INTRODUCCIÓN

Hay que destacar que las Naciones Unidas consideran adulto mayor a toda persona que tenga más de 60 años. Este concepto se encuentra fundamentado en investigaciones socio demográficas que toma como corte cronológico a la edad adulta los 60 ó 65 años, al momento de cambio de la condición laboral, que está acordada por la cultura del trabajo como principal factor de integración. Todas las concepciones que se desarrollaron en este punto, más allá de su recorrido histórico, toman este corte cronológico para caracterizar a las personas mayores.

La vejez es la última etapa de la vida humana, es un periodo importante por la cual todos los individuos pasan. Si consideramos que comienza a principios de los sesenta, para algunos puede durar incluso 40 años.

En algunas culturas, los individuos que están pasando por esta etapa son ancianos reconocidos y respetados por sus consejos y enseñanzas que nos dan, en comparación de otras culturas donde no son valorados ni respetados como ellos se merecen.

El envejecimiento es un proceso mal comprendido en nuestra sociedad. Se han aventurado muchas teorías para dar cuenta de los cambios físicos que ocurren durante el ciclo vital y no así desde un punto de vista importante que es el comprender las actitudes, valores e ideas que se dan en esta etapa.

La presente investigación está dirigida a la población adulta mayor de la Ciudad de Tarija, donde se estudiará los efectos psicológicos que provoca la institucionalización para de esta manera determinar si la institucionalización causa o no efectos psicológicos, planteándose la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los efectos psicológicos que provoca la institucionalización en adultos mayores de 65 años de edad en adelante en la ciudad de Tarija?

Lo cual se ha desarrollado a través de los siguientes capítulos:

Capítulo I.- Es el capítulo que contempla el planteamiento y la justificación del problema, del porqué se ha elegido el tema de investigación.

Capítulo II.- Este capítulo se concentrará en los objetivos tanto generales como específicos y las hipótesis con las cuales se trabajará en la investigación.

Capítulo III.- Es el capítulo que hará referencia al marco teórico con el cual se sustenta la presente investigación, en el cual se tomarán los aspectos más importantes y relevantes de la investigación, los cuales nos ayudarán a comprender a cabalidad el trabajo que se está realizando.

Capítulo IV.- En este capítulo se habla de cómo se está abordando el trabajo de investigación, es decir, la metodología que se ha de emplear. El tipo de investigación que se hará, la muestra que se tomará y los métodos y técnicas que se emplearán en la recogida de datos.

Capítulo V.- En el presente capítulo se hará la interpretación de los resultados obtenidos mediante los diferentes instrumentos a utilizarse en la investigación.

Capítulo VI.- En el capítulo seis se presentan las conclusiones y recomendaciones a las que se ha de llegar en el presente trabajo de investigación.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al abordar el tema de la institucionalización en la tercera edad, se presenta como necesario definir qué entendemos por Tercera Edad y por Institucionalización.

Para acercarnos a una definición de Tercera Edad es pertinente remitirse al modelo propuesto por Buhler y Frenkel-Brunswik[1], que da por supuesta la existencia de una "primera edad" (que comúnmente es homologada a la niñez en tanto etapa de adquisiciones y de crecimiento, de desarrollo y maduración), una "segunda edad" (que se define como adultez, etapa de consolidación de "lo adquirido" en la anterior y que suele aparejarse a "estabilidad y equilibrio") y una tercera edad (que es la que comúnmente se llama "vejez" y que está signada por pérdidas y deterioro de las funciones corporales, psíquicas y vínculos relacionales).

Según Piña Morán, Marcelo (2003) [2], la Tercera Edad siempre ha sido una interrogante para todos, algunos la definen como la antesala de la muerte y otros la consideran una etapa degenerativa del ser humano. Los más preocupados la valoran, asumen la vejez como un momento especial de la vida en que decanta todas las experiencias obtenidas y se logra el equilibrio espiritual, en su constante búsqueda a lo largo del camino de la existencia.

Para este trabajo, teniendo en cuenta la repercusión, utilizaremos el término Tercer Edad para referirnos a la etapa vital y Adulto Mayor para indicar al sujeto inmerso en la misma.

En este marco, hacemos mención a la institucionalización en tercera edad como "el ingreso voluntario o no de un anciano en una institución de atención específica y

[1] http://www.fedap.es/congreso_santiago/trabajos/c103.htm-
[2] www.fedap.es/congreso_santiago/trabajos/c103.htm-

permanente, suponiendo el alejamiento del entorno familiar y la permanencia en el nuevo hábitat institucional".

Es necesario centrarnos en la discusión de la institucionalización. A esto se agrega la imagen "asilar" de las instituciones para la tercera edad, concebida como codificadora y depositaria de ancianos y su homologación con el concepto de "internación".

Los ancianos ingresan a la institución por diferentes motivos, entre ellos se puede nombrar: la dependencia físico-relacional, la disminución de la autonomía intelectual y psíquica, los problemas socio-económicos, la soledad, la marginación, la incomunicación familiar, los problemas del comportamiento, los cuadros psiquiátricos graves, etc.; pero la elección de la institucionalización sólo tiene dos variantes: o la elige el propio anciano o lo compele la familia.

Sea cual fuere la modalidad de institucionalización, la misma tiene repercusiones directas en el anciano. El presente trabajo de estudio pretende contribuir al tema de los efectos psicológicos que provoca la institucionalización en el Adulto Mayor.

Fundados en los conceptos y principios emitidos es que nos atrevemos a esbozar el concepto de “efectos psicológicos”. Según el Diccionario de Psicología (1996)[3]: “Los efectos psicológicos son procesos de manifestaciones vitales de los estados íntimos de un sujeto que no se presentan aisladamente, sino que se dan en conexión con procesos vitales objetivos, como consecuencia de un agente externo que los provoca”.

Con estas dos definiciones entenderemos más a profundidad el tema de estudio y los cuales nos ayudarán a seguir la línea de trabajo de investigación en la población comprendida.

[3] Diccionario de Psicología. 1996. Pág. 51

Después de hacer las definiciones pasamos:

En el plano **Internacional**, al referirnos al tema de la institucionalización, se menciona que la institucionalización de personas mayores en la mayoría de los trabajos estudiados, es asociada a todos los aspectos negativos de la vida: al tedio, a la inactividad, a la despersonalización, a la rutinización, a la dependencia, donde se espera la muerte. Se la considera limitadora de la privacidad y del contacto con el mundo exterior, desarrolla la baja autoestima, el deterioro de la imagen, con tendencia a asilar y causante de la depresión en las personas mayores.

Según Vasallo (2205)[4]: *"Las investigaciones en general plantean que la institucionalización está dirigida a las personas mayores que no tienen contactos familiares y que en muchos casos es inevitable y beneficiosa. También concuerdan en que las personas mayores "nunca" toman la decisión de internarse. Estos dos aspectos merecen una reflexión*"

Los alojamientos públicos no siempre satisfacen las necesidades de los ancianos; algunos carecen de áreas comunes y quizá en otros no es seguro andar por los pasillos. Nuestros programas para los ancianos frágiles no están lo suficientemente perfeccionados como para satisfacer las necesidades individuales.

Los críticos de los servicios sociales acostumbran reparar en que a veces consideramos la ubicación en asilos cuando otros servicios serían más apropiados. Estamos ansiosos por evitarle catástrofes medicas y económicas al anciano, pero tenemos dificultades con los servicios menores que lo ayudarían a mantener una calidad de vida superior y a prevenir cataclismos (Brody, 1987).

[4] VASALLO, Carlos y otros; La Salud en la Tercera Edad. Informe sobre la Tercera Edad en la Argentina. Buenos Aires. 2001 Pág. 197

Otros críticos nos advierten que hemos de recordar que el envejecimiento como tal no es el problema, que los ancianos con discapacidades físicas y mentales necesitan ser tratados como los miembros de cualquier otro grupo. Del mismo modo, algunos adultos mayores carecen del apoyo social de la familia y las amistades, o exhiben pautas de comportamiento ligeramente desusuales o, en fin, tienen problemas para cuidar de ellos mismos; todos requieren ayuda en estas áreas, pero no por fuerza en un asilo. Quizá les falte educación, asesoría, asistencia legal, trato social o nada más que cosa interesantes que hacer durante el día (Knight y Walker, 1985).

A **Nivel Nacional,** se puede evidenciar que la situación de abandono es realmente alarmante, especialmente en lo que se refiere en nuestro país y aunque no se cuente con cifras de números exactos de este grupo de ancianos sí, se reconoce que en estos últimos años ha ido en aumento primordialmente en las ciudades principales del país como ser en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz.

La persona mayor va perdiendo la capacidad de relacionarse con los demás, y ese hecho hace que el anciano se vea a sí mismo como persona cada vez más desvalida y necesitada de los demás; es por esa razón que los ancianos son institucionalizados y esa es una de las muchas experiencias que pueden llevar a algunos de los ancianos a dejarse embargar por sentimientos de tristeza, pesimismo y mal humor.

El anciano tiene en su interior sentimientos, que según su personalidad puede manifestarlos de diferentes maneras. Muchas veces estas manifestaciones dependen de otros factores, según el lugar físico, sentimental y emocional, estos pueden influir positiva o negativamente en la formación de su autoestima, produciéndole ansiedad que es una manifestación esencialmente afectiva, esto quiere decir que se trata de una vivencia de una estado subjetivo o de una experiencia interior y llevándole a padecer elevados grados de depresión.

Sin embargo, en el **plano regional**, existen trabajos relacionados con los adultos mayores; los temas más investigados son:

Cambios físicos por los que atraviesan en la edad adulta y las etapas, enfermedades somáticas, cuando llega la muerte, la jubilación, etc.

Los problemas físicos y ambientales de la vejez imponen a la mayoría de la gente una carga pesada. Los ancianos han de cambiar su autoconcepto conforme pierden su antigua autonomía y dependen más de otros para sus necesidades cotidianas. Algunos de adaptan bien, otros no. La evaluación física de cada cual suele ser un buen indicador del bienestar psicológico. Cuando la gente envejece, comienza a pensar en que le queda poco tiempo de vida.

El tema de investigación sobre las "Percepciones de los ancianos institucionalizados frente a la vejez e ideas de muerte"; los resultados nos muestran que el hecho cuanto más negativa sea la creencia o emoción del anciano frente a la vejez y la muerte es evidente que existirá una pobreza en cuanto al comportamiento. Como podremos ver, el hecho de ser exiliados y excluidos de su familia puede ser un factor desencadenante de actitudes negativas en el anciano. (Pozo Pérez, Victoria Rosario; 2007, Pág.153).

Entonces el hecho de ser institucionalizados significa para el anciano como si se le hubiese puesto en desuso, como alguien que se archiva y en muchos casos se ha olvidado, y de esto nace esa tendencia de ver la vejez como una etapa negativa, donde muchas veces creen estar pagando algún error cometido con sus hijos, o que la ancianidad les ha hecho ver que los hijos son ingratos, que la educación impartida ha sido equivocada o bien no ha colmado las expectativas de los hijos que ahora reaccionan de esa manera con ellos.

En este sentido es que nuestro problema de investigación lo planteamos de la siguiente manera: ***¿Cuáles son los efectos psicológicos que provoca la institucionalización en adultos mayores de 65 años de edad en adelante en la ciudad de Tarija****?*

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Considerando que los efectos psicológicos que causa la institucionalización en las personas adultas es un tema por el cual la vida de muchas personas sufren un cambio inesperado que los lleva a enfermarse y, a una inestabilidad psicológica que afecta negativamente en sus relaciones humanas, a través de este trabajo podremos interiorizarnos en este tema y dar a conocer a la población de la Ciudad de Tarija sobre la temática, que actualmente poco o nada se conoce en nuestro medio.

El envejecer es un hecho, se vive, nos llegará a todos, no es una enfermedad, pero sí trae consigo un conjunto de limitaciones físicas, sociales, intelectuales. Los sentimientos y los cambios psicológicos no se dan de la misma manera en todos, cuando se llega a la vejez. La pena, la soledad, la necesidad de vivir en familia o las añoranzas traen consigo otros sentimientos que son un papel fundamental a la hora de este cambio, porque ahí se verán reflejados los cimientos de su personalidad y sus debilidades.

El aporte teórico, se constituye en información de mucha utilidad tanto para las personas adultas mayores que están atravesando por esa difícil situación como también para las personas que las rodean.

Es importante también inculcar que no es un problema tener adultos mayores en nuestros hogares y no se puede dejar pasar por alto y mucho menos ignorar esta realidad como algunas personas lo hacen.

Las consecuencias psicológicas y los cambios de estado de ánimo que tienen los ancianos son muy importantes de conocer, así será más fácil la relación con ellos, pues todos tenemos familiares ancianos o vamos a llegar a la vejez, de manera que para entender mejor a la persona de la tercera edad, es necesario que todos conozcan los cambios psicológicos que afectan y deterioran su capacidad para mantener un

equilibrio psicológico. Entonces, la relación con ellos será mucho mejor y se le podrá dar una mejor calidad de vida, donde todos estaremos enterados de sus necesidades y deseos. De la misma manera que nos preparamos para entender a nuestros niños y adolescentes, debemos también preparar a la población para entender y comprender a los ancianos, que merecen todo el cariño y respeto.

La relevancia práctica, se verá reflejada a partir de los resultados de la investigación, que permitirá diseñar estrategias de intervención para mejorar el nivel de bienestar de este segmento de la población. Por otro lado, las instituciones que trabajan con este grupo etáreo, promuevan programas de atención al adulto mayor, así como también el trabajo con la familia, para que se sienta menos traumático el hecho de vivir separado de la familia, de esta forma poder cubrir sus necesidades tanto psicológicas, fisiológicas y su bienestar personal.

El aporte metodológico, en esta temática está dada por la creación de un cuestionario con preguntas adaptadas al tema de estudio (ver anexo); se lo aplicó de forma individual a cada sujeto, fue el más eficiente en la recopilación de datos de su situación personal y emocional.

Que el instrumento creado sea de utilidad práctica y vaya en beneficio a los adultos mayores, donde pueda coadyuvar investigaciones futuras; creemos que esta investigación realizará un aporte de nuevos conocimientos respecto a este grupo en particular, abriendo nuevos horizontes hacia una mejor ayuda a los ancianos, donde puedan brindarles estabilidad psicológica y buena calidad de vida.

2.1. PROBLEMA CIENTÍFICO

¿Cuáles son los efectos psicológicos que provoca la institucionalización en adultos mayores de 65 años de edad en adelante en la ciudad de Tarija?

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar cuáles son los efectos psicológicos que provoca la institucionalización en adultos mayores de 65 años de edad en adelante en la ciudad de Tarija.

2.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir el nivel de autoestima.
2. Precisar los niveles de ansiedad.
3. Valorar el grado de presencia de síntomas depresivos.
4. Analizar la relación familiar y social.

