

**CAPÍTULO I**  
**“PLANTEAMIENTO**  
**DEL PROBLEMA Y**  
**JUSTIFICACIÓN”**

## CAPÍTULO I.

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.

#### 1.1 Planteamiento del problema.

La intención de la presente investigación es orientar y nutrir de conocimientos a la población en general sobre la importancia del bienestar psicológico, entendido como “...un estado de satisfacción y sabiduría que permite evaluar la vida en relación a las experiencias vividas y a la posibilidad de relacionarse con los demás, el esfuerzo por perfeccionar el propio potencial, de este modo tendría que ver con que la vida adquiriera un significado para uno mismo, con ciertos esfuerzos de superación y conseguir metas valiosas...” y entender cuáles son sus beneficios que podría traer consigo para las personas y sobre todo para los adultos mayores, así también se trata de dar a conocer sobre el tema de la religiosidad entendida como “... el conjunto de actos destinados a cumplir las normas y obligaciones religiosas...” y conocer el beneficio que tiene la práctica de la misma sobre las personas que cursan la etapa de la vejez, esperando enmendar las posibles fallas provocadas a causa del carente conocimiento que tiene la población sobre dichos temas arriba mencionados.

Así también se tiene la intención de dar a conocer la relación entre el bienestar psicológico y la religiosidad, puesto que esta última, forma parte del diario vivir de los adultos mayores.

Esta sensibilización para realizar la presente investigación, proviene del alarmante crecimiento de varios problemas producto de la falta de información y profundización en cuanto al bienestar psicológico y la religiosidad en los adultos mayores, entre estos es importante mencionar la falta de satisfacción por lo conseguido y la calidad de vida que poseen los adultos mayores, quienes caen muchas veces en depresión, en soledad, en abandono, lo cual produce problemas de autoestima, de dependencia, lo que lleva a que las personas, en la etapa de la vejez, no logre estructurar su vida

emocional y afectiva. Por no contar con información profunda sobre la importancia del bienestar psicológico y el tema de la religiosidad, no solo como forma de vida, sino de cierta manera como una obligación que transgrede al bienestar físico, la calidad de vida, el capital humano, entre otros elementos que tendrían que ser de interés para toda la sociedad en sí.

Según los datos recabados, 612.014 de la población en general en Bolivia son adultos mayores (I.N.E., 2012), según datos de Help Age International, (2014) extraído por el periódico nacional, Los Tiempos, (Oct, 2014). Se prevé que para el 2030 este sector ascienda a 14 por ciento y a 23 por ciento en 2050, del mismo modo indica que un 52 por ciento de las personas mayores vive en pobreza moderada, porcentaje que es menor en el caso del área urbana con 48,2 por ciento y mayor, 59,2 por ciento, en el área rural.

Por otro lado, el Help Age International indica que 82 por ciento de las personas mayores afirman que utilizaron alguna vez su seguro de salud; sin embargo, manifiestan que hubo maltrato en la atención y falta de medicamentos, lo cual dificulta el acceso pleno a este servicio.

29,8 por ciento de los adultos mayores son analfabetos y de ese porcentaje el 31,2 por ciento son mujeres. Así mismo, 54,4 por ciento de la población mayor continúa trabajando para sobrevivir y, en muchos casos, para mantener a sus familiares.

Finalmente refieren que 17 por ciento de las personas mayores recibe una pensión por jubilación. Esta situación se mitiga con la Renta Dignidad, destinada a todas las personas mayores de 60 años, que registra una cobertura del 91 por ciento.

Los datos anteriores demuestran que un poco más de la mitad de los adultos mayores del país aún continúan realizando distintas actividades con el único fin de poder solventar algunos de sus gastos, por otro lado, no podemos olvidar a aquellos adultos mayores que viven institucionalizados y, muchos de ellos, en situación de calle y

abandono, lo que refleja que son pocos quienes cuentan con un bienestar psicológico adecuado para su edad y con una calidad de vida conforme a sus necesidades.

No existen datos precisos acerca de la calidad de vida y bienestar psicológico de los ancianos que residen en la ciudad de Villazón, puesto que este tema no se lo aborda en profundidad.

Esto indicaría que el tema del bienestar psicológico, crucial en esta investigación no es muy tomado en cuenta, lo que hace que poco más de la mitad de la población conozcan sobre dicho tema de investigación, su importancia y todos aquellos aspectos que el tema conlleva, lo que significaría que es una población reducida la que se privilegia con este saber. Considerando que la preocupación recae de forma particular en los adultos mayores que residen en la ciudad de Villazón y a partir de la información recabada se dio inicio a la labor investigativa planteando la siguiente pregunta:

**¿Cuál es el Bienestar Psicológico y la Religiosidad de los adultos mayores que residen en la ciudad de Villazón?**

### **1.2 Justificación del problema**

El presente trabajo pretende, a través de la investigación, acerca del Bienestar psicológico y la religiosidad de los adultos mayores que residen en la Ciudad de Villazón, aportar, beneficiar y orientar a la sociedad entera para que mediante el conocimiento adquirido sobre el tema comprendan cuán importante es el poder contar con un bienestar psicológico y de qué manera se lo pueda alcanzar, a la vez se trata de dar a conocer cuan conforme se encuentra el adulto mayor con la etapa que atraviesa y sus logros alcanzados con el pasar de los años y sobre todo cómo viven su vejez.

Esta investigación tiene un aporte muy importante en sus distintos niveles, en lo que corresponde al aporte **teórico** tiene como objetivo dar a conocer las diferentes prácticas y creencias religiosas que el adulto mayor realiza durante esta etapa, que los

beneficios a alcanzar mediante este aporte no solo surjan a nivel personal sino que puedan llegar a trascender para un beneficio social. Subsananado aquellas principales fallas que vayan a cohibir el sano surgimiento de un bienestar psicológico en los adultos mayores, principalmente la soledad a la que se los conduce, lo cual impide que su vejez surja de manera positiva, sana y en plenitud y más bien sea una etapa llena de procesos no tan agradables.

En lo que corresponde al aporte **práctico**, el valor de esta investigación también servirá para que estudios posteriores puedan desglosar a más profundidad el mismo objeto de estudio, comparando los resultados con dicha investigación y que a partir de los mismos se pueda llegar a alcanzar nuevas conclusiones que a largo plazo propicien un aporte que signifique un beneficio psicológico, sobre todo para aquellas personas que atraviesan la etapa de la vejez.

Finalmente en lo que concierne al aporte **metodológico**, la investigación brinda los resultados que surgieron de la utilización de los diferentes instrumentos, entre ellos cuestionarios, escalas que permiten evaluar el bienestar psicológico y la religiosidad en los adultos mayores de la ciudad de Villazón.

# **CAPÍTULO II**

## **“DISEÑO TEÓRICO”**

## CAPÍTULO II.

### DISEÑO TEÓRICO.

#### 2.1 Problema Científico

- ¿Cuál es el Bienestar Psicológico y la Religiosidad de los adultos mayores que residen en la ciudad de Villazón?

#### 2.2 Objetivo General y Específico.

##### 2.2.1 Objetivo general

- Determinar el Bienestar Psicológico y la Religiosidad en los adultos mayores de la ciudad de Villazón

##### 2.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar las dimensiones de bienestar psicológico en los adultos mayores.
- Conocer la calidad de vida de los adultos mayores.
- Determinar la autoestima en los adultos mayores.
- Identificar si los adultos mayores de la ciudad de Villazón presentan depresión.
- Identificar la religiosidad en los adultos mayores.

#### 2.3 Hipótesis

- Las dimensiones del bienestar psicológico en los adultos mayores se encuentran ausentes.
- La calidad de vida de los adultos mayores es regular.
- Los adultos mayores presentan baja autoestima.
- Los adultos mayores de la ciudad de Villazón presentan depresión moderada.
- Las creencias y prácticas religiosas se encuentran presentes en los adultos mayores.

## 4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Bienestar psicológico	Una evaluación valorativa por parte del sujeto con respecto a cómo ha vivido, dando importancia a los contenidos de la propia vida y los procesos implicados en vivir bien (Riff, 1989)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto aceptación</li> <li>• Autonomía</li> <li>• Crecimiento personal</li> <li>• Propósito en la vida</li> </ul>	<p>-Principal herramienta para seguir creciendo como personas, para sentir bienestar y comodidad consigo mismo.</p> <p>-Permite a la persona ser como es, sin necesidad de fingir ser alguien que no lo es sino más bien se alcanza la seguridad y libertad para desenvolverse de manera natural.</p> <p>-Hay una facilidad para aprender de cada experiencia vivida lo cual proporciona bienestar consigo mismo y con las personas que le rodean.</p> <p>-Cuando una persona ha logrado aceptarse tal como es podrá mirar el interior y encontrar el sentido o propósito de vida</p>	<p>Escala de Bienestar psicológico. Riff (1989).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 a 25 Baja presencia del factor evaluado.</li> <li>• 26 a 50 Regular presencia del factor evaluado.</li> <li>• 51 a 75 Buena presencia del factor evaluado.</li> <li>• 76 a 100 Muy buena presencia del factor evaluado.</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones positivas con otros</li> <li>• Dominio del entorno</li> </ul>	<p>-Forma más genuina de compartir con el otro y generar una relación que satisfaga a ambas partes, y la manifestación de disfrute de momentos de soledad.</p> <p>- Permite que la persona sienta seguridad sobre el entorno en el que se desarrolla.</p>	
Calidad de vida	<p>La Calidad de Vida es un fenómeno subjetivo basado en la percepción que tiene una persona de varios aspectos de las experiencias de su vida, incluyendo las características personales, condiciones objetivas de vida y las percepciones de los</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Función física</li> <li>• Función social</li> <li>• Rol físico</li> </ul>	<p>-Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.</p> <p>-Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.</p> <p>-Grado en el que la falta de salud interfieren en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un</p>	<p>Cuestionario SF-36</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 – 25 puntos “Mala”</li> <li>• 26 – 50 puntos “Regular”</li> <li>• 51 – 75 puntos “Buena”</li> <li>• 76 – 100 puntos “Excelente”</li> </ul>

	<p>otros. Así, el aspecto central del estudio de la Calidad de Vida percibida de una persona incluye la relación entre fenómenos objetivos y subjetivos, (Schalock. Robert, L., 1997)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rol emocional</li>   <li>• Dolor corporal</li>   <li>• Vitalidad</li>   <li>• Salud mental</li> </ul>	<p>rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar.</p> <p>-Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.</p> <p>-Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.</p> <p>-Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.</p> <p>-Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general</p>	
--	---	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud general</li> </ul>	-Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y resistencia a la enfermedad.	
<b>Autoestima</b>	Una actitud hacia uno mismo y la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse por sí mismo. Es la disposición permanente según la cual nos enfrentamos con nosotros mismos. Es el sistema fundamental por el cual ordenamos nuestras experiencias refiriéndolas a nuestro yo personal” (Alcantara, 1993)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoconocimiento</li> <li>-Autoconcepto</li> <li>- Autoevaluación.</li> <li>- Autoceptación.</li> <li>- Auto respeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El sujeto es capaz de reflexionar sobre sí mismo</li> <li>- El sujeto construye su propia imagen.</li> <li>- La persona es capaz de hacerse una autocrítica.</li> <li>-Identifica sus potenciales y debilidades.</li> <li>- Se siente orgulloso de lo que el mismo es como persona</li> </ul>	<b>Inventario de autoestima 35B:</b> 61 a 75 optimo 46 a 60Exelente 31 a 45 Muy buena 16 a 30 Buena 0 a 15 Regular -1 a -15 Baja -16 a -30 Deficiente -31 a -45 Muy mala. -46 a -60 Extrema -61 a -75 Nula
	“Es un grupo heterogéneo de trastornos afectivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afectivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tristeza, dificultad de expresar afecto hacia</li> </ul>	<b>Test de Depresión de Beck (DPI-I)</b>

<b>Depresión</b>	que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía perdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida” (Farreras, Rozman ,2004).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivacionales</li> <li>• Conductuales</li> <li>• Cognitivas.</li> </ul>	<p>otras personas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deseo de escapar, de evitar problemas y deseo de evitar las actividades cotidianas</li> <li>- Evitación, huida del contacto con otras personas, lentitud o agitación.</li> <li>- Dificultad en concentrarse problemas de atención y memoria, alteraciones cognitivas en la forma y contenido.</li> </ul>	<p>0 a 10 no depresión</p> <p>11 a 20 depresión leve</p> <p>21 a 30 depresión moderada</p> <p>31 a 40 depresión grave</p> <p>41 o más depresión severa</p>
Religiosidad	La religiosidad es el <i>conjunto de ideas, sentimientos y actitudes que unen al hombre con lo trascendente</i> ,(M.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factor I</li> <li>• Factor II.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mide creencias, prácticas religiosas y espirituales</li> <li>- Mide el apoyo social religioso.</li> </ul>	<p><b>“Inventario de Sistema de Creencias “SBI-15R.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 a 10 menor convicción</li> <li>• 11 a 20 regular convicción.</li> <li>• 21 a 30 mayor convicción</li> <li>• 0 a 5 menor convicción</li> <li>• 6 a 10 regular convicción.</li> <li>• 11 a 15 mayor convicción</li> </ul>

	Mankeulinas, 1961)	Convicción total	-Mide la presencia en general de los factores I y II.	<ul style="list-style-type: none"><li>• 0 a 15 menor presencia del factor I y II.</li><li>• 16 a 30 regular presencia del factor y II.</li><li>• 31 a 45: mayor presencia del factor I y II:</li></ul>
--	--------------------	------------------	---	--

**CAPÍTULO III**  
**“MARCO**  
**TEÓRICO”**

## CAPÍTULO III

### 3. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presentan los principales conceptos relacionados con el tema de investigación. En primer lugar, se hará referencia, de manera general, al tema de la tercera edad, para dar continuidad a lo que se tiene investigado sobre el bienestar psicológico y sus distintos criterios, para posteriormente dar paso a la calidad de vida, la autoestima, la depresión, y al tema de la religión en los adultos mayores.

#### 3.1 La tercera edad

La tercera edad es la etapa del desarrollo humano durante la cual los esfuerzos de toda una vida se consolidan. En esta etapa hay una cierta madurez acerca de las cosas, de la naturaleza, del hombre y de la vida en general que solo los años y la experiencia pueden dar.

La tercera edad suele describirse como una época de descanso, reflexión y de oportunidades para hacer cosas que quedaron postergadas mientras uno criaba a los hijos y desarrollaba su carrera.

Según Orosa Fraix (2003) "...la llamada tercera edad, también conocida con los términos de vejez, adultez mayor o tardía, ha sido abordada en la literatura de manera aislada o como fase de involución y no como una auténtica etapa del desarrollo humano. Se ubica alrededor de los 60 años, asociada al evento de la jubilación laboral. Incluso hoy comienza a hablarse de una cuarta edad para referirse a las personas que pasan de los 80 años..." esta misma autora señala que "...hasta hoy en día los autores estudiosos de la edad los incluyen a todos como adultos mayores o ancianos, indistintamente, y comienzan a separarlos más bien en estudios demográficos o por proyectos específicos de trabajo..."

Lamentablemente, el proceso de envejecimiento no es siempre tan idílico. Acontecimientos de la tercera edad como, por ejemplo, los trastornos médicos

crónicos y debilitantes, la pérdida de amigos y seres queridos, y la incapacidad para participar en actividades que antes disfrutaba, pueden resultar una carga muy pesada para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo.

Una persona de edad avanzada también puede sentir una pérdida de control sobre su vida debido a problemas con la vista, pérdida de la audición y otros cambios físicos, así como presiones externas, recursos financieros limitados. Estos y otros asuntos suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía.

Para autores interesados en la materia como Salvarezza (1998), para describir o identificar a la tercera edad, se basa en los criterios creados y utilizados por Furstenberg (1989) en función de las siguientes variables:

#### **a) Edad cronológica**

Son numerosas las personas de todas las edades que utilizan la edad como la frontera que marca el paso o el tránsito entre los distintos períodos evolutivos. Sin embargo, y curiosamente, son pocos los ancianos que aluden a este criterio para considerar a otros o a sí mismos como ancianos; probablemente debido a la experiencia que tienen acerca de las discrepancias existentes: la relación entre la edad de las personas y el cómo se sienten o piensan que son o están esas otras personas de su mismo o de diferentes edades.

#### **b) El declive de las funciones físicas**

Constituye uno de los marcadores comúnmente más utilizados como indicadores de vejez y en él se incluyen los problemas de salud, dificultades para la movilidad, el dolor, las mermas sensoriales o las alteraciones funcionales. Parámetros que inciden negativamente en la realización de actividades y en la participación social y que incluso ponen en peligro la independencia personal. Y al contrario, aquellas personas



que se encuentran físicamente bien consideran que aún no son viejos, en ocasiones a pesar de haber superado generosamente los temidos 65 años de edad.

### **c) El deterioro del funcionamiento mental**

Junto al declive de la salud física, la salud mental es considerada como uno de los principales signos no ya de vejez, sino de senilidad. Por ello, éste suele ser uno de los acontecimientos más temidos entre los ancianos. Se trata de un proceso que se asocia al miedo y el temor al futuro, a la fragilidad y a la vulnerabilidad. Pero sobre todo, a la posibilidad de convertirse en una persona no válida y dependiente, que es tanto como dejar de ser uno mismo para convertirse en un muñeco en manos de los demás. E incluso, en el caso de llegar a tal situación, puede resultarle tan estresante la posibilidad de no poder disponer de una persona querida que lo cuide, como el tenerla y entonces convertirse en una carga para ella.

### **d) El sentimiento de utilidad y la participación social**

El sentimiento de ser viejo está asociado con la inutilidad, de donde se deriva que no es el número de años que se han vivido el criterio principal para sentirse viejo, sino la sensación de ser o no útil para algo o para nada, junto a la falta de ilusión.

Finalmente se destacan tres aspectos:

1. El envejecimiento es personal, esto quiere decir que las personas envejecen a diferente ritmo y dependiendo de las más variadas circunstancias de la vida y del medio ambiente.
2. En cada persona hay un diferente nivel de envejecimiento en los órganos internos, esto depende del medio ambiente, de la calidad de vida que lleve, de la alimentación y la exposición a factores estresantes.
3. El envejecimiento empieza, como proceso, con la concepción y termina con la muerte.

### 3.1.1 Tercera edad en Bolivia

Las personas de más de 65 años, conocidas como adultos mayores, constituyen un sector de la sociedad que menos atenciones recibe y su abandono se patentiza en las cifras estadísticas sobre las cuales trabajan algunas instituciones de asistencia.

A continuación se hace hincapié a los artículos expuestos por el PIEB, (2013) acerca la situación de los adultos mayores en el País.

Un ejemplo que ha surgido de las estadísticas es que en Bolivia solamente 34% de las persona mayores de 65 años recibe los beneficios de la jubilación o pensión que le permite sobrevivir. Este porcentaje se ha incrementado en un punto, en el período de los últimos diez años, reveló la Comisión Económica para América Latina, de acuerdo con el periódico digital del Programa de Investigación Estratégica en Bolivia

Señala que este porcentaje apenas se ha incrementado un punto en cerca de diez años (2000-2009), según la Cepal, una cifra que contrasta con países desarrollados que tienen 75% de sus habitantes en esa edad recibiendo alguna pensión, precisa el PIEB.

Los cálculos muestran que el grupo de los 60 años y más en Bolivia pasó de ser el 6% del total de la población en los años 50 a 10% en 2010. Para 2040 se prevé que alcance 21% y para el 2100 estará por debajo del 36%.

Según, Sandra Huenchuán, (2013), según el documento "Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la Igualdad". El promedio de América Latina tampoco está tan lejos de Bolivia: los datos en términos generales muestran que 4 de cada 10 latinoamericanos reciben jubilación. Pero las diferencias entre países son considerables, como en el caso de Argentina que tiene 89% de su población cubierta o Costa Rica que se ubica en el 65%.

En este aspecto también existe un trato desigual a hombres y mujeres, entre otras razones porque ellas se convirtieron en participantes regulares del mercado de trabajo en un período en que las condiciones laborales se fueron restringiendo (mayor precarización e informalidad) y los sistemas de seguridad estaban en proceso de reformas. La cobertura de la seguridad social está caracterizada por la desprotección, expresada en que las personas de 60 años y más no reciben ingresos propios (11% de hombres y 25% de mujeres) precisa.

### **3.2 Bienestar**

El bienestar es un tema complejo en el cual existe una falta de acuerdo en su delimitación conceptual, la cual se debe, entre otras razones, a la complejidad de su estudio, determinada en muchos casos por su carácter temporal y a una diversidad de enfoques, lo que no ha permitido aún llegar a un consenso en cuanto a su conceptualización y medición.

En este trabajo, se considera el bienestar como: "la percepción o apreciación subjetiva de sentirse o hallarse bien, de estar de buen ánimo, de sentirse satisfecho. Se sostiene que el estado de bienestar experimentado por los individuos depende tanto de las condiciones sociales y personales, y de la forma como los individuos se enfrentan a ellas. Teniendo en cuenta que esto sucede dentro del contexto de una sociedad y que los individuos conviven o están interactuando con otros miembros de ella".

Durante el pasado cuarto de siglo se han desarrollado numerosas investigaciones sobre el bienestar con referencia a la experiencia psicológica óptima y el funcionalismo, los que han ampliado considerablemente el mapa conceptual sobre este constructo.

Ryan y Deci han propuesto una organización de los diferentes estudios del bienestar en dos grandes tradiciones, una relacionada fundamentalmente con la felicidad, la

tradición hedónica, y otra ligada al desarrollo del potencial humano y a la realización de aquello que podemos ser, definida como la tradición eudaimónica.

Otros autores han extendido los límites de esta clasificación y han utilizado el constructo bienestar subjetivo (que corresponde a la tradición hedónica) y el constructo bienestar psicológico como representante de la tradición eudaimónica.

Los mismos autores refieren que estas corrientes de investigación se relacionan conceptualmente, pero son empíricamente distintas. La visión que tiene más tradición dentro del estudio científico es la tradición hedonista, desde la cual se asocia al bienestar a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas. Respecto a la tradición eudaimónica, cuyo representante es el bienestar psicológico, se trata de una tradición más reciente, a la cual le interesa investigar el desarrollo y crecimiento personal, los estilos y maneras como las personas enfrentan los retos vitales y el esfuerzo e interés por conseguirlo.

### **3.3 Bienestar Psicológico**

El bienestar psicológico posee una naturaleza plurideterminada y se relaciona con muchas categorías, tales como condiciones de vida, estilo de vida, modo de vida y calidad de vida. El concepto de calidad de vida incluye el elemento vivencial, y por eso muchos autores hablan de calidad de vida “percibida”, satisfacción personal o bienestar subjetivo. La satisfacción con la vida surge del punto de partida de una transacción entre el individuo y su entorno micro y macro social. De aquí que la calidad de vida sea una categoría amplia con dos dimensiones: la objetiva y la subjetiva.

