

**Trabajo Final de Graduación  
Licenciatura en Psicología**

***BIENESTAR SUBJETIVO EN  
ADULTOS MAYORES  
RESIDENTES DE CENTROS  
GERIÁTRICOS***

**Autora  
Natalia C. Moyano**

**Asesores  
Prof. Lic. Beatriz Ergo  
Prof. Lic. Eduardo Bologna**

## AGRADECIMIENTOS

Es difícil ser breve y a la vez exhaustivo a la hora de agradecer a las manos solidarias que nos ayudan a alcanzar nuestras metas. Voy a intentar ser ambas cosas aquí –aunque, conociéndome, dudo que logre brevedad-.

Por empezar, quisiera agradecer profundamente a mi familia.

Mamá y Papá, mis hermanos Daniel, Laura y Pablo y sus “respectivos satélites” (parejas e hijos), gracias por estar en todo momento conmigo, brindándome lo que fuese que necesite, incluso un poco de honestidad y exigencia de tanto en tanto. Gracias por tantas ganas de colaborar, por la constante preocupación y por acompañarme siempre.

A mi propio satélite, Diego, gracias por tanta escucha, tanta comprensión, tantas ganas de ayudarme y contenerme durante todo este proceso. Gracias por la infinita paciencia, el apoyo y todo el amor que me das.

A mis abuelos, por abrirme al mundo de la vejez como un lugar para acercarse con amor y sin miedo. Sin su presencia en mi vida, no habría descubierto el interés por conocer la ancianidad ni la preocupación por su mayor bienestar y calidad de vida.

A “Poroto”, mi bebé chiquito, por llegar a mi vida en el mejor momento y compartir desde la panza este logro conmigo. Gracias por darme la motivación que necesitaba para hacer el último esfuerzo.

A mis más grandes amigas, Cele y Hio, por los consejos, los largos ratos de catarsis – ¡ustedes me entienden!-, por ayudarme a sentir que, a pesar de la dificultad, se puede. Por sobretodo, por hacerme sentir querida y querible. Gracias a Ani, Ivi y Ceci, por complementarlo todo, sin ustedes nada hubiera sido igual.

A todos ustedes, les dedico este trabajo.

Quisiera agradecer, además, a todas las instituciones que amablemente me abrieron sus puertas: El Aleph, Mi hogar, Residencia Firenze, Residencia El Sol, Nataniel, Residencia Cristo Rey, Casa Blanca, Santa Ana, Mi Lar, y Residencia Geriátrica Municipal Padre Lamónaca; a los centros vecinales de B° San Martín, Nueva Córdoba y Zona Cerro; al Club de los Abuelos de B° Centro; y a todos aquellos viejos que me atendieron en sus casas, donde fuese que eso sea, por abrir su experiencia a otros y no tener miedo a colaborar.

Gracias, a todos mis amigos y compañeros, simplemente por estar en mi vida.

A mis compañeros de trabajo, por la enorme paciencia y tolerancia, por seguir intentando enseñarme, y por todo el apoyo que me han brindado desde su lugar.

Gracias a mis profes Silvia, Eduardo, Beatriz y Ana, por guiarme, escucharme, contenerme, cada uno en su momento y a su modo, pero todos iguales de efectivos. Gracias por acompañarme en mi crecimiento como profesional: sus aportes son y serán importantísimos para mí. Gracias a Anita Porta también, que tolera casi a diario las interminables dudas y requerimientos, por todo el acompañamiento y lo mucho que nos facilita el tránsito por este proceso.

A todos ustedes, un millón de gracias.

## ÍNDICE

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA Y justificación	4
objetivos	9
MARCO TEÓRICO	
TERCERA EDAD	11
CALIDAD DE VIDA	16
BIENESTAR SUBJETIVO	20
-CONCEPTO	20
-DETERMINANTES	24
-MODELOS EXPLICATIVOS	31
-MODELO DE BS EN ADULTOS MAYORES	
-residentes de geriátricos	34
AMBIENTE OBJETIVO	37
-PSICOLOGÍA AMBIENTAL	37
-PSICOLOGÍA AMBIENTAL Y CENTROS geriátricos	42
-introducción	42
-DEFINICIONES	43
-COMPONENTES AMBIENTALES	46
-MODELO DE INTERACCIÓN AMBIENTE-PERSONA en la vejez	54
metodología	57
ANÁLISIS DE LOS DATOS	66
CONCLUSIONES	103
SUGERENCIAS	128
BIBLIOGRAFÍA	121
ANEXOS	124

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE  
INVESTIGACIÓN  
Y  
JUSTIFICACIÓN**

**El estudio de la calidad de vida en los adultos mayores es una prioridad para la gerontología, tal como lo define Reig Ferrer (2000). Esto se debe, según este autor, al reconocimiento por parte de la comunidad científica que el aumento en la expectativa de vida, entendida como una capacidad creciente del ser humano de sobrevivir más años, no implica el desarrollo de una vida satisfactoria. Por otra parte, han surgido recientemente enfoques positivos sobre el envejecimiento, que postulan a la tercera edad como una etapa no meramente involutiva o de declive: sostenidas sobre las teorías del ciclo vital, entienden que el desarrollo se continúa más allá de la adolescencia, abarcando la totalidad de la existencia humana (Fernández-Ballesteros, 2001). Defienden la idea de que el anciano posee posibilidades de crecimiento y de llevar una vida plena libre de discapacidad, la que, tradicionalmente, se ha considerado como un acompañante necesario del proceso de envejecimiento (Ferrer, 2000; Fernández-Ballesteros, 2001).**

Es a partir de estas nociones, relativamente nuevas en el campo de la gerontología, que los profesionales del área comienzan a valorizar el estudio de las condiciones que permiten al anciano hacer uso de su potencial de desarrollo para instrumentarlo hacia el logro de una mayor plenitud durante los últimos años de la existencia.

El campo de la calidad de vida, por su parte, tiene una vertiente sociológica, desde donde se indaga no tanto la calidad como las condiciones de vida (Ferrer, 2000), mientras que en su vertiente psicológica procura rescatar las conexiones entre las condiciones y las experiencias subjetivas de vida. En este contexto tiene nacimiento los diversos conceptos englobados generalmente bajo el término “Bienestar” (Venhoven, 1994).

Los constructos psicológicos sobre calidad de vida son ampliamente utilizados en la investigación gerontológica en todo el mundo. Se estudian primordialmente las propiedades psicométricas de los diferentes constructos, en función de que las bases teóricas del campo se encuentra en pleno proceso de construcción (Ferrer, 2000); los factores explicativos del grado de bienestar alcanzado, los medios de influir sobre el nivel de bienestar, los efectos de los diferentes niveles de bienestar percibidos sobre el estado físico, emocional y social del anciano.

Hasta ahora, las investigaciones sugieren que el concepto de Bienestar Subjetivo es uno de los más adecuados para determinar el grado de “calidad de vida realizada”, término acuñado por Ruut Venhoven para explicar la diferencia entre las concepciones sociológicas de calidad de vida y su vertiente psicológica, que pone acento en la experiencia subjetiva (1994).

Fernández Ballesteros afirma en su artículo sobre satisfacción con la vida en ancianos (2000) que se ha logrado determinar que éstos no se encuentran menos satisfechos con su vida ni experimentan menos bienestar por su condición de viejos que los adolescentes o adultos jóvenes. Para ella, el camino a tomar en la investigación es la determinación de los factores explicativos y predictivos del bienestar, persiguiendo específicamente fines preventivos y promotores de salud mental y calidad de vida.

Los resultados de su investigación sugieren que los ancianos poseen un nivel similar de bienestar en distintos contextos, es decir que los adultos mayores que residen en sus hogares no se sienten ni mejor ni peor que los que residen en instituciones geriátricas, sean éstas públicas o privadas.

Las investigaciones realizadas en nuestro medio, a partir de muestras pequeñas en

comparación con el estudio a gran escala español, arrojan como conclusión general que hay una diferencia significativa entre los adultos mayores que residen en sus hogares y aquellos que se han trasladado a un centro geriátrico, siendo mayor el bienestar en los primeros que en los segundos. Sin embargo, aparece en uno de ellos (Costa y Peralta, 2000) un dato importante: los residentes del centro geriátrico municipal local se encuentran en su gran mayoría (80%) satisfechos y muy satisfechos con sus vidas, sugiriendo que existen otros factores a tener en cuenta a la hora de plantearse la relación entre geriatrización y satisfacción vital.

El que los estudios locales lleven a conclusiones opuestas a las arribadas en los estudios españoles puede deberse a varios factores: por un lado, se deben considerar las diferencias metodológicas entre ambos estudios; por otro, el hecho de que las condiciones sociales y culturales varían entre las naciones europeas y las latinoamericanas.

1. **Diferencias Metodológicas:** las investigaciones locales utilizaron muestras pequeñas y no aleatorias de la población objeto, tanto a un nivel individual como institucional. Es decir, se consideró un número menor a cuatro geriátricos, lo que tampoco fueron objeto de selección aleatoria. A la inversa, el estudio realizado por Fernández-Ballesteros utilizó una muestra representativa de la población española, utilizando muestreo aleatorio y tomando un amplio número de residencias de todo tipo a lo largo del país. Por otro lado, la investigación española recogió una amplia variedad de datos que se considera relacionados con el nivel de bienestar subjetivo en adultos mayores, a partir de los cuales evaluar las interacciones. Por último, se debe mencionar la carencia de un instrumento de medición del Bienestar Subjetivo adaptado y validado para la población local, mientras que la comunidad psico-gerontológica española cuenta con varios instrumentos adaptados y validados a la población española.
2. **Diferencias Sociales y Culturales:** las sociedades europeas y latinoamericanas poseen, desde luego, grandes diferencias en cuanto a sus características sociales y culturales. España, aunque se la ha considerado tradicionalmente como el país europeo con más similitud cultural, no es la excepción. Las diferencias relevantes para el análisis de la temática que nos concierne incluye desde variables económicas, políticas e institucionales hasta variables relacionadas con la concepción general y dentro de la comunidad gerontológica local de la vejez, el geriátrico y el cuidado gerontológico. No se posee material bibliográfico que efectúe en detalle el análisis de dichas diferencias, pero podemos estimar que en alguna medida existen.

Esta breve y superficial revisión permite afirmar que la relación entre Bienestar Subjetivo y Contexto Residencial está lejos de ser aclarada, y que las investigaciones requieren considerar el Contexto Residencial de manera más amplia que la diferenciación entre Residencia y Hogar Particular, abarcando muestras representativas de centros geriátricos que permita analizar las características locales de éstos.

Es importante preguntarse por la influencia de las características del ambiente inmediato (arquitectura, clima social, personal, política institucional de atención al anciano) y del medio socio político y económico que lo determina, sobre dichos resultados. En nuestro medio, ¿existen las condiciones que garanticen la prestación de los servicios necesarios por parte de los

establecimientos geriátricos, de manera que sus residentes se sientan bien? ¿Qué características ambientales asumen los centros que prestan estos servicios? Entendiendo que los centros representan una unidad individual que asume características diferenciales respecto a otros centros, se plantea el interrogante sobre la adecuación persona-ambiente para el logro de un resultado final representado por el grado de bienestar que cada residente percibe.

La descripción y medición de estas características implica la realización de una investigación ambiental enmarcado en el campo de la Psicología Ambiental, que se dedica al estudio de las interrelaciones entre el ambiente físico y social y los procesos psicológicos. Los modelos teóricos actuales (integradores) disponibles específicamente para la relación ambiente-conducta en ancianos han recibido la crítica de poner excesivo énfasis en el análisis de la percepción subjetiva del ambiente, descuidando las características objetivas del mismo (Fernández-Ballesteros y Izal, 1990). De allí que resulta teóricamente relevante la evaluación de la relación existente entre el Bienestar Subjetivo en los ancianos residentes de geriátricos, en tanto concepto deslindante del campo de la Calidad de Vida, y las características objetivas de los centros.

Por ello se plantea como problema general de investigación la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre el nivel de bienestar subjetivo de los ancianos residentes de geriátricos en Córdoba y el contexto residencial?

Se complementa este interrogante general y principal con otros cuestionamientos específicos: ¿existen diferencias entre los ancianos que residen en sus hogares y los ancianos que residen en geriátricos, y a su vez, quienes viven en centros públicos y privados, en cuanto al nivel de bienestar subjetivo percibido? ¿Cuál es el estado de los factores explicativos del bienestar subjetivo en ancianos dentro de los centros geriátricos? ¿Existen diferencias entre los centros geriátricos públicos y privados en cuanto a estos factores?

## **Objetivos**

### **Generales**

Indagar sobre la asociación existente entre las características ambientales de los centros geriátricos y el nivel de bienestar subjetivo de sus residentes.

### **Específicos**

- Determinar y comparar el nivel de “Bienestar Subjetivo” en adultos mayores que residen en sus hogares y residentes en centros geriátricos
- Determinar y comparar el perfil del anciano residente de geriátricos en cuanto al nivel de Bienestar Subjetivo, variables demográficas, y las variables psicosociales que influyen sobre el nivel de Bienestar Subjetivo en adultos mayores geriatriados en las muestras de residentes de geriátricos públicos y geriátricos privados.
- Determinar las características físicas-arquitectónicas, organizacionales y psicosociales de los centros geriátricos considerados.
- Comparar las características físicas-arquitectónicas, organizacionales y psico-sociales entre los centros geriátricos públicos y privados.



# MARCO TEÓRICO

### *Tercera edad*

El período vital que corresponde al último cuarto de la vida de un ser humano resulta de difícil definición y delimitación. La dificultad reside, por una parte, en el hecho descrito por Neugarten (1968) de que las diferencias interindividuales crecen con la edad de las personas, de modo que es mucho más sencillo generalizar con bebés de días de nacidos que con personas que han tenido muchos años para contactarse con distintos ambientes, experiencias, modos de pensar y percibir, etc.

Esta circunstancia provoca la insuficiencia de todo criterio tomado independientemente para determinar el comienzo de la etapa.

Existen cuatro grandes criterios utilizados para dicho fin: criterio cronológico, biológico, social y psicológico.

El criterio cronológico, es decir, aquél que acude a la edad como marca, es en general el más utilizado: de la mano con el criterio social, determina como comienzo de la tercera edad los 65 años.

El criterio social utiliza acontecimientos sociales como puntos de corte para indicar el ingreso a las diferentes etapas de la vida. Así como se considera legalmente adulto a un individuo que cumplió los 21 años de edad, momento en que se le otorgan los derechos y obligaciones que mantendrán durante el resto de su existencia, se considera que una persona ha ingresado a la vejez cuando llega el momento de su jubilación, a la edad de los 65 años.

El criterio biológico pone al estado de salud como corte: así, la disminución en la agudeza sensorial, el enlentecimiento del sistema nervioso, el deterioro de las habilidades funcionales, etc, vienen a establecer el ingreso de una persona a la tercera edad.

El criterio psicológico propone, por su parte, que el mejor modo de determinar la pertenencia de un individuo al período vital es el autoconcepto: cree ser viejo o se considera joven?

Todos estos criterios poseen grandes deficiencias. Así, existen personas que se jubilan anticipadamente ya sea porque cumplieron con el monto de aportes estipulados legalmente, o por padecer enfermedades inhabilitantes para el desarrollo de trabajo. Los indicadores biológicos del envejecimiento pueden comenzar durante la adultez media, sin que esto implique que la persona sea vieja, del mismo modo que puede comenzar mucho después.

Ya en 1979, Neugarten puso de manifiesto la falta de validez del factor cronológico como parámetro para medir factores psicosociales ( Salvarezza, 2002). La edad es una razón numérica independiente de acontecimientos biológicos, psicológicos o sociales.

Por último, el autoconcepto como criterio psicológico se ve influido por factores socio culturales que le quitan precisión: los atributos comúnmente peyorativos con que se caracteriza la vejez como significado cultural es asimilado por los integrantes de la sociedad. De este modo, muchas personas sienten un gran rechazo hacia el proceso de envejecimiento, mientras que otras lo aceptan de modo francamente pasivo, asumiendo no sólo su vejez sino también las características negativas que se le asocian.

Quizás el mejor modo de sortear el problema sobre la definición de la vejez como período vital sea acudir a la perspectiva del Ciclo Vital, en que, además de considerar al individuo en permanente desarrollo más allá de la niñez y la adolescencia, se asume que cada período de la vida posee problemas específicos y generales a resolver, a la vez que posee oportunidades y

beneficios.

La Tercera Edad, o Vejez, se definiría a partir de estos desafíos vitales, dentro de los que se enumeran los desafíos biológicos, sociales ( abuelidad-el rol del abuelo-, jubilación, aprovechamiento del tiempo libre, falta de asignación de roles sociales, viejismo -prejuicios sobre la vejez-) y psicológicos ( elaboración de los duelos, asunción de la limitación del tiempo de vida, asunción de la propia vida vivida, elaboración de proyectos, etc).

Los investigadores en el campo de la Gerontología coinciden actualmente en utilizar como criterio para la determinación de las muestras la edad de 65 años.

## **Teorías psicológicas de la Vejez**

Se tendrán en cuenta la Teoría Psicosocial de Erikson (1968), la teoría del Desapego de Cummings y Henry (1961), la teoría del Apego de Salvarezza (1988), y la Teoría de la Actividad de Neugarten (1968).

### **Teoría Psicosocial de Eric Erikson: Integridad vs Desesperación**

Para este autor, el desarrollo Psicosocial conlleva la resolución de ocho conflictos básicos, cada uno de ellos específicos para una etapa vital y dicotómicos en dos posibles salidas: una básicamente sana o positiva, y otra salida patológica o negativa.

Luego del conflicto propio de la Edad Adulta Tardía entre generatividad y estancamiento, se produce el conflicto entre la integridad y la desesperación, que posee como tarea principal la integración de las resoluciones de conflictos en las etapas vitales, la elaboración de la proximidad de la propia muerte y de la limitación temporal que ésta implica.

Salvarezza (1985, 2002), retomando los planteamientos teóricos de Erikson, caracteriza a la integridad como:

1. el resultado de la maduración de los siete estadios anteriores
2. sólo se logra en aquellas personas que “se han ocupado a lo largo de su vida de las personas y de las cosas, y que se han adaptado tanto a los triunfos como a los desengaños de haber sido quienes han producido ideas, objetos y otros seres” (Salvarezza, L., 2002. Pp 156)
3. afectivamente, se caracteriza por un sentimiento de paz interna y de aceptación de uno mismo y de la propia vida vivida, pudiendo reconocer lo que se hizo, lo que se dejó de hacer, y lo que aún se puede hacer.
4. se acompaña de un estilo de interioridad caracterizado por un aumento de la Reminiscencia, definida como “una actividad mental organizada, compleja y que posee una finalidad instrumental importantísima: la de permitirle al sujeto reafirmar su autoestima cuando sus capacidades psicofísicas y relacionales comienzan a perder vitalidad” (Salvarezza, L., 2002. Pp 155). La reminiscencia es la forma de recordar las propias experiencias pasadas sin experimentar afectos dolorosos.
5. la integridad permite que la personificación de la muerte no sea un “fantasma acuciante sino un mero acontecer” (Salvarezza, L., 2002, pp155).

Del mismo modo, Salvarezza (2002) caracteriza la desesperación como:

1. el fracaso de la integridad: cuando ésta no puede conseguirse o por alguna razón se pierde. El autor enumera dos grandes categorías de razones por las que un sujeto puede fracasar en el logro de la integridad: a) por perturbaciones más o menos severas a lo largo del ciclo vital, b) por la emergencia de alteraciones bruscas que adquieren la connotación de crisis.
2. citando al autor, “..., expresa el sentimiento de que el tiempo es corto, demasiado corto para

el intento de iniciar otro tipo de vida y para probar diferentes alternativas que lleven a la integridad” (Salvarezza, L., 2002. Pp 157).

3. se acompaña de un estilo de reminiscencia caracterizado por la Nostalgia, es decir, el evocar los recuerdos vitales con un mayor o menor grado de dolor y angustia.
4. bajo el estado de desesperación, la muerte es un fantasma acuciante difícil de aceptar.

### **Teoría del Desapego de Cummings y Henry, Teoría del Apego de Salvarezza y Teoría de la Actividad de Neugarten, Havighurst y Tobin.**

La teoría del Desapego plantea, simplemente, que la vejez se acompaña, de manera **universal** – el proceso ocurre del mismo modo en cualquier cultura y cualquier tiempo, **inevitable** – se apoya en procesos biológicos- e **intrínseca** – no existen factores sociales o externos que puedan modificar el proceso- (Salvarezza, 2002) de una tendencia a desinteresarse por los objetos y las actividades que hasta el momento resultaron importantes y satisfactorias para la persona, como consecuencia del declinar de las capacidades sensoriales y motrices. Este desinterés deriva en un apartamiento progresivo del mundo circundante, despreocupación por los problemas de los demás y sobre preocupación por los problemas y las circunstancias personales. Finalmente, esta desconexión sirve a los fines de elaborar la tarea del momento vital: la cercanía de la muerte. (Salvarezza, 2002)

Siguiendo el postulado de Cummings y Henry, el curso de acción correcto a seguir con los adultos mayores es el de propiciar la desconexión de éstos respecto a sus objetos, sus actividades y sus roles sociales, favoreciendo el proceso de desapego.

Desde su publicación, esta teoría recibió una enorme cantidad de críticas, hasta el punto que, actualmente, no se sostiene desde la comunidad científica –aunque aun tiene un lugar primordial en el sentido común- el desapego como una forma de envejecimiento saludable. Salvarezza escribe que el ser humano debe ser concebido como un ser en relación con otros, es decir, predominantemente social: el hombre aislado ha de ser un problema, nunca un ideal posible (Salvarezza, 2002). Este autor desarrolla la teoría, a la que llamó por oposición Teoría del Apego, de que las posibilidades de llevar una vida satisfactoria durante la vejez está dada por la capacidad de sostener el vínculo con los objetos y las actividades, buscando sustitutos de manera activa cuando los condicionantes biológicos, psicológicos y sociales que aparecen impiden o dificultan el sostenimiento del vínculo.

Del mismo modo, Neugarten, Havighurst y Tobin desarrollaron la teoría de que el envejecimiento saludable, entendido como la experiencia de satisfacción vital, será posible en la medida que el adulto realice actividades, buscando sustitutos para aquellas que ya no puede desarrollar. Para estos autores, el grado de satisfacción que un adulto mayor perciba estará en relación directa con el número de actividades que realice, a su vez que aumenta el apoyo de rol que recibe y mejora el autoconcepto.

Resumidamente, la importancia de estas teorías reside en que consideran al adulto mayor en continuidad con su historia personal, postulando que el ingreso en la tercera edad no presupone una modificación drástica de las necesidades psicológicas y sociales de los seres humanos.

## *Calidad de Vida*

El campo de la calidad de vida, en términos generales, intenta dar cuenta de la definición de la buena vida y de evaluar que tan bien vivimos (Venhoven, 1994). En tanto procura abarcar un concepto tan amplio y con tantas facetas como representa el término “vida”, este campo no puede ser sino de naturaleza multidimensional, en donde se toman aportes de diversas disciplinas que poseen como objeto de estudio al ser humano (Fernández-Ballesteros, 1992).

Como resulta esperable en un campo tan abarcativo, se han propuesto una gran cantidad de definiciones para Calidad de Vida, sin que ninguna de ellas alcance absoluta hegemonía. Es por ello que resulta importante recorrer el proceso histórico a partir del cuál se fue desarrollando el término y sus diversas connotaciones y objetivos, para proponer finalmente una definición tentativa que patentice la relación del campo con la psicología y específicamente con la temática que nos ocupa.

### **Antecedentes históricos**

Para Ruut Venhoven (1994), los orígenes de la Calidad de Vida como campo de estudio se remontan al siglo XVIII con el pensamiento ilustrado, que concebía la vida humana como el propósito mismo del hombre más allá del servicio al rey o a Dios. El cambio en los ideales y los valores que supuso la Ilustración sembraron la semilla de la preocupación por el bienestar humano y la creación de medios para convertir la vida humana en más satisfactoria.

A lo largo del siglo XX, continúa el autor, se instrumentalizaron diversos modos de manifestar esta preocupación por el bienestar. Hasta mitad de siglo se centralizaron los esfuerzos alrededor de la suplencia de las necesidades más básicas, combatiendo males tales como la ignorancia, la enfermedad y la pobreza. La buena vida se concebía, y por tanto se medía y registraba, a partir de la alfabetización, la ausencia de enfermedades epidémicas y la eliminación del hambre. En resumen, se proponía como punto de partida la disminución de la pobreza y el acceso masivo a los recursos de satisfacción de las necesidades básicas. Los indicadores sociales que recibían mayor atención eran los ingresos de dinero y la igualdad distributiva.

Durante la década del '60, cuando la mayoría de las naciones occidentales –especialmente las naciones nórdicas-, se asentaban como estados de bienestar, dueños de abundantes recursos económicos, la preocupación se traslada hacia las necesidades más simbólicas a medida que surgen los valores post-materiales. Es en este contexto que surge el término “Calidad de Vida”.

