

Percepción de salud, emociones y bienestar psicológico de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas de México y Uruguay

MARGARITA MALDONADO SAUCEDO
EVERARDO CAMACHO GUTIÉRREZ

INTRODUCCIÓN

Es relevante estudiar la percepción de las emociones, la salud y los hábitos salutógenos de las personas mayores y su relación con el bienestar psicológico, ya que ello posibilita generar alternativas para promover un envejecimiento activo y con calidad de vida. El objetivo de este capítulo es analizar la percepción de las emociones, la salud y los hábitos salutógenos respecto al bienestar psicológico de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas de México y Uruguay.

Los datos se obtuvieron a partir de 55 entrevistas semiestructuradas a personas mayores de México (n=36) y Uruguay (n=19). La metodología fue cuantitativa y cualitativa, con un enfoque interpretativo, y estuvo centrada en la etnografía de corte transversal-fenomenológico (Álvarez-Gayou, 2009; Hernández et al., 2014). Para la interpretación de los datos, se establecieron *a priori* un conjunto de unidades de análisis en dos rubros: salud y emociones percibidas y, sobre la base de las categorías desarrolladas en estos dos campos, se reportan porcentajes de respuestas y viñetas. Entre México y Uruguay no se observaron diferencias en las enfermedades crónicas degenerativas y los hábitos salutógenos, siendo la hipertensión la enfermedad más presente. En lo que toca a la institucionalización, las personas mayores uruguayas se institucionalizan, principalmente, cuando tienen problemas de dependencia física o mental, a diferencia de México, en donde las razones son diversas, desde la voluntad propia de las personas para no vivir

solas, hasta las razones familiares o de salud. Lo anterior determina algunas diferencias de ambos países en la percepción de las emociones.

Sobre la percepción de las emociones, es la familia quien, en lo primordial, genera alegría / felicidad, tristeza, ira / enojo y asombro a las personas mayores mexicanas estudiadas, es decir, en casi todas las emociones básicas; solo en el miedo, la familia no es una fuente que genere esta emoción. Los mexicanos no institucionalizados muestran emocionalidad intensa y vinculada a la familia, con poco desarrollo de la conciencia de sus emociones en el plano personal y social; en tanto, los institucionalizados reflejan mayor conciencia y manejo de sus emociones a nivel personal y social.

Respecto a las personas mayores en Uruguay, la familia influye en especial en la alegría / felicidad y tristeza, mientras que el asombro solo surge en la población institucionalizada. Los ancianos institucionalizados y no institucionalizados de este país manifiestan poca intensidad en la expresión de sus emociones, con menor peso en la familia y mayor en el plano personal y social.

De esta forma, se concluye que, como diferencia cultural, las personas mayores mexicanas tienen una emocionalidad más expresiva y vinculada a la familia que las uruguayas. Será importante considerar estos factores cuando se diseñen programas de educación emocional y autocuidado para mejorar su bienestar.

Palabras clave: *envejecimiento, bienestar psicológico, salud, emociones, cuidado.*

El incremento de la población envejecida en América Latina ha sido vertiginoso, y México y Uruguay no son la excepción (Inegi, 2017; Paredes et al., 2012). Es importante considerar que entre México y Uruguay existen diferencias sociodemográficas y culturales significativas, las cuales se manifiestan en los grupos sociales estudiados. A nivel demográfico, en México, en 2018, la población era de unos 125 millones de habitantes, siendo el 12.3% personas mayores de 60 años o más (Inegi, 2019, p.1). Se estima que para 2050, habrá treinta millones de personas mayores de 60 años, que representarán el 21.5% de los mexicanos (Inegi, 2017).

En lo que respecta a Uruguay, se estimó que, en 2016, había 3'480,222 habitantes (Mides, 2017). Datos recientes, indican que las personas mayores de 60 años constituyen el 19.1% de la población total (Paredes, 2017).