2.3. HIPÓTESIS

- Los efectos psicológicos que provoca la institucionalización en los adultos mayores de 65 años de edad en adelante, son baja autoestima, nivel de ansiedad elevada, un alto grado de presencia depresiva y una mala relación socio-familiar.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
AUTOESTIMA Es una fuerza interna que tiene cada persona y se basa en todos los pensamientos, sentimiento, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo a lo largo de nuestra vida, las impresiones, las evaluaciones y experiencias allí reunidas se conjugan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, por el contrario, en un incomodo sentimiento de no ser lo que esperábamos.	Auto conocimiento Auto respeto Auto evaluación Auto aceptación	Nivel de conocimiento que la persona tiene sobre sí mismo. Nivel de respeto que la persona tiene sobre sí mismo. Evaluación que se hace la persona sobre sus actos. Nivel de aceptación que la persona tiene sobre su propia persona.	• Optima 75 a 61 • Excelente 61 a 46 • Muy Buena 45 a 31 • Buena 30 a 16 • Regular 15 a 0 • Baja -1 a -15 • Deficiente -16 a -30 • Muy Baja -31 a -45 • Extremadamente Baja -46 a -60 • Nula -61 a -75 (Test de Autoestima 35-B)
ANSIEDAD Sentimiento de aprensión, incertidumbre y temor sin estímulo manifiesto, y acompañado de cambios fisiológicos.	Síntomas Físicos Síntomas Psíquicos	Sudoración, dilatación de pupila, temblor. Aumento de la función muscular, palidez, aceleración cardiaca, salivación. Algunas dependencias conducen a las experiencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación.	00 – 20 Ansiedad Normal 21 – 30 Ansiedad Ligera 31 – 40 Ansiedad Moderada 41 – 50 Ansiedad Grave 51 –

	Síntomas Intelectuales Síntomas de Conducta Síntomas Asertivos	Piensa que tiene mala suerte y siempre la tendrá, cree que no sirve para nada que no sabe hacer nada correctamente, se concentra mal, con dificultad. Esta siempre en alerta, como vigilante, en guardia; se mueve de un lado para el otro como agitado sin motivo, rinde menos en sus actividades habituales. Se refiere a las habilidades sociales, le cuesta decir que no ante x persona, le cuesta mucho iniciar una conversación.	Ansiedad Muy Grave (Test para Valorar la Ansiedad de Rojas.)
DEPRESIÓN Estado de ánimo triste, sentimientos de desesperanza, irritabilidad, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión.	Tristeza Pesimismo Fracaso Perdida de Placer Sentimientos de Culpa Sentimientos de Castigo Disconformidad consigo mismo Autocritica	Corresponde al nivel de valoración que tiene el sujeto sobre sí mismo con respecto a la depresión. Donde cada escala es evaluada en cuatro puntos, de 0 a 3.	0 a 13 Mínimo 14 a 19 Leve 20 a 28 Moderado 29 a 63 Severo (Inventario de Depresión de Beck)

	Pensamientos o deseos suicidas Cambios en los hábitos de Sueño Irritabilidad Cambios en los apetitos Dificultad de concentración Cansancio o fatiga Perdida de interés en el sexo		
RELACIÓN FAMILIAR: Elemento o serie de componentes subjetivos y objetivos que constituyen la dinámica e interacción que los padres dedican a sus hijos (a).	- Esposa. - Hijos. - Nietos y otros familiares, etc.	Mide la relación del adulto mayor con el cónyuge antes y después de la institucionalización. Mide la relación del adulto mayor con los hijos antes y después de la institucionalización. Mide la relación del adulto mayor con los nietos y otros familiares antes y después de la institucionalización.	- Muy Buena - Buena - Regular - Mala - Muy Mala (Cuestionario de relaciones socio-familiares)
RELACION SOCIAL: Es una conducta plural donde existe una interacción	- Amigos.	Mide la relación que tienen los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados	- Muy Buena - Buena - Regular

entre los sujetos.	- Equipo administrativo del hogar.	con los amigos. Mide la relación que tienen los adultos mayores institucionalizados con el equipo administrativo.	- Mala - Muy Mala (Cuestionario de relación socio-familiar)

En el presente capítulo, hicimos una recopilación a cerca de la tercera edad, estudios psicológicos, fisiológicos y sociales; Así mismo, tocamos el tema de los efectos psicológicos de la institucionalización en adultos mayores, partiendo de investigaciones realizadas por diferentes estudios el tema en cuestión. A continuación se hará una exposición de las variables más importantes del trabajo de investigación en los cuales se tomaran aspectos como; definición, causas, síntomas y signo y como estos afectan de alguna manera a los ancianos.

3.1. EFECTOS PSICOLÓGICOS

En el diccionario en la lengua española encontramos que, los efectos son secuelas, desenlaces, resultados que se producen como consecuencia de acciones de un agente externo que las provoca.

Siguiendo la misma línea, Rohracher dice que la psicología es la ciencia que estudia los procesos y estados conscientes y sus causas y sus afectos. Así mismo, Pauli asevera que la psicología es la ciencia de los procesos vitales subjetivos que se asocian siguiendo leyes.

Rescatamos como base de inferencia del concepto de “efectos psicológicos”, la concepción que caracteriza a la psicología como ciencia experimental y que descansa sobre los siguientes principios:

Principio del acontecer.- El objeto de la psicología está constituido por un conjunto de procesos, no de cosas rígidas.

Principio de la vida o de lo orgánico.- Estos procesos se refieren a manifestaciones vitales y poseen características propias de lo vital. Están ligados a una unidad (el individuo), e interdependencia (forman un todo), expresión individual, desarrollo

ontogénico y filogenético, la herencia y capacidad de adaptación, estados de salud y de enfermedad, manifestaciones de orientación a un objetivo, etc.

Principio de subjetividad.- Son procesos que únicamente su portador los experimenta directamente; es decir que son estados íntimos, vivencias, en contraposición a los procesos corporales y a los que tienen lugar en el mundo exterior (unicidad de las experiencias interiores).

Principio de las conexiones regulares.- Los procesos psíquicos no se presentan aisladamente, sino en conexión con los procesos vitales objetivos (corporales).

Fundados en los conceptos y principios emitidos anteriormente es que nos atrevemos a esbozar el concepto operacional de "efectos psicológicos". *"Los efectos psicológicos son procesos de manifestaciones vitales de los estados íntimos de un sujeto que no se presentan aisladamente sino que se dan en conexión con procesos vitales objetivos, como consecuencia de un agente externo que nos provoca"*.

3.2. INSTITUCIONALIZACIÓN

La institucionalización[5] de personas mayores en la mayoría de los trabajos estudiados es asociada a todos los aspectos negativos de la vida: al tedio, a la inactividad, a la despersonalización, a la rutinización, a la dependencia, donde se espera la muerte. Se la considera limitadora de la privacidad y del contacto con el mundo exterior, desarrolla la baja autoestima, el deterioro de la imagen, con tendencia a asilar y causante de la depresión en las personas mayores. Solamente una de las monografías, correspondiente a los años superiores, rescata aspectos positivos y negativos de la institucionalización geriátrica, describiéndola como empresa que genera calidad de vida, intenta reducir la pérdida de salud identificando los factores de enfermedad. En

[5] VASALLO, Carlos y otros; La Salud en la Tercera Edad. Informe sobre la Tercera Edad en la Argentina. Año: 2001, Buenos Aires. Pág. 197

los aspectos negativos coinciden con el resto de los trabajos y los aspectos positivos se precisan a partir de los servicios que ofrece la institución (la atención médica, la rehabilitación y la actividad lúdica).

Las monografías en general plantean que la institucionalización está dirigida a las personas mayores que no tienen contactos familiares y que en muchos casos es inevitable y beneficiosa. También concuerdan en que las personas mayores "nunca" toman la decisión de internarse. Estos dos aspectos merecen una reflexión.

3.2.1. OPCIONES DE ESTILOS DE VIDA PARA LOS ADULTOS MAYORES

Los ancianos conforman un grupo de notable variedad; no son una única masa de humanidad, uniforme y canosa. Los eufemismos como “los mayores” o “gente de edad” son inadecuados para describir la multitud de sus cualidades. Más aún, el periodo de la vejez cubre un largo tiempo. En consecuencia, hay muchas y muy agudas diferencias entre el anciano joven, recién retirado y a menudo saludable y vigoroso, y el muy viejo, que es más probable que sufra de mala salud, poca movilidad y aislamiento social. Las políticas sociales destinadas a asistir a la gente mayor han de tomar en cuenta esta diversidad (Kane y Kane, 1980).

Como veremos en seguida, las políticas se centran en las facilidades de cuidado y vivienda y otros servicios que proporcionan a los ancianos la asistencia que necesitan para vivir con dignidad. También aprenderemos que la presión por su reconocimiento viene de los propios ancianos.

3.2.2. LA INSTITUCIONALIZACIÓN Y SU REPERCUSIÓN EN LA AUTONOMÍA DE LA PERSONA MAYOR

Los centros de atención residencial son necesarios, pues constituyen una respuesta adecuada a los problemas de las personas de edad avanzada que viven solas, no tienen

soporte familiar, o que de forma deliberada deciden irse a un centro, porque prefiere vivir en un entorno de esas características. En cualquier caso, como ya se ha comentado con anterioridad y desde un punto de vista general, la institucionalización debería ser el último recurso, ya que se identifica como uno de los factores que actúan en la disminución de autonomía de la persona mayor. Aquellos a los que las circunstancias han obligado a vivir en los centros residenciales se ven obligados a compartir su vida con personas desconocidas, a adaptarse a horarios hábitos y dietas extrañas tienen más posibilidades de enfermar.

Las personas mayores institucionalizadas sufren lo que se denomina "las pérdidas asociadas a su envejecimiento". Se sienten perdidos en un entorno que no dominan, se destruyen sus relaciones personales, que ha mantenido a lo largo de su vida. También se olvida la competencia y la historia personal. Es obvio que estos riesgos no se producen en la totalidad de la población mayor institucionalizada.[6]

3.3. EL ENVEJECIMIENTO DESDE UNA PERSPECTIVA BIOPSICO-SOCIAL

Los autores que entienden al envejecimiento desde una perspectiva Biopsico-social, lo analizan en tres dimensiones:

3.3.1. EL ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO

Se refiere a la transformación que sufre el cuerpo a nivel de los órganos, a partir del declinamiento de la frecuencia de la reproducción de células y la pérdida de las células que no se regeneran. La particularidad de este proceso es que el envejecimiento biológico se desarrolla de adentro hacia fuera, siendo el

[6] http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134...script=sci_arttext –

envejecimiento físico una consecuencia del envejecimiento biológico y repercutiendo negativamente en las personas. Se observa este proceso a través de la transformación y las disminución de ciertas características físicas como el aspecto físico, la posibilidad de sobreponerse a ciertas enfermedades y condiciones climáticas, habilidad física (estabilidad).

3.3.2. EL ENVEJECIMIENTO PSICOLÓGICO[7]

Las causas del envejecimiento mental normal se deben a la intervención de cuatro factores. El deterioro progresivo de las propias funciones físicas, el declinar progresivo de las facultades y de las funciones mentales, la trasformación del medio familiar y de la vida profesional; las reacciones del sujeto ante estos diversos factores.

Los tres primeros factores ejercen sobre el psiquismo efectos directos procedentes del deterioro o de las trasformaciones sufridas, y efectos indirectos sobre el comportamiento (así la presbicia comporta la disminución de la agudeza visual de cerca, pero también crea la costumbre de mirar las cosas de lejos). El último factor provoca diversas reacciones tanto en le plano de las actitudes expresadas como en el de la vida interior. Finalmente, estos diferentes factores y sus efectos evolucionan progresivamente, pero en forma de etapas sucesivas. Se comprende en estas condiciones la complejidad del problema y la dificultad de exponer claramente la evolución psicológica de las personas de edad.

Dentro del mismo se encuentra el envejecimiento afectivo y cognitivo. El primero está relacionado con la capacidad de adaptación a las nuevas o diferentes situaciones de la vida, el segundo tiene que ver con la capacidad de incorporar o memorizar datos y la de aprender otras capacidades aparte de las aprendidas.

[7] P. René Bize y Claude Vallier, “La Psicología Moderna; Una vida nueva: La 3ª. Edad”; Ediciones Mensajero Bilbau; año. 1976. Pág. 96

3.3.3. EL ENVEJECIMIENTO SOCIAL

Está vinculado al ámbito social y a las actividades o interacciones que las personas tienen con la sociedad. El medio social es lo que demarca el significado de la vejez en la vida de las personas, y la cual puede experimentarse como negativa o positiva; un ejemplo de esto es la jubilación que divide a los activos de los pasivos. Los segundos "improductivos" están definidos socialmente como personas mayores de 65 años que no trabajan, que tienen que ser "sostenidos y mantenidos" por los miembros activos (productivos) de la sociedad o por los familiares que puedan satisfacer sus necesidades (alimento, abrigo, vivienda y recreación).

3.4. AUTOESTIMA

3.4.1. DEFINICIÓN DE AUTOESTIMA

Rogers, (1971 manifiesta que “La autoestima constituye el núcleo de la personalidad y que todo individuo tiene una tendencia dirigida a la actualización de sus potencialidades y es capaz de representar su experiencia de una forma concreta. La conducta está en función de satisfacer sus necesidades de actualización mostrando un valor positivo a todas las experiencias que las persigue como beneficiosas”.

Branden, (1995)[8] define la autoestima como la confianza en nuestra capacidad de pensar, en nuestra capacidad de enfrentarnos a los desafíos de la vida. La confianza en nuestros derechos a triunfar y a hacer felices, el sentido de ser respetables, de ser digno, y tener derecho a afirmar nuestra necesidad y carencia, a alcanzar nuestros principios morales y a gozar los frutos de nuestros esfuerzos.

[8] Branden, Nathaniel (1995). “Los seis pilares de la autoestima”. Edit. Paidos. Buenos Aires.

Branden, (2001)[9] La autoestima es la evolución que se hace una persona de sí misma. Es la suma integridad de la confianza y el respeto en uno mismo con efectos sobre el proceso de pensamiento, los deseos, los valores, los objetivos y la conducta de las personas.

Abud y Bojórquez (1997) consideran a la autoestima como un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen; y como la capacidad para valorar el yo y tratarse con dignidad, amor y realidad, y como "el juicio personal que hace el individuo acerca de su propio valor". Describen así mismo, tres componentes importantes que se relacionan entre sí, el deterioro de uno de los cuales afecta negativamente a los restantes:

Componente cognitivo.- Se refiere a ideas, opiniones, creencias, percepción y procesamiento de información; conjunto de autoesquemas usados para reconocer e interpretar estímulos importantes del ambiente social y experiencias pasadas; incluye el autoconcepto como origen y desarrollo de la autoestima.

Componente afectivo.- Valoración de lo que en cada persona es positivo y negativo, e implica una sensación en lo que se considera favorable o desfavorable, agradable o desagradable.

Componente conductual.- Tensión, intensión y decisión de actuar; manifestación de comportamiento consecuente y coherente.

En diversas investigaciones se han demostrado que el "periodo previo al ingreso del anciano a las instituciones se presenta de forma crítica, durante este tiempo se le presenta un episodio intenso de estrés e incertidumbre debido al miedo y expectativas hacia las condiciones y situaciones del lugar, ocasionando así tensiones internas en el adulto mayor" (López, 1998).

[9] Branden, N. (1993). Como mejorar la autoestima. Buenos Aires: Piados.

