efecto positivo de la integración social y unas fuertes relaciones sociales sobre la salud, en la población mayor (IMSERSO, 2007).

* *La amistad*

La amistad es el vínculo social por excelencia, asistiendo decisivamente a cubrir necesidades lúdicas, de apoyo, comunicación e identidad. El vínculo de la amistad se ha estudiado menos que otros, como puede ser el apego, y cuando se ha hecho se ha centrado en niños y adolescentes dejando de lado otras etapas del ciclo vital. Al mismo tiempo, existe una gran laguna en la definición cultural de la amistad, ya que ni viene determinada por una relación de sangre, como los familiares, ni por la residencia, como los vecinos. En numerosos estudios, ni siquiera se distingue entre amigos y vecinos, cuando estos últimos pueden convertirse en lo primero, y los primeros en los segundo. Típicamente el amigo se describe como confidente, íntimo o quien entiende nuestras ideas (Adams y Bleiziger, 1989). Algunos autores confirmaron la dificultad para definir los componentes del concepto amistad con personas mayores (Adams y cols, 2000).

Ante esta laguna, en los estudios se ha optado por tres caminos: 1) dejar la palabra a la interpretación de los sujetos; 2) limitar la definición de amistad en alguna dirección; 3) utilizar métodos inductivos para que el término sea entendido, como se quiera para ese estudio.

El reverso de una adecuada red social sería la soledad social. En correspondencia con la teoría de las necesidades interpersonales de López (2005), al individuo no le es suficiente con disponer de una o varias figuras de apego y una familia, sino que tiene también la necesidad de ampliar su mundo de relaciones con los iguales y con la comunidad. Esta necesidad se satisface a través de las relaciones con los iguales, los vínculos de amistad y el sentimiento de pertenencia a un grupo. En la vejez las necesidades interpersonales (emocional, social y amorosa/sexual) se ven comprometidas por la pérdida de personas o cambios en el ambiente, siendo un compromiso de la comunidad y de las residencias, el mediar en que esto ocurra en la menor medida posible.

* Variables sociodemográficas relacionadas con la amistad

Según los datos recogidos por el IMSERSO (2005), las relaciones de amistad disminuyen según se avanza en el ciclo vital. Con la edad, en general la red social se va reduciendo, siendo notable a partir de los 80 años. La teoría



Estefania Martin Zarza

de la selectividad socioemocional de Carstensen (1993, 1995, 1998) explica que los cambios en la composición de la red social relacionados con la edad no constituyen una pérdida, sino que son el resultado de un cambio motivacional en las metas sociales. Cuando el tiempo por vivir parece limitarse cada vez más, como resultado del avance en la edad cronológica, las metas emocionales se vuelven más importantes, las cuales se satisfacen generalmente por medio de interacciones sociales con las personas selectivamente más cercanas emocionalmente.

Según la encuesta sobre condiciones de vida de los mayores (Adams y Bleiziger, 1989), la frecuencia de contacto con amistades es alta para los dos géneros: más de la mitad de los varones y un 42.5% de las mujeres afirma ver a diario a algún amigo. El 84.3% de la población de 65 años o más consideran que la amistad tiene mucha o bastante importancia. Las personas casadas tienen más relaciones de amistad que las solteras y otras personas que viven solas, quizás debido a que tener una pareja impulsa a la sociabilidad y se suman las amistades de ambos miembros de la pareja. Los solteros suelen conservar más las amistades de toda la vida, los divorciados afirman tener más amigos que antes, lo que compensa la pérdida de relaciones familiares y son los viudos de ambos性 los más desfavorecidos ya que las amistades que tenían eran en pareja o eran las amistades del esposo. En el hábitat rural se establece más vínculos con vecinos, amigos y otros familiares distintos de los hijos y nietos, por la cercanía y los encuentros casuales.

* El efecto de las relaciones sociales y la salud

En nuestro país, los resultados del estudio “Envejecer en Leganés” muestran que las personas mayores con más vínculos sociales tienen menores probabilidades de mortalidad, deterioro cognitivo, depresión y discapacidad, e incluso mayores probabilidades de recuperación tras una situación de discapacidad (Otero Puime y cols, 2006). La disponibilidad de un confidente se demuestra como un fuerte protector de bienestar e incluso mortalidad, y más de un tercio de los mayores de Leganés dicen no tenerlo.

* Las residencias de mayores como hábitat

En España se estima que entre un 1.2 y un 3% de las personas mayores de 65 años viven en centros residenciales. La edad se relaciona con este hecho, ya que de los 65 a los 74 años sólo el 0.4% de españoles vive en residencias, seguido del 1.5% del grupo de los 75 a 84 y el 4.7% de los mayores de 85 años. En todos los grupos de edad es mayor el porcentaje de mujeres sobre el de hombres (Eurostat, 2001).

Estudios han encontrado un menor ajuste psicosocial de las personas que viven en residencias comparados con las que viven en la comunidad. Este menor ajuste se caracteriza fundamentalmente por una falta de apoyo social en todas sus variantes: red de apoyo, apoyo funcional, reciprocidad, apoyo informal y apoyo formal (Herrero y Gracia, 2005).

* Objetivos

El primer objetivo de este estudio es conocer la situación de las redes de amistad en los centros residenciales de personas mayores. Las motivaciones para este estudio son: (1) El aumento en el número de personas que residen en estos centros, y que pueden llegar a pasar en ellos incluso más de 15 años; (2) La escasez de estudios sobre la amistad en la vejez, y en especial con población institucionalizada. Este estudio exploratorio puede generar información para futuras investigaciones; (3) Su vertiente práctica, es decir, la dotación a estos centros de claves para la puesta en práctica de actuaciones en promoción de la amistad.



La amistad entre las personas mayores que viven en una residencia: un estudio exploratorio-correlacional

El segundo objetivo será conocer si la presencia o no de amistades inter-residentes se relaciona con alguna de las variables incluidas en el estudio (edad, género, estado civil, estado cognitivo, barreras a la comunicación, forma de desplazamiento, participación en talleres grupales, zona de comidas, tipo de habitación, frecuencia de visita de familiares, visita de amistades de fuera, tiempo en la residencia y salud subjetiva).

Debido a la falta de bibliografía sobre amistad en residencias de mayores no se propondrán hipótesis de investigación sino que el estudio será meramente exploratorio. Con población comunitaria, en varios estudios se han encontrado diferencias en las variables sociodemográficas (edad, género, estado civil). Sobre las demás variables podríamos esperar a priori lo siguiente: el contacto con otros residentes, por medio de sesiones grupales, comedor comunitario o habitación doble, pudiera favorecer la formación de mayores lazos de amistad; el tiempo en la residencia pudiera aumentar las posibilidades de hacer amigos; la independencia para desplazarse, la ausencia de deterioro cognitivo y la mejor salud percibida debería hacer más fácil los contactos; y, por último, la visita de otros (familiares o amigos) presumiblemente podría reducir la necesidad de tener amistades dentro de la residencia (concordando con la teoría de la selectividad socioemocional).

MÉTODO

Diseño

El presente estudio es de carácter no-experimental, con una metodología de tipo descriptivo-correlacional de diseño transversal.

Participantes

La población objeto de estudio son las personas mayores que viven en residencias sin deterioro cognitivo o con deterioro cognitivo leve. La muestra para el estudio fue seleccionada por conveniencia, debido a la facilidad de acceso, del Centro Asistencial San Torcuato sito en la localidad zamorana de Villaralbo. El criterio de inclusión fue la residencia en ese centro a fecha 15 de Octubre de 2010 de manera temporal o permanente y el de exclusión un deterioro cognitivo de moderado a grave (medido con el Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (1979) las puntuaciones fueron categorizadas siguiendo las indicaciones de Menéndez y San José (1995) en: sin deterioro (30-35), borderline (25-29) y deterioro cognitivo leve (20-24)). Del total de residentes (101), cumplían los criterios 51, pudiéndose evaluar a toda la totalidad en el intervalo de 15 días. De ellos 14 son hombres (27.5%) y 37 mujeres (72.5%). El rango de edad oscila entre los 55 y los 97 años ($X=84.59$; $SD=8.52$). En cuanto al estado civil nos encontramos con un 60.8% de viudos, un 19.6% de solteros, un 15.7% de casados y un 3.9 % de separados/divorciados. Todos estos descriptivos se pueden ver especificados en la tabla 1 y figura 1.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la recogida de datos fueron:

- Los historiales de los residentes incorporados en un programa informático: edad; género; estado civil; estado cognitivo; barreras para la comunicación (categorizadas para el estudio en ausencia de barreras para la comunicación, problemas auditivos ó problemas de expresión para la comunicación con otros); tiempo en la residencia (registrado por la administración, y categorizado primeramente en períodos de 3 meses hasta los 2 años. La última categoría "más de dos años" se consideró así presumiéndolo un tiempo razonable para haber establecido relaciones de amistad y a partir del cual no se encontrarían diferencias); tipo de habitación (simple o doble); forma de desplazamiento (valorado por el área de enfermería y fisioterapia y categorizado en "necesita de otros para desplazarse" o "es independiente" (ya sea andando o con silla autopropulsada); participación en



Estefania Martin Zarza

talleres grupales (la psicóloga registra la asistencia habitual o no a los talleres grupales); lugar para comer (comedor común o habitación).

- El resto de variables fueron medidas a través de la aplicación de un cuestionario creado con preguntas cerradas. Para ello se les pidió el consentimiento informado y fueron evaluados de manera independiente en sus habitaciones. Para valorar el número de amigos dentro de la residencia se optó por la pregunta: "¿Cuántos amigos íntimos o de confianza considera que tiene dentro de la residencia?" la respuesta se recogía cuantitativamente, aunque post hoc fue categorizada en si/no. Para medir la frecuencia con la que recibían visitas de los familiares, se les preguntó: ¿Con qué frecuencia le visitan sus familiares más cercanos? (Diariamente, semanalmente, quincenalmente, mensualmente o menos de una vez al mes).

De nuevo para saber el número de amistades que le visitan se les preguntaba: "¿Cuántos amigos de fuera de la residencia vienen a visitarle con alguna frecuencia?" y se recogía la respuesta cuantitativamente. Por último para valorar la salud subjetiva se optó por una pregunta tipo likert ¿Cómo considera su estado de salud en general: muy bueno, bueno, malo o muy malo?

Análisis de datos

Se llevaron a cabo análisis descriptivos de los datos relevantes. Para establecer relaciones entre las variables categorizadas, se utilizaron tablas de contingencia y pruebas chi-cuadrado de independencia, aceptando como estadísticamente significativos todos los resultados donde el valor *p* era menor a 0,05. Estos dos análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 18 para Windows. Para la relación entre la variable dicotómica "amigos dentro de la residencia" (sí/no) con la variable escalar "edad" se utilizó el coeficiente de correlación biserial-puntual de Pearson.

Resultados

· Resultados descriptivos

De los 51 sujetos del estudio, un 58.8% respondieron que no tenían ningún amigo íntimo o de confianza en la residencia, frente al 41.2% que respondieron con cualquier número distinto de "0". Como se puede observar en la tabla 2 y tabla 3, cuando considerábamos la variable amigos dentro de la residencia de manera cuantitativa, el rango de puntuaciones oscilaba entre 0-6 y los estadísticos descriptivos como la moda o la mediana se quedaban en el valor "0". Debido a estas características de los datos, se optó ad hoc por convertir la variable en categórica para los análisis de correlación. Así todas las respuestas con el valor "0" se convertirán en "no amigos dentro de la residencia" y el resto de valores en "sí amigos dentro de la residencia".

La variable edad, como se observaba en la gráfica 1, tiene dos puntuaciones alejadas de la media, pero tanto dejándolas como eliminándolas no se encuentran diferencias significativas entre la media de edad de los que afirman tener amigos (83.67) y los que afirman no tenerlos (85.23) ($F(49)=0.171; p>0.05$).

En cuanto al género, el 64.8% de las mujeres y el 42.8% de los hombres afirmaron no tener amigos en la residencia.



La amistad entre las personas mayores que viven en una residencia: un estudio exploratorio-correlacional

En cuanto al estado civil, las categorías con las que se realizaron los análisis 2 fueron tres, dejando fuera a los dos sujetos separados/divorciados ya que sus frecuencias esperadas en las tablas de contingencia podrían perjudicar la seguridad de interpretación.

En relación a la variable "barreras a la comunicación" se realizó la misma operación de re-categorización que con la variable estado civil, dejando fuera a los 3 sujetos con problemas de comunicación. Para las dos categorías restantes se encontraron porcentajes dispares en cuanto a "sí amigos dentro de la residencia", del 20% para los que tenían problemas auditivos frente al 44.7% para los que no lo tenían.

De nuevo para poder analizar la variable "tiempo en la residencia" por medio de tablas de contingencia y prueba 2, se tuvo que reagrupar en 3 categorías (menos de un año, entre un año y dos y más de dos años) por encontrar un 80% de frecuencias esperadas menores de 5. Sus porcentajes en "sí amigos dentro de la residencia" son inesperados con más porcentajes de "sí amigos", entre los que llevan menos de una año (50%) que los que llevan más de dos (39.3%).

En referencia a la variable "estado cognitivo", también se agruparon el deterioro cognitivo leve y el borderline. Los datos muestran una clara tendencia a la diferencia en "sí amigos en la residencia" entre los que no tienen ningún tipo de deterioro cognitivo y los que empiezan a tenerlo, con un porcentaje respectivamente del 50% y el 26.3%.

Sobre la variable "forma de desplazarse", el 41.2% de la población de interés es independiente en sus desplazamientos. Además estos disponen de menos de amigos dentro, con un 52.3% frente al 63.3% de carencia entre los que necesitan de otros para desplazarse.

En cuanto a las variables que implican compartir con otros el espacio nos encontramos: 36 sujetos que comparten habitación, los cuales disponen de menos amistades (61.1%) que los que tienen habitación simple (53.3%); 13 sujetos que comen en una sala común, cuyos porcentajes en "sí amigos" es mayor que en los que comen en su habitación (53.8% frente a 36.8%); y 31 sujetos que participan en talleres grupales habitualmente, cuya presencia de amigos es mayor que los que no participan (65% frente al 54.8%).

Las respuestas sobre salud percibida o subjetiva por la población se distribuyen en frecuencia hacia el polo de buena salud, aunque como es de esperar con tendencia al centro.

Y por último, en relación a las variables que implican contacto con otros, nos encontramos con que aproximadamente la mitad de la población recibe visitas regulares de amigos de fuera y la otra mitad no. En cuanto a la visita de familiares el 29.4% recibe visitas diarias de algún familiar, el 37.2% semanalmente, el 21.6% quincenal o mensualmente y el 11.8% menos de una vez al mes.