Este cambio en la pirámide poblacional en ambos países tendrá un impacto en la economía, las dinámicas familiares, la salud y los factores relacionados con el bienestar en general de la población de personas mayores.

Por otra parte, se ha observado un incremento en la esperanza de vida debido al éxito de la medicina, ya que, por un lado, se ha encontrado la cura de un amplio número de enfermedades infecciosas, pero, a la vez, se han incrementado las enfermedades crónicas degenerativas en este grupo etario. En la actualidad, en ambos países hay un incremento de las enfermedades crónicas degenerativas, entre ellas hipertensión, enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos (Inegi, 2018). Entre las tres principales causas de muerte de las personas mayores en México, de 65 o más años de edad en ambos géneros, son enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos (Inegi, 2018). En Uruguay, en 2010, el 84% de las defunciones de la población por enfermedades del sistema circulatorio se dio en personas mayores, en el caso de neoplasias; si bien la proporción de personas mayores fallecidas fue menor, explica el 72% de las muertes por dicha causa. En las enfermedades del sistema respiratorio, el 71% de los fallecidos eran personas mayores (Palma et al., 2015).

Un aspecto relevante a considerar en ambos países es la visión gubernamental con respecto a las personas mayores. En Uruguay, existen varias instituciones que atienden:

la temática de la vejez, articulando, dirigiendo, diseñando o ejecutando políticas públicas. Del entramado institucional se destacan tres que tienen presencia a nivel nacional: el Banco de Previsión Social (BPS) o Instituto de Seguridad Social, el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Ministerio de Desarrollo Social (Mides). Este último, creación en el período de gobierno (2005-2009) en tanto

las otras dos instituciones llevan más de medio siglo de historia en el país (Paredes et al., 2012, p.75).

En México, desde al menos ocho décadas, se cuenta con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), sin embargo, ambas instituciones ofertan servicios de salud gratuitos solo a las personas que laboran en el sistema formal (Ordóñez-Barba, 2009).

Para quienes trabajan en la informalidad, donde hay un amplio número de personas mayores, a principios de 2020 comenzó a funcionar el Instituto de Salud y Bienestar, cuyo objetivo es dar servicio de salud a toda la población (Secretaría de Salud, 2020).

Los sistemas sociales de atención a las personas mayores difieren en ambos países, lo cual se debe a sus particularidades. En Uruguay, a través del Ministerio de Desarrollo Social (Mides), existen programas de atención a las personas mayores, de salud, vivienda y economía, donde prácticamente el 100% de estas tiene acceso (Mides, 2017). Si bien en México está cubierta la atención a la salud, no lo está para toda la población en lo referente a la vivienda y la economía, ya que, de igual forma, el apoyo se da a través del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (Infonavit), fundado en 1972, solo para quienes están en el sistema laboral formal (Ordóñez-Barba, 2009).

En México, a nivel estatal está el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), que ha implementado un conjunto de centros de desarrollo comunitario (CDC) para acercar los servicios a la comunidad en general, además de brindar atención necesaria a la población más vulnerable. Su objetivo es la mejora en la calidad de vida de la sociedad, así como el desarrollo integral de aquellas personas a través de diversas actividades recreativas, educativas y de salud. Los centros de desarrollo comunitario están distribuidos para que abarquen todas las colonias del municipio de Guadalajara. En la zona metropolitana de Guadalajara (ZMG) hay 29 centros, del CDC 1 al CDC 27, además del Centro Tapatío de Atención para el Adulto Mayor y el Centro para el Desarrollo Integral del Adulto Mayor, este último, el primero en Latinoamérica desde hace más de tres décadas. El único requisito para asistir a estos centros es tener 60 años o más (DIF Guadalajara, 2020).