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; por el contrario, 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 adulto mayor pierde así mismo, 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 debido a la pérdida de sus "roles sociales y funcionalidad al ingresar en una residencia, disminución en la frecuencia de los contactos sociales y actividad en general, resultando de esto un evidente deterioro senil de la personalidad y una posible visión limitada del futuro" (López, 1998: 28).

3.4.2. NIVELES DE AUTOESTIMA

Para Branden (1983) citado por De los Ríos (1999)[10] una persona, al presentar niveles bajos de autoestima, se siente inapropiada para la vida, inadecuada en la propia existencia y no responde positivamente a los desafíos y alegrías de la vida como un sentimiento fundamental de incapacidad y desmerecido de sí mismo, no tiene exigencias, metas, se busca la seguridad en lo desconocido, o en personas con características similares, al compartir dichas características antes descritas reafirmarán la autoevaluación negativa de sí mismos.

[10] Ibíd. 85

Un efecto de baja autoestima son los estados de depresión y ansiedad, son más vulnerables a conductas riesgosas, desconfían de sí mismos, de sus potencialidades, se sienten incapaces de aprender.[11]

Branden (1983)[12] habla del nivel elevado de autoestima, señala que "puede comprenderse integrada de confianza en sí mismo y respeto de sí mismo. La autoestima alta representa una fuerza al servicio de la vida; generalmente la autoestima alta está representada por el "puedo", el orgullo por el "tengo". Las personas con nivel de autoestima alta están seguras que al enfrentarse a cualquier problema responden con confianza, porque se sienten orgullosas de sí mismas, poseen una óptima salud mental, asumen la responsabilidad de todos sus actos; los que poseen conceptos estables de sí mismos tiene niveles más altos de autoestima; se hallan libres de sentimientos de inferioridad y estados de nerviosismo, se ven a sí mismo como creen que los ven los demás, son personas adaptables y activas socialmente, muestran menores evidencias de conductas de tipo defensivo".

Según Laura Barrenechea (1995)[13], la autoestima estaría conformada por las siguientes áreas.

El autoconocimiento: conocer el yo de manera integral, es decir, en el aspecto biológico, psicológico y social. Es la capacidad de reflexionar sobre sí mismo, acerca de características personales, gustos, preferencias; a medida que se desarrolla esta área, la persona será capaz de brindarse a los otros en toda su integridad, tal cual es y será reconocido por su entorno, también tendrá adecuados relaciones interpersonales con sus iguales.

[11] www.monografias.com
[12] Branden, Nathaniel (1995). "Los seis pilares de la autoestima". Edit. Paidos. Buenos Aires.

[13] Barrenechea Laura,"Manual Para Líderes Juveniles- Programa Acciones Comunitarias Preventivas Red Iglesias", Editorial, CEDRO, Lima- Perú, 1995.

El autoconcepto: es la creencia que tiene el sujeto de sí mismo, esto se basa en el juicio que las demás personas hacen respecto a su conducta, esta área se forma a través de los comentarios, diálogos, actitudes de la familia, amigos, colegas, grupo de pares, esta área aporta a contribuir la propia imagen, y la seguridad en sí mismo, según sea el caso.

La autoevaluación: vendría a ser la autocrítica que la persona hace sobre sí mismo, estableciendo juicios valorativos acerca de sentimientos, de los actos, e intelecto, al considerarlos como buenos o malos. En esta etapa se organiza los acontecimientos del entorno y planificaciones concretas frente al medio que lo circula, dependerá de la capacidad de abstracción de cada persona.

Autoaceptación: es el reconocer e identificar las potencialidades y debilidades de cada uno(a). Es aceptarse de manera auténtica, sin distorsionar la realidad, con la finalidad de aumentar la seguridad del individuo y evitar ser dañado, puesto que si la persona, al mostrarse como no es, le impide crecer ya que se observa tal cual es.

Autorespeto: esta etapa se relaciona con el amor propio hacia uno mismo, tiene que ver con los sentimientos y emociones, la capacidad de sentirse orgulloso (a) de lo que es, de lo que se realiza y de sus posesiones. Es buscar metas realistas, alcanzables, esforzase por ellas, adquirir nuevas habilidades y desarrollar más aún los que posee.

3.4.3. LA AUTOESTIMA DE LOS ADULTOS

Uno de los aspectos que más concierne a la vida del adulto es el del ***sentido de la vida*** y su ***autorrealización***, por usar un término bastante común de la psicología humanística.

En lo corporal y lo relativo a la gestualidad es posible identificar ciertos indicadores que revelan la presencia de un adulto con autoestima positiva. Algunos de ellos, adaptados de Branden (1993)[14] se indican a continuación.

- Ojos vivaces y brillantes. Mirada clara.
- La voz modulada con intensidad adecuada a la situación. Pronunciación clara.
- El rostro exhibe un color natural y una piel tersa (salvo casos de enfermedad).
- El mentón está erguido de manera natural.
- La mandíbula, el cuello, los hombros y las extremidades están relajadas.
- La postura es erguida, el andar es resuelto.

Instaurada esta complejidad, el individuo con baja autoestima idea modalidades especiales a fin de lograr el cariño que tanto anhela. Lo hace a través del soborno, el llamado a la caridad, la invocación a la justicia o por medio de las amenazas. En cada uno de ellos va creciendo la cuota de hostilidad. Sin querer caricaturizar sus esfuerzos, la manera en que este individuo plantea su demanda de afecto puede adquirir la forma de clisés o grafitis. El que soborna pareciera decir "te amo, por lo tanto, debes amarme y dejarlo todo por mi"; el llamado a la caridad parece expresar "tienes que amarme, porque sufro y estoy indefenso"; en la invocación de justicia el mensaje es "he hecho todo esto por ti y tú ¿qué has hecho tú por mi?"; en cambio, el que amenaza plantea directamente "si no me amas, entonces, ya verás". Finalmente, cuando ya los recursos anteriores no dan resultado, la llamada puede ser "de todos

[14] Mckay, Matthew & Fanning, Patrick (1991). *"Autoestima: Evaluación y Mejora"*. Editorial Martínez Roca.

modos ya nadie me quiere, así es que mejor me quedo en este rincón, para que nadie me desprecie".

Es muy factible que el afecto dedicado a tales personas suscite en ellas desconfianza y ansiedad. Reaccionan como si ceder a esa libre y sincera expresión los capturara en una telaraña de sufrimiento, pudiendo experimentar hasta pánico ante la sospecha de que alguien le ofrece cariño sincero.

En el adulto con autoestima baja, es posible reconocer algunos de los indicadores siguientes, propuestos por García, D´Anna et al. (1999).[15]

- Autocrítica dura y excesiva que mantiene al individuo en un estado de hipervigilancia e insatisfacción consigo mismo.
- Hipersensibilidad a la crítica, por la que se siente exageradamente atacada/o, herida/o. Tiende a echar la culpa de los fracasos y las frustraciones a los demás (extrapunitivo) o a la situación (impunitivo). Cultiva resentimientos tercos contra sus críticos.
- Indecisión crónica, no por falta de información, sino por miedo exagerado a equivocarse.
- Deseo innecesario por complacer, por lo cual no se atreve a decir un "no rotundo". Puede más el miedo a desagradar y a perder la buena opinión del peticionario.
- Perfeccionismo, como auto exigencia esclavizadora de hacer "perfectamente" todo lo que intenta. Esto le conduce a un desmoronamiento interior cuando las cosas no salen con la perfección exigida.

[15] www.autoestimaenpdf.com

- Culpabilidad neurótica, por la que se acusa y se condena respecto de conductas que no siempre son objetivamente malas; exagera la magnitud de sus errores y faltas y/o los lamenta indefinidamente, sin llegar nunca a perdonarse por completo.

- Hostilidad flotante. Esto es, irritabilidad a flor de piel, siempre a punto de estallar aún por cosas de poca importancia. Actitud propia del hipercrítico a quién todo le sienta mal, todo le disgusta, todo le decepciona, nada le satisface.

- Tendencia defensiva. Es un negativo generalizado (todo lo ve negro: su vida, su futuro y, sobre todo, su sí mismo) y una inapetencia generalizada del gozo de vivir y de la vida misma.

Aunque una baja autoestima no significa ni es sinónimo de psicopatología, como rasgo se la encuentra presente en una serie de trastornos de índole psicológica, como síntoma central, complementario o en combinación con otros. El CIE -10, por ejemplo, distingue en la etiología de las fobias sociales, que suelen acompañarse de una baja estimación de sí mismo y de miedo a las críticas.

3.4.3.1. EL SENTIDO DE LA VIDA

Sugiere el propósito y significado que la persona necesita sentir y vivir en todo lo que hace. El propósito sugiere actividades, misiones, labores donde la persona encuentra plenitud de ayudar a otros, de servir, ser útil. Por supuesto, que el propósito o misión en la vida no es lo más claro en miles y miles de personas. Se resulta haciendo actividades que no necesariamente corresponderían a lo que se está llamado. El propósito se discierne a través de las capacidades donde se ha sido muy efectivo y eficaz, y claro, donde la ayuda y confianza en Dios han contribuido la otra parte. Las personas que no encuentran sentido en lo que hacen se sienten vacías, confusas,

frustradas o con una autoestima baja. Gran fuente de la satisfacción personal deviene de sentirse en armonía con Dios, la vida y los semejantes.

3.4.3.2. LA AUTORREALIZACIÓN

Aunque este término no es fácil definirlo y colinda con otros como el éxito, la autosuperación, la plenitud, se refiere al desarrollo integral y ascendente en las áreas que configuran a toda persona: *Lo intelectual, lo familiar, lo afectivo, lo físico, lo laboral, lo espiritual*, es decir, que todo individuo desea ver sus necesidades y anhelos satisfechos lo mejor posible. En la vida real sucede que el nivel de competencia y las exigencias altas de la cultura se vuelven obstáculos en el contentamiento que las personas pudieran experimentar a medida que logran lo que se proponen. Es de notar que algunas personas progresan más rápido que otras, toman la vida con mayor calma que sus semejantes.

3.5. ANSIEDAD

3.5.1. ETIMOLOGÍA DEL VOCABLO ANSIEDAD

Dorsch, F dice (1996)[16] :"Angustia; aflicción, congoja". Ansiedad; "Estado de desasosiego o agitación de ánimo".

3.5.2. DEFINICIÓN DE ANSIEDAD

La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, algo vago, inconcreto, que a diferencia del miedo tiene una referencia explícita, comparte con el anterior la impresión interior de temor, de indefensión. Pero mientras en el miedo esto se produce por algo, en la angustia o ansiedad se produce por nada.

[16] Diccionario de psicología. 1996

Son cinco vertientes las que se van a manifestar cuando se tiene ansiedad, según se observa en Rojas. Esta forma de ver la enfermedad psíquica y por extensión la ansiedad nos lleva a la redefinición de la misma que podría quedar expuesta del siguiente modo: ***"La ansiedad consiste en una respuesta cognitiva, asertiva, vivencial, fisiológica y conductual, caracterizada por un estado de alerta, de activación generalizada.***

La ansiedad no es un concepto o un estado particular muy limitado ya que es una señal o reacción general bastante común en el ser humano. "la ansiedad normal es una respuesta apropiada ante una situación amenazante", según Kaplan y Sadock (2000). De la misma forma, se diferencia del miedo en que la ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, interior o conflictiva, mientras que el miedo es una respuesta a una amenaza conocida.

Kaplan y Sadock (2000) mencionan que la experiencia de ansiedad tiene dos componentes: la conciencia de las sanciones fisiológicas (como palpitaciones y sudores) y la conciencia de estar nervioso o asustado. El sentimiento de vergüenza puede aumentar la ansiedad, y muchas personas se asombran al enterarse que los demás se dan cuenta de su ansiedad o, si lo hacen, no pueden apreciar la intensidad de la misma.

Además de los efectos motores y viscerales, la ansiedad afecta el pensamiento, la percepción y el aprendizaje. Tiende a producir confusión y distorsiones en la percepción no sólo respecto del tiempo y el espacio, sino también en relación con las personas y el significado de los sucesos, tales distorsiones pueden interferir con el aprendizaje al disminuir la concentración, reducir la memoria y alterar la capacidad de relacionar un tema con otro.

Un aspecto importante de las emociones es un afecto sobre la atención selectiva. Las personas están dispuestas a seleccionar ciertas cosas de su entorno y descuidar otras

en su esfuerzo por demostrar que está justificado el que considera una situación como amenazante y respondan en consecuencia. Si falsamente justifican su miedo, sus ansiedades aumentan por la respuesta selectiva y crean un círculo vicioso de ansiedad, distorsión de la percepción e incremente de ansiedad.

3.5.3. CAUSAS Y MOTIVOS QUE PRODUCEN ANSIEDAD

La ansiedad, es siempre un estado de alerta del organismo que produce un sentimiento indefinido de inseguridad.

Por tanto, existen desencadenantes, (señales o signos externos) que pueden ser objetivados con evidencia y desencadenantes internos constituidos por recuerdos, pensamientos, ideas, fantasías personales, etc., que actúan como estímulos y que deben y pueden ser controlados. Por eso el aumento o la disminución de la ansiedad tiene mucho que ver con la elaboración individual de la información que le llega la persona.

3.5.4. LA ANSIEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES

En la edad adulta, hay que distinguir entre los hombres y las mujeres. Las mujeres somos más propensas a padecer ansiedad que los hombres por sus propios ciclos hormonales. Si a esto le unimos que soportan casi en exclusiva la carga de la casa, los hijos y en muchos casos además el trabajo, no es raro que la depresión y la ansiedad sean más frecuentes en las mujeres. Como además tienen menos miedo en quejarse y expresar sus sentimientos, un alto porcentaje de las consultas psicológicas son de mujeres adultas.

En el caso de los hombres, se ven afectados por la ansiedad producida por la presión laboral. Al menos esas son sus quejas, ya que un hombre tiene más pudor en revelar su intimidad que una mujer por regla general. En el caso de sufrir depresión, esta

queda oculta muchas veces por conductas adictivas como el alcohol con el que el propio paciente intenta sobrellevar el dolor emocional.

Entre los ancianos, la soledad, el aburrimiento, la falta de perspectivas y de actividades, les empuja sobre todo hacia la depresión, que suele ser muy aguda y profunda, tanto que a veces se confunde con un principio de alzheimer, como perdidas de facultades intelectuales lo que no es sino una apatía depresiva. Lo peor del caso es que la familia y los propios ancianos asumen su estado como algo natural propio de la edad. La depresión senil y la ansiedad ante el miedo a la enfermedad y la muerte, se traducen en quejas físicas y en llamadas de atención constantes a la familia que pueden ser una carga difícil de llevar para los más cercanos.

El desarraigo (desplazamientos por trabajo) la ruptura de las familias (divorcio) el trabajo de ambos padres, la mayor longevidad, nos conduce a un peligroso aumento de personas que manifiestan sentimientos de soledad, uno de los más peligrosos para la salud afectiva.

3.6. LA DEPRESIÓN

La palabra depresión proviene del término latino despressus, que significa "**abatido"** o **"derribado"** se trata de un trastorno emocional que aparece como un estado de abatimiento e infelicidad que puede se transitorio o permanente. Se define en general por sus síntomas que pueden parecer enfermedades somáticas (dolores, cansancio, etc.).