Correlaciones

Tras recodificar alguna de las variables y realizar tablas de contingencia, como se ha indicado anteriormente, se aplicó la prueba Chi-cuadrado (2) y los valores obtenidos sólo permitieron rechazar hipótesis nula en el caso de la variable "visita de amigos de fuera" (ver tabla 4). Es decir, que entre las variables "amigos dentro de la residencia" y "visitantes de amigos de fuera" se obtuvo un valor $2(1)=12.833$; $p<0.01$, pudiendo afirmar que existe relación entre ellas (ver figura 2).

El grado de esta relación medido con el estadístico Phi (es interesante (0.502), mostrándose una relación positiva y significativa ($p=0.000$). En cuanto a las medidas direccionales usando el estadístico coeficiente de incertidumbre, cuando la variable "amigos dentro de la residencia" es la variable dependiente el valor es de 0.197. Por consiguiente, la incertidumbre se reduce en un 19.7% cuando utilizamos los valores de la variable "visita de amigos de fuera" para predecir los valores de "amigos dentro de la residencia". Este valor no es muy alto, pero como el error asintótico es pequeño y el valor del estadístico de contraste es de 2,002, hace



Estefania Martin Zarza

significativa la reducción de incertidumbre ($p=.000$) (Ver tabla 5 y tabla .6).

En cuanto a la relación entre la variable “amigos dentro de la residencia” y la variable cuantitativa edad, se analizaron los datos con el coeficiente de correlación biserial puntual, no encontrándose correlación entre las variables ($r_{bp}=0.075$).

Discusión

Conocer la cantidad de vínculos de amistad entre las personas mayores que viven en residencias y su relación con determinadas variables puede ayudar a los profesionales de estos centros a desarrollar políticas que mejoren estos vínculos con demostrados beneficios para la salud integral de estas personas.

Algo más de la mitad de los sujetos del estudio afirman no tener ningún amigo íntimo o de confianza en la residencia, dato de por sí preocupante si tenemos en cuenta que en la comunidad el porcentaje de respuestas de ausencia de amigos es sólo del 20% (Adams y Bleizger, 1989).

Sólo la variable “visita de amigos de fuera” ha mostrado una relación significativa con tener amigos dentro. Pero esta relación no es en la dirección esperada. Basándonos en la teoría de la selectividad socioemocional, a priori, esperábamos, que la visita tanto de familiares como de amigos con cercanía emocional, disminuyera la necesidad de relacionarse con personas nuevas. Pero la relación encontrada es positiva, las visitas de amigos de fuera se relaciona con la presencia de amigos dentro.

Esto puede hacernos pensar en la influencia de variables intrínsecas a la persona como mediadoras para explicar las amistades fuera y dentro, y que no han sido estudiadas. Estas pudieran ser determinadas características de personalidad estables de la persona, como la sociabilidad, el estilo de apego, la extraversion, expectativas hacia la amistad ó mismamente el desarrollo o no de determinadas habilidades sociales a lo largo de la vida. Algunos autores (Tec y Granick, 1959; Weinstock y Bennett, 1971) observaron que los ancianos que ya estaban aislados antes de ingresar en una residencia geriátrica presentaban una gran dificultad para interactuar con sus compañeros y con el personal, frente a otros ancianos que no estaban aislados ya antes del ingreso residencial, haciéndoles pensar que los ancianos inactivos y aislados se vuelven menos capaces socialmente (Sobejano y otros, 2000).

Pero las afirmaciones que estamos haciendo conlleva un salto cualitativo en nuestro estudio ya que no hemos medido “número de amigos de fuera” sino “visitas de amigos de fuera”. La “visita” de amigos de fuera no es sinónimo del “número” de amigos de fuera, incluso la falta de visitas no es sinónimo de falta de amigos fuera, y más teniendo en cuenta que a esta edad las dificultades para hacer visitas son mayores.

Además una de las variables no incluidas en el estudio y que had hoc se ha considerado relevante, es el contacto telefónico tanto con amigos como con familiares. La edad, sobre todo a partir de los 85 años, aumenta las comunicaciones telefónicas para ambos sexos, compensando la disminución de contactos sociales directos que ocurren con la edad (IMSERSO, 2005).

La falta de relación con el resto de variables también nos genera información. Así, ni las incapacidades funcionales (hipoacusia, deterioro cognitivo leve o necesidad de otros para desplazarse), ni la mala salud percibida deben considerarse una barrera para que estas personas se relacionen con otros.

En cuanto a aquellos aspectos modificables por los centros residenciales, encontramos que la motivación por hacer que los residentes comparten espacios (habitación, comedor, talleres) no se relaciona con tener amigos. Queda para futuros estudios, comprobar si para hacer amistades es insuficiente el compartir espacios con



La amistad entre las personas mayores que viven en una residencia: un estudio exploratorio-correlacional

tintes formales (entradas, salidas y tiempos establecidos), siendo importante compartir espacios menos formales, como los salones de ocio, las zonas de espera, etc. Además la observación in situ también nos ha llevado a vislumbrar la posible influencia de otra variable. Durante los horarios de visitas informales hay familiares o cuidadores de diferentes residentes que se juntan entre sí en un mismo espacio para charlar, pudiendo generar amistades entre los residentes.

Podemos hacer referencia a una serie de limitaciones en el estudio. El carácter temporal o permanente de las estancias en el centro puede estar influyendo en los resultados, ya que si una persona sabe que su estancia es limitada en el tiempo tendrá expectativas diferentes en cuanto a la amistad que otra que sabe que su estancia es permanente. Esta variable no se pudo medir ya que en muchos casos los residentes desconocían el tiempo de estancia y en otros casos una condición establecida a priori podía variar por las circunstancias.

Otro aspecto muy importante que no se ha tenido en cuenta es que se han valorado las amistades presentes y no el número de vínculos de amistad creados en la residencia desde que el sujeto vive allí. Es decir, es de esperar que en una residencia donde la media de edad ronda los 85 años, muchos de los sujetos hayan establecido amistades que han perdido con el tiempo por el fallecimiento de una de las partes.

En cuanto a la generalización de los datos sólo la diferente estructuración de los espacios u otras variables específicas de cada centro puede hacernos tomar la generalización con cautela.

Teniendo en cuenta estas indicaciones, queda para el futuro un gran trabajo de investigación que incluya variables más precisas (número de amigos de fuera, duración de la amistad, amistades gestadas en la residencia desde que se vive en ella, etc.) y explore la mediación de variables intrínsecas a la persona (personalidad, sociabilidad, habilidades sociales...), permitiendo a los profesionales de los centros conocer las bases sobre las que asentar programas de intervención que mejoren un vínculo único e irremplazable "la amistad".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, R. G., & Bleiziger, R. *Older Adult Friendship: structure and process*. Netbury Park, CA: Sage.1989
- Adams, R. G., Blieszner, R., & de Vries, B. . Definitions of friendship in the third age: age, gender, and study location effects. *Journal of Aging Studies*, 14(1), 17-133. 2000
- EUROSTAT. Database. Population and social conditions. Population. Census. National level census 2001 round. 2001. [Recuperado el 22 de 11 de 2010, de ec.europa.eu/eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>]
- González Sobejano, M., Flórez Lozano, J., & Flórez Villaverde, P. Programa psicoterapéutico de entrenamiento en habilidades sociales. Su eficacia en el estado anímico y en la función cognitiva de ancianos residentes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barna*, 27 (6), 320-329. 2000
- Herrero, J. y Gracia, E. Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial. *Intervención Psicosocial*. Vol. 14 (1). 2005.
- IMSERSO. Las personas mayores en España: Informe 2004. Madrid: IMSERSO.2005
- IMSERSO. A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores: Encuesta 2006. Madrid: IMSERSO.2007
- López, F., & Olazábal, J. C. *Sexualidad y afecto en la vejez*. Madrid: Pirámide. 2005
- Menéndez, M., & SanJosé, A. *Valoración geriátrica funcional: instrumentos de evaluación funcional y sistema de información para centros asistenciales*. Madrid: Fundación Caja de Madrid.1995
- Otero Puime, A., Zunzunegui Pastor, M. V., Béland, F., Rodríguez Laso, A., & García de Yébenes, M. J. Documentos de trabajo . Bilbao: Fundación BBVA. 2006



Estefania Martin Zarza

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la población de estudio

		GENERO		Total
		MASCULINO	FEMENINO	
Estado civil	Soltero	1	9	10
	Casado	5	3	8
	Separado/divorciado	0	2	2
	Viudo	8	23	31
Total		14	37	51

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la variable “amigos dentro de la residencia” medida cuantitativamente

N	Media	Moda	Mediana	SD
51	1,12	0	0	1,693

Tabla 3. Frecuencia de respuesta de los valores de la variable “Amigos dentro de la residencia” medida cuantitativamente.

Valores	Frecuencia	Porcentaje
0	30	58,8
1	6	11,8
2	5	9,8
3	5	9,8
5	4	7,8
6	1	2,0



La amistad entre las personas mayores que viven en una residencia: un estudio exploratorio-correlacional

Tabla 4. Prueba χ^2 de independencia entre la variable “amigos dentro de la residencia (sí/no)” y todas las demás.

	Valor observado χ^2	g.l	Sig. (asintótica bilateral)
Género	2,031	1	,154
Estado Civil	.055 ^a	2	,973
Tiempo en la residencia	,532 ^a	2	,766
Estado cognitivo	2,761	1	,097
Barreras a la comunicación	2,026 ^a	1	,155
Forma de desplazamiento	,612	1	,434
Tipo de habitación	,264	1	,607
Zona de comidas	1,159	1	,282
Participación en talleres grupales	,518	1	,472
Salud subjetiva	1,506 ^a	3	,681
Visita de amigos de fuera	12,833	1	,000**
Frecuencia de visita de familiares	4,167 ^a	3	,244

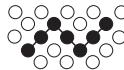
** A cualquier nivel de significación a En las tablas de contingencia existen casillas con frecuencia esperada menor a 5.

Tabla 5. Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,502	,000
	V de Cramer	,502	,000
	Coeficiente de contingencia	,448	,000
N de casos válidos		51	

Tabla 6. Medida direccional

			Valor	Error típ. asint.	T aproximada	Sig. aproximada
Nominal por nomin	Coef. de incertidumbre	Simétrica	,194	,097	2,002	,000
		Amigos dentro de la residencia dependiente	,197	,098	2,002	,000
		Visita de amigos de fuera de la residencia dependiente	,192	,096	2,002	,000



Reflexiones sobre el proceso de formación profesional de Residentes en Gerontología

Alejandro Burlando Páez (1)

Resumen

El presente artículo plantea algunas diferencias entre la formación de grado universitario y la formación profesional que proponemos en la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología (RPIG) perteneciente al sistema de Residencias del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Las características generales de la RPIG nos exigen pasar de una concepción académica y propia de la universidad en la transmisión del conocimiento, a una concepción con otra dinámica, que nos permita elaborar estrategias, encuadres pedagógicos y de abordaje más orientados a la acción y a la intervención profesional.

La formación universitaria se conforma por tres áreas: los cuerpos teórico-conceptuales de las disciplinas; los aportes de las investigaciones que consolidan los desarrollos científicos y fortalecen los campos de problemáticas; y por la praxis. En la RPIG abordamos la formación profesional desde tres ejes fundamentales: la práctica profesional; los conceptos aplicados; y la investigación-acción.

Los ejes que atraviesan transversalmente a la RPIG son: el paradigma de la complejidad; las personas mayores como sujeto de derecho; la interdisciplina; la Gerontología; la atención integral de la salud; la estrategia de APS.

La RPIG contribuye de esta manera al fortalecimiento y a la consolidación de la Gerontología como campo interdisciplinario.

Abstract

This article discusses some differences between the formation of university degree and training proposed in the Postbasic Interdisciplinary Residence in Gerontology (RPIG) belonging to the Residences system of the Health Ministry of the Autonomous City of Buenos Aires.

**Nº2 ISSUE
DICIEMBRE 2014**

Recibido:
20/10/2014

Aceptado:
14/11/2014

The general characteristics of the RPIG demands that we make a transition between the academic conception distinctive of the university of transferring knowledge, to a new approach based on another dynamic, which allows us to develop strategies, tutorial frames and a therapeutic course based mostly on the taking of action and professional intervention.

(1)Psicólogo, Especialista en Gerontología.

Coordinador General de la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología, Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Profesor en la Carrera de Especialización en Intervención y Gestión en Gerontología. Universidad Nacional de Tres de Febrero, República Argentina.



Reflexiones sobre el proceso de formación profesional de Residentes en Gerontología

University training is composed by three distinctive areas: the diverse disciplines theoretical framework, the contributions of research which strengthen the scientific developments and enhance the fields of predicaments, and by praxis.

In the RPIG we address the professional training from three fundamental mainstays: professional practice or internship, implemented concepts and action research.

The cross-cutting principles of the RPIG are: the paradigm of complexity, elderly people as subjects of law, interdiscipline, Gerontology, comprehensive health care and the PHC strategy.

The RPIG contributes in this way to the strengthening and consolidation of gerontology as an interdisciplinary field.

PALABRAS CLAVE: Gerontología, Residencia, Interdisciplina, formación profesional. .

KEYWORDS: Gerontology, Residence, interdiscipline, professional training.

Introducción

El presente artículo plantea algunas diferencias entre la formación de grado universitario y la que proponemos en la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología (RPIG) perteneciente al sistema de Residencias del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Desde mi experiencia como profesor universitario y como coordinador general de la Residencia, entiendo que la capacitación constituye una herramienta fundamental para la transformación de entornos y equipos profesionales. Cuando a la formación la identificamos con la posibilidad de generar espacios para la reflexión, estamos contribuyendo a la producción de saberes, al encuentro de nuevos sentidos y significados que, multiplicados, generan mejores condiciones para el trabajo profesional y, en definitiva, para la comunidad con la que se trabaja. Esta postura nos aleja de la idea de la capacitación como mera reproducción de teorías y de saberes estancos, muchas veces producidos para un contexto social alejado de la realidad local o en una época determinada que resulta anacrónica para las condiciones de trabajo actuales, tanto institucionales como del contexto.

Características generales de la RPIG

Las Residencias del Equipo de Salud constituyen un sistema remunerado de capacitación de posgrado, a tiempo completo, con actividades programadas y supervisadas, siendo un objetivo fundamental el de formar recursos humanos capacitados para el sistema de salud en beneficio de la comunidad.

La Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología es creada por el Decreto N° 291, publicado en el Boletín Oficial 2634 del 28 de febrero de 2007, del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se trata de una Residencia Interdisciplinaria de 2 años de duración, dirigida a profesionales egresados de todas las residencias del Equipo de Salud, de apoyo al Equipo de Salud y Enfermería.

El concurso de Residencias Posbásicas está abierto a residentes y ex residentes del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y a profesionales que hayan cumplimentado residencias en instituciones que cuenten con convenios vigentes con el Gobierno de la Ciudad o cuyas residencias estén aprobadas por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, en todos los casos, estos profesionales no deben superar los 8 años de graduados.



Alejandro Burlando Páez

La creación de la Residencia se produce a partir de la necesidad de capacitar profesionales para integrar equipos interdisciplinarios en el sistema de salud y que implementen el abordaje de las problemáticas propias del envejecimiento poblacional de una ciudad envejecida como la de Buenos Aires.