El bienestar psicológico está determinado socio-culturalmente, existiendo una interrelación dialéctica entre lo biológico, lo social y lo psicológico, donde la personalidad como sistema regulador desempeña un importantísimo papel. Se trata, en esencia, de la dimensión subjetiva de la calidad de vida, es decir, de una vivencia

subjetiva relativamente estable, que se produce en relación con un juicio de satisfacción con la vida (balance entre expectativas y logros) en las áreas de mayor significación para cada individuo en particular, todo lo cual está mediado por la personalidad y por las condiciones sociohistóricas y culturales en que se desenvuelve el individuo.

El concepto de Bienestar Psicológico ha surgido en los Estados Unidos y se fue precisando a partir del desarrollo de la sociedad industrializada y del interés por las condiciones de vida. Inicialmente, se asociaba el sentirse bien con la apariencia física, la inteligencia o el dinero, pero actualmente, como resultado de diversas investigaciones, en el tema, se sabe que el bienestar psicológico no sólo se relaciona con estas variables, sino también con la subjetividad personal.

Desde una perspectiva más amplia y por ser una de las autoras que más ha trabajado el tema, Carol Ryff se refiere al bienestar psicológico como el esfuerzo por perfeccionar el propio potencial, de este modo tendría que ver con que la vida adquiriera un significado para uno mismo, con ciertos esfuerzos de superación y conseguir metas valiosas; la tarea central de las personas en su vida es reconocer y realizar al máximo todos sus talentos.

### **3.3.1 El bienestar psicológico en la vejez**

Según Krzemien D,(2004), lo que interesa es conocer la trayectoria evolutiva del bienestar psicológico, con especial atención en los últimos años de vida, los cuales se saben difíciles para las personas mayores, por estar caracterizados por pérdidas, amenazas y adaptación a nuevos estados psicosociales y físicos; estos acontecimientos pueden limitar la vida en términos cuantitativos y cualitativos.

“...A pesar de estos impedimentos, los ancianos se adaptan a todos estos nuevos cambios, replanteándose sus metas y desafíos, adaptándolas a sus nuevas capacidades sociales, psicológicas y físicas; es por esta razón que muchos de ellos informan altos niveles de bienestar, pues sus metas ya no son las misma de hace 10 años, lo que

disminuye la frustración al fracaso cuando no se puede llegar a concretar las metas propuestas a esta edad... “(Zamarrón C, Maria D. 2006)

Según Sebastián J, Manos D, Bueno M, Matero N, (2007), el bienestar psicológico es un importante indicador de salud y bienestar, se define generalmente como una actitud o sentimiento positivo o negativo hacia la persona, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo.

Para la tercera edad, la autoestima es clave, debido a que el anciano debe valorar sus habilidades y características, las que han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás. La dificultad radica principalmente en el contexto en el cual se realiza esta evaluación, ya que el anciano se encuentra en una situación física, social y culturalmente menoscabada, motivo por el cual se sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora negativamente, debido al mayor aprecio de los valores asociados a la belleza juvenil por parte de la sociedad y del menor aprecio a la experiencia y sabiduría, como valores propios de la ancianidad. (Trujillo S, 2005).

Desde Erickson el bienestar constituye el proceso de aceptación de los cambios a los que la vejez enfrenta a los adultos mayores. “Hay que sumarse al proceso de adaptación. Con todo el tacto y la sabiduría que podamos reunir, las incapacidades se deben aceptar con alegría y buen humor”.

Durante esta octava etapa, se consolidan las conquistas anteriormente obtenidas; posibilitando el desarrollo de bienestar psicológico con la capacidad y sabiduría de asimilar ciertas pérdidas en torno a las propias capacidades físicas, mentales, afectivas, reflexionando que se ha disfrutado de las mismas en etapas anteriores. Así se desarrollará la integridad existencial que considera Erickson como la integración del pasado, presente y futuro.

La vejez genera en los que envejecen un proceso de descubrir el significado singular de cada experiencia del pasado, dando sentido a los hechos vividos con dolor,

angustia y generando discursos, sentimientos, pensamientos particulares que les posibilita gozar de bienestar psicológico en unos casos y en otros vivir sin lograr este bienestar.

Desde Erickson y Salvarezza el bienestar se refiere a un estado de satisfacción y sabiduría que permite evaluar la vida en relación a las experiencias vividas y a la posibilidad de relacionarse con los demás, aceptando el proceso de envejecimiento como parte del ciclo vital.

Erick Erickson, desde su teoría del desarrollo psicosocial del ser humano, considera que: "...el desarrollo del ser humano surge de la manera en que se resuelven los conflictos sociales durante puntos de interacción claves en el desarrollo, corresponde a un proceso dinámico y continuo desde el nacimiento hasta la muerte..."

### **3.4 Bienestar Psicológico desde Carol Ryff**

Carol Ryff psicóloga y psicogerontóloga, conceptualiza el bienestar psicológico partiendo desde las concepciones filosóficas clásicas del bienestar como virtud, en el sentido de búsqueda constante de la excelencia personal y que coincide con una concepción normativa que define lo que es bueno, deseable y aceptable, y no la vivencia solamente de sentimientos de alegría.

Para el desarrollo del trabajo investigativo, se toma como referente teórico a Carol Ryff citado por Vázquez en "Bienestar psicológico y Salud, Anuario de Psicología Clínica y de la Salud", en el que se describe su aporte de la siguiente forma: "...Ryff define el bienestar psicológico como: una evaluación valorativa por parte del sujeto con respecto a cómo ha vivido, dando importancia a los contenidos de la propia vida y los procesos implicados en vivir bien..."

De acuerdo a esta consideración, el bienestar depende de la forma particular de cada adulto mayor para sentirse bien o no, ya que no se puede estandarizar el concepto por implicar aspectos singulares de cada ser humano y del proceso de vida vivido.

Carol Ryff desarrolla un modelo multidimensional, propone varias dimensiones o seis aspectos que corresponden a diferentes retos durante la vejez. Desarrolla su teoría partiendo de que la persona que goza de bienestar psicológico, evidencia que se siente bien consigo misma conociendo sus limitaciones, ha desarrollado relaciones amenas con los demás, busca formas de encontrar satisfacción en el medio, ha desarrollado sentido de libertad e individualidad, encuentra un propósito de vida, constantemente aprende y tiende al desarrollo.

Dicho concepto coincide con las conceptualizaciones de Erickson y Salvarezza quienes atribuyen importancia al desarrollo histórico, dando relevancia al desarrollo de vida que han tenido y a cómo, a lo largo de la misma, han construido pilares que les posibilite gozar de bienestar psicológico durante la presente etapa.

Del mismo modo Ryff otorga importancia al desarrollo histórico y a los procesos que la vida implica y desarrolla categorías o dimensiones que evidencian el bienestar.

Ryff ha considerado estudios transculturales y sociodemográficos, estudios epidemiológicos sobre la salud mental y estudios gerontológicos, de donde surgen tres aspectos centrales en el concepto de bienestar; el primero relacionado con el ámbito de la experiencia privada; el segundo relacionado con evaluaciones globales de sí mismo, en particular evaluaciones sobre la salud física, mental, relaciones sociales, espiritualidad; y el tercero se relaciona con apreciaciones positivas y negativas.

La autora, por el interés de dar un aporte teórico del bienestar psicológico, realizó un desarrollo teórico donde propuso 6 dimensiones del bienestar psicológico, entre las cuales sitúa la autoaceptación, relaciones con los demás, autonomía, dominio del



entorno, propósito de vida, crecimiento personal, cada uno conectado con el desarrollo personal.

Es importante su aporte, ya que cada aspecto está relacionado con la vida de la persona, así se contempla desde la capacidad de aceptarse conociendo sus limitaciones, integra los aspectos relacionales que influyen en el nivel de satisfacción a través de la interacción con los otros, evalúa el crecimiento personal. cómo se ha logrado a lo largo de lo vivido, integra la proyección de la persona y verifica si ha consolidado aspectos autónomos en su vida.

Cada una de las dimensiones, anteriormente mencionadas, han sido evaluadas y conceptualizadas, desde Ryff en los siguientes términos:

- a) En cuanto a **autoaceptación**, es una de las principales herramientas para seguir creciendo como personas, para sentir bienestar y comodidad consigo mismo. Las personas que se aceptan como son, mantienen mejores relaciones positivas con los demás.
- b) **Relaciones con los demás**, la autoaceptación implica una forma más genuina de compartir con el otro y generar una relación que satisfaga a ambas partes, y la manifestación de disfrute de momentos de soledad.
- c) **Autonomía** que va en relación tanto con la autoaceptación, como con la capacidad de mantener buenas relaciones con los demás. La autonomía permite a la persona ser como es, sin necesidad de fingir ser alguien que no lo es, sino más bien alcanzar la seguridad y libertad para desenvolverse de manera natural.
- d) **Alto dominio del entorno**, esta característica permite que la persona sienta seguridad sobre el entorno en el que se desarrolla. Este entorno es en el cual se seguirá desarrollando por tanto debe proveer satisfacción, y la persona poseerá una sensación de control sobre el mundo y una capacidad de influir sobre el contexto que le rodea.

- e) **Propósito de vida**, cuando una persona ha logrado aceptarse tal como es podrá mirarse al interior y encontrar el sentido o propósito de su vida. Significa que cada vez avanzará más y crecerá, considerando que el crecimiento es gradual.
- f) **El crecimiento personal** permite buscar el equilibrio entre las necesidades y la satisfacción, se logra jerarquizar las necesidades equilibrarlas con las propias, así como con las exigencias del entorno. Hay una facilidad para aprender de cada experiencia vivida, lo cual proporciona bienestar consigo mismo y con las personas que le rodean.

Estos diversos aspectos permiten entender el estado de satisfacción de los adultos mayores y es probable que a través de la indagación acerca de cada uno se llegue a develar cómo influyen los cambios en el bienestar de las personas adultas mayores.

### 3.4.1 Autoaceptación.

Autoaceptarse es adquirir la capacidad de aceptar la realidad tal y como es, sin que ello desequilibre la estabilidad emocional, psicológica y física. El primer paso para poder vivir esta situación nace en la propia autoaceptación de uno mismo como ser humano, con todo lo que ello conlleva, desde siempre uno de los objetivos que todas las personas tenemos es el aceptarnos como somos.

Las personas que se aceptan tal cual son creen firmemente en sus valores y principios y están dispuestas/os a defenderlos incluso frente a una fuerte opinión de grupo. Sin embargo, se sienten lo suficientemente seguros personalmente como para modificarlos si la evidencia, o nuevas experiencias, sugieren que el cambio es correcto. Son capaces de actuar según su mejor juicio sin sentirse excesivamente culpables o arrepentirse de sus acciones si otros desapruban lo que ellos han hecho, no rebaja ni humilla a nadie.

Así también no gastan excesivo tiempo preocupándose por lo que ocurrirá mañana, por lo que sucedió en el pasado o por lo que esta teniendo lugar en el presente. Parecen trabajar constructivamente en la situación actual. Por otro lado tienen confianza en su habilidad para enfrentarse con problemas incluso en presencia de fracasos y golpes. Raramente se dejan influir por viejos problemas de situaciones interpersonales actuales.

### **3.4.2 Relaciones positivas con los otros.**

La manera más segura de evitar ensimismarse y aislarse, de estar excesivamente centrado en uno mismo, es poderse vincular a las personas y a todo aquello que ocurre en el entorno. Gozar de la relación con los demás es toda una garantía de salud mental: cultivar los vínculos de la familia, de las amistades, es una buena manera de sentirnos vivos, de constatar que para los demás tenemos un valor y No sin razón, la soledad es una de las condiciones más temidas por los mayores. Mantener nuestras vinculaciones con el entorno y las personas es también una forma de aferrarnos a la realidad y de relativizar nuestras dificultades en contacto con las de los otros: un exceso de preocupación sobre las nuestras no haría más que acrecentarlas.

Las relaciones familiares, en primer lugar, son generalmente una fuente de satisfacción. A pesar de que en la familia actual no conviven las tres generaciones, los lazos afectivos se conservan y permiten al mismo tiempo una mayor autonomía de sus miembros. Se destaca por una parte, el reconocimiento y apoyo mutuo de los hijos y de los nietos, que nos recuerda que la sucesión generacional es uno de los núcleos de las relaciones humanas, y por otra, la relación de pareja que cobra en la vejez una especial relevancia al ser una fuente mutua de apoyo, afecto y compañía.

Las amistades son el otro polo de las relaciones personales, cuya red puede desarrollarse especialmente en la vejez, por ser una etapa donde la socialización puede ampliarse de una forma similar a la adolescencia. El compartir un tiempo generacional y unas vivencias similares favorece que se encuentren muchos puntos de

contacto: la conversación, los recuerdos, los viajes, las actividades, son los lugares comunes donde se pueden tejer un conjunto de relaciones positivas.

Habría que añadir, que este mayor contacto puede situar también a las personas mayores en una mejor posición para defender su rol social, impidiendo las actitudes de menoscabo o marginación.

### **3.4.3 Dominio del ambiente**

Capacidad de gestionar con eficacia la propia vida y el mundo circundante; uso competente de los recursos disponibles en el medio; capacidad de elegir o crear contextos que satisfagan las necesidades y valores personales.

Las personas con un alto dominio del entorno tienen una sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir en el contexto que les rodea. Se espera que el sentimiento de dominio o control del entorno ejerza un papel protector de los efectos negativos de la discriminación percibida en el balance afectivo de las personas con discapacidad física.

### **3.4.4 Crecimiento personal**

El crecimiento personal es un proyecto de vida. Un plan a largo plazo en el cual hay que ir trabajando continuamente. Un sendero de tristes recaídas, pero también de muchísimos avances positivos colmados de satisfacciones.

En la medida que le prestamos atención a nuestras acciones, nos sorprendemos inatentos en la manera como a veces nos interrelacionamos, lo que ello origina dará paso a retroalimentar nuestras debilidades en fortalezas y nos ayudará a que el crecimiento personal nos favorezca.

Se presenta un periodo de nuestras vidas en el cual nos volvemos conscientes de la relación que existe entre nuestras acciones y sus reacciones, permitiéndonos moldear nuestro comportamiento acorde con lo que esperamos recibir de la vida.

Comienza entonces un proceso de crecimiento interno en el cual nos volvemos cada vez más conscientes de nuestra responsabilidad en relación a la calidad de vida en nuestro entorno y de la capacidad que tenemos para lograr un cambio si nos proponemos, tan solo debemos poner nuestro granito de arena para mejorarla.

### **3.4.5 Autonomía**

Según Carol D. Ryff, la autonomía es la regulación de la conducta a partir de los propios criterios, con un funcionamiento autodeterminado y resistente a la aprobación o desaprobación de los demás. Las personas con autonomía no se dejan llevar por los miedos y creencias de las masas y consiguen tener un sentido de libertad en sus comportamientos.

A instancias de disciplinas como la Filosofía y la Psicología, la autonomía se refiere a aquella capacidad que ostentan los seres humanos de poder tomar decisiones sin la ayuda del otro, es decir, si bien muchas veces utilizamos la visión del otro para no equivocarnos a la hora de elegir o tomar una decisión en algunos temas cruciales, en realidad, buena parte de las acciones, decisiones y elecciones que hacemos en nuestra vida cotidiana las hacemos nosotros mismos y esto es gracias a esta capacidad que nos permite hacerlo.

Dada la importancia de esta capacidad para las personas es que los seres humanos le atribuimos una importantísima valoración y por ello es que la defendemos a ultranza si es que tenemos la suerte de disponerla. Cuando una persona es autónoma, actúa por su propia voluntad y generalmente obtiene buenos resultados porque persigue el objetivo de mejorar su situación siempre, mientras tanto, puede suceder que a alguien se le coarte esta posibilidad, ya sea porque alguien se lo hace a la fuerza o porque el individuo padece algún problema físico que impide que funcione normalmente. La falta de autonomía por un impedimento físico o porque otro le impide ejercerla es sin dudas un problema muy grave que podemos padecer las personas.

### 3.5 Calidad de vida

La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores.

La calidad de vida es sin duda, un tema liado y sobre el cual a los investigadores sociales les ha sido difícil lograr un avance. “...El concepto Calidad de vida no es nuevo, la aparición en 1974 de la publicación social Indicators Research, marcó un hito en el estudio científico de la calidad de vida. En 1977 este término se convirtió en categoría de búsqueda en el dex Medicus, y en palabra clave en sistema Medline, aunque realmente su uso llegó a ser popular entre los investigadores de la salud durante la década de los años 80...” (García, 2005).

Desde que en 1987 la Organización Mundial de la Salud, definió la salud, no como la ausencia de enfermedades, sino como el óptimo estado de bienestar físico, psicológico y social (OMS, 1987), el estudio de la Calidad de Vida, como categoría esencial, entró en las ciencias de la salud, ha reclamado una especial atención. Por otro lado, se ha comprobado que la calidad de vida se encuentra estrechamente relacionada con la participación social.

En este sentido, se entiende como la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito comunal y nacional, en relación con las cuales se ejercitan sus capacidades humanas y desarrolla su personalidad (OMS, 2002).

En este contexto, se va integrando un concepto de calidad de vida con una serie de componentes entre los que se han destacado, el espiritual, religioso, cultural, afectivo, social, económico, laboral y físico. De una conceptualización que se interesa

exclusivamente al lado material del bienestar como consumo, pensar la calidad de vida ha devenido reflexión sobre lo humano, la vida humana y la no humana, los factores físicos, espirituales, sociales y culturales.

### **3.5.1 Calidad de vida en los adultos mayores**

Eamon O'Shea (2003), sostiene que “la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, de los valores en los que vive, en relación a sus propios objetivos de vida.

La calidad de vida en la tercera edad debe estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario aumentará la expectativa de incapacidad. Por lo que matemáticamente se puede expresar que el aumento de la calidad de vida es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad.

Para Garduño Estrada (2003), la calidad de vida es un concepto complejo compuesto por un lado por las 201 cantidades de sustento y por el otro, es un sentimiento de felicidad o tristeza, expectativas desmedidas o aumentadas, alta o baja moral; ambos se dan a partir de la interacción de todos los recursos disponibles con los intereses y valores particulares de un ambiente social. También indica que la calidad de vida implica una evaluación cognitiva expresada como un juicio que incluye la satisfacción, la importancia, las expectativas disminuidas o aumentadas sobre una variedad de dimensiones y significados relevantes identificados por el propio sujeto.

La calidad de vida aplicada a la tercera edad debe estudiar aspectos tales como el estado de salud, el estado funcional y la predicción de la incapacidad y la determinación de factores de riesgo. A partir de esta información es posible planificar programas preventivos, acciones concretas de salud y organización de servicios y de

salud, por lo que es evidente que su utilidad rebasa el estrecho marco de procesos interesantes.

En nuestra sociedad existen muchos estereotipos negativos acerca de las personas ancianas. Muchas personas consideran la declinación de las habilidades en la tercera edad como inevitable e irresistible. En este contexto, se debe recordar que las expectativas de otros van a determinar el autoconcepto y, por lo tanto, el comportamiento individual. Debido a estos estereotipos negativos, la vejez con mucha frecuencia es un problema social. Plantean autores que si queremos vivir la vejez de una manera adecuada tenemos que revisar la imagen que nosotros mismos tenemos de las personas ancianas (Fernández, 2004).

La vejez, la longevidad no se debe mirar como un problema sino como una oportunidad y un desafío. Un desafío para todos; para la persona que envejece, su familia y la sociedad. No debemos preguntarnos solamente por los problemas y deficiencias del envejecimiento, como tampoco de la vejez. El envejecimiento desde el nacimiento hasta la muerte es desarrollo, y debemos preocuparnos por abrir los ojos e iniciar investigaciones sobre los nuevos potenciales de las personas ancianas, incluyendo capacidades y nuevas potencialidades de las personas muy longevas.

De seguro encontraremos nuevos potenciales, inclusive en el grupo de los adultos mayores más frágiles y discapacitados, o al menos les daremos la oportunidad de sentirse tomados en cuenta y permitirles mostrar sus diversas habilidades.

Según Velandia (1994) es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su



salud física, fallas en la memoria, el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez”.

### **3.5.2 Dimensiones de la calidad de vida en los adultos mayores.**

Entre las dimensiones que forman parte de la calidad de vida de todas las personas, las que sobresalen y más importancia tienen en la vida de los adultos mayores es el nivel de salud que presentan, la función física, así mismo el rol físico, el rol emocional, función social, así también el grado de dolor corporal, el nivel de vitalidad y la salud mental.

#### **3.5.2.1 Salud general.**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar, tanto a nivel físico como a nivel mental y social. Es decir, el concepto de salud no sólo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones, sino que va más allá de eso. En otras palabras, la idea de salud puede ser explicada como el grado de eficiencia del metabolismo y las funciones de un ser vivo a escala micro (celular) y macro (social).

El estilo de vida, o sea el tipo de hábitos y costumbres que posee una persona, puede ser beneficioso para la salud, pero también puede llegar a dañarla o a influir de modo negativo sobre ella. Por ejemplo, un individuo que mantiene una alimentación equilibrada y que realiza actividades físicas en forma cotidiana tiene mayores probabilidades de gozar de buena salud. Por el contrario, una persona que come y bebe en exceso, que descansa mal y que fuma, corre serios riesgos de sufrir enfermedades evitables.

#### **3.5.2.2 Función física.**

Al inicio de la edad adulta, las pérdidas físicas por lo regular son tan pequeñas y tan graduales que apenas se advierten. Con la edad, las diferencias individuales se incrementan. El inicio de la senectud (un periodo marcado por declinaciones obvias

en el funcionamiento corporal asociadas en ocasiones con el envejecimiento) varía de manera considerable.

Otro cambio que afecta la salud es la declinación en la capacidad de reserva, una capacidad de respaldo que ayuda a los sistemas corporales a funcionar hasta sus límites en momentos de estrés. Con la edad, los niveles de reserva tienden a caer y muchos ancianos no logran responder a las demandas físicas adicionales con tanta rapidez o eficiencia como antes.

Los problemas visuales y auditivos pueden privarlos de actividades, relaciones sociales e independencia, y los deterioros motores pueden limitar las actividades cotidianas. Mucha gente anciana tiene problemas para percibir la profundidad o el color o para realizar actividades diarias como leer, coser, hacer compras y cocinar. La pérdida en la sensibilidad visual de los contrastes causan dificultad para la lectura de caracteres muy pequeños o muy claros. Los problemas de visión también ocasionan accidentes y caídas.

Pese a lo que se suele pensar, la salud de las personas de esta edad es bastante buena, pues 68 % de la población de adultos mayores está sano y sólo 5% se encuentra en un estado de invalidez o postración, el resto tienen ciertas enfermedades o limitaciones, pero siguen siendo autovalentes, el problema es que muchas de las enfermedades que se asocian con las vejez son crónicas, han sido adquiridas aproximadamente a los treinta años, como es el caso de la artritis, diabetes, enfermedades cardíacas, reumatismo, lesiones ortopédicas, alteraciones mentales y nerviosas.

### **3.5.2.3 Rol físico**

Las limitaciones son algo propio de la edad, en algunos casos, en otros muchos, las limitaciones vienen por falta de estimulación y de actividad, que fomenta una pérdida de capacidades físicas y funcionales que, lógicamente, se van a acentuar con la edad,

o con la aparición de procesos agudos de enfermedad que agraven la situación ya precaria antes de enfermar.