Los estados depresivos son los grandes causantes de de reacciones suicidas ya que en todo deprimido existe un suicida en potencia. Se dice que hay depresión siempre que aparezca un fallo en el tono neuropsíquico, ya sea pasajero o perdurable. Se trata de un estado sintomático y no de una situación inherente. La depresión puede variar desde un ligero abatimiento hasta el estupor; en su forma más ligera, el anciano

infeliz tiene un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés por las actividades habituales. En la depresión un poco más profunda hay una constante tensión desagradable, cada experiencia se acompaña de pena y el enfermo puede estar temeroso, preocupado, angustiado, agitado o perplejo y padecer un sufrimiento físico o emocional (Martínez, 2003). Las dolencias corporales, tales como cefalea, fatiga, falta de apetito, constipación y otras, son muy comunes, así como, insomnio, ideas de culpa y autoacusación y aparece la idea del suicidio (American Psychiatric Association, 1995). La expresión facial característica es de decepción, desesperanza y temor; las comisuras bucales se inclinan hacia abajo y la mirada permanece fija.

Señala Gonzales (2002): “la mayoría de los adultos mayores conservan casi intactas sus facultades mentales; sólo muy pocos muestran deterioro en función cognoscitiva. Sin embargo, es un hecho que las enfermedades demenciales son mas 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).

3.6.1. TRASTORNOS DE DEPRESIÓN SIGNOS Y SÍNTOMAS

Evidentemente, la depresión es un hecho común e inflige una carga desproporcionada de enfermedad sobre las personas ancianas.

La depresión es el trastorno psiquiátrico que se da con más frecuencia en esta población. Pocos escapan a su estado de ánimo, y un estado de ánimo deprimido o distímico es sólo un síntoma. La depresión se consideraba como el resultado de unos sentimientos ambientales interiorizados sobre el efecto perdido que se creía que contenía los aspectos tanto odiosos como amorosos. Cuando estos sentimientos eran

incapaces de expresarse abiertamente se volvían contra el yo, dando lugar a síntomas de depresión.

La institucionalización de estas personas en residencias para la tercera edad, así como los cambios neurobiológicos propios de la edad avanzada suelen ser motivo de trastornos en el estado de ánimo. Las mujeres se ven más afectadas que los hombres por esta enfermedad.

3.6.2. CAUSAS

No existe una concepción unificada al respecto. Existen diferentes enfoques que explican las causas de la depresión, cada uno enfatiza un aspecto, pero las teorías más útiles parecen ser las que incluyen distintas variables. De esta manera, para explicar el proceso causal de la depresión se deben tener en cuenta diversos factores:

Ciertas personas por poseer características específicas (bioquímicas, genéticas, de personalidad) son más vulnerables que otras a desarrollar un episodio depresivo ante la aparición de un factor estresante.

La tríada de la depresión consiste en:

1. **Auto percepción negativa.** El individuo se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto propio, de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas cree que a causa de estos defectos, es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse, a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la felicidad y alegría. (Ej. "No sé hacer nada bueno", "Siempre fui y siempre seré un cobarde").

2. **Tendencia a interpretar sus experiencias de manera negativa.** Le parece que el mundo le demanda demasiadas exigencias y le pone demasiados obstáculos en el camino que le impiden alcanzar sus objetivos. Interpreta todas sus interacciones con el entorno en términos de frustración o derrota. (Ej. "Debo ser mal padre, porque si no mis hijos tendrían más disciplina).
3. **Visión negativa acerca del futuro, expectativa de continuas dificultades, sufrimientos y fracasos.** Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa hacerse cargo de una determinada tarea en el futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso (por ejemplo, "Podría tener un ataque al corazón si voy al supermercado").

3.6.3. LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ

El problema de salud mental más importante entre los ancianos es la depresión, debido al creciente aislamiento social y la tensión en la vejez. La adaptación a la vejez requiere el reemplazo de las pérdidas con nuevos roles y nuevas relaciones. Lamentablemente no todos los individuos pueden adaptarse con igual destreza.

Bellak (1975) observó que la depresión es un problema emocional ampliamente difundido y que no tiene límites de edad. Forma parte de la vejez más que cualquier etapa de la vida. Las razones más comunes para el suicidio entre los ancianos son: baja autoestima; exceso de autocrítica; desamparo; sentimientos de fracaso intelectual, económico, moral y, además, las pérdidas que son de distintas clases como la belleza y la fuerza física.

Una de las mayores causas de la depresión en los ancianos y, a la vez una de las más difíciles de soportar, es el tiempo desocupado. Esta situación es muy frecuente y fácil

de observar en los ancianos que se encuentran institucionalizados, ya que por lo general carecen de ocupación y entretenimiento adecuados a su edad.

“El viejo desarrolla una personalidad sui generis, deprimida por la desesperanza en un futuro existencial del ser y deformada por la desconfianza y el rechazo frecuente de los adultos mayores” (Girón Mena, 1982, Pág. 52).

De acuerdo con los argumentos y hallazgos antes mencionados se podría concluir que, la depresión no es un problema general de los ancianos, pero que sí es bastante común entre los que se encuentran institucionalizados. En Guatemala, esto se puede observar en instituciones de ancianos, ya que por lo general los ancianos que allí se encuentran son solitarios y carentes de recursos económicos, situaciones que facilitan un estado depresivo.

Se considera importante referirse al tema de la depresión en los ancianos, como el problema más importante de salud mental entre ellos. Por lo tanto, es significativo revisar los diferentes argumentos y hallazgos que se encuentran en la literatura al respecto.

Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. Por el contrario, la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con sus vidas. Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia.

Con un tratamiento adecuado, el anciano tendría una vida placentera. Cuando la persona de edad va al médico, puede sólo describir síntomas físicos. Esto pasa porque el anciano puede ser reacio a hablar de su desesperanza y tristeza. La persona mayor puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente

placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo.

3.6.4. LA ANGUSTIA EN LOS ADULTOS MAYORES[17]

En los ancianos es particularmente fácil confundir una depresión ansiosa con una neurosis de angustia. La angustia que aparece por primera vez en un paciente mayor debe poner al médico sobre aviso respecto a la posible existencia de una depresión.

La depresión en el anciano requiere la comprensión de cómo la depresión geriátrica difiere de la depresión de una población más joven, y de un diagnóstico diferencial preciso.

La reducción de los ingresos y de la capacidad física y la pérdida del apoyo familiar y de amigos, con frecuencia exigen cambios en el estilo de vida del anciano y, al mismo tiempo, reducen su capacidad, psicológica y fisiológicamente, para adaptarse a estos cambios. Estas circunstancias conducen con frecuencia a una pérdida de la autoestima y a sentimientos de inferioridad cada vez mayores. Presentan incapacidad física y, a menudo, problemas crónicos que producen un amplio rango de limitaciones y afectan la autoimagen.

La pérdida de la autoestima se va profundizando rápidamente, pero, a menudo, sin el comienzo más específico que se observa generalmente en la población más joven. El auto- reproche y la culpa no forman parte de la depresión de manera tan constante como en los grupos más jóvenes, pero aumentan las dolencias somáticas.

[17] http://www.depresion.psicomag.com/test_beck.php

3.7. RELACIONES FAMILIARES Y PERSONALES

Autores como Rocabruno y Prieto Ramos, plantean que resulta importante la protección que recibe el anciano de su familia porque está constituye el pilar fundamental de su vida; explican, además, que las relaciones intrafamiliares están determinadas por múltiples factores, unos de tipo físico material y otros psicológicos afectivos de los que dependen en mayor o menor medida, el fortalecimiento y la armonía de las relaciones intrafamiliares y el bienestar y la seguridad de los ancianos. La familia por lo general se ocupa de ellos y de esta forma se acentúa la imagen positiva y de cooperación que tiene la función familiar para este grupo poblacional.

En el núcleo familiar cercano, deberemos diferenciar netamente entre el anciano solo (la soledad de por si representa un riesgo geriátrico gerontológico) y por otro, al anciano que vive en contacto íntimo con su núcleo familiar. El primer elemento a evaluar es la medida en que ese núcleo familiar es continente o no para el anciano. Como Núcleo Familiar Continente entendemos a aquel que es capaz de instrumentar y mantener satisfechas las necesidades básicas del adulto mayor tanto las afectivas, como las sociales, económicas, etc.

Así mismo, deberemos reconocer que un núcleo familiar, que en determinado momento se manifiesta como continente, puede dejar de serlo en otro.
El anciano cumple normalmente una serie de roles dentro del contexto familiar, todo marcha bien mientras pueda seguir asumiendo las distintas tareas o, siendo copartícipe de la economía familiar (tanto en lo monetario como en lo afectivo).

El problema queda planteado cuando el anciano, por distintos motivos, (físicos, mentales, etc.) no puede seguir ocupando el lugar como normalmente lo ha hecho hasta ese momento.

Todo aquello que el grupo familiar tenía depositado en el anciano, en estos momentos no hay quién se haga cargo, cuando la situación del anciano como consecuencia de su estado personal le impide seguir asumiendo roles como pueden ser el cuidado de sus nietos, o todo lo que tenga que ver con su autovalidez, requiriendo que le sean aportados más cuidados, a cada uno de los integrantes del núcleo familiar se le crean nuevas obligaciones.

Esas responsabilidades les exigen en lo personal dedicación, dinero, tiempo; en lo grupal, asumir la nueva demanda en el cuidado del anciano la cual requiere un cambio de actividades y roles debiendo elaborar por parte del grupo familiar la ansiedad que todos esos cambios implican lo que no siempre es posible. Al analizar a los grupos familiares se observa que cuando el anciano satisface las necesidades del grupo , les permite establecer con él un buen vínculo el cual pasa a ser frustrante en el momento que deja de satisfacerlas, creándose así un vínculo negativo donde la hostilidad es permanentemente realimentada. Como consecuencia de esto, se producen aumentos en la conflictividad entre el grupo familiar y el anciano.

Tomando en cuenta estos elementos podría enunciarse que, en muchos casos, la capacidad continente del grupo familiar hacia el anciano estaría ligada a la incapacidad de éste de seguir asumiendo tareas y cumpliendo con ellas. El problema detonante o crítico es casi siempre la división de las responsabilidades por las diferencias generadas en el reparto no equitativo del trabajo o de las exigencias económicas que el cuidado del adulto mayor trae aparejadas. Se crean tensiones, controversias, disgustos, o alejamientos dentro del grupo familiar. La nueva situación intrafamiliar es vivida como distintas formas de violencia por cada uno de sus integrantes.

Cada uno está dispuesto a aportar al cuidado del anciano en la medida en que ha podido elaborar y asumir el vínculo con el ser querido. Entre otras cosas, los hijos

ven en la problemática de su padre o de su madre, la posibilidad de que en el futuro también se encuentre en la misma situación

Un miembro de un grupo, siguiendo el proceso natural de división del trabajo, se hace responsable de los aspectos negativos o atemorizantes de la tarea del cuidado del anciano, (su cuidador) en un acuerdo tácito en el que se compromete tanto él como los otros miembros de la familia, a encarar así el problema.

Una vez que la situación se agrava o el cuidador no resiste más, el grupo familiar decide que lo mejor que se puede hacer es alejar la fuente de ansiedad que les genera. Estar al cuidado de persona adulta mayor es poner al anciano fuera de su hogar en un asilo.

3.7.1. SATISFACCIÓN MATRIMONIAL

En el caso de la mayoría de la gente de edad, las responsabilidades directas de la paternidad, si alguna vez las hubo, han terminado. En promedio, las parejas de ancianos informan que se sienten más satisfechas con su matrimonio después de la partida de los hijos. Quizá al principio hayan tenido algunas dificultades para adaptarse uno al otro como pareja, ya sin las interrupciones de los hijos o las obligaciones del trabajo, pero casi todos los matrimonios refieren menos estrés y mayores sentimientos de satisfacción y armonía (Lee, 1988; Olson y Lavee, 1989).

Los elevados índices de divorcio y segundo matrimonio han originado complicaciones particulares. No es de sorprender que los abuelos suelan referir mayor cercanía con sus nietos si su hijo tiene la custodia. Algunos abuelos piensan que cumplen la función importante de mantener la estabilidad y un sentido de los valores en épocas de trastornos familiares (Johnson y Barer, 1987).

3.7.2. LAS RELACIONES CON HERMANOS Y AMIGOS

En la vejez, muchos afirman tener mayores contactos e intereses por sus hermanos. A menudo, se renuevan y revitalizan relaciones que fueron bastante distantes en la parte atareada de la vida adulta. Los hermanos comparten estancias, se brindan consuelo y apoyo en tiempos de crisis y se cuidan unos a otros en las enfermedades. Son compañeros apreciables por las reminiscencias que conducen a la integridad del ego. Quizá también colaboren para organizar y brindar auxilio a un pariente enfermo (Goetting, 1982).

Las relaciones con los hermanos no siempre son gratas; sin embargo, cierta responsabilidad familiar entre ellos es una parte común de la red social de los adultos mayores. Esto es particularmente importante para los solteros o los ancianos que requieren cuidados y asistencia pero no tienen hijos crecidos capaces de hacerse cargo.

También las amistades de casados y solteros brindan notable estabilidad y satisfacción con la vida. No obstante, la mayor parte de los estudios que comparan las relaciones amistosas y las familiares encuentran claras distinciones. Casi todos los ancianos piensan que estas últimas son intrínsecamente permanentes, que uno cuenta con los parientes para compromisos a largo plazo. Los amigos ayudarán con las emergencias, como una enfermedad repentina, pero las responsabilidades duraderas son para la familia (Aizenberg y Treas, 1985).

3.7.3. LAS COMUNICACIONES[18]

Otro de los problemas que se considera importante entre los ancianos y especialmente entre los que se encuentran en instituciones, es el problema de la falta de

[18] P. René Bize y Claude Vallier, “La Psicología Moderna; Una vida nueva: La 3ª. Edad”; Ediciones Mensajero Bilbau; año. 1976. Pág. 232

comunicación, que finalmente conduce a la soledad; por lo que se considera necesario referirse a ello con más detalle.

Dentro de la familia, la vejez está lejos de hallarse exenta de conflictos: entre los esposos, a veces conflictos de generación con los hijos, y más a menudo conflictos a propósito de la educación en los nietos. Los abuelos están ya jubilados y no ofrecen la estampa del trabajo; están más disponibles afectivamente, por lo que son más propensos a animar a los niños; cuando a éstos los reprenden sus padres, hallan una atmósfera diferente y añoran el paraíso perdido; y entonces es preciso llevar a cabo todo una difícil labor de reacondicionamiento.

3.7.4. LA COMPRENSIÓN[19]

Temiendo ser desvalorizados, sintiéndose a sí mismos desvalorizados, los adultos mayores sienten vivamente la consideración que se les demuestra; nada les produce mayor alegría que oírles contar su vida, con sus sinsabores y sobre todo sus triunfos. Al obrar de este modo respecto a ellos, el médico y sus auxiliares pueden llegar a conseguir que admitan tratamientos a veces complejos, de larga duración, e incluso intervenciones mutiladoras; por los demás, en conjunto, los ancianos respetan la personalidad médica y agradecen los alivios que se les pueden proporcionar. Hasta el punto de que cuidar a las personas mayores produce grandes satisfacciones sentimentales, sintiéndose respecto a ellos como hijo, hermano y hasta padre. Esto es tanto más fácil cuanto que el propio médico se acerca a la tercera edad o se encuentra ya en ella; se comprenden mejor los problemas de aquellos de los que uno no se encuentra ya tan alejado.