El ingreso al sistema de residencias se hace a través de un examen muy exhaustivo y de acuerdo al orden de mérito y al número de vacantes por año en cada especialidad. En el caso de la RPIG quienes se postulan deben tener realizada una Residencia completa ya que la nuestra es una Residencia Posbásica. Esto agrega un componente muy interesante para la conformación del equipo de residentes, y es el hecho de que ya tienen experiencia previa respecto al sistema de residencias y un bagaje profesional que enriquece el intercambio de los equipos.

La cantidad de vacantes por año es de 4 residentes, resultando 2 residentes para cada sede. Las dos sedes están conformadas por efectores del sistema público de salud, a los que evaluamos previamente para conocer su capacidad formadora. Así la RPIG se desarrolla en un Centro de Salud (primer nivel de atención) del Área Programática de un Hospital General de Agudos y en una Unidad de Geriatría (segundo nivel de atención) de otro Hospital General de Agudos; ambos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las diferencias tanto estructurales como del abordaje en salud que desde cada una se proponen, nos brinda la posibilidad de generar una formación más diversa y amplia respecto de lo gerontológico.

Saberes y práctica profesional

"La humildad nos ayuda a reconocer esta sentencia obvia: nadie lo sabe todo, nadie lo ignora todo."

Paulo Freire

El sistema de residencias es, como mencionamos antes, un espacio de formación profesional remunerado, lo que lo transforma en una práctica profesional con inserción en los equipos estables de los efectores. Esto nos ubica en la necesidad de pensar en simultaneo la formación, la práctica y el abordaje profesional.

Entonces la formación será así un proceso dinámico y complejo, determinado por muchas variables: institucional, económica, comunitaria, política, disciplinares, epistemológicas y epidemiológicas.

Estas características nos exigen pasar de una concepción académica y propia de la universidad en la transmisión del conocimiento, a una concepción más dinámica, que nos permita elaborar estrategias, encuadres pedagógicos y de abordaje más orientados a la acción y a la intervención profesional.

La enseñanza y el aprendizaje como parte del proceso de formación, implican una situación compleja que, si bien requieren de planificación, necesita también la flexibilidad suficiente para poder ir modificando las variables que integran este proceso para el logro de los objetivos (Gvirtz, Palamidessi, 1998). En este sentido, es necesario concebir a la capacitación como "una obra de arte" (Freire) y, en este sentido, el instructor o formador tendrá que concebirse como un artista, con capacidad para la creación, mediando entre su propio deseo, la dimensión cultural, institucional, los distintos niveles de decisión, las normativas, la necesidad de planificar, de escuchar a los residentes y establecer objetivos claros; promoviendo permanentemente la dimensión transformadora de este proceso, para la consolidación de profesionales responsables, con criterio propio y con una ética definida que guíe su práctica.



Reflexiones sobre el proceso de formación profesional de Residentes en Gerontología

Ahora bien, es importante establecer algunas diferencias comparativas con la formación de grado y de posgrado en el ámbito universitario. Entendemos que en el mundo académico, la formación profesional se nutre de tres áreas importantes, constituidas por los cuerpos teórico-conceptuales de las disciplinas, por los aportes de las investigaciones que consolidan los desarrollos científicos y fortalecen los campos de problemáticas; y por la praxis, dando lugar a la puesta en uso de los conceptos teóricos y metodológicos. Tradicionalmente la universidad ha dado fuerte lugar al desarrollo conceptual, poniendo en circulación saberes que dieron lugar a la construcción y consolidación de cuerpos teóricos.

Es así que, desde la RPIG, nos proponemos abordar la formación profesional estableciendo tres ejes fundamentales, instaurando algunas diferencias en la manera de enfocar los procesos formativos. Esos tres ejes los constituyen la práctica profesional, los conceptos aplicados y la investigación-acción; basado en la investigación acción participativa (Lewin, 1946). De esta manera nuestra modalidad de trabajo con los residentes busca dar relevancia a la práctica profesional, a partir del trabajo con personas mayores, tanto comunitario como en la sala de internación, elaborando proyectos y delineando actividades en función de las características locales de cada sede y de las necesidades específicas que surgen tanto en el Centro de Salud como en la Unidad de Geriatría; esto en consonancia con los equipos profesionales estables que les transmiten su experiencia y formación.

Dichas características nos genera la necesidad de revisar los conceptos a la luz de los casos y las situaciones a resolver, por lo que pensamos en conceptos aplicados y en situación. La información que surge de la práctica, los datos estadísticos que se generan en el campo de intervención son los que dan lugar a establecer líneas de indagación, ya sea para evaluar dispositivos y establecer cambios, así como también para definir temáticas de interés para la consolidación de proyectos formales de investigación. Podemos sintetizar lo planteado en el siguiente cuadro comparativo:

Universidad	Relevancia 	RPIG
Dimensión teórico-conceptual Cuerpos y marcos teóricos que consolidan a las disciplinas como tales.	La transmisión de lo teórico conceptual constituye la dimensión fundamental en la formación de grado universitario.	Conceptos aplicados Establecemos espacios de formación a partir de núcleos temáticos, que se desprenden de la práctica profesional en cada una de las sedes y de los proyectos y actividades que se van consolidando.
Praxis Se da en relación a un marco teórico o un concepto que se quiere validar.	Constituye una dimensión relevante para la RPIG. La práctica profesional es el eje central desde donde plantear lo conceptual.	Práctica profesional La actividad en talleres, en consultorio, en sala de internación y en espacios comunitarios con personas mayores exige el uso de conceptos en tanto instrumentos metodológicos que faciliten el abordaje.
Investigación Contribuye al desarrollo del conocimiento científico y la validación de una disciplina como ciencia. Necesaria en el enriquecimiento de los saberes y marcos teóricos.	Contribuye al conocimiento científico en la universidad y al servicio de la práctica profesional en el sistema de Residencias	Evaluación de los procesos e Investigación-acción Los proyectos y actividades requieren una evaluación permanente que mejore la práctica. Los datos que surgen de los diferentes abordajes se constituyen en insumos para las investigaciones que posteriormente se transformarán en acciones y prácticas profesionales enriquecidas.



Alejandro Burlando Páez

Tanto en la selección de la bibliografía para la elaboración de las 100 preguntas del examen de ingreso a la Residencia, así como la concepción y la ideología que sustenta a los proyectos, actividades y espacios de formación, tenemos en cuenta los siguientes ejes:

- El paradigma de la complejidad.
- Las personas mayores como sujeto de derecho.
- La interdisciplina.
- La Gerontología.
- La atención integral de la salud.
- La estrategia de APS.

Nuestra propuesta se ubica en relación con el paradigma de la complejidad en tanto cosmovisión, proponiendo un modo de pensar los múltiples atravesamientos en las temáticas relacionadas con las personas mayores y el envejecimiento.

Si bien lo interdisciplinario plantea un intercambio necesario, también deja planteada una delimitación de las disciplinas en cuanto a la especificidad e incumbencia de cada una. Dado que la Gerontología se constituye a la luz de lo social, lo psicológico y lo biológico, es en este sentido que trabajamos con la idea de mestizaje, concepto utilizado en el campo de las artes y que remite a como se diluye el límite entre los géneros, entre los lenguajes y los estilos en determinadas expresiones artísticas (Demaio, 2009).

A lo largo de estos años, los contenidos propuestos por la Residencia, se fueron entrelazando en su uso y aplicación, generando una manera particular de observar, describir, comprender, abordar, analizar e intervenir en el campo del envejecimiento y del trabajo con personas mayores, que no solo tiene que ver con el bagaje de las disciplinas, el recorrido epistémico y académico de las mismas, sino que, además, tiene que ver con la experiencia personal y profesional, el trabajo en equipo, el intercambio con los profesionales de las sedes, el diálogo e intercambio con otras Residencias, la participación en los espacios de formación e intercambio científico.

Consideramos entonces que de la noción de mestizaje podemos rescatar también la mirada sobre la historia, la experiencia y la transformación como parte de nuestro propio constructo a transmitir en la RPIG. Vale aclarar que abonamos la rigurosidad y especificidad en el quehacer de cada profesión, pero con una mirada integral y compleja sobre aquellos aspectos específicos que trabajan, lo que permite un abordaje más profundo, comprometido y, sobre todo, ético.

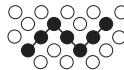
Considero entonces que la RPIG contribuye de esta forma a fortalecer y consolidar a la Gerontología como campo interdisciplinario que requiere de una práctica específica, nutrida por diversos aportes conceptuales y enriquecida por una experiencia que genera una visión sobre las temáticas del envejecimiento, ya sea en los abordajes con las personas mayores, así como también con los equipos profesionales del sistema de salud, atravesados por algunas cuestiones novedosas a partir del envejecimiento poblacional y de las problemáticas que esto conlleva.



Reflexiones sobre el proceso de formación profesional de Residentes en Gerontología

Bibliografía

- Burlando Páez y Vicente (2011) La interdisciplina en la práctica profesional y la formación de recursos humanos de la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología del G.C.A.B.A. 1º Congreso Latinoamericano de Gerontología Comunitaria. Noviembre 2011.
- Demaio, Liliana (2009) Artes combinadas, arte híbrido... fusión, proyección... En revista EA, N° 7. Editorial Revista EA, N°7. Editor: Edgardo Brandolini.
- Gvirtz, S.; Palamidessi, M. (1998) El ABC de la tarea docente: currículum y enseñanza. Buenos Aires, Aique Grupo Editor.
- Freire, P. Pedagogía [Vídeo] Disponible en <http://www.youtube.com/watch?v=zwri7pO8UHU>
- Lewin, K. (1946) Action Research and Minority Problems. Journal of Social Issues, 2, 34-46.
- Programa Docente de la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología. Aprobado por RES 0023/11. Ministerio de Salud, G.C.A.B.A. (2011).
- Tercera Conferencia Regional Intergubernamental Sobre Envejecimiento En América Latina y El Caribe. San José, Costa Rica. Naciones Unidas. CEPAL(2012).



El perdón como motivador prosocial en la vejez

Franco Morales (1) y Claudia Josefina Arias (2)

Resumen

Recientes hallazgos de investigación no sólo contradicen el supuesto de que la vejez es una etapa sólo de pérdidas, sino que aportan evidencia acerca de múltiples ganancias. Siendo la optimización de los vínculos interpersonales una de ellas, el perdón se muestra como una capacidad valiosa en las últimas etapas de la vida. Diversos estudios han indagado esta capacidad a lo largo del curso vital en situaciones hipotéticas o reales, pero son escasos los que la evaluaron como una disposición. Objetivo: Identificar si existen diferencias significativas entre las dimensiones de la capacidad de perdón entre cuatro grupos de edad. Metodología: Se aplicó la escala CAPER que indaga Perdón a Uno Mismo, a Otras Personas, a Situaciones de la Vida y las Creencias que Determinan el Perdón. La muestra estuvo conformada por 160 adultos de 4 grupos de edad: adultos jóvenes (20 a 30 años), adultos de mediana edad (40 a 50 años), adultos mayores (60 a 70 años) y adultos mayores de edad avanzada (80 a 90 años). Resultados: Los resultados revelan diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad sólo en la dimensión de "Creencias que Determinan el Perdón", no así en el resto de las dimensiones. Conclusiones: Este conocimiento permite revisar antecedentes de investigación en función de las disonancias y consonancias con otros estudios similares y resulta de gran importancia para el desarrollo de intervenciones adecuadas para cada grupo de edad.

PALABRAS CLAVE: Perdón, Curso de la Vida, Vejez, Psicología Positiva.

Abstract

Recent research findings not only contradict the assumption that old age is a stage where only losses are observed, but provide evidence for multiple wins. Being the optimization of interpersonal ties one of them, forgiveness is shown as a valuable capability in the later stages of life. Several studies have investigated this capacity along the life course in hypothetical or real situations, but few studies have evaluated it as a disposition. Objective: To identify whether there are significant differences between the sizes of the capacity for forgiveness among four age groups. Methodology: The CAPER scale, that explores Self Forgiveness, Forgiveness to Others, Forgiveness to Situations of Life and Beliefs that Determine Forgiveness, was applied. The sample consisted of 160 adults 4 age groups: young adults (20-30 years), middle-aged adults (40-50 years), older adults (60-70 years) and older adults aged (80 to 90 years). Results: The results revealed significant differences between different age groups only in the dimension of "Belief that Determine Forgiveness", but not in the

**Nº2 ISSUE
DICIEMBRE 2014**

Recibido:
16/10/2014

Aceptado:
25/11/2014

(1) Becario de Investigación de UNMdP. Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Moralesfranco@live.com

(2) Docente e investigadora Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica Facultad de Psicología Universidad Nacional de Mar del Plata Argentina. Cjarias@mdp.edu.ar



El perdón como motivador prosocial en la vejez

other dimensions. Conclusions: This knowledge allows research background check based on the dissonances and consonances with similar studies and is of great importance to developing appropriate for each age group interventions.

KEYWORDS: Forgiveness, Life Course, Aging, Positive Psychology

Introducción

Los cambios demográficos sucedidos en las últimas décadas dan cuenta de un proceso gradual pero sostenido de envejecimiento poblacional. Este proceso permite explicar el aumento exponencial de estudios acerca del envejecimiento en las últimas décadas. Basados en una concepción maduracionista (Flavell, 1970) se ha importado de la Biología el modo de entendimiento de las funciones y estructuras psicológicas. Ello devino en un modelo de ciclo vital humano con forma de "U" invertida (Labouvie-Vief, 2009).

Mientras que esta perspectiva puede ajustarse parcialmente en la comprensión de algunos ámbitos del envejecimiento, como el cognitivo, asociar el envejecimiento con las pérdidas en la dimensión psicológica ha respondido más bien a preconceptos y representaciones sociales que al resultado de investigaciones científicas (Iacub, 2011).

Estas perspectivas centradas en las pérdidas han encontrado su contra punto en una tendencia reciente que intenta abrir una visión complementaria intentando estudiar cómo las personas mayores son capaces de evitar o compensar pérdidas y aún acumular ganancias en la última etapa de su vida.

Estos cambios teóricos y metodológicos en el estudio del desarrollo sumado a un fuerte apoyo de resultados empíricos derivaron en la convergencia de la Psicología que estudia las fortalezas y el potencial humano, denominada actualmente Psicología Positiva, y la Psicogerontología, en la búsqueda de dimensiones positivas del envejecimiento (Ballesteros 2007; Baltes & Freund, 2007; Hill, 2011; Lombardo, 2013).

Situaciones como la soledad, las problemática físicas, psicológicas y sociales, los cambios en la cultura, requieren para su afrontamiento de recursos de los que el adulto mayor se pueda valer. El estudio de las dimensiones positivas del envejecimiento intenta, en este sentido, ofrecer marcos conceptuales, evidencia empírica y orientaciones técnicas para la obtención, mantenimiento y potenciación de dichos recursos (Arias, Castañeiras & Posada, 2009; Arias & Soliverez, 2009).