Las personas mayores presentan procesos agudos (caídas, fracturas, inflamación...) y crónicos (secuelas de ictus, enfermedades neurológicas...). Pueden tener pérdidas sensitivas (visión, audición...), dolores, limitaciones de movilidad. La marcha se torna insegura y lenta, además que pierde el equilibrio con facilidad debido a la supresión de estimulación kinestésica, disminución de umbrales de excitación y recepción de estímulos que lleva a alteraciones preceptuales somáticas que alteran procesos de retroalimentación motora.

Los huesos se vuelven más frágiles y se pueden romper con más facilidad. Se presenta disminución de la estatura, principalmente debido a que el tronco y la columna se acortan.

El deterioro de las articulaciones puede llevar a inflamación, dolor, rigidez y deformidades. Los cambios articulares afectan casi a todas las personas mayores. Estos cambios que van desde una rigidez leve a una artritis grave.

El movimiento es lento y puede volverse limitado. El patrón de la marcha (andar) se vuelve más lento y más corto. La marcha se puede volver inestable y hay poco movimiento de brazos. Las personas mayores se cansan más fácilmente y tienen menos energía.

#### **3.5.2.4 Rol emocional.**

Lamentablemente, el proceso de envejecimiento no es siempre tan idílico. Acontecimientos de la tercera edad como, por ejemplo, los trastornos médicos crónicos y debilitantes, la pérdida de amigos y seres queridos, y la incapacidad para participar en actividades en las que antes disfrutaba, pueden resultar una carga muy pesada para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo.

Una persona de edad avanzada también puede sentir una pérdida de control sobre su vida debido a problemas con la vista, pérdida de la audición y otros cambios físicos, así como presiones externas, por ejemplo, recursos financieros limitados. Estos y otros asuntos suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social y a la apatía.

### 3.5.2.5 Rol social.

Además de los distintos problemas físicos que la edad trae como consecuencia en la mayoría de los casos, también se encuentra involucrado en el deterioro del relacionamiento social, la pérdida del empleo y del ingreso regular; supone un cambio serio para el hombre anciano, que se ve precipitado por el prurito de rapidez, importante en nuestro actual sistema, industrial. La vejez crea generalmente un problema, económico, pocos son los asalariados que pueden sostener una familia y ahorrar al mismo tiempo dinero que garantice su propio mantenimiento en la ancianidad.

Con demasiada frecuencia los hijos, ya adultos, tienen bastante con mantener a sus propias familias para poder cuidar de sus padres ancianos. Así mismo destacan las pérdidas del empleo, de actividades de esparcimiento, de relaciones sociales, de la capacidad de cuidar a terceros y de autocuidado.

### 3.5.2.6 Dolor corporal

El dolor es una queja común en los ancianos que a menudo es tratada inadecuadamente. El dolor no es una parte normal del envejecimiento, y puede ser un signo de que algo está mal. Algunas veces no hay una causa evidente o exacta del dolor. El manejo del dolor es una parte importante de su atención médica.

- **Dolor agudo:** Puede ser provocado por una enfermedad o una lesión. Este dolor aparece de repente y no dura mucho tiempo. El dolor agudo

generalmente desaparece conforme el cuerpo sana, pero puede volverse un dolor crónico si se deja sin tratamiento.

- **Dolor crónico:** Describe el dolor que continúa o empeora al pasar un largo tiempo. El cual puede durar meses o años. El dolor se puede quedar después de recuperarse de una lesión. Las afecciones como el cáncer, la artritis, la migraña y los problemas de la espalda son también las causas comunes del dolor crónico.

### 3.5.2.7 Vitalidad

El sueño, el estado de ánimo y la capacidad de rendimiento están fuertemente ligados entre sí. Quien se levanta descansado, trabaja más concentrado y se encuentra más equilibrado. Por el contrario, quien lleve un cansancio constante, baja el rendimiento y esto a la larga crea insatisfacción. Posibles consecuencias: desconcentración e insomnio.

**Cansancio Físico:** reducción paulatina de la energía física que se prolonga durante semanas o meses, dificultad o desánimo para realizar las actividades diarias. Debilidad corporal general, dolor muscular, pérdida del apetito, palidez, disminución de las defensas, bajo rendimiento físico, inapetencia sexual, etc.

**Cansancio Mental y Emocional:** es cuando empieza a haber dificultad en la concentración, falta de memoria y bajo rendimiento. Somnolencia, dolor de cabeza, dolor de ojos (en el caso de fijar la vista demasiado tiempo), sensación de aturdimiento, mareo, depresión, desánimo, falta de optimismo, irritabilidad, vulnerabilidad emocional, pérdida del apetito, irritabilidad, estreñimiento, ataques de llanto, en casos extremos, tristeza profunda e ideas obsesivas respecto a la muerte y el suicidio, etc.

Contrario al cansancio, la vitalidad representa la eficacia en nuestra vida para realizar alguna actividad. Una persona con vitalidad es la que goza de buena salud por defecto

y tiene un cuerpo sano, la vitalidad permite correr, saltar, reír, jugar y no parar, hace referencia también al sentimiento de sentirse vivo, con un nivel alto de energía y entusiasmo por lo que hace.

Tener energía y vitalidad no es la misma cosa. Una persona tensa, nerviosa, enfadada y agresiva puede estar llena de energía, pero la vitalidad hace referencia solo a la energía experimentada de forma positiva. De hecho, algunas formas de activación agotan y roban vitalidad, como la ira; por el contrario, lo opuesto a la vitalidad sería la falta de entusiasmo, la depresión, el letargo, la lentitud, la falta de energía, la amargura, la falta de motivación.

### **3.5.2.8 Salud mental**

La salud mental es un sentimiento de bienestar emocional, producto de la relación equilibrada entre la realidad interna y externa del individuo, manifestado por un buen ajuste de la vida con relaciones objetivas y productivas, así como estabilidad y congruencia.

Por supuesto, no todos pueden alcanzar este nivel de salud mental, la salud mental está relacionada con las ocho crisis psicosociales, que según Erikson atravesamos en nuestra vida; la última etapa es la de la vejez que supone la aceptación de la propia vida para poder aceptar la próxima muerte; las personas mayores que han logrado alcanzar la aceptación de la propia vida sienten que su vida tiene un significado, ya que esto les permite encontrar un sentido y aceptar el hecho de que pronto van a morir.

Por otro lado están los ancianos que por recordar errores pasados y frustraciones, no logran esta aceptación de la propia vida, aquí surge el terror por la muerte, la desesperación acosa a este individuo en sus últimos años, por lo que no tiene esperanzas y se siente deprimido.

La salud mental de los adultos mayores, está determinada por aspectos de su historia, como las limitaciones en el estilo de vida, la muerte de personas significativas, pérdida de bienes y estatus, la pobreza y aislamiento, son factores de riesgo.

En general, quienes están más satisfechos de la vida, son los que gozan de mejor salud mental y mejor calidad de vida, es importante mencionar que la salud mental del anciano depende también de la satisfacción de las siguientes necesidades: casa segura, protección a su salud física, compañía, atención, respeto, afecto, tener una ocupación, responsabilidades, sentirse útil, apoyo psicológico y/o religioso.

La salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa. Por ejemplo, los adultos mayores con enfermedades como las cardiopatías presentan tasas más elevadas de depresión que quienes no padecen problemas médicos. Por el contrario, la coexistencia de depresión no tratada y cardiopatía en una persona mayor, puede hacer empeorar esta última.

Los ancianos también son vulnerables al descuido físico y al maltrato. El maltrato a las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas, sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad.

### **3.6 La autoestima**

Alcántara (1993) define la autoestima como “Una actitud hacia uno mismo y la forma habitual de pensar, amar, sentir y comportarse por sí mismo. Es la disposición permanente según la cual nos enfrentamos con nosotros mismos. Es el sistema fundamental por el cual ordenamos nuestras experiencias refiriéndolas a nuestro yo personal.”

Por otro lado tenemos la importante aportación de Branden (1995), citado por Roldán, (2007), que dice lo siguiente: “La autoestima corresponde a la valoración positiva o negativa que uno hace de sí mismo”. Es digno de mencionar que esta

definición, a pesar de su sencillez, permite tener un concepto claro y preciso de la autoestima, destacando sobre todo la presencia de la palabra valoración. Y es que la autoestima es precisamente eso, una valoración, una especie de juicio valorativo que hacemos de nosotros mismos en función de múltiples aspectos que nos conforman como seres humanos. La autoestima es una actitud de aceptación de uno mismo, está constituida por todas las características que el sujeto se atribuye a sí mismo, es decir, lo que siente, piensa y la valoración que atribuye a este concepto de sí mismo.

La autoestima se construye desde la infancia y depende de la forma de relación con las personas significativas, principalmente los padres.

Los padres pueden ayudar a sus hijos a desarrollar una alta autoestima, condición que puede influir notablemente en la vida adulta.

Para asegurar un desarrollo psicológico armonioso con alta autoestima los padres deben expresar amor a sus hijos, alentarlos en sus iniciativas individuales, minimizando los errores que podrán ser señalados como experiencia de aprendizaje.

Las expectativas poco realistas sobre las posibilidades de los hijos suelen provocar en ellos el deseo de aprobación y afecto y la necesidad de obtener metas personales que no estén de acuerdo con sus verdaderas aspiraciones individuales y sus reales capacidades, viviendo los fracasos como pérdida de autoestima.

La autoestima es la valoración, generalmente positiva, de uno mismo. Para la psicología, se trata de la opinión emocional que los individuos tienen de sí mismos y que supera en sus causas la racionalización y la lógica.

Rosemberg (1996), citado por Steiner (2005) señala que la autoestima es “...una apreciación positiva o negativa hacia el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo...”. Como vemos, aquí ya se toman en cuenta elementos afectivos y cognitivos dentro del proceso de la autoestima, es decir, nos encontramos



con un enfoque más bien cognitivo-conductual puesto que se señala que dichos elementos cognitivos y afectivos, determinan lo que la persona piensa sobre sí misma.

La autoestima es un sentimiento valorativo de nuestro conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que forman la personalidad. Dicho sentimiento puede cambiar con el tiempo: a partir de los cinco o seis años de edad, un niño comienza a formar el concepto sobre cómo es visto por el resto de la gente.

La autoestima es una estructura cognitiva de experiencias evaluativas real e ideal que el individuo hace de sí mismo, condicionada socialmente en su formación y expresión, lo cual implica una evaluación interna y extrema del yo. Interna en cuanto al valor que le atribuimos a nuestro yo y extrema se refiere al valor que creemos que otros nos dan (Gonzales- arriata, 2001).

### **3.6.1. Autoestima en el adulto mayor**

Se ha comprobado que el ser humano en todas las edades, al poseer una buena relación familiar y fuentes de apoyo significativos, se conserva en óptimas condiciones psicológicas y, de esta manera, supera más fácilmente las tensiones o la propia enfermedad.

Según López (1998) “...los adultos mayores institucionalizados con ausencia o mala calidad de estos lazos afectivos se ven afectados, cediendo así ante la enfermedad, por lo cual el apoyo social marca una notable diferencia entre los deseos de continuar viviendo o no...”

Al perder sus vínculos afectivos por encontrarse en una institución, el anciano pierde asimismo los roles sociales que durante su vida o algún tiempo llevó a cabo, lo que influye en su autoestima, en la concepción de su vida futura y en la manera en la que debe socializar con su entorno. El adulto mayor institucionalizado puede verse afectado de diferentes maneras, una de las cuales es el deterioro del amor propio, ya

que se valora negativamente a sí mismo; puede presentarse una adaptación deficiente debida a la pérdida de sus “roles sociales y funcionalidad”.

El autor también menciona que “...al ingresar en alguna residencia, disminución en la frecuencia de los contactos sociales y actividad en general, resulta de esto un evidente deterioro senil de la personalidad y una posible visión limitada del futuro...”

El adulto mayor ve afectada su autoestima, dada la inseguridad en la que vive a partir de las pérdidas asociadas a sus vivencias afectivas, físicas y sociales como son: la independencia de los hijos, la pérdida del cónyuge, la disminución de capacidades, la salud a veces afectada, la jubilación, la disminución de ingresos, entre otras.

Su vida emocional sufre modificaciones que originan actitudes acerca de sí mismo y acerca de los demás que pueden tener efectos negativos en sus relaciones afectivas y en el trato con otros. Sabemos que a partir de la autoestima, es decir, del concepto del propio valor, se proyectan la comunicación y las conductas que constituyen la base del mundo afectivo relacional.

El refuerzo de la autoestima en el Adulto Mayor, se sostendrá en el hecho de favorecer la apertura de la perspectiva desde sí mismo respecto a las metas alcanzadas, esfuerzos, logros y sabiduría de vida a partir de la experiencia (ampliar la autoimagen positivamente). Este refuerzo puede darse a través del aprendizaje acerca de la valoración de sí mismo y de la comunicación, lo cual favorecerá la adaptabilidad al entorno.

Cuando llegamos a mayores, en muchos casos pasamos a tener una reducida autonomía y autoconfianza, lo que nos puede llevar a tener una autoestima baja. Es necesario que la persona se sienta a gusto consigo mismo y con sus seres queridos, eso le permitirá tener mejores relaciones con sus semejantes y aceptar nuevos retos sin que tenga miedo a fracasar.

### 3.6.2. Importancia de la autoestima en los adultos mayores

Sucede que, entre las pérdidas que sufren los adultos mayores están las pérdidas físicas, entre ellas el hecho de que las células envejecan, los órganos y los sistemas también; en el organismo se producen inevitablemente cambios somáticos, siendo los más significativos: la disminución de la agudeza visual y auditiva, cambios degenerativos en las articulaciones, osteoporosis, deformaciones corporales, envejecimiento de las células epiteliales, con su pérdida de elasticidad, la arteriosclerosis con pérdida de riego sanguíneo en todo el organismo que afecta a los órganos vitales con disminución de sus funciones, siendo más sensibles a esta falta el cerebro y el corazón, disminuyendo la capacidad mental, psíquica y física, la pérdida de la memoria de fijación y la facilidad de la memoria de evocación, alteraciones del sueño y disminución de la función sexual.

La sociedad también los rechaza, porque su eficacia no es la de antes y entorpecen la vida vertiginosa del hombre de hoy, muchas personas consideran que sus reflejos son tan lentos que solo sirven de estorbo, que su imagen tampoco es placentera y que solo crean dificultades con su inutilidad, por eso la sociedad ha de procurarles centros especializados, residencias idóneas, centros de recreo con arquitectura especial. Antes de ser molesto, de ser un estorbo y de crear problemas, la sociedad los ha excluido de su trabajo habitual, estén o no en condiciones de seguir laborando.

Muchos de ellos son conscientes, en sus últimos años, de que su rendimiento no es el mismo de antes, que hay otros más jóvenes a su lado que lo realizan mejor y más rápido y esta forma de pensar influye directamente en la redefinición de su autoestima.

La etapa del adulto mayor es maravillosa, encantadora, ella refleja cambios tanto físicos como mentales, emocionales, sociales, personales, laborales entre otros, como arriba mencionamos.

Esto puede influir negativamente en el concepto que tienen las personas adultas mayores de sí mismas y afecta su autoestima; en el momento en que nuestra autoestima baja nos sentimos decaídos, enfermos, sin ganas de vivir, feos, no servimos para nada, nadie nos quiere, entre otros, cambia nuestro concepto totalmente, pero las consecuencias se ven reflejadas en la soledad, un temperamento fuerte y mala relación con el entorno, tristeza, mala alimentación, enfermedades (afecta la salud), y de más aspectos negativos.

La tercera edad es una etapa muy difícil para la autoestima. Las personas van viendo cómo sus capacidades físicas y mentales van menguando. Al mismo tiempo observan cómo sus contactos sociales van desapareciendo, ya sea por la muerte de algunos de sus conocidos, por su incapacidad para mantener el ritmo de vida anterior o porque sus propios familiares les hacen a un lado. Algunos de ellos llegan a considerarse poco más que un mueble en casa de sus hijos y otros son enviados a residencias, encontrándose en un ambiente nuevo que les da miedo y en el que sólo reciben contadas visitas de sus familiares.

En este contexto no debe extrañarnos que la autoestima sufra graves daños y que muchos de ellos experimenten fuertes depresiones. Para mejorar la autoestima y la calidad de vida de las personas de la tercera edad, se debería potenciar sus capacidades y su autonomía, mucha gente trata a sus familiares ancianos como si fuesen inválidos, no les permiten hacer nada, les dan todo hecho. Esto impide que puedan seguir siendo autónomos y, además, acelera su degeneración. Es conveniente que sigan teniendo responsabilidades que estén a su alcance. Esto hará que sigan sintiéndose útiles y mejorará su autoestima.

### **3.7 Depresión**

“Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida del interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e

ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos varios. El paciente con depresión no tiene historia previa de manía o hipomanía, dicho antecedente la convierte en trastorno bipolar”. (Farreras, Rozman ,2004)

El paciente depresivo muestra ciertos patrones de pensamiento ilógico los errores sistemáticos, que conducen a la distorsión de la realidad, incluyen interpretaciones arbitrarias, abstracción selectiva, sobre generalización, exageración y categorización incorrecta. (Beck, 1970).

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales.

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en algunos países) no reciben esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitado, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Las personas con depresión no siempre se diagnostican correctamente, ni siquiera en algunos países de ingresos elevados, mientras que otras que en realidad no la padecen son diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.

La experiencia de estar deprimido probablemente sea tan conocida en nuestra especie como cualquiera de los otros muchos sentimientos humanos. Sentirse bajo de tono, o triste, o infeliz, estar desanimado, melancólico, triste, deprimido o desesperanzado, son estados que sin duda han afectado en algún momento a todos y cada uno de nosotros. El desánimo o la aflicción, debidos a la desilusión material o interpersonal,

la tristeza o la desesperación por la separación o la pérdida son experiencias afectivas que pueden estar dentro de los marcos de lo normal, por poco frecuentes e infelices que sean. Sentirse deprimido no supone necesariamente una enfermedad mental o un estado patológico. Solo cuando este sentimiento se prolonga o se agrava puede empezar a ser valorado como patológico, e incluso entonces este estado afectivo tendrá que ir acompañado de otros síntomas para que sea calificado como tal.

Según Beck,(1979) las situaciones desagradables de la vida incluso las extremadamente adversas no conducen necesariamente a una depresión, a no ser que la persona esté especialmente sensibilizada hacia un tipo concreto de situación, debido a la naturaleza de su organización cognitiva.

Según La Organización Mundial de la Salud, (Octubre del 2012), la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción y empeorar la situación vital de la persona afectada, por consiguiente, la propia depresión.

Hay relaciones entre la depresión y la salud física; por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión y viceversa.

### **3.7.1 Depresión en los adultos mayores**

La mayoría de los adultos mayores conservan casi intactas sus facultades mentales; sólo muy pocos muestran deterioro en su función cognoscitiva. Sin embargo, es un hecho que las enfermedades demenciales son más frecuentes conforme aumenta la expectativa de vida. Por otra parte, un episodio depresivo en un paciente de edad avanzada puede ser difícil de diferenciar de la demencia, pues ambos pueden cursar con apatía, dificultad de concentración y alteraciones de memoria (Fernández y Muñoz, 2001).

La depresión constituye uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes de la población anciana, siendo su frecuencia variable según el contexto, si bien en todos

ellos constituye un importante problema de salud. Se ha establecido que los trastornos depresivos afectan a alrededor del 10% de los ancianos que viven en la comunidad, y entre el 15 y el 35% de los que viven en residencias.

La depresión en los mayores constituye un cuadro heterogéneo que presenta ciertas características diferenciales. Los factores psicosociales (dificultades económicas, aislamiento social, pérdida de seres queridos) juegan un papel más importante en su etiopatogenia que en edades más jóvenes. Además, los cambios biológicos propios del envejecimiento, la presencia de déficits cognitivos, la coexistencia de otros problemas médicos y el uso de múltiples medicaciones, hace a los ancianos más vulnerables para presentar sintomatología depresiva.

La jubilación, la pérdida de estatus económico, la falta de oportunidades para continuar en un ambiente “productivo”, favorecerán en algunos, situaciones generadoras de frustración y síntomas depresivos. Es común que ante estos fenómenos, la respuesta del sujeto vaya hacia el aislamiento, estableciendo una pobre interacción con su familia y sus amistades. Si bien estas pérdidas no son causa-efecto de la depresión, sí existe una relación cronológica entre ellas y el inicio de los síntomas. Por otra parte, la mayoría de los autores concuerdan en que el efecto representado por estas pérdidas, no es suficiente para explicar la aparición de un cuadro depresivo.

El principal problema psicológico que se plantea al individuo que llega a la vejez, es cómo lograr adaptarse a esta nueva situación existencial; es por ello que "se puede envejecer bien o mal". (Delgadillo Guzmán Leonor, 2010). La sensación de inseguridad aumenta en la vejez. Este sentimiento de inseguridad se encuentra alimentado por factores tan diversos, como dificultades económicas, modificaciones en el modo de vida, restricción del entorno social y aislamiento, muertes de familiares y amigos, menor autonomía, etc.

Estos hechos originan vivencias angustiantes, que se traducen en manifestaciones psicológicas como rigidez, dogmatismo, desconfianza, egoísmo, etc. En el entorno social del anciano se producen cambios importantes, que afectan a las relaciones conyugales, a las relaciones entre padres e hijos y a las relaciones sociales en general.

Las dificultades de adaptación a estos cambios que ocurren en la vejez, provocan un abatimiento psicológico y pueden originar una enfermedad depresiva. La cercanía de la muerte tiene importantes connotaciones psicológicas y la concreción personal de la misma de aceptación difícil, en muchos casos, con tristeza y desasosiego. Estas especificidades de la vejez, favorecen la aparición de depresiones de inicio tardío o descompensan enfermedades depresivas, padecidas desde la juventud o desde la madurez. Por todo ello la prevalencia de depresiones en la vejez es alta.

En ocasiones envejecimiento y depresión tienden a confundirse y concatenarse. Pero la depresión no es "normal" en la vejez (Luis Varela Pinedo, 2007).

### **3.8. Religión**

La religión es un recurso que se usa con frecuencia en el envejecimiento. Entendida la religión como el conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad. Religión viene del latín "religare" que quiere decir "volver a ligar".

Según Flores (2001) el sentido original y etimológico de la palabra religión no es muy claro para los mismos lingüistas. Ya que parece indicar que el origen del término significa; "volver a establecer un vínculo que previamente existió".

Moriel (2002), menciona que este origen etimológico se refiere a todas las religiones como tales estableciendo como punto de partida la idea de que el hombre tiene su origen en los dioses o en la divinidad (primer vínculo) y fueron creados por ellos o de ellos proceden; sin embargo, para continuar adecuadamente su existencia quieren reforzar ese nexo o bien recuperarlo si acaso se perdió por alguna razón.



La relación existente entre el hombre y Dios es solamente la continuación de la necesidad de protección en el momento en que se siente por alguna circunstancia, desamparo.

La religión es el conjunto de creencias, celebraciones y normas ético-morales por medio de las cuales el ser intelectual reconoce, en clave simbólica, su vinculación con lo divino en la doble vertiente, a saber, la subjetiva y la objetivada o exteriorizada mediante diversas formas sociales e individuales.