Con el objetivo de llevar a cabo estos efectos en los ancianos, se llevó a cabo el presente estudio.

---

[19] Ibíd. Pág. 234

4.1. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente tema de investigación se enmarca dentro de **área de la Psicología Clínica**. Y debido a sus características pertenece **al área de la psicología del desarrollo**, donde se analizarán todas las reacciones psicológicas, que surgieron por efecto de la institucionalización en el que se encuentra el anciano, que para muchos puede provocar un desequilibrio emocional. Y es precisamente en esta etapa de la ancianidad donde ponemos nuestro interés para tener referencias sobre el tema de estudio.

Al no existir en nuestro medio tratados sobre la problemática propuesta, recurrimos al estudio **Exploratorio Descriptivo,** por ser este el primer trabajo de investigación que se realiza en Tarija referido al tema; y porque hemos analizado de manera general el problema en cuestión.

Desde otra perspectiva, este trabajo puede tipificarse como un estudio **Descriptivo Diagnóstico,** puesto que se pretende describir y conocer las causas, situaciones del objeto de investigación y posteriormente analizar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste. Y vamos a describir las características más precisas de los efectos psicológicos más importantes de los ancianos institucionalizados.

La investigación se realiza de forma **transversal** ya que observamos un corte de la muestra de ancianos de diferentes edades, por el tipo de investigación y en un tiempo reducido.

Es **Teórico,** porque la investigación nace de una duda científica**;** contribuye más que todo en una investigación y por tanto en información teórica que se basa en el conjunto de conceptos básicos referidos al tema en particular, que reflejan objetivamente la realidad.

Para el tratamiento y análisis de los datos se utilizarán los métodos cuantitativo y cualitativo: **Cuantitativo,** porque nos informa de los datos empíricos y medibles en términos de "cuantos", expresados a través de los procesos estadísticos en forma de cuadros, gráficos, porcentajes seguidos de su correspondiente descripción de las variables como la autoestima, la ansiedad, la depresión, la relación familiar y social, etc.

Cualitativo, porque estudia aspectos interpretativos de los datos empíricos medibles de cada una de las variables mencionadas. Esta perspectiva analítica se centra sobre todo en el estudio de los "por qué" y los "para qué". Dicho estudio cualitativo busca describir, precisar, valorar y analizar fenómenos en los que se privilegia la perspectiva del sujeto investigado.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1. POBLACIÓN

Para la presente investigación la población de estudio está compuesta por el total de ancianos institucionalizados de la ciudad de Tarija, que son un número de 170 personas residentes en el hogar "Santa Teresa de Jornet", única institución que tiene como tuición al servicio a personas de la tercera edad, de ambos sexos, comprendidos entre los 65 años de edad en adelante.

A continuación detallamos las variables o características de la selección de nuestra muestra.

1	Edad, comprendida de 65 años y más.
2	Institucionalizados más de un año.
3	Lucidez mental.
4	Autonomía motriz.

4.3. MUESTRA

Para nuestra muestra de la investigación tomamos a 17 ancianos institucionalizados, lo que significa un 10% de la población total institucionalizada. Además, se estudió a otro grupo de 17 personas adultas mayores no institucionalizadas, con similares características con el objetivo de comprender mejor los efectos que provoca la institucionalización y comprobar los resultados obtenidos de la muestra.

El **muestreo**[20] fue de carácter No-Probabilística **(intencional o por conveniencia),** es decir, que del total de la población el investigador seleccionará a cierto número de individuos con las características más propicias para la aplicación de los instrumentos de la investigación tomando en cuenta las variables de selección; esto, con el objetivo de facilitar el acceso a información confiable que nos puedan brindar los ancianos y tener una muestra con características especificas de acuerdo a nuestra investigación.

4.4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para el presente estudio, se emplearán los siguientes métodos, técnicas e instrumentos:

MÉTODOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
TEST PSICOLÓGICOS	INVENTARIO	Inventario de Autoestima 35B
	CUESTIONARIO	Cuestionario de Rojas para Valorar la Ansiedad.
	INVENTARIO	Inventario de Depresión de Beck
ENTREVISTA ORAL	SEMI- ESTRUCTURADA	Cuestionario de Relación Familiar y Social.

[20] Egg, Ander. Instrucción a las Técnicas de Investigación social. Humanistas. Argentina. (1979) Pág. 89

4.5.1. CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA 35-B

El inventario de autoestima forma 35B, fue creado por De los Ríos Yaqueline (1999), este instrumento mide el nivel de Autoestima actual del sujeto, dando un puntaje específico. Este inventario consta de cincuenta ítems, a los que el individuo responde con cuatro alternativas en un rango de 0 a 3, donde 0: falso, 1: Es algo cierto, 2: Creo que es cierto y 3: Estoy convencido de que es cierto. El resultado que se obtiene de esta prueba es el indicador del nivel de Autoestima que tiene el sujeto. La escala de autoestima comprende diez rangos cada uno con sus determinados niveles.

Este instrumento contribuye al primer objetivo específico que pretende describir el nivel de autoestima de los adultos mayores institucionalizados.

4.5.2. CUESTIONARIO DE ROJAS PARA VALORAR LA ANSIEDAD[21]

Este test fue construido por Enrique Rojas Montes, editado y validado el año 2000. Este instrumento nos ayuda a determinar el nivel de ansiedad de las personas, tomando en cuenta los síntomas físicos, síntomas psicológicos, síntomas de conducta, síntomas intelectuales y síntomas asertivos.

Este cuestionario de Rojas, se puede administrar de forma individual y colectiva, consta de cien preguntas que se clasifican mediante una escala de puntuación que puede ser: Banda Normal, ansiedad ligera, ansiedad moderada, ansiedad grave y ansiedad muy grave.

Este instrumento apoya al segundo objetivo específico, que nos ayudará a precisar los niveles de ansiedad.

[21] Rojas, Enrique. La Ansiedad. Ed. Paidos (2007). Buenos Aires. Pág. 30

4.5.3: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK – BDI-II[22]

Esta prueba psicológica nos permite determinar el grado de depresión de las personas, para ello se toma en cuenta las siguientes temáticas: El estado de ánimo, la visión del futuro, el sentimiento de satisfacción personal y los sentimientos de culpabilidad.

El mismo, consta de 21 preguntas que se clasifican tomando en cuenta las veces que se repitan las respuestas, lo que nos indica que mientras más respuestas negativas aparezcan, más complejo es el cuadro depresivo.

Este instrumento contribuye al tercer objetivo específico, el mismo que nos ayudará a valorar el grado de depresión de los adultos mayores.

4.5.4: CUESTIONARIO DE RELACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL

Es una técnica muy usual de investigación. Mediante los cuestionarios, al igual que con la entrevista, el investigador puede respetar la información.

Esta técnica es útil en los estudios descriptivos y en las fases de exploración para el diseño del instrumento de recolección de datos. Fue el medio más eficiente de recolección mediante preguntas que respondió el entrevistado, su particularidad radicó en que el entrevistador y el interrogado se encontraron personalmente, esto facilitó obtener datos de su situación personal. Al mismo tiempo aportó para comprender las expectativas que los informantes tienen respecto a sus vidas, experiencias; también facilitó profundizar la problemática que los aqueja.

Este instrumento está adaptado a recabar información sobre la relación de la vida interpersonal del anciano, (familia, amigos, miembros encargados del hogar, etc.).

[22] Beck T., Aaron, Steer A. Robert, Brow K., Gregory (2006). Inventario de Depresión Beck (BDI-II). Buenos Aires: Paidos.

Este cuestionario colaborará a la mejor comprensión de la situación socio-familiar del anciano y pertenece al último objetivo.

4.6. PROCEDIMIENTO

El procedimiento que se empleó en la presente investigación se basó en las siguientes fases.

- **Revisión Bibliográfica:** Esta fase consistió en la exploración bibliográfica relacionada con la búsqueda y obtención de la bibliografía referida a la investigación con el fin de recabar información acerca de la investigación que nos ayudará a fundamentar nuestro trabajo en cuestión y, por último, contactos con la institución del hogar de ancianos.

- **Prueba piloto:** Así mismo, se realizaron entrevistas con informantes claves, que puedan colaborar a focalizar los instrumentos que manejamos en la siguiente investigación y la respectiva aprobación de los mismos. Se consultó con el Director del área, docente de la materia y luego se realizó entrevistas con la Directora del hogar de ancianos para obtener la aceptación y el respectivo permiso para realizar la aplicación de los instrumentos dentro de la institución.

- **Selección de la muestra:** Esta fase consistió en la selección de la muestra de acuerdo a las variables de selección previstas anteriormente en la misma manera intencional; esta parte fue la más difícil porque tuvo que ver mucho la aceptación de los adultos mayores para ser entrevistados, ya que no todos aceptaban ser interrogados sobre su vida personal o cómo se sienten emocionalmente; también se tomó la misma cantidad en ambos sexos para ser entrevistados, tanto institucionalizados como el grupo no institucionalizado.

- **Recolección de datos:** Procedimos al recojo de los datos correspondientes, tanto en los test psicológicos empleados, cómo también en el cuestionario adaptado a la población anciana institucionalizada y no institucionalizada.

  Primero empezamos a establecer raport con los adultos mayores, explicándoles el motivo por el cual nos encontrábamos ahí y cuál era nuestro objetivo.

  Posteriormente empezamos con a los varones que estaban predispuestos a bridarnos información valiosa para nuestra investigación. Lo hicimos aplicando el cuestionario de Autoestima 35-B, el Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Rojas y posteriormente el cuestionario de Relación Socio-Familiar. La misma modalidad se siguió con las mujeres ancianas institucionalizadas.

  La aplicación de los instrumentos dentro del asilo duró aproximadamente tres meses, comenzamos a mediados de marzo hasta finales de mayo, la aplicación fue personal y no hubo otra persona que tuvo contacto con los adultos mayores en la recolección de datos. Y se llevo a cabo todas las tardes de lunes a viernes con una duración de dos horas y media.

  La aplicación no fue tan fácil, porque no se podía avanzar rápido, debido a las características del tipo de población de estudio, por ejemplo: cuando se les hacia una pregunta, tendían a explayarse demasiado y esto ameritaba ser más comprensibles y escuchar sus sentimientos y preocupaciones, pero en algún momento esto tenía que cortar y seguir con la aplicación.

  Con la muestra no institucionalizada, se manejo la misma modalidad descrita más arriba; empezamos aplicando primero el cuestionario de las relaciones socio-familiares y posteriormente los demás instrumentos; esto nos llevó un

tiempo de dos meses aproximadamente desde mayo a junio, con lo cual terminamos la recolección de datos.

- **Procesamiento de datos:** En esta fase, se realizó la tabulación y elaboración de tablas de salida de los resultados que posteriormente fuerón interpretados en base a los objetivos trazados en el Diseño Teórico**.**

- **Redacción del informe final**: Se procedió a elaborar el informe final de acuerdo con los resultados, donde figuran las informaciones, resultados y conclusiones del trabajo realizado.

V. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se expone los resultados obtenidos con técnicas e instrumentos de investigación aplicados a todos los adultos mayores institucionalizados, como también al grupo de personas adultas mayores no institucionalizadas que componen la muestra poblacional para la realización del presente trabajo de investigación denominado: "***Efectos psicológicos de la institucionalización en adultos mayores de la ciudad de Tarija".***

El proceso de presentación y análisis de los datos está de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación.

Para la presentación de los resultados, se utilizaron cuadros de distribución de frecuencias e histogramas; los estadísticos que se utilizaron fueron la frecuencia absoluta y el porcentaje.

Objetivo Específico Nº 1: *Describir el Nivel de Autoestima de los adultos mayores institucionalizados.*

Para este objetivo, se utilizó el Inventario de Autoestima Forma 35B. Se hizo una descripción de los niveles de autoestima que presentan los adultos mayores institucionalizados y posteriormente comparados con los niveles de autoestima de las personas adultas mayores no institucionalizadas.

Este análisis e interpretación se basó en las gráficas y cuadros estadísticos en base a los porcentajes que presentamos a continuación.

Cuadro Nº 1

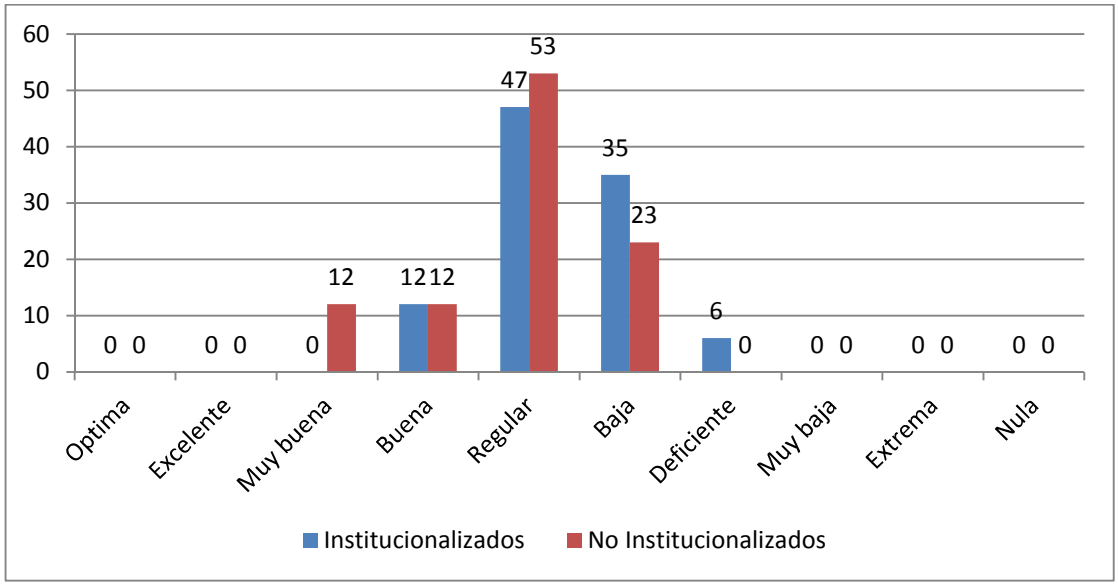
Nivel de Autoestima

Comparación entre Pacientes Institucionalizados y Pacientes No Institucionalizados

Nivel de Autoestima	**Institucionalizados**		**No Institucionalizados**	
Diagnóstico	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Optima	0	0	0	0
Excelente	0	0	0	0
Muy buena	0	0	2	12
Buena	2	12	2	12
Regular	8	47	9	53
Baja	6	35	4	23
Deficiente	1	6	0	0
Muy baja	0	0	0	0
Extrema	0	0	0	0
Nula	0	0	0	0
Total	17	100	17	100

Gráfico Nº 1

Nivel de Autoestima



De acuerdo a los datos obtenidos se puede indicar lo siguiente:

Se puede evidenciar en el cuadro que los porcentajes en los adultos mayores institucionalizados tienen una tendencia de ir de la autoestima regular hacia la autoestima baja, con un porcentaje de 88% lo que nos hace suponer que a estas personas adultas les falta confianza personal, lo que disminuye su capacidad para enfrentarse a los múltiples problemas y conflictos que se les presentan; la falta de confianza hace que eviten los compromisos y, por lo tanto, aborden nuevas responsabilidades. Al faltarles autoconfianza, difícilmente se fijan metas y aspiraciones propias por lo que son más vulnerables a actuar de acuerdo con lo que se espera de ellos y no de acuerdo a sus propias decisiones. En cambio en los adultos mayores no institucionalizados la tendencia varía de una autoestima regular hacia la autoestima buena con un porcentaje de 77% con lo que nos hace suponer que estos adultos mayores no institucionalizados tienen la capacidad de afrontar y superar las dificultades personales al enfrentarse a los problemas con una actitud de confianza

personal, tienen la capacidad de adquirir compromisos y por lo tanto de ser responsables al no eludirlos por temor; tienen más capacidad de figar sus propias metas lo que les permite establecer relaciones sociales más igualitarias y satisfactorias, al ser más asertivas y enfrentarse a los conflictos con actitud positiva.