En Uruguay, el Sistema Nacional Integral de Cuidados (SNIC) ofrece centros de día desde 2018, cuyo objetivo es brindar cuidados integrales para promover la autonomía y retrasar la institucionalización de personas de más de 65 años con alguna dependencia, leve o moderada, y que residan en sus domicilios. La atención de estos centros es provista por organizaciones civiles apoyadas por el SNIC. El modelo de los centros de día es flexible y se adapta a las condiciones de cada lugar. Los requisitos mínimos para operar un centro diurno es contar con un coordinador, un tallerista, un psicólogo, un auxiliar de servicios y un cuidador por cada ocho usuarios. De igual forma, deben tener cobertura de emergencia médica y proporcionar una colación al día a sus usuarios (Aranco y Sorio, 2019).

En ambos países, existe una amplia oferta de instituciones asilares, o de larga estadía, sobre todo privadas, en las que las personas mayores residen de tiempo completo; se ofertan para los diferentes sectores socioeconómicos de ambos países, por lo que hay un amplio rango en su costo.

Las instituciones asilares (institucionalizados) en México, en particular en la ZMG, son de carácter privado (con fines de lucro) y solo dos pertenecen al gobierno del estado (sin fines de lucro). En 2017, se tenían registradas 177 instituciones asilares (*El Informador*, 2017).

En Uruguay, los servicios de cuidado de larga estadía para personas mayores se clasifican en tres categorías: 1) residencias privadas con fines de lucro; 2) residencias públicas y privadas sin fines de lucro; y 3) servicios de inserción familiar —este último, hogares privados que acogen a una persona mayor a cambio de una remuneración. Con base en los datos del Sistema de Información sobre la Vejez y Envejecimiento del Inmayores (Palma et al., 2015), hay 1,124 instituciones de larga estadía en todo el país (920 residenciales privados, 77 hogares sin fines de lucro y 56 de inserción familiar) y 71 establecimientos que, por sus características, no entran en ninguna de las tres categorías antes mencionadas. En conjunto, albergan a 14 mil personas mayores, esto es, el 3% de este grupo etario de Uruguay (Palma et al., 2015). El 70% de esta población son mujeres que superan los 80 años (Inmayores-SIVE, 2018). En lo que toca al sector público, está el hospital geriátrico Dr. Luis Piñeiro del Campo, con servicios de larga estadía a personas

mayores de 65 años, con dependencia física y mental moderada o severa, y en situación económica precaria. Hay cuatro áreas: 1) alta dependencia y cuidados paliativos; 2) semidependientes; 3) psicogeriatría; y 4) enfermedad de Alzheimer y otras demencias graves. Además, se cuenta con siete hogares de ancianos, distribuidos en el resto del país, y nueve centros de cuidado para personas mayores dependientes en situación de calle (Inmayores-SIVE, 2018).

Muchos de los programas sociales que tienen como objetivo satisfacer las necesidades de las personas mayores, se construyen desde la visión de lo que los funcionarios / responsables piensan sobre las condiciones de la persona mayor, y no desde la percepción subjetiva de esta. Por tanto, es importante dar voz y escuchar (en vista de que voz tienen, pero no se les escucha, o se facilitan los espacios de interlocución) a las personas mayores, para que sean quienes definan sus propias necesidades, emociones y creencias en esta etapa de vida.

Con base en este contexto diferenciado, el objetivo del presente estudio es analizar y comparar las semejanzas y diferencias entre dos grupos de personas mayores de Uruguay (institucionalizadas y no institucionalizadas) y dos grupos igualmente de personas mayores de México (institucionalizados y no institucionalizados), respecto a su autopercepción de estado de salud, hábitos salutógenos, emociones y relación con el bienestar psicológico. De forma que, la pregunta de investigación, es:

¿Ante condiciones socioculturales y materiales distintas entre las personas mayores de ambos países, encontraremos formas diversas de manifestar sus emociones que se relacionan con su bienestar psicológico?

Esta información permitirá identificar áreas de oportunidad en pro del mejoramiento en la calidad de vida de las personas mayores de ambos países.