### **3.8.1 Definición de Religiosidad**

Se entiende por religiosidad como el conjunto de actos destinados a cumplir las normas y obligaciones religiosas.

Asimismo se definen dos tipos de religiosidad; intrínseca y extrínseca Allport (citado por Donahue, 1985).

La religiosidad intrínseca le da un significado a la vida de la persona ya que cualquier evento que representa la vida es comprensible y asimilable. Para el autor todas las personas que caen en este rango buscan una mayor motivación en la religión. Por otro lado, la religión extrínseca es vista como una costumbre social, manejada por grupos, lo que conlleva a que las personas se motiven a usar o ejercer la religión, las personas con este tipo de religiosidad solamente la utilizan para sus propios fines, ya que les da seguridad, distracción y estatus social.

La religiosidad se relaciona con una alta satisfacción de vida y bienestar en adultos mayores que cursan por una enfermedad. Asimismo se asocia con disminución de la ansiedad y depresión ante el duelo, la enfermedad terminal o la muerte.

En una revisión, Koenig (2009) ha destacado que la religiosidad/espiritualidad ha mostrado una baja asociación con la depresión, pero que su valor resiliente entre aquellos sujetos religiosos es importante para salir de la depresión con mayor rapidez; también observó que los sujetos religiosos presentaban menos suicidios y más

actitudes negativas en relación con el suicidio; varios estudios reportaban un efecto positivo que se reflejaba en menores grados de ansiedad.

### **3.9. Creencias religiosas**

Las creencias religiosas son ideas consideradas como verdaderas por quienes profesan una determinada religión.

(Coleman et al, 2011) Entre los recursos con los que cuenta la adultez mayor para afrontar el estrés y las pérdidas de esta etapa de la vida se encuentran las creencias y prácticas religiosas y espirituales, pero también se ha insistido en los hallazgos de diversos estudios con correlaciones menores aunque significativas entre estas y sus efectos.

Una religión comprende no solo las creencias religiosas sino también la puesta en práctica de las mismas, a través de ciertos actos especiales (ritos o rituales religiosos, a los que en sentido restringido a veces también se los denomina culto). Por medio de estos actos, el practicante cree que puede comunicarse o congraciarse con alguna divinidad.

La mayoría de las religiones poseen sus fuentes teológicas, un determinado o indeterminado número de escritos o tradiciones orales que consideran, ya sea inspirados o revelados por divinidades (y por lo tanto sagrados, sagradas escrituras), o no inspirados pero de provecho espiritual. Entre otros están la Biblia, el Corán, la Torá, el Bhagavad Gita, etc.

Las creencias religiosas se refieren a un estado mental en el que se pone la fe en algo sobrenatural, sagrado o divino. Tal estado se relaciona con la existencia, características y culto hacia una deidad o deidades; la intervención divina en el universo y la vida humana (providencia), los valores y prácticas centradas en las enseñanzas de un líder espiritual.

Las personas religiosas tienen más recursos para superar situaciones difíciles en la vida. La fe y las creencias religiosas ayudan a controlar el estrés y las depresiones.

Las personas mayores, los ancianos en general, que son religiosos, que recurren a la oración ante situaciones difíciles de la vida, que tienen de espiritualidad su vida personal, reducen las posibles consecuencias de los problemas de soledad, de dudas e incertidumbres, de estrés, de enfermedades y achaques propios de la edad avanzada.

Consiguen que su sistema inmunológico no se deprima y que puedan afrontar las situaciones difíciles con equilibrio, cierto optimismo, esperanza y serenidad. Los adultos mayores que tienen arraigadas la fe y la religión tienen una actitud más positiva y resolutiva ante las enfermedades y la propia muerte. En definitiva las personas creyentes y religiosas experimentan una mejor salud física y psíquica y se adaptan mejor a las circunstancias y al entorno.

Entre las creencias religiosas más comunes se sitúan los grupos cristianos:

Entre los grupos cristianos la religión predominante es la católica, pero aún se conservan las creencias en los espíritus invisibles de la tierra, y en que las almas de sus antepasados influyen en sus vidas en lo bueno y en lo malo. El resultado es un catolicismo popular, con una mezcla de la religión de los conquistadores españoles y el animismo del pasado local. Tiene un elaborado y pintoresco calendario religioso con diversas actividades y funciones rituales y socio políticas. El sacerdote, en las áreas rurales, normalmente se convierte en una persona con gran importancia local.

No obstante, la mayor influencia de la iglesia Católica se concentra en la enseñanza, principalmente en la secundaria, pues la mayor parte de ella se halla a cargo de las órdenes eclesiásticas, algunos de los mejores colegios y universidades del país son de instituciones religiosas.

Se ha señalado que cuando las personas atraviesan por intensas situaciones críticas en su vida, suelen recurrir también con mayor frecuencia a Dios y a ciertas conductas

religiosas como la oración (Kelley & Chan, 2012) y, al parecer, estos recursos han resultado ser eficaces; el afrontamiento religioso ha sido reconocido como un importante recurso adaptativo.

### **3.10 Influencia de la espiritualidad en la salud y el bienestar**

Delgado, (2005) plantea que una fuerte conexión espiritual puede mejorar la satisfacción con la vida o facilitar el adaptarse a los impedimentos. Pargament (1997), citado en Clark, (2004), encontró que las creencias religiosas y espirituales contribuyen a la habilidad para enfrentar efectivamente la enfermedad, discapacidad y eventos vitales negativos.

A partir de sus estudios, Koenig (2001) señala "... la fe religiosa parece proteger a los adultos mayores de las dos más importantes aflicciones del final de la vida, la enfermedad cardiovascular y el cáncer, y también parece evitar por mayor tiempo el llegar a una invalidez..."

Por otro lado, el autor también señala que "...las personas que asisten regularmente a servicios religiosos tienen sistemas inmunes más fuertes que sus contrapartes menos religiosos, y muestran significativamente mejores resultados al sufrir alguna enfermedad que los no religiosos..."

Otros hallazgos asociados a la influencia de la espiritualidad en la salud física, señalan que las personas que regularmente asisten a la iglesia, oran individualmente y leen la Biblia, tienen una presión sanguínea diastólica mucho más baja que los menos religiosos, sufren menos hospitalizaciones, tienden a tener estilos de vida más saludables, tienden a evitar el abuso de alcohol y drogas y los comportamientos sexuales riesgosos.

Con relación al efecto positivo en la salud física y mental que las dimensiones religiosas y/o espirituales tienen en el tratamiento médico, se ha encontrado que, en pacientes oncológicos, la espiritualidad mejora la función inmune, aumenta la

sobrevida, disminuye los síntomas de la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento, favorece estilos de vida y comportamientos más sanos, y por lo tanto contribuye a un menor riesgo de enfermedades, y en general, mejora la calidad de vida.

Levin (2001), aporta evidencia de que la participación en actividades religiosas públicas, a través de membrecías religiosas, beneficia la salud ya que se promueven conductas y estilos de vida más saludables y también, porque brindan un apoyo que amortigua los efectos del estrés y el aislamiento. Del mismo modo, los adultos mayores más involucrados en sus comunidades religiosas, también reportaron menor temor a la muerte.

### **3.10.1 Espiritualidad en la Tercera Edad**

Un estudio de religiosidad y bienestar en pacientes de una clínica geriátrica encontró que aquellos que no eran activos religiosamente tenían mucho más altos niveles de uso de alcohol y tabaco, depresión, ansiedad y cáncer, que aquellos que eran muy activos religiosamente, los que además, disfrutaban de buena salud física y mental (Karren et al., 2002, citados en Clark, 2004).

Rivera-Ledesma y Montero-López (2005) citan distintos estudios que encuentran efectos de alivio del estrés de la hospitalización, la enfermedad y las pérdidas típicas de la vejez, asociación con una menor mortalidad en casos crónicos, predicción positiva de salud mental y de satisfacción vital, y una asociación negativa entre espiritualidad y depresión.

Asimismo, los mayores que tienden a confiarse más a su fe religiosa y a la oración cuando se encuentran bajo estrés, tienden a mostrar mucho menor o ningún temor a la muerte, comparados con pares para quienes la fe y la oración son menos importantes.

La religión se convierte en la tabla de salvación que les permite a las personas mayores, en situación de discapacidad, sobrellevar la existencia en un contexto

difícil, la fe en Dios se convierte en un recurso útil para satisfacer aquellas necesidades que, por su situación de vejez, discapacidad y pobreza, no pueden suplir. En este momento de sus vidas, la fe les ayuda a afrontar dificultades, como la pérdida de la salud, los problemas económicos y familiares, entre otros. Dios, como ser supremo que orienta y decide sobre la existencia, les ayuda a asumir con paciencia y resignación las dificultades y les da fortaleza para seguir luchando.

Este grupo de personas cree en un ser supremo que les da fuerza y esperanza. Por tradición y herencia cultural, se han refugiado en la religión católica, en Dios, la Virgen y los santos para soportar y enfrentar la vida de constante lucha. La fe en un Dios que todo lo puede se constituye en elemento fundamental de la fortaleza y el estado de ánimo de estos ancianos. Por otro lado, el valor de la resignación dentro de las creencias de la religión católica ejerce una poderosa influencia que permite aceptar hasta los más duros momentos. La religión les provee la fuerza interior para no decaer y mantener la vida. La religión se constituye en un bálsamo que ayuda a soportar y a mitigar las problemáticas que surgen con el paso de los años, como son la enfermedad y la muerte.

Ellos mantienen sus creencias religiosas como la fe y la resignación; utilizan la oración personal y el pagar misas a los santos y a los difuntos como una forma de encontrar consuelo y seguridad, en este sentido, los hallazgos de este estudio confirman el papel de las prácticas religiosas en la preservación de la vida y el cuidado de la salud física, mental y espiritual de las personas mayores con algún tipo de discapacidad. La religiosidad se constituye así en un elemento resiliente que atraviesa todas las acciones de las personas mayores en situación de discapacidad para enfrentar la adversidad.

La participación en actividades religiosas públicas, a través de membrecías religiosas, beneficia la salud ya que se promueven conductas y estilos de vida más saludables, y también, porque brindan un apoyo que amortigua los efectos del estrés y el aislamiento. Del mismo modo, los adultos mayores más involucrados en sus

comunidades religiosas, también reportaron menor temor a la muerte. No obstante, más que la actividad religiosa en sí, es la fe personal la que parece ayudar a las personas mayores a enfrentar el estrés y el temor a la muerte. Por último, las personas mayores son más sanas físicamente en la última parte de sus vidas y viven más que sus contrapartes menos religiosas.

La espiritualidad y religiosidad no sólo son fuente de apoyo y beneficios, también pueden ser fuente de conflictos y sufrimiento. Kliewer y Stultz (2006) explican cómo la vida espiritual puede dejar de ser saludable. Estos autores plantean que no es infrecuente que en personas profundamente espirituales surjan fuertes sentimientos de culpa, desesperanza, ira, y falta de sentido, que son la contraparte dolorosa de la espiritualidad, y que ha sido descrita como “el desierto” y “la noche oscura del alma”.

# **CAPÍTULO IV**

# **“METODOLOGÍA”**



## CAPÍTULO IV.

### METODOLOGÍA.

#### 4.1 Tipificación de la Investigación

La presente investigación planteada se enmarca dentro de los márgenes del área clínica, entendiéndose esta como “una rama de la psicología que investiga y aplica los principios de la psicología a la situación única y exclusiva del paciente, para reducir sus tensiones y ayudarlo a funcionar en forma eficaz y con mayor sentido (Goldenberg, 1973).

Por otro lado, Compas (2005) indica que esta “... apunta definir las capacidades de comportamiento y las características conductuales de un individuo, mediante el uso de métodos de observación, de medición y análisis, los cuales, en base a una integración de estos hallazgos y con los datos obtenidos a partir de las exploraciones físicas, y de las históricas sociales, proporcionan sugerencias y recomendaciones, para el ajuste adecuado del individuo...”. En tanto se fundamenta por el hecho de que se realizan diagnósticos individuales a cada una de las personas pertenecientes a la muestra en lo que se refiere al bienestar psicológico, satisfacción de vida, autoestima y otras variables.

Por lo que la unidad de estudio será el individuo.

Se ha determinado que la presente investigación esté orientada a ser:

- Exploratoria, puesto que pretende dar una visión general, de tipo aproximativo, respecto a una determinada realidad, en este caso pretende brindar y ampliar la información sobre Bienestar psicológico y religiosidad en los adultos mayores, y las distintas variables que esta investigación conlleva, teniendo en cuenta que “los estudios exploratorios sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de

la vida real, investigar problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones (postulados) verificables.(Dankhe, 1986).

- Descriptiva debido a que mediremos y describiremos de manera individual los valores de las diferentes variables (bienestar psicológico, calidad de vida, depresión, autoestima, nivel de religiosidad.) que se hallan presentes en los adultos mayores de la ciudad de Villazón, entendiendo que una investigación descriptiva “utiliza criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto la estructura de los fenómenos en estudio, además ayuda a establecer comportamientos concretos mediante el manejo de técnicas específicas de recolección de información. Así, el estudio descriptivo identifica características del universo de investigación, señala formas de conducta y actitudes del universo investigado, descubre y comprueba la asociación entre variables de investigación” (Méndez 2003).

## **4.2 Población y Muestra**

### **4.2.1 Población**

La población sobre la que recae el interés investigativo de este trabajo son los adultos mayores que residen en la ciudad de Villazón que se encuentra ubicada en la Provincia Modesto Omiste, perteneciente al Departamento de Potosí, teniendo un número equivalente a 1165 personas, dato recabado del I.N.E. basado en el censo 2012, de las cuales cabe resaltar que 338 personas no han cursado estudios, 386 han culminado la educación primaria, 278 culminaron la educación secundaria y 163 alcanzaron la educación superior universitaria.

Entre las variables de selección están:

- Hombres y mujeres de manera proporcional.

- Estado civil: personas solteras, casadas, separadas y viudas.
- Márgenes de edad: de 65 años a 80 años.
- Nivel de instrucción: personas que hayan alcanzado la educación primaria, secundaria y estudios superiores.

Se tomaron en cuenta las variables de selección arriba mencionadas, dados los instrumentos a aplicarse, para facilitar el desarrollo de las respuestas.

#### **4.2.2 Muestra**

La presente investigación está constituida por una muestra de 83 personas, equivalente a 10 % de la población, quienes alcanzaron un grado de instrucción primaria, secundaria y estudios superiores.

El tipo de muestreo en el que recae el presente trabajo de investigación, es el intencional, según lo define Arias (2006), el muestreo intencional u opinático, es aquel donde los elementos muestrales son escogidos en base a criterios o juicios preestablecidos por el investigador, o bien como lo describe Parra (2003), “...Este tipo de muestreo se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras representativas mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos...”

Por lo tanto, este tipo de selección de la muestra, exige un cierto conocimiento del universo a estudiar, y como se menciona anteriormente la técnica consiste en escoger intencionadamente y no al azar algunas categorías que se considera representativas del fenómeno a estudiar.

Dado que entre las variables de selección de la población y por lo tanto de la muestra se debía llegar a personas que hubiesen, como mínimo, asistido a la escuela, se vio por conveniente que no fuese al azar, dando paso a que la aplicación de los instrumentos y recolección de la información se realice a personas a quienes se llegó

gracias a las distintas referencias que se pudieron obtener entre algunas personas cercanas y entre ellos los adultos mayores de nuestro entorno.

Sexo	
Femenino	45
Masculino	38
Total	83

Edad	
65 a 70 años	54
71 a 75 años	13
76 a 80 años	16
Total	83

Grado de Instrucción	
Nivel primario	49
Nivel secundario	22
Estudios superiores	12
Total	83

### 4.3 Métodos, Técnicas e Instrumentos

#### 4.3.1 Métodos

Se trata de una investigación cuantitativa ya que se realizó la recolección y análisis de datos, con la finalidad de contestar preguntas de la presente investigación y probar hipótesis establecidas previamente, del mismo modo los datos obtenidos en el presente trabajo se expresarán en tablas estadísticas, teniendo como prioridad la

medición de las distintas variables que hacen referencia al tema abordado, es decir el bienestar psicológico, la calidad de vida, el autoestima, la depresión y finalmente el nivel de religiosidad en los adultos mayores que residen en la ciudad de Villazón.

Se dice que una investigación es cuantitativa cuando “... los estudios que utilizan este enfoque confían en la medición numérica, el conteo, y en el uso de estadística para establecer indicadores exactos...” Hernández (2003)

#### 4.3.2 Técnicas

Entre las técnicas aplicadas en el presente trabajo se encuentran:

- El cuestionario que se define como: “...un género escrito que pretende acumular información por medio de una serie de preguntas sobre un tema determinado para, finalmente, dar puntuaciones globales sobre este. De tal manera que, podemos afirmar que es un instrumento de investigación que se utiliza para recabar, cuantificar, universalizar y comparar la información recolectada. Como herramienta, el cuestionario es muy común en todas las áreas de estudio porque resulta ser una forma no costosa de investigación, que permite llegar a un mayor número de participantes y facilita el análisis de la información. Por ello, este género textual es uno de los más utilizados por los investigadores a la hora de recolectar información...” (Hernández Sampieri, Roberto, 2004).

Primeramente se usó esta técnica para recabar los datos personales de los miembros de la muestra.

- Así también se usó una escala, que Duberger Maurice (1962), la define como “...un procedimiento mediante el cual se relacionan de manera biunívoca un conjunto de modalidades (distintas) con un conjunto de números (distintos); es decir a cada modalidad le corresponde un sólo número, y a cada número le corresponde una sola modalidad...”

Esta técnica se usó para poder conocer el bienestar psicológico en los adultos mayores.

- También se usó de inventarios, teniendo en cuenta que este se define, como un listado de problemas o síntomas en donde la persona tiende a señalar lo que le sucede (Lundberger, George, 1949).

De tal manera, se vio por conveniente usar esta técnica para medir la autoestima y conocer la religiosidad de las personas pertenecientes a la muestra.

### 4.3.3 Instrumentos

Los instrumentos que se usaron para la recolección de los datos son:

#### a) **Cuestionario de Datos Personales,**

Se entiende por cuestionario “... al conjunto de preguntas, normalmente de varios tipos, preparado sistemática y cuidadosamente, sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación o evaluación, y que puede ser aplicado en formas variadas, entre las que destacan su administración a grupos...” (Pérez Juste, R, 1991). Este cuestionario de elaboración propia consta de 7 preguntas para obtener el nombre, la edad, el sexo, el nivel de instrucción alcanzado, la ocupación actual, el estado civil y el número de personas con quienes vive actualmente. (ver anexo 1).

#### b) **Escala de Bienestar Psicológico: Elaborada por Riff (1989).** (alpha de Cronbach 0.942). (ver anexo 2)

El instrumento fue traducido al español y posteriormente traducido nuevamente al inglés para comprobar que no se hubiesen dado alteraciones en la prueba. Finalizada esta fase, se procedió a adaptarlo (Julián, 1997). La subescala de autoaceptación midió un sentimiento positivo hacia sí mismo (alpha de Cronbach 0.804); 2) Relaciones positivas con otros, midió la satisfacción y confianza en sus relaciones interpersonales (alpha de Cronbach 0.805); 3) Dominio del ambiente, midió el dominio de sí mismo y si hace uso de sus talentos e intereses (alpha de Cronbach 0.755); 4) Crecimiento personal midió un sentimiento de desarrollo continuo y ganancia de sabiduría (alpha de Cronbach 0.789); 5) Propósito en la vida, midió un

sentido de dirección y una intencionalidad en la vida (alpha de Cronbach 0.768); 6) Autonomía, midió autodeterminación e independencia (alpha de Cronbach 0.711).

Este instrumento no fue aplicado en Bolivia, pero sí en otros países de Latinoamérica, tal es el caso de Chile, con una investigación que se denomina “Violencia en la pareja, apoyo social y bienestar psicológico en adultos jóvenes” (Felipe E. García, Anna Wlodarczyk, Alejandro Reyes, Carla San Cristóbal Morales y Claudio Solar Osadey, agosto 2014.), estudio que tiene por objetivo determinar la influencia de la violencia en la pareja y apoyo social sobre el bienestar psicológico en adultos jóvenes.

La escala de bienestar psicológico consta de un total de 84 reactivos organizados en 6 dimensiones que son: autoaceptación, relaciones positivas con otros, dominio del ambiente, crecimiento personal, propósito en la vida y autonomía.

El instrumento fue traducido al español y posteriormente traducido nuevamente al inglés para comprobar que no se hubiesen dado alteraciones en la prueba.

Este instrumento consta de seis subescala:

- 1) La subescala de **autoaceptación** mide un sentimiento positivo hacia sí mismo.
- 2) **Relaciones positivas con otros**, midió la satisfacción y confianza en sus relaciones interpersonales.
- 3) **Dominio del ambiente**, midió el dominio de sí mismo y si hace uso de sus talentos e intereses.
- 4) **Crecimiento personal** midió un sentimiento de desarrollo continuo y ganancia de sabiduría.
- 5) **Propósito en la vida**, midió un sentido de dirección y una intencionalidad en la vida.
- 6) **Autonomía**, midió autodeterminación e independencia.

Las seis subescalas, miden un puntaje alto y bajo, cada subescala consta de 84 reactivos que deben ser codificados para la asignación de puntos dentro las mismas,

así también se debe convertir el número asignado a aquellos reactivos que tengan la presencia de un asterisco (\*) donde, por ejemplo el número 6 llegaría a ser un 1, el número 5 se convierte a un 2 y así sucesivamente.

Para cada reactivo el sujeto tiene 6 opciones de respuesta con un rango de 1 a 6 (completamente en desacuerdo, en desacuerdo, parcialmente en desacuerdo, parcialmente de acuerdo, de acuerdo y completamente de acuerdo).

Esta escala tiene los siguientes rangos para su interpretación:

- 0 a 25: Baja presencia del factor evaluado
- 26 a 50: Regular presencia del factor evaluado.
- 51 a 75: Buena presencia del factor evaluado.
- 76 a 100: Muy buena presencia del factor evaluado.

**c) El instrumento para medir la calidad de vida es el Cuestionario SF- 36**

(Ver anexo 3)

Cuenta con una fiabilidad mayor a 0,70, el SF-36 en su idioma original mostró confiabilidad y validez de apariencia, de contenido, de criterio (concurrente y predictiva) y de constructo. Se usó en más de 40 países en el proyecto International Quality of Life Assessment (IQOLA), en la validación realizada en España se obtuvo una versión en español que mostró coincidencia completa con la ordinalidad original esperada, alta equivalencia con los valores originales y reproducibilidad aceptable, menor que la original.

Este instrumento fue utilizado en la Ciudad de Tarija, en la Facultad de Humanidades, en la investigación que lleva por nombre “Calidad de Vida del Adulto Mayor Institucionalizado y no Institucionalizado en el Departamento de Tarija” en la gestión 2009.

La investigación se centró en adultos mayores de ambos sexos, de 60 años o más, la muestra se estimó en base a la fórmula aleatoria de Cochran W., entre los sujetos



adultos mayores de la capital del Departamento y las tres provincias más representativas de la población.