En un primer momento, el término se aplicaba a indicadores sociales objetivables que, si bien incluían los indicadores económicos, ampliaban la concepción de la buena vida hacia criterios no económicos (Venhoven, 1994), especialmente indicadores políticos, del medio ambiente y médicos (Marión y Scola, 2002). El “Movimiento de los Indicadores Sociales” produjo, a través de la organización de eventos científicos, creación de entidades de investigación, estudios pioneros en calidad de vida y encuestas periódicas nacionales, suficientes datos como para que el área alcanzara, en la década del '80, su madurez científica, a pesar de sufrir en la década anterior la disminución del interés político sobre la temática no económica (Venhoven, 1994). Es durante ésta década que el interés de investigación se traslada hacia los indicadores subjetivos de calidad de vida (Marión y Scola, 2002), marco en el que se produce el abordaje sistemático de conceptos como el Bienestar Subjetivo, la Satisfacción con la Vida y la Calidad de Vida autopercibida –las primeras investigaciones que tuvieron como objeto estos constructos surgieron en la década del '60 de la mano de Bradburn-. Este nuevo lineamiento del campo dio lugar a la mayor participación de la Psicología como disciplina constructora del campo de la

Calidad de Vida.

Ya en la década del '90, el campo se considera un área firmemente establecida dentro de las ciencias sociales. La revista internacional "Social Indicators Research" publica los principales avances en el área, recibiendo aportes de economistas, sociólogos y psicólogos (Venhoven, 1994).

### **Concepciones de Calidad de Vida**

Como se mencionó al comienzo del apartado, el término Calidad de Vida ha sido definido de muy diversas formas. Sólo se considerarán en este marco teórico aquellas definiciones que resulten de mayor pertinencia para la temática abordada.

Ruut Venhoven (1994) explica que, en términos generales, el término Calidad de Vida denota dos significados: por un lado, hace referencia a "*la presencia de condiciones consideradas necesarias para una buena vida*" (Venhoven, R., 1994. pp 88). Por otro, el término significa "*la práctica de vivir bien como tal*" (Venhoven, R., 1994. pp 88). Estas formas de entender la calidad de vida se diferencian principalmente por quien emite el juicio de qué es necesario para considerar la vida como "buena": en el primer caso, son expertos en el tema de la Calidad de Vida quienes delimitan qué condiciones han de ser consideradas, mientras que en el segundo es la misma persona cuya calidad de vida se está juzgando quien dice, desde su experiencia subjetiva y desde las condiciones que le resulten pertinentes, si su vida es satisfactoria o no.

Ambas formas de entender el término dan a lugar a dos lineamientos diferentes en el campo: la Calidad de Vida Supuesta es aquella que toma en consideración las condiciones de vida que los expertos señalan como relevantes para la determinación de la calidad de vida. La Calidad de Vida Realizada es aquella que considera la experiencia subjetiva de la vida como elemento determinante.

Lawton (1983), desarrolló un modelo de "Buena Vida" que incluye ambos lineamientos, pero en los que ofrece una perspectiva con mayor inclusión de elementos desde una perspectiva psicológica (García Martín, 2002). El modelo está compuesto por cuatro grandes factores: dos de ellos apuntan a componentes subjetivos y dos a componentes objetivos (Figura 1).

La **Competencia de Comportamiento** representa la evaluación social-normativa del funcionamiento de la persona. Incluye variables como la salud biológica y psico-social, el uso del tiempo libre, los roles sociales, etc.

Figura 1: Modelo de Buena Vida: sus cuatro componentes. (Lawton, 1983)

La **Calidad de Vida Autopercebida** hace referencia a la percepción subjetiva que los individuos efectúan sobre los diferentes componentes de la vida, tales como la vida familiar, laboral, consigo mismo, las actividades que lleva adelante, sus pertenencias materiales, etc. (García Martín, 2002).

El **Bienestar Psicológico**, como Lawton denomina al tercer factor, estaría definido como la “satisfacción de la persona con su vida, un buen estado de ánimo y un funcionamiento afectivo óptimo” (García Martín, M., 2002, sin página.), concepción que se asemeja notablemente a la definición que Diener (2002) propone para Bienestar Subjetivo. Posiblemente, ambos términos apuntan al mismo constructo, sobretodo considerando que existe aún poca sistematización teórica en el área.

Por último, Lawton enumera al **Ambiente Objetivo** como las características objetivas del medio en que se desempeña la persona y la adecuación a sus capacidades y necesidades. Se consideran los componentes físico-arquitectónicos, las características normativas y el funcionamiento social como factores constitutivos del ambiente objetivo.

A continuación, se desarrollan los elementos del modelo de Lawton considerados en el presente trabajo.



## ***Bienestar subjetivo***

### ***Concepto***

El constructo Bienestar Subjetivo es de difícil definición, y esto en parte por la variada terminología que los autores utilizan para referirse a conceptos muy parecidos entre sí y por el carácter de teoría en proceso de construcción que confiere el campo.

Cuadra y Florenzano (2003), consideran que el concepto es parte de un área de la psicología de reciente aparición: la Psicología Positiva, cuyo objeto de estudio reside en “las fortalezas y virtudes humanas y los efectos que éstas tienen en la vida de las personas y en las sociedades en que viven.” (2003)

Ruut Venhoven, por su parte, establece que el Bienestar Subjetivo – o como él lo denomina, “Satisfacción con la vida”-, es un concepto derivado del campo de la Calidad de Vida Realizada (1994). Desde este punto de vista, no sólo se deben estudiar las condiciones en que vive una persona para establecer que tan buena es su existencia: es necesario considerar las experiencias subjetivas que vivencia en tales condiciones.

De este modo, conocer el nivel de Bienestar Subjetivo o Satisfacción con la vida que experimenta un individuo nos ofrece un indicador, junto con los de salud física y mental, de la calidad de vida realizada de esta persona, por un lado, y de las potencialidades que posee para llevar una vida positiva, por otro.

Más allá de las discusiones y desacuerdos que los investigadores sostengan en relación a la definición y término adecuado, se acuerda, según Cuadra y Florenzano (2003), en que:

1. el constructo posee una dimensión global e irreductible: su característica de subjetivo (Cuadra y Florenzano, 2003). No es posible inferir el nivel de bienestar de un individuo a través del estudio de sus condiciones externas ni de sus conductas, en función de que se trata de una valoración interna, por lo que sólo la persona puede informarnos sobre el nivel de bienestar que experimentan.
2. además, posee dos facetas básicas: un aspecto cognitivo, representado por la evaluación que la persona efectúa sobre su vida, y un aspecto afectivo, representado por las emociones que acompañan la valoración cognitiva. Se dice que una persona se encuentra bien subjetivamente cuando considera estar satisfecho con su vida, por un lado, y experimenta frecuentes emociones positivas (disfrute), mientras que las emociones de corte negativa, tales como la tristeza, desesperanza, miedo, etc, se experimentan mínima y ocasionalmente.

### **Definición**

Se define Bienestar Subjetivo como “el grado en que una persona evalúa la calidad

global de su vida en conjunto de forma positiva” (Venhoven, 1994).[1]

Esta definición denota una evaluación global con la vida (Diener, 1997; Venhoven, 1994): no se considera al BS como la sumatoria de las evaluaciones específicas de los diferentes ámbitos de la vida, tales como el área laboral, familiar, social, corporal, etc.; tampoco se considera la evaluación del estado emocional momentáneo, aunque este influya sobre la apreciación cognitiva que la persona desarrolle sobre la totalidad de su vida. Venhoven ejemplifica este argumento diciendo que una persona puede sentirse eufórica durante la mañana en que es evaluada, pero esto no significa que se encuentre satisfecha con su vida. Por lo tanto, no se considera que esta persona esté bien subjetivamente. Por último, el concepto Bienestar Subjetivo no procura evaluar la valoración de la vida que las personas han tenido en su pasado ni la que piensan que tendrán en un futuro: se centra en la evaluación presente. Esto no quiere decir que el concepto no incluya la valoración que una persona realice sobre su historia personal o de sus proyectos vitales: significa que las personas modifican su percepción sobre la propia existencia; de este modo, una misma persona puede evaluar su vida negativamente antes de una terapia psicológica o positivamente antes de un evento crítico, por ejemplo, para luego cambiar su percepción. La evaluación del Bienestar Subjetivo se centra específicamente en esta última.

#### Utilidad del concepto

Venhoven (1994) enumera cuatro usos que pueden darse a los datos sobre bienestar subjetivo:

Medición de la calidad de vida realizada: como se indicó supra, el BS, junto con la salud física y mental, constituye un indicador de la calidad de vida de las personas, de una clase social o de un país.

El nivel de BS permite detectar la existencia de problemas sociales que requieran de intervención política. Así, un alto nivel de BS sugiere que aunque la vida no sea perfecta en todos los sentidos, es, al menos, vivible; mientras que un nivel bajo indica serias deficiencias de alguna clase.

Control del progreso social: los estudios longitudinales del Bienestar Subjetivo permite obtener información sobre los progresos o declives sociales de un país, comunidad o persona. Si el índice de BS aumenta estaría indicando que la calidad de vida ha mejorado, mientras que una disminución muestra la aparición de algún tipo de problema que socava las posibilidades de una vida de calidad.

Evaluación de políticas aplicadas: el índice de BS permite evaluar la utilidad de una política social implementada para el logro de una mejor calidad de vida en una población específica. Venhoven menciona específicamente como la utilización más frecuente del índice de BS para la evaluación de las políticas aplicadas el caso de las intervenciones dirigidas a las personas de edad avanzada.

Identificación de las condiciones necesarias para una buena vida: finalmente, Venhoven menciona como la utilidad más interesante para los datos sobre BS el estudio

sobre cuáles son los factores que permiten vivir bien y la validación sobre las ideas que se han sostenido al respecto, supuestos que no podían ser investigados científicamente hasta el avance en el campo psicológico de la calidad de vida.

## **Bienestar Subjetivo y Salud Mental**

Un aspecto de la delimitación del concepto de BS y su utilidad en la evaluación psicológica es el tipo de relación que mantiene con la Salud Mental.

Diener (1997) considera en su revisión sobre la temática que la relación entre ambos campos debe analizarse en cuanto a si BS es necesario, por un lado, y suficiente por otro, para diagnosticar el nivel de Salud de un individuo o una comunidad.

Para analizar la condición de suficiente de BS tenemos que plantearnos la pregunta: ¿una persona que no está satisfecha con su vida o que siente predominantemente emociones de características negativas sufre una disminución de su salud psicológica? La respuesta a este interrogante es complejo, pero se puede afirmar que no necesariamente es afirmativa: es saludable que una persona que ha sufrido recientemente un evento negativo crítico, como una pérdida importante, experimente sentimientos disfóricos, por ejemplo, y piense por algún tiempo que su vida ha desmejorado notablemente. Por el contrario, puede ocurrir que experimente emociones positivas y se sienta muy satisfecho mientras se encuentra atravesando un episodio delirante o maníaco.

Diener concluye que el BS puede ser considerado únicamente un elemento **a tener en cuenta** cuando se evalúa el estado de salud psicológica de una persona. No se ha podido demostrar hasta ahora cuál es el grado de bienestar que permita un funcionamiento psicológico óptimo, por lo que no se puede afirmar que un índice elevado de BS sea necesario para hablar de salud mental.

Venhoven (1994) plantea otro criterio a analizar en la relación salud mental-bienestar subjetivo: la determinación causal. Para el autor, el principal determinante del nivel de BS está dado por el grado de salud psicológica de que dispone la persona. Así, las características de la personalidad serán las más importantes a la hora de explicar la percepción de bienestar o malestar de las personas.

## **Determinantes del Bienestar Subjetivo**

Existen varios modelos sobre las variables que influyen sobre el Bienestar Subjetivo. Venhoven (1994) enumera cuatro tipos de factores, encadenados en un flujo causal secuencial:

oportunidades vitales, curso de acontecimientos vitales, flujo de experiencia, evaluación cognitiva.

### **Oportunidades vitales**

Son las condiciones de vida y las capacidades individuales. Venhoven distingue entre los Recursos Sociales, tales como el bienestar económico, igualdad social, libertad política, vida cultural, etc, que una sociedad ofrece a sus integrantes. Los Recursos Personales, por su parte, incluyen la posición social, propiedades materiales, lazos familiares y sociales, etc. Por último, las Aptitudes individuales, dentro de las que se cuentan la fortaleza física y psíquica, la capacidad social y las aptitudes intelectuales.

Las oportunidades vitales representan el inventario de recursos sociales, físicos y psicológicos con que cuenta el individuo para enfrentar el curso de acontecimientos, pero, a la vez, influyen sobre estos, aumentando y disminuyendo la posibilidad de que ocurran hechos positivos o recompensantes y negativos o aversivos.

Las oportunidades vitales son clasificadas en tres grandes grupos:

Recursos Socio culturales: dentro de los que se encuentran las condiciones de vida que posibilita un país o una comunidad específica. Venhoven enumera: el bienestar económico, la igualdad social y el respeto por los derechos humanos, la libertad política (democracia), la vida cultural, el orden moral.

Recursos sociales personales: posición socio económica, influencia política, lazos familiares, status social.

Aptitudes individuales: son las llamadas Competencias Conductuales por Lawton. Dentro de esta categoría se consideran todos los recursos físicos y psicológicos que puede poseer un ser humano. Venhoven enumera: forma física, dentro de lo que podemos incorporar la salud física del individuo, fortaleza psíquica (autoconcepto positivo, tolerancia a las emociones negativas, actitud positiva ante la vida, flexibilidad, variedad de recursos internos, etc.), capacidad intelectual, capacidad social (asertividad, afectividad, etc).

Aunque no se encuentra incluida en esta clasificación, si deseáramos enmarcar las características del microambiente (el contexto próximo como diferente del macroambiente que es la sociedad) deberíamos considerarlo dentro de las oportunidades vitales, ya que el medio se constituye como un facilitador de la ocurrencia de ciertos acontecimientos y obstaculizador de otros, a la vez que ofrece elementos para confrontar con estos acontecimientos.

La clasificación de Venhoven no incluye variables demográficas que diversos estudios señalan como relacionadas con el nivel de bienestar subjetivo, tales como el estado civil, el nivel de formación, el género. La edad es una de las variables demográficas cuya influencia sobre el bienestar es muy discutida, por lo que debe ser contemplada en cualquier estudio de esta índole.

Actualmente, se está desarrollando en el marco de la Psicología Positiva el concepto de Resiliencia, definido como el conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales que facilitan la adaptación del ser humano a los acontecimientos estresantes, permitiéndoles sostener su salud física y mental a la vez que experimentan un sentido de felicidad y bienestar (Casullo, 2005). Este concepto engloba – de manera global – los elementos citados por Venhoven en cuanto a las oportunidades vitales que determinan el BS. Debe sumarse el siguiente factor – curso de acontecimientos vitales – al concepto de resiliencia, ya que los autores en la temática lo consideran un factor resiliente más.

## **Curso de acontecimientos vitales**

Refiere a lo que le ocurre a las personas en el transcurso de su vida, desde los grandes acontecimientos tales como el matrimonio, nacimiento de hijos, jubilación, etc., hasta los hechos cotidianos y los inesperados, tales como los accidentes, las catástrofes, ganarse la lotería, reencontrarse casualmente con un viejo amigo.

Venhoven explica que los acontecimientos vitales dependen en parte del azar y la suerte, pero también de las oportunidades vitales. El nexo causal se encuentra poco clarificado en función de la escasa atención que ha recibido por parte de los investigadores, pero se sabe que la relación existe. Según una investigación sobre Calidad de Vida realizada por Heady y Wearing (1992), alrededor del 35 por ciento de la variancia en acontecimientos vitales en ocho años es explicada por las oportunidades vitales que fueron consideradas. Esto implica que la tercera parte de las cosas que nos suceden están más relacionadas con nuestra situación social y la manera de enfrentarnos a la vida que por el azar.

## **Flujo de experiencia**

Con este término, el autor hace referencia a la experiencia emocional que desencadenan ya sea los acontecimientos vitales como la anticipación de éstos que los humanos realizamos a partir de las evaluaciones sobre nuestras condiciones de vida.

Venhoven, al igual que otros autores clásicos, tales como Bradburn, Diener y muchos otros, utilizan la dicotomía positivo/negativo dentro de un marco hedonista de la experiencia humana. Como se ha descrito supra, para ellos el componente afectivo del bienestar se divide en emociones de corte positiva, dentro de la que se encuentran la alegría, excitación, amor, anhelo, orgullo, euforia, etc., y emociones de corte negativa, como la tristeza, ansiedad, enfado, distres, depresión, envidia, hastío, rechazo, culpa, etc.

Otros autores, tales como Ryff (1989) y Watson (1988), critican la concepción hedonista de la emoción arguyendo que simplifica excesivamente la complejidad de la experiencia humana, a pesar de que el modelo cuenta con un considerable apoyo empírico (García Martín, 2002). A partir de estas críticas, Riff propuso su teoría del Bienestar Psicológico, más conectado con una concepción de salud mental (“funcionamiento psicológico óptimo”, utilizando el mismo término que la autora) que del Bienestar Subjetivo en tanto evaluación personal de la existencia. Existe además el Modelo Circumplejo de la Emoción, que plantea la relevancia de un segundo par dicotómico: activación / no activación. A partir de esta modificación, las emociones se clasifican según su relación con ambos pares. Así, la tristeza sería una emoción de corte negativo y no activa, mientras que la irritabilidad, también negativa, conlleva un elemento de activación mayor.

Independientemente del interés que revisten estas diferenciaciones, para este trabajo sólo se considerará el modelo hedonista, en función de que es el más ampliamente utilizado y reconocido por los autores considerados.

En función de la variabilidad en las respuestas humanas, es difícil predecir qué situaciones despertarán emociones positivas o negativas (Venhoven, 2002). A pesar de ello, sí se ha podido establecer que los acontecimientos traumáticos, tales como pérdidas, situaciones de riesgo para la integridad personal, accidentes, etc, más allá de las diferencias interindividuales, suelen producir reacciones emotivas negativas.

## **Proceso interno de evaluación**

Refiere al procesamiento interno mediante el cual una persona evalúa su vida. El proceso puede realizarse de dos formas: a partir de un cálculo, en el que la persona rescata información relevante para comparar con estándares; o a partir de una inferencia, en la que la persona simplemente toma un estado afectivo informativo desde el que generaliza a la totalidad de su vida.

Según Schwarz y Strack (1991, citado en Venhoven, 1994), consideran que cuando la tarea es global, es decir, cuando la pregunta es general del tipo “¿que tan satisfecho con su vida se encuentra?”, el procesamiento interno será inferencial a partir del estado afectivo del momento. Pero si la tarea es específica, si la pregunta es del tipo “¿se siente útil?”; “¿cree que su vida ha empeorado el último año?”; “¿si pudiera volver a vivir, ¿cambiaría muchas cosas?”, el proceso implicará la recuperación de la información específica relevante para dar respuesta a la pregunta, se seleccionará un estándar de comparación para finalmente efectuar con los parámetros elegidos la evaluación y la integración de los elementos en un informe final.

## ***Descripción de los Determinantes***

Edad: la relación entre edad cronológica y bienestar es muy debatida, en gran parte debido a los resultados contradictorios que arrojan las diferentes investigaciones. Para algunos autores, existe entre ambas variables una relación positiva, pero que explica menos del 1% de la cantidad de varianza. Para otros autores, las investigaciones que arrojan como resultado la existencia de una relación positiva no controlan las variables que median directamente con el Bienestar Subjetivo. Así, en aquellos estudios en que se controlaron variables tales como ingresos económicos, estado civil, apoyo social, ocupación, la relación dejó de resultar significativa. La misma situación aparece cuando los resultados reflejan relaciones negativas.

Algunas explicaciones que se han dado para la falta de relación entre edad y bienestar es que las personas se adaptan a las modificaciones que cada etapa vital plantea, de modo que la relación entre juventud y bienestar ha quedado descartada por las investigaciones, aunque no se haya podido establecer aun con exactitud el tipo de relación que se establece entre ambas variables.

Género: nuevamente, los resultados que se obtienen sobre esta relación son contradictorios. En general, se observa que los hombres evalúan su vida de manera más positiva que las mujeres, relación que aumenta a medida que se envejece. Sin embargo, se tiene en cuenta para interpretar estos resultados que las mujeres son más abiertas para comunicar su estado emocional y que por cuestiones culturales suelen ser más sensibles a las emociones negativas que los hombres, con lo que se pone en duda la exactitud de la afirmación que los hombres son más felices y se sienten mejor que las mujeres. Algunas investigaciones aseveran que la sensibilidad de la mujer provoca que ante condiciones y

acontecimientos vitales positivos lleguen a percibir mayor bienestar.

De todos modos, la capacidad predictiva del género sobre el bienestar es baja: Diener y col. (1991) han determinado que explica menos del 1% del total de la varianza, con lo que se estima que la relación debe de estar mediada por otros muchos factores, como por ejemplo las oportunidades vitales diferentes que poseen hombres y mujeres a partir del factor cultural.

Ingresos: se ha comprobado a partir de las evidencias aportadas por numerosas investigaciones la relación positiva entre ingresos económicos y bienestar subjetivo. Sin embargo, la relación se vuelve más débil a medida que aumenta el nivel de ingresos. Diener y Myers (1995) determinaron que “la escasez puede favorecer la desdicha, pero la abundancia no garantiza la felicidad”. Venhoven, en acuerdo con la anterior definición, afirma que la situación de extrema pobreza y carencia material lleva a la disminución del bienestar subjetivo.

Diener (1994) enumera cuatro hipótesis explicativas para la relación entre ingresos y bienestar:

1. los ingresos tendrían efectos relevantes en los niveles extremos de pobreza, en tanto se juega la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas.
2. los ingresos se asocian con status social y concentración de poder, factores que podrían ser los responsables del efecto positivo de aquél sobre el bienestar.
3. el efecto de los ingresos, aun siendo directo, puede deberse a la comparación social que establece la persona.
4. los ingresos pueden tener además de efectos positivos, repercusiones negativas, que provoquen la disminución del impacto positivo.

Estado civil: en general, se ha concluido que las personas que establecen una pareja estable o que han contraído matrimonio perciben mayores niveles de satisfacción que las personas solteras o viudas. Se piensa que la relación es mayor para el caso de las mujeres, y siempre de la mano con el grado de satisfacción que se siente en relación con la vida matrimonial.

Nivel de instrucción: se ha demostrado la existencia de una relación entre el nivel de instrucción alcanzado y el nivel de bienestar. Sin embargo, esta relación es altamente compleja: los niveles más avanzados de instrucción resultan en una oportunidad vital positiva para alcanzar metas personales y disponer de diversos recursos para adaptarse a situaciones vitales conflictivas; pero, a la vez, es fuente de mayores niveles de expectativa que exponen a la persona a mayor cantidad de situaciones frustrantes, como por ejemplo la pérdida de un trabajo, condiciones laborales mediocres, estrés laboral y conflictos de roles.

Salud Física: este ítem se subdivide en salud objetiva y salud subjetiva. Para determinar el grado de Salud Objetiva se tiene en cuenta la presencia y el número de enfermedad crónicas que padece el individuo, la presencia de enfermedades de carácter agudo y la experimentación de dolores. Además, incluye la ingesta y el número de medicamentos consumidos. Se entiende que a medida que el número de enfermedades, dolores y

medicamentos ingeridos aumenta, el grado de salud física de la persona disminuye.

La salud subjetiva es la creencia que posee una persona sobre cual es su estado de salud general. Suele incluirse en las mediciones de esta variable la creencia del estado de salud comparado con los pares y en el tiempo, es decir, si ha mejorado o desmejorado con relación al año anterior.

Ambos factores resultan influyentes sobre el nivel de bienestar subjetivo percibido, aunque las investigaciones señalan que la salud subjetivamente evaluada posee mayor capacidad predictiva del nivel de bienestar que el grado de salud objetiva.

Manzini y Orthner (1980) determinaron que la relación entre salud y bienestar subjetivo es en gran parte indirecta, ya que la disminución del estado físico afecta sobre las posibilidades de realizar actividades recreativas. Como es regla para todos los determinantes del Bienestar Subjetivo, la red de relaciones que se establecen entre la variable “salud física” y los demás factores, tales como factores sociales, de personalidad, estilo de vida, incluso el mismo nivel de bienestar, es compleja. Así, Zautra y Hempel (1984) desarrollaron un modelo sobre las vías de influencias que conectan al bienestar subjetivo con la salud física, donde se destaca la influencia directa de la salud sobre el bienestar y viceversa, la influencia indirecta a través de la mediación de los cambios en el estilo de vida provocados tanto por las variaciones en el estado de salud como las modificaciones en el nivel de bienestar percibido a través de la influencia de terceras variables.

Características de la Personalidad: posicionándose dentro del modelo de “arriba-abajo”, se considera que la personalidad es el factor de mayor capacidad predictiva del bienestar subjetivo. Las variables externas poseen una baja capacidad explicativa de la cantidad de varianza con relación a las variables psicológicas, tales como el autoestima, la extraversión, el neuroticismo, locus de control, autoeficacia y percepción de control.