PERSPECTIVA TEÓRICA

Bienestar psicológico

El concepto de bienestar psicológico se enmarca en el de calidad de vida, el cual se define:

en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así cómo en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (OMS Quality of Life Assessment Group, 1996, p.385).

La calidad de vida es un estado de satisfacción general, basado en la realización de las potencialidades de la persona, con aspectos objetivos y subjetivos. Lo objetivo es el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad y la salud. Lo subjetivo es una percepción individual de bienestar físico, psicológico y social en general (Waterman, 1993; Watanabe, 2014).

Cuando se habla del factor subjetivo de la calidad de vida, deben considerarse dos enfoques conceptuales: el primero, llamado *bienestar subjetivo*, que tiene una perspectiva hedonista y se centra en el grado que se han tenido experiencias placenteras; el segundo, el *bienestar psicológico*, enfocado en el estudio del crecimiento personal, el propósito de vida y la autorrealización (Freire y Ferradás, 2016).

El modelo teórico de bienestar psicológico de Carol Ryff (1989) se sustenta en la literatura del desarrollo, la psicología clínica, existencial y humanista, y, entre sus principales teóricos podemos enumerar a Allport, Erikson, Bühler, Frankl, Jahoda, Jung, Maslow, Neugarten y Rogers, por mencionar algunos. Este modelo, además de una fundamentación teórica sólida, también está acompañado de evaluaciones psicométricas extensivas, de ahí su fortaleza (Ryff y Singer, 2008; García-Alandete, 2014; Ryff, 2017). Las dimensiones del modelo son:

- Auto-aceptación (autoevaluaciones positivas y de la propia vida pasada). Nos lleva a un sentimiento de autoestima porque está determinado por la conciencia y la aceptación de nuestras fortalezas y debilidades.
- Relaciones positivas (interpersonales de calidad). Se refiere a tener fuertes sentimientos de empatía y afecto por los seres humanos, la capacidad de amistad y cercanía con los demás.
- Autonomía (sentido de autodeterminación). Este concepto es una síntesis de diversas perspectivas teóricas, donde se enfatiza la independencia, la propia auto-determinación y un foco de control interno.
- Dominio del entorno (capacidad de gestionar con eficacia la propia vida y el mundo circundante). Es la habilidad de seleccionar o crear ambientes para nuestras necesidades psíquicas, que favorezcan nuestra salud mental.
- Crecimiento personal (sentido de crecimiento y desarrollo como persona). Nuestro bienestar se basa en nuestra propia realización y alcanzar nuestro potencial personal. Esta dimensión es quizás la más cercana al concepto de eudonómico que menciona Aristóteles y Maslow.
- Propósito en la vida (creencia de que la propia vida es útil y tiene un sentido). Tener un propósito en la vida es parte de la salud mental, es ser creativo, contar con metas y encontrar un sentido ante situaciones adversas.

El modelo de bienestar psicológico propuesto por Ryff (1989) es el de mayor aceptación conceptual y empírica. Entre las variables más estudiadas relacionadas con este modelo está la edad, donde se ha observado que, conforme se envejece, las respuestas emocionales son más flexibles, maduras y efectivas, lo que sugiere que las personas mayores muestran más capacidad para regular sus emociones. Lo anterior tiene que ver con la teoría de la selectividad emocional, que menciona que las personas mayores regulan sus emociones de manera preventiva, dado que están centradas más en el presente y no en el futuro, por ende, buscan la obtención del bienestar. Como puede observarse, la

regulación de las emociones está muy relacionada con el bienestar psicológico (Freire y Ferradás, 2016).