En esta línea, el perdón como capacidad para restablecer y optimizar los vínculos se muestra como un recurso de gran importancia en la última etapa de la vida por la valencia que las relaciones interpersonales tienen para los adultos mayores. Es por ello que el presente proyecto se propone indagar el perdón en diferentes grupos de edad a fin de caracterizar el uso de esta fortaleza en las últimas etapas de la vida.

Funcionamiento socioemocional en la adultez tardía

De acuerdo con los autores que proponen la Teoría de la Selectividad Socioemocional (TSS), probablemente el modelo más influyente acerca del funcionamiento social y emocional en la adultez tardía, las investigaciones con resultados negativos acerca del funcionamiento cognitivo y neuropsicológico en esta etapa de la vida contrastan fuertemente con los resultados positivos en la literatura acerca del envejecimiento socioemocional (Blanchard-Fields, 2007; Carstensen, Hanson, & Freund, 1995; Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999; McConatha & Huba, 1999; Pasupathi, Carstensen, Turk-Charles, & Tsai, 1998). Una de las premisas de este modelo es que los adultos mayores están más ocupados en metas emocionales y en la adquisición de experiencias emocionales positivas que en metas relacionadas con la búsqueda de información, excepto en casos en que la perspectiva de tiempo esté alterada (Carstensen, Fung, & Charles, 2003).

Consistentemente con la TSS, muchas investigaciones han mostrado cómo la experiencia subjetiva de la emoción, al mismo tiempo que la expresión emocional y la responsividad fisiológica, cambia poco con la edad, y que, en todo caso, esos cambios están relacionados con mejoras a medida que se produce el envejecimiento.



Franco Morales y Claudia Josefina Arias

Esta mejora en la capacidad para entender y regular las propias emociones en la vida adulta y en la vejez fue atribuida a una experiencia de vida extensa con un historial largo de comunicaciones interpersonales (Dougherty, Abe, & Izard, 1996). El paso del tiempo mejora las capacidades para utilizar el conocimiento acumulado a lo largo de sus vidas en pos de entender, anticipar y reaccionar frente a situaciones que involucran emociones (Magai, 2001).

Capacidad de perdón

El concepto de Perdón existe desde que se tiene registro histórico. En la "Ética a Nicómaco", Aristóteles discute este concepto. Aparece también en los escritos de Platón y en la historia de la cultura judeocristiana se encuentran grandes referencias sobre este concepto. En el plano de la literatura, se halla presente en la Ilíada de Homero, con las Carites, o Diosas del perdón; en la Tempestad de Shakespeare con el perdón de próspero (Griswold, 2007). En otra línea, hay indicadores que relacionan el perdón con nuestros ancestros evolutivos (De Wall & Pokorny, 2005; McCullough, Kurzban, & Tabak, 2010).

En la actualidad el perdón es un constructo por el que se ha interesado un número basto de disciplinas. Las leyes, por su implicancia en el arrepentimiento y la reparación (Exlines, Worthington, Hill, & McCullough, 2003) y las ciencias políticas, por su interés en la resolución de conflictos intergrupales (Cairns, Tam, Hewstone, & Niens, 2005). Los antropólogos han mostrado interés en la conceptualización de los indígenas acerca del perdón y su relación con los rituales hawaianos (Shook, 1986). Los filósofos discuten el verdadero significado del perdón y su valor moral (Govier, 2002; Griswold, 2007), mientras que los estudiantes de religión y teología se centran en el papal del perdón en el islam, en el cristianismo y en incontables sistemas de creencias (Dorff, 1998; Griswold, 2007).

En la Psicología una de las preguntas centrales en relación al tema ha sido ¿cuándo la persona perdoná? Desde el constructivismo, el trabajo sobre el juicio moral del niño de Piaget (1971) es citado como la primer nota sobre el perdón desde la Psicología. Más adelante otros autores, entre los que encontramos a Robert Enright, Frank Fincham, Michael McCullough, Everett Worthington y Thompson (Fehr, Gelfang & Nag, 2010) retoman el concepto dentro de la misma disciplina. El perdón ha sido investigado y ha trascendido los campos de la academia hacia la Psicología Clínica, el Counseling, la Psicología del Desarrollo, la Psicología Social y Organizacional. Las orientaciones desde el Counseling y la Clínica han evaluado las implicancias del perdón en el bienestar (Enright, 2001). La Psicología Social ha investigado sobre cómo las atribuciones, la toma de perspectiva y otros aspectos de las situaciones aumentan la probabilidad de perdonar. Los teóricos de la Psicología de la Personalidad han relacionado el perdón y el Big Five Inventory, el enojo, el narcisismo y otros factores de disposición (McCullough & Hoyt, 2002). Desde la Psicología Organizacional se investigaron aquellos aspectos de la organización tales como los niveles jerárquicos y el clima de justicia (Aquino, Tripp, & Bies, 2001). También se estudiaron las dinámicas del perdón en el matrimonio y en contextos familiares (Hoyt, Fincham, McCullough, Maio, & Davila, 2005). La Psicología del Desarrollo estudió los cambios en la habilidad para perdonar a lo largo del curso de la vida, desde la niñez a la adolescencia (Darby & Shlenker, 1982), hasta la adultez y la vejez (Allemand, 2008).

A partir de lo expuesto se advierte que el campo y las implicaciones de este constructo son múltiples. Eso mismo se replica a la hora de revisar las diferentes concepciones de perdón en la literatura. Reseñaremos aquí algunas de ellas que aunque plantean diferencias, se presentan como complementarias (Snyder & Lopez, 2007).

El autor que ha realizado un mayor recorrido de investigaciones sobre el perdón es Robert Enright. Él ha definido el perdón como la intención de abandonar el derecho propio a estar resentido, a tener un juicio negativo y una conducta indiferente hacia la persona que injustificadamente nos hirió, mientras que se cultivan las cualidades no merecidas de compasión, generosidad e incluso amor hacia él o ella (Enright, Freedman & Rique, 1998).



El perdón como motivador prosocial en la vejez

Para estos autores, es crucial que la persona que perdoná pueda desarrollar una visión benevolente hacia la persona transgresora. En su concepción, a diferencia de otras que se referenciarán en párrafos siguientes, el perdón sólo puede darse en el marco de una relación interpersonal. El enfoque de este autor está centrado en el cambio de los sentimientos, pensamientos y conductas sobre la persona que hirió. Los involucrados en el proceso de perdonar se vuelcan a realizar muy pequeños cambios como evitar hacer comentarios negativos y ofensivos hacia la persona que los hirió. Estos pequeños cambios en las conductas deben estar acompañados de pequeños cambios en los pensamientos y en los sentimientos sobre la otra persona. En definitiva, el modelo de Enright intenta reducir el afecto negativo y aumentar el positivo, mediante cambios conductuales. Haciendo eso se espera que la persona consiga alivio y paz ya que dichas conductas modulan sus pensamientos y sus sentimientos (Enright, 2001). El autor conceptualiza el proceso de perdonar en 4 fases que sirven de modelo para diseñar y desarrollar propuestas terapéuticas que tengan como objetivo el perdón. Durante la etapa de descubrimiento, los individuos confrontan su enojo hacia la persona que los ha dañado. Se intenta aquí que se exploren todos los sentimientos y afectos negativos generados por la conducta dañina. En la segunda fase, la de decisión, se busca que la persona pueda comprometerse a iniciar un proceso de perdón. Durante la tercera fase, los individuos se involucran en trabajar sobre el perdón tratando de entender a la persona que los hirió y desarrollar sentimientos de compasión hacia ellos. Por último, durante la fase de profundización, los individuos comienzan a ajustar sus propias perspectivas, mientras perdonan al ofensor y a experimentar el desprendimiento de los sentimientos de enojo, dolor y resentimiento.

Michael McCullough, investigador del departamento de Psicología Evolucionista de la Universidad de Miami, entiende que el perdón refleja un crecimiento en las motivaciones prosociales con respecto a otra persona. Lo conceptualiza como un set de cambios motivacionales facilitados por una predisposición empática en donde quien perdoná: a) disminuye su interés en actuar en términos de represalias, b) maximiza los niveles de extrañamiento con el ofensor, c) aumenta la motivación para conciliar y la buena voluntad del ofensor, más allá de sus actos hirientes (McCullough & Hoyt, 2002).

La definición que da del constructo entiende como un set de cambios en las motivaciones interpersonales propias. Se asemeja al concepto de acomodación de Rusbult, Verette, Whitney, Slovik & Lipkus (1991), en tanto ambos implican el tener voluntad de inhibir los impulsos que mueven a actuar destructivamente y a desarrollar actos constructivos en respuesta a las acciones hirientes, sólo que estos últimos autores se centran en las relaciones de pareja.

McCullough y sus colaboradores (McCullough, Worthington & Rachal, 1997) sostienen que la empatía hacia el ofensor es central para facilitar las condiciones que llevan hacia el perdón. Según ellos el perdón está dentro de una variedad de fenómenos prosociales, tales como la cooperación, el altruismo y la inhibición de agresión, que tienen como base a la empatía.

Este autor se ha preocupado también por evaluar las características afectivas relacionadas con el perdón (McCullough, 2000). Él y sus colegas han asumido que los dos estados afectivos negativos que caracterizan a las relaciones interpersonales luego de haber sido heridas son: 1) Sentimientos de ataque-dáño percibido con su correspondiente motivación a evitar todo contacto personal o psicológico con el ofensor; 2) Sentimientos de indignación con su correspondiente motivación a buscar venganza o a observar al ofensor siendo ofendido. En este sentido, el autor plantea que cuando un ofendido no perdoná a su ofensor, aunque sea una relación cercana, se incrementan estos dos niveles afectivos con sus correlatos conductuales (evitación o venganza), estimulando así conductas destructivas para con el ofensor. En cambio, cuando el ofendido ha perdonado, sus percepciones de la ofensa y del ofensor no crean más motivaciones para evitarlo o buscar venganza. Por su parte, la víctima experimenta transformaciones constructivas en dichas motivaciones. Es por ello, que el modelo de McCullough, no entiende al perdón como una motivación *per se*, sino como un cambio prosocial en



Franco Morales y Claudia Josefina Arias

las relaciones interpersonales luego de una ofensa interpersonal seria.

Thompson y colaboradores (Snyder & Yamhure Thompson, 2000) definen al perdón como el resultado adaptativo frente a la trasgresión o el maltrato. Según esta autora, el perdonar implica liberarse de un apego negativo hacia la fuente de transgresión. Se habla de fuente ya que esta autora entiende que el perdón no solo es algo otorgado por la víctima hacia otra persona sino que también se puede brindar a situaciones que no pueden ser controladas por la persona o a uno mismo (Thompson, Snyder, Hoffman, Michael, Rasmussen, Billings, 2005). En este sentido, el modelo de Thompson es el más inclusivo.

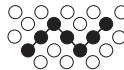
En particular, el proceso de perdonarse a uno mismo no ha recibido la misma atención. Enright (1996) lo define como la tendencia a abandonar el auto-resentimiento, aun cuando se reconoce el propio error, fomentando la compasión, la generosidad y el amor hacia uno mismo. Algunos estudios indican que aquellas personas que han sido capaces de perdonarse a sí mismas tienden a gozar de una mejor salud física y mental que los individuos que no han podido hacerlo (Maltby, Day, & Barber, 2005).

La inclusión del perdón a situaciones como una fuente potencial de transgresión (y, por lo tanto, potencial objetivo de perdón), es una aportación única de la teoría de Thomson y colaboradores (Thompson, Snyder, Hoffmain, Michael, Rasmussen, Billings, 2005). Las situaciones que violan las creencias positivas de una persona y lo llevan a respuestas negativas ante dichas situaciones, se encuentran en consonancia con los criterios de una transgresión propia de una relación interpersonal. Por ejemplo, una enfermedad grave puede trastocar los significados de asociados a la vulnerabilidad propia y llevar a pensamientos, sentimientos y conductas negativas acerca de su enfermedad y las secuelas subsiguientes. Así es que quienes pueden perdonar situaciones, trasforman sus respuestas (emocionales, creenciales y conductuales) de negativas a neutrales o positivas.

Relación entre capacidad de perdón y edad

Tanto la teorizaciones como la investigación empírica indican que existen diferencias en la tendencia a perdonar según la edad. Los adultos mayores se muestran más predispuestos a perdonar a otras personas que los adultos de mediana edad, los adultos jóvenes, los adolescentes y los niños (Allemand, 2008; Enright, Gassin, & Wu, 1992; Girard & Mullet, 1997). En un estudio realizado en Estados Unidos, los adultos mayores (65 años en adelante) reportaban una mayor predisposición a perdonar que los adultos de mediana edad (45 a 64 años); asimismo estos últimos mostraron resultados superiores que los adultos jóvenes (18 a 44 años) (Toussaint, Williams, Musick, & Everson, 2001). Lawler-Row y Piferi (2006) también encontraron diferencias en el perdonar en un estudio sobre adultos de entre 50 y 95 años, donde los adultos mayores se describían a sí mismos como más predispuestos a perdonar que los adultos de mediana edad.

Estas diferencias en la Capacidad de Perdón de acuerdo con la edad, genera la pregunta de qué fenómenos o procesos psicológicos son responsables de dichas diferencias. Romero y Mitchell (2008) afirman que las creencias y los valores personales y sociales que sostienen los adultos mayores predisponen a perdonar más que los adultos jóvenes. Otra explicación posible es la que hace referencia a las diferencias que se presentan en función de la edad en las preferencias sobre las metas sociales propuesta por la teoría de la selección socioemocional (Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999). Esta teoría asume que la regulación de las emociones recibe una prioridad primaria en las personas mayores por el acortamiento de los tiempos vitales; por lo tanto, el perdonar podría convertirse en un recurso muy útil y en una estrategia provechosa para las personas en el transcurso de sus últimos años. También sugiere que los adultos mayores, para mejorar sus experiencias sociales positivas y minimizar las negativas, utilizan estrategias que fomentan la evitación de conflictos,



El perdón como motivador prosocial en la vejez

mientras que los adultos jóvenes se comportan de forma más confrontativa cuando sienten ira. En la misma línea, Cheng y Yim (2008) muestran que percibir el tiempo como un recurso limitado influye en la predisposición de las personas para perdonar conflictos interpersonales hipotéticos, permitiendo así explicar, en parte, algunas de las diferencias encontradas por edad. Steiner, Allemand y McCullough (2012) indican que la Agradabilidad y el Neuroticismo, como rasgos de personalidad, explican, en parte, las diferencias por grupo de edad.