Por lo anteriormente planteado, se puede concluir que la institucionalización del adulto mayor supone el deterioro en los niveles de autoestima, lo que de alguna manera puede deberse al abandono que ellos sienten al estar en un lugar donde muchas veces no quisieran estar. Con la institucionalización se van dando también grandes cambios como por ejemplo, las visitas de los familiares y amigos cercanos va disminuyendo con el transcurso del tiempo, siendo frecuentes al comienzo de la institucionalización y poco frecuentes o nada frecuentes después de haber transcurrido algunos años. Esta sensación de abandono que va experimentando el adulto mayor repercute de manera negativa en su autoestima, pues al no tener personas que le brinden cariño, que se preocupen por ellos y valoren su existencia como tal, éstos van cayendo cada vez más en una apatía e indiferencia hacia los demás.

Objetivo Específico Nº 2: *Precisar los Niveles de Ansiedad de los adultos mayores institucionalizados.*

Para este objetivo, se utilizó el Inventario de Rojas para Valorar la Ansiedad, con la finalidad de recabar información y conocer si los niveles de ansiedad aumentan en este grupo en particular. Analizamos si la institucionalización influye en la misma y posteriormente se hizo la comparación con el grupo de personas no institucionalizadas. Este análisis e interpretación se basó en los cuadros estadísticos cuyos porcentajes presentamos a continuación.

Cuadro Nº 2

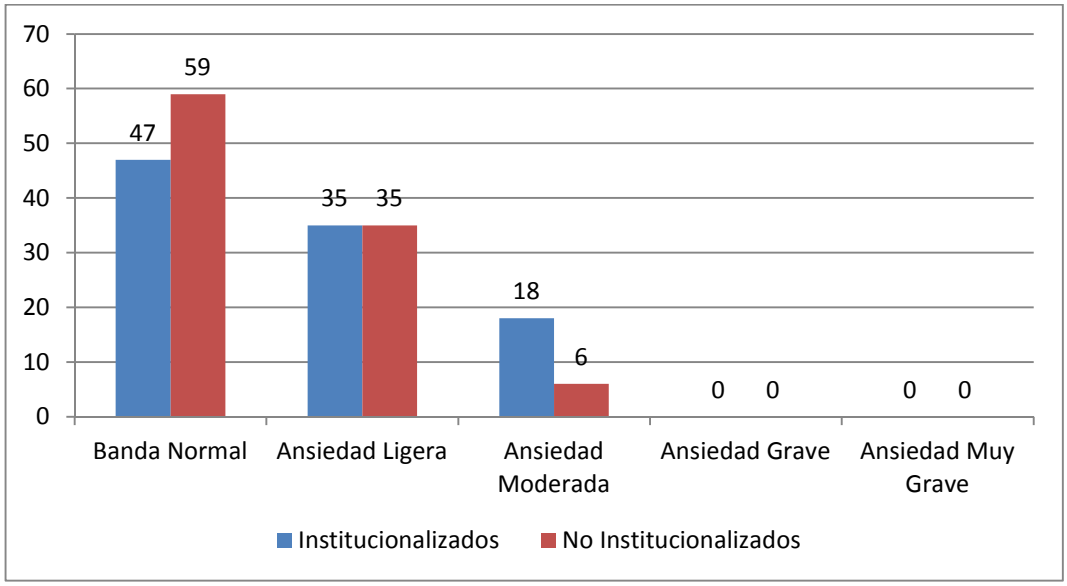
Nivel de Ansiedad

Comparación entre Pacientes Institucionalizados y Pacientes No Institucionalizados

Nivel de Ansiedad	**Institucionalizados**		**No Institucionalizados**	
Diagnóstico	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Banda Normal	8	47	10	59
Ansiedad Ligera	6	35	6	35
Ansiedad Moderada	3	18	1	6
Ansiedad Grave	0	0	0	0
Ansiedad Muy Grave	0	0	0	0
Total	**17**	**100**	**17**	**100**

Gráfico Nº 2

Nivel de Ansiedad



Según el análisis del cuadro y su gráfica para el segundo objetivo, los porcentajes más destacados, son:

Que los adultos mayores institucionalizados manifiestan niveles elevados de ansiedad llegando a un porcentaje de 18% de ansiedad moderada superando significativamente a los adultos mayores no institucionalizados lo cuales muestran un porcentaje de 6% de nivel de ansiedad moderada. Con lo cual se puede indicar que aquellos adultos mayores institucionalizados muestran mayores síntomas de ansiedad, como por ejemplo, taquicardia, sudoraciones, temor a la muerte, tristeza, sentimientos de abandono, irritabilidad, y poca disposición para poder realizar actividades intensas, poca capacidad de concentración, creencia de que la solución más óptima para su bienestar personal es la de estar junto a sus seres más queridos, y también puede deberse de alguna manera a las condiciones físicas, psicológicas y al entorno en el cual se desenvuelven diariamente.

En cuanto al nivel de ansiedad ligera, se puede ver que ambos grupos han llegado a los mismos porcentajes que es el de 35%. Por otro lado, se puede ver que el nivel de ansiedad normal prevalece más en aquellos adultos mayores no institucionalizados con un porcentaje de 59%, que en los adultos mayores institucionalizados llegando solamente a un 47% de ansiedad normal.

Tratando de indagar los tipos o síntomas de ansiedad que predominan en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados se ha elaborado el siguiente cuadro, donde se ha sumado los puntajes brutos de cada síntoma de los cuestionarios de cada sujeto entre el número de personas aplicadas.

Sub-Cuadro de Ansiedad
Síntomas Predominantes

	Institucionalizados	**No Institucionalizados**
Síntomas Físicos	25,47	23,12
Síntomas Psíquicos	20,53	16,71
Síntomas Conductuales	20,82	23,00
Síntomas Intelectuales	26,47	17,12
Síntomas Asertivos	21,24	18,71

Como se puede observar en el cuadro, existen promedios elevados en los síntomas físicos, tanto en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, indicando con esto que los síntomas que aparecen más a menudo en este tipo de población son: palpitaciones, opresión precordial, temblores, hipersudoración, sequedad de la boca, nudo en la garganta, sensación de falta de aire, dificultares respiratorias, opresión en la zona del pecho, pellizco gástrico, ruborizarse y ponerse pálido.

Por otro lado se puede ver que en los adultos mayores institucionalizados se encuentra también un predominio de los síntomas intelectuales que se presentan a través de: adelantar conclusiones negativas, tener un pensamiento radical, generalizaciones continuas negativas, centrarse en detalles selectivo nocivos, diversos errores en el procesamiento de la información, expectación generalizada de matiz negativo, pensamientos preocupantes, pensamientos ilógicos, dificultad de concentración y trastorno de la memoria. Mientras, que en los adultos mayores no institucionalizados predomina los síntomas de conducta que se presentan como: estado de vigilancia, alerta, dificultad para la acción, bloqueo afectivo trastorno del leguaje no verbal.

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado, se puede ver una clara tendencia que los adultos mayores institucionalizados tienen porcentajes más elevados en los niveles de ansiedad moderada y ansiedad grave, que aquellos adultos mayores no institucionalizados. A su vez se puede notar que los síntomas predominantes en los adultos mayores institucionalizados son los físicos e intelectuales, mientras que en los no institucionalizados se encuentra un predominio de los síntomas físicos y conductuales.

A manera de conclusión, se puede indicar que la institucionalización del adulto mayor afecta de alguna manera en el nivel de ansiedad, considerando que los porcentajes de ansiedad normal son más bajos en los adultos mayores institucionalizados; este porcentaje se ve disminuido por el incremento de los otros niveles más elevados de ansiedad. En contraste a eso, se ve un elevado porcentaje en el nivel de ansiedad normal en aquellos adultos mayores no institucionalizados, esto llega a ser de alguna manera bueno para el adulto mayor, puesto que de esta manera es poco el porcentaje en niveles de ansiedad más elevados.

Objetivo Específico Nº 3: *Valorar el grado de presencia de los Síntomas Depresivos de los adultos mayores.*

El instrumento utilizado para este objetivo es el Inventario de Depresión de Beck – BDI-II, el cual nos permite determinar el grado de presencia de depresión en las personas adultas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas.

Cuadro Nº 3

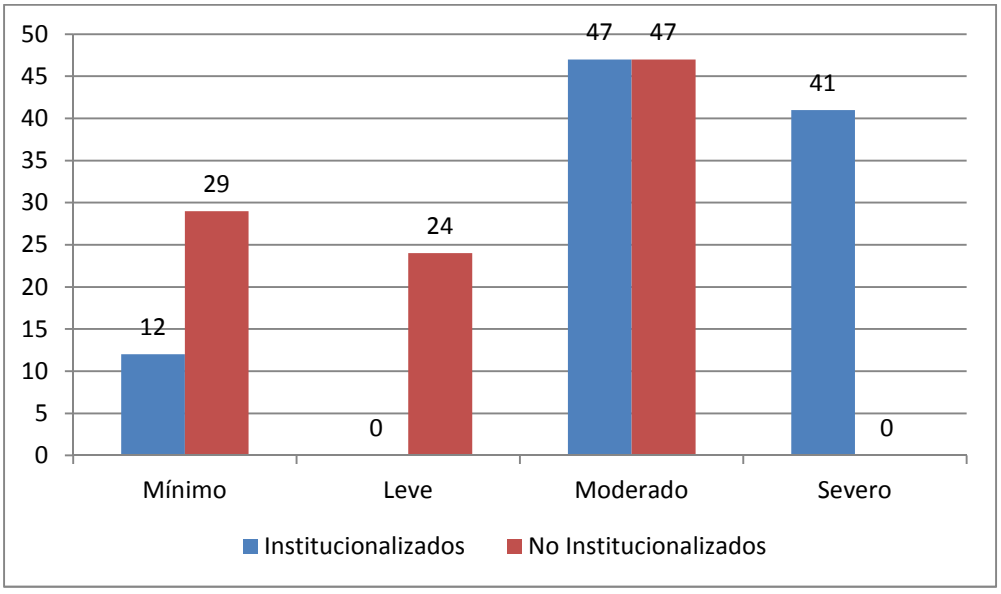
Nivel de Depresión

Comparación entre Pacientes Institucionalizados y Pacientes No Institucionalizados

Nivel de Depresión	Institucionalizados		No Institucionalizados	
Diagnóstico	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Mínimo	2	12	5	29
Leve	0	0	4	24
Moderado	8	47	8	47
Severo	7	41	0	0
Total	**17**	**100**	**17**	**100**

Gráfico Nº 3

Nivel de Depresión



En el siguiente cuadro se hace la presentación de los resultados a los cuales se ha llegado en lo que refiere al nivel de depresión tanto en adultos institucionalizados como en no institucionalizados, llegando a los siguientes resultados:

Como se puede ver en el cuadro, el 41% presenta un grado de depresión severa, lo que indica que el adulto mayor institucionalizado tiene una autopercepción negativa, donde el individuo se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto propio, de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas cree que a causa de estos defectos, es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse, a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. De la misma manera tiene una Tendencia a interpretar sus experiencias de manera negativa, puesto que le parece que el mundo le demanda demasiadas exigencias y le pone demasiados obstáculos en el camino que le impiden alcanzar sus objetivos. Y por último, posee una visión negativa acerca del futuro, expectativa de continuas dificultades, sufrimientos y fracasos lo que se da cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables.

Por otro lado, se puede ver que ambos grupos han llegado a un grado de depresión moderada con el mismo porcentaje de 47%. También se puede indicar que en los niveles de depresión mínimo y leve en los adultos mayores institucionalizados asciende a un 12%, mientras que en los adultos mayores no institucionalizados se ha alcanzado el 53%, con lo cual se puede evidenciar una clara distinción entre los grados de depresión entre los adultos institucionalizados y no institucionalizados.

De manera general, se puede ver que la tendencia en los adultos mayores institucionalizados es tener mayores índices en los grados de depresión moderada y severa, en comparación de los adultos mayores no institucionalizados, quienes tienen la tendencia general de puntuar en niveles más bajos de depresión.

Por lo cual se puede concluir que entre los ancianos institucionalizados la soledad, el aburrimiento, la falta de perspectivas y de actividades, les empuja sobre todo hacia la depresión, que suele ser muy aguda y profunda, tanto, que a veces se confunde con un principio de Alzheimer, como pérdidas de facultades intelectuales lo que no es sino una apatía depresiva.

En el peor de los casos, la familia (esté presente o no) y los propios ancianos asumen su estado como algo natural propio de la edad. La depresión senil y la ansiedad ante el miedo a la enfermedad y la muerte, se traducen en quejas físicas y en llamadas de atención constantes a la familia.

Objetivo Específico nº 4: *Analizar la relación familiar y social de los adultos mayores institucionalizados.*

El instrumento utilizado para este objetivo fue un Cuestionario de Relaciones Familiares y Sociales, aplicados a las personas mayores institucionalizas y otro similar a las personas mayores no institucionalizadas.

Cuadro Nº 4

Número de Hijos

	Institucionalizados		**No institucionalizados**	
Nº de Hijos	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Frecuencia**	**Porcentaje**
De 1 a 3	11	64	7	41
De 4 a 6	2	12	8	47
De 7 a 9	2	12	2	12
No tiene hijos	2	12	0	0
Total	**17**	**100**	**17**	**100**

Después de haber corregido los cuestionarios en relación a la pregunta referida al número de hijos, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

Como se podrá observar en el cuadro, un 76% de la población de adultos mayores que tienen menos de tres hijos se encuentran institucionalizados en un asilo de ancianos, en contraste con los adultos mayores no institucionalizados, sólo el 41% tiene menos de tres hijos. Siguiendo esa misma línea de análisis, se pude evidenciar que el 12% de los adultos mayores institucionalizados cuenta con 4 a 6 hijos, y un porcentaje elevado de 47% de los adultos no institucionalizados menciona tener la cantidad de 4 a 6 hijos.

Por lo anteriormente planteado, se llega a la conclusión que mientras más hijos tengan el adulto mayor, menos serán las posibilidades de que sean internados en un asilo de ancianos, es decir, que al tener mayor cantidad de hijos mayor será la

posibilidad de que alguno de ellos se haga cargo de los cuidados y necesidades del adulto mayor, sin que este pueda llegar a un asilo.