Concepto de emoción

Ante el estudio de las emociones, lo primero que debe responderse es: ¿qué son las emociones? Estas pueden ser explicadas desde diversos marcos teóricos, por ejemplo, para el enfoque psicobiológico, son procesos neuropsicológicos específicos a lo largo de la evolución de las especies, su función es registrar estímulos ambientales con el fin de preparar al organismo para la acción. Desde la perspectiva evolucionista, las emociones son fuente vital de información sobre nosotros mismos, el medio y los otros, resultando valiosas para el comportamiento adaptativo al mundo social (Flores et al., 2017). En síntesis, Piqueras et al. (2009) mencionan que las emociones son patrones personales asociados a factores fisiológicos, experiencias cognitivas-subjetivas y un substrato neuroanatómico. Estos autores mencionan que el miedo, la ira, la tristeza, la alegría, la sorpresa y el asco son las llamadas emociones básicas. Si bien las emociones son multidimensionales, se reconocen tres tipos de respuestas: cognitivo / subjetivo, conductual / expresivo y fisiológico / adaptativo. Con base en lo anterior, el objetivo de la emoción es de adaptación al ambiente, sin desligarse de la cultura, y su efecto puede ser positivo o problemático, según lo adecuado de la respuesta.

Las emociones se han clasificado en dos grandes categorías: positivas (alegría y sorpresa) y negativas (tristeza, miedo, ira y asco), y todas se relacionan con un contexto cultural significativo para la persona (Piqueras et al., 2009; Avíncula, 2018). Si se retoma la idea de que las emociones sirven para la adaptación al ambiente, tienen una función que les confiere utilidad a la persona; de manera que hay una correspondencia entre la emoción y su función: miedo-protección; ira-destrucción; alegría-reproducción; tristeza-reintegración; confianza-afiliación; asco-rechazo y sorpresa-exploración (Chóliz, 2005; Piqueras et al., 2009). Algunos autores sugieren tres funciones básicas de las emociones: adaptativa, social y motivacional (Reeve, 2005; Piqueras et al., 2009; Avíncula, 2018).

Función adaptativa

Es la que prepara al organismo para ejecutar de forma eficaz la conducta exigida por las condiciones ambientales, utilizando la energía necesaria para lograr un objetivo determinado.

Función social

Depende del tipo de emoción que se manifieste; por ejemplo, la alegría favorece vínculos sociales, mientras que la ira genera respuestas de evitación y / o confrontación.

Función motivacional

Sus características principales son: dirección e intensidad, proveer energía a esa conducta motivada; por ejemplo, la ira facilita las reacciones defensivas, mientras que la alegría la atracción interpersonal.

Otro aspecto de las emociones es su regulación, es decir, pueden ser reguladas y modificar lo que se siente, lo que permite identificar aquello relevante de lo que no lo es y, así, hay menos desgaste de energía. La regulación emocional está condicionada en gran medida por factores culturales, en dos formas: re-evaluación cognitiva y supresión. La primera, consiste en realizar cambios en el impacto de la emoción mediante un cambio en la percepción de la situación, mientras que la supresión de la emoción simplemente inhibe la respuesta emocional (Gross, 2014). En el proceso de regulación, existen cuatro tipos: 1) selección o modificación de la situación: que busca evitar o modificar la situación; 2) modificación de la atención, es decir, enfoca la atención en otra actividad que cambie el estado emocional; 3) modificación de la evaluación: busca cambiar la interpretación de los elementos o la situación; y 4) supresión de la expresividad: simplemente modula la respuesta emocional, por ejemplo, sonriendo cuando la respuesta emocional adecuada es el llanto.

La regulación de las emociones plantea otras posibles preguntas que tendrán que responderse, por ejemplo, ¿qué es lo que motiva

a la persona en el momento de activar la regulación emocional? y ¿qué estrategia se emplea en la regulación emocional? Danner et al. (2001) estudiaron a 180 monjas estadounidenses cuando tenían 22 años, analizando sus emociones positivas y negativas, y hallaron una relación con la longevidad: el 90% con predominio de emociones positivas seguía con vida a los 85 años, contra solo el 34% con menores emociones positivas.