El cuestionario contiene 36 preguntas que abordan diferentes aspectos relacionados con la vida cotidiana de la persona que llena el cuestionario, las preguntas se agrupan y miden en 8 apartados que se valoran independientemente y dan lugar a 8 dimensiones que mide el cuestionario.

Las 8 dimensiones son:

- **Funcionamiento Físico.** - Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, transportar cargas y realizar esfuerzos moderados e intensos.
- **Limitación por problemas físicos.** - Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar.
- **Dolor corporal.**- Se refiere a la medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
- **Funcionamiento o rol social.**- Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfiere en la vida social habitual.
- **Salud mental.**- Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general.
- **Limitación por problemas emocionales.**- Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
- **Vitalidad, energía o fatiga.**- Sentimiento de energía y vitalidad, frente al cansancio y desánimo.

- **Percepción general de la salud.-** Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.

Las puntuaciones de cada una de las 8 dimensiones del SF-36 oscilan entre los valores 0 y 100, resultados ubicados en el siguiente rango, para su interpretación:

- 0 – 25 puntos “Mala”
- 26 – 50 puntos “Regular”
- 51 – 75 puntos “Buena”
- 76 – 100 puntos “Excelente”

**d) Para medir el nivel de autoestima se usó el “Inventario de Autoestima 35B”**  
(ver anexo 4)

El inventario de autoestima forma 35B, mide el nivel de autoestima actual del sujeto dando un puntaje específico. Cuenta de 50 ítems, a los que el individuo responde con cuatro alternativas en un rango de 0 a 3; donde 0= es falso, 1=es algo cierto, 2= creo que es cierto, 3= estoy convencido de que es cierto. Para realizar la obtención del indicador de autoestima, se realiza la sumatoria de los resultados individuales de todos los ítems con números pares. De este total se resta la sumatoria de los resultados individuales de todos los ítems con nueros impares.

La escala de autoestima comprende diez rangos:

- De 61 a 75 nivel óptimo de autoestima.
- De 46 a 60 excelente
- De 31 a 45 muy buena
- De 16 a 30 buena
- De 0 a 15 regular.
- De -1 a -15 baja.
- De -16 a -30 deficiente.
- De -31 a -45 muy baja.

- De -46 a -60 extrema.
- De -61 a -75 nivel de autoestima nula.

Esta escala permitió ubicar el nivel de autoestima de cada uno de los adultos mayores. Este instrumento fue utilizado en la Ciudad de Tarija, en la Facultad de Humanidades, en la investigación que lleva por nombre “Implementación de un programa para incrementar la autoestima y contribuir a la prevención del consumo de alcohol, en adolescentes de 2do de Secundaria” a cargo de Jacqueline de Los Ríos López, (1999).

**e) Test de depresión de Beck (DPI-I) (ver anexo 5)**

El test fue desarrollado en 1961 por el doctor Aaron Temkim Beck, profesor de psiquiatría de la Universidad de Pennsylvania.

Este instrumento permite medir el sexto objetivo del trabajo de investigación, el cual consiste en identificar si los adultos mayores de la ciudad de Villazón presentan o no depresión.

La fiabilidad de dos mitades es alta o muy alta (desde 0.58 a 0.93), y su consistencia interna muy alta, tanto en pacientes (alfa de Cronbach medio = 0.87) como en muestras de población general (0.81). Se ha demostrado la sensibilidad al cambio de este instrumento, encontrándose que las mejorías clínicas de la depresión se correlacionan en 0.80 con los cambios en el inventario (Vázquez y Sanz, 1997).

Es un cuestionario autoaplicable de 21 ítems de opción múltiple que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Cada sentencia posee un valor que va de 0 a 3, sumando un total máximo de 63 puntos.

En la versión revisada de 1979 se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem que evalúan la gravedad/intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad.

Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico y al ser el cuestionario autoaplicado puede ser difícil aplicar en pacientes graves o con bajo nivel cultural.

Los puntos de corte usualmente aceptados, para graduar la intensidad/ severidad son los siguientes:

- 0 a 10= no depresión
- 11 a 20 = depresión
- 21 a 30= depresión moderada
- 31 a 40= depresión grave.
- 41 a más= depresión severa.

**f) Para medir el grado de religiosidad se usó el “Inventario de Sistemas de Creencias, SBI-15R” (ver anexo 6)**

El SBI-15R fue desarrollado originalmente por Holland et al. (1998) en Estados Unidos. La versión en español fue realizada en México por Almanza, Monroy, Bimbela, Payne y Holland (2000). Es un inventario diseñado para evaluar la calidad de vida en estudios psicosociales. El SBI-15R se diseñó con el objetivo de medir las creencias religiosas y el apoyo social, su confiabilidad arroja un alfa de Cronbach de 0.97, indicando una alta consistencia interna. La validez interna de las dos sub-escalas de la SBI-15-TR es de 0,902 y 0,912 para creencias y prácticas religiosas y apoyo social, respectivamente.

Los autores proponen esta escala para explorar las creencias espirituales y religiosas en relación con la calidad de vida, el estrés y el afrontamiento. Dicho inventario comprende 15 ítems con un sistema de respuesta tipo likert que va de 0 a 3 puntos.

Está compuesto por dos factores: el factor I mide *creencias y prácticas religiosas y espirituales* (CPRE) con 10 reactivos, el factor II mide el *apoyo social religioso*,

derivado de la comunidad que comparte esas creencias (SSR) con 5 reactivos, el rango total es de 0 a 15 puntos, las puntuaciones globales, que hacen referencia a la presencia de los factores evaluados del inventario comprenden un rango de 0 a 45 puntos.

Los rangos para la respectiva corrección de este inventario son los siguientes:

**1.- Factor I:**

- 0 a 10 menor convicción
- 11 a 20 regular convicción.
- 21 a 30 mayor convicción

**2.-Factor II:**

- 0 a 5 menor convicción
- 6 a 10 regular convicción.
- 11 a 15 mayor convicción

**3.- Presencia del factor I y factor II.**

- 0 a 15: menor presencia del factor I y II
- 16 a 30: regular presencia del factor I y II.
- 31 a 45: mayor presencia del factor I y II

En Bolivia el inventario no ha sido usado, pero sí en investigaciones realizadas en Latinoamérica, como por ejemplo en “Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Factores Psicológicos: Un Estudio desde la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica” a cargo de Stefano Vinaccia de la Universidad Católica de Colombia y Japcy M. Quiceno de la Universidad de San Buenaventura Bogotá, Colombia, estudio realizado en el año 2010.

#### 4.4 Procedimiento

**Fase 1.-** Se dio paso a realizar la revisión bibliográfica y contactos pertinentes para la recolección de información necesaria, para posteriormente realizar el marco teórico de la presente investigación.

**Fase 2.-** Se continuó con la determinación de la población con la que se trabajó, para posteriormente realizar la selección de la muestra y de qué manera serán seleccionados los miembros de la misma.

**Fase 3.-** Posteriormente se vio por conveniente realizar la selección de los métodos, así mismo las técnicas de los distintos instrumentos, que se vieron necesarios para poder realizar la recolección de datos sobre el presente tema de investigación.

**Fase 4.-** Prueba piloto. Se aplicó a 3 personas pertenecientes a una parte de la muestra de la población seleccionada todos los instrumentos, previamente seleccionados, para de tal manera probar la idoneidad en el caso del tema de investigación seleccionado.

**Fase 5.-** Una vez corroborada la idoneidad de los instrumentos seleccionados, mediante la aplicación de la prueba piloto, se vio por conveniente dar paso a la aplicación de los instrumentos en el siguiente orden:

1. Cuestionario de datos personales.
2. Escala de bienestar psicológico elaborada por Riff.
3. Cuestionario de calidad de vida SF-36.
4. Test de depresión de Beck (DPI-I).
5. Inventario de autoestima 35B.
6. Inventario de sistemas de creencias-15r (Almanza y cols., 1999).

**Fase 6.-** Posteriormente una vez aplicados los distintos instrumentos, se dio continuidad con el procesamiento de los datos, elaborando la matriz de datos de aquellos resultados obtenidos mediante los mismos.

**Fase 7.-** Una vez finalizado el procesamiento de los datos, en base a los mismos, se hizo la elaboración de cuadros y la interpretación de los mismos.

**Fase 8.-** Posteriormente se dio paso a la elaboración de las conclusiones y recomendaciones a las que se llegó después de todo el proceso de investigación en base a los datos recabados; para su correspondiente presentación y posterior defensa del trabajo, para la obtención del grado de Licenciatura en Psicología.

**CAPÍTULO V**  
**“ANÁLISIS E**  
**INTERPRETACIÓN**  
**DE LOS**  
**RESULTADOS”**



## CAPITULO V.

### 5. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se realiza la presentación, análisis e interpretación de los resultados alcanzados a través de los instrumentos empleados como cuestionarios, escalas e inventarios, los cuales fueron empleados en adultos mayores que residen en la ciudad de Villazón.

A continuación, la información que se muestra es en función a cada variable de estudio, entre las cuales se encuentran:

- Identificar las dimensiones de bienestar psicológico en los adultos mayores.
- Conocer la calidad de vida de los adultos mayores.
- Determinar la autoestima en los adultos mayores.
- Identificar si los adultos mayores de la Ciudad de Villazón presentan depresión.
- Identificar la religiosidad en los adultos mayores.
- Análisis e interpretación de cada uno de los datos encontrados.

En base a las variables expuestas, primeramente se procede al análisis de las dimensiones del bienestar psicológico presentes en los adultos mayores, mediante la escala de Bienestar Psicológico de Carol Riff, continuando con la identificación de la calidad de vida que poseen mediante el uso del Cuestionario de Salud SF-36. Se determina también el nivel de autoestima con el inventario de autoestima 35B, seguidamente el nivel de depresión existente mediante el Test de Beck y finalmente el análisis del grado de religiosidad de los adultos mayores a través del Inventario de Creencias

SBI-15R.

### 5.1 PRIMER OBJETIVO.

- Identificar las dimensiones de bienestar psicológico en los adultos mayores.

Se entiende por bienestar psicológico “La percepción subjetiva, estado o sentimiento, satisfacción entendida como la gratificación proporcionada por los proyectos personales, mientras que la calidad de vida es el grado en que la vida es percibida favorablemente” Ryff y Keyes (1995).

Con el fin de dar respuesta al desarrollo del primer objetivo que tiene como variable el tema de bienestar psicológico, se explica las seis dimensiones que esta posee en base a los siguientes cuadros y gráficas:

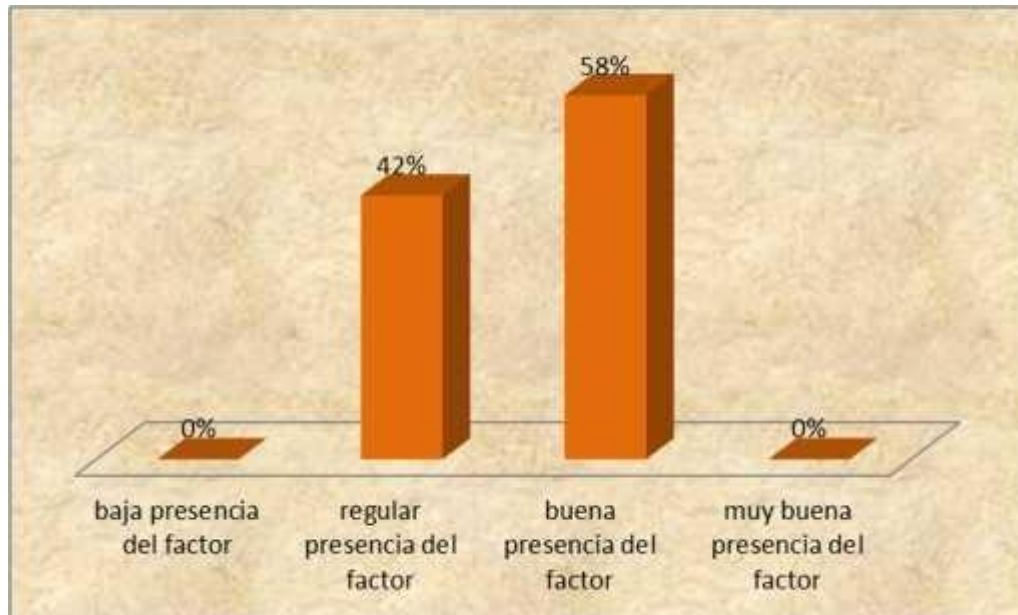
#### CUADRO N°1

#### AUTOACEPTACIÓN

	F.	%
0 a 25 baja presencia del factor evaluado	0	0%
26 a 50 regular presencia del factor evaluado	35	42%
51 a 75 buena presencia del factor evaluado	48	58%
76 a 100 muy buena presencia del factor evaluado	0	0%
<b>Total</b>	83	100%

## GRÁFICA N°1.

## AUTOACEPTACIÓN



En el cuadro y gráfica N°1 se puede observar los porcentajes de autoaceptación que manifiestan los adultos mayores que residen en la ciudad de Villazón, mostrándose en baja, regular, buena y muy buena presencia del factor evaluado.

La autoaceptación es una de las principales herramientas para seguir creciendo como persona, para sentir bienestar y comodidad consigo mismo. Las personas que se aceptan como son mantienen mejores relaciones positivas con los demás.

**58%** de los adultos mayores tienen **buena presencia** de la autoaceptación, pues creen firmemente en sus valores y principios y están dispuestos a defenderlos incluso frente a una fuerte opinión de los demás, la persona con una buena aceptación también tiene confianza en su habilidad para enfrentarse con problemas incluso en presencia de fracasos y golpes, por otro lado son capaces de actuar según su mejor juicio sin sentirse excesivamente culpables o arrepentirse de sus acciones si otros desapruaban

lo que ellos han hecho, suelen ser personas que se aceptan tal cual son y por tanto tienen estima ante sí mismo.

El restante **42%** cuenta con una *regular presencia* de la autoaceptación, son personas que no tienen mucha dificultad de trabajar constructivamente en sus situaciones actuales, se sientan iguales a otros como personas, ni superiores ni inferiores, independientemente de las diferencias en habilidades específicas, antecedentes familiares o actitudes hacia ellos. Del mismo modo tienden a ser sensibles a las necesidades de otros, aceptando sus costumbres sociales, son personas que también sienten amor propio y no tienen mayores dificultades para desarrollar sus actividades y relacionarse con los demás.

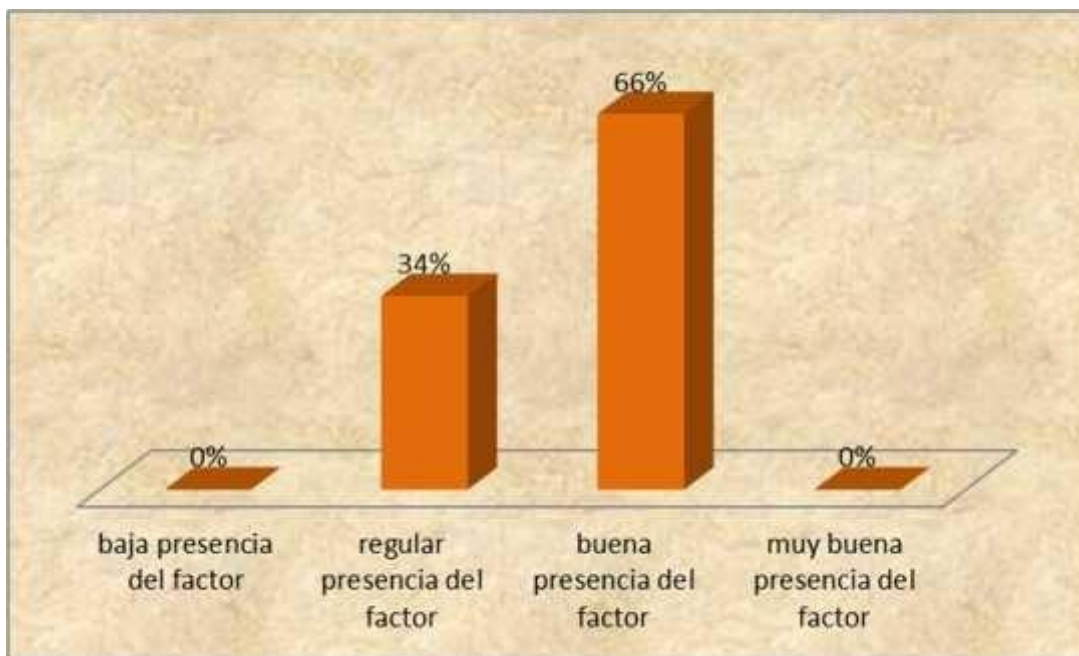
CUADRO N°2

## RELACIONES POSITIVAS CON LOS OTROS

	F.	%
baja presencia del factor evaluado	0	0%
regular presencia del factor evaluado	28	34%
buena presencia del factor evaluado	55	66%
muy buena presencia del factor evaluado	0	0%
<b>Total</b>	83	100%

GRÁFICA N°2

## RELACIONES POSITIVAS CON LOS OTROS



**66%** de los adultos mayores que residen en la ciudad de Villazón tienen *una buena presencia* de las relaciones positivas con los demás, entendiéndose que a este grupo

de personas no se les hace difícil mantener relaciones estrechas con los demás, por lo que a menudo son personas que no se sienten solos, ya que tienden a contar con amigos cercanos a quienes recurrir en todo momento; por otro lado disfrutan de tener conversaciones personales con amigos y miembros de su familia, es importante para ellos poder escuchar a las personas cercanas acerca de sus problemas cuando recurren a ellos, esto evidencia que de una u otra manera sienten que logran muchas cosas manteniendo relaciones cercanas con su entorno, dispuestos a compartir su tiempo con ellos, de tal modo que se observa que la autoaceptación implica una forma más genuina de compartir con los demás y generar una relación que satisfaga a ambas partes.

Para las personas de la tercera edad la manera más segura de evitar aislarse, de estar excesivamente centrado en uno mismo, es poderse vincular a las personas y a todo aquello que ocurre en el entorno, poder gozar de la relación con los demás es toda una garantía de salud mental: cultivar los vínculos de la familia, de las amistades, es una buena manera de sentirse vivos, de constatar que para los demás tienen un valor y una significación

Por otro lado, **34%** muestra una *regular presencia* en cuanto relaciones con los demás se refiere, tienden a tener una idea sobre lo que los demás pueden estar pensando de ellos, es decir cómo los demás los ven, en algunas oportunidades pueden sentirse un tanto aislados de su entorno, por tener un limitado grupo de amigos cercanos, con quienes compartir sus temores y experiencias. Suelen no haber experimentado muchas veces relaciones cálidas y confiables con su entorno, esto puede indicar por qué sus relaciones con los demás se ven un tanto afectadas, se debe tener en claro que si bien son personas con este tipo de características, esto no les impide mantener relaciones estrechas con su entorno, por lo que cuando se proponen logran establecer este vínculo.

## CUADRO N°3

## DOMINIO DEL AMBIENTE

	F.	%
baja presencia del factor evaluado	0	0%
regular presencia del factor evaluado	15	18%
buena presencia del factor evaluado	68	82%
muy buena presencia del factor evaluado	0	0%
<b>Total</b>	83	100%

## GRÁFICA N°3

## DOMINIO DEL AMBIENTE



Esta característica permite que la persona sienta seguridad sobre el entorno en el que se desarrolla, este entorno es en el cual se seguirá desarrollando, por tanto debe

proveer satisfacción, y la persona poseerá una sensación de control sobre el mundo y una capacidad de influir sobre el contexto que le rodea.

En tanto para dar respuesta a la presencia de este factor en los adultos mayores de la ciudad de Villazón, se tiene que **82%** se sitúa con *buena presencia* de dominio del ambiente, teniendo seguridad de la situación en la que viven, de tal modo que las exigencias de la vida cotidiana no los deprime con frecuencia, tienen una sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir en el contexto que les rodea.

En su mayoría encajan sin dificultad con su entorno social y familiar, por lo tanto también suelen ser personas capaces de manejar muchas responsabilidades de su vida diaria, dando a conocer que en el caso de los adultos mayores esto no se les hace imposible, por lo tanto no encuentran difíciles las cosas que deben hacer diariamente, cuidando sus finanzas y sus asuntos.

En el grupo de los adultos mayores el dominio del ambiente denota la habilidad que poseen ellos para distribuir y planificar bien su tiempo, de tal modo que realicen todo lo que tienen por hacer, disfrutando de un sentido de satisfacción al poder cumplir con todo, haciendo esto que también se sientan útiles e importantes dentro su medio.

En un puntaje menor, el restante **18%** tiene una *regular presencia* de dominio del ambiente, suelen tener dificultades en organizar y arreglar su vida, de manera que se ven satisfechos en comparación con aquellas personas que presentan un buen desenvolvimiento en su entorno, el esfuerzo por encontrar el tipo de relaciones y actividades que suelen necesitar no ha sido muchas veces exitoso, pero sin dejar de lado que esto les impida poder lograrlo en otras oportunidades y a lo largo de sus vidas.

Cabe destacar que muchas veces se pueden mostrar frustrados cuando no alcanzan la culminación de sus objetivos planeados, sintiéndose abrumados por sus responsabilidades.



No se debe dejar de lado que para la población anciana el dominio del ambiente es muy importante, pues conlleva una conexión entre la seguridad del medio en el que se desenvuelve y haber hecho frente a los cambios y deterioros que la etapa misma trae consigo para cada uno de ellos.

CUADRO N° 4

## CRECIMIENTO PERSONAL

	<b>F</b>	<b>%</b>
baja presencia del factor evaluado	0	0%
regular presencia del factor evaluado	25	30%
buena presencia del factor evaluado	58	70%
muy buena presencia del factor evaluado	0	0%
<b>Total</b>	83	100%

GRÁFICA N°4

## CRECIMIENTO PERSONAL



En el cuadro y grafica N° 4 se muestra los porcentajes de crecimiento personal de la población del presente trabajo de investigación.

En el **70%** existe *buena presencia* de crecimiento personal, este grupo de adultos mayores ha encontrado, en cierta medida, un equilibrio entre las necesidades y la satisfacción, es decir han logrado jerarquizar sus necesidades y por lo tanto equilibrarlas entre sus necesidades y las necesidades de los demás, son personas a quienes les interesa aun expandir sus horizontes y adquirir nuevos conocimientos, pues sienten que nunca es tarde para hacerlo.

Experimentan un estado de satisfacción y sabiduría que permite evaluar su vida, partiendo de sus experiencias propias, meditan sobre los cambios alcanzados a lo largo del tiempo, la posibilidad de relacionarse con los demás y sobre todo aceptando el proceso de envejecimiento como parte del ciclo vital, así mismo se encuentran satisfechos al ver cómo sus perspectivas han cambiado y madurado a través del tiempo.

Finalmente, **30%** presenta un crecimiento personal en grado *regular*, si bien poseen características un tanto similares como las descritas en líneas anteriores, esto posiblemente se deba a la forma particular de cada adulto mayor para sentirse bien o no en el momento de evaluar las experiencias vividas consigo mismo y con los demás, implicando aspectos singulares de cada ser humano y del proceso de vida alcanzado; por otro lado, suelen ser personas, para quienes ya no es una necesidad el adquirir nuevas experiencias y conocimientos, manejando el dicho “no se puede enseñar nuevos trucos a un perro viejo”, dejando así de lado realizar cambios importantes en su estilo de vida y roles desempeñados.