Cuadro Nº 5

Lugar donde viven los hijos

	Institucionalizados		No institucionalizados	
Preguntas	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Fuera de la ciudad	12	70	4	24
En la ciudad, pero en otra casa	3	18	8	47
Viven con el (ella) en la misma casa	0	0	5	29
No tiene hijos	2	12	0	0
Total	**17**	**100**	**17**	**100**

De acuerdo a lo que se observa en cuadro, se puede destacar los siguientes porcentajes:

El 70 % de los adultos mayores institucionalizados indica que sus hijos se encuentran fuera de la ciudad, con lo cual se justifica de alguna manera el porqué los han abandonado en la institución, puesto que en algunos casos los hijos han tenido que ausentarse del país, mientras que otros sólo se han cambiado de ciudad para poder encontrar más oportunidades de trabajo. Por otro lado, se observa que sólo un 24% de adultos mayores no institucionalizados indican que sus hijos se han ausentado fuera del departamento.

Por otro lado, se puede ver que sólo el 18% de los adultos mayores institucionalizados indica que sus hijos se encuentran viviendo en la ciudad, pero que han abandonado su casa para poder formar su propia familia, hecho por el cual fueron institucionalizados puesto que los hijos están tratando de formar una nueva familia y se les debe hacer complicado o difícil cuidar y atender a sus padres. En cambio, el 47% de los adultos mayores no institucionalizados indica que sus hijos viven en otra casa.

Dentro de este cuadro lo que llama la atención es que un 29% de los adultos mayores no institucionalizados, aun conviven con sus hijos, lo que en cierto modo es satisfactorio para los ancianos y que todavía se sienten muy responsables de ayudar a sus hijos adultos si lo requieren, pero también se muestran preocupados por no interferir. Los padres suelen brindarles diversas formas de asistencia, desde dinero hasta cuidar a los nietos o darles consejos. La calidad de abuelo suele ser vista como una de las funciones más satisfactorias del periodo. Los estudios han mostrado que muchos abuelos establecen fuertes relaciones camaraderiles con sus nietos, que se fundan en el contacto regular y que son la base de lazos emocionales cercanos y amorosos. Actividades y satisfacciones que se ven coartadas en los adultos mayores institucionalizados puesto que no tienen las mismas oportunidades para poder desarrollar lazos afectivos y emocionales con sus nietos y demás familiares ya que el periodo de visita muchas veces suele ser corto y esporádico, lo que dificulta sobremanera la capacidad de poder forjar lazos afectivos duraderos.

Como conclusión, se puede indicar que la mayoría de los hijos de los adultos mayores institucionalizados se encuentran fuera de la ciudad, por lo cual se ven obligados a tener que dejarlos en un asilo de ancianos para que esta institución pueda brindar las comodidades necesarias al adulto mayor.

Cuadro Nº 6

Personas con las que vive

	Institucionalizados		**No institucionalizados**	
Preguntas	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Solo	6	35	3	18
Con un familiar	7	41	2	12
Con dos o más familiares, (esposa, hija, nietos, etc.).	4	24	12	70
Total	**17**	**100**	**17**	**100**

De acuerdo a los datos obtenidos, se puede indicar lo siguiente:

No importa mucho si los adultos mayores institucionalizados antes de ingresar al asilo hayan vivido solos, con un familiar o con dos o más familiares, igual han sido institucionalizados, lo que hace suponer que ha debido haber algunas circunstancias que los ha llevado a institucionalizarlos, circunstancias como pérdida del familiar que se hacía cargo o lo acompañaba, el viaje de los mismos o factores económicos que obligaron al adulto a ingresar a la institución.

Como se puede observar, el porcentaje predominante en los adultos mayores no institucionalizados es el 70% quienes indican que viven con dos o más familiares, suponiendo de esta manera que estas personas viven aún con sus hijos y, por lo mismo, estas personas de algún modo se sienten más útiles o queridas al poder contar con el calor familiar que les brindan en muchas ocasiones las familias de sus hijos.

Cuadro Nº 7

Características de las Relaciones Familiares

	Institucionalizados						
	Antes						
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	
Preguntas	**Muy Mala**	**Mala**	**Regular**	**Buena**	**Muy Buena**	**No Contesta**	**Total**
¿Recibía visitas antes de sus familiares?	29,4	0	29,4	11,8	29,4	0	**100**
¿Cómo era la relación antes con su esposo (a)?	0	5,9	35,3	52,9	5,9	0	**100**
¿Cómo se sentía antes al estar separados de sus hijos?	5,9	23,5	41,2	17,6	0	11,8	**100**
¿Cómo era la relación con sus hijos, cuando ellos estaban con Ud., antes?	0	5,9	5,9	70,6	5,9	11,8	**100**
¿Cómo padre, que opinión tienen sus hijos hacia su persona, antes?	0	0	52,9	29,4	5,9	11,8	**100**

Continuación:

	Institucionalizados						
	Ahora						
	1	2	3	4	5	6	
Preguntas	**Muy Mala**	**Mala**	**Regular**	**Buena**	**Muy Buena**	**No Contesta**	**Total**
¿Recibe visitas ahora de sus familiares?	29,4	29,4	11,8	17,6	11,8	0	**100**
¿Cómo es la relación ahora con su esposo (a)?	11,8	11,8	5,9	5,9	0	64,7	**100**
¿Cómo se siente ahora al estar separados de sus hijos?	5,9	5,9	47,1	29,4	0	11,8	**100**
¿Cómo es la relación con sus hijos, ahora?	17,6	11,8	29,4	17,6	11,8	11,8	**100**
¿Cómo padre, que opinión tienen sus hijos hacia su persona, ahora?	5,9	0	35,3	41,2	5,9	11,8	**100**

Continuación:

	No Institucionalizados					
	1	2	3	4	5	
Preguntas	**Muy Mala**	**Mala**	**Regular**	**Buena**	**Muy Buena**	**Total**
¿Recibe visitas de sus demás familiares que no viven con Ud.?	5,9	0	29,4	23,5	41,2	**100**
¿Cómo es la relación con su esposo (a)?	58,8	0	5,9	23,5	11,8	**100**
¿Cómo se siente al estar separado de sus hijos?	0,0	11,8	47,1	41,2	0	**100**
¿Cómo es la relación con sus hijos, cuando ellos no están con Ud.?	5,9	0	11,8	76,5	5,9	**100**
¿Cómo padre o madre cuál es la opinión que tiene sus hijos sobre Ud.?	0	0	23,5	76,5	11,8	**100**

Cuadro Nº 8

Características de las Relaciones Familiares

Promedios

En el siguiente cuadro se muestran los promedios de los resultados obtenidos a cada una de las preguntas, las cuales se han llegado a obtener realizando la sumatoria de las respuestas de cada uno en cada una de las respuestas y dividiéndolo entre el total de sujetos a los cuales se les ha aplicado el cuestionario. El resultado se entenderá de

manera que el puntaje obtenido llegue a representar el indicador que más representa a dicha población objeto de estudio.

Preguntas	Institucionalizados		No institucionalizados
	Antes	Ahora	
¿Recibía visitas de sus familiares**?**	3,12	2,53	3,94
¿Cómo es la relación con su esposo (a)?	3,59	2,17	1,71
¿Cómo se siente al estar separados de sus hijos?	2,80	3,13	2,71
¿Cómo es la relación con sus hijos, cuando ellos están separados de Ud.?	3,87	2,93	3,76
¿Cómo padre cuál es la opinión que tienen sus hijos, hacia su persona?	3,47	3,47	3,88

De acuerdo a los datos obtenidos en el Cuestionario de Relación Familiar y Social, se puede indicar lo siguiente:

En cuanto a la primera pregunta en la cual indica que si recibía visitas, se ha podido notar que no hay una clara diferenciación en aquellos que recibían visitas y aquellos que no, puesto que en los porcentajes más elevados se ve un triple empate teniendo un porcentaje de 29,4% en los indicadores de Muy Bueno, Regular y Muy Malo,

Lo cual indica que existe un porcentaje considerable de adultos mayores, que reciben visitas fundamentalmente de hermanos, hijos y sobrinos. No obstante, existe un grupo considerable de ancianos que no reciben visitas ni mantienen relaciones con su familia. En general, sólo un porcentaje bajo de ancianos recibe visita de sus familiares allegados aunque la mayoría considera que la relación con su familia es buena.

En contraste, se puede apreciar el segundo cuadro, que si hay una predominancia en aquellos indicadores del cuestionario donde el adulto mayor indica que nunca o casi nunca han recibido visitas por parte de sus familiares y amigos.

Concluyendo de alguna manera que la institucionalización del adulto mayor, según pasa el tiempo, va disminuyendo las visitas y esto puede afectar considerablemente en la salud tanto física como emocional del adulto mayor.

En cuanto a la siguiente pregunta que es: ¿Cómo era la relación con su esposo (a)?, se puede notar que la mayor parte de los adultos institucionalizados indica que fue regular y buena con un 88,2%; por otro lado, el 64,7% de los adultos mayores indican que su esposo (a), ha fallecido, y han quedado viudos, por tal motivo muchos ingresan en un asilo de ancianos puesto que ya no había quien les pudiera brindar cuidados y compañía. Y las personas no institucionalizadas indican que un 58.8 % que su relación con sus esposos (as) fueron muy malas, pero esto cambió con el tiempo y ahora hay muchos que quedaron viudos, y los que aún viven indican el 23.5% que su relación es buena, porque ambos conyugues se brindan afecto, cuidados y por lo tanto suponemos que no es tan traumática la soledad que experimentan cuando los hijos se separan de ellos.

Con referencia a la tercera pregunta la cual indica ¿Cómo se sentía antes al estar separado de sus hijos? responden que se sentían entre mal y regular con un 58.8% del total de los adultos institucionalizados, mientras que ahora se sienten bien y regular al estar separados de sus hijos con un 76.5%, lo que de alguna manera puede deberse a la costumbre de vivir separados, tal vez los adultos mayores se sienten mejor estando en un asilo, que vivir desamparados por los hijos y demás familiares.

En cambio, las personas no institucionalizadas mencionan que se encuentran entre regular y bien con un 88.3%, al estar separado de sus hijos. Esto puede deberse a que los adultos mayores saben que pronto estarán de nuevo con sus hijos y además están rodeados de otros familiares y que de alguna manera hace que no se sienten solos, en comparación de los adultos mayores que están institucionalizados.

La cuarta pregunta referida a indagar acerca de: ¿Cuál era la relación con sus hijos cuando ellos estaban separados de Ud.?, se ha podido notar que el 70.6 % de los adultos mayores institucionalizados dice que era buena. Mientras que ahora no hay una clara diferenciación de los porcentajes obtenidos, llegando a tener una distribución homogénea aunque con una cierta elevación en el nivel de regular, lo que nos indica que las relaciones han cambiado de forma desfavorable para los adultos mayores, puesto que antes había una clara tendencia a las buenas relaciones, mientras que ahora se distribuye el porcentaje de manera igualitaria. En cambió, un 76.5 % de los adultos mayores no institucionalizados, afirman tener buenas relaciones con sus hijos.

Por último, acerca de la opinión que tenían sus hijos hacia su persona, estos indicaron que sus hijos poseen una opinión regular y buena con un 82.3% del total de la muestra seleccionada; por el contrario, ahora la situación ha cambiado significativamente indicando que sólo el 76,5 de los adultos institucionalizados cree en sus hijos lo consideran regular y bueno.

Por otro lado, las personas no institucionalizadas suponen o creen que sus hijos tienen una buena opinión de su persona con un puntaje de 76.5% lo cual puede indicar que fueron unos buenos padres y ahora están siendo correspondidos de la misma manera a través de sus cuidados y dedicación hacia a ellos. Esto no quiere decir que los adultos mayores que están institucionalizados fueron unos malos padres, sino que la institucionalización puede deberse a muchos factores que intervienen en la vida de cualquier ser humano.

A modo de conclusión, se puede indicar que los adultos mayores institucionalizados reciben menos visitas que antes; que las relaciones con su cónyuge de aquellos cuyos esposos (as) viven son buenas, y que ahora se sienten entre regular y bien al estar separados de sus hijos. También se puede concluir que ahora el nivel de relación entre

padres e hijos es regular y, por último, se puede ver que la opinión que tiene los hijos de sus padres disminuye con el pasar de los años.

Cuadro Nº 9

Actividades Relacionadas fuera del Hogar

	Institucionalizados					
	Antes					
	1	2	3	4	5	
Preguntas	Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	Total
9.1. Amigos	11,8	11,8	29,4	47,1	0	100%
9.2. Fiestas	29,4	47,1	0	11,8	11,8	100%
9.3. Cine	35,3	23,5	29,4	5,9	5,9	100%
9.4. Restaurante	35,3	5,9	47,1	5,9	5,9	100%
9.5. Paseos	5,9	17,6	41,2	17,6	17,6	100%
9.6. Actos	70,6	17,6	5,9	5,9	0	100%
9.7. Iglesia	11,8	5,9	11,8	11,8	58,8	100%

Continuación:

	Ahora					
	1	2	3	4	5	
Preguntas	Muy Mala	Mala	Regular	Bueno	Muy Bueno	Total
9.1. Amigos	41,2	17,6	35,3	0	0	100%
9.2. Fiestas	100	0	0	0	0	100%
9.3. Cine	100	0	0	0	0	100%
9.4. Restaurante	88,2	5,9	0	0	5,9	100%
9.5. Paseos	64,7	11,8	17,6	5,9	0	100%
9.6. Actos	94,1	0	5,9	0	0	100%
9.7. Iglesia	88,2	0	5,9	5,9	0	100%

Continuación:

	No institucionalizados					
	1	2	3	4	5	
Preguntas	Muy Mala	Mala	Regular	Bueno	Muy Bueno	Total
9.1. Amigos	5,9	0	29,4	52,9	11,8	100%
9.2. Fiestas	17,6	17,6	58,8	0	5,9	100%
9.3. Cine	64,7	11,8	17,6	0	5,9	100%
9.4. Restaurante	17,6	17,6	52,9	5,9	5,9	100%
9.5. Paseo	0	11,8	58,8	17,6	11,8	100%
9.6. Acto	64,7	17,6	5,9	5,9	5,9	100%
9.7. Iglesia	0	5,9	23,5	17,6	52,9	100%

Cuadro Nº 10

Actividades Relacionadas fuera del Hogar

Promedios

En el siguiente cuadro se muestran los promedios de los resultados obtenidos de cada una de las preguntas, las cuales se han llegado a obtener realizando la sumatoria de las respuestas de cada uno en cada una de las respuestas y dividiéndolo entre el total de sujetos a los cuales se les ha aplicado el cuestionario. El resultado se entenderá de manera que el puntaje obtenido llegue a representar el indicador que más representa a dicha población objeto de estudio.