Existen estudios donde se evidencia la relación de las emociones, ya sea con el bienestar psicológico o estados de salud en general. Las emociones se relacionan con dimensiones del bienestar psicológico en poblaciones adultas, ya que, si la regulación de la emoción es cognitiva, se genera un mejor manejo del ambiente, mayor auto-aceptación, mejor autoestima, crecimiento personal, satisfacción, propósito en la vida, relaciones interpersonales positivas, compromiso social y un desarrollo emocional adecuado en general. Sin embargo, quienes usan la supresión, se asocia negativamente con la baja auto-aceptación y satisfacción con la vida, menor autoestima y menor bienestar (Pérez y Guerra, 2014).

Las emociones, así como se vinculan con el bienestar psicológico, también con la salud física y mental. Pert (2012) enfatiza que toda emoción tiene un reflejo bioquímico en el cuerpo. A través de varios estudios, se ha comprobado que las enfermedades crónico degenerativas, como artritis, hipertensión, fibromialgia, intensificación de los índices cardíacos y cáncer, tienen que ver con la supresión de las emociones. También se ha observado que las personas que inhiben sus emociones negativas, experimentan síntomas depresivos, y son menores sus emociones positivas. Por otro lado, las personas que emplean la re-evaluación cognitiva viven más emociones positivas y menos negativas, por ende, menores estados depresivos (Garrido-Rojas, 2006; Fiorentino et al., 2005). Ahora bien, las enfermedades pueden mejorar si, además del manejo de re-evaluación cognitiva, se promueve el bienestar psicológico en todas sus dimensiones (Ryff y Singer, 2008; Pérez y Guerra, 2014). Por ejemplo, personas de este grupo etario, con altos niveles de propósito en la vida, reducen de manera significativa el riesgo de sufrir un infarto, mejoran su calidad de sueño y mantienen

conducta para mejorar su salud, como cuidar sus niveles de colesterol, entre otros aspectos (Ryff, 2017). Finalmente, se ha observado que este grupo etario regula sus emociones de manera preventiva y elige sus actividades y vínculos para mantener relaciones positivas y evitar las negativas, aunque no todas las personas tienen estas capacidades (Florentina, 2012).

MÉTODO

Tipo de estudio y metodología empleada

La metodología de la presente investigación fue mixta. Primero, se definieron las unidades de análisis de los ejes de salud y percepción de las emociones (tabla 5.1). El énfasis del análisis cualitativo se centró en las respuestas de los participantes a las diversas unidades de observación. El enfoque interpretativo fue etnográfico de corte transversal-fenomenológico (Álvarez-Gayou, 2009; Hernández et al., 2014). Se incluyó un elemento cuantitativo para mostrar la frecuencia y los porcentajes de las respuestas en los grupos estudiados. En la tabla 5.1 se presentan las unidades de análisis para el eje de salud y percepción de las emociones.

Participantes

Se entrevistó a 55 personas mayores en total, tanto de Uruguay (n=19) como de México (n=36). Las personas mayores entrevistadas en Uruguay se subdividen en aquellas que viven en dos residenciales privados para ancianos de larga estadía (institucionalizados) (RP1-UY, n=6 y RP2-UY, n=9) y personas que asisten a un centro diurno público (no institucionalizado) (CDP2-UY, n=4), donde realizan actividades como manualidades, cultivos y juegos de mesa, entre otras. Con respecto a México, las personas mayores entrevistadas están subdivididas en institucionalizadas (conjunto residencial privado “70 y más”, n=16) (CPR-MX) y no institucionalizadas (centro de día DIF Bugambillas, n=19) (CDDIFB-MX), además de quienes asisten a una organización