Por último, un punto saliente en la investigación del perdón y las diferencias por edad es su relación con el constructo de religiosidad. Al igual que el perdón, la religiosidad tiende a incrementarse con la edad. Las personas religiosas y/o con intereses espirituales tienden a afirmar estar más predispuestos a perdonar y menos a vengarse que los que no son religiosos, ni tienen intereses espirituales (Bono, 2005). Girard y Mullet (1997) han encontrado que las personas que afirman que se debe perdonar incondicionalmente, fundando su respuesta en una filosofía personal muy ligada a valores religiosos, son en mayor porcentaje adultos mayores. En otro estudio Maganto y Garaigordobil, (2010), encontraron que las personas mayores afirman con más frecuencia que los más jóvenes que las creencias religiosas ayudan al perdón. Asimismo estas autoras, utilizando el mismo instrumento que se implementó en el presente estudio, han encontrado que un mayor porcentaje de adultos consideran que un ser superior determina lo que les ocurre, mientras que los jóvenes, en cambio, reportan que el destino les va a dar a cada uno lo que se merece, por lo que uno debe resignarse y aceptar lo sucedido. La religiosidad, entendida como un modo de invertir esfuerzos en la relación con un supuesto ser divino, y el perdón, como proceso que sostiene relaciones interpersonales sanas, es coherente con el marco teórico propuesto por la SST (Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999) al destacar la importancia diferencial de las metas en pos del bienestar personal e interpersonal en la vejez.

La bibliografía relevada muestra diferencias en qué características tiene la diferencias de edad en relación a esta capacidad. Asimismo no se han realizado hasta la fecha estudios locales ni en la región que indaguen diferencias entre grupos de edad en este constructo. Es por ello que el presente estudio se propone identificar si existen diferencias significativas entre las de las dimensiones de la capacidad de perdón de adultos de mediana edad, adultos mayores jóvenes y adultos mayores de edad avanzada.

Metodología

Participantes

La población en estudio está constituida por personas de ambos sexos que residen permanentemente en la ciudad de Mar del Plata y cuyas edades se encuentran en algunos de los siguientes grupos de edad: 20 a 30 años (adultos jóvenes), 40 a 50 años (adultos de mediana edad), 60 a 70 años (adultos mayores jóvenes) y 80 a 90 años (adultos mayores de edad avanzada).

Se seleccionó una muestra no probabilística intencional que quedó conformada por 160 personas distribuidas por género y grupo de edad tal como muestra la Tabla N° 1.

Las características de la muestra son las siguientes: el 66,9% tiene pareja y el 33,1% no. En cuanto al grupo de convivencia, el 17,5% vive solo, 31,3% vive con sus parejas, el 50% vive con sus familias y el 1,3% vive con amigos. La distribución según el nivel educativo es la siguiente: 0,6% primario incompleto, 3,1% primario completo, 6,3% secundario incompleto, 21,3% secundario completo, 18,1% terciario/universitario incompleto, 47,4% terciario/universitario completo, 0,6% posgrado incompleto y 0,6% posgrado completo. En lo que respecta a la ocupación, un 1,3% se encuentra desocupado, 11,9% son estudiantes, 13,1% son trabajadores autónomos, 13,1% son empleados, 6,3% son docentes, 2% son profesionales, 30% son jubilados y el 4,4% son amas de casa.



Franco Morales y Claudia Josefina Arias

Tabla N° 1.

Distribución de la muestra según grupo de edad y sexo.

Grupo de edad	Mujeres	Varones
Adultos jóvenes	20	20
Adultos de mediana edad	20	20
Adultos mayores jóvenes	20	20
Adultos mayores de edad avanzada	20	20
Total	80	80

Instrumentos

A fin caracterizar la muestra se ha administrado un cuestionario sociodemográfico que indaga edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción y grupo de convivencia.

Para evaluar la capacidad de perdón, se ha utilizado la escala CAPER (Casullo & Fernandez-Liporace, 2005) La misma está integrada por 20 ítems en forma de afirmaciones a partir de los que se explora cómo reacciona habitualmente la persona ante situaciones negativas que pueden ser consecuencia de sus acciones, de las acciones de otras personas o de situaciones que él no puede controlar. Las opciones de respuesta son: "Casi siempre falso para mí" (1); "A veces falso para mí" (3); "A veces verdadero para mí" (5) y "Casi siempre verdadero para mí" (7). El puntaje mínimo de la escala total es de 20 y el máximo de 140. Los ítems están agrupados en tres subescalas: 1) Self o perdón a sí mismo (ítems 1 al 6); 2) Perdón a otros (ítems 7 al 12) y 3) Perdón a situaciones (ítems 13 al 18). Los dos últimos ítems evalúan atribuciones sobre el perdón y son denominados como Creencias. Estudios anteriores han verificado la validez de dicha escala, así como un nivel de consistencia interna relativamente aceptable (alpha de Cronbach entre .40 y .62) ya que cada escala se configura con un bajo número de reactivos (Casullo, 2005; Casullo & Fernandez Liporace, 2005).

Diseño de la investigación

De acuerdo con el objeto de estudio, la temática y los objetivos propuestos se desarrolló un diseño de tipo no experimental, transversal/correlacional.

Procedimiento

Con el objetivo de lograr una muestra heterogénea se incluyeron personas que concurrían a diferentes organizaciones. También fueron invitadas a participar personas desde sus hogares particulares, en paseos y espacios públicos. La participación fue anónima, voluntaria y confidencial. La información obtenida en la presente investigación se utilizará con fines exclusivamente científicos bajo la Ley Nacional Argentina 25.326 HÁBEAS DATA de protección de los datos personales. En virtud de ello, se ha incorporado un consentimiento informado en el protocolo de administración a tal efecto.

Análisis de los datos

Se llevó a cabo un análisis cuantitativo mediante la utilización de paquetes estadísticos estandarizados para ciencias sociales.



El perdón como motivador prosocial en la vejez

Resultados

Se analizaron las diferencias entre los grupos de edad mediante ANOVA de un factor con cada uno de los componentes de la Capacidad de Perdón (Tabla N°2).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por grupo de edad entre las puntuaciones de tres de los componentes de la Capacidad de Perdón: Perdón a Uno Mismo, Perdón a Otros y Perdón a Situaciones. Por el contrario, sí se obtuvieron diferencias significativas entre las puntuaciones de Creencias que Determinan el Perdón.

Tabla N°2

Análisis de Varianza de Puntajes de dimensiones de la Capacidad de Perdón, según grupo de edad

Fuente de Variación	Suma de cuadrados	gl	F
Perdón a Uno Mismo			
Inter-grupos	83,60	3	1,02
Intra-grupos	(4260,00)	156	
Perdón a Otros			
Inter-grupos	43,26	3	,41
Intra-grupos	(5479,17)	156	
Perdón a Situaciones			
Inter-grupos	178,27	3	1,80
Intra-grupos	(5149,50)	156	
Creencias que Determinan el Perdón			
Inter-grupos	132,60	3	2,79*
Intra-grupos	(2499,00)	156	

Nota: los valores que figuran entre paréntesis corresponden a la varianza de error.

*p < .05; **p < .000.

Para detectar en qué grupos de edad se encontraban las diferencias en la dimensión Preocupación Empática se realizó un análisis de comparaciones múltiples post hoc utilizando la prueba DMS luego de haber comprobado la homogeneidad de varianza según el estadístico de Levene. La comparación post hoc muestra que las puntuaciones promedio obtenidas por el grupo de 20 a 30 años son similares a las del grupo de 40 a 50 pero significativamente inferiores a las de los grupos de 60 a 70 años y 80 a 90 años. Asimismo, los promedios obtenidos por el grupo de 60 a 70 y el de 80 a 90 años fueron similares entre sí (Ver Tabla N°3)

Tabla N° 3.

Promedios y Desvíos Estándar de Puntajes de Creencias que Determinan el Perdón y contrastes post hoc (DMS) según Grupo de Edad..

Grupo de edad	N	M	SD
20 a 30 años	40	6,60 ^a	4,278
40 a 50 años	40	7,95 ^a	3,775
60 a 70 años	40	8,85 ^b	3,446
80 a 90 años	40	8,80 ^b	4,433

Nota: Las medias que se encuentran en la misma columna y que presentan distintos subíndices, difieren a una p < .05.



Franco Morales y Claudia Josefina Arias

Discusión

Los resultados muestran diferencias con los antecedentes relevados. Contrariamente a lo encontrado en gran parte de ellos (Allemand, 2008; Enright, Gassin, & Wu, 1992; Girard & Mullet, 1997; Lawler-Row & Piferi, 2006; Toussaint, Williams, Musci, & Everson, 2001), no se han registrado en el presente estudio diferencias significativas en tres de las cuatro dimensiones donde el Perdón puede expresarse (a uno mismo, a otros y a situaciones) entre ninguno de los cuatro grupos de edad. Esta discrepancia puede deberse a las características de la escala. El instrumento de evaluación ha sido testeado sólo en estudiantes universitarios (Casullo & Fernandez-Liporace, 2005) y no en población adulta general. Asimismo, otras variables como las metas sociales (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999), la perspectiva de tiempo futuro (Cheng & Yim, 2008) y los rasgos de personalidad como la agradabilidad y el neuroticismo (Steiner, Allemand, & McCullough, 2011), pueden estar influyendo en este estudio sin tener conocimiento de ello al no ser evaluadas.

Sí se han encontrado diferencias significativas en las puntuaciones de la dimensión que hace referencia a las Creencias que Determinan el Perdón en favor de los dos grupos de mayor edad. Estos resultados nos indican que más allá de que esta capacidad no parece aumentar en las últimas etapas de la vida, los adultos mayores recurren a sus sistemas de creencias más que los jóvenes para perdonar. Como fue referenciado, la religiosidad y el perdón se encuentran relacionados con el proceso de envejecimiento (Bono, & McCullough, 2002); asimismo, estudios como el de Girard y Mullet (1997) han registrado que la gran mayoría de las personas que invocan a una filosofía personal que los mueve a considerar que se debe perdonar incondicionalmente son adultos mayores. Maganto y Garaigordobil (2010) coinciden en sus resultados en que la creencia en un poder superior aumenta según la edad; sin embargo, encuentran resultados inversos en lo que respecta a la creencia en un destino con el que hay que resignarse y al que hay que aceptar. En síntesis, los resultados permiten pensar que las creencias y convicciones que las personas utilizan para justificar su perdón, además de las creencias religiosas, involucrarían significados y representaciones más amplias. Aun así, al evaluar el contenido de los ítems de la dimensión en la que se ha registrado diferencias por grupo de edad, el significado de dicha diferencia se refiere a las creencias sobre el destino y la divinidad y no sobre su relación con el concepto de perdón. Será una línea futura de investigación poder indagar la relación de esta dimensión con las restantes. Aun contrastando con otros estudios, la presente investigación no registra pérdidas debidas a la edad en ninguna de las dimensiones de la Capacidad de Perdón. En este sentido, desde la perspectiva del LifeSpan (Baltes, Lindenberger, & Staudinger, 1999), donde se entiende que el desarrollo no es ganancia, sino también el mantenimiento, los resultados obtenidos nos ofrecen un panorama provechoso para pensar que la capacidad para perdonar puede sostenerse a lo largo de todo el proceso de envejecimiento.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio muestran consonancias y disonancias con investigaciones previas. Cuando se indagan diferencias por grupo de edad los resultados tienden a ser favorables para los adultos mayores, ya sea en el aumento o mantenimiento de las dimensiones de la capacidad de perdón, entendiendo que en la vejez el mantenimiento también es ganancia. Si bien, en disonancia con otros estudios, no se han encontrado diferencias por grupo de edad, el mantenimiento de esta capacidad habla del sostenimiento de una fortaleza del carácter (Peterson & Seligman, 2004), con los beneficios interpersonales e intrapersonales que ello conlleva hasta las últimas etapas de la vida y es consistente con el efecto de positividad en tanto permite un sesgo hacia estímulos positivos y un corrimiento de los estímulos negativos (como puede ser una agresión). Las Creencias que Determinan el Perdón parecen aumentar su valencia en las últimas etapas de la vida. Futuras investigaciones deberán indagar, entre otras cuestiones, qué significados implican esas creencias, qué relación tienen con el desarrollo del perdón en situaciones concretas y, qué peso tiene el efecto de cohorte en esta variable.

Una limitación del estudio fue la no inclusión de factores sociodemográfico en los análisis, tales como nivel educativo y socioeconómico. Si bien estas variables no han mostrado tener una fuerte influencia predictiva en ambos constructos, queda por evaluar la neutralidad de las diferencias sociodemográficos en los resultados presentados.



El perdón como motivador prosocial en la vejez

Por último, cabe destacar que la medida utilizada para evaluar la Capacidad de Perdón lo ha hecho sólo en su costado disposicional, dejando de lado medidas situacionales. Estudios que incluyan este tipo de medidas podrán evaluar de forma más específica el funcionamiento y las relaciones de estas variables en diferentes etapas del desarrollo humano, otorgando mayores niveles de validez ecológica al estudio.

Se espera que los resultados de la presente investigación motiven nuevos estudios, y provean de herramientas metodológicas y empíricas para un cambio en el entorno que influye el proceso de envejecimiento. Se espera también que el relevamiento de disposiciones psicológicas que se mantienen y/o aumentan en las últimas etapas del desarrollo humano fomente un cambio positivo en la representación social del envejecimiento, y efectúe aportes para el diseño de intervenciones y contextos que favorezcan un envejecimiento positivo. El perdón como fortaleza humana se muestra, en la última etapa de la vida, como un reservorio de capital humano para el sostenimiento y mejora de las relaciones humanas cercanas, lejanas y comunitarias.

Referencias

- Allemand, M. (2008). Age differences in forgivingness: The role of future time perspective. *Journal of Research in Personality*, 42, 11371147.
- Aquino, K., Tripp, T. M., & Bies, R. J. (2001). How employees respond to personal offense: The effects of blame attribution, victim status, and offender status on revenge and reconciliation in the workplace. *Journal of Applied Psychology*, 86, 5259.
- Arias, C., & Soliverez, C. (2009, noviembre). El bienestar psicológico en la Vejez ¿Existen diferencias en grupos de edad? Trabajo presentado en el 2º Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. *Psicología y construcción de conocimiento en la época*. La Plata.
- Arias, C., Castañeiras, C., & Posada M. C. (2009). ¿Las fortalezas personales se incrementan en la vejez? Reflexiones acerca del capital psíquico. En R. Iacub & cols (Eds.), *Desafíos y logros frente al bien-estar en el envejecimiento* (pp. 31-39). Buenos Aires: Eudba.
- Ballesteros, R. F. (2007). Luces y sombras en la psicología del potencial humano: el ejemplo de la Psicogerontología. En U. M. Staudinger & L. G. Aspinwall (Eds.), *Psicología del potencial humano: cuestiones fundamentales y normas para una psicología positiva*. (pp. 183-204). Madrid: Gedisa.
- Baltes, P. B., & Freund, A. M. (2007). El potencial humano como orquestación de la sabiduría y la optimización selectiva con compensaciones. En U. M. Staudinger & L. G. Aspinwall (Eds.), *Psicología del potencial humano: cuestiones fundamentales y normas para una psicología positiva*. (pp. 45-62). Madrid: Gedisa.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual review of psychology*, 50(1), 471-507.
- Blanchard-Fields, F. (2007). Everyday problem solving and emotion: An adult developmental perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 2631.
- Bono, G. (2005). Commonplace forgiveness: From healthy relationships to healthy society. *Humboldt Journal of Social Relations*, 29(2), 82-110.
- Bono, G., & McCullough, M. E. (2004). Religion, forgiveness, and adjustment in older adults. In K. W. Schaie, N. Krause & A. Booth (Eds.), *Religious influences on health and well-being in the elderly* (pp. 163-186). New York: Springer.