Numerosos estudios relacionan el autoestima con el bienestar subjetivo: un autoconcepto positivo aumenta las probabilidades de sentirse bien en general y viceversa. Algunos autores han encontrado que la relación entre autoestima y bienestar es bidireccional, en función de que un aumento de la sensación de bienestar influida por otras variables produce un aumento correlativo en la autoestima.

La relación entre ambas variables se ve influida a su vez por factores culturales y contextuales. Así, en culturas donde predominan los valores individualistas, la relación entre autoestima y bienestar crece, mientras que se debilita en sociedades predominantemente colectivistas.

Otras variables ampliamente estudiadas en su relación con el bienestar son el grado de extraversión y neuroticismo. Basándose en la teoría de los cinco factores de la personalidad, numerosos estudios (Adkins, Martín y Poon, 1996; Costa y McCrae, 1991; DeNeve y Cooper, 1998; Emery, Huppert y Schein, 1996) han llevado a la conclusión de que la extraversión se relaciona positivamente con el bienestar subjetivo, en tanto es un predictor potente de los afectos positivos y la satisfacción vital; mientras que el factor neuroticismo se relaciona negativamente, en tanto predice los afectos negativos y una disminución de la satisfacción con la vida.

La percepción de control, el locus de control y la autoeficacia también son factores de gran importancia en la explicación del nivel de Bienestar Subjetivo, al igual que el Optimismo y las estrategias de afrontamiento de las situaciones estresantes.



## Modelos Explicativos del Bienestar Subjetivo

Los modelos explicativos del Bienestar Subjetivo se postulan como intentos de sistematizar las relaciones entre los diferentes determinantes, a la vez que buscan ofrecer explicaciones de fondo de los procesos psicológicos que subyacen a las modificaciones en los niveles de BS (Diener, en prensa).

El **Modelo de la Adaptación**, postula que los acontecimientos vitales, especialmente los acontecimientos recientes, producen una modificación en el nivel de bienestar percibido, pero que tarde o temprano los niveles de BS volverán a una línea de base delimitada por el temperamento. Algunas líneas derivadas de este modelo rescatan la importancia de las competencias psicológicas para adaptarse a situaciones de vida adversas, tales como las estrategias de afrontamiento. Según esta variante, aquellas personas que posean estrategias adaptativas poseerán un nivel de bienestar subjetivo más elevado que aquellas que utilicen predominantemente estrategias poco adaptativas.

Los siguientes cuatro modelos teóricos se plantean específicamente para los últimos dos segmentos temporales del Modelo Multifacético del BS.

El **Modelo de la Comparación Social** postula, en su versión más simple, la tendencia a sentirse bien si las personas cercanas están peor que uno, y la tendencia a sentirse mal si las personas cercanas están mejor que uno. En una versión más compleja de la teoría, se postula que la comparación social es “el proceso de pensar la información de uno mismo o de otras personas en relación al self” (Wood, 1996, citado en Diener y Fujita, 1997).

El **Modelo de las Aspiraciones y Metas** postula, por un lado, que el logro de las metas personales o el vivir bajo los valores personales son fuentes de bienestar, aunque se hayan encontrado evidencias de que el logro de las metas personales no siempre produce un aumento de bienestar o que pasado un período de tiempo la persona regresa a su línea de base (Diener, 2000). Algunos autores (Csikszentmihalyi, 1990) han planteado que no es tan importante el logro en sí mismo como el proceso por el cual se llega a tal resultado, mientras que otros autores han considerado como un factor más importante el nivel de complejidad de las aspiraciones: tanto las bajas como las altas aspiraciones propiciarían un nivel de bienestar bajo, en función de que pueden desencadenar fastidio o frustración respectivamente.

Por otro lado, este modelo postula que cada persona le otorga mayor importancia a algunas cosas sobre otras, y que el bienestar subjetivo estará más relacionado con aquellas cosas que son trascendentales para la persona que con aquellas que resultan indiferentes. Por ejemplo, el practicar deportes será fuente de bienestar para aquellas personas que les agrada realizar actividad física, pero no lo será para quienes el deporte no revista un significado especial (Diener, 1997). Para Diener (en prensa), la elaboración de un juicio de satisfacción vital se regirá, entonces, por criterios subjetivos idiosincrásicamente disponibles, que se activarán cuando se solicite al individuo que emita un informe sobre el grado de bienestar que posee.

Desde este punto de vista, se debe considerar para explicar el nivel de BS en una determinada población las áreas vitales que se suponen serán trascendentales para ésta. En el caso de los adultos mayores, las áreas del apoyo social y de la salud son las que revisten mayor importancia (Diener, en prensa)

El **Modelo de las Disonancias Múltiples** postula que el bienestar estará relacionado con el grado de disonancia que las personas perciban al compararse a sí mismo y su situación

actual con una serie de estándares (ideales): a mayor disonancia, menor será el grado de bienestar. Michalos (1996), enumera cinco estándares de comparación:

1. Lo que es con lo que se desea que sea.
2. Lo que se tiene en comparación con lo que se tuvo en el pasado
3. Lo que se tiene en comparación con lo que se considera tendrá en el futuro
4. Lo que se tiene en comparación con otros (comparación social)
5. Lo que se tiene en comparación con lo que se cree merecer.

Este modelo resulta uno de los más abarcativos y se cuenta entre los que poseen mayor evidencia en apoyo. Ha recibido la crítica de plantear al bienestar como un cálculo, en el que las personas deben efectuar un procesamiento de información bastante extenso para poder efectuar un juicio valorativo sobre su nivel de bienestar (Venhoven, 1994). Como se desarrolló en el apartado del Procesamiento Interno de Evaluación (pp. 25), varios autores (Venhoven, Shwartz y Strack) defienden la idea de que la mayoría de las personas utiliza información sobre el estado anímico del momento para inferir el grado de bienestar, y que sólo en algunos casos prefieren efectuar el cálculo propuesto por Michalos y defendido por Diener (2000, 2006-en prensa-).

Finalmente, no puede dejar de mencionarse el **Modelo de las Necesidades**, que propone básicamente que el bienestar vendrá de la mano de la satisfacción de las diferentes necesidades humanas, comprendidas desde el Modelo Jerárquico de Necesidades de Maslow y Murray. Este modelo ha sido, en general, superado por los modelos mencionados supra que proveen explicaciones de mayor complejidad y que abarcan mayor cantidad de datos (García Martín, 2002). De todos modos, algunos principios del modelo de Maslow se conservan en los modelos actuales, como por ejemplo el que ninguna necesidad puede satisfacerse sin que las necesidades básicas fisiológicas estén satisfechas, y que los seres humanos tenemos necesidad más complejas y culturales que las fisiológicas y de seguridad, como las necesidades afectivas, de estima y de autorrealización.

## **El modelo del Bienestar Subjetivo en ancianos residentes de geriátricos**

Zamarrón Cassinello y Fernández Ballesteros (2000) realizaron una investigación de cuyos resultados emergió un modelo predictivo del nivel de Bienestar Subjetivo en ancianos. Encontraron que el modelo varía en función del lugar de residencia, pero no el nivel de bienestar.

El modelo de Bienestar Subjetivo para ancianos residentes de geriátricos consta de cuatro grupos de factores:

1. Integración Social intra residencial: en los ancianos que viven en centros geriátricos, las relaciones que se mantienen con los compañeros de residencia y con el personal de la residencia muestran ser más significativos que las relaciones que se establecen con familiares y amigos que residen fuera de la institución. La integración social dentro de la residencia influye tanto directa como indirectamente sobre el nivel de bienestar: directamente,

en tanto los compañeros y personal representan el apoyo social más cercano al anciano, con la consiguiente contención emocional que implica. Indirectamente, porque ejerce influencias sobre las actividades que realiza el anciano.

Esta variable es entendida por los autores como el grado de satisfacción que informan los ancianos con respecto a la relación que mantienen tanto con sus compañeros como con el personal del centro.

Resulta de gran importancia para la intervención preventiva en instituciones geriátricas: si se desea aumentar el nivel de bienestar en los residentes, el curso de acción a seguir debería tener como objetivo principal reforzar los lazos sociales entre los residentes y de los residentes con el personal.

2. Actividad: para la realización de su investigación, los autores consideraron actividad en sus dos concepciones más frecuentes: actividad física y actividades de ocio, no sólo en cuanto a la frecuencia de su realización: el grado de satisfacción que el anciano informa en relación a su actividad es también considerada como un factor de gran importancia.

A partir de los resultados, los autores determinaron que la actividad física no es relevante en el contexto geriátrico (opuesto al caso de los ancianos que residen en sus hogares): sólo las actividades de ocio resultan determinantes del bienestar.

La relación entre actividades de ocio y bienestar subjetivo es, desde este modelo, indirecta, en tanto influye sobre la percepción de las habilidades funcionales y la satisfacción con las relaciones dentro de la residencia.

3. Habilidades funcionales: este valor subyace a dos medidas observadas: valoración sobre la funcionalidad (que incluye la posibilidades de realizar actividades básicas de la vida diaria, tales como vestirse, ir al baño, asearse, caminar, etc.) y la percepción sobre la funcionalidad comparado con las personas de la misma edad.

Se determinó que las habilidades funcionales se relacionan de forma directa e indirecta con el bienestar subjetivo. Por un lado, ejercen su efecto a través de la salud subjetiva: los ancianos que se perciben como hábiles también tienen una percepción más positiva de su estado de salud, lo que las lleva a sentirse mejor. Por otro, la disminución de las posibilidades de realizar tareas cotidianas básicas provoca una pérdida de bienestar de manera directa.

4. Salud subjetiva: como ya se ha mencionado anteriormente, la salud subjetiva se define como la percepción subjetiva del estado de salud. Se utilizan como formas de medición de esta variable la definición del estado de salud actual y el grado de satisfacción percibido en relación a dicho estado.

En tanto los cuatro factores fueron medidos a partir de técnicas de autoreporte, por lo que hacen clara alusión a percepción subjetiva de los mismos, se puede considerar que el modelo propuesto se engloba en el factor Calidad de Vida Autopercebida del modelo de Buena Vida de Lawton (1983), considerando dentro de éste sólo aquellos elementos que resultan de importancia para el adulto mayor geriatizado. Podemos afirmar entonces, aunque los autores no lo especifiquen en el marco teórico en que posicionan su trabajo de investigación, que de los modelos explicativos del BS revisados anteriormente, el **Modelo de la Meta** es el más adecuado para sostener teóricamente este modelo de características primordialmente empíricas, dado que

plantea un recorte de factores de la vida que resultan más pertinentes a la población estudiada para el logro de un mayor bienestar.

## **AMBIENTE OBJETIVO**

### **PSICOLOGÍA AMBIENTAL**

Esta disciplina, de relativamente reciente nacimiento y en estado de construcción, se contextualiza en dos referentes disciplinares: por un lado, dentro de las Ciencias Sociales y, dentro de éstas, especialmente en la Psicología Social Aplicada, de la que toma la mayoría de los paradigmas epistemológicos, marcos teóricos y metodologías (Valera, 1996) y a la que de manera tradicional se ha asociado el estudio de las relaciones entre las personas y su ambiente, entendido éste como los diferentes niveles de la interacción social (Kaminsky, 1979, citado por Varela, 1996). En segundo lugar, se ubica a la Psicología Ambiental dentro de un conjunto amplio de disciplinas más generales que se ocupan del estudio del entorno, natural o construido (Valera, 1996). Moore (1991, citado por Valera, 1996) enumera entre ellas ergonomía, diseño de interiores, arquitectura, paisajismo, planificación urbana, gestión ambiental y psicología ambiental, como partes del campo de estudio denominado en Estados Unidos como “Entorno y Conducta” – Environment & Behavior-.

Definida como **“la disciplina que tiene por objeto el estudio y la comprensión de los procesos psicosociales derivados de las relaciones, interacciones y transacciones entre las personas, grupos sociales o comunidades y sus entornos sociofísicos”** (Valera, 1996), la Psicología Ambiental es una disciplina poco conocida, estudiada y considerada. Se basa en el supuesto básico que *el contexto ambiental*, comprendido como bien lo indica la definición de un modo amplio -de manera que tanto factores sociales (desde los fenómenos más básicos de interacción diádica hasta los fenómenos de atracción social, cohesión, clima social en niveles de interacción grupal y comunitario) como factores físicos (tamaño, confort, decoración, niveles sonoros, olores, etc) se encuentran comprendidos dentro de la noción de ambiente-, *se relaciona de algún modo con las personas o grupos*, produciendo fenómenos psicosociales pasibles de ser explicados por medio de dicha relación.

### **Perspectivas y Paradigmas en Psicología Ambiental**

Es misión de las perspectivas teóricas establecer cuales serán las características y la naturaleza de la relación entre las variables psico-sociales y el ambiente.

Dice Valera (1996) que la Psicología Ambiental se caracteriza por la multiplicidad de orientaciones teóricas utilizadas. Altman y Rogoff (1987, citado por Valera, 1996) ofrecen una aproximación a la situación multiparadigmática de la disciplina distinguiendo cuatro modelos teóricos para interpretar y analizar la relación entre las personas y sus entornos: la individualista, la interaccionista, la orgánica o sistemática y la transaccionalista.

- *La perspectiva individualista* es la que menor atención presta a los factores ambientales,

ya que su unidad de análisis se centra en la persona y sus procesos psicológicos con relativa independencia del contexto situacional.

- *La perspectiva interaccionista* considera a la persona y el ambiente como unidades separadas con interacciones entre ellas. Dice Varela (1996): “La unidad de análisis en este caso sería la persona y el entorno y su objetivo la búsqueda de relaciones causa-efecto entre variables para estudiar un fenómeno a través de un sistema asociativo de antecedentes y consecuentes orientados a la predicción y control de la conducta y los procesos psicológicos.”

Partiendo de una concepción plenamente positivista, el principio básico que subyace es que  $C=f(P,E)$ , es decir que la conducta se explica en función de las variables ambientales y personales, donde el contexto ambiental es la variable independiente, la conducta es la variable dependiente y las variables personales representan las variables mediadoras.

Varela señala que la mayoría de la investigación en Psicología Ambiental se encuadra en esta perspectiva, incluyendo los estudios sobre hacinamiento, percepción y cognición ambiental, comportamiento ambiental desde la perspectiva del condicionamiento operante, etc.

- *La perspectiva sistémica* se caracteriza por entender tanto a la persona como al ambiente como sistemas holísticos que forman parte a su vez de un sistema integrado mayor del que son elementos en constante interrelación. La relación entre persona-ambiente no son entendidos como causa-consecuencia en un sentido molecular, sino como el efecto de leyes de funcionamiento de un sistema global donde el todo es más que la suma de las partes. Wapner (1981, citado por Varela, 1996) define así las principales características de esta aproximación:

1. la unidad de análisis es la “persona-en-entorno”, entendido como sistema integrado por distintos niveles (biológico, psicológico, socio-cultural) considerados en forma holística.
2. el organismo se relaciona activamente con el entorno en términos de objetivos y finalidades que son llevados a cabo a través de una variedad de significados e instrumentalidades.
3. estas relaciones incluyen tanto aspectos cognitivos, afectivos como valorativos
4. este sistema opera en dinámico equilibrio orientado hacia objetivos a corto o largo plazo, de tal forma que una distorsión en una parte de este sistema afecta a las otras partes y a todo el sistema en conjunto
5. el grado de desarrollo de un sistema depende del grado en que las partes del sistema, su significado y finalidades se encuentran jerárquicamente ordenadas e integradas en él.

Perspectiva Transaccionalista: esta perspectiva retoma la noción de unidades de análisis holísticas que propone la perspectiva sistémica u organísmica, agregando a ésta la noción de “temporalidad”. Saegert & Winkeltl (1990, citados por Varela, 1996) definen cinco premisas básicas de las que se desprende esta aproximación:

1. la unidad de análisis es la “persona-en-el-entorno”.
2. persona y entorno se definen y se transforman mutuamente a lo largo del tiempo, siendo ambas dos aspectos de una misma unidad global.
3. la estabilidad y el cambio coexisten continuamente.
4. la dirección del cambio no está establecida a priori.
5. es importante buscar las fuentes de cambio como la forma en que éste desde un determinado nivel afecta a los demás niveles.

Saegert y Winkeltl (1990, citados por Varela, 1996) propusieron por su parte cuatro grandes paradigmas de investigación en Psicología Ambiental.

### 1) Paradigma de la Adaptación

Enmarcada en las propuestas individualistas y moleculares, se sostiene sobre la idea básica que el ser humano posee un objetivo biológico y psicológico de supervivencia que motiva a las personas a enfrentarse a amenazas, satisfacer sus necesidades y ampliar las capacidades de afrontamiento en el entorno.

Es señalada por los autores como el paradigma que enmarca las áreas de la Psicología Ambiental más maduras teórica y metodológicamente, como lo son el área del Estrés ambiental, la Percepción y Cognición Ambiental y la Valoración Ambiental.

El área que estudia el estrés ambiental considera que existen estímulos ambientales, especialmente los de tipo físico, tales como ruidos, olores, o disponibilidad de espacio, que por su naturaleza o su intensidad rompen el estado homeostático transitorio de los individuos, generando tensión y poniendo en marcha procesos de adaptación a la situación en la búsqueda de un nuevo estado de homeostasis. Cuando estos estímulos superan la capacidad de adaptación del individuo, ya sea por ser demasiado intensos o por persistir en el tiempo, producen un malestar persistente al que se denomina estrés.

Por otra parte, desde el paradigma de la adaptación, el estudio de la Percepción y Cognición Ambiental se sostiene sobre la noción de percepción y cognición como mecanismos de ajuste a las necesidades de adaptación de la persona.

### 2) Paradigma del ambiente como estructura-oportunidad

Entiende el ambiente como un “tejido de estructuras de oportunidad”, en la medida que ofrece a la persona, caracterizada como activa, tanto oportunidades como restricciones no sólo para satisfacer sus necesidades como en el paradigma de la adaptación, sino también para alcanzar objetivos. El ambiente no es estímulo agradable, aversivo o neutro, sino que es conceptualizado como recurso/obstáculo.

### 3) Paradigma socio-cultural

La persona es un agente social más que un individuo autónomo en busca de la satisfacción de sus necesidades o del logro de sus metas. Como tal, busca y crea significados sobre su entorno para relacionarse con él. Los significados que le otorgue estarán condicionados a su vez por el medio social y cultural que la envuelve. El ambiente es, entonces, más que un conjunto de estímulos o una estructura compleja de restricciones y oportunidades, un producto sociocultural, enfatizando la interacción social y el contexto socio-cultural como determinantes de las personas que crean significados.

### 4) Paradigma de la síntesis histórica

Es un paradigma que tiende a la integración de los paradigmas anteriores, considerando que no son mutuamente excluyente, sino que representan distintos niveles de análisis de la relación persona-ambiente. El ambiente es tanto una fuente de estímulos como de restricciones y oportunidades, a la vez que su influencia sobre las personas estará mediada por su carácter de producto socio-cultural.

## **Conceptualizaciones del ambiente**

Desde la definición hasta la determinación de indicadores para describirlo, existen diferentes maneras de entender el término “Ambiente”, correspondientes a diferentes líneas teóricas dentro del campo de la Psicología Ambiental. Fernández-Ballesteros (1992) enumera un conjunto de enfoques presentes en la Psicología Ambiental:

**-Enfoque ecológico:** el ambiente es el conjunto de variables físicas, tales como ruidos, luminosidad, olores, etc., geográficas, meteorológicas – temperaturas altas o bajas, presión atmosférica, vientos, etc.-, arquitectónicas –tamaño, disponibilidad de espacio, decoración, recursos materiales, etc.-. Esta perspectiva se considera relacionada estrechamente con disciplinas como la arquitectura, en una línea de trabajo que estudia los efectos de las construcciones y los estilos arquitectónicos y decorativos sobre los procesos psicológicos, con el objetivo de promover una mayor satisfacción, confort y “habitabilidad” a los ambientes artificiales.

**-Enfoque ecológico social:** enfatiza las características sociodemográficas de los habitantes de un determinado ambiente. El ambiente se entiende como el conjunto de personas que lo habitan y las características personales de las mismas. Evalúa aspectos como el sexo, edad, estado civil, ocupación, competencias conductuales, necesidades, etc.

**-Enfoque psicológico ecológico:** el ambiente es el *escenario de conducta*. Desde esta perspectiva se entiende que las características físicas del contexto ambiental influyen sobre los **patrones de conducta**. Los mapas de interacción conducta-ambiente cobran total relevancia como instrumento de recolección de datos, siendo la observación el método por excelencia. Ej.: Fernández-Ballesteros (1996), realizó una investigación en la que evaluaba la influencia del mobiliario sobre las interacciones dentro de un centro residencial para ancianos.

**-Enfoque sociopolítico:** el ambiente es el conjunto de características organizativas que se estipulan para el funcionamiento de una organización, tales como las normas de funcionamiento, comunicación, etc.

**-Enfoque de la ecología social:** el ambiente es el conjunto de características psicosociales, es decir que el factor clave considerado es la interacción social entre las personas entendida como una totalidad. Esta perspectiva es la que más ampliamente se relaciona con la Psicología Social y con la definición de ambiente que tradicionalmente se ha manejado en la Psicología (Kaminsky, 1979, citado por Varela, 1996). Se prioriza la evaluación de variables tales como el clima social, los vínculos, grupos, conflictos interpersonales, conflictos intergrupales, etc.

**-Enfoque conductista:** las variables relevantes son las conductas dirigidas a la conservación del medio ambiente y aquellos factores que facilitan u obstaculizan los comportamientos ecologistas y su desarrollo. El ambiente es entendido como el medio natural que debe ser preservado de la acción degradante del ser humano.

**-Enfoque cognitivo-perceptivo:** pretende el estudio del ambiente tal y como es percibido y evaluado. El ambiente es lo que los individuos perciben del medio circundante y el modo en que lo perciben. La satisfacción con el ambiente es una variable considerada por este enfoque.

## Psicología Ambiental y Centros Geriátricos

### Introducción: vivir en residencias

Ante una serie de circunstancias, tales como la incapacidad física, la imposibilidad familiar de ofrecer los cuidados necesarios, razones económicas, etc., el adulto mayor debe trasladarse a



un centro geriátrico. Este proceso de cambio es usualmente denominado por los profesionales de los geriátricos con el término “Geriatrización” y a las personas que pasan por este proceso se las llama “geriatrizadas”.

A pesar de que una de las creencias más difundidas con respecto a los adultos mayores es que éstos viven en residencias, sólo el 3% de la población mayor de 65 años de la Argentina reside en una de ellas.

De la misma manera que con los ancianos, las residencias son objeto de ideas estereotipadas y prejuicios, tales como que son perjudiciales para el anciano, que no brindan la seguridad ni los cuidados necesarios para garantizar el bienestar físico y emocional de sus residentes, que son depósitos donde el viejo va a esperar el final de la vida o que son receptores de ancianos enfermos rechazados por sus familias (Boschetti, Longhi y Porta, 2002)

Algunos autores (Buendía y Riquelme, 1997), siguiendo la teoría del “Interiorismo biográfico” (Rowbles, 1990) plantean que el dejar el hogar para instalarse en una residencia implica fundamentalmente una pérdida y una amenaza, en función de que el lugar de residencia es cargado de connotaciones personales, que devienen de las experiencias vividas en el espacio físico: recuerdos y emociones impregnan la percepción del lugar. Mudarse implica la pérdida no de un espacio geográfico sino de un objetivador de las experiencias vitales.

Todas estas ideas se contradicen con la posibilidad de que el anciano residente de una institución geriátrica se sienta bien y satisfecho. Sin embargo, Fernández Ballesteros puso en evidencia que los ancianos de España que residen en centros geriátricos se sienten tan satisfechos con el lugar de residencia como con sus vidas. En su investigación determinó que entre los ancianos españoles que residen en sus hogares y los que residen en geriátricos no existe una diferencia estadísticamente significativa en el grado de satisfacción vital.

## **Centros Geriátricos: definiciones**

### La institución total

Goffman (1981), luego de investigar hondamente el ámbito de los hospitales psiquiátricos a mediados de la década del '50 aplicando observación participantes, perfiló el concepto de “instituciones totales”. Dice Rodríguez Rodríguez (1995) respecto al mismo:

*“Según la concepción goffmaniana, institución total sería todo aquel lugar donde residen grupos de personas que están separadas de la sociedad, comparten una situación común, y el cual transcurre una parte de su vida en régimen cerrado y formalmente administrado. Como resultado fundamental para la persona que vive la experiencia de la institución total es que se originan en ella unos procesos de cambio radical en las opiniones que tienen acerca de sí mismas y acerca de quienes le rodean. Las instituciones de este tipo ponen en marcha un mecanismo de expropiación de los roles, mediante el aislamiento y la eliminación de toda referencia al ambiente de procedencia. Los bienes personales anteriores se sustituyen por objetos estandarizados y uniformes. Tal mecanismo origina en el individuo una pérdida del sentido de seguridad personal y un proceso de desculturización” (Rodríguez Rodríguez, P. 1995. Pp. 170)*

En el ámbito de la geriatría, se utiliza la definición de geriátrico como institución total, en tanto “...en ellas el individuo duerme, come y usa su tiempo libre siempre en un mismo ámbito, acompañado de las mismas personas y bajo las mismas autoridades con actividades programadas. No se tiene en cuenta la heterogeneidad que presenta el grupo de personas internadas” (citado en Boschetti, Longhi y Porta, 2002: “Calidad de Vida...más allá de los años”. Pp. 36 y 37).