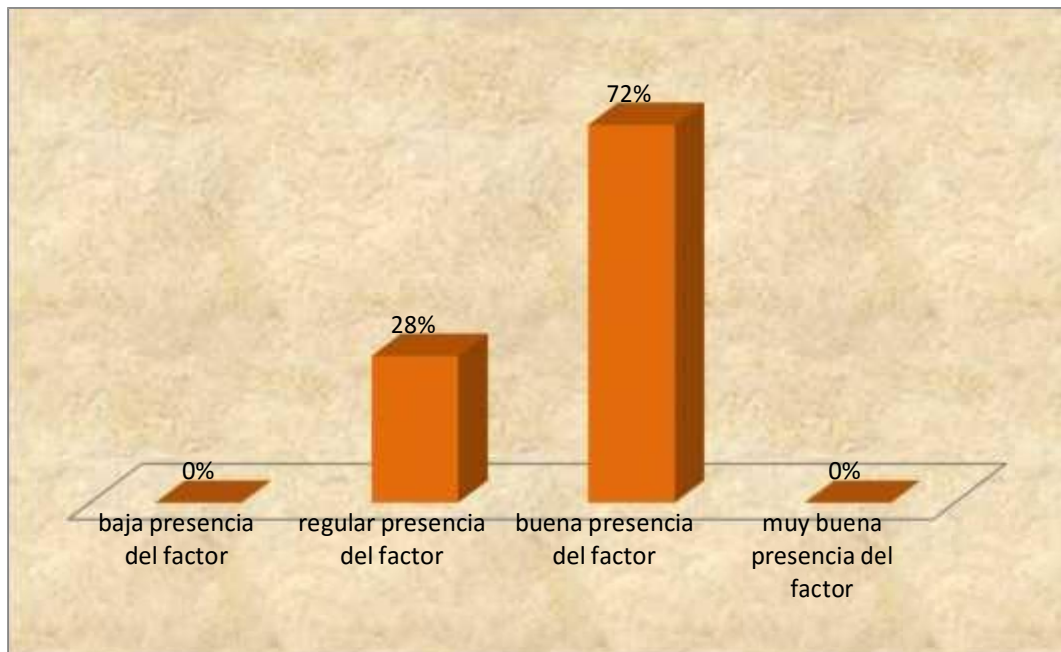
## CUADRO N° 5

## PROPÓSITO DE VIDA

	<b>F</b>	<b>%</b>
baja presencia del factor evaluado	0	0%
regular presencia del factor evaluado	23	28%
buena presencia del factor evaluado	60	72%
muy buena presencia del factor evaluado	0	0%
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>

## GRÁFICA N°5

## PROPÓSITO DE VIDA



Carol Riff indica, que el término propósito de vida señala a una persona que cuando ha logrado aceptarse tal como es, podrá mirarse al interior y encontrar el sentido o

propósito de su vida. Significa que cada vez avanzará más y crecerá, considerando que el crecimiento es gradual.

En el cuadro y gráfica arriba expuestos, **72%** de los adultos mayores que residen en la ciudad de Villazón presentan *buena presencia* de lo que es propósito de vida, sienten conformidad con lo realizado en el pasado y lo que esperan hacer en el futuro, esto quiere decir que tienen sentido de dirección y propósito de vida, son personas que disfrutan en general de sus actividades diarias, brindándoles la importancia necesaria para desarrollarlas, por otro lado cuentan con una idea de lo que desean alcanzar en un futuro y trabajan para lograrlo.

En el caso de los adultos mayores, se habla de personas que tuvieron y mantienen una idea bastante clara de lo que desean obtener de la vida y en gran medida tienen la idea de haber hecho todo lo que se puede hacer en la vida, llegando al punto de experimentar satisfacción por esto y brindando el valor que su vida representa, logrando mediante un análisis profundo apreciar que las metas alcanzadas fueron más satisfacciones y logros, que las veces que estas fueron frustradas.

**28%** de los adultos mayores presentan un propósito de vida en un grado *regular*, siendo este un porcentaje bajo, responde a personas que en esta etapa de su vida viven el día a día y ya su prioridad no es pensar en el futuro, en tanto su sentido de dirección si bien se encuentra presente, ya no tiende a ser una prioridad en su vida, esto puede deberse a que antes solían ponerse metas en la vida, pero ahora eso parece ser una pérdida de tiempo, sin dejar de lado mencionar que si bien sus ideales no son los mismos, o el simple hecho de ya no plantearse metas en su vida, no se habla de personas a las cuales este resultado represente un problema mayor para su normal desenvolvimiento a nivel personal y social.

## CUADRO N°6

## AUTONOMÍA

	<b>F</b>	<b>%</b>
baja presencia del factor evaluado	0	0%
regular presencia del factor evaluado	25	30%
buena presencia del factor evaluado	58	70%
muy buena presencia del factor evaluado	0	0%
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>

## GRÁFICA N°6

## AUTONOMÍA



Finalmente, estos últimos cuadros y gráficas explican el primer objetivo referente al bienestar psicológico de los adultos mayores que residen en la ciudad de Villazón, habla del grado de autonomía presente en los mismos.

Según Carol D. Ryff, la autonomía es la regulación de la conducta a partir de los propios criterios, con un funcionamiento auto-determinado y resistente a la aprobación o desaprobación de los demás. Las personas con autonomía no se dejan llevar por los miedos y creencias de las masas y consiguen tener un sentido de libertad en sus comportamientos.

Así se muestra que **70%** de los adultos mayores cuentan con una *buena presencia* de autonomía, lo que indica que toman decisiones, en su mayoría, sin recurrir a la ayuda de los demás, no tienen la necesidad de cambiar su forma de actuar y pensar para parecerse a los demás, suelen no tener miedo de expresar sus opiniones, sentimientos aun cuando vayan en contra de la mayoría de las opiniones; se tiene claro cuáles son sus necesidades y deseos; la voluntad de alcanzarlos, el reconocimiento de los deseos, necesidades y voluntad ajena, permitiendo a la persona ser como es, alcanzando la seguridad para el libre desenvolvimiento, dejando de lado la preocupación de lo que piensan de uno los demás.

Por tanto, tener una buena autonomía permite que las decisiones no sean influenciadas por los demás y ejercitar la libre elección de los actos, sobreponer siempre ante las situaciones los principios de la propia persona.

Por otro lado, se observa que el restante **30%** indica una *regular* autonomía, que si bien no está alejado de lo descrito en líneas anteriores, es una característica que en situaciones que se tornan un tanto difíciles tienden a dejarse influenciar por personas con opiniones firmes, así también agrega importancia muchas veces a como la gente tiende a evaluar sus decisiones.

La autonomía, como ejercicio de la plena voluntad requiere la plenitud de sus facultades y no puede entenderse como un todo o nada. Al igual que los niños y

adolescentes se van haciendo más autónomos a medida de que crecen y maduran, los adultos mayores van perdiendo gradualmente su autonomía. No se trata de infantilizar al adulto mayor y reemplazarlo de plano en sus decisiones, sino ayudarlo a decidir en la medida de su capacidad parcial.

Una vez conocidos los datos alcanzados en las distintas dimensiones, las cuales forman parte de bienestar psicológico de los adultos mayores que residen en la ciudad de Villazón y tras su posterior análisis, podemos resaltar entre los porcentajes más significativos que:

- En cuanto a la primera dimensión 58% de los adultos mayores presenta buena *autoaceptación*, entendiéndose que suelen ser personas en las cuales existen buena aceptación de sí mismos.
- 66% mantiene buena presencia de la segunda dimensión que menciona las *relaciones positivas con los otros*, ya que son un grupo de personas a los cuales no se les hace difícil mantener relaciones estrechas con los demás.
- Correspondiente a la tercera dimensión que forma parte del bienestar psicológico, un porcentaje elevado, 82% de los adultos mayores tienen buena presencia de *dominio del ambiente*, teniendo una sensación de control y seguridad ante situaciones en las que viven.
- 70% tiene buena presencia respecto al *crecimiento personal*, habiendo jerarquizado sus necesidades y la de los demás.
- En cuanto a *propósito de vida* se refiere, 72% sitúa como buena la presencia de esta dimensión, ya que poseen una idea bastante clara de lo que obtuvieron y desean obtener de la vida.
- Por último, con un porcentaje elevado equivalente a 70%, los adultos mayores tienen buena presencia de la *autonomía*, siendo personas que en la mayoría de los casos suelen tomar decisiones sin necesidad de recurrir a los demás, por lo tanto no tienden a cambiar de parecer ante los demás.

Los datos recabados y el respectivo análisis de los mismos, de manera general, permite conocer que los adultos mayores que residen en la ciudad de Villazón poseen un buen bienestar psicológico, entendiendo el estado de satisfacción de los adultos mayores, permitiendo contemplar la capacidad de aceptarse conociendo las diferentes limitaciones que pueden tener; de igual manera, logran integrar los aspectos relacionales que influyen en el nivel de satisfacción a través de la interacción con los otros, evaluando el crecimiento personal que han logrado a lo largo de sus vidas, integrando así su proyección como personas y verificando el nivel de autonomía que estas personas poseen.

## **5.2. SEGUNDO OBJETIVO.**

- Conocer la calidad de vida de los adultos mayores

Para Garduño Estrada (2003), “La calidad de vida es un concepto complejo compuesto, por un lado, por las 201 cantidades de sustento y por el otro, es un sentimiento de felicidad o tristeza, expectativas desmedidas o aumentadas, alta o baja moral; ambos se dan a partir de la interacción de todos los recursos disponibles con los intereses y valores particulares de un ambiente social. También indica que la calidad de vida implica una evaluación cognitiva expresada como un juicio que incluye la satisfacción, la importancia, las expectativas disminuidas o aumentadas sobre una variedad de dimensiones y significados relevantes identificados por el propio sujeto”.

Con el fin de responder al objetivo referido a la calidad de vida, propuesta en el presente trabajo de investigación, se analizarán y desarrollarán ocho dimensiones que se valoran independientemente y dan paso a explicar la vida cotidiana de las personas, entre las que se toman en cuenta: la salud general, funcionamiento físico, limitaciones por problemas físicos, dolor corporal, funcionamiento o rol social, salud mental, limitaciones por problemas emocionales, vitalidad y percepción general de la salud, todas situadas en un rango que va desde, mala, regular, buena y excelente.



## CUADRO N°1

## SALUD GENERAL

	F.	%
MALA	8	10%
REGULAR	47	56%
BUENA	25	30%
EXCELENTE	3	4%
<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>

## GRÁFICA N°1

## SALUD GENERAL



Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la **salud** es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar, tanto a nivel físico como a nivel mental y social. Es decir, el concepto de salud no solo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones, sino que va más allá de eso. En otras palabras, la idea de

salud puede ser explicada como el grado de eficiencia del metabolismo y las funciones de un ser vivo a escala micro (celular) y macro (social).

El estilo de vida, o sea el tipo de hábitos y costumbres que posee una persona, puede ser beneficioso para la salud, pero también puede llegar a dañarla o a influir de modo negativo sobre ella.

Con el fin de dar a conocer la salud, tomada en forma general, de los adultos mayores, en base a los datos obtenidos se tiene que:

**56%** de los adultos mayores presenta una *regular* salud general, entendiendo que su salud no es del todo buena, pero tampoco deficiente, se encuentran presentes algunos problemas físicos y emocionales que impiden que la persona se desarrolle en plenitud; al inicio de la edad adulta, las pérdidas físicas por lo regular son tan pequeñas y tan graduales que apenas se advierten, con la edad, las diferencias individuales se incrementan, siendo uno de estos los considerados achaques propios de la edad, dolores musculares leves, entumecimientos, sentimientos de tristeza a consecuencia de pérdidas materiales o personales.

Por otro lado se observa que **30%** tiene *buena* salud general con un puntaje menor, **4%** tiene *muy buena presencia* de la salud general, indicando que los adultos mayores tienen salud física y mental estable y en equilibrio, no tienen la sensación de enfermarse más de lo habitual, o más veces en comparación de los demás, experimentan muy pocos problemas físicos y emocionales, con periodos largo entre la aparición de alguno de ellos.

Finalmente se observa **10%**, porcentaje que no deja de ser relevante, tiene *baja presencia* de la salud general, indicando problemas físicos serios, presencia de dolor corporal en un grado agudo y a veces crónico, así mismo experimenta sentimientos de tristeza, soledad y apatía.

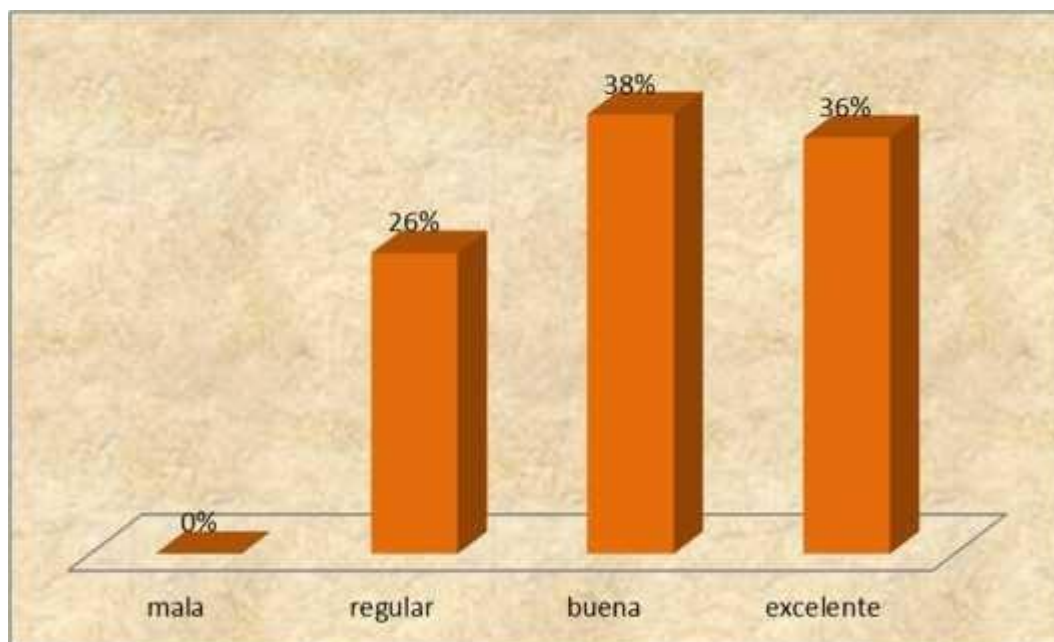
CUADRO N° 2

## FUNCIÓN FÍSICA

	<b>F</b>	<b>%</b>
Mala	0	0%
Regular	22	26%
Buena	31	38%
Excelente	30	36%
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>

GRÁFICA N° 2

## FUNCIÓN FÍSICA



En el cuadro y grafica N°2 se observa el funcionamiento físico de los adultos mayores que residen en la ciudad de Villazón, esto tiene que ver con el grado en el que la falta de salud limita las actividades de la vida diaria.

Se observa que **38%** presenta *buena* función física, no alejado de este resultado, **36%** posee una *excelente* función física, lo que indica que su salud actual no es un limitante para realizar esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, así tampoco se les limita realizar esfuerzos moderados, como mover sillas, caminar más de una hora, por lo tanto pueden realizar actividades propias de su vida diaria, cuidado y aseo personal, caminar, realizar compras, limpieza del hogar.

**26%** indican *regular* función física, es decir se habla de una disminución en la salud física, lo que disminuye un normal rendimiento de actividades diarias, se les limita un poco poder caminar varias cuadras, se les dificulta agacharse o arrodillarse, así también realizar esfuerzos moderados y con más razón los intensos, debido a dolores musculares, disminución de la fuerza y rapidez para realizar actividades físicas, inflamación y dolor.

CUADRO N°3

## ROL FÍSICO

	<b>F</b>	<b>%</b>
Mala	9	11%
Regular	19	23%
Buena	10	12%
Excelente	45	54%
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>

GRÁFICA N°3

## ROL FÍSICO



En el cuadro y gráfica N° 3 se observa el nivel de rol físico que presentan los adultos mayores de la ciudad de Villazón, indicando el grado en el que la ausencia de salud, interfiere en el trabajo y el diario vivir, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado.

Se observa que **54%** de las personas sitúan su rol físico como *excelente*, lo que indica la ausencia de problemas de salud que se tornen restrictivos, ayudando a su normal desenvolvimiento, sin tener que disminuir el tiempo dedicado a su trabajo y actividades cotidianas y mucho menos dejarlas de hacer.

Pese a lo que se suele pensar, la salud de las personas de esta edad es bastante buena, 68 % de la población de adultos mayores está sano y solo 5% se encuentra en un estado de invalidez o postración, el resto tienen ciertas enfermedades o limitaciones, pero siguen siendo autovalentes. (Araneda, 1995)

Por otro lado, **23%** tiene un rol físico *regular*, lo cual indica que si bien no presentan problemas de salud que impiden realizar sus actividades, muchas veces se ven obligados a disminuir el tiempo que le brindan a estas, haciendo menos de lo que desearían hacer, la marcha se torna insegura y lenta, se pierde el equilibrio con facilidad, el deterioro de las articulaciones puede llevar a inflamación, dolor, rigidez y deformidades.

**12%** tiene un rol físico *bueno*, indicando esto que existe algunos problemas de salud, los cuales no son de manera permanente ni mucho menos restrictivos, por lo cual el adulto mayor puede desarrollar sus distintas actividades, sin mayores inconvenientes.

Finalmente, se observa que **11%** tiene *mala presencia* de rol físico, los huesos se vuelven más frágiles y se pueden romper con más facilidad, las personas mayores presentan procesos agudos como caídas, fracturas, inflamación. Pueden tener pérdidas sensitivas visión, audición, dolores, limitaciones de movilidad, lo que les obliga a dejar de realizar tareas y actividades cotidianas.

Considerando la revisión literaria realizada, se puede fundamentar con aportes científicos, cómo el cuerpo se deteriora progresivamente, afectando toda su condición

general, llevándolo a una restricción en la participación de los roles que usualmente desarrolla el individuo.

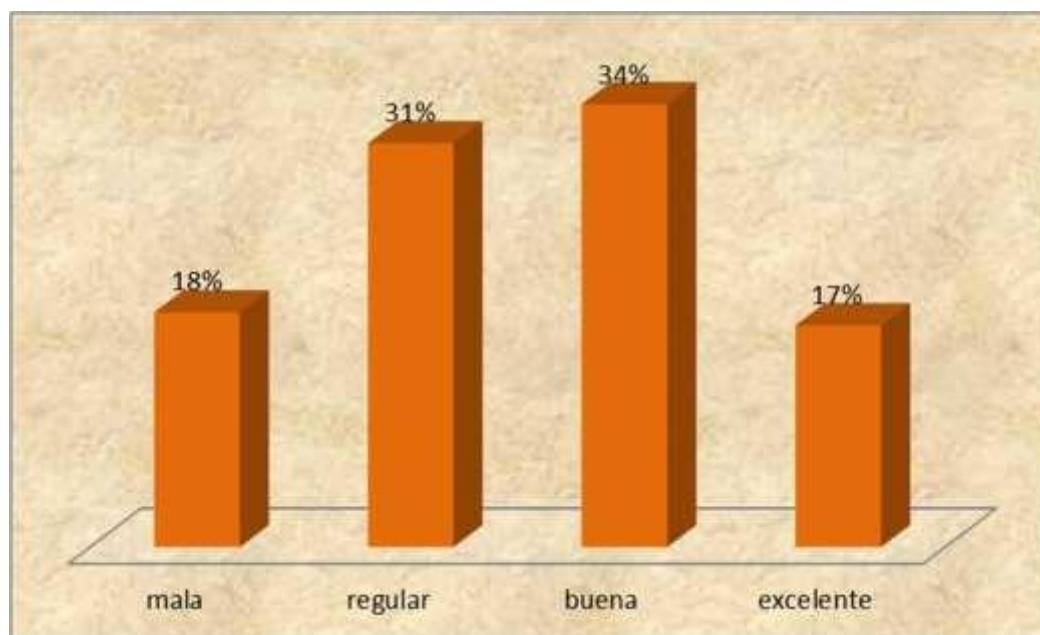
#### CUADRO N°4

##### ROL EMOCIONAL

	<b>F</b>	<b>%</b>
Mala	15	18%
Regular	26	31%
Buena	28	34%
Excelente	14	17%
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>

#### GRÁFICA N° 4

##### ROL EMOCIONAL



Lamentablemente, el proceso de envejecimiento no es siempre tan idílico. Acontecimientos de la tercera edad como, por ejemplo, los trastornos médicos crónicos y debilitantes, la pérdida de amigos y seres queridos y la incapacidad para participar en actividades que antes disfrutaba, pueden resultar una carga muy pesada para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo

Dando paso a los porcentajes del cuadro y grafica arriba expuestos, se puede observar que **34%** tiene *buena presencia* del rol emocional, seguido a este resultado, se encuentra también **31%** que tiene *regular presencia* del rol emocional, esto se explica por que estas personas no se ven impedidas de realizar distintas actividades, mantienen un buen nivel de fuerza, actividad y funcionalidad y no se ve afectada su salud mental con sentimientos negativos, soledad y tristeza.

**18%** de los adultos mayores tiene un *rol emocional malo*, una persona de edad avanzada puede experimentar una pérdida de control sobre su vida, debido a varios factores físicos y sociales, problemas con la vista, pérdida de la audición, disminución de prácticas diarias como leer, coser, hacer compras, cocinar presiones externas como, por ejemplo, recursos financieros limitados. Estos y otros asuntos suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía.

Llama la atención que **17%** de los adultos mayores tienen *excelente* rol emocional, características contrarias a las expuestas en líneas anteriores, si bien existen varios cambios físicos, sociales y emocionales, estos no son un impedimento para que la persona logre desarrollarse en su medio, ni mucho menos que tenga que acortar el tiempo dedicado a sus labores o tener que dejar de hacerlas, se habla de personas que han logrado asumir como positivos los cambios experimentados en su vejez, dejando de lado sentimientos de tristeza, más al contrario viendo una nueva oportunidad de vivir y realizar actividades postergadas por distintos factores.