Franco Morales y Claudia Josefina Arias

Cairns, E., Tam, T., Hewstone, M., & Niens, U. (2005). Intergroup forgiveness and intergroup conflict: Northern Ireland, a case study. En L. Worthington (Ed.), *Handbook of forgiveness* (pp. 461-476). New York, NY: Routledge.

Carstensen, L. L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional Selectivity Theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27, 103-123.

Carstensen, L. L., Hanson, K. A., & Freund, A. M. (1995). Selection and compensation in adulthood. En R. A. Dixon & L. Baekman (Eds.), *Compensating for psychological deficits and declines: Managing losses and promoting gains*. (pp. 107-126). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates.

Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously. *American Psychologist*, 54(3), 165-181.

Casullo, M. M. & Fernandez-Liporace, M. (2005). Evaluación de la capacidad de perdonar. Desarrollo y validación de una escala. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América latina*, 51(1), 14-20.

Cheng, S. T., & Yim, Y. K. (2008). Age differences in forgiveness: The role of future time perspective. *Psychology and aging*, 23(3), 676-680.

Darby, B. W., & Schlenker, B. R. (1982). Children's reactions to apologies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 742-753.

De Waal, F. B. M., & Pokorny, J. J. (2005). Primate conflict and its relation to human forgiveness. En E. L. Worthington (Ed.), *Handbook of forgiveness* (pp. 173-202). New York, NY: Routledge.

Dorff, E. N. (1998). The elements of forgiveness: A Jewish approach. En E. L. Worthington (Ed.), *Dimensions of forgiveness: Psychological research and theological perspectives* (pp. 29-55). Radnor, PA: Templeton Foundation Press.

Dougherty, L. M., Abe, J. A., & Izard, C. E. (1996). Differential emotions theory and emotional development in adulthood and later life. En C. Magai & S. H. McFadden (Eds.), *Handbook of emotion, adult development and aging* (pp. 27-41): Academic Press.

Enright, R. D. (1996). Counseling within the forgiveness triad: On forgiving, receiving forgiveness, and selfforgiveness. *Counseling & Values*, 40(2), 107-127.

Enright, R. D. (2001). *Forgiveness is a choice: A step-by-step process for resolving anger and restoring hope*. Washington, D. C: American Psychological Association.

Enright, R. D., Freedman, S., & Rique, J. (1998). The psychology of interpersonal forgiveness. En R. D. Enright & J. North (Eds.), *Exploring forgiveness*. (pp. 46-62). Madison: University of Wisconsin Press.

Enright, R. D., Gassin, E. A., & Wu, C. (1992). Forgiveness: A developmental view. *Journal of Moral Development*, 21, 99-114.

Exline, J. J., Worthington, E. L., Hill, P., & McCullough, M. E. (2003). Forgiveness and justice: A research agenda for social and personality psychology. *Personality and Social Psychology Review*, 7, 337-348.

Fehr, R., Gelfand, M. J., & Nag, M. (2010). The Road to forgiveness: A meta-analytic synthesis of its situational and dispositional correlates. *Psychological Bulletin*, 136(5), 894-914.

Flavell, J. H. (1970). Concept development. *Carmichael's manual of child psychology*, 1, 983-1059.



El perdón como motivador prosocial en la vejez

Girard, M., & Mullet, E. (1997). Forgiveness in adolescents, young, middle-aged, and older adults. *Journal of Adult Development*, 4, 209220.

Govier, T. (2002). *Forgiveness and revenge*. London, England: Routledge.

Griswold, C. L. (2007). *Forgiveness: A philosophical exploration*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Hill, R. D. (2011). A Positive aging framework for guiding geropsychology interventions. *Behavior Therapy*, 4, 66-77.

Hoyt, W. T., Fincham, F. D., McCullough, M. E., Maio, G., & Davila, J. (2005). Responses to interpersonal transgressions in families: Forgivingness, forgivability, and relationship-specific effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 375394.

Iacub, R. (2011). *Identidad y envejecimiento*. Buenos Aires: Paidos.

Labouvie-Vief, G. (2009). Cognition and equilibrium regulation in development and aging. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 27, 551565.

Lawler-Row, K. A., & Piferi, R. L. (2006). The forgiving personality: Describing a life well lived? *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1009-1020.

Lombardo, E. (2013). Psicología positiva y psicología de la vejez. *Intersecciones teóricas*. Psicodebate, 13, 4760. Magai, C. (2001). Emotions over the life span. En J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (5th ed., pp. 310-344). San Diego, CA: Academic Press.

Maganto, C., & Garaigordobil, M. (2010). Evaluación del perdón: Diferencias generacionales y diferencias de sexo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(3), 391-403.

Maltby, J., Day, L., & Barber, L. (2005). Forgiveness and happiness. The differing contexts of forgiveness using the distinction between hedonic and eudaimonic happiness. *Journal of Happiness Studies*, 6, 1-13.

McCullough, M. E. (2000). Forgiveness as human strength: theory, measurement and links to well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 1, 43-45.

McCullough, M. E., & Hoyt, W. T. (2002). Transgression-related motivational dispositions: Personality substrates of forgiveness and their links to the Big Five. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 15561573.

McCullough, M. E., & Hoyt, W. T. (2002). Transgression-related motivational dispositions: Personality substrates of forgiveness and their links to the Big Five. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 15561573.

McCullough, M. E., Kurzban, R., & Tabak, B. A. (2010). Evolved mechanisms for revenge and forgiveness. En R. Shaver & M. Mikulincer (eds.), *Understanding and reducing aggression, violence, and their consequences*, (pp. 221-239). Washington, DC: American Psychological Association.

McCullough, M. E., Worthington, E. L., & Rachal, K. C. (1997). Interpersonal Forgiving in Close Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(2), 321-336.

Peterson, C. & Seligman, M.E.P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, DC, EE.UU: American Psychological Association; Oxford University Press.

Piaget, J. (1971). *El juicio moral en el niño*. Barcelona: Fontanella.



Franco Morales y Claudia Josefina Arias

Romero, C., & Mitchell, D. B. (2008). Forgiveness of interpersonal offenses in younger and older roman catholic women. *Journal of Adult Development*, 15, 5561.

Rusbult, C. E., Verette, J., Whitney, G. A., Slovik, L. F., & Lipkus, I. (1991). Accommodation processes in close relationships: Theory and preliminary empirical evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 53-78.

Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2007). Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths. California: Sage Publications.

Snyder, C. R., & Yamhure Thompson, L. (2000). The development and validation of the Heartland Forgiveness Scale. Unpublished manuscript. University of Kansas, Lawrence, KS.

Steiner, M., Allemand, M., & McCullough, M. E. (2012). Do Agreeableness and Neuroticism Explain Age Differences in the Tendency to Forgive Others? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(4), 441-453.

Thompson, L. Y., Snyder, C. R., Hoffmain, L., Michael, S. T., Rasmussen, H. N., Billings, L. S., Heinze, L., Neufeld, J. E., Shorey, H. S., Roberts, J. C., & Roberts, D. E. (2005). Dispositional forgiveness of self, others and situations: the heartland forgiveness Scale. *Journal of Personality*, 73, 313-359

Toussaint, L. L., Williams, D. R., Musick, M. A., & Everson, S. A. (2001). Forgiveness and health: Age differences in a US probability sample. *Journal of Adult Development*, 8, 249257.



Aspectos biopsicosociales del envejecimiento

Eleonora Carrazco Mujica (1)

"Cuando logremos ver a una persona mayor no fundamentalmente como anciano y subsidiariamente como persona sino como una persona que además sigue siendo lo que siempre fue, con un activo de experiencia acumulada y un pasivo en el que figuren las inevitables mutaciones físicas debidas a la acción del tiempo, significará que nuestra intervención profesional está orientada por la senda correcta".
Alex Comfort

Introducción

En nuestra cultura pensar cuerpo-envejecimiento convoca a una serie de malestares relacionados con declinación física, pérdidas, quebrantos, de ahí que abarcar el entramado complejo de la situación del sujeto adulto durante el proceso de envejecimiento implica acercar una mirada que tenga en cuenta a la persona desde una mirada biopsicosocial.

Tal representación encuentra su razón de ser en la serie de transformaciones que se producen a nivel de la estructura y la fisiología corporal junto con otras que adquieren centralidad en este tramo de la vida.

Tal vez no sería osado decir que ninguno de las situaciones que ha vivido en etapas pasadas presentan tantas transformaciones ni adaptaciones, en todas las áreas de la conducta, ya que si en otras franjas de edad necesitaba ajustarse a las progresivas modificaciones inherentes al proceso evolutivo, se agregaría en ésta la configuración imaginaria que la cultura (como planteaba Foucault, estas formaciones "impregnaban" el saber profesional) va desarrollando con respecto a este grupo etario y sus efectos en la subjetividad, más allá de explicitar que suceden objetivamente modificaciones en los sistemas de control del cuerpo.

Si la interpellación que el sujeto de mediana edad comenzaba a hacerse con respecto a sus épicas cotidianas, respecto al ser ahí, al ser con los otros, al balance introspectivo, a preguntarse por la muerte, por la direccionalidad del tiempo, a los impactos por el climaterio, por la muerte o enfermedad de los padres, al sentirse próximos en la lista; paradójicamente será en esta etapa donde se producirá un aceleramiento interno con respecto a las preguntas concernientes a lo existencial. A las preguntas que solía hacerse en su medianía con respecto a todas estas significaciones se le agregarán otras de índole acuciante ante el temor de lo que no se tiene registro. Movimiento diferente y necesidad de encontrar un equilibrio, un equilibrio del ser, para seguir siendo, necesidad de acompañar y encontrar nuevamente el ritmo entre el fluir de sensaciones y la acomodación ante las pérdidas, entre el adentro y el afuera, que de acuerdo a cada subjetividad más o menos amenazada o ansiada, deberá resistir ante una impronta de inexorabilidad que no siempre puede ser tolerada.

**Nº2 ISSUE
DICIEMBRE 2014**

Recibido:
23/08/2014

Aceptado:
08/10/2014



Aspectos biopsicosociales del envejecimiento

Por esta razón, todas estas transformaciones físicas, psíquicas (sensoriales, cognitivas, motrices) deberán ser leídas bajo la luz de esta multiplicidad de duelos que el sujeto envejeciente deberá elaborar a costa de su deseo, de sentirse sobrecargado, con una emocionalidad no acompañada por el imaginario ni por la sociedad, donde él podrá llegar a ser el sujeto que puede agotarse, arriesgaríamos que deberá ser portador de una importante dosis de fortaleza yoica para poder afrontar este pasaje que lo lleve a reencontrarse con una armonía del plural. Biología que nos disparará una profundidad de signos a los que habrá que darles apellido más allá del nombre médico dentro de la vasta cartografía del sujeto, que nos remitirá a su historia, sus diferentes etapas, sus herencias, sus debilitamientos y readaptaciones, en ese batallar continuo por lograr la homeostasis.

Biología que debemos articular con lo psíquico para comprender como este sujeto ha devenido siendo capaz del afrontamiento de los acontecimientos que le propone esta nueva instancia, desde su potencia que lo arropa de los fríos sociales o las hambrunas afectivas, o ha caído -no precisamente por una osteoporosis- en una especie de rotura del ser, por la carencia de apuntalamientos y respaldos ante situaciones conflictivas.

Ver al sujeto desde una mirada integradora, supone, no entrar en el ríspido territorio de las polarizaciones, sino más bien entenderlo como portador de otra construcción ya que no ha cesado, sigue siendo un ser inacabado, que se sitúa ante el desafío del deseo.

Una vuelta que necesitará de otro co-partero también en este tramo, porque el cuerpo es siempre social, nunca podrá sustraerse a esto, menos antes situaciones de extrema vulnerabilidad donde se hace imprescindible la presencia del otro.

La resolución de esta crisis vital tendrá íntima vinculación con los estados previos: con respecto a su salud física, con la prevención o cuidado de sus patologías tanto las de carácter emergente como aquellas cronificadas, en el área psíquica de los mecanismos defensivos que utilice para elaborar los duelos provenientes de las diferentes pérdidas; en el área social quizás la mayor dificultad de esta etapa resulte -“la ausencia de un mundo real para ellos”, de todas aquellas intervenciones que han facilitado u obturado su participación en las distintas redes sociales, familiares o comunitarias que le permitan transitar o no el presente desde una actitud proactiva.

La cultura mediatiza la conducta humana, será ésta, entonces, la que le dará al sujeto envejeciente la posibilidad de ejercer su potencia, si para la cultura el adulto mayor es un invitado de piedra, tendrá que realizar un inevitable ejercicio de adaptación para evitar que se instale en su subjetividad esa mirada descalificatoria que resta autoestima y realización personal, al respecto señala el Dr. David Slavsky “en las distintas comunidades y subjetividades individuales se van constituyendo certezas que convalidan como natural e inevitable una concepción del envejecimiento como tránsito hacia el despojo, el dolor, la soledad”.

A los efectos de poder analizar cada área se hará un detalle de las modificaciones que se producen en cada una, sin dejar de hacer hincapié que es a éstos solos efectos, ya que las mismas interactúan conjuntamente más allá de que exista el predominio de una sobre otra (Bleger).

“Es una abstracción como se sabe ahora, considerar los datos fisiológicos y los hechos psicológicos: se gobiernan mutuamente. Ya veremos que en la vejez está relación es particularmente evidente, siendo por excelencia, la esfera de lo psicosomático” (Simone de Beauvoir).

Recordemos como en 1890 Freud designaba en sus escritos el “Tratamiento psíquico del alma” a través de estas palabras:

“Tratamiento psíquico quiere decir más bien tratamiento desde el alma ya sea de perturbaciones anímicas o corporales- con recursos que de manera primaria e inmediata influyen sobre el ánimo del hombre”, para proseguir más adelante “ Los médicos se vieron así frente a la tarea de investigar la naturaleza y el origen de las manifestaciones patológicas en el caso de estas personas nerviosas o neuróticas llegándose a este descubrimiento: al menos en algunos de estos enfermos, los signos patológicos no provienen sino de un influjo alterado de su vida anímica sobre su cuerpo. Por tanto la causa inmediata de la perturbación ha de buscarse en lo anímico (...) Pero la ciencia médica había hallado aquí el anudamiento para entender en su plena dimensión al aspecto descuidado hasta entonces: la relación recíproca entre el cuerpo y el alma (...) En ciertos estados anímicos denominados afectos, la coparticipación del cuerpo es tan llamativa y tan grande que muchos investigadores del alma dieron en pensar que la naturaleza de los afectos consistiría sólo en estas exteriorizaciones corporales suyas” (T 1, Pág. 118).