La residencia sería, entonces, un ambiente de naturaleza artificial, en la que las normas de

organización son impuestas y donde el anciano pierde su capacidad de dominar el medio disminuyendo a su vez la percepción de control.

Esta caracterización, al igual que las revisadas supra, comete el error de caracterizar a la residencia geriátrica en aspectos que pueden resultar variables, dependiendo de las características de cada centro. En general, se debería considerar que la residencia geriátrica sería una institución total en tanto DEBE ESTAR PREPARADA para que el adulto mayor pueda dormir, comer, usar su tiempo libre en el ámbito de la misma, si esto es su deseo personal. La caracterización resulta reducida a un aspecto negativo que no abarca la posibilidad de que la residencia se organice de un modo diferente tomando aspectos más positivos.

### **Definición de Residencia Geriátrica**

En 1993, la INSERSO (Instituto de Servicios Sociales, España) propuso definir el geriátrico como “centros que ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas mayores de 60 años que, por su problemática familiar, social y/o económica, no pueden ser atendidas en sus propios domicilios y necesitan de éstos servicios” (INSERSO, 1993. En Rodríguez Rodríguez, 1995)

Ya en esta definición se modifica la postura de considerar al centro geriátrico como una institución, abarcando la idea de totalidad en tanto atención integral y vivienda permanente, aclarando además que se trata de una “oferta”, dando la idea de potencialidad en el uso que los residentes hagan de las mismas. Además, incluye la noción de que el centro geriátrico no es el medio esperable para un adulto mayor, si no que se lo debe considerar como una posibilidad ante determinadas circunstancias vitales. Sin duda implica un gran avance hacia la consideración de aspectos positivos y potenciales de funcionamiento; sin embargo, la definición que propone Rodríguez Rodríguez (1995) es más abarcativa en este sentido:

*“Centro Gerontológico abierto de desarrollo personal y atención socio-sanitaria interprofesional, en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia”* (Rodríguez Rodríguez, P. 1995, pp. 172)

### **Análisis de la definición**

Centro Gerontológico Abierto: el autor explica que el geriátrico no es una institución que aísla necesariamente al residente en su interior respecto de la comunidad. Podemos pensar entonces que serán las normas de funcionamiento y la ubicación del centro las que facilitarán u obstaculizarán una mayor o menor integración del residente con su comunidad. El polo de lo deseable es que la apertura del centro sea tanto hacia dentro (incorporación de agentes externos al funcionamiento del centro) como hacia fuera (facilitación de salidas del residente hacia la comunidad), en un entorno urbano.

Lugar de Desarrollo personal: el centro es un lugar en donde el residente se desarrolla como persona. La potencialidad se haya en que no se caracteriza necesariamente por trabar el crecimiento, lo que implica que el centro, según sus características, puede facilitar u obstaculizar el desarrollo de sus residentes, a través de la planificación o no de programas de actividades y de desarrollo, de normas flexibles o rígidas, de ambientes físicamente preparados o no para la recreación y el ejercicio de la libertad personal en función de las capacidades y limitaciones de

cada quien, etc. El autor plantea que el centro debe constituirse como un facilitador de proyectos vitales.

**Atención Socio-Sanitaria:** la residencia debe ofrecer ciertos servicios que implican, como manifiesta la definición del INSERSO, atención integral, que incluya tanto el acogimiento del residente como el cuidado de su salud.

**Atención Interprofesional:** implica la necesidad de que el centro cuente con un grupo de profesionales de distintas disciplinas, especializados en gerontología, que trabajen con programas integrales de intervención en equipos interdisciplinarios.

**Estancias Temporales o Permanentes:** la residencia puede ser un lugar de estancia temporal, donde el adulto mayor se traslade por un período limitado de tiempo hasta que las circunstancias específicas que motivaron el traslado (enfermedad propia o de los cuidadores, razones económicas, traslado de los cuidadores, etc.) concluyan; o un lugar de residencia permanente.

Destinada a personas mayores con algún grado de dependencia, que se produce cuando “una persona no efectúa sin ayuda (porque no puede o porque no quiere) las principales actividades de la vida diaria”

### **Contexto Ambiental Residencial: componentes**

El contexto residencial se compone de dos grandes elementos:

1. un elemento global, que pone de relieve lo que las distintas residencias tienen en común entre sí: **la residencia geriátrica no es el hogar particular del residente**. Como expresa la definición tomada, la diferencia entre ambos contextos reside en que la residencia es un ambiente preparado para la recepción de adultos mayores con el objeto de prestarles un conjunto de servicios. El hogar particular, sea éste una vivienda en que el adulto mayor habita sólo o con su pareja pero bajo su autoridad, o la vivienda del grupo familiar en donde un miembro de la generación siguiente se establece como el jefe, sirve a propósitos varios y no está concebido como un ámbito de recepción y atención exclusiva para adultos mayores.
2. un elemento específico, por el cual se considera que las residencias geriátricas son diferentes entre sí, diferencias que pueden ser medidas a través de un conjunto de variables contextuales definidas operacionalmente.

### ***Entidades Públicas vs. Entidades Privadas***

Una primera gran diferenciación entre los centros residenciales para adultos mayores se centra en la naturaleza del ente creador y administrador de los mismos. Este criterio, que clasifica a las residencias en públicas y privadas, ha sido muy utilizado en los estudios de la relación entre contexto y variables personales en la vejez (Fernandez-Ballesteros, 1995; etc, etc,

chequear bien), basándose en el supuesto que la diferencia de fines que ambos tipos de entidades persiguen conllevarán diferencias en las características ambientales que los centros adquieran y la calidad del servicio que se preste en ellas.

En general, se asume que los centros geriátricos privados proveerán un mejor servicio a sus residentes que los centros públicos, bajo el fundamento que éstos dependen de financiamiento estatal con las limitaciones de presupuesto, las dificultades de organización que se asocian a las entidades públicas y la escasa motivación que provee la lógica sin fines de lucro para satisfacer un cliente y retenerlo, lo que desembocaría en dificultades para atender y satisfacer las necesidades de los residentes. Al contrario, suele sostenerse que el financiamiento privado, obtenido del cobro de cuotas al residente, aporta al ofrecimiento de un mejor servicio, bajo el supuesto que la búsqueda de lucro motiva para satisfacer al cliente y así poder retenerlo, asegurando la rentabilidad del negocio.

Sin embargo, la lógica del fin de lucro aplicada a las residencias geriátricas puede no producir como resultado una mejora en el servicio. El que la mudanza a un centro se sitúe en circunstancias particulares que obligan al adulto mayor al traslado implica que en muchos casos éste está limitado en sus posibilidades de elección, ya sean las limitaciones de orden económico –por las cuales el adulto mayor no puede financiar servicios de buena calidad o que su obra social le imponga un determinado nivel de servicio-, familiar –por los cuales el permanecer en un centro geriátrico resulta imprescindible para asegurarse compañía, cuidado y apoyo en la realización de las actividades de la vida diaria-, de salud –por las que el adulto mayor ha perdido su autonomía y las decisiones respecto a su persona son tomadas por terceros-, o una mezcla de las mismas. Esto puede producir que la búsqueda de la rentabilidad no pase por satisfacer la demanda de un cliente sino por reducir los costos asociados a la calidad del servicio al mínimo establecido por las reglamentaciones de funcionamiento estipuladas por los entes reguladores estatales, de modo que las características que asuman los centros geriátricos privados estarán relacionadas con las disposiciones reglamentarias locales.

#### *Centros Geriátricos Privados: Ordenanza Municipal 8922*

El dos de Junio de 1993, el Consejo Deliberante de la Ciudad de Córdoba sancionó la Ordenanza Municipal 8922 que rige el funcionamiento de los establecimientos geriátricos privados ubicados dentro del ejido urbano cordobés. En ella se define que “se considerará establecimiento geriátrico privado a toda Institución Asistencial, no estatal y no sanatorial, destinada a las acciones de fomento y/o recuperación de la salud, rehabilitación, albergue y amparo social de ancianos, para el cuidado, alojamiento o recreación de los ancianos y a cualquier otra prestación de servicios asistenciales que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los gerontes” (cita textual del 1º Artículo de la Ordenanza Municipal nº8922).

La ordenanza establece tres tipos de centros de acuerdo con el grado de capacidad psico-física de los residentes:

1. Residencia para Autoválidos: de personas que se valen por sí mismas para las actividades de la vida diaria, es decir, para adultos mayores que conservan sus habilidades funcionales intactas o casi intactas.
2. Residencia para Semidependientes: de personas que requieren ayudas para efectuar las actividades de la vida diaria.
3. Residencia para Dependientes: de personas que requieren atención permanente de terceros para todas sus necesidades básicas.

La Ordenanza establece los entes controladores de los diferentes aspectos de la residencia. Del mismo modo, se establece el tipo y cantidad mínima de profesionales que se requieren para cada tipo de residencia.

Independientemente del tipo, se estipula que el centro deberá contar con al menos un encargado de 24 horas, personal de cocina y limpieza uno hasta 10 residentes, nutricionista, auxiliar de enfermería, médico de cabecera.

Solamente las residencias para Autoválidos y Semidependientes requieren de un laborterapeuta. El artículo 8° de la ordenanza establece que “*es conveniente* que integren sus equipos profesionales o en forma interdisciplinaria con el apoyo complementario de los siguientes profesionales: Fisioterapeuta, Kinesiólogo, Psicólogo, Trabajador Social, Laborterapeuta, etc” (las negritas no pertenecen a la redacción original de la ordenanza). No se hacen referencias a existencia, frecuencia y circunstancias para reuniones del equipo interdisciplinario.

En el artículo 11° se establece que se debe inducir a los residentes a realizar algún tipo de tareas de laborterapia, estando éstas a cargo de personal con capacidad de integración y movilización de grupos. Estipula además que la residencia, a través de los profesionales responsables del mismo, deberá favorecer la integración social y familiar del residente, fortaleciendo lazos con sus familias y toda relación afectiva tanto dentro como fuera del centro. Se estipula explícitamente el carácter abierto de toda residencia privada.

En cuanto a la frecuencia, tipo y resultados esperados de las actividades, sólo se estipula, en el artículo 15°, que el reglamento deberá contener “...una planificación detallada y precisa sobre el funcionamiento, atención y actividades a desarrollar con los ancianos”. (sic)

En cuanto a las características físicas y arquitectónicas de los centros, se estipulan que:

1. Baños: la proporción de baños/residentes será de un sanitario por cada tres residentes máximos, debiendo estar las dependencias sanitarias colectivas independizadas de las habitaciones y demás dependencias. Las puertas deberán tener cerraduras que permitan apertura desde el exterior sin pasaderos. Se estipula que hasta 1,6 metros deberán estar azulejados, poseer duchas fijas y móviles, inodoro, bidet y lavabo, cada accesorio con barras de sostén adosadas a la pared y adaptadas para su uso por discapacitados; deberán llevar pisos antideslizantes no resbaladizos y en plano horizontal.
2. Habitaciones: la proporción de habitación/cama es de 1/3 máximo, con 4,5 metros cuadrados de área mínima por cama y 15 metros cúbicos de volumen mínimo de aire. Deberán contener un guardarropa, mesa de luz para cada usuario y camas firmes de 30 cm. hasta la apoyatura del colchón, una silla por usuario y timbre de llamada. Deberán estar numeradas correlativamente. Por último, se debe tener en cuenta los matrimonios.
3. Comedor: deberá tener un mínimo de 1,20 metros cuadrados por persona.
4. Salas especiales y de recreación: deberán poseer locales destinados a esparcimiento, biblioteca y sala de estar de 2 metros cuadrados mínimos por persona. Agrega que “será conveniente proveer a dichos locales de música funcional, TV, almanaque, reloj y espejo de cuerpo entero” (sic)
5. En general, se estipula que todos los locales deberán contar con medios de calefaccionar y ventilar el ambiente, y proporcionar del confort necesario. No deberá haber rampas con una pendiente de más de 10%, de existir éstas deberán estar confeccionadas de material duradero y antideslizante y contar con barras

laterales, ventilación e iluminación natural o artificial suficiente para que sean funcionales. Las aberturas deberán permitir el ingreso de sillas de ruedas.

Personal de la oficina del Departamento de Regulación de Entes Privados de la Municipalidad de Córdoba informan que, debido a las lagunas que se detectaron en la reglamentación a la hora de asegurar un funcionamiento óptimo de las residencias geriátricas, se desarrolló un proyecto para implementar modificaciones a la ordenanza, iniciativa que se vio detenida al producirse el incidente en la Legislatura en el año 2005.

En Anexos, se adjunta una copia de la Ordenanza 8922 completa.

Moos (1987) propuso, en el seno de su modelo ecológico-social de la relación ambiente-vejez, que el ambiente residencial se compone de dimensiones físicas-arquitectónicas, características organizativas y de funcionamiento, características sociodemográficas de los habitantes y clima social. La descripción de estas dimensiones provee una idea amplia de las características de una residencia particular, a partir de las que establecer una comparación con otras residencias y analizar así lo que las diferencia. Fernandez-Ballesteros e Izal (1995) adaptaron el modelo ambiental de Moos, a partir del cual propusieron un sistema de evaluación para residencias de ancianos, denominado SERA, de cuyo contenido se tomarán las dimensiones del contexto ambiental.

## **Descripción de las Dimensiones del Contexto Ambiental Residencial**

### **1. Características Físicas-arquitectónicas:**

- Accesibilidad a la comunidad: grado en el que la comunidad vecina y sus servicios son adecuados y accesibles a los residentes.
- Confort Físico: presencia de características que añaden comodidad, atractivo y confort especial.
- Ayudas socio-recreativas: presencia de aspectos que potencian la conducta social y las actividades recreativas.
- Ayudas protésicas: grado en el que el centro constituye un medio libre de barreras arquitectónicas y proporciona ayudas que favorezcan la independencia física y la movilidad de los residentes.
- Ayudas a la orientación: medida en que el centro proporciona ayudas visuales que faciliten la orientación a los residentes.
- Características de seguridad: grado en el que la institución proporciona medidas de vigilancia en las áreas comunitarias y de prevención de accidentes.
- Áreas de personal: presencia de zonas destinadas al personal que hagan más agradable su estancia y trabajo en la institución.
- Disponibilidad de espacio: número y tamaño de las áreas comunitarias en relación con el número de residentes que habitan el centro.

### **2. Características organizativas y de funcionamiento**

- Expectativas de Funcionamiento: nivel mínimo de funcionamiento en las actividades de la vida diaria que se espera del anciano para permanecer en la institución.
- Tolerancia: grado en que se permiten comportamientos agresivos, desafiantes, destructivos o excéntricos.
- Elección Organizativa: grado en que el centro proporciona distintas opciones a los residentes para que seleccionen sus propios patrones de comportamiento en la vida diaria.
- Control por los residentes: grado en que las estructuras formales de la institución proporcionan a los residentes una participación en la dirección de la misma, y la medida en que los residentes influyen en la política organizativa.
- Claridad Organizativa: mecanismos institucionales formales que contribuyen a la difusión de la información y a la comunicación de ideas.
- Intimidad: grado de privacidad que se permite a los residentes.
- Disponibilidad de servicios de salud: provisión de servicios dirigidos al cuidado y mantenimiento de la salud de los residentes.
- Disponibilidad de asistencia en la vida diaria: grado en el que el centro proporciona servicios para ayudar a los residentes en la realización de tareas de la vida diaria.
- Disponibilidad de actividades socio-recreativas: frecuencia y diversidad de actividades tanto sociales como recreativas que ofrece el centro.

### **3. Características del Personal y Residentes**

-Características del Personal: refleja los recursos individuales con que cuenta el personal en términos de experiencia, entrenamiento y diversidad de las características personales.

-Habilidades Funcionales de los residentes: nivel de independencia de los residentes en la ejecución de actividades diarias.

-Nivel de Actividad de los residentes: grado en que los residentes participan en actividades iniciadas por ellos mismos.

-Integración de los residentes en la comunidad: evalúa el grado de participación de los residentes en actividades que tienen lugar fuera de la residencia.

-Utilización de los servicios de salud: refleja el grado en que los residentes hacen uso de los servicios sanitarios existentes en la propia residencia.

-Utilización de asistencia en la vida diaria: grado en que los residentes hacen uso de los servicios de asistencia en tareas de la vida diaria.

-Utilización de actividades socio-recreativas: grado de participación en actividades que tienen lugar dentro de la residencia.

#### **4. Clima Social**

Concepto desarrollado por Moos en el año 1973. Desde el enfoque ecológico-social, se entiende que los ambientes, al igual que las personas, poseen una personalidad con características singulares. Esta personalidad es conceptualizada por Moos como un conjunto de dimensiones que hacen al clima social que se vive en una institución. Izal y Fernandez-Ballesteros (1995) retoman las conceptualizaciones de Moos y las adaptan para su aplicación a los contextos residenciales, definiendo las siguientes sub-dimensiones:

##### *Relaciones interpersonales*

1. Cohesión: grado en el que los miembros del personal ayudan y apoyan a los residentes, así como el grado de relación y ayuda entre los propios residentes.
2. Conflicto: grado en que los residentes expresan su enfado o se critican mutuamente y a la residencia.

##### *Desarrollo Personal*

3. Independencia: grado en que se anima a los residentes a desenvolverse por sí mismo y a tomar decisiones propias.
4. Expresividad: grado en que se anima a los residentes a expresarse y a tratar abiertamente sus problemas y sentimientos.

##### *Mantenimiento y Cambio del Sistema*

5. Organización: en qué grado son importantes el orden y la organización en la institución, el grado en el que los residentes conocen la rutina diaria en la residencia, así como hasta que punto están explícitas las normas y el reglamento.
6. Influencia de los Residentes: evalúa el nivel de influencia de los residentes sobre las normas y el funcionamiento de la residencia, así como el grado de cumplimiento de las normas que se requiere de los residentes.
7. Confort Físico: grado en el que el medio físico proporciona comodidad, intimidad, agrado y bienestar físico.



### **Satisfacción**

Estos ítems procuran medir el grado en que el ambiente satisface las necesidades de los residentes. Se basa en el supuesto subyacente que la declaración por parte del residente de su grado de satisfacción con diferentes características del ambiente es un indicador del grado en que éstas logran dar respuesta a las necesidades.

Grado de satisfacción con las características físicas

Grado de satisfacción con la organización

Grado de satisfacción con el personal

Grado de satisfacción con los compañeros de residencia

Grado de satisfacción con la residencia en general.

## **MODELO DE INTERACCIÓN AMBIENTE-PERSONA EN LA VEJEZ**

### **Aspectos Históricos**

El interés por la interacción ambiente-individuo en la vejez surge en la década del '60 a partir de la publicación de investigaciones cuyos resultados sugerían que la institucionalización de adultos mayores acarrea consecuencias negativas sobre la salud y aumento de la mortalidad. Estos estudios llevaron a la preocupación por las relaciones entre la conducta de los ancianos y las características del medio, comenzando así a aparecer modelos teóricos que procuraban dar cuenta de dicha relación. (Izal y Fernández-Ballesteros, 1990).

## El Modelo Complementario de la Congruencia

Dentro de los modelos más actuales e integradores, el Modelo Complementario de la Congruencia (Carp y Carp, 1984) toma aportes del modelo de la Congruencia de Kahana (1975), complementándolo con el Modelo de las Necesidades de Maslow.

Este modelo incluye los siguientes aportes teóricos:

1. el grado de bienestar de un individuo es la función entre las necesidades que siente y la capacidad del medio ambiente de satisfacer dichas necesidades.(Murray, 1938)
2. las necesidades humanas, según la teoría de Maslow, se dividen en necesidades fisiológicas o de supervivencia, necesidades de seguridad, necesidades sociales, necesidades de estima, necesidades de autorrealización.
3. congruencia en la interacción ambiente-individuo: Lewin planteó en 1951 un modelo de interacción entre los individuos y su medio ambiente consistente en la ecuación  $C=f(P \times A)$ , donde C es la conducta, P son los variables de la personalidad y A las características del ambiente. Kahana adaptó esta ecuación, remplazando la conducta por el bienestar percibido (que era su principal preocupación), la personalidad por las necesidades sentidas o percibidas del individuo y factores individuales, mientras que el ambiente se considera a las oportunidades y obstáculos que ofrece el medio ambiente para la satisfacción de dichas necesidades. El bienestar estaría dado por el grado de congruencia entre las necesidades del anciano y la capacidad del ambiente para facilitar u obstaculizar el logro de dicha satisfacción, congruencia que siempre estará mediatizada por las competencias individuales de los individuos.

Para Carp, la congruencia entre las necesidades y las características del medio se dividen fundamentalmente en dos:

1. las necesidades fisiológicas o de supervivencia requieren de una congruencia complementaria entre la competencia del individuo para abastecerse de los recursos de subsistencia básicos por sí mismo y las barreras y facilidades que aporta el medio para alcanzarlos: a mayor competencia, menor intervención ambiental. Por ejemplo, un anciano que posea habilidades funcionales conservadas precisará para sentirse bien, entre otros resultados, de un ambiente que le brinde oportunidad de manejarse por sí mismo, tareas y actividades desafiantes, etc.; contrariamente, un anciano con un deterioro de sus funciones cognitivas y funcionales importante requerirá de un ambiente capaz de suplir la búsqueda autónoma de los medios de subsistencia, a la vez que le ofrezca retos dentro de sus posibilidades con fines de conservación de las capacidades que aún posee y de rehabilitación.
2. las necesidades de seguridad y de afecto, por otro lado, requieren para su satisfacción de una congruencia similar. Esto es, mientras más intensamente se percibe la necesidad de afecto, mayor deberá ser la oferta del ambiente de estímulos afectivos para lograr como resultado la percepción de bienestar.

En resumen, desde esta perspectiva - que se caracteriza por integrar aportes teóricos previos - existen tres conceptos primordiales que interactúan para explicar la

relación individuo-ambiente en la vejez: por un lado, el concepto de presión ambiental, objetivable a partir de las características del ambiente en cuanto a facilidades, servicios, oportunidades, obstáculos y desafíos que promueven; por otro lado, el concepto de competencia, entendido como los recursos físicos, psíquicos y sociales de que dispone un individuo para hacer frente a las demandas vitales: por último, se encuentra el concepto de necesidad, entendido como un constructo motivacional que influye sobre el estado psicológico de las personas. En el marco de este trabajo, este estado final se encuentra representado por el grado de Bienestar Subjetivo de los residentes.

# **METODOLOGÍA**

## ***DISEÑO***

Diseño cuantitativo de tipo descriptivo correlacional.

Hipótesis:

De acuerdo a los estudios realizados con anterioridad, se espera encontrar una diferencia estadísticamente significativa entre los adultos mayores que residen en sus hogares y los adultos mayores geriatriizados.

Además, se espera observar diferencias entre los once centros geriátricos considerados en cuanto al nivel de BS de sus residentes. El nivel de BS será mayor en los adultos mayores que residen en el centro geriátrico municipal, de acuerdo con los estudios previos.

Los centros geriátricos que presenten índices de bienestar más altos tendrán también índices mayores de los factores considerados como determinantes del nivel de BS en adultos mayores geriatriizados.

Del mismo modo, se espera observar una asociación entre el nivel de BS y las características ambientales consideradas, de acuerdo al modelo de la congruencia que postula la mediación de las competencias conductuales en la relación bienestar/ambiente.

## ***MUESTRA***

La recolección de los datos se llevó a cabo sobre una muestra total de 139 personas mayores de 65 años de la ciudad de Córdoba.

La muestra total se divide en tres grupos:

- 1) muestra de adultos mayores residentes de centros geriátricos públicos, con un total de 35 encuestados
- 2) muestra de adultos mayores residentes de centros geriátricos privados, con un total de 45 encuestados
- 3) muestra de adultos mayores que residen en sus hogares, con un total de 59 encuestados.

La muestra de adultos mayores residentes de sus hogares fue no aleatoria. Se utilizaron dos técnicas: por un lado, la técnica de bola de nieve, a partir de la cual se encuesta a un individuo que dará referencia de otro a encuestar. Por otro lado, se recurrió a tres centros de jubilados y otras instituciones para adultos mayores.

Para la obtención de la muestra de adultos mayores residentes de centros geriátricos se siguió el siguiente procedimiento:

1. de una lista de los centros geriátricos privados de la ciudad de Córdoba, obtenida de publicación oficial del Gobierno de la Provincia de Córdoba, se sortearon 9 instituciones de un total de 85.