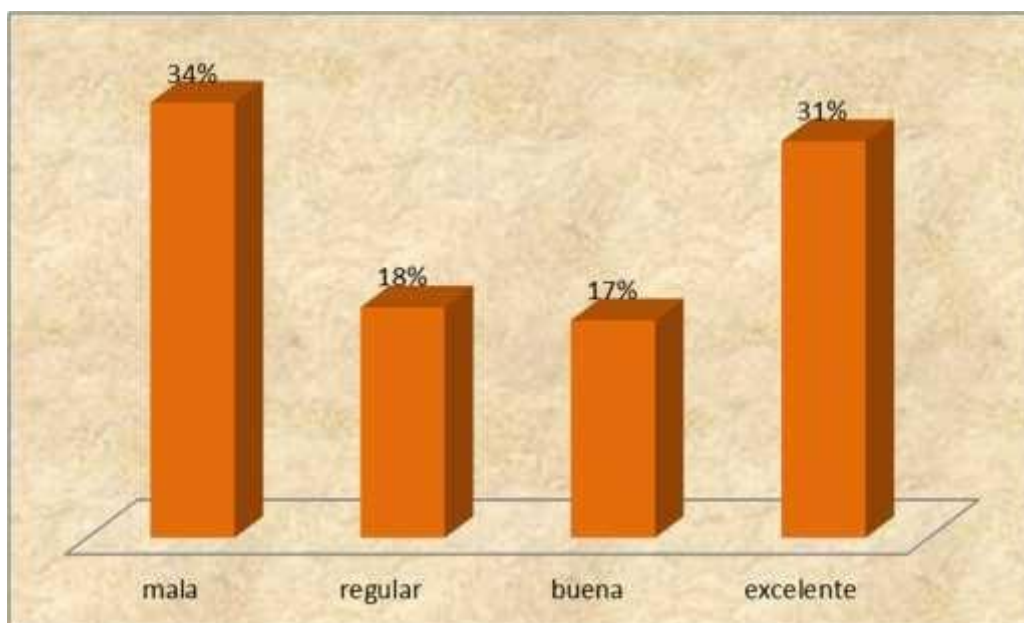
CUADRO N° 5

## FUNCIÓN SOCIAL

	<b>F</b>	<b>%</b>
Mala	28	34%
Regular	15	18%
Buena	14	17%
Excelente	26	31%
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>

GRÁFICA N° 5

## FUNCIÓN SOCIAL



En el cuadro y gráfica N°5, perteneciente al presente trabajo de investigación se observa la función social de los adultos mayores, indicando que:

**34%** tiene una *mala* función social, lo cual indica que existen problemas físicos y también emocionales que interfieren en la vida social de los adultos mayores, las actividades con amigos y familiares se ven afectadas, dificultando el simple hecho de participar en reuniones familiares o visitar a algún amigo. Como se menciona en varios apartados de esta investigación, los adultos mayores experimentan deterioro físico y emocional, dolor agudo, inflamación, rigidez en los músculos y articulaciones, lo cual es causante de aislamiento, soledad, desánimo y algunas veces depresión.

Así mismo se observa que **31%** cursa una *excelente* función social, lo cual indica que pese a dolores físicos y problemas emocionales, son personas que disfrutan compartir con amigos y familiares, participando en actividades sociales, religiosas y demás, esto puede deberse a que si bien problemas de salud propios de la edad se encuentran presentes en distintas intensidades, no impiden la necesidad que tiene la persona de compartir con los demás sus experiencias, vivencias y sentimientos.

**18%** de los adultos mayores tiene una función social *regular*, no alejado de este resultado, **17%** presenta una *buen*a función social, lo cual puede deberse a que si bien existe deterioro físico en los adultos mayores, la relación con los demás no es del todo restringida, siendo una persona que mantiene relaciones sociales buenas y se desenvuelve en su medio.

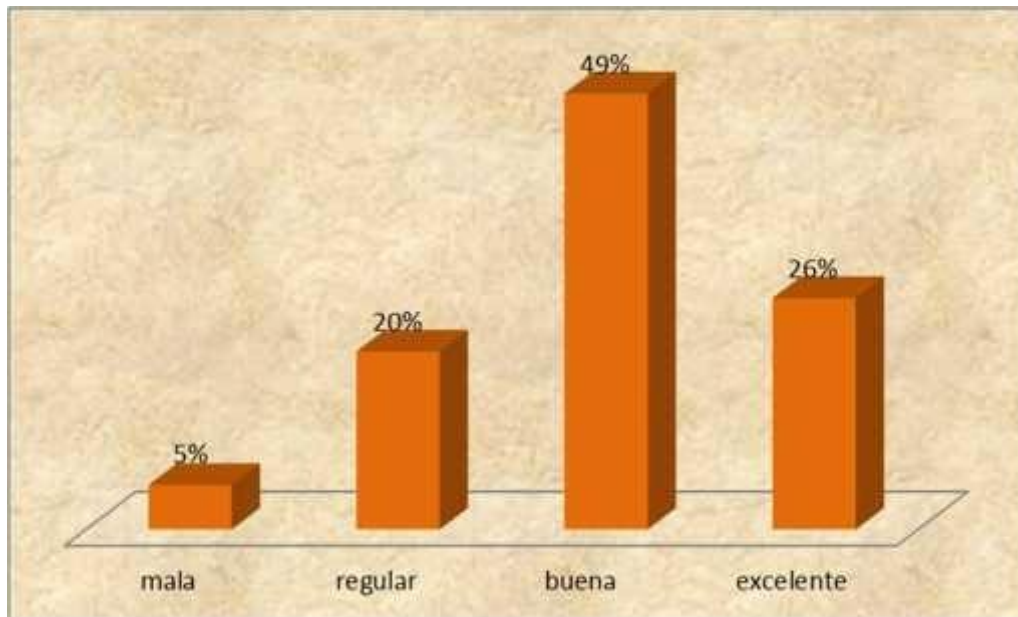
CUADRO N°6

## DOLOR CORPORAL

	<b>F</b>	<b>%</b>
Mala	4	5%
Regular	17	20%
Buena	41	49%
Excelente	21	26%
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>

GRÁFICA N°6

## DOLOR CORPORAL



El dolor es una queja común en los ancianos que a menudo es tratada inadecuadamente, el dolor no es una parte normal del envejecimiento, y puede ser un signo de que algo está mal. Algunas veces no hay una causa evidente o exacta del dolor, el manejo del dolor es una parte importante de su atención médica

Para dar paso a la interpretación del dolor corporal que sufren los adultos mayores que residen en la ciudad de Villazón, se debe indicar que en el presente cuadro y gráfica expuestos, el término *excelente* se refiere a la inexistencia de dolor corporal en estas personas, así mismo el término *mala* refiere a la presencia de dolor corporal, una vez aclarado esto, se procede a indicar los porcentajes:

**49%** de los adultos mayores tienen *buena presencia* del dolor corporal, entendiéndose que experimentan dolores no intensos, el dolor aparece de repente y no dura mucho tiempo, lo que no dificulta el trabajo habitual y las actividades del hogar, es importante mencionar que este tipo de dolores no se presenta con frecuencia.

**26%** señala dolor corporal *excelente*, lo cual significa que no presentan dolores físicos de tipo agudo o crónico, siendo un indicativo de buena salud, equilibrada y balanceada, esto puede deberse a que son personas con una dieta que da respuesta a sus necesidades, así mismo a personas que practican algunas actividades físicas que van en pro del mantenimiento de una buena salud corporal.

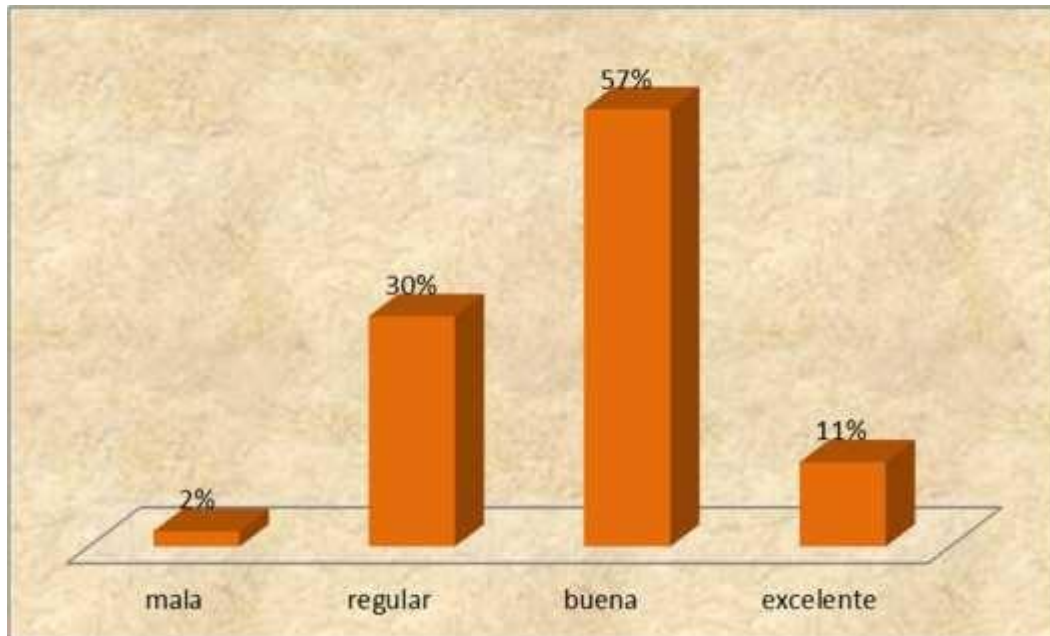
Se observa que **20%** tiene *regular presencia* de dolor en sus cuerpos, provocado por una enfermedad o una lesión, el dolor agudo generalmente desaparece conforme el cuerpo sana, al experimentar este dolor puede con frecuencia sentirse triste, deprimido, desesperado, agresivo o enojado, lo que va a influir de una u otra manera en que las actividades que está acostumbrado a realizar se vean influenciada por esto, que el rendimiento se vea afectado, por dolores tratables y que las consecuencias negativas no duren por mucho tiempo, volviendo a permitir el desarrollo de su vida y actividades.

Finalmente, **5%** de la población sitúa su dolor corporal como *malo*, esto se entiende como la presencia de dolores crónicos, los cuales pueden durar meses o años. Indudablemente esto se refleja no solo en los roles que desempeña sino también en el estado de ánimo que establece, siendo en su mayoría el dolor un impedimento para

poder desarrollarse en todo sentido, generando falta de apetito o cambios en los hábitos de sueño, impaciencia y mal humor.

**CUADRO N°7****VITALIDAD**

	<b>F</b>	<b>%</b>
Mala	2	2%
Regular	25	30%
Buena	47	57%
Excelente	9	11%
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICA N°7****VITALIDAD**

Se entiende por vitalidad, la eficacia en la vida para realizar alguna actividad, una persona con vitalidad es la que goza de buena salud por defecto y tiene un cuerpo sano. La vitalidad permite correr, saltar, reír, jugar y no parar, por lo tanto se hace referencia al sentimiento de sentirse vivo, con un nivel alto de energía y entusiasmo.

Con la finalidad de presentar el tema referido a la vitalidad en el presente trabajo de investigación y de acuerdo a los datos obtenidos se tiene:

Con un porcentaje significativo ante los demás resultados, **57%** de los adultos mayores que residen en la ciudad de Villazón, tienen **buena** vitalidad, lo que indica la presencia de entusiasmo, energía en las actividades que desarrollan, son personas que experimentan este sentimiento la mayor parte del tiempo, pocas veces se muestran agotados, por lo tanto, el cansancio también es menor.

**30%** refiere a un **regular** grado de vitalidad, su energía muchas veces es desplazada por sensación de agotamiento y también cansancio. Les cuesta un poco tomar la iniciativa en actividades diarias; es decir experimentan falta de motivación, aletargo y aburrimiento. Por otro lado, también debilidad corporal general, dolor muscular, pérdida del apetito, palidez, disminución de las defensas, bajo rendimiento físico, etc.

**11%** indica **excelente** vitalidad, pese a ser un porcentaje mínimo, es importante mencionarlo, se encuentran contentos constantemente con lo que hacen, no cuentan con vulnerabilidad emocional, más al contrario demuestran seguridad, acompañada de la sensación de sentirse amados, queridos, respetados, tomados en cuenta, muestran mucha energía y empeño en las labores que se proponen.

Finalmente, **2%** indica **mala** vitalidad, si bien este porcentaje no es representativo, se deben tomar en cuenta las características que presenta, como sensación de aturdimiento, mareo, depresión, desánimo, falta de optimismo, vulnerabilidad emocional, ataques de llanto, fatiga que lleva a la extenuación, limita la actividad e impacta emocional y socialmente.

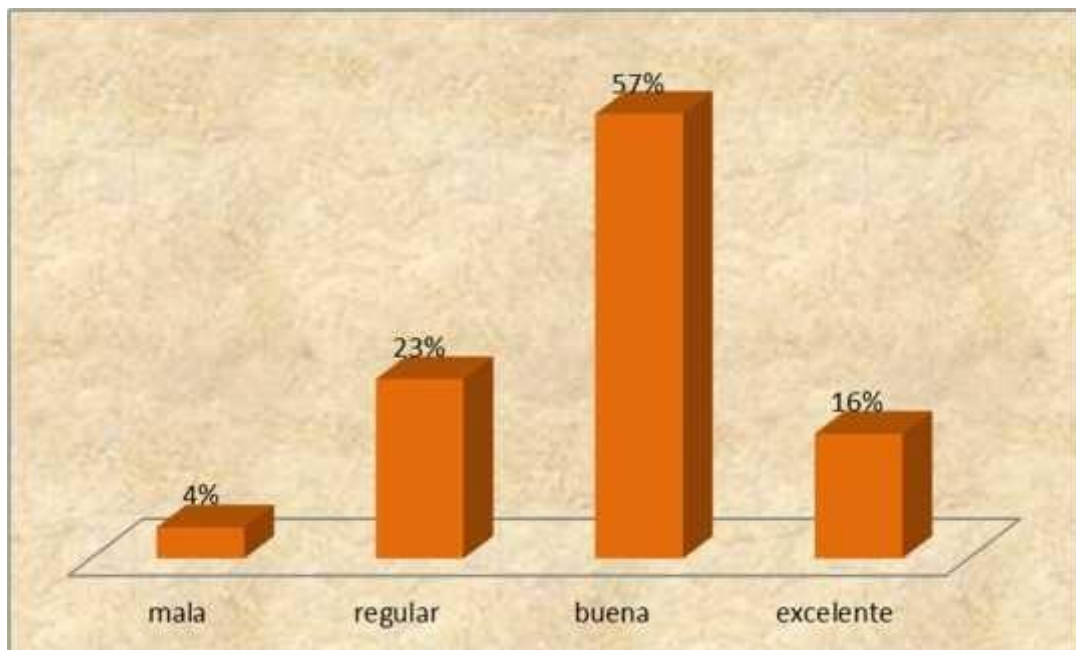
## CUADRO N°8

## SALUD MENTAL

	<b>F</b>	<b>%</b>
Mala	3	4%
Regular	19	23%
Buena	48	57%
Excelente	13	16%
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>

## GRÁFICA N° 8

## SALUD MENTAL



Finalmente el cuadro y grafica N°8, hablan de la salud mental que poseen los adultos mayores. La salud mental es un sentimiento de bienestar emocional, producto de la relación equilibrada entre la realidad interna y externa del individuo, manifestada por un buen ajuste en la vida, con relaciones objetivas y productivas, así como

estabilidad y congruencia. Por supuesto no todos pueden alcanzar este nivel de salud mental.

**57%** de los adultos mayores tienen *buena* salud mental, encontrándose satisfechos de su vida, es importante mencionar que la salud mental del anciano depende de la satisfacción de las siguientes necesidades: casa segura, protección a su salud física, compañía, atención, respeto, afecto, tener una ocupación, responsabilidades, sentirse útil, apoyo psicológico y/o religioso. Por lo tanto, casi siempre se sienten calmados y tranquilos ante las situaciones de la vida diaria, dejando de lado la tristeza y el desánimo, sintiéndose feliz la mayor parte del tiempo.

**23%** de las personas tienen salud mental *regular*, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad, todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia, sin olvidar que en la mayoría este nivel de salud mental puede llegar a ser buena, dependiendo del apoyo que reciben de su entorno y de sus familiares y sobre todo la estabilidad que estos le brindan.

**16%** de los adultos mayores tiene *excelente* salud mental, lo cual indica que son personas siempre tranquilas y calmadas, estando ausente en ellos la depresión y la demencia, al contrario se sienten animados y felices, encontrándose satisfechos con todo lo conseguido, así mismo cabe mencionar que existe en ellos un equilibrio entre el buen funcionamiento físico y emocional.

Por último, **4%** de los adultos mayores tienen *mala* salud mental, las personas no tienen esperanzas y se sienten deprimidas, la salud mental de los adultos mayores, está determinada por aspectos de su historia como las limitaciones en el estilo de vida, la muerte de personas significativas, pérdida de bienes y estatus, la pobreza y



aislamiento son factores de riesgo, encontrándose la mayor parte del tiempo muy nerviosas y tristes.

Observados los resultados, a través del análisis realizado para conocer la Calidad de vida que poseen los adultos mayores, se evidencia, mediante los resultados más representativos lo siguiente:

- 56% de los adultos mayores posee una *regular* presencia de salud mental, lo cual da a conocer que su salud no es del todo buena, pero tampoco deficiente.
- 38% sitúa como *buena* la función física existente en ellos, lo que quiere decir que los problemas físicos presentes no son limitantes para realizar actividades propias de su vida diaria, si bien este porcentaje no es lo suficientemente representativo ante los demás resultados, no deja de ser relevante.
- 54%, este dato es el más elevado del tercer cuadro y gráfica, señala como *excelente* el rol físico de los adultos mayores, lo que indica la ausencia de problemas de salud restrictivos.
- 34% tiene *buena* presencia del rol emocional, en ellos no se ve afectada su salud mental con sentimientos negativos tales como la tristeza.
- 34% tiene *mala* función social, en ellos existen algunos problemas físicos y emocionales que entorpecen su vida social.
- En cuanto al dolor corporal, 49% de los adultos mayores lo señala como *bueno*, sin olvidar que se habla de la ausencia de dolor, entendiéndose que si bien presentan dolores físicos, estos no son intensos.
- En cuanto a la vitalidad, 57% indica como *buena* presencia de la misma, lo cual se entiende como entusiasmo y energía para realizar actividades gran parte del tiempo.
- Por último, 57% presenta *buena* salud mental, experimentando una sensación de tranquilidad, felicidad, gran parte del tiempo.

El desarrollo del análisis de las ocho dimensiones expuesta anteriormente en cuadros y gráficas, permite conocer el nivel de calidad de vida de los adultos mayores que forman parte del presente trabajo de investigación, partiendo de la concepción de Velandia(1994), “ la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas), cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente, adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez”.

### 5.3. TERCER OBJETIVO

- Determinar la autoestima en los adultos mayores.

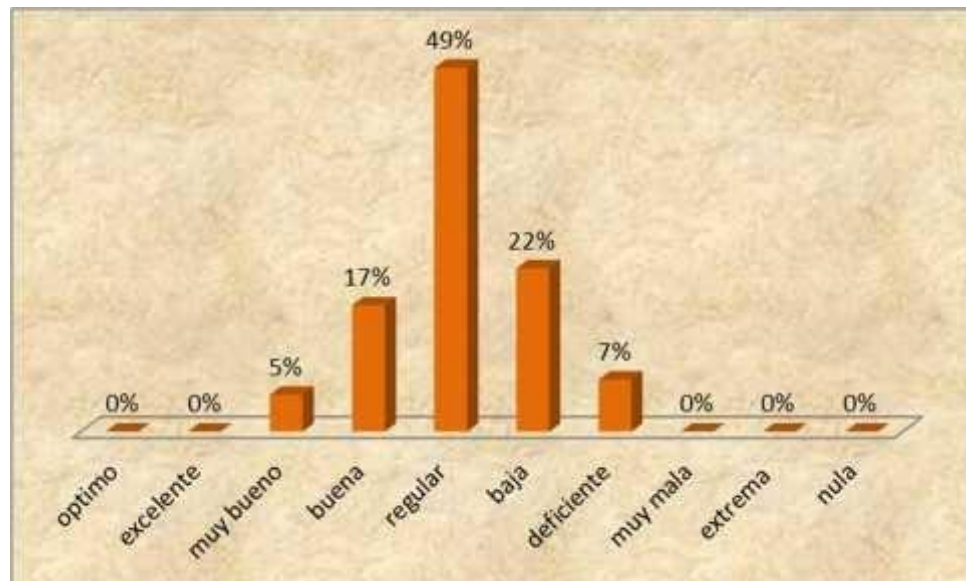
**CUADRO N°1**

**AUTOESTIMA**

	F.	%
Optimo	0	0%
Excelente	0	0%
muy buena	4	5%
Buena	14	17%
Regular	41	49%
Baja	18	22%
Deficiente	6	7%
muy buena	0	0%
Extrema	0	0%
Nula	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICA N°1**

**AUTOESTIMA**



“La autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de nosotros mismos.” (José V. Bonet, 1997)

La importancia de la autoestima estriba en que concierne a nuestro ser, a nuestra manera de ser y al sentido de nuestra valía personal. Por lo tanto, puede afectar a nuestra manera de estar, de actuar en el mundo y de relacionarnos con los demás. Nada en nuestra manera de pensar, de sentir, de decidir y de actuar escapa a la influencia de la autoestima, ya que es un sentimiento valorativo de nuestro conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que forman la personalidad.

Por lo tanto, con el fin de dar respuesta a este objetivo que señala la autoestima de los adultos mayores en el presente trabajo de investigación, los datos alcanzados arrojan los siguientes resultados:

Como mayor porcentaje se observa que **49%** presenta una *autoestima regular*, es decir que estas personas se aceptan tal cual son, existe el respeto y autovaloración hacia su persona.

Estos individuos, valorados en su mayoría, sienten confianza hacia ellos mismos, son personas capaces de pensar, sentir y enfrentar los retos que la vida les imponga, por otro lado poseen la capacidad para resolver sus problemas, son personas dispuestas a relacionarse con los demás de manera positiva.

**22%** de los adultos mayores se caracterizan por tener una *autoestima baja*, indicando que estas personas tienden a buscar personas de similares características, habitualmente sienten miedo e inseguridad, compartidos reafirman la autovaloración negativa hacia su persona, presentan también sentimientos de incapacidad y

desmerecimiento, son sujetos que intentan buscar la seguridad de ser independientes en sus actividades y decisiones.

**17%** de los adultos mayores muestran una *autoestima buena*, lo cual indica que son individuos que se sienten bien consigo mismo. Reconocen sus errores cuando se equivocan, conocen sus cualidades y tratan de sobreponerse a sus defectos, ya que en ellos existe un amor propio y aceptación elevada.

**7%** de los adultos mayores poseen una *autoestima deficiente*, pues no se sienten seguros de sí mismos, por lo tanto tienen mayor dificultad para relacionarse con los demás, ya que sienten una gran necesidad de ser aceptados por los demás ya que no se aceptan a sí mismos; por otro lado, son personas que tienen miedo de arriesgarse a fracasar, eso les lleva a aislarse de los demás, consecuentemente surge en ellos un sentimiento de inferioridad.