	Institucionalizados		No institucionalizados
Preguntas	Antes	Ahora	
Amigos	3,12	2,06	3,65
Fiestas	2,76	1,00	2,59
Cine	2,24	1,00	1,71
Restaurante	2,41	1,29	2,65
Paseo	3,24	1,65	3,29
Actos	1,53	1,12	1,71
Iglesia	4,00	1,29	4,18

En cuanto a la interrogante ¿Cómo son sus actividades recreativas fuera del hogar?, podemos observar que las actividades con amigos, de los adultos mayores institucionalizados fueron buenas con un 47,1 % y que ahora han cambiado puesto ya que indican que las actividades lúdicas son muy malas con un 41,2%. Suponemos que el hecho de estar en un asilo institucionalizado ha reducido las actividades recreativas con sus amigos, puesto que al estar institucionalizados ya no los ven y esto hace que de alguna manera se vaya perdiendo contacto con los amigos; también puede ser por las limitaciones personales hacen que se dificulte el poder relacionarse para realizar actividades.

El 47,1% manifiestan que no asistían a fiestas antes de entrar en un asilo; como vemos, ahora el 100% ya no asiste a ninguna fiesta, lo que se puede deber en parte al estar dentro de una institución y que gracias a eso no pueden salir con tanta libertad a las fiestas que se les pueda invitar y por la edad que tienen puesto que de alguna manera ya no les atraen las fiestas como lo hacían antes. En cambió, el 58,8% de las personas no institucionalizadas asisten a fiestas regularmente, sean éstas familiares, religiosas, culturales, etc.

En las actividades recreativas como ir al cine mencionan que antes asistían de manera regular, frecuente y muy frecuente con un porcentaje de 41.4%. Pero a comparación de ahora el 100% de los adultos mayores nunca asisten a salas cinematográficas a ver una película, lo que se deba que los adultos mayores institucionalizados se encuentran encerrados y que sus familias no se preocupan por poder llevarlos al cine. En contraste, el 64,7 de las personas adultas mayores no institucionalizadas casi nunca asiste al cine, sólo el 17,6%, asiste algunas veces al cine o salas donde proyectan películas o documentales, de donde podemos suponer que aún se reúnen como familia para realizar este tipo de actividades.

En cuanto a las actividades como ir a restaurantes, el 58,9% de las personas institucionalizadas mencionan que van de manera regular, casi siempre y siempre, y que ahora sólo el 5,9% indica que siempre van al restaurante. El 52,9% de las personas no institucionalizadas van a restaurantes, con los familiares y amistades. Se puede observar en este grupo que todavía mantienen esas actividades recreativas que les ayuda mucho en su calidad de vida y bienestar personal.

En cuanto a las preguntas referidas a las actividades recreativas, como ser los paseos, actos o conferencias y si asisten a la iglesia fuera de la institución, podemos ver que las personas institucionalizadas a comparación de antes, disminuyeron la asistencia a estos lugares, esto debido a que están prácticamente separados de las actividades que antes solían realizar. Por otro lado, se encuentra una tendencia positiva en aquellos adultos no institucionalizados puesto que, según los datos que se pueden observar en los cuadros, éstos siguen asistiendo a paseos y de manera regular a la iglesia, aunque se ve que ha disminuido significativamente la asistencia a los actos y conferencias, lo que se puede deber a la disminución de la capacidad de atención por parte de estas personas adultas mayores.

En general, se puede concluir que según los datos obtenidos en el cuestionario, los adultos mayores institucionalizados indican realizar menores actividades ahora, que las acostumbraban ejecutar antes, tal vez puede deberse a la falta de atención, en particular en esta área de las necesidades del adulto mayor por parte de los familiares y/o por parte de la institución a cargo, que al no contar con formas de distracción que motiven al adulto mayor, con actividades que les agraden y que su estadía en la institución no lo vean como rutinario e improductivo. Según investigaciones, con respecto a las actividades cotidianas, todos han sufrido un descenso, además de una disminución en el estado de ánimo como nos indican las cuestiones relativas a sentimientos como ansiedad, depresión, tristeza o desánimo, etc.

Cuadros Nº 11

Aspectos relacionados a la estadía en la institución

	Porcentajes Institucionalizados					
	1	2	3	4	5	
Preguntas	**Muy Mala**	**Mala**	**Regular**	**Buena**	**Muy Buena**	**Total**
10.- ¿Cómo es su estado de ánimo, generalmente dentro del hogar?	0,0	23,5	52,9	23,5	0,0	100%
11.- ¿Cómo se lleva, o cómo es la relación con sus demás compañeros dentro del hogar?	0,0	17,6	58,8	17,6	5,9	100%
12.- ¿Cómo es la atención que recibe dentro del hogar por parte de los encargados (cocina, limpieza, enfermeras.etc.)?	0,0	0,0	47,1	41,2	11,8	100%
13.- ¿Cómo es la relación que mantiene con el equipo administrativo del hogar?	0,0	0,0	35,3	58,8	5,9	100%
14.- ¿Cómo es el grado de interacción con las demás personas del hogar?	5,9	52,9	35,3	5,9	0,0	100%

Cuadros Nº 12

Aspectos relacionados a la estadía en la institución: Promedios

En el siguiente cuadro se muestran los promedios de los resultados obtenidos de cada una de las preguntas, las cuales se han llegado a obtener realizando la sumatoria de las respuestas de cada uno en cada una de las respuestas y dividiéndolo entre el total de sujetos a los cuales se les ha aplicado el cuestionario. El resultado se entenderá de manera que el puntaje obtenido llegue a representar el indicador que más representa a dicha población objeto de estudio.

Preguntas	PROMEDIO
10.- ¿Cómo es su estado de ánimo, generalmente dentro del hogar?	3,00
11.- ¿Cómo se lleva, o cómo es la relación con sus demás compañeros dentro del hogar?	2,88
12.- ¿Cómo es la atención que recibe dentro del hogar por parte de los encargados de la (cocina, limpieza y enfermeras.etc.)?	3,65
13.- ¿Cómo es la relación que mantiene con el equipo administrativo del hogar?	3,71
14.- ¿Cómo es el grado de interacción con las demás personas del hogar?	2,41

De acuerdo a los porcentajes obtenidos en el cuadro que trata de la estadía dentro de la institución, podemos mencionar los siguientes resultados.

El estado de ánimo generalmente dentro del hogar es regular con un puntaje de 52,9%, lo cual, suponemos, que es por el mismo hecho que se encuentran en un asilo, separados de su familia y que se ven resignados a permanecer en él, es decir, no se sienten contentos por estar en la institución pero tampoco se sientan mal.

Las personas adultas mayores consideran que la relación con sus demás compañeros dentro de hogar es regular con un puntaje de 58,8%, lo cual es significativo para su bienestar tanto físico como psicológicamente.

Los adultos mayores calificaron de regular a muy buena la atención que reciben por parte de los encargados de la cocina, de limpieza y de los cuidados de las enfermeras, dentro de la institución, etc.

En relación a la pregunta cómo es la relación que mantiene con el equipo administrativo del hogar, indican que sus relaciones van desde regular hasta muy buena, puesto que mencionan que las hermanitas que están encargadas de la administración son buenas, *"siempre nos dan un buen trato y velan por nuestros cuidados en los momentos más difíciles por los que pasamos"*.

A la pregunta de cómo es el grado de interacción con las demás personas del hogar, hecha a las personas encargados del cuidado de los adultos mayores, mencionaron que en un 52,9% que su grado de interacción es malo, porque siempre están solitarios, separados de los demás miembros del asilo y son muy reservados, parecen no tener deseos de hablar con sus demás compañeros. Lo que tal vez puede deberse a que las personas se encuentran en un ambiente desconocido y con miembros extraños que de alguna manera influye en la relación interpersonal y especialmente entre los que se encuentran institucionalizados; creemos que a esto se debe el problema de la falta de comunicación, que finalmente conduce a la soledad, aburrimiento, apatía, por lo que se considera necesario referirse a ello con más detalle.

Como conclusión acerca de la estadía, la atención y el relacionamiento con los demás adultos institucionalizados así como la relación con el personal a cargo de los adultos mayores. Los encargados de la administración del asilo podemos decir que por lo general es buena y satisfactoria en todos los aspectos.

CONCLUSIÓN GENERAL

De manera general se ha llegado a las siguientes conclusiones:

En cuanto al nivel de autoestima que poseen los adultos mayores institucionalizados se puede ver que existe una tendencia de autoestima regular hacia una autoestima baja; por el contrario, en los adultos no institucionalizados se puede ver que la tendencia varía de una autoestima regular a una autoestima buena.

En lo que se refiere al nivel de ansiedad, se ha logrado ver que los adultos mayores institucionalizados son más propensos a padecer niveles elevados de ansiedad a diferencia de los no institucionalizados en quienes se ha encontrado que los niveles de ansiedad son más leves.

El cuanto al tercer objetivo, podemos ver que los adultos mayores institucionalizados han alcanzados niveles elevados de depresión situándose los mayores porcentajes entre depresión moderada y severa. En cambio, lo adultos mayores no institucionalizados han puntuado más en los niveles de mínimo, leve y moderado, con lo que se ha llegado a la conclusión de que la institucionalización afecta en el nivel de depresión del adulto mayor

En cuanto al cuarto objetivo se puede indicar que la institucionalización afecta negativamente en las relaciones interpersonales y sociales de los adultos mayores, a comparación de aquellos que no están institucionalizados puesto que a éstos no les afecta tanto.

De esta manera se puede decir que se ha llegado a cumplir satisfactoriamente el objetivo general el cual indica: "*Determinar cuáles son los efectos psicológicos que provocan la institucionalización en adultos mayores de 65 años de edad en adelante en la ciudad de Tarija.*"

Por los resultados obtenidos al cumplir con los objetivos generales y específicos, se puede decir que se han aceptado cada una de las hipótesis planteadas en el presente trabajo de investigación.

6.1. CONCLUSIONES

Después de haber analizado cada uno de los cuadros, se pudo llegar a las siguientes conclusiones, en orden de los objetivos específicos:

1. En cuanto al ***Nivel de Autoestima,*** que presentan los adultos mayores institucionalizados se puede decir que se ha aceptado la hipótesis de trabajo, puesto que el gran porcentaje tenía una tendencia hacia una autoestima baja, indicando con ello que la institucionalización de los adultos mayores afecta notablemente en el nivel de autoestima.

2. En lo que se refiere al ***Nivel de ansiedad,*** se puede decir que, de la misma manera, se ha aceptado la hipótesis, puesto que los adultos mayores institucionalizados muestran niveles más elevados de ansiedad, puntuando mayormente en ansiedad moderada y ansiedad grave, con lo que se concluye que uno de los efectos de la institucionalización es la presencia de ansiedad.

3. En lo que se refiere al ***Nivel de Depresión,*** también se ha aceptado la hipótesis ya que el gran porcentaje de adultos mayores institucionalizados presentan altos grados de depresión, puntuando mayormente entre depresión moderada y depresión severa, con lo cual se demuestra que la depresión en adultos mayores institucionalizados se debe en parte a su internación en estos centros de bien social.

4. Por último, se puede notar que en cuanto a las ***Relaciones Interpersonales,*** éstas se encuentran afectadas por la institucionalización del adulto mayor, puesto que se ha reducido considerablemente las visitas de sus familiares. Se ha observado también que la relación con el entorno familiar y social no es el

adecuado y que a consecuencia de estas falencias se ha visto que el adulto institucionalizado se ve apartado de las interacciones familiares y sociales quedando muchas veces al margen de éstas. Por lo que la hipótesis también ha sido aceptada.

6.2. RECOMEDACIONES

Después de haber concluido el trabajo de investigación elaboramos las siguientes recomendaciones:

1. Se recomienda a la institución poder hacer evaluaciones psicológicas más continuas para que puedan saber el estado físico-emocional de los adultos mayores institucionalizados para que de esta manera se puedan mejorar las estrategias de intervención.

2. Se recomienda a los futuros investigadores que puedan hacer investigaciones más profundas, realizando estudios de vida, para poder indagar detalladamente los efectos psicológicos, físicos y sociales que provoca la institucionalización.

3. Se recomienda, de la misma manera, a los estudiantes de psicología que puedan llevar a cabo Practicas Institucionales Dirigidas, para poder mejorar de alguna manera la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados.

4. También se recomienda a los futuros investigadores que a la hora de realizar la aplicación de pruebas psicológicas, éstas, en lo posible, sean específicas para este grupo en particular, puesto que de esta manera se obtendrán resultados más óptimos y fidedignos.

5. Por último, se recomienda a los familiares de los adultos mayores que tomen en cuenta la opinión que éstos tienen acerca de la decisión de ser o no institucionalizados, de esta manera reducir los efectos psicológicos que genera la institucionalización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcántara. J. A; “como Educar la Autoestima”, Editorial, CEAD, Barcelona, 1990.
2. Ander- Egg, "Introducción a las técnicas de investigación social", Editorial Humanistas, Argentina, 1979.
3. Barrenechea Laura,”Manual Para Líderes Juveniles- Programa Acciones Comunitarias Preventivas Red Iglesias”, Editorial, CEDRO, Lima- Perú, 1995.
4. Beck T., Aaron, Steer A. Robert, Brow K., Gregory (2006). Inventario de Depresión Beck (BDI-II). Buenos Aires: Paidos.
5. Calderón Narváez Guillermo, “Depresión”, Editorial. Trillas, S.S. de C.V. México, 1984.
6. De los Rios Yaqueline, PID. “Implementación de un programa para incrementar la Autoestima”, Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, Bolivia, 1999.
7. Diccionario Enciclopédico, La Luz, Buenos Aires, 1898.
8. Dorsch, Friedrish, “Diccionario de Psicología”, Ediciones Herder, España, 1980.
9. Dorsch, Friedrish, “Diccionario de Psicología”, Editorial Barcelona, Herder, 1996.
10. Fernández, Yaryura Rodríguez, Fischer, “esquizofrenia, depresión, toxicomanía”, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1977.
11. Grace J. Graig, “Desarrollo Psicológico” A Simon & Schuster Company: PRENTICE HALL.
12. Hernández Sampieri, Fernández, Callado, Baptista, “Metodología de la Investigación”. Cit. Vargas Amas Marcelo, (Perfil de tesis) ,2002.
13. Larousse Diccionario. Editorial Primer Colombina, 1997.
14. P. René Bize y Claude Vallier, “La Psicología Moderna; Una vida nueva: La 3ª. Edad”; Ediciones Mensajero Bilbau; año. 1976.

15. Rojas Enrique, “La ansiedad”, Editorial. Nuevas ediciones de bolsillo, S.L. España, 2000.
16. Tintaya, C. Forfirio; "Diseños de investigación"; primera edición. EDCON Producciones. La Paz - Bolivia, enero de 1999.
17. VASALLO, Carlos y otros; La Salud en la Tercera Edad. Informe sobre la Tercera Edad en la Argentina. Año: 2001, Buenos Aires.

PÁGINAS DE INTERNET

Esta información fue revisada durante el tiempo que duro la investigación, que están relacionados al tema de investigación.

1. Centro de formación en Técnicas de evaluación Psicológica, A: escal % depresión htm.
2. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134...script=sci_arttext.
3. http.//www.Biblioteca virtual de la OEIgoogle.com/autoestima.com.
4. http://www.depresión.psicomag.com/test, beck-php.
5. http://www.schematherapy.com/index.htm.
6. www.monografias.com.
7. www.mailxmail.com/curso/vida/autoestimacalidad/capitulo7.htm.