2. se procedió a efectuar contacto con cada una de las entidades, en la que se explicitaba el objetivo del trabajo y las tareas a realizar. Aquellas entidades que no aceptaron formar parte de la muestra, fueron sustituidas por otra entidad mediante sorteo.

3. En cada entidad confirmada, se detectó un informante clave, a partir del cual se

delimitaba los residentes que quedaban excluidos de la muestra. Cada entidad aportó un número variable de residentes a la muestra total.

Como centro geriátrico público se tomó el único existente con ubicación en el eje urbano de la ciudad de Córdoba. Al igual que con los centros privados, se detectó un informante clave que determinó 35 residentes en condiciones de formar parte de la muestra.

Criterios de Exclusión: quedaron excluidos de la muestra aquellos adultos mayores que padezcan deterioro cognitivo moderado a grave: demencias seniles, Alzheimer, cuadros psicóticos agudos o crónicos, retraso mental moderado o severo.

## ***OBSERVACIÓN***

Se llevó a cabo tanto observación directa como indirecta.

Observación Directa: para las variables “características físicas-arquitectónicas”.

Observación Indirecta: para las variables “Bienestar Subjetivo”, “variables predoctoras del BS” y “variables demográficas” se utilizará como método de recolección de datos una entrevista estructurada administrada a los adultos mayores. Para la medición de la variable “Clima Social” se aplicará, en entrevista estructurada a enfermeros u otros profesionales que por su ocupación en el centro posea información completa sobre la conducta social de los residentes, una escala adaptada de clima social. Para el resto de las variables ambientales, se utilizará como método de recolección de datos una entrevista semiestructurada administrada al representante de cada centro geriátrico relevado. La consulta a documentos de la institución está prevista para la medición de las características del centro.

## ***INSTRUMENTOS***

### **Philadelphia Geriatric Center Moral Scale (PGCMS)**

La Escala Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia es un instrumento comúnmente utilizado para la medición del nivel de Bienestar Subjetivo en adultos mayores. El instrumento consta de 17 preguntas de respuesta dicotómica (SÍ-NO), que indagan elementos afectivos, de evaluación de la vida, de evaluación subjetiva del proceso de envejecimiento.

La puntuación se obtiene de la suma de un punto por cada respuesta que coincide con la esperada y ningún punto si no coincide. Las respuestas esperadas aumentan el nivel de bienestar, mientras que las respuestas no esperadas lo disminuyen. El puntaje final es un indicador del estado de bienestar subjetivo del evaluado. A mayor puntaje, mayor nivel de bienestar. El rango de puntuación es de 0 (puntuación mínima) a 17 (puntuación máxima). El punto de corte se encuentra en la puntuación 8.

Se ha evaluado la consistencia interna del instrumento a través de alpha de Cronbach (Zamarrón y Fernández Ballesteros, 2000). Los resultados arrojan índices altos de confiabilidad (0.83)

El cuestionario, que incluye ítems de indagación de factores demográficos (edad, sexo, ingresos económicos, profesión, nivel de instrucción) es administrado por un encuestador.

Las variables demográficas consideradas son:

-edad

-sexo

-ingresos económicos: se utilizó categorías de mayor, igual o menor a \$700 –con la aclaración en caso de que no se perciba ningún ingreso o que no el entrevista no conozca esa información-, tomado como criterio por ser, según estudios recientes, el valor de la canasta básica para una pareja de personas de 75 años (Comercio y Justicia, Diciembre de 2005)

-profesión: se registrarán las actividades realizadas por las personas tal y como ellas las denominan. Luego se codificarán en las siguientes categorías (Fernandez-Ballesteros y Izal, 1995):

1. Profesionales técnicos y universitarios
2. Personal Directivo
3. Personal Administrativo
4. Comerciantes y Vendedores
5. Personal de Servicio
6. Profesionales de Fuerzas Armadas
7. Amas de Casa y Cuentapropista (changueros)
8. Trabajadores de Act. Agrícola-Ganaderas

-nivel de instrucción: en las categorías: Analfabetos, 1° Incompleto, 1° Completo, 2° Incompleto, 2° Completo, 3° Incompleto, 3° Completo.

### **Cuestionario Factores Predictivos de Bienestar Subjetivo en Ancianos**

Cuestionario de construcción propia que indaga sobre los cuatro factores predictivos del bienestar subjetivo en ancianos residentes de geriátricos según el modelo de Zamarrón y Fernández Ballesteros (2000). Para la formulación de los ítems se tuvo en cuenta la descripción que los autores efectúan en dicho trabajo sobre cada uno de los factores.

Incluye preguntas cerradas de selección múltiple.

### **Sistema de Evaluación de Residencias para Ancianos (SERA)**

Se utilizará el SERA de Izal y Fernández-Ballesteros para la medición de las variables ambientales consideradas. Su administración se realiza por medio de entrevistas a responsables del centro, observación directa y consulta a documentación del centro.

Cada una de las escalas aporta un número del 0 al 100, correspondiente al porcentaje de puntos alcanzados respecto a los posibles. En todos los casos, la puntuación se interpreta de la siguiente manera: a mayor puntuación, mayor grado de presencia de la variable.

De la totalidad del sistema, se extrajeron algunas dimensiones para adaptarlo a los requerimientos de la investigación.

De las escalas que componen el sistema de evaluación, se tomarán las siguientes:

1. Escala de Características Físicas y Arquitectónicas: divide a su vez en nueve dimensiones:
  - a. Accesibilidad a la Comunidad: mide aspectos como el tipo de barrio en que se ubica el centro, los servicios a los que se puede acceder caminando, los medios de transporte público que se dispone.
  - b. Confort Físico: considera aspectos como la decoración, la disponibilidad de sistemas de acondicionamiento y de recursos que aumentan la confortabilidad, tales como teléfonos, surtidores de agua, lámparas de luz, baños con ducha, espejos, muebles, etc.
  - c. Ayudas socio-recreativas: evalúa la disponibilidad de recursos para el

- entretenimiento de los residentes, tales como muebles y espacios adecuados para leer, escuchar música, conversar; zonas de juego, azador, bibliotecas, mesas de billar, instrumentos musicales, electrodomésticos (televisor, radio, máquinas de coser, etc.)
- d. Ayudas protésicas: considera la disponibilidad de barras de sostén, espacio para transitar, recursos adecuados para el uso de personas en sillas de rueda, facilidad de manejo de aperturas, etc.
  - e. Ayudas de orientación: mide aspectos como la disponibilidad de relojes, tabloneros de información, planos, clasificación de pasillos y habitaciones, etc.
  - f. Características de Seguridad: considera el alumbrado de las zonas de ingreso, la facilidad para ingresar, el control que se ejerce sobre las zonas de ingreso, disponibilidad de superficies antideslizantes, escaleras, detectores de humo, etc.
  - g. Salas de Personal: evalúa la disponibilidad de espacios para el descanso, la preparación y el desarrollo de las actividades del personal.
  - h. Disponibilidad de Espacio: evalúa cantidad de salones sociales y de recreación, comedores, habitaciones, armarios, y la relación con la cantidad de personas que habitan el centro.
2. Escala de Características de Funcionamiento y Organización: dividida en 9 dimensiones:
- a. Expectativas de Funcionamiento: evalúa la tolerancia o intolerancia en relación a las incapacidades que puedan tener los residentes
  - b. Tolerancia: evalúa si se permite, tolera, desalienta o no tolera conductas agresivas o excéntricas.
  - c. Elección Organizativa: evalúa si existe rango de horarios amplio para las comidas, para levantarse y acostarse, si se permite tener mascotas en la habitación, beber en las comidas, mantener relaciones sexuales, etc.
  - d. Control por los Residentes: evalúa si hay agrupaciones de residentes, quienes tienen el poder de tomar ciertas decisiones, etc.
  - e. Claridad Organizativa: evalúa la existencia de programas de orientación, guías de funcionamiento, boletines de novedades, etc., para residentes, personal y voluntarios.
  - f. Intimidación: evalúa la disponibilidad de habitaciones individuales y baños a compartir por pocos residentes, y si se permite a los residentes cerrar las habitaciones con llave.
  - g. Disponibilidad de Servicios de Salud: evalúa la disponibilidad de servicios como consulta médica, psicología, terapia ocupacional, enfermería, etc.
  - h. Disponibilidad de asistencia en la vida diaria: evalúa la disponibilidad de servicios como asesoría legal o financiera, peluquería, lavandería, asistencia para realizar compras, para el manejo del dinero, provisión de transporte, etc.
  - i. Disponibilidad de actividades socio-recreativas: evalúa la frecuencia con que el centro ofrece la realización de actividades, tales como festejos, cine, clases de teatro, canto, pintura, cursos, juegos, trabajos manuales, etc.
3. Escala de Características de Personal y Residentes: de las subescalas, solo se consideró las Características del Personal –que evalúa la cantidad relativa al número de residentes de médicos, enfermeros, psicólogos, asistentes sociales, animadores culturales, nutricionistas, etc., la disponibilidad de programas de entrenamiento, el tiempo de antigüedad, etc-. Se obviaron las dimensiones que refieren a las características de los residentes, ya que éstas



aportan información que se obtendrá por medio del cuestionario de factores predictivos de BS.

4. Escala de Clima Social: de las subescalas, solo se consideraron:
  - a. Conflicto
  - b. Independencia
  - c. Expresividad
  - d. Influencia de los Residentes
  - e. Confort Físico

Las subescalas Cohesión y Organización fueron obviadas para adaptar el cuestionario a la metodología aplicada: dado que sólo se administrará esta escala a miembros del personal, se quitaron las preguntas que podían resultar amenazadoras para ellos, incluidas en estas dos subescalas. De la variable Cohesión, se incluyeron dos preguntas que hacen referencia a las relaciones entre residentes, tomando finalmente los indicadores de integración intra-residencial y de satisfacción con las actividades y el trato recibido en la residencia como reemplazo.

## ***PROCEDIMIENTO***

La recolección de los datos se efectuó para cada centro en tres momentos: un primer momento de establecimiento del contacto, momento de administración de las entrevistas estructuradas y finalmente el completamiento de los datos sobre el contexto ambiental.

El contacto se estableció con aquellos centros que resultaron sorteados de la lista oficial. Se procedió a contactar telefónica o personalmente a los responsables del centro para explicar los objetivos del trabajo, los instrumentos a utilizar, las tareas a realizar y solicitar la correspondiente autorización. En caso de negativa, se seleccionó por sorteo un reemplazante. En 5 casos se negó la autorización: en dos casos, la negativa estuvo fundamentada en el tipo de población del centro, compuesta por ancianos en estado avanzado de deterioro cognitivo o físico incapaces de responder. En dos casos, se argumentó que el reglamento interno establece que personas ajenas al centro no pueden entrevistar a los residentes. En un caso, no se fundamentó razón alguna.

En cuanto al segundo momento, los residentes fueron encuestados en sus habitaciones. En su defecto, se realizó la entrevista en un ambiente separado, que garantizara un marco de privacidad.

El horario de las entrevistas fue preferentemente por la mañana después del desayuno y hasta una hora antes del almuerzo y por la tarde después de la colación. Durante el proceso de entrevistas, se aprovechó para efectuar observaciones sobre las características física-arquitectónicas del centro, nivel de actividades de los residentes, relación con los cuidadores.

Durante el tercer momento, se aplicaron las entrevistas estructuradas a directivos y cuidadores para completar los datos faltantes de las características ambientales.

# **ANÁLISIS DE LOS DATOS**

## ***INTRODUCCIÓN***

En este apartado se presentan los resultados del procesamiento estadístico de los datos a través de tablas y gráficos ilustrativos acompañados de párrafos en que se resume el significado de los mismos.

Para obtener una mayor prolijidad y simplicidad en el seguimiento de los resultados, se presentaron ordenados según los objetivos específicos de la investigación en tres apartados, correspondientes a los tres niveles del contexto ambiental considerados: residencia geriátrica vs. hogar propio, residencia geriátrica privada vs. residencia geriátrica pública y características ambientales de cada residencia considerada como unidad de análisis. En todos los casos, se presentará en primer lugar el análisis descriptivo de los datos y en segundo lugar el análisis comparativo.

A este ordenamiento, le precede una presentación descriptiva del nivel de Bienestar Subjetivo en cada una de las tres poblaciones estudiadas y un breve análisis del comportamiento de la variable para cada población.

## NIVEL DE BIENESTAR SUBJETIVO EN LOS TRES GRUPOS ESTUDIADOS

Como se aprecia en la tabla 1, la media de Bienestar Subjetivo en el grupo de residentes de geriátricos privados es dos puntos menor a la obtenida en el grupo de residentes del hogar particular y residentes del geriátrico municipal, cuyas medias son muy similares. Tanto el grupo de Residentes de Hogares Particulares como el grupo de Residentes del Centro Municipal poseen un nivel promedio alto de Bienestar Subjetivo, mientras que el grupo de Residentes de Centros Privados poseen un nivel medio bajo.

Puntajes Grupo	Hogar		Residencia Privada		Residencia Pública		Significado
	F	Fr	F	Fr	F	Fr	
0.4	6	10%	11	24%	3	9%	Bajo
5.8	10	17%	9	20%	7	20%	Medio-Bajo
9.13	30	51%	19	42%	15	43%	Medio-Alto
14.17	13	22%	6	13%	10	29%	Alto
Total	59	100	45	100%	35	100%	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	
	10,2	3,15	8,56	3,53	10,30	3,13	

**Tabla nº 1**

En los gráficos 1, 2 y 3 se aprecia la distribución de puntaje en las cuatro categorías de nivel de BS: tanto en el primer como en el tercer grupo, se observa una distribución con desviación hacia la derecha, lo que implica que la tendencia en estos grupos es a un bienestar medio a alto, mientras que en el segundo grupo, la distribución es irregular y con una tendencia mayor hacia las puntuaciones más bajas.





Gráfico nº 1

Gráfico nº 2

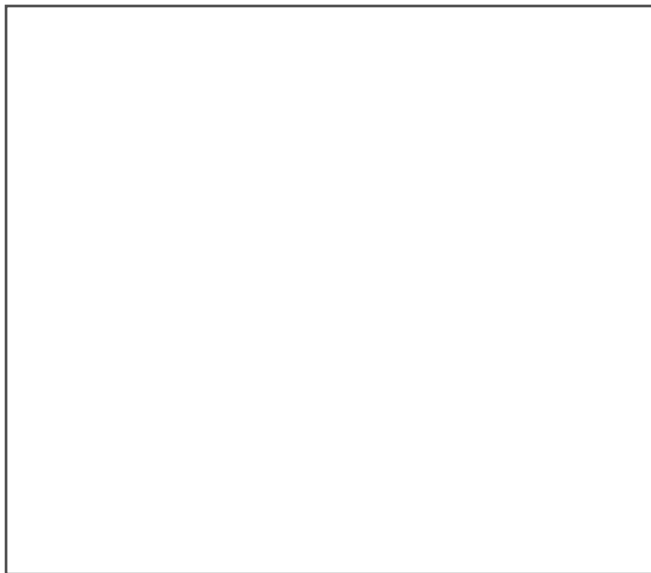


Gráfico nº 3



**Serie 1: Hogar; Serie 2: Residencias Privadas; Serie 3: Residencia Pública**  
**Gráfico n° 4**

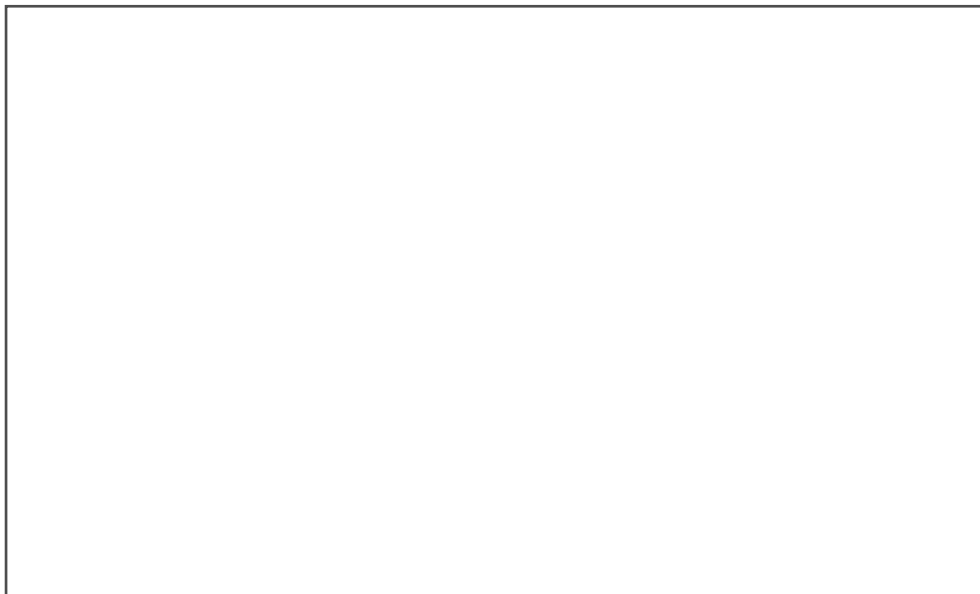
Sin embargo, en los tres grupos se observa la mayor concentración de casos en las categorías medio-baja y medio-alta, sugiriendo que en todos prevalecen los puntajes término medio. La diferencia encontrada en el grupo de residentes de centros geriátricos privados responde a una distribución que favorece el extremo de bajo bienestar sobre el extremo de bienestar elevado, mientras que en los otros dos grupos el extremo que concentra mayor cantidad de casos es el extremo de puntajes altos.

**PRIMER NIVEL DE ANÁLISIS CONTEXTUAL:  
CONTEXTO GERIÁTRICO VS. CONTEXTO NO GERIÁTRICO**

Se observa que el nivel de Bienestar Subjetivo, tanto del grupo de Residentes de Centros Geriátricos como del grupo control de Residentes de Hogar Particular, es medio-alto.

Puntajes	HOGAR		RESIDENCIA	
	F	Fr	F	Fr
0.4	6	10%	14	18%
5.8	10	17%	16	20%
9.13	30	51%	34	43%
14.17	13	22%	16	20%
total	59	100	80	100%
	Media	DS	Media	DS
	10,3	3,1	9.33	3,44

**Tabla nº 2**



**Serie 1: Hogar; Serie 2: Residencia Geriátrica  
Gráfico nº 5**

	BIENSUBJ
Mann-Whitney U	2053,500
Wilcoxon W	5293,500
Z	-1,310
Asymp. Sig. (2-tailed)	,190

**Tabla nº 3**

Se observa que la distribución de las puntuaciones en las cuatro categorías de nivel de Bienestar Subjetivo es similar para ambos grupos. El grupo de residentes de centros geriátricos obtiene una puntuación media menor al grupo control de residentes de hogares particulares, sin diferencia estadísticamente significativa entre las medias de puntajes de los mismos.



**SEGUNDO NIVEL DE ANÁLISIS CONTEXTUAL:  
CENTROS GERIÁTRICOS PRIVADOS VS. CENTRO GERIÁTRICO PÚBLICO**

### Bienestar Subjetivo

El nivel de Bienestar Subjetivo de los residentes de Geriátricos Privados se encuentra en el límite entre los niveles medios bajo y alto, levemente por encima del punto de corte establecido de 8 puntos. Por el contrario, el nivel de bienestar de los residentes del Geriátrico Municipal es medio-alto.

Puntajes					
Grupo	grupo 2		grupo 3		
	F	Fr	F	Fr	Significado
0.4	11	24%	3	9%	Bajo
5.8	9	20%	7	20%	Medio-Bajo
9.13	19	42%	15	43%	Medio-Alto
14.17	6	13%	10	29%	Alto
Total	45	100%	35	100%	
	Media	DS	Media	DS	
	8,56	3,53	10,30	3,13	

**Tabla nº 4**

Sin embargo, a pesar de que se encuentren en categorías de puntuación diferentes, la diferencia de medias entre ambos grupos no es estadísticamente significativa como puede observarse en la tabla correspondiente a los resultados arrojados por la prueba U de Mann-Whitney, con un nivel de significación levemente mayor al punto de corte establecido de 0.05.

Mann-Whitney U	BIENSUBJ
Wilcoxon W	605,500
Z	1640,500
Asymp. Sig. (2-tailed)	-1,770
	,077

**Tabla nº 5**

## VARIABLES DEMOGRÁFICAS

### Sexo

#### Residencia Privada

		Frecuencia	Porcentaje
	F	40	88,9
	M	5	11,1
	Total	45	100,0

Tabla nº 6

#### Residencia Pública

		Frecuencia	Porcentaje
	F	17	48,6
	M	18	51,4
	Total	35	100,0

Tabla nº 7

Como puede observarse en las tablas precedentes, el grupo de residentes de centros privados se caracteriza por una clara mayoría de mujeres con un 89% de los entrevistados de sexo femenino, mientras que la población del centro municipal es equitativa en cuanto a la distribución por sexos, con un 49% de mujeres y un 51% de varones.

### Edad

La población de residentes de geriátricos privados posee una media de edad de 80 años, con un mínimo de 65 y un máximo de 97 años.

Los residentes del centro municipal, por su parte, poseen una media de edad de 75 años, con un mínimo de 65 años y un máximo de 89.

#### Residencia Privada

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar
EDAD	45	65	97	80,69	7,789
N Válido	45				

Tabla nº 8

#### Residencia Pública

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar
EDAD	35	65	89	75,57	5,215
N Válido	35				

Tabla nº 9

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means
	F	Sig.
casado/a	3	6,7
Divorcias	1	2,2
separado/a	3	6,7
soltero/a	8	17,8
viudo/a	30	66,7
Total	45	100,0

**Tabla nº 11**

**Residencia Pública**

	Frecuencia	Porcentaje
casado/a	1	2,9
divorcias	4	11,4
separado/a	5	14,3
Soltero/a	13	37,1
viudo/a	12	34,3
Total	35	100,0

**Tabla nº 12**

*Nivel de Instrucción*

En ambos grupos, la mayor proporción de personas ha alcanzado solo el nivel primario de educación, con un 57% en las residencias privadas y un 60% en residencia municipal.

Como se puede observar en las tablas siguientes, el nivel de instrucción alcanzado por los residentes de geriátricos privados es mayor que el alcanzado por residentes del centro municipal, en donde la población que alcanzó estudios terciarios es muy baja y, a diferencia del grupo privado, aparecen casos de analfabetismo.

### Residencia Privada

	Frecuencia	Porcentaje
1 Completo	10	22,2
1 Incompleto	15	33,3
2 Completo	5	11,1
2 incompleto	5	11,1
3 Completo	8	17,8
3 incompleto	2	4,4
Total	45	100,0

Tabla nº 13

### Residencia Pública

	Frecuencia	Porcentaje
1 Completo	5	14,3
1 Incompleto	14	40,0
2 Completo	8	22,9
2 incompleto	5	14,3
3 Completo	1	2,9
analfabeto	2	5,7
Total	35	100,0

Tabla nº 14

### *Nivel de Ingresos Económicos*

En ambos grupos, se observa una clara mayoría de personas (75%) que perciben ingresos menores al mínimo establecido para adquirir la canasta básica para dos personas mayores de 65 años.

A un nivel comparativo, la población de residentes del geriátrico municipal posee ingresos claramente menores que el grupo de residentes de centros privados, evidente en la ausencia de personas que perciban cifras iguales o mayores a los \$700, concentrándose el 25% restante en ingresos nulos.

**Residencia Privada**

	Frecuencia	Porcentaje
Sin Ingresos	1	2,2
Menor a \$700	34	75,6
\$700	1	2,2
Mayor a \$700	8	17,8
No Sabe	1	2,2
Total	45	100,0

**Tabla nº 15****Residencia Pública**

	Frecuencia	Porcentaje
Sin Ingresos	9	25,7
Menor a \$700	26	74,3
Total	35	100,0

**Tabla nº 16***Profesión***Residencia Privada**

	Frecuencia	Porcentaje
Prof.	12	26,7
Universitarios		
Administrativo	8	17,8
Comercio y Venta	1	2,2
Servicio	10	22,2
Amas de Casa	14	31,1
Total	45	100,0

**Tabla nº 17**

Como se observa en la tabla precedente, la distribución entre las categorías de profesiones para el grupo de residentes de centros privados es pareja, siendo la categoría con mayor porcentaje la de Ama de Casa y Cuentapropistas, seguida por la categoría de profesionales universitarios y tecnicaturas de nivel terciario, tales como docencia, enfermería, etc.

### Residencia Pública

	Frecuencia	Porcentaje
Prof.	1	2,9
Universitarios		
Administrativos	9	25,7
Comercio y Venta	4	11,4
Servicio	17	48,6
Militares	1	2,9
Amas de Casa	3	8,6
Total	35	100,0

**Tabla nº 18**

Las profesiones que se observan en mayor porcentaje para el grupo de residentes del centro municipal son las relacionadas con la prestación de servicios, tales como personal doméstico, albañilería, costura, electricidad, etc. En segundo lugar aparecen las actividades administrativas. Se observa que las profesiones universitarias aparecen en un solo caso, y que sólo el 8% de la población se dedicó al cuidado del hogar.