TABLA 5.1 UNIDADES DE ANÁLISIS PARA EL EJE DE SALUD Y PERCEPCIÓN DE LAS EMOCIONES

Código	Subcódigo	Sub-sub código	Definición del código
Percepción de salud			
Enfermedades crónicas que padece	Se refiere a las categorías que mencionan sus enfermedades crónicas	Las unidades de análisis son las diversas (frases) enfermedades	La valoración son el listado de enfermedades crónico degenerativas que padecen: 1. Diabetes 2. Hipertensión 3. Obesidad 4. Cáncer 5. Artritis 6. Visión 7. Audición
Hábitos salutogénos	Son las categorías que reflejan aquellas conductas en pro de su salud	Las unidades de análisis deben reflejar hábitos y conductas que explicitan en pro de su salud	La valoración es la explicitación de conducta en pro de sus hábitos saludables en sueño, alimentación y ejercicio físico: 1. Actividad física 2. Alimentación 3. Calidad y cantidad de sueño
Percepción de salud			
Experiencias de vida que generan diversas emociones	Se refiere a las categorías que describen los sucesos que generan diversas emociones	Las unidades de análisis son los sucesos que provocan emociones específicas de alegría, sorpresa, tristeza, enojo y miedo	Es la valoración de las emociones de alegría, asombro, tristeza, enojo, y miedo Las causas de cada emoción se definieron en: 1. Familiares 2. Económicas 3. Sociales 4. Personales 5. De salud 6. Religiosas

de la sociedad civil (OSC) con predominio de población adulta mayor (no institucionalizados) (OSCPAM–MX, n=1). Además de transcribir las viñetas de los participantes, se realizaron tablas cuantitativas para conocer las frecuencias y los porcentajes de las respuestas de los cuatro grupos de personas mayores.

TABLA 5.2 NÚMERO DE PARTICIPANTES POR PAÍS Y GRUPO

País	Grupo	Muestra
México	Institucionalizados	n=16
	No institucionalizados	n=20
Uruguay	Institucionalizados	n=15
	No institucionalizados	n=4
	Total	n=55

Escenarios de estudio

En Uruguay, los residenciales privados para ancianos de larga estadía (institucionalizados) son centros sociosanitarios en donde se ofrece atención integral y servicios personales. Sus objetivos son proporcionar cuidados básicos personales y asistencia en actividades esenciales de la vida, en un entorno seguro y protegido, con atención de enfermería, medicación, supervisión para personas adultas mayores que ya no pueden vivir en su hogar, solos o con su familia (Meliton, 2017).

En México, existe un rango amplio sobre la calidad de los asilos (instituciones de larga estadía), desde los gratuitos, como es el caso del Asilo del Padre Bernal, que trabaja con personas mayores indigentes, y aquellos que atienden personas mayores que pueden pagar personal de enfermería, psicología, nutrición y cuidadoras de día y noche, pero con un costo alto.

En lo que respecta a los centros de día en Uruguay (no institucionalizados), aunque de reciente creación en 2018, brindan cuidados integrales a personas mayores en situación de dependencia, leve o moderada, es decir, que viven en sus hogares, pero presentan ciertas dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria, tanto por limitaciones físicas como mentales. El objetivo de estos centros es contribuir a la autonomía de las personas mayores y a la permanencia en su entorno habitual (Sistema de Cuidados, 2019).

En México, en específico en el estado de Jalisco, existen los centros de desarrollo comunitarios (no institucionalizados), con servicios integrales y de inclusión para todas las personas mayores, ya sea de prevención, atención o formación. Los asistentes no presentan

limitaciones físicas ni mentales, aunque pueden padecer alguna enfermedad crónica (hipertensión y diabetes, entre otras). El objetivo de las personas mayores para asistir al centro es en especial lúdico, cultural y / o de acondicionamiento físico. Otra organización no gubernamental que trabaja en pro de las personas mayores en la ZMG es el Voluntariado Estamos Contigo (VEC), cuyo propósito es que la persona mayor desarrolle la parte humana de convivencia y trabajo en equipo dentro de su grupo, familia y comunidad.

Estrategias de obtención de información y procedimiento

Con respecto a los instrumentos utilizados, se aplicó una entrevista audiograbada semiestructurada extensa e individual que evaluó diferentes dimensiones; sin embargo, para el análisis de este capítulo, la información