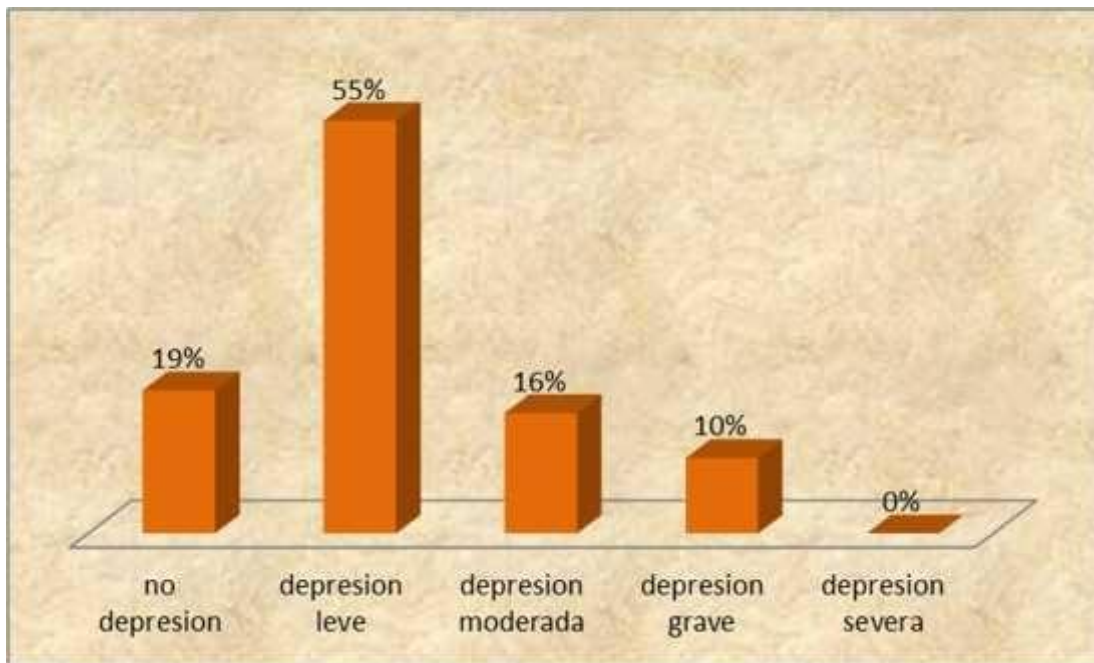
**5%** de la población anciana presenta un nivel de muy *buena autoestima*, son personas totalmente seguras de ellas mismas, capaces de tener intimidad en sus relaciones. Tienen capacidad para reconocer sus propios logros en la vida, tienen la habilidad de perdonar a los demás y también de saber admitir sus errores y sobre todo no temen a los cambios en sus vidas.

**5.4 CUARTO OBJETIVO.**

- Identificar si los adultos mayores de la ciudad de Villazón presentan depresión

**CUADRO N° 4****DEPRESIÓN**

<b>RANGOS DE DEPRESION</b>	<b>F.</b>	<b>%</b>
no depresión	16	19%
depresión leve.	45	55%
depresión moderada	13	16%
depresión grave.	8	10%
depresión severa	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICA N°4****DEPRESIÓN**

En el cuadro y gráfica N° 4 se puede observar los distintos niveles de depresión que presentan los adultos mayores que residen en la ciudad de Villazón, los cuales van desde la ausencia de depresión, depresión leve, depresión moderada, grave y depresión severa.

Se debe entender por depresión a aquel trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por un estado de tristeza, enlentecimiento físico e intelectual y falta de motivación. Se da un exceso de ideas pesimistas y de desesperanza. Se altera el sueño (insomnio), el apetito (por exceso o por defecto) y la capacidad de concentrarse.

A partir de los datos que se presentan, **55%** de los adultos mayores muestra ***depresión leve***, es decir, en ellos existe una marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, se habla también de falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

**19%** de los adultos mayores ***no presentan depresión*** esto indica que no hay sintomatología propia, como en el caso de la depresión leve, y si se presenta en algún momento no ha sido evidente durante el tiempo promedio para ser clasificada como tal.

**16%** de los adultos mayores presenta un nivel de ***depresión moderada***, esto implica humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día, por otro lado se da la pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad. Se habla también de cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso, alteraciones del sueño, de cualquier tipo, así mismo quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones, en estos

sujetos es muy probable que surjan dificultades para continuar con sus actividades cotidianas.

**10%** de los adultos mayores muestran *depresión grave*, aunque el dato es menor, pero relevante, debido a que manifiesta los síntomas más intensos; las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes.

La depresión constituye uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes de la población de la tercera edad, siendo con frecuencia variable según el contexto, si bien en todos ellos constituye un importante problema de salud. Se ha establecido que los trastornos depresivos afectan alrededor del 10% de los ancianos que viven en sus hogares, y entre el 15 y el 35% de los que viven institucionalizados.



### 5.5 QUINTO OBJETIVO

- Identificar la religiosidad en adultos mayores.

“La religiosidad es un fenómeno complejo y multidimensional, difícil de precisar de forma adecuada, que incluye la práctica de oraciones, asistir a ceremonias, construir relaciones sociales con las personas de la iglesia y usar las enseñanzas religiosas para afrontar más efectivamente los eventos estresantes de la vida”. (Krausse N, 2004).

El último objetivo del presente trabajo de investigación, trata de identificar el nivel de religiosidad de los adultos mayores que residen en la ciudad de Villazón, desarrollando, en primera instancia el factor I: creencias, prácticas religiosas y espirituales; continuando con el factor II: el apoyo social religioso que poseen, finalmente se muestra, en un tercer cuadro y gráfica, el factor I y el factor II en los adultos mayores.

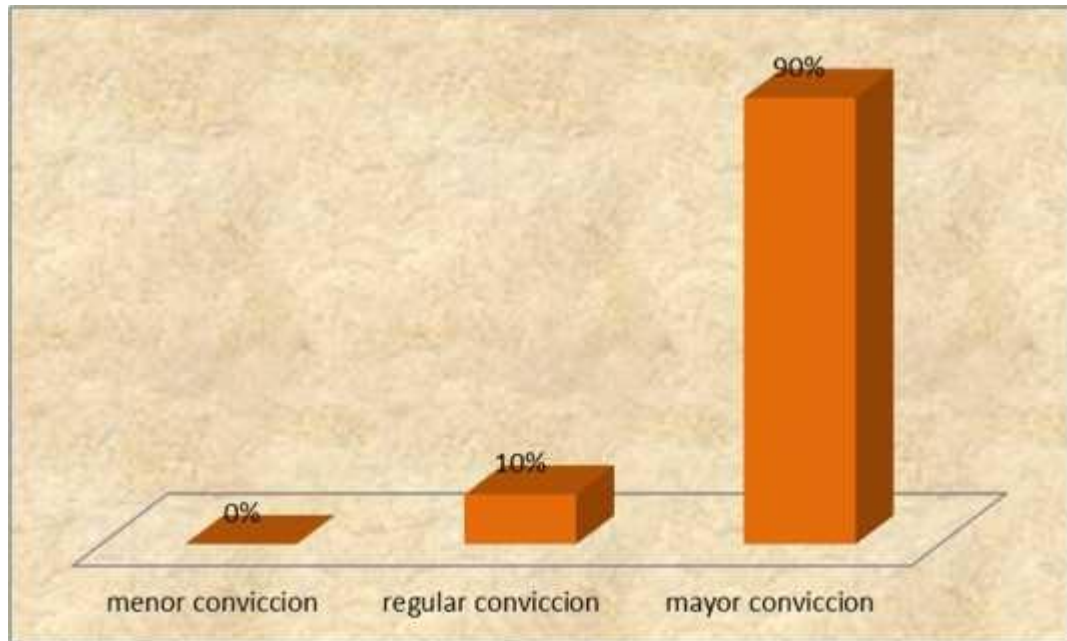
#### CUADRO N°1

##### FACTOR I: CREENCIAS Y PRÁCTICAS RELIGIOSAS Y ESPIRITUALES

	<b>F</b>	<b>%</b>
Menor convicción	0	0%
Regular convicción	8	10%
Mayor convicción	75	90%
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>

## GRÁFICA N°1

## FACTOR I: CREENCIAS Y PRÁCTICAS RELIGIOSAS Y ESPIRITUALES



En primera instancia se da paso a explicar el factor I: creencias, prácticas religiosas y espirituales en los adultos mayores, observando que **90%** de las personas poseen **mayor convicción**, situando a la religión como importante en sus vidas diarias, existe en ellos actitudes o creencias, surge la fe, demostrada en la práctica de la oración diaria y la lectura personal de los libros sagrados, por otro lado la fe y la resignación hacen que las personas utilicen la oración personal y el pagar misas a los santos y a los difuntos como una forma de encontrar consuelo y seguridad.

Es importante mencionar que en los adultos mayores, la religión se convierte en la tabla de salvación que les permite, en situación de discapacidad, sobrellevar la existencia en un contexto difícil; la fe en Dios se convierte en un recurso útil para satisfacer aquellas necesidades que, por su situación de vejez, discapacidad y pobreza, no pueden suplir.

Por tradición y herencia cultural, la mayoría se ha refugiado en la religión católica, es decir la fe en Dios, la Virgen y los santos, con la única finalidad de soportar y enfrentar la vida de constante lucha, el hecho de tener fe en Dios y buscar su apoyo les provee la energía para fortalecer sus relaciones familiares y establecer redes y mecanismos de apoyo con otras personas, como los amigos y los vecinos, con el fin de salir adelante.

Por otro lado, el restante **10%** de los adultos mayores tienen *regular convicción* en las creencias, prácticas religiosas y espirituales, en ellos, si bien existe la fe en Dios, como ser supremo que orienta y decide sobre la existencia, son personas que no han experimentado el fortalecimiento de su fe, no siempre han tenido una sensación de esperanza como resultado de creencias religiosas y espirituales, surge la ausencia de la necesidad de orar ante situaciones difíciles como prioridad para recibir algún tipo de ayuda.

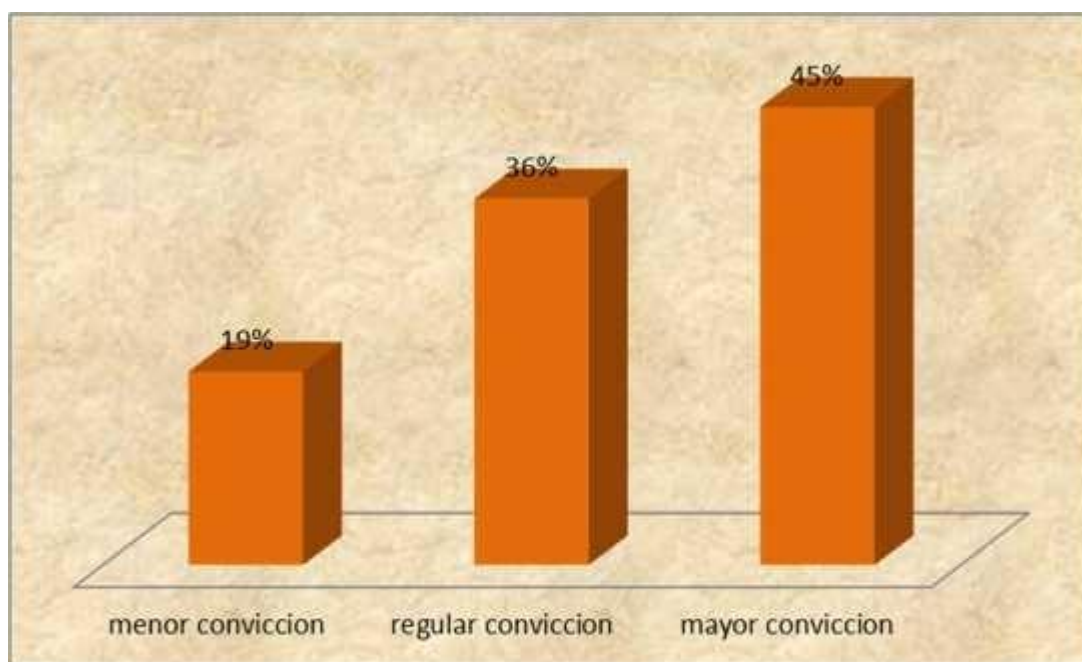
## CUADRO N°2

## FACTOR II: APOYO SOCIAL RELIGIOSO

	<b>F</b>	<b>%</b>
Menor convicción	16	19%
Regular convicción	30	36%
Mayor convicción	37	45%
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>

## GRÁFICA N°2

## FACTOR II: APOYO SOCIAL RELIGIOSO



El cuadro y gráfica N°2, hace referencia al apoyo social religioso, entendido como aquella combinación entre las relaciones sociales, las prácticas religiosas y espirituales y el poder compartir dichas prácticas y creencias con un grupo determinado dentro la sociedad.

**45%** de los adultos mayores tienen *mayor convicción* del apoyo social religioso, pertenecen en su mayoría a grupos religiosos o espirituales en los cuales comparten y profundizan sus creencias, experimentando sentimientos de satisfacción al asistir a actos religiosos propios. Suelen buscar en momentos difíciles de sus vidas ayuda u orientación, sobre cómo lidiar con sus problemas y cómo poder afrontarlos a su comunidad espiritual; otorgan una gran importancia y tiempo al hecho de pertenecer a un grupo religioso.

**36%** tienen una *regular convicción* del apoyo social religioso, quienes, si bien pueden pertenecer a alguna comunidad religiosa y adoptar creencias y prácticas religiosas, no se les hace necesario participar con su grupo religioso, en momentos difíciles, cuando se sienten solos, no siempre confían en personas que comparten creencias religiosas para buscar apoyo, así mismo existen personas que si bien participan de misas o cultos y disfrutan de asistir a los mismos, no sienten necesidad alguna de pertenecer a algún grupo particular.

Finalmente, **19%** de los adultos mayores presentan *menor convicción* del apoyo social religioso, propio de personas, que si bien poseen creencias y prácticas religiosas, no disfrutan de asistir a actos religiosos, mucho menos recurrir a personas de su entorno religioso para pedir colaboración o ayuda ante situaciones difíciles, piensan que compartir sus creencias con un grupo determinado y su entorno no es esencial en su vida.

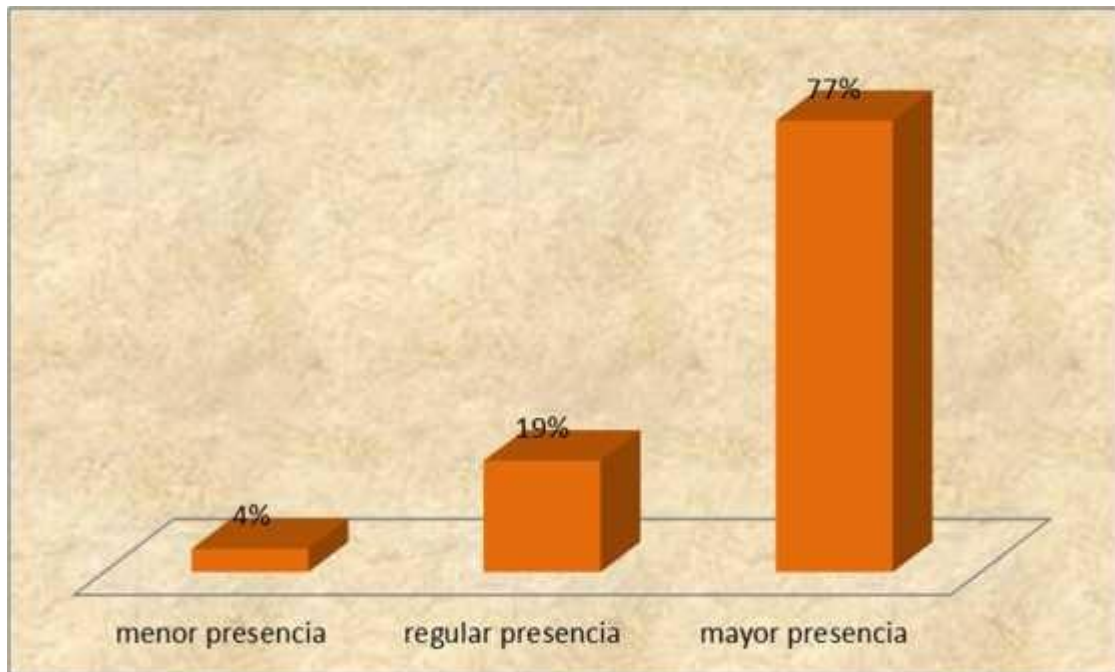
CUADRO N°3

## PRESENCIA DEL FACTOR I Y FACTOR II

	F	%
Menor presencia	3	4%
Regular presencia	16	19%
Mayor presencia	64	77%
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>

GRÁFICA N°3

## PRESENCIA DEL FACTOR I Y FACTOR II



Finalmente, se observa en el cuadro y gráfica N°3 la presencia del factor I y factor II en los adultos mayores que residen en la ciudad de Villazón, con un porcentaje elevado de **77%** tiene **mayor presencia** el factor I y factor II, así la religiosidad se

constituye en un elemento resiliente que atraviesa todas las acciones de las personas mayores en situación de discapacidad para enfrentar la adversidad, profundizar sus creencias, experimentando sentimientos de satisfacción al asistir a actos religiosos propios; del mismo modo, además de adoptar distintas prácticas religiosas y creencias, también pertenecen a grupos espirituales y se desarrollan con total conformidad en ellos, se evidencia que el factor I y factor II se hallan presentes en estas personas.

**19%** de los adultos mayores presentan de manera *regular* el factor I y factor II, denotando la presencia de creencias y prácticas religiosas y así mismo forman parte de una comunidad religiosa donde interactúan con sus creencias; a este número reducido de adultos mayores, no les es indispensable practicar creencias religiosas, al menos no a diario, así también pueden algunas veces no sentir la necesidad de asistir a sus grupos religiosos y no ven como forzoso buscar asistencia en situaciones adversas.

Un restante **4%** de los adultos mayores que residen en la ciudad de Villazón, tienen *menor presencia* de los factores I y II, lo cual significa que a este número reducido de personas, la religión no se convierte en la tabla de salvación, ni mucho menos en una necesidad, el asistir a actos religiosos donde se vean puestas en práctica las creencias religiosas.

**CAPÍTULO VI**  
**“CONCLUSIONES Y**  
**RECOMENDACIONES”**



## CAPÍTULO VI

## 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

## 6.1. Conclusiones:

Una vez aplicados los distintos instrumentos de la presente investigación y realizado el análisis, a continuación se detallan las conclusiones a las que se arribó, dando respuesta a los objetivos planteados:

- Con respecto al primer objetivo que corresponde a la identificación de las dimensiones de bienestar psicológico en los adultos mayores que residen en la ciudad de Villazón, se concluye que en ellos se hallan presentes las seis dimensiones predominando la *buena presencia de los factores evaluados*, tales como la autoaceptación, las relaciones positivas con los otros, dominio del ambiente, así mismo el crecimiento personal, propósito de vida y la autonomía.

La primera hipótesis planteada, hace referencia a *“las dimensiones del bienestar psicológico en los adultos mayores se encuentran ausentes”* según los datos encontrados, dicha hipótesis se RECHAZA debido a que las dimensiones del bienestar psicológico sí se encuentran presentes.

- En cuanto a la calidad de vida de los adultos mayores, se concluye que en ellos predomina, por una parte, *excelente* presencia del rol físico, por otro lado, *la buena presencia* de la función física, así mismo del rol emocional, ausencia del dolor corporal, vitalidad y salud mental; sin embargo, en base a los mencionados anteriormente, la salud general de los adultos mayores que residen en la ciudad de Villazón tiene una *presencia regular*, por lo que de acuerdo a las ocho dimensiones, en sus distintos rangos, los adultos mayores poseen buena calidad de vida en su conjunto.

La hipótesis para el segundo hace referencia a “*la calidad de vida de los adultos mayores es regular*”, la misma es RECHAZADA, en razón a que seis de las ocho dimensiones se hallan con buena presencia.

- Con respecto a la autoestima de los adultos mayores se concluye que presentan un nivel de *autoestima regular*, siendo personas que se aceptan tal cual son, existiendo en ellos el respeto y autovaloración hacia sí mismos.

La hipótesis planteada para este objetivo fue “*los adultos mayores presentan baja autoestima*”, la misma es RECHAZADA, ya que los adultos mayores demuestran tener una autoestima regular.

- Por otro lado, lo que concierne al grado de depresión, se concluye que los adultos mayores presentan *depresión leve*, existiendo una marcada pérdida de los intereses o la capacidad de disfrutar de actividades, pero sigue siendo apta para continuar con la mayoría de sus actividades.

La hipótesis planteada para este cuarto objetivo hace referencia a que “*los adultos mayores presentan depresión moderada*”, la cual se RECHAZA, debido a que en ellos se halla presente la depresión leve.

- Finalmente, en lo que se refiere a la religiosidad en los adultos mayores que residen en la ciudad de Villazón, se concluye que en ellos existe *mayor presencia* de las distintas creencias y prácticas religiosas y por otro lado el apoyo social religioso, lo que hace de ellos personas con un nivel alto de religiosidad.

Para este último objetivo, la hipótesis planteada fue “*las creencias y prácticas religiosas se encuentran presentes en los adultos mayores*”, siendo la misma CONFIRMADA, ya que existe en ellos mayor presencia de las creencias y prácticas religiosas y el apoyo social hacia las mismas.

## **6.2 Recomendaciones.-**

En base al análisis y a las respectivas conclusiones alcanzadas se ve por conveniente recomendar:

- A los futuros estudiantes investigadores, que lleguen a profundizar más sobre el bienestar psicológico y así mismo la religiosidad en los adultos mayores, sin olvidar que no solo es necesario saber cómo estos factores se encuentran presentes en los adultos mayores de nuestro medio, sino en el mundo entero y así mismo en las demás personas que no cursan esta etapa.
- A todas las personas en general, que lleguen a enriquecerse de conocimiento acerca de cuán importante es la presencia de un buen bienestar psicológico en los adultos mayores, sin dejar de lado el hecho de que en cada una de nuestras familias existen personas que transitan por esta etapa, y que necesitan de nuestra comprensión, apoyo y sobre todo de nuestra comunicación, puesto que es una edad a la que todos llegaremos y deseamos que cuando lo hagamos sea lo más positiva posible, en todos sus aspectos.
- A las familias de las personas que se tomaron en cuenta para la presente investigación, que se den la oportunidad de conocer más a sus ancianos, que se den tiempo para enriquecerse de todos sus conocimientos y por supuesto de sus sabios consejos, que solo pueden venir de la mano de ellos, habiendo sido personas que quizá en un momento tuvieron que renunciar a varios de sus sueños y oportunidades, para que hoy estemos en el lugar que estamos, no podemos ser indiferentes a sus dolores, a sus aflicciones y sobre todo a sus sueños, puesto que ellos hicieron y hacen mucho por cada uno de nosotros.

- A las distintas autoridades, para que tomen conciencia de la importancia de construir espacios donde quizá muchos ancianos se vean obligados a terminar sus días, para que este hecho no sea motivo de tristeza y abandono, sino para que los adultos mayores de nuestra sociedad vean nuevas metas y se entusiasmen por ellas, brindándoles lugares que cubran de una u otra manera sus necesidades, sobre todo a la atención y cariño que ellos necesitan.
- A los estudiantes miembros de nuestra Alma Mater, la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, para que realicen investigaciones, brinden ayuda a los adultos mayores y concienticen a la sociedad, acerca la calidad de vida, así mismo del bienestar psicológico y el apego a las distintas religiones que nuestros adultos mayores profesan, sin olvidar que de a poco se consiguen grandes cosas y podemos cambiar el futuro de varios de ellos.