A un nivel comparativo, se evidencian importantes diferencias en las profesiones llevadas a cabo por cada grupo, especialmente en lo que respecta a la población de profesionales universitarios y amas de casa, con porcentajes predominantes en el caso de los centros privados y minoritarios para el centro municipal.

## VARIABLES PSICOSOCIALES

### *Integración Intra-institucional*

### *Satisfacción con los Profesionales del Centro*

### Residencia Privada

	Frecuencia	Porcentaje
No	2	4,4
satisfecho		
Mas o menos	4	8,9
Satisfecho	39	86,7
Total	45	100,0

**Tabla nº 19**

### Residencia Pública

	Frecuencia	Porcentaje
No satisfecho	2	5,7
Más o menos	6	17,1
Satisfecho	27	77,1
Total	35	100,0

**Tabla nº 20**

Como se puede observar, el porcentaje de residentes satisfechos y no satisfechos es similar para ambos grupos, con una clara mayoría de residentes que refieren sentirse satisfechos.

### *Satisfacción con la Relación Mantenido con los Compañeros de Residencia*

### Residencia Privada

	Frecuencia	Porcentaje
No satisfecho	9	20,0
Más o menos	13	28,9
Satisfecho	23	51,1
Total	45	100,0

**Tabla nº 21**

### Residencia Pública

	Frecuencia	Porcentaje
No satisfecho	10	28,6
Más o menos	6	17,1
Satisfecho	19	54,3
Total	35	100,0

**Tabla nº 22**

Al igual que la variable anterior, se observa una distribución similar de los porcentajes. Sin embargo, el porcentaje de residentes que refieren estar satisfechos, aunque representa la mayoría de los casos, es menor al porcentaje de residentes satisfechos con los profesionales, siendo esta diferencia más notoria para el grupo de residentes del Centro Geriátrico Privado.

Como se observa en la siguiente tabla, la diferencia de media entre ambos grupos no es significativa para las dos variables contempladas.

	SATPROFE	SATCOMP
Mann-Whitney U	714,500	774,500
Wilcoxon W	1344,500	1404,500
Z	-1,072	-,139
Asymp. Sig. (2-tailed)	,284	,890

**Tabla nº 23**

### *Actividades Recreativas o de Ocio*

Se observa en las tablas nº 27 y 28 que las medias de las tres variables medidas como indicadores del nivel de actividad en los residentes son menores para las residencias privadas, aunque la diferencia sólo es estadísticamente significativa para la satisfacción asociada con la actividad realizada.

	Nº Actividades
Mann-Whitney U	756,500
Wilcoxon W	1791,500
Z	-,304
Asymp. Sig. (2-tailed)	,761

**Tabla nº 24**

	Frecuencia Actividades
Mann-Whitney U	724,500
Wilcoxon W	1354,500
Z	-,616
Asymp. Sig. (2-tailed)	,538

**Tabla nº 25**

	Satisfacción Actividades
Mann-Whitney U	542,000
Wilcoxon W	1577,000
Z	-2,418
Asymp. Sig. (2-tailed)	,016

**Tabla nº 26**



## *Habilidades Funcionales*

Se observa en la tabla 29 que existe una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de conservación de las Habilidades Funcionales en los dos grupos. Los residentes de las residencias privadas poseen habilidades funcionales significativamente menos conservadas que los residentes del centro geriátrico municipal.

### **Residencias Privadas**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Est.
N° de Actividades	45	1	10	5,44	2,262
Frecuencia de Actividades	45	0	2	1,16	,395
Satisfacción con las Actividades	45	0	2	1,57	,494
Habilidades Funcionales	45	0	16	12,87	3,584

### **Tabla nº 27**

#### **Residencia Pública**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Est.
N° de Actividades	35	2	10	5,60	1,973
Frecuencia de Actividades	35	0	2	1,08	,466
Satisfacción con las Actividades	35	1	2	1,79	,263
Habilidades Funcionales	35	8	16	15,17	1,706

### **Tabla nº 28**

#### **Diferencia de Medias – Habilidades Funcionales**

	HABFUNCI
Mann-Whitney U	395,500
Wilcoxon W	1430,500
Z	-3,987
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

### **Tabla nº 29**

## Salud

El 33% de los residentes de Residencias Privadas consideran poseer un estado malo o regular de salud, con un 20% que consideran que su salud es mala. Si bien el porcentaje de residentes del geriátrico municipal que consideran tener mala salud o regular es muy similar (31%), se observa que el porcentaje de adultos mayores que perciben un mal estado es muy bajo (3%).

La mayoría de los residentes consideran poseer un estado de salud bueno o excelente para ambos grupos.

### Estado de Salud Autopercebido

#### Residencia Privada

	Frecuencia	Porcentaje
Malo	9	20,0
Regular	6	13,3
Normal	7	15,6
Bueno	21	46,7
Excelente	2	4,4
Total	45	100,0

Tabla nº 30

### Estado de Salud Autopercebido

#### Residencia Pública

	Frecuencia	Porcentaje
Malo	1	2,9
Regular	10	28,6
Normal	6	17,1
Bueno	16	45,7
Excelente	2	5,7
Total	35	100,0

Tabla nº 31

La distribución de los residentes en cuanto al nivel de satisfacción con el estado de salud actual es diferente para ambos grupos: mientras que el 75% de los residentes del geriátrico municipal se consideran satisfechos, los residentes de centros privados consideran sentirse satisfechos en el 50% de los casos, siendo no satisfactorio o medianamente satisfactorio el restante 50%.

### Satisfacción con el estado actual de salud

#### Residencia Privada

	Frecuencia	Porcentaje
No satisfecho	12	26,7
Más o menos	9	20,0

	Satisfecho	24	53,3	
	Total	45	100,0	

**Tabla nº 32**

**Satisfacción con el estado actual de salud**

**Residencia Pública**

	Frecuencia	Porcentaje
No satisfecho	6	17,1
Más o menos	3	8,6
Satisfecho	26	74,3
Total	35	100,0

**Tabla nº 33**

Sin embargo, como se aprecia en la tabla siguiente, no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para ninguna de las dos variables consideradas.

**Diferencia de medias – Salud Subjetiva y Satisfacción con el Estado de Salud**

	SALUDSUB	SATSALUD
Mann-Whitney U	731,500	631,500
Wilcoxon W	1766,500	1666,500
Z	-,577	-1,757
Asymp. Sig. (2-tailed)	,564	,079

**Tabla nº 34**

## *Satisfacción Residencial*

### **Satisfacción Global con la Residencia**

#### **Residencia Pública**

	Frecuencia	Porcentaje
No satisfecho	1	2,9
Más o menos Satisfecho	7	20,0
Satisfecho	27	77,1
Total	35	100,0

**Tabla nº 35**

#### **Residencia Privada**

	Frecuencia	Porcentaje
No satisfecho	3	6,7
Más o menos Satisfecho	8	17,8
Satisfecho	34	75,6
Total	45	100,0

**Tabla nº 36**

### **Satisfacción con las Instalaciones Residenciales**

#### **Residencia Pública**

	Frecuencia	Porcentaje
No satisfecho	1	2,9
Más o menos Satisfecho	5	14,3
Satisfecho	29	82,9
Total	35	100,0

**Tabla nº 37**

#### **Residencia Privada**

	Frecuencia	Porcentaje
No satisfecho	2	4,4
Más o menos Satisfecho	6	13,3
Satisfecho	37	82,2
Total	45	100,0

**Tabla nº 38**

## Satisfacción con las Actividades Ofrecidas

### Residencia Pública

	Frecuencia	Porcentaje
No satisfecho	6	17,1
Más o menos Satisfecho	12	34,3
Satisfecho	17	48,6
Total	35	100,0

Tabla nº 39

### Residencia Privada

	Frecuencia	Porcentaje
No satisfecho	6	13,3
Más o menos Satisfecho	10	22,2
Satisfecho	29	64,4
Total	45	100,0

Tabla nº 40

## Satisfacción con el Trato Recibido

### Residencia Pública

	Frecuencia	Porcentaje
No satisfecho	3	8,6
Más o menos Satisfecho	4	11,4
Satisfecho	28	80,0
Total	35	100,0

Tabla nº 41

### Residencia Privada

	Frecuencia	Porcentaje
No satisfecho	2	4,4
Más o menos Satisfecho	4	8,9
Satisfecho	39	86,7
Total	45	100,0

Tabla nº 42

## Satisfacción con los Servicios Brindados

### Residencia Pública

	Frecuencia	Porcentaje
No satisfecho	1	2,9
Más o menos Satisfecho	11	31,4
Satisfecho	23	65,7
Total	35	100,0

### Tabla nº 43

### Residencia Privada

	Frecuencia	Porcentaje
No satisfecho	1	2,2
Más o menos Satisfecho	13	28,9
Satisfecho	31	68,9
Total	45	100,0

### Tabla nº 44

Mann-Whitney U	768,500	780,500	668,500	733,000	761,500
Wilcoxon W	1803,500	1815,500	1298,500	1363,000	1391,500
Z	-,248	-,103	-1,302	-,824	-,309
Asymp. Sig. (2-tailed)	,804	,918	,193	,410	,757

### Tabla nº 45

## *Sobre el Traslado y Permanencia en el Establecimiento Geriátrico*

### **Significados Otorgados al Traslado y Permanencia en el Establecimiento Geriátrico**

#### **Residencia Privada**

	Frecuencia	Porcentaje
Amenaza	1	2,2
Beneficio	17	37,8
Desafío	1	2,2
Natural	5	11,1
Pérdida	21	46,7
Total	45	100,0

**Tabla nº 46**

#### **Residencia Pública**

	Frecuencia	Porcentaje
Beneficio	19	54,3
Desafío	1	2,9
Natural	4	11,4
Pérdida	11	31,4
Total	35	100,0

**Tabla nº 47**

### **Principal razón que motivó el traslado**

#### **Residencia Privada**

	Frecuencia	Porcentaje
Deseo personal	7	15,6
Probl. Familiares	16	35,6
Salud	22	48,9
Total	45	100,0

**Tabla nº 48**

#### **Residencia Pública**

	Frecuencia	Porcentaje
Deseo personal	6	17,1
Dif. Económicas	17	48,6
Probl. Familiares	12	34,3
Total	35	100,0

**Tabla nº 49**

### **Decisión sobre el Traslado**

#### **Residencia Privada**

	Frecuencia	Porcentaje
NO	24	53,3
SÍ	21	46,7
Total	45	100,0

**Tabla nº 50**

**Residencia Pública**

	Frecuencia	Porcentaje
NO	11	31,4
SÍ	24	68,6
Total	35	100,0

**Tabla nº 51**



**TERCER NIVEL DE ANÁLISIS CONTEXTUAL:  
CARACTERÍSTICAS AMBIENTALES DE LOS CENTROS GERIÁTRICOS**

*CARACTERÍSTICAS FÍSICAS Y ARQUITECTÓNICAS*

***Accesibilidad a la Comunidad – ICAF AA -***

Ocho de los diez centros evaluados poseen un puntaje elevado en esta variable – puntaje superior a 60 de 100 posibles -, indicando que en general los centros se encuentran ubicados en zonas urbanas a distancias cortas (1/2 km. a la redonda) de los servicios y lugares de encuentro social de la comunidad.

En un nivel de comparación entre los centros privados y la residencia municipal, se observa que esta última posee un nivel de accesibilidad a la comunidad bajo – 12 puntos -, contrastando con el puntaje promedio para los centros privados de 69.35 puntos y con la amplia mayoría de los centros privados evaluados.

***Confort Físico – ICAF CF -***

Se observan puntajes entre los 20 y 55 puntos, indicando que en general el confort de los espacios físicos de las residencias es medio con tendencias a bajo. Se observa la ausencia de medios de acondicionamiento del ambiente, tales como aire acondicionado o calefacción central, en todos los centros exceptuando el 2.9, recurriendo en la mayoría de los casos a sistemas de acondicionamiento locales, tales como ventiladores en las salas comunes y estufas para el invierno.

En general, se evidencia poca atención en la decoración de los espacios, con jardines que aparecen en la mayoría de los casos descuidados o escasamente acondicionados para su uso por parte de los residentes.

Sí se observa el cuidado en la elección de colores cálidos y claros para suelos y paredes en la mayoría de los centros, espejos en baños.

A un nivel comparativo, los centros privados obtienen un promedio de puntuación 10 puntos por debajo del obtenido por el centro municipal. La diferencia, analizada desde un punto de vista cualitativo, reside en que el centro municipal posee teléfonos públicos y dispensers de agua fría y caliente en todos los niveles de cada pabellón. Sin embargo, el mantenimiento de los espacios físicos es mucho menor que el observado en la mayoría de los centros geriátricos privados, observándose paredes descascaradas, muebles internos poco conservados, decoración descuidada.

***Ayudas Socio-Recreativas – ICAF AS -***

Los puntajes no superan los 50 puntos en ninguno de los centros evaluados, siendo el

centro municipal el que obtiene la puntuación más elevada, marcando una diferencia de 15 puntos con respecto a la puntuación media correspondiente a los centros privados – 36 puntos -. Cinco de los nueve centros privados – 55% - obtienen puntuaciones menores a 40. En general, se observa poca preocupación por brindar espacios recreativos a los residentes, reduciéndose éstos, en la mayoría de los centros, a salones de estar más o menos acondicionados para conversar, leer o desarrollar alguna actividad como juegos de mesa. Todos los centros disponen de televisores en algún espacio compartido, ya sea salón de estar o comedor, al igual que al menos un equipo de música para uso común. La mayoría de los centros adolece de bibliotecas disponibles o de material de lectura fácilmente accesible: sólo se observa la disponibilidad de bibliotecas en dos centros privados y en el centro municipal, que incluso posee una habitación especialmente acondicionada a los fines, aunque ésta se encuentre pobremente conservada al igual que la mayoría de los espacios físicos del mismo.

A excepción del centro municipal, ningún centro posee áreas de juego, tales como canchas de bocha, bolos, “sapo”, etc. La mayoría de los centros posee patios y jardines disponibles para el uso de los residentes, aunque en algunos casos éstos estén pobremente acondicionados, pero solamente el centro municipal posee huertos, que incluso son mantenidos por algunos de los residentes.

### ***Ayudas Protésicas – ICAF AP -***

El 70% de los centros evaluados obtienen puntuaciones superiores a los 50 puntos, evidenciando que, en general, se presta mucha atención al cumplimiento de los requerimientos legales en cuanto a las medidas físicas necesarias para evitar accidentes dentro de los centros. En general, se observan barras de apoyo en pasillos, baños y habitaciones. No se observan obstáculos para transitar por los espacios comunes, ni para manejar las aperturas. Se cuidan los aspectos referidos al manejo de sillas de ruedas, con espacios que permiten el paso de las mismas.

A un nivel comparativo, se observa claramente que el centro municipal está atrasado en cuanto a estas medidas de seguridad, con una puntuación 30 puntos por debajo de la media obtenida por los centros privados.

### ***Ayudas a la Orientación – ICAF AO -***

El 90% de los centros evaluados obtiene puntuaciones inferiores a los 25 puntos en esta característica, con un 40% que obtienen puntuación cero. Solamente el centro municipal posee un puntaje más elevado, de 50 puntos.

En general, no se observan relojes de pared ni espejos en salas comunes. Algunos centros poseen tableros de noticias, pero en general no son utilizados por los residentes. A excepción del centro municipal, no se identifican las habitaciones con los nombres de sus ocupantes (en algunos centros se observan numeraciones correlativas de las habitaciones), ni clasificación alguna de pasillos o espacios.

Solamente el centro municipal posee un plano del establecimiento, especialmente necesario por el tamaño del centro y su organización en pabellones. Cada pabellón está identificado con un cartel en las inmediaciones de la entrada al mismo.

### ***Características de Seguridad - ICAF CS -***

El 80% de los centros obtienen puntuaciones superiores a 50, siendo el puntaje mínimo registrado de 43 puntos, indicando que, en general, las residencias geriátricas proporcionan vigilancia y recursos para la prevención de accidentes. Los suelos de los baños están protegidos con superficies antideslizantes, al igual que los desniveles (rampas, escalones, etc) que pudiera haber al paso. Exceptuando el centro municipal, en los pocos centros que se observan escaleras para que los residentes accedan a sus habitaciones u otros espacios, éstas se encuentran bien iluminadas y protegidas. No se observan en general espacios restringidos para transitar con seguridad ni obstáculos en las zonas comunes que puedan provocar tropezones y caídas.

A un nivel comparativo, no se observan diferencias importantes entre el puntaje obtenido por el centro municipal y el promedio para los centros privados.

### ***Áreas de Personal – ICAF SP -***

El 80% de los centros evaluados obtienen puntuaciones inferiores a 40 puntos. En general, se observa una escasa preocupación por brindar espacios especialmente adecuados para comodidad del personal, tales como salas de descanso, cambiadores, baños separados para personal, oficinas adecuadas para que los profesionales de distintas áreas realicen sus actividades dentro del establecimiento, etc.

A un nivel comparativo, el centro municipal se destaca claramente, con una puntuación de 88 puntos sobre 100 posibles. Se observan oficinas administrativas independientes, consultorio psicológico, oficina para asistencia social, espacio para nutricionistas, salas de estar para personal en todos los pabellones, sala de reunión para equipo profesional, etc.

### ***Disponibilidad de Espacio – ICAF DE -***

Siete de los nueve centros geriátricos privados evaluados obtienen puntajes inferiores a los 40 puntos, indicando que en general las instalaciones de los establecimientos disponen de poco espacio físico. Ninguno de los centros privados posee salas exclusivas para la realización de actividades especiales. En general, los comedores son usados con varios propósitos, los jardines tienden a ser pequeños y las habitaciones son compartidas por tres residentes aunque tiendan a ser poco espaciosas, de modo que en cada una sólo caben las camas, armarios y mesas de luz.

A un nivel comparativo, el centro municipal es claramente más espacioso: dispone de varios comedores (uno en cada pabellón), salas de estar, baños amplios (aunque compartidos por muchos residentes), un pabellón está especialmente destinado a actividades especiales, en la que se proyectan películas, se dictan clases de folclore, lectura y escritura, se realizan manualidades, etc. Además, los pabellones están rodeados de parque, siendo éste amplio e ideal para pasear, sentarse a conversar, realizar ejercicio, etc.

### ***CARACTERÍSTICAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO***

#### ***Expectativas de Funcionamiento – ICOF 1 –***

La totalidad de los centros evaluados obtienen puntajes bajos en esta variable – por debajo de 30 puntos -, indicando que, tanto en los centros privados como en el municipal, se permite a los residentes tener o mostrar un nivel de funcionamiento pobre en las actividades de la vida diaria.

#### ***Tolerancia a la Desviación – ICOF 2 –***

El 70% de los centros evaluados, incluyendo el centro municipal, obtienen puntajes superiores a los 50 puntos en esta característica, indicando que en general la tolerancia a las conductas agresivas es alta. Se observa una tendencia a tolerar (es decir, esperar que la conducta se produzca aunque no se incentive su ocurrencia) comportamientos agresivos o excéntricos. Son pocas las conductas que se consideran no tolerables (es decir, meritorias de sanción o traslado) o que se desalienten (es decir, que no se espere la ocurrencia de la conducta y se realicen intentos para evitar que se produzcan).

A un nivel comparativo, se observa que el centro municipal presenta una puntuación 10 puntos menores al promedio obtenido por los centros privados. A pesar de que su puntuación sea media alta, se encuentra entre las tres más bajas – dos centros privados obtienen 20 puntos y uno, 33 -.

#### ***Elección Organizativa – ICOF 3 –***

Cinco de los nueve centros geriátricos privados obtienen puntajes por debajo de los 40 puntos, indicando que en general no se proporcionan opciones a los residentes para seleccionar

sus propios patrones de comportamiento en la vida diaria.

A un nivel comparativo, el centro municipal obtiene un puntaje de 52 puntos, lo que marca una diferencia de 15 puntos aproximadamente con el promedio obtenido de los centros privados. Sin embargo, el puntaje no sobresale en relación a los puntajes máximos obtenidos por el 45% de los centros privados, indicando que esta diferencia es relativa.

#### ***Control de los Residentes – ICOF 4 –***

La totalidad de los centros privados obtienen puntuaciones por debajo de los 20 puntos en esta variable. Además, el puntaje de siete de los nueve centros es menor a 10 puntos. El puntaje más elevado es el que corresponde al centro municipal, con 40 puntos, lo que indica que, más allá de que proporcione a sus residentes significativamente más oportunidades para participar en la dirección de la misma, a través de comités de residentes y de la participación de residentes en la cooperativa del centro, el grado en que los adultos mayores pueden influir en las políticas organizativas es muy baja, especialmente en los centros privados.

#### ***Claridad Organizativa – ICOF 5 –***

El 55% de los centros privados obtiene puntajes inferiores a los 40 puntos. El puntaje máximo registrado apenas supera los 50 puntos.

En general, se observan pocos mecanismos institucionales formales que contribuyan a la difusión de la información (formas de trabajo, reglamento, procedimientos, novedades, etc) y la comunicación de las ideas que surgieren tanto en residentes como en personal.

A un nivel comparativo, es muy pequeña la diferencia existente entre el puntaje obtenido para esta variable por la residencia municipal y el promedio para los centros privados (5 puntos).

#### ***Intimidad – ICOF 6 –***

Indica el grado de privacidad que se permite a los residentes. Al igual que para la variable “Control de los Residentes”, los puntajes obtenidos para esta característica son francamente bajos. Solamente un centro privado obtiene una puntuación de más de 40 – 44 puntos-, y un segundo centro que obtiene 22 puntos. El resto de los centros evaluados obtiene puntuaciones de 11 o menos puntos.

Estos datos señalan claramente la poca preocupación de los establecimientos geriátricos por procurar a sus residentes de espacio personal privado e intimidad.

A un nivel comparativo, se observa que los centros geriátricos privados ofrecen más privacidad que el centro municipal, aunque la diferencia entre el puntaje de este último y el promedio obtenido por los centros privados se pueda adjudicar al puntaje aislado de 44 puntos.

Característica	R. Privadas	R. Pública
ICAF-AA	69,35	12
ICAF-CF	35,44	44

ICAF-AS	36,86	50
ICAF-AP	53,02	20
ICAF-AO	8,39	50
ICAF-CS	54,21	55,6
ICAF-SP	23,67	88
ICAF-DE	32,58	69
ICOF-1	15,22	10
ICOF-2	64,4	53,3
ICOF-3	38,77	52,24
ICOF-4	6,67	40
ICOF-5	35,45	40
ICOF-6	12,29	0
ICOF-7	56,55	77,8
ICOF-8	66,55	79
ICOF-9	37,61	58,3
ICPR-CP	53,11	69,23
CS-1	76,44	54
CS-2	57,6	89
CS-3	31,85	67
CS-4	52,81	74
CS-5	42,28	33
CS-6	83,32	59

**Tabla nº 52**

***Disponibilidad de Servicios de Salud – ICOF 7 –***

El 70% de los centros evaluados obtiene puntuaciones superiores a los 60 puntos, indicando que en general los centros se preocupan por ofrecer suficiente cuidado sanitario a sus residentes. A un nivel cualitativo, se observa que en general no se prestan servicios de psicoterapia ni de asistencia social en los centros.

A un nivel comparativo, la residencia municipal obtiene una puntuación 20 puntos superior al promedio obtenido para los centros privados. La diferencia posiblemente reside en que en éste se prestan servicios de psicoterapia, asistencia social, educación, etc, de manera permanente.

### ***Disponibilidad de Asistencia en la Vida Diaria – ICOF 8 –***

La totalidad de los centros evaluados, incluyendo el centro municipal, obtienen puntuaciones superiores a los 50 puntos en esta variable, indicando que los establecimientos geriátricos procuran brindar servicios para ayudar a los residentes en la realización de tareas cotidianas.

A un nivel comparativo, el centro público obtiene un puntaje 13 puntos superior al promedio obtenido para los centros geriátricos privados, indicando que, aunque estos últimos ofrecen menos asistencia en la vida cotidiana, la diferencia es pequeña.

### ***Disponibilidad de Actividades Socio-Recreativas - ICOF 9 –***

Siete de los nueve centros privados obtienen puntajes inferiores a los 50 puntos, indicando una preocupación media a baja por brindar actividades sociales y recreativas a los residentes.

A un nivel comparativo, el centro municipal obtiene una puntuación 20 puntos superior al promedio para los centros privados, indicando que el primero ofrece significativamente más cantidad de actividades socio-recreativas, con una frecuencia semanal o mensual, a sus residentes.

## ***CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL Y REDIDENTES***

### ***Características del Personal – ICPR CP –***

El 70% de los centros evaluados obtienen puntajes superiores a los 50 puntos, indicando que en general los establecimientos cuentan con personal diverso, que posee entrenado suficiente para desarrollar sus tareas. Sin embargo, se observa que los equipos de profesionales estables no cuentan en general con fisioterapeutas, profesores de educación física, psicólogos o asistentes sociales. Del mismo modo, se observa que a excepción del centro municipal, la mayoría de los centros privados no ofrece ningún tipo de formación o capacitación para sus empleados ni poseen sistemas de selección ni de evaluación del personal.