Eleonora Carrazco Mujica

Con esto hemos pretendido recordar:

- a) El cuerpo y lo anímico están directamente relacionados
- b) El cuerpo es una vía posible de expresión de afecto
- c) El cuerpo está íntimamente vinculado con nuestra dinámica intrapsíquica.

La vejez aísla más que otras situaciones, provoca discriminación debido a esto es que se recurre a mecanismos defensivos de etapas anteriores, si bien no podemos desconocer la importancia de los factores intrapsíquicos tampoco deberemos restarle trascendencia a los factores sociales y familiares, será necesario tener en cuenta el efecto patógeno que la soledad ejerce en adultos mayores.

Benjamin manifiesta que "*sólo una ruptura mesiánica puede salvarnos de este ir precipitando porque esta ruptura puede producir una inversión temporal, por lo tanto lo que se desmorona puede ser redimido*".

Esta etapa puede en algunos casos aparecer como una verdadera caída, por la pérdida de soporte y garantías simbólicas, de ahí que surja la necesidad de trabajar en prevención para torcer este devenir apelando a la potencia del sujeto, generando estrategias para modificar lo ineluctable.

FISIOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO

El sistema inmune es fundamental para la protección del organismo frente a agentes externos y sus características principales son:

- 1-Capacidad para discriminar entre lo ajeno y lo propio del organismo
- 2-Facultad de reconocer la diferencia entre antígenos
- 3-Poseer memoria inmunológica.

El envejecimiento produce una disminución de la capacidad funcional del conjunto del organismo que afecta también al sistema inmune y en ese sentido, dado que éste debe defender a nuestro cuerpo de las infecciones de cualquier tipo y destruir las células propias que hayan sufrido modificaciones en su membrana, cuando no cumple esas funciones adecuadamente, se produce una menor resistencia frente a las infecciones y la presencia frecuente de tumores.

La respuesta a la vacunación suele estar disminuida, aunque existen grandes diferencias, dependiendo de la persona y del tipo de vacuna.

La edad es el factor más importante que determina el riesgo de padecer cáncer. Experimentalmente se ha observado que la sensibilidad a los cancerígenos cambia con los años, aumentando conforme se produce la maduración de los tejidos.

Deberíamos agregar que con la vejez se presentan cambios en el medio interno que facilitan las condiciones para que surja el cáncer: las funciones depuradoras hepáticas y renal se reducen, con lo que la metabolización y excreción de productos también se realiza más despacio y las frecuentes carencias diabéticas de zinc y selenio generan un mayor deterioro de la función inmunitaria.

Como veníamos manifestando a medida que pasa el tiempo los mecanismos homeostáticos responsables de mantener el equilibrio en el medio interno, ante cambios internos o externos (medio ambiente) se alteran, disminuyendo progresivamente su sensibilidad y amplitud, efectuando respuestas más acotadas hasta llegar a un punto de desestructuración completa en el que su acción es imposible, produciéndose la muerte.

Mientras el número total de células T permanece constante, algunos autores han precisado una declinación general de linfocitos con la edad, esta disminución parecería estar en relación con una escasa expectativa de vida, así como los niveles de interferón-gamma de suma importancia en la regulación y resistencia a las



Aspectos biopsicosociales del envejecimiento

infecciones virales, también se hallan disminuidos en respuesta a infecciones como las producidas por el herpes zoster.

El envejecimiento da lugar a una disminución de la capacidad de adaptación con la consecuente pérdida de la flexibilidad de los mecanismos fisiológicos que regulan el equilibrio necesario para mantener el medio interno, esto daría como resultado que las grandes diferencias entre el organismo del joven y del adulto mayor estarían dadas frente a situaciones de estrés psicofísico donde al adulto mayor le cuesta mucho más recuperarse; debido a esta disminución que aunque active mecanismos compensadores para el mantenimiento de la integridad no llega a hacerse efectiva por el paso del tiempo.

Por ejemplo, en la persona joven el PH y el equilibrio ácido-básico vuelven a la normalidad en ocho horas, más o menos, en tanto que en la persona de sesenta o setenta años ese proceso demora entre dos y tres días. En el individuo de ochenta años la corriente sanguínea que pasa por los riñones es más o menos la mitad de la que pasa en el de veinte. Se sostiene además que esos cambios se producen por la pérdida de células (Shock, 1960). Debido a todos estos procesos es que mencionamos la ralentización, ya que las alteraciones funcionales que se observan con el envejecimiento son debidas a las modificaciones de la velocidad y la eficacia para restablecer la situación de equilibrio después de un estímulo.

El sistema inmunitario se ve afectado con la edad, y es uno de los sistemas de control que mantienen el cuerpo del adulto mayor en equilibrio, por la alteración en los mecanismos celulares y hormonales que son los encargados de la defensa ante la agresión de agentes externos, por esta razón se halla más expuesto a infecciones y a enfermedades por anticuerpos, otro de los sistemas de control es el neuroendocrino, debido a su modificación la coordinación nerviosa se hace menos efectiva y disminuye la sensibilidad de las hormonas y neurotransmisores.

MODIFICACIONES FÍSICAS Y FUNCIONALES

Si bien citando a Ajuriaguerra "se envejece de acuerdo a cómo se ha vivido", esto da cuenta de vejedes múltiples, diversas modalidades de envejecer, que nos invitan a pensar que nadie envejece de la misma manera por lo tanto se consideran variaciones de un sujeto a otro, podemos realizar un detalle de las transformaciones que sobrevienen en el curso del proceso de envejecer: en la apariencia, en la estructura o en el funcionamiento del cuerpo.

En la apariencia

Alteraciones del aspecto corporal

- .Disminución de la masa muscular (30%)
- .Disminución del agua corporal (50%)
- .Aumento de la grasa corporal (30%)
- .Disminución de la estatura por achatamiento de los discos intervertebrales
- .Aumento de la cifosis



Eleonor Carrazco Mujica

Nuestra apariencia cambia al envejecer, entre las modificaciones mencionamos las que se dan en el sistema piloso, que afectan la distribución, el color, la fuerza, el espesor del vello y de los cabellos. Hombres y mujeres ven aparecer vello en determinadas partes del cuerpo, en las mujeres puede ser en el mentón, el labio superior, en las piernas, en tanto que en los hombres en las orejas y en las fosas nasales. Los hombres se ven afectados por la calvicie con mayor frecuencia que las mujeres. Para hombres y mujeres los cabellos se tornan grises, quebradizos, o blancos. Poseen además una apariencia más frágil, de menor cuerpo, menos fuertes.

En tanto que se produce una disminución de la talla entre los 30 y 40 años, más allá de que se vea un incremento progresivo de ésta con cada generación. Los huesos se tornan más porosos (osteoporosis), se acentúa la curva natural de la columna vertebral (cifosis) y la cavidad torácica disminuye de volumen mientras que las costillas se desplazan hacia abajo y hacia adelante. Es el repliegue del cuerpo sobre sí mismo el que reduce la talla, altera la apariencia y obstaculiza la movilidad.

Con el paso del tiempo, el cuerpo experimenta unas transformaciones en su estructura metabólica y celular así como en la distribución de sus diversos elementos, por ejemplo, en el nivel de las células y sus tejidos, existe una pérdida de ciertos componentes como el ADN y un aumento de los tejidos grasos y fibrosos a expensas de los tejidos delgados. Podríamos aseverar que a partir de los 30 años quienes no modifiquen su régimen alimenticio comenzaran a acumular grasa que se concentrará en torno a la cintura.

Las disminuciones de la masa muscular junto con el agua corporal, poseen importantes implicaciones para el régimen alimenticio y la medicación, ya que estas transformaciones tienen repercusiones en la dispersión de las sustancias en el cuerpo; de éstas la más importante concierne a la distribución. Así el alcohol se dispersa menos que antes mientras que un psicofármaco se distribuye en una superficie mayor, lo que influye necesariamente sobre el efecto así como sobre la duración de absorción de las sustancias. Estas diversas modificaciones se engloban bajo el nombre de "farmacocinesis".

Hay relaciones importantes entre la edad y el efecto producido por ciertos agentes terapéuticos, el tiempo de eliminación del mismo es mucho mayor en las personas de edad, lo que tiene como consecuencia que su absorción siga haciendo aumentar su concentración en el organismo.

Algunas sustancias resultan eliminadas del sistema sanguíneo debido a la acción metabólica del hígado, mientras que otras lo son por las funciones renales, pero entre los 20 y 80 años, los riñones y el hígado pierden el 35% de su eficacia, lo que tiene una incidencia directa en el efecto de ciertos medicamentos cuando son administrados a las personas de edad. Agregaríamos la importancia de una ingesta superior a los 2 litros de agua, para ayudar a la eliminación de los restos de medicamentos que pueden llevar en algunos casos a sobredosis, en especial en aquellos adultos polimedificados.

En el plano estructural la aparición de ciertas arrugas en la piel está ligada a las variaciones de los tejidos grasos subcutáneos así como a una pérdida de elasticidad, esta última asociada al aumento de proteínas fibrosas, la lipofuscina y el colágeno. Se advierte además, una hipertrofia de las células de pigmentación del sistema histológico, especialmente en las partes no protegidas de la epidermis, que producen manchas denominadas Lentigo senilis, se suman la atrofia de las glándulas sudoríparas y sebáceas que proporcionan a la piel un aspecto reseco y a su vez dificultan el proceso normal de sudación, lo que produce menor tolerancia al calor.



Aspectos biopsicosociales del envejecimiento

Con la edad, no cambia tanto la proporción de los diversos componentes de los huesos como la de las materias sólidas con respecto a las porosas. Con esto decimos que los huesos conservan generalmente su forma, pero se tornan menos sólidos. La osteoporosis se halla estrechamente vinculada al envejecimiento, las fracturas de cadera o de la pierna en las personas de edad pueden ser la causa más que el resultado de una caída, la persona se parte la cadera y se cae más que a la inversa, así como ciertos traumatismos ligeros como los estornudos pueden provocar lesiones benignas de los tejidos óseos, muy especialmente los de la columna vertebral.

Marcha

.Disminución del bráceo

.Aumento de la base de sustentación

Los cambios funcionales

En cuanto a la pérdida de funciones, la cuestión consiste en saber en qué medida afectarán éstas la vida cotidiana de las personas: los sentidos, la motricidad, la digestión, la eliminación y el sueño, facilitarán u obstaculizarán el buen funcionamiento de los órganos y de los miembros.

La alteración de las funciones sensoriales comprenden tanto los cinco sentidos tradicionalmente reconocidos: la vista, el oído, el gusto, el tacto y el olfato, así como también la posición cinestésica del cuerpo, el equilibrio, el movimiento y las sensaciones internas. La alteración de las funciones de la vista y el oído así como producen una modificación importante en su vida cotidiana son generadoras también de la emergencia de un nuevo vínculo del sujeto con su entorno, con los efectos de mayor incomunicación y aislamiento, tan costosos en esta etapa, así como la falta de adaptación a la oscuridad, aumenta la angustia y la inseguridad nocturna, la desconfianza y el aislamiento social, acrecentando también la apatía, la inactividad y el desinterés.

Las alteraciones de la vista

-Vista: la córnea del ojo pierde una parte de su elasticidad y de sus capacidades de enfoque. Conocida con el nombre de presbiopía o presbicia. Los ojos pierden gradualmente su capacidad de localizar los objetos muy próximos o muy alejados. A partir de los 40 años, en general, la mayoría de las dificultades oculares han sido detectadas y corregidas a partir de los 20. La visión se estabiliza entre los 25 y los 45 años. A los 60, 9 de cada 10 personas llevan cristales.

La frecuencia de cataratas aumenta con la edad. Esta afectación es causada por el amarilleamiento o decoloración de la córnea que reduce la cantidad de luz que alcanza la parte sensible de la retina. Falsea los colores y dificulta ver.

Las alteraciones del oído

El 45% de los hombres y el 35% de las mujeres, generalmente, mayores de 75 años presentan dificultad para oír. La exposición continuada a ruidos molestos provoca la pérdida del oído. Podríamos distinguir las fuentes de los ruidos ya sean éstos voluntarios o involuntarios.



Eleonor Carrazco Mujica

La mayoría de las pérdidas son más selectivas que totales. El umbral de audición de sonidos de alta frecuencia (agudos) que modifica la percepción de la voz resulta más afectado que el de baja frecuencia (graves), siendo más elevada la altura de las consonantes que de las vocales, de esta manera se encuentra deformada la cadencia y el fluir de la expresión y cabe confundir las palabras. La persona de edad afectada de presbiacusia (déficit auditivo) cree entonces que quienes le rodean murmurán y les acusa de no hablar con suficiente claridad.

La incapacidad de comprender bien las palabras puede engendrar la desconfianza e incluso generar tendencias paranoides. Incluso se hace difícil la audición de música o de la radio.

Los otros sentidos

El gusto (por atrofia de las papilas gustativas) y el olfato tienden a disminuir. Paradójicamente se reduce la tolerancia a los platos muy picantes. Estos cambios modifican la calidad nutritiva del régimen alimenticio.

Sistema nervioso: disminución del peso del cerebro, de la cantidad de neuronas

Sistema endocrino: involución del páncreas y de la tiroides

Sistema cardiovascular: agrandamiento cardíaco, arterioesclerosis, calcificaciones arteriales

Sistema respiratorio: disminución de elasticidad caja torácica, elasticidad pulmonar

Sistema digestivo: alteraciones de la dentadura, motilidad esofágica, motilidad gástrica

Sistema urinario: disminución de la capacidad de filtración (hasta un 50%)

Sistema musculo esquelético: osteoporosis senil, disminución masa muscular

Vista: arco senil, disminución agudeza y acomodación visual

Oído: disminución de discriminación auditiva, audición de altas frecuencias

En otro orden, a partir de los 60 años comienzan síntomas biológicos de envejecimiento, ej. Decrece el peso cerebral de forma progresiva hasta la pérdida final de unos 100 gr.; disminuye el contenido de ADN, hay una marcada ralentización de los procesos cerebrales, aparición de fibras de Alzheimer y placas seniles, reducción de la capacidad de resistencia al estrés, reducción del sueño en su frecuencia, mayores despertares nocturnos, reducción de la etapa REM (fase onírica).

Está demás decir que la velocidad del cambio hacia la vejez está influida por multitud de otros factores que inciden sobre el desarrollo de cada persona (herencia, constitución física, sexo, trabajo, personalidad, inteligencia, alcohol, tabaco, alimentación, deporte, drogas, etc.).

A pesar de la existencia de estos factores cada persona posee una "edad funcional" como índice común de la edad biológica, psicológica y social y que se manifiesta en la capacidad individual de adaptación.



Aspectos biopsicosociales del envejecimiento

FACTORES PSICOSOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO

*"Antes yo era como un objeto descartado.
Ahora después de estar sentada por dos semanas en este taller
junto con funcionarios de gobierno y personas respetables,
me estoy levantando."
Mujer-mayor-Etiopía.*

Desde el punto de vista psicológico la vejez es una etapa de la vida con especiales características, una concepción equilibrada y actual de la vejez se basa en poder reconocer que el paso del tiempo produce efectos en la persona, lo que significa decir que la persona ingresa en una etapa diferente con respecto a otras vividas. Generalmente me viene la idea de un viaje, de un viajero que a lo largo del mismo, en lo que parecería el tramo final toma conciencia de que posee ciertas limitaciones, pero también de que es portador de un bagaje único que lo distingue por su experiencia, serenidad de juicio y creatividad.

Si decimos factores psicosociales es porque nos estamos refiriendo a todos aquellos que son compañeros en este viaje y tienen también decisiva influencia en su proceso de envejecimiento.

Se considera típico de esta etapa, la necesidad de elaborar duelos debido a la cantidad de pérdidas que se producen pares, roles, status, enfermedades, por nombrar sólo algunas- pérdidas entonces del yo físico y psíquico, de memoria, trastornos del sueño, y tal vez lo más importante de objetos amados.

Vivir supone, en cualquier etapa, desde el nacimiento hasta la muerte, acomodaciones psíquicas inexorables y continuas para responder a las demandas internas y externas, esta realidad no sólo se basa en algo puramente psicológico, sino también para los cambios de la materia de la cual el aparato psicológico es una función.

El Dr. Eduardo Aducci expone "la incapacidad de elaborar esos duelos y redistribuir la libido adscribiéndola a otros objetos internos y externos provoca un desarrollo neurótico que se manifiesta con depresiones y melancolías. Además, la soledad, atributo acompañante y de efecto patógeno, es muy frecuente en los adultos mayores".

En la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS en el apartado titulado "Dificultades de adaptación al envejecimiento", dice que por disminución de la "capacidad integrativa del yo" por jubilación, fallecimiento del cónyuge, independencia de los hijos (complejo de nido vacío) los adultos mayores comienzan a padecer y manifestar síntomas.

Si los criterios de salud y enfermedad no son absolutos sino situacionales y relativos, podríamos hipotetizar que esta adaptación en esta etapa tal vez necesite de todos aquellos actores que tienen marcada influencia en este proceso, hijos, familiares, redes salutógenas.

Cuando un grupo familiar adquiere un determinado monto de salud mental, el sistema, la red de comunicaciones es multidireccional, y en el asumir roles necesitados situacionalmente se realiza la tarea correctora de reconstruir las redes de comunicación, replantear los vínculos, poder ser continente de este integrante que está pasando por una crisis vital.

Porque decimos crisis vital, porque es una etapa caracterizada por cambios en las tres áreas: mente, cuerpo, mundo externo. Como en otros períodos o etapas de la vida, esto supone esta crisis atravesada por duelos. Freud precisaba el duelo no se trata, se acompaña. Este proceso conlleva una gran movilización afectiva, que como veníamos precisando compromete a todo el grupo familiar. No implica patología de por sí, pero requiere un tiempo de colaboración al tiempo que permite renovar las estructuras defensivas.

El esclarecimiento y manejo operativo de la situación junto con el abordaje de las ansiedades desencadenadas por las situaciones de cambio, por las que atraviesa no sólo el adulto sino todo el grupo familiar, al respecto manifiesta E. Pichon Riviere "de esas situaciones nos interesa señalar particularmente dos, de características



Eleonora Carrazco Mujica

realmente críticas: la adolescencia, marcada por el pasaje del rol de niño al rol de adulto y la entrada en la vejez, caracterizada en nuestra estructura familiar por la pérdida de roles operativos. Vemos que en ambos casos se trata de alteraciones significativas en el proceso de adjudicación y asunción de roles en el ámbito del grupo familiar".

Pérdida de roles operativos, o sea pérdida de esos instrumentos de interacción, de nuestros instrumentos para relacionarnos, conductas que por un lado tienen que ver con nuestra personalidad y por el otro, tienen que ver con lo que pasa en el vínculo con los otros, también en el marco, orden socio-histórico, en función del contexto amplio de la sociedad.

Ya que el rol es un modelo organizado de conducta, relativo a una cierta posición del individuo en una red de interacción, ligado a expectativas propias y de los otros, y el grupo familiar es el lugar por excelencia en el cual nos incluimos a través de los roles, lo que nos lleva a preguntarnos, qué rol ocupan los adultos mayores.

Interpelación que surge debido a las contradicciones que sostiene en su seno la institución familiar, donde ya no son los adultos mayores los que suministran a los jóvenes los modelos de comportamiento, ni son ya los transmisores de valores, donde hasta pareciera que está sino en vías de desaparición sí en retroceso el rol del abuelazgo.

Esto no ataña solamente desde el plano intrapsíquico sino que también despliega como vemos su debate en el plano intersubjetivo. Es una nueva forma de atravesar el Edipo -pero ya no el infantil- en este caso la amenaza de castración es la presencia cercana de la muerte, el conflicto es con los hijos adultos y los nietos. Edipo ocupa el lugar de Layo.

Para la consideración de todas estas cuestiones se debe incluir entonces una evaluación de la necesidad de la persona de edad de adaptarse, tanto física como psicológicamente a un deterioro general del funcionamiento físico que puede abarcar una parte o el organismo en su conjunto (Goldfarb y Turner, 1955). Los cambios físicos conducen a un concepto distinto del yo y suponen una estimación diferente de la calidad y energía de que se dispone (Kahn y otros, 1958).

Erikson (1968) a través de su teoría epigenética describe una serie de fases del desarrollo de la personalidad en función de su adecuación con ciertas variables psicosociales, según él la polaridad "Integridad versus Desesperación" sería propia de la vejez.

Dice L. Salvarezza al respecto "en la edad que nos ocupa, el conflicto principal se plantea entre Generatividad y Estancamiento. La primera debemos entenderla fundamentalmente como la preocupación por afirmar y guiar a la generación siguiente, sin que se refiera esto, solamente a una relación con personas de filiación directa. Este concepto incluye los otros más estrechos de productividad y creatividad. La capacidad de entregarse por completo en el encuentro de los cuerpos y de las mentes lleva a una expansión gradual del yo y a un vuelco de catexia libidinal hacia aquello que se está generando (Erikson). Pero cuando este enriquecimiento falla hay una regresión a una necesidad obsesiva de pseudointimidad acompañada por un sentimiento de estancamiento, aburrimiento y empobrecimiento interpersonal. En estos casos los individuos comienzan a gratificarse como si fueran sus propios hijos únicos -o los de otros- y cuando se dan las condiciones favorables, la invalidez precoz, física o psicológica, se convierte en el vehículo de la preocupación por sí mismos". (ibid.)

La resolución o no del conflicto planteado en este estadio dará lugar al último, que se planteará entre la integridad y la desesperación. En la primera se refiere "a las personas que se han ocupado de las cosas y de la gente y se han adaptado a los triunfos y a los desengaños del ser, por necesidad, el que ha dado origen a otros y ha producido objetos e ideas".

El fracaso de ésta lleva al sentimiento de desesperación en él "el sentimiento de que el tiempo es corto, demasiado corto para iniciar el intento de otro tipo de vida que lleve a la integridad".



Aspectos biopsicosociales del envejecimiento

La herida narcisista producida en el adulto mayor por el aumento de sus carencias físicas, sociales, afectivas y culturales, por las pérdidas reales o imaginarias sufridas puede ser reparada desde su realidad psíquica, es decir, haciendo consciente la resignificación de la dependencia infantil y destacando la necesidad de vivir el aquí y el ahora, en el relativo cumplimiento del deseo y en la adquisición de un self adecuado.

De ahí que pensemos que los factores más importantes en el proceso de envejecimiento son, las derivaciones emocionales que resultan de las actitudes culturales de rechazo hacia el adulto mayor así como las fuentes de apoyo externas, como los cambios producidos en el área corporal, todos éstos vividos por el sujeto envejeciente como reveses para su autoestima.

"El conflicto, la crisis vital se desarrolla en la interacción de los traumas infantiles tempranos, por un lado, y la crisis evolutiva del envejecimiento por sus duelos concretos producidos por el impacto de nuevos traumas, por el otro. Se envejece como se vive. La vejez se debate entre las fuerzas encontradas de la repetición y la búsqueda de una experiencia de satisfacción que no admite nuevas dilaciones" (Eduardo Aducci)

¿Cómo fomentar las Relaciones Sociales en el Adulto Mayor?

*"Ellos sólo hablan a los jóvenes sobre proyectos
(de desarrollo) no a las personas mayores."*
Anciano de Camboya.

Los siguientes son algunos signos en los que podemos detectar la necesidad de enriquecer la vida social en los Adultos Mayores:

Aislamiento
Sentimiento de vacío
Sentimiento de soledad
Sentimiento de inutilidad

Pero, ¿qué factores son los que influyen al Adulto Mayor para tener estos sentimientos?

Limitaciones funcionales
Dependencia por enfermedades físicas o mentales
Pérdida de seres queridos
Improductividad

-Las relaciones sociales en el adulto mayor no sólo deben enfocarse en mantener una relación sana con los seres más cercanos, que en general son los familiares encargados de sus cuidados, también, se debe estimular a que el adulto mayor cree nuevas relaciones sociales y a que recupere aquellas que perdió a lo largo de su vida. Para ello, puede ser de utilidad:

-Si el Adulto Mayor está reacio a interactuar con alguna persona y sólo quiere permanecer encerrado (o, incluso, cuando tiene algún padecimiento que le impida salir de su casa), se le puede invitar, por ejemplo, a revisar su agenda o la agenda familiar y hacer llamadas a familiares o amigos con los que se ha perdido contacto.

-Estimular a que entablen una conversación estructurada y larga con los familiares cercanos (sobrinos, nietos, etc.) en la que éstos, evidentemente, muestren interés en lo que el Mayor pueda aportar con su experiencia.

-Hacer caminatas frecuentes, donde pueda hacer contacto visual con vecinos a los que, poco a poco empieza a tomar confianza, hasta que pueda lograr comunicarse con ellos y entablar una nueva relación.

-Buscar casas de cultura o clubes sociales, donde el Adulto Mayor pueda interactuar con sus contemporáneos.



Eleonor Carrazco Mujica

una buena oportunidad de socialización, afectividad y estimulación cognitiva.

-Cambiar nuestro propio concepto de la interacción con los adultos mayores. A veces los propios prejuicios de la familia hacia el envejecimiento ocasionan que haya una discriminación intrafamiliar, donde se vaya aislando al mayor sin que, de hecho, éste presente ningún tipo de deterioro físico (pérdida de la audición, por ejemplo) o cognitivo. Esto es, hay que evitar que la familia sea la causante del deterioro de su familiar.

-Integrar al adulto mayor en nuestras actividades, preguntarle su opinión, ser curioso en sus emociones y pensamientos. Ya que si a mí me interesa, es muy probable que esa actitud genere en él deseos de conversar, por el hecho de haberle despertado curiosidad a alguien.

HelpAge International. Acción global contra envejecimiento

Pobreza: el enemigo de la independencia de los adultos mayores.

Las personas mayores están consistentemente entre las más pobres en todas las sociedades, y su seguridad material es por lo tanto una de las más grandes preocupaciones de la vejez.

Muchos experimentan la misma falta de necesidades físicas, de activos y de ingresos que sienten los otros pobres, pero sin los recursos que los adultos jóvenes, con más capacidad y más actividad, tienen para compensar.

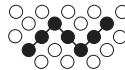
El promedio de pobreza entre las personas mayores está vinculado a los niveles de educación, incluyendo los diferentes niveles de alfabetización. En América Latina, por ejemplo, el porcentaje de alfabetizados de más de 60 años varía del 93 por ciento en Argentina a sólo 39 por ciento en Honduras. Para las mujeres, las cifras de estos países son respectivamente del 91 por ciento y 33 por ciento.

La falta de bienes materiales no es el único problema de la pobreza. Otra consecuencia es la incapacidad de participar efectivamente en la vida económica, social y política. Las personas mayores que viven en la pobreza se ven a sí mismas excluidas socialmente y aisladas de los procesos de toma de decisiones. Esto afecta no sólo su ingreso y su riqueza sino que también contribuye a la pobreza de sus casas, a su mala salud y a su inseguridad personal.

Generalmente, se argumenta que las redes informales de la familia y la comunidad en muchos países en desarrollo reducen la exclusión social de los adultos mayores. Pero esto siempre ha sido contingente a factores tales como el género y los medios materiales del individual, más que la edad. Más aún, el rápido cambio social y económico ha socavado la capacidad de estas redes informales para proporcionar apoyo.

En muchas sociedades las personas mayores tenían roles de liderazgo tales como la resolución de conflictos y la educación cultural, religiosa y de salud. Aunque estos roles aún existen, han sido erosionados por la cambiante estructura de la familia, la migración, y la aparición de una cultura dominante que da un mayor estatus a la alfabetización y a la educación formal y se ha desviado de las formas comunitarias de autogobierno.

Los esfuerzos por comprender la pobreza han dominado mucho del debate sobre el desarrollo durante los últimos años, pero la pobreza que experimenta la mayoría de las personas mayores en los países en desarrollo ha sido generalmente ignorada. En muchas iniciativas de desarrollo tales como programas de alfabetización o programas de crédito, los directores de programas parecen creer que las personas mayores son incapaces de participar y que no tienen un rol productivo, o que simplemente son recipientes pasivos de apoyo.



Aspectos biopsicosociales del envejecimiento

Referencias

Adduci, E: Adultos Mayores. Su psicoanálisis hoy, Letra Viva, 2004

Bleger,J(1963): Psicología de la conducta, Buenos Aires, Paidós, 1987

De Beauvoir, S: La vejez, Buenos Aires, Sudamericana, 1970

Fumagalli, C. : Clase "Teoría del rol", Primera Esc. Psicología Social P.Riviere, 1987

Freud, S: Obras completas. Amorrortu Editores,Buenos Aires, 1976

Pichón-Riviere: El proceso grupal, Nueva Visión, 1997

Salvarezza, L: Psicogeriatría, teoría y clínica, Buenos Aires, Paidós, 1988

N.E.. Zinberg e I.Kaufman: Psicología normal de la vejez, Paidós, 1987

HelpAge Internacional: Documento de Análisis: El sello de una sociedad noble: derechos humanos y personas mayores

UNA COMPILACIÓN FUNDAMENTAL

DE

Recomendaciones de ayuda al cuidador



"Este libro pretende ser un acercamiento teórico y una necesaria ayuda al cuidador para abordar la enfermedad de Alzheimer desde el conocimiento y la formación"

Angel Moreno Toledo. Psicólogo. Formador. Especialista en Psicogerontología. Director/Editor de Neurama.

Disponible en : <https://www.facebook.com/cuidadodelenfermodealzheimer>