## ***CLIMA SOCIAL***

### ***Cohesión – CS 1 –***

La totalidad de los centros geriátricos evaluados obtienen puntuaciones mayores a los 50 puntos, indicando que se desarrollan actividades sociales e interesantes, y que la mayoría de los residentes se encuentran satisfechos con las relaciones que sostienen con sus compañeros de residencia y los profesionales que los atienden.

A un nivel comparativo, se observa que el promedio obtenido para los centros privados es 22 puntos mayor que el puntaje obtenido por el centro municipal, indicando que el grado de

cohesión es bastante menor en este último.

Sin embargo, y tal como se desarrollará en el apartado destinado a las conclusiones, se observa que el centro municipal posee un alto nivel de actividades sociales e interesantes. Además, la mayoría de los entrevistados posee un grupo de pertenencia y en varios casos se han formado parejas dentro del establecimiento. Por el contrario, se observa que en los centros geriátricos privados hay un mayor número de personas aisladas, que se entretienen solas o que no interactúan con otras personas en grupos de pertenencia.

Resulta llamativa esta contradicción entre lo observado y lo referido en el cuestionario de Clima Social Adaptado, por lo que se le otorga un espacio especial al análisis de esta cuestión en las conclusiones.

### ***Conflicto – CS 2 –***

El 70% de los centros evaluados obtienen puntajes superiores a los 50 puntos para esta variable, indicando que, en general, los residentes discuten bastante entre sí, son poco prudentes con lo que se dicen entre ellos, critican la residencia, etc.

A un nivel comparativo, se observa que el centro municipal obtiene un puntaje 30 puntos superior al promedio obtenido para los centros privados, indicando que en el primero el nivel de conflicto es significativamente superior, lo que coincide con las observaciones efectuadas durante la administración de las entrevistas a los residentes.



### ***Independencia – CS 3 –***

EL 60% de los centros evaluados obtienen puntajes inferiores a los 50 puntos en esta característica, indicando que, en general, se anima poco a los residentes a tomar sus propias decisiones y a desenvolverse por sí mismos, según las observaciones de los cuidadores.

A un nivel comparativo, se observa que el centro municipal obtiene un puntaje 36 puntos mayores al promedio para los centros privados, señalando que el primero ofrece claramente mayor incentivo a sus residentes a ser autónomos y tomar sus propias decisiones.

### ***Expresividad – CS 4 –***

El 60% de los centros evaluados obtienen puntajes superiores a los 50 puntos, indicando que, en general, los residentes expresan sus sentimientos y opiniones abiertamente, tanto a sus compañeros de residencia como a los cuidadores, según las observaciones de éstos.

A un nivel comparativo, se observa que el promedio obtenido para los centros privados es 22 puntos menor al puntaje obtenido por el establecimiento público.

### ***Influencia de los Residentes – CS 5 –***

El 70% de los centros evaluados obtienen puntajes inferiores a los 50 puntos para esta variable de clima social. Esto implica que en la mayoría de las residencias geriátricas se ofrecen pocas posibilidades de influir en las normas de funcionamiento, a la vez que no se procura hacer cumplir los reglamentos y se tiende a evitar las sanciones, según la observación de los cuidadores.

A un nivel comparativo, se observa una diferencia de 11 puntos entre centros privados y el establecimiento municipal, siendo este último el que obtiene el menor puntaje.

### ***Confort Físico – CS 6 –***

El 90% de las residencias evaluadas obtienen puntajes superiores a los 50 puntos en esta característica, lo que señala que, según la observación de los cuidadores de los residentes, el medio físico ofrece comodidades tales como ausencia de malos olores, muebles cómodos, decoración cálida, ausencia de corrientes de aire frío o presencia de calor sofocante. En general, las respuestas coinciden con las observaciones realizadas durante las entrevistas.

A un nivel comparativo, los centros privados obtienen un puntaje promedio 25 puntos superior al puntaje obtenido por el centro municipal, indicando que el medio físico en este último se encuentra menos conservado.

## ***CORRELACIONES ENTRE BIENESTAR SUBJETIVO Y CARACTERÍSTICAS AMBIENTALES***

Como se puede observar en las cinco tablas siguientes, 11 de las 24 características consideradas correlacionan significativamente con el nivel de Bienestar Subjetivo de los residentes.

Correlaciones	ICAF1	ICAF2	ICAF3	ICAF4	ICAF5
Spearman	-0,190	0,137	0,245	-0,091	0,143
Significación	0,089	0,224	0,028	0,417	0,202
	80	80	80	80	80

**Tabla nº 53**

Dentro de las características físicas y arquitectónicas, las variables que correlacionan son: Ayudas Socio-recreativas, con una correlación positiva de .24 y un nivel de significación de .028.

Disponibilidad de Espacio, que correlaciona con el nivel de bienestar en .26, con un nivel de significación de .016.

Correlaciones	ICAF6	ICAF7	ICAF8	ICOF1	ICOF2
Spearman	-0,003	0,166	0,267	-0,252	-0,228
Significación	0,976	0,138	0,016	0,023	0,041
	80	80	80	80	80

**Tabla nº 54**

Dentro de las Características de Organización y Funcionamiento, las variables asociadas al nivel de bienestar son:

Expectativas de Funcionamiento, que correlaciona negativamente en .25 con un nivel de significación de .023.

Tolerancia a la Desviación, con una correlación también negativa de .22 y un nivel de significación de .041

Elección Organizativa, con una correlación de .24 y un nivel de significación de .030.

Disponibilidad de Servicios de Salud, que correlaciona en .23 con un nivel de significación de .039.

Disponibilidad de Asistencia en la Vida Diaria, que correlaciona en .30 con un nivel de significación de .006.

Disponibilidad de Actividades Socio-Recreativas, con una correlación de .25 y un nivel de significación de .023.

Correlaciones	ICOF3	ICOF4	ICOF5	ICOF6	ICOF7
Spearman	0,241	0,163	0,186	0,060	0,230
Significación	0,030	0,148	0,097	0,592	0,039
	80	80	80	80	80

**Tabla nº 55**

**Correlations**

Correlaciones	ICOF8	ICOF9	PERSONAL	CS1	CS2
Spearman	0,301	0,253	0,222	-0,090	0,136
Significación	0,006	0,023	0,047	0,423	0,227
	80	80	80	80	80

**Tabla nº 56**

Correlaciones	CS3	CS4	CS5	CS6
Spearman	0,152	0,264	-0,269	-0,134
Significación	0,177	0,017	0,015	0,232
	80	80	80	80

**Tabla nº 57**

La variable Características del Personal correlaciona con el nivel de bienestar de los residentes en .22, con un nivel de significación de .047.

Finalmente, las variables del Clima Social que muestran asociación con el grado de bienestar subjetivo son:

Expresividad: correlaciona en .24 con un nivel de significación de .017

Influencia de los Residentes: que posee una correlación negativa de .26, con un nivel de significación de .015.

# **CONCLUSIONES**

En el presente trabajo, se propuso indagar sobre la asociación entre el nivel de bienestar subjetivo de los adultos mayores que residen en centros geriátricos y las características ambientales de los mismos, entendiendo éstas como clasificables en tres niveles de análisis: contexto residencial/contexto hogar propio; residencia privada/residencia pública; y características ambientales de cada centro como unidad de análisis.

El interés por responder a la pregunta sobre la relación entre bienestar y contexto ambiental en la vejez surge a partir de la importancia otorgada en el marco de la Psicogeriatría al estudio sobre la calidad de vida del adulto mayor como prioridad, debido al envejecimiento poblacional, al reconocimiento de que una mayor expectativa de vida no se acompaña necesariamente de mayor bienestar, y a la modificación de la concepción involutiva de la vejez por otra en la que el anciano posee capacidades de desarrollo y de vida plena sin discapacidad.

Dentro del marco del estudio sobre la calidad de vida en la vejez, se encontró que la relación entre bienestar y ambiente objetivo ha sido, a pesar de la importancia que se le otorga a su estudio y definición, poco clarificada, siendo los resultados obtenidos en las investigaciones contradictorias o insuficientes, especialmente a nivel local.

A partir de los datos obtenidos, se puede concluir que el vivir en residencias geriátricas no implica una pérdida sustancial de bienestar para los adultos mayores, en la medida que la diferencia de medias que existe entre ambos grupos no resulta significativa. Del mismo modo, no se observa una diferencia significativa en el nivel de bienestar entre los adultos mayores que residen en centros geriátricos privados y aquellos que residen en el Centro Municipal.

Estos datos coinciden con los obtenidos en otros estudios a escala mayor (Fernández Ballesteros y Zamarrón, 2000). Sin embargo, los estudios previos realizados a nivel local arrojaron resultados opuestos. Esta diferencia puede deberse a la metodología utilizada, ya que los estudios locales tomaron sus muestras de un máximo de 3 centros geriátricos privados, con lo que existe la posibilidad de que las características de los centros sesgaran los resultados.

En cuanto al perfil demográfico y psicosocial de los dos tipos de residencias, se observa una diferencia sustancial a nivel de las variables demográficas: la población de residentes de centros geriátricos son más viejos, predominantemente mujeres viudas o amas de casa con un ingreso en general menor a los \$700 pero con posibilidades de acceder a sumas mayores. El nivel de instrucción alcanzado es en general los estudios primarios, pero buena parte de la población ha conseguido niveles secundarios y universitarios de formación.

En contrapartida, los residentes del centro municipal son más jóvenes con una distribución equitativa en cuanto al sexo, en general dedicaron sus años de actividad al sector de servicios, tales como albañilería, empleadas domésticas, electricidad, etc. El nivel de instrucción alcanzado es menor, ya que aquellos que alcanzaron estudios universitarios son escasos, y una parte de la población es analfabeta. Del mismo modo, el nivel de ingresos económicos es sustancialmente menor, con una buena proporción de residentes que no perciben ningún tipo de ingresos ni reciben ayuda económica de ningún tipo.

La diferencia a nivel psicosocial entre ambas poblaciones es escasa: se observan niveles similares de actividad, salud subjetiva e integración social intra-institucional. Los residentes

realizan un promedio de entre cinco y seis actividades, con una frecuencia media de realización. En general, perciben tener un estado de salud normal o bueno, siendo la valoración de la salud mala o regular en la minoría de los casos. En general, se encuentran satisfechos con el personal que los atiende y, en menor medida, satisfechos con la relación que tienen con sus compañeros de residencia.

Las únicas variables que presentan diferencias significativas entre ambos grupos son el grado de conservación de las habilidades funcionales y la satisfacción con las actividades que realizan. Los adultos mayores residentes de centros privados poseen un nivel de habilidades funcional significativamente menor, con un promedio de 12 puntos sobre 16 posibles. Muchos de ellos poseen capacidades motrices limitadas o nulas para trasladarse y para asearse, requiriendo de asistencia para el baño, vestirse/desvestirse o para caminar.

Por su parte, los adultos mayores que viven en la residencia municipal poseen un nivel de habilidad funcional francamente alto, con un promedio de casi 16 puntos. Las limitaciones motrices son menos frecuentes, por lo que en general no requieren de asistencia.

Sin embargo, a pesar de esto, no se observa una diferencia significativa en cuanto a la valoración del estado de salud y la satisfacción asociada a éste.

En cuanto al nivel de satisfacción con las actividades realizadas, el grupo de residentes de centros privados se manifiesta menos satisfecho y conforme que los residentes del centro público.

Se observan además diferencias importantes en lo que respecta al significado atribuido al traslado y permanencia en la residencia, la razón del traslado y la decisión de trasladarse: los residentes de centros privados perciben el traslado primordialmente como un evento negativo, asociado a dificultades de salud o problemas familiares. El traslado fue voluntario en menos casos que para el grupo de residentes del centro municipal, quienes en su mayoría perciben el traslado como un evento positivo, primordialmente motivado por dificultades económicas.

Claramente, ambas poblaciones son demográficamente diferentes, aunque a nivel de los factores psicosociales asociados al grado de bienestar percibido esta diferencia sea menor y restringida a unas pocas variables. Esto refuerza la hipótesis de que el contexto ambiental residencial entendido como residencia pública o privada posee un bajo nivel de determinación del grado de bienestar de sus residentes.

Sin embargo, los adultos mayores que residen en centros geriátricos privados poseen un nivel de bienestar medio-bajo, menor al grado alcanzado por los residentes del geriátrico municipal, población que posee un nivel medio-alto de bienestar. Esta diferencia, aunque como se mencionó anteriormente no sea significativa, puede explicarse desde dos lugares: por un lado, los factores demográficos y psicosociales. Por otro, las características ambientales que en general poseen los centros privados, como se explicará más adelante.

Las características ambientales que poseen un grado significativo de asociación con el nivel de bienestar de los residentes son:

### **Características Físicas y Arquitectónicas**

- . Disponibilidad de Ayudas Socio-Recreativas: posee una correlación positiva con el nivel de Bienestar de .245, con un nivel de significación de .028.
- . Disponibilidad de Espacio: posee una correlación positiva de .268 con un nivel de significación de .016.

### **Características de Organización y Funcionamiento**

- . Expectativas de Funcionamiento: correlaciona negativamente en .253 con un nivel de significación de .024
- . Tolerancia a la Desviación: correlaciona en -.228 con un nivel de significación de .042.
- . Elección Organizativa: correlaciona con el bienestar en .242, con un nivel de significación .031
- . Disponibilidad de Servicios de Salud: posee una asociación positiva con el nivel de bienestar subjetivo de .231. El nivel de significación es de .039
- . Disponibilidad de Asistencia en la Vida Diaria: correlaciona con el bienestar en .301, con un nivel de significación de .007
- . Disponibilidad de Actividades Recreativas: posee una asociación positiva con el nivel de bienestar subjetivo de .253, con un nivel de significación de .023
- . Características de Personal: posee una asociación positiva con el nivel de bienestar subjetivo de .223, con un nivel de significación de .047

### **Clima Social**

- . Expresividad: correlaciona con el bienestar en .265, con un nivel de significación de .018
- . Influencia de los Residentes: correlaciona negativamente en .270, con un nivel de significación de .015

De estos datos se puede concluir que:

1. Aquellos centros que ofrecen mayores oportunidades de realización de actividades, ya sea porque su espacio físico está mejor preparado para ello o porque la organización de la residencia incluye mayor oferta de actividades, posee residentes con un grado mayor de bienestar.

Este dato apoya las Teorías de la Actividad de Neugarten (1968) que postula que los adultos mayores que se mantienen activos envejecen con más salud y satisfacción, aunque esto implique la búsqueda de sustitutos para aquellas actividades que, por el desarrollo de limitaciones físicas, ya no puedan realizar.

Se observó durante la realización de las entrevistas que aquellos residentes a los que se les ofrecía la oportunidad de participar en programas de voluntariado o en comités de organización de eventos se mostraban más satisfechos. Las actividades ayudan al anciano a conservar su autoestima a la vez que les permite desarrollar un rol en la comunidad de la que forma parte, permitiéndoles seguir sintiéndose útiles y facilitando la percepción de que sus vidas tienen un sentido más allá del de observar pasar el tiempo.

2. Una mayor disponibilidad de espacio se asocia a niveles mayores de bienestar. Los estudios sobre Hacinamiento son ya tradicionales en el ámbito de la Psicología Ambiental. Más allá de las diferencias entre las diversas teorías que pretenden explicar la etiología, desarrollo y consecuencias del hacinamiento, la mayoría de los autores en la temática concuerda en que el hacinamiento es el “conjunto de efectos psicológicos producidos por la evaluación de una restricción espacial” (Iñiguez, 1987. pp. 13) y que, a pesar de que en la etiología del fenómeno se pueden enumerar causas de distinta índole, el desencadenante primordialmente considerado es la escasez de espacio físico en relación al tamaño del grupo que habita un determinado ambiente,

provocando en las personas sensación de pérdida de control sobre el medio, disminución del sentido de la intimidad e invasión del espacio personal. Todo esto conlleva a un aumento del estrés que finalmente se traduce en sensaciones de malestar, disminución de la capacidad resolutoria, indefensión, alteración de las relaciones afectivas y de la conducta social, etc.

3. El ofrecer a los residentes mayores oportunidades de decidir sobre sus propias rutinas y su vida diaria se asocia a un mayor nivel de bienestar. Del mismo modo, el que se posea un nivel de expectativas de funcionamiento menor, es decir que se permita que el adulto mayor tenga limitaciones o dificultades físicas o volitivas para realizar tareas de la vida diaria, tales como tender su propia cama o lavar su ropa, se asocia con un grado de bienestar más elevado. Esto puede deberse a que permiten que el adulto mayor posea un nivel de control mayor sobre la organización de su vida, sus actividades y su tiempo, aumentando la posibilidad de satisfacer las necesidades de hacer o dejar de hacer en el momento en que éstas aparecen.

4. Existe una asociación negativa entre la variable tolerancia a la desviación y bienestar. Esto señala que mientras más se marcan los límites a las conductas agresivas o excéntricas, tales como agredir física o verbalmente a los compañeros o a los cuidadores, ingerir medicamentos no recetados, mayor es el bienestar percibido por los residentes. Podemos enumerar varias razones que pueden explicar este resultado; de naturaleza intrapsíquica, interpersonal y una última a nivel socio-cultural.

Por un lado, los límites funcionan como organizadores del psiquismo humano, en la medida que delimitan la realidad demarcando lo que es posible de lo que no lo es. Los límites como organizadores del psiquismo han sido rescatados por las teorías psicológicas de diferentes modos. La función paterna en el marco del Psicoanálisis Lacaniano, la función de corte del Psicoanálisis vincular, incluso autores destacados en el ámbito de la resiliencia han puesto de manifiesto que los vínculos facilitadores de resiliencia se caracterizan por la presencia tanto de una aceptación incondicional de la personalidad del otro, entendido esto como el sostenimiento del afecto y el apoyo más allá de los errores, defectos y limitaciones que tenga, como del establecimiento de límites a las conductas negativas. El límite nos impone una negativa a nuestros deseos que implica frustración, por lo que permite “ejercitar” la capacidad de tolerarla, desarrollar mecanismos de funcionamiento adaptativos al medio socio-cultural y, por lo tanto, acceder a una conducta adaptada en la que los impulsos encuentran un lugar de espera y de satisfacción sustitutiva.

En el contexto interpersonal de la residencia geriátrica, la no tolerancia a las conductas agresivas y excéntricas facilita el mantenimiento de una convivencia saludable entre quienes viven y conviven en este espacio, quizás aportando a una mayor percepción de control del medio en la medida que los límites son válidos para todos y permiten mantener demarcados los espacios personales y el respeto mutuo; especialmente en el marco de un centro geriátrico, en el que personas adultas acostumbradas a valerse por sí mismas en control de sus normas deben convivir a diario con otras personas con hábitos, ideas y capacidades diferentes.

Por último, la capacidad de poner límites a éstas conductas implica una visión del adulto mayor como una persona aún con capacidades de autocontrol. Durante las entrevistas a los



directivos, muchas veces el entrevistado justificaba la ausencia de límites desde la incapacidad del anciano para responder a los mismos, como si pedirles que eviten ciertos comportamientos fuera demasiado para lo que puede realizar. Frases como “y...que le vas a exigir...”, “...son viejos, no entienden...” o “...viste como son, se les pone algo y lo tienen que hacer, son como chicos”, se pronunciaban en este contexto, denunciando la concepción del adulto mayor como un niño crecido, incapaz de controlarse ni de hacerse cargo de sus actos. El temor a la acusación de maltrato, también presente de modo implícito en frases y comportamientos observados durante las entrevistas, especialmente a los cuidadores, se une al estereotipo de la vejez como incompetencia para facilitar la ausencia o pobreza de los límites.

Como se explicará más adelante, esta concepción prejuiciosa sobre el adulto mayor se asocia a una actitud sobreprotectora que dificulta en lugar de facilitar el ejercicio de la autonomía personal y de otras capacidades, tanto de índole física como psicológica e incluso social.

Como nos explica Leopoldo Salvarezza (1988), el prejuicio de la vejez = enfermedad/incompetencia posee un factor actitudinal, una predisposición a actuar de tal forma que la concepción negativa se convierte en una profecía autocumplida. El viejismo, como el autor denomina al “...conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función de sus edad” (Salvarezza, 2002. Pp. 28), incluso es internalizada por el mismo viejo, con las consecuencias subsiguientes en su autoconcepto, autoestima, comportamiento social, etc.

Podemos hipotetizar, entonces, que en los centros donde la tolerancia a las conductas agresivas es menor, el prejuicio también lo es, posibilitando un funcionamiento institucional más saludable para sus residentes.

5. Existe una asociación positiva entre la disponibilidad de servicios de salud y el grado de bienestar, entre éste y el grado de disponibilidad de ayudas en la vida diaria y disponibilidad de recursos de personal. Estas asociaciones implican la importancia del apoyo social, en este caso formal.

Las redes de apoyo social pueden dividirse en redes formales y redes informales: las redes formales son aquellas que brindan asistencia sanitaria e instrumental al anciano, mientras que las redes informales son aquellas que proveen asistencia emocional, económica, informativa, etc. (Marión y Scola, 2002). Antonucci (1999, citado por Marión y Scola, 2002) dice que durante el envejecimiento es cuando crece la necesidad de mayor apoyo emocional e instrumental para cubrir los “desafíos de la vida”. De este modo, aquellos centros que disponen de mayor cantidad de servicios asistenciales, tanto de salud como de ayuda instrumental en la vida diaria, logran respaldar mejor al residente en la cobertura de sus necesidades básicas y de seguridad. Los recursos de personal se relacionan estrechamente con las posibilidades de ofrecer más servicios. Por ejemplo, se observa en el centro municipal que la presencia de psicólogos y asistentes sociales en planta permanente posibilitan la prestación de servicios de asistencia psicológica, laborterapia, provisión de transporte, entre otros cuya prestación no se observa en los centros privados por no disponer de la presencia de los profesionales antes mencionados como parte del staff permanente.

6. Las variables del clima social que aparecen asociadas al grado de bienestar son la expresividad y la influencia. La asociación positiva entre el grado de expresividad y el nivel de bienestar señalan la importancia de un clima propicio para manifestar sentimientos y pensamientos personales, implicando una mayor confianza del residente en las personas que lo rodean.

Por otra parte, existe una asociación negativa entre el nivel de influencia y el grado de bienestar, lo que en principio resulta contradictorio con la asociación positiva entre el grado de elección organizativa y el bienestar. Sin embargo, este resultado puede explicarse a partir de que la variable no solamente hace referencia a la posibilidad del residente de decidir sobre las reglas y normas del establecimiento, sino también al grado en que se exige a éstos el cumplimiento del reglamento. Como se mencionó en el punto 5, los límites parecen tener un lugar tan importante como la posibilidad de decisión: la clave parece residir en que se permita al adulto mayor tomar decisiones sobre los patrones de conducta que han de seguir en la organización de su vida cotidiana, tales como salir a caminar cuando ellos lo deseen, sentarse donde quieren, efectuar las actividades que les resultan más placenteras, levantarse y acostarse cuando lo decidan, etc., pero en el marco de un mantenimiento de reglamentaciones que controlen conductas agresivas o que atenten contra la convivencia respetuosa entre los residentes.

El hecho que los niveles de cohesión y conflicto no muestren asociación con el grado de bienestar requiere de explicación. Lo esperable es que el nivel de cohesión se asocie positivamente con el bienestar, mientras que el grado de conflicto se asocie negativamente con éste. Se puede efectuar al respecto dos hipótesis. Por un lado, la metodología utilizada para recabar datos sobre el clima social puede influir sobre los resultados, en la medida que la percepción del cuidador puede verse afectada tanto por variables subjetivas como por el nivel de expresividad del grupo en sí mismo. Así, cuando el grupo de residentes es muy expresivo pueden aparecer a los ojos del cuidador que pelean más o que tienen más contacto entre ellos, mientras que los niveles bajos de expresividad pueden ocultar los conflictos. Por otro lado, es más probable que el cuidador, en tanto empleado, sienta la necesidad de presentar al grupo de residentes como poco conflictivo y con mayor nivel de cohesión para hacer quedar bien a la residencia a los ojos del evaluador. Esta tendencia hacia la deseabilidad social sería mayor en preguntas tales como ¿los residentes pelean mucho entre sí?, ¿Hay muchas actividades sociales?, ¿los residentes son prudentes con lo que se dicen entre ellos? O ¿los residentes suelen ridiculizar o criticar la residencia algunas veces?, que en preguntas relacionadas con la expresividad, en donde es más difícil asociar una respuesta como “buena” o “mala”, por ejemplo en el caso de ¿los residentes hablan de sus antiguos sueños y ambiciones?

La otra hipótesis recae sobre el concepto en sí mismo. La medición de la cohesión y el conflicto hace referencia a las relaciones dentro del centro **en general**, esto implica generalizar la singularidad de los vínculos duales y grupales que se generan al interior del sistema social. En el caso del centro municipal, esto se observa claramente: los puntajes obtenidos en cohesión es uno de los más bajos entre la totalidad de los establecimientos evaluados, mientras que el de conflicto está entre los más altos; sin embargo, al interior de la residencia se observan mayor cantidad de personas interactuando, la mayoría de los entrevistados mencionan sus grupos de pertenencia, compuestos en general por dos o tres personas que resultan de mayor confianza y con quienes se los observa compartir el tiempo, hay parejas que se han formado y contraído matrimonio durante el período de permanencia en el centro, y otras varias que esperan una habitación matrimonial para poder formalizar su unión. Del mismo modo, suelen mencionar otros grupos de personas con

quienes sostienen una mala relación. El número elevado de residentes vuelve más probable la existencia de conflictos y desacuerdos, lo que no excluye la posibilidad de que en lo particular se produzcan redes de apoyo informales. Lo mismo ocurre para el caso de los profesionales: la amplitud numérica del plantel de empleados hace que, a pesar de existir quejas varias alrededor del desempeño de éstos, siempre haya algún profesional mejor catalogado y más querido por cada residente.

Probablemente, otras mediciones relacionadas con el grado de integración social resulten en una asociación positiva entre cohesión y bienestar por un lado, y en una asociación negativa entre conflicto y bienestar por otro, tales como sociogramas en que se incluyan tanto residentes como profesionales, ocurrencia y frecuencia de interacciones sociales positivas y negativas, tales como reuniones para tomar mate, visitas al dormitorio, o peleas y discusiones respectivamente. Estas medidas de integración social dependen en menor grado de las valoraciones subjetivas de cuidadores y residentes, a la vez que permiten observar particularidades en las relaciones y no solamente lo general.

7. En general, todas las correlaciones tienden a ser pequeñas, de entre .20 y .30. Esto puede explicarse en la complejidad del entramado de variables que interactúan en el bienestar subjetivo. Como se explicó en el marco teórico de este trabajo, diversas variables demográficas, sociales, psicológicas y biológicas se relacionan con el grado de bienestar autopercebido por cada persona. Ya el trabajo mencionado de Fernández-Ballesteros y Zamarrón presenta varias asociaciones menores a .30. Esto implica que, aunque existan variables ambientales que se asocien con el grado de bienestar de los residentes de centros geriátricos, otras variables son también de gran importancia como lo demuestra la investigación de Fernández-Ballesteros.

Diener (2003) afirma que el recuerdo de las emociones experimentadas y el grado de satisfacción con la vida (las dos variables que mide la Escala de Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia) se asocian en mayor medida con variables psicológicas tales como el autoconcepto, la percepción de control del medio, las tendencias al optimismo/pesimismo, los estilos de atribución y las estrategias de afrontamiento, que con variables demográficas y ambientales. Éstas, según el autor, se relacionan en mayor medida con las emociones positivas o negativas medidas en el momento es que son experimentadas, en tanto representan oportunidades u obstáculos de experimentar eventos agradables y desagradables. Los tres niveles del Bienestar (emociones al momento, recuerdo de las emociones y satisfacción con la vida) se relacionan estrechamente entre sí en ese orden: las emociones experimentadas en el momento, desde luego, tienen una fuerte impronta en el recuerdo de las emociones posteriores, aunque mediatizada por los elementos psicológicos antes mencionados, y, a su vez, el recuerdo de las emociones influye en gran medida sobre la satisfacción con la vida.

El ambiente, según el paradigma de estructura-oportunidad, es un conjunto de oportunidades y restricciones. El que el centro geriátrico, por ejemplo, disponga de mayores recursos físicos y organizativos para el desarrollo de mayor número y variedad de actividades representa una oportunidad para sus residentes de realizar tareas que les brinden experiencias gratificantes y de logro personal.

**Podemos concluir, entonces, que los factores ambientales más importantes para el bienestar de los residentes son aquellos asociados al ofrecimiento de mayor número y**

**variedad de actividades; al respeto por la independencia del adulto mayor, su capacidad de toma de decisiones y su necesidad de expresión; a la puesta de límites claros a las conductas agresivas y excéntricas, y a la disponibilidad de espacio. Estas características ofrecen oportunidad a los residentes de obtener mayor número de experiencias gratificantes, a la vez que les evitan contactarse con experiencias negativas.**

Desde un punto de vista descriptivo de las características de los establecimientos, se puede concluir que los centros residenciales para adultos mayores de Córdoba tienden a privilegiar el cuidado sanitario sobre el cuidado emocional y social de sus residentes. La mayoría de los centros privados obtiene puntuaciones por encima de 50 en variables como Características de Seguridad y Ayudas Protésicas, Asistencia en la Vida Diaria y Disponibilidad de Servicios de Salud, pero se registran puntuaciones en general bajas y medias bajas para Intimidad, Disponibilidad de Espacio, Disponibilidad de Actividades Socio Recreativas, Ayudas Socio Recreativas. Se observa además que en general los centros privados no cuentan con psicólogos ni asistentes sociales en su plantel de personal permanente. Solamente cumplen con el requisito legal de un médico, un nutricionista, enfermeros y en la mayoría de los casos un laborterapeuta que asiste una o dos veces por semana. No todos los centros cuentan con fisioterapeutas en su plantel, algunos de ellos solamente disponen de un profesional conocido a quien derivar el adulto mayor en caso que éste necesite realizar rehabilitación y, en cuyo caso, será éste el encargado de la remuneración de los honorarios. De este modo, la mayoría de los residentes no realizan actividades físicas programadas y adaptadas a sus necesidades: solamente efectúan rehabilitación como tratamiento, y no como actividad recreativa o preventiva.

Esta mayor preocupación por los aspectos sanitarios y de la seguridad del residentes resulta en una especie de “sobrepoteccionismo” que impiden que el anciano perciba control sobre su vida, convirtiendo la residencia en una institución similar a una guardería para niños más que a un **Centro Gerontológico abierto de desarrollo personal y atención socio-sanitaria interprofesional**, como plantea Rodríguez Rodríguez en su definición de “Residencia Geriátrica”.

Ya Yuni y Tarditi (2002) advierten sobre esta tendencia en los centros geriátricos de Catamarca. Los autores escriben:

*“En las instituciones geriátricas, la modalidad de atención imperante es asistencialista: son lugares preparados para la atención de las necesidades básicas del anciano. Allí se les provee y controla la alimentación, el baño y el sueño además de la serie de medicamentos que cada uno necesite. Predomina una tendencia marcada a la superprotección del viejo mediante el total abastecimiento de las actividades cotidianas (cama, limpieza, aseo, etc)”* (Yuni y Tarditi, 2003. pp 4.)

Dicen los autores que esta tendencia se sostiene sobre el estereotipo de la vejez como inhabilitante sumado a la aplicación del paradigma médico hegemónico, que postula para las instituciones las funciones curativas, normatizadora (en el sentido de decidir sobre la vida diaria del adulto mayor y no de hacer respetar pautas de convivencia) de control y de legitimación de la conducta de dominación.

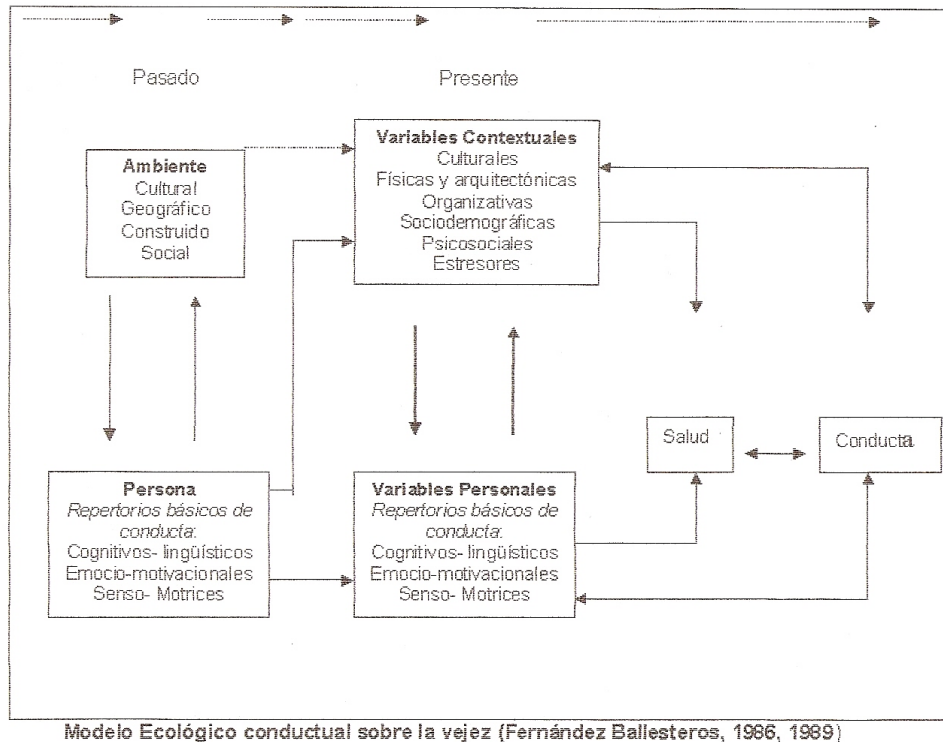
Todo esto conlleva a que los centros funcionen al modo de Instituciones Totales Goffmanianas y no como Centros de Desarrollo Personal, donde el cuidado de lo emocional y el sentido de vida tienen una importancia radical. Esta dinámica institucional es avalada a nivel legal, ya que la ordenanza municipal para residencias privadas solo estipula el cuidado emocional

como una opción y no como una obligación. Esto se observa claramente en los requisitos de personal que debe formar parte del equipo profesional a cargo de los residentes, en los que se mencionan fisioterapeutas, psicólogos, asistentes sociales e incluso laborterapistas para el caso de las residencias exclusivas para adultos mayores autoválidos, como opcionales, a la vez que no se estipulan objetivos definidos ni metas delimitadas sobre el estado cognitivo, emocional y social de los residentes, niveles de actividades y recreación mínimos para asegurar el bienestar psicológico ni normativas tendientes a regular la conservación de la autonomía por parte del adulto mayor según las capacidades de éste. Tampoco se observan disposiciones suficientes en cuanto al manejo del espacio, de modo que los centros pueden establecerse en antiguas casas familiares con pocas o nulas posibilidades de incorporación de salas y dispositivos de recreación, ampliación de comedores y salas de estar, incorporación de nuevas edificaciones tendientes a crear mayor cantidad de espacios comunes y habitaciones individuales, etc., sin entrar en conflicto con la normativa vigente.

Si comparamos el centro geriátrico municipal con la generalidad de los centros privados, observamos que los sistemas son diametralmente diferentes. A pesar de que el centro municipal adolece de recursos financieros para mantener las instalaciones en buen estado, proporcionar confort físico, mantener las ayudas protésicas y de seguridad al día; que obtiene puntuaciones bajas en algunos aspectos que implican una preocupación por el estado emocional del residentes, tales como en la accesibilidad a la comunidad e intimidad; y que debe enfrentar dificultades a nivel político ya de naturaleza histórica, se observa que el acento está puesto en otorgar un cuidado integral de sus residentes, a través de un espacio físico amplio, que cuenta con facilidades recreativas (canchas de bochas, club de abuelos, huertas, iglesia, parque, etc), un plantel de profesionales que incluye asistentes sociales, psicólogos, laborterapistas, médicos, fisioterapeutas, etc, y una organización que facilita la independencia y autonomía de los adultos mayores que allí residen. Si a esto sumamos el hecho de que la población de residentes proviene en general de estratos sociales pobres, adoleciendo en muchos casos, previo al ingreso en la residencia, de cuidados sanitarios, comida diaria, vivienda, posibilidades educativas o de participación social-comunitaria, etc., no resulta difícil comprender por qué el nivel de bienestar en este establecimiento es más elevado. Muchos de los residentes entrevistados manifiestan que ha sido un beneficio para ellos trasladarse al centro y que, a pesar de que hay cosas que los molestan y con lo que no están conformes, se encuentran contentos de estar allí.

El caso de las residencias privadas es muy distinto. Además de padecer un estado de salud más deteriorado, los residentes provienen en general de clases sociales medias y altas, con lo que satisfacer sus necesidades secundarias puede resultar más difícil. La tendencia a la falta de espacio de los centros privados, todos ellos instalados en antiguas casas particulares, y el sistema proteccionista se suma a las características demográficas y psicosociales de la población para explicar el menor nivel de bienestar de los residentes de estos centros.

Fernández-Ballesteros (1986, 1989) propuso un modelo explicativo de la relación persona-ambiente para la vejez en el que resalta la importancia de la historia personal del viejo y su congruencia con las características de los centros geriátricos para el mantenimiento de la salud y de un nivel de bienestar subjetivo elevado, tal como se observa en el siguiente gráfico. Los resultados obtenidos del análisis descriptivo de las poblaciones de residencias privadas y públicas en nuestro medio parecen apoyar la hipótesis de la autora, aunque finalmente las diferencias entre el nivel de bienestar de los centros no sea significativa.



## SUGERENCIAS

### 1. Modificación de la Ordenanza Municipal en los siguientes puntos:

- Agregar ítems referidos al cuidado psico-emocional y social del residente, estableciendo objetivos claros y específicos a este respecto, inspirados en la definición de Residencia Geriátrica de Rodríguez Rodríguez.
- Establecer como obligatorios los siguientes profesionales para el equipo interprofesional: laborterapista, psicólogos, asistentes sociales, fisioterapeutas o kinesiólogos.
- Establecer como obligatorio la determinación del estado psico-social del adulto mayor a su ingreso al establecimiento, de modo que se disponga de información para controlar el desarrollo o mantenimiento del residente, facilitando el logro de los objetivos psico-emocionales y sociales.
- Establecer un mínimo de horas de actividades socio-recreativas a realizar semanalmente, que incluya la realización de actividad física con un mínimo de una hora semanal, actividades de integración familiar e intra-institucional con un mínimo de una dos horas semanales, manualidades adaptadas a las capacidades de los residentes con un mínimo de tres horas semanales.
- Agregar normativas específicas relacionadas con los permisos otorgados a los residentes para el manejo de su vida cotidiana, aclarando que no es posible prohibir la salida del establecimiento a los residentes bajo ninguna circunstancia, debiendo acompañar al adulto mayor un cuidador en caso de que éste, por sus capacidades, así lo requiera.
- Establecer como obligatorios la inclusión de dispositivos de recreación, tales como

canchas de bochas, bibliotecas, instrumentos musicales, salas de costura, etc.

- Incluir normativas sobre el derecho a la privacidad del residente.

2. Revisión de la Ordenanza Municipal en los siguientes puntos:

- Espacios mínimos requeridos para comedores, baños y habitaciones.
- Disponibilidad mínima de habitaciones individuales y máxima de habitaciones de tres personas.

3. Desarrollo de Programas de Capacitación para profesionales empleados en el área de la Gerontología, dueños de centros geriátricos y postulantes a abrir centros geriátricos, que apunten a la eliminación de prejuicios hacia la vejez y facilite la incorporación de medidas de cuidado del aspecto psico-emocional y social del residente.

## BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES CONSULTADAS

Aragó, J. (1983). “Aspectos Psicosociales de la Senectud”. En “Psicología Evolutiva 3: Adolescencia, madurez y senectud”. Compilación de Carretero, M.; Palacios, J. y Marchesi, A. Capítulo nº 9. Editorial Alianza.

Aranibar Munita, P. (2002). “Entorno y Vejez”. Fuente: [www4.ujaen.es/pberrios/congru.pdf](http://www4.ujaen.es/pberrios/congru.pdf)

Barreriro, T. (2002) “Trabajos en Grupo”. Capítulo 3: Bienestar y malestar dentro del grupo. Editorial Capeluz.

Boschetti, L., Longhi, M. L. y Porta, M. (2001) “Calidad de Vida...Más allá de los años”. Tesis de grado Licenciatura de Psicología. Banco de Tesis de la Facultad de Psicología. UNC.

Casullo, M. (2005) “El Capital Psicológico. Aportes de la Psicología Positiva”. En prensa.

Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003) “El Bienestar Subjetivo: hacia una psicología positiva”. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, volumen XII, número 1, pp. 83-96.

Diener, E., Scollon, C. y Lucas, R. (2003) “The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness”. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, vol. 15, 187–219.

Diener, E., Suh, E. y Oishi, S. (1997) “Recent findings on Subjective Well Being”. Fuente: <http://www.psych.uiuc.edu/~ediener/hottopic/paper1.html>



Di Fiore, C., Ferreira, P. Y Walker, C. (2002). "La calidad de vida autopercebida y el bienestar psicológico en personas de 80 y más años". Tesis de grado Licenciatura de Psicología. Asesor: Andrés Urrutia. Banco de Tesis de la Facultad de Psicología. UNC.

Fernández-Ballesteros (1995) "Sistema de Evaluación de Residencia para Ancianos". Editorial Inerser.

Fernández-Ballesteros, R.(2000). "Introducción a la Evaluación Psicológica II". Editorial Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2001). "Environmental conditions, health and satisfaction among the elderly: Some empirical results". *Psicothema*, vol. 13 nº 4, pp. 40-49.

Fernández-Ballesteros, R. e Izal, M. "Modelos Ambientales sobre la Vejez". *Anales de la Psicología*. 1990. Número 6, volumen 2. Pp. 181-198.

Fuente: [www.um.es/analeps/V06/V06\\_2/07\\_06\\_2.pdf](http://www.um.es/analeps/V06/V06_2/07_06_2.pdf)

Fernandez-Ballesteros, R. (1983). "Hacia una vejez competente: un desafío a la ciencia y a la sociedad". En "Psicología Evolutiva 3: Adolescencia, madurez y senectud". Compilación de Carretero, M.; Palacios, J. y Marchesi, A. Capítulo nº 7. Editorial Alianza.

Iñiguez, L. (1987). "Modelos Teóricos del Hacinamiento". *Revista Documentos de Psicología Social de la Universidad Autónoma de Barcelona. Serie Monografías Ambientales nº3*. Editorial Bellaterra.

Marión, S. Y Scola, B. (2002). "Relación entre el apoyo social y el bienestar psicológico en los adultos mayores que viven solos". Tesis de grado Licenciatura de Psicología. Asesor: Andrés Urrutia. Banco de Tesis de la Facultad de Psicología. UNC.

Melillo, A. "Adversidad y Crecimiento: la noción de resiliencia". Apuntes del Curso "Resiliencia en Acción", agosto de 2006.

Reig Ferrer, A. (2000) “La Calidad de Vida en gerontología como constructo psicológico”. Revista Española de Geriatria y Gerontología, volumen 35, suplemento 2, pp. 5-16.

Rodríguez Tejada, P. (1986) “Psicología de la Tercera Edad, soluciones a un mundo en crisis”. Biblioteca Básica de Psicología Aplicada, volumen 18. Editorial Quórum.

Rodríguez Rodríguez, P. 1995. “La residencia y su adecuación a las necesidades de las personas mayores dependientes”. En Revista Española de Geriatria y Gerontología, número 30, volumen 3, pp. 170-178.

Salvareza, L. (1998). “La vejez, una mirada gerontológica actual”. Editorial Paidós.

Salvareza, L. (2002) “Psicogeriatría. Teoría y Clínica”. Segunda Edición Revisada y Ampliada. Biblioteca de Psicología Profunda. Editorial Paidós.

Valera, S. (1996) “Psicología Ambiental: bases teóricas y epistemológicas”. En Iñiguez, L. y Pol, E., “Cognición, representación y apropiación del espacio Psico-social”. Monografías Ambientales, nº9, capítulo nº 1, pp1-14. Publicaciones Universitat de Barcelona.

Venhoven, R. (1994). “El estudio de la satisfacción con la vida”. Intervención Social, volumen 3, pp. 87-116.

Yuni, J. A. y Tarditi, L. R. (2003). “Dinámicas institucionales en organizaciones que atienden a personas mayores”. Artículo presentado en el Congreso Regional de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Catamarca.

Zamarrón Cassinello, M.D. y Fernández-Ballesteros, R. (2000) “Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencias. Factores determinantes”. Revista Española de Geriatria y Gerontología, volumen 35, suplemento 2, pp. 17-29.

# **ANEXOS**

## Escala de Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia (PGC Morale Escale)

### Datos personales

Edad	Estado civil
Ingresos actuales	Lugar de residencia
Nivel de instrucción	Profesión

1. ¿Las cosas se han puesto peor a medida que usted ha envejecido? **(no)** ( ) \_\_\_
2. ¿Tiene usted tanta energía como el año pasado? **(sí)** ( ) \_\_\_
3. ¿Se siente usted muy solo? **(no)** ( ) \_\_\_
4. ¿Ve bastante a sus amigos y parientes? **(sí)** ( ) \_\_\_
5. ¿Se molesta más este año por pequeñeces? **(no)** ( ) \_\_\_
6. ¿Se siente usted menos útil a medida que envejece? **(no)** ( ) \_\_\_
7. ¿A veces está tan preocupado que no puede dormir? **(no)** ( ) \_\_\_
8. ¿A medida que envejece las cosas le parecen mejor de lo que esperaba? **(sí)** ( ) \_\_\_
9. ¿A veces piensa que la vida no merece la pena vivirla? **(no)** ( ) \_\_\_
10. ¿Es usted ahora tan feliz como cuando era más joven? **(sí)** ( ) \_\_\_
11. ¿Tiene muchos motivos para estar triste? **(no)** ( ) \_\_\_
12. ¿Tiene miedo de muchas cosas? **(no)** ( ) \_\_\_
13. ¿Se enfada usted más de lo que solía hacer antes? **(no)** ( ) \_\_\_
14. ¿Su vida es dura la mayor parte del tiempo? **(no)** ( ) \_\_\_
15. ¿Está satisfecho con su vida actual? **(sí)** ( ) \_\_\_
16. ¿Encuentra las cosas pesadas? **(no)** ( ) \_\_\_
17. ¿Se viene usted abajo con facilidad? **(no)** ( ) \_\_\_

### Datos accesorios

Acontecimientos vitales

Ha sufrido recientemente algún acontecimiento importante? Ej: pérdida de un ser querido.

Nota: Junto a la pregunta, aparece entre paréntesis la respuesta que suma un punto; en el espacio entre paréntesis contiguo se registra la respuesta dada por el entrevistado (Sí o No) y en el espacio siguiente se coloca la puntuación correspondiente (0 o 1) siguiendo el siguiente criterio: "por cada coincidencia entre los dos espacios entre paréntesis, se coloca 1; en caso de no haber coincidencia, se coloca 0".

**CUESTIONARIO DE FACTORES PREDICTIVOS DEL BIENESTAR SUBJETIVO EN  
ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS**

**-Integración social intra-institucional**

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. esta satisfecho de su relación con el personal de la residencia | 0 | - | 1 | - | 2 |
| 2. está satisfecho de su relación con sus compañeros de residencia | 0 | - | 1 | - | 2 |
| 3. está satisfecho con la residencia                               | 0 | - | 1 | - | 2 |

**-Actividad**

4. Ocurrencia, frecuencia, satisfacción: cuál de éstas actividades realiza, con que frecuencia (todos los días, algunos días a la semana, menos de 1 vez por semana) y cuan satisfactorio le resulta (no satisfactorio, medianamente satisfactorio, muy satisfactorio)?

a. ver televisión	0	1	0-1-2	0-1-2
b. manualidades	0	1	0-1-2	0-1-2
c. visitar amigos/parientes	0	1	0-1-2	0-1-2
d. hobbies	0	1	0-1-2	0-1-2
e. cuidar plantas o mascotas	0	1	0-1-2	0-1-2
f. caminar	0	1	0-1-2	0-1-2
g. leer	0	1	0-1-2	0-1-2
h. conversar	0	1	0-1-2	0-1-2
i. juegos de mesa	0	1	0-1-2	0-1-2
j. escuchar radio	0	1	0-1-2	0-1-2

**-Habilidades funcionales**

0 (incapaz)    1 (puede con ayuda)    2 (puede sin ayuda)

Conducta ambulatoria

Bañarse

Comer

Vestirse / desvestirse

Arreglarse

Entrar / salir de la cama

Utilizar el baño a tiempo

Usar el teléfono

**-Estado de salud – salud subjetiva**

Como definiría su estado de salud actual?    Mala-Regular    Normal-Buena    Excelente

Está satisfecho con su estado de salud actual    0-1-2

**-Satisfacción con aspectos residenciales**

Esta satisfecho con las instalaciones de la residencia    0-1-2

Esta satisfecho con las actividades que organiza la residencia    0-1-2

Está satisfecho con el trato que se les da en la residencia    0-1-2

Esta satisfecho con los servicios que brinda la residencia

0-1-2

-Sobre el traslado

Qué significó para Ud. trasladarse a la residencia

Una pérdida

Un beneficio

Un desafío

Una amenaza

Algo natural en la vida

Cual fue la razón de su traslado?

Salud

Factores económicos

Razones familiares

Deseo personal

Se trasladó voluntariamente?

-----  
[1] Venhoven utiliza el término Satisfacción con la Vida para esta definición; sin embargo, expresa que el término “bienestar subjetivo” es un sinónimo.

-----  
B.P.

C.V.A.

C.C.

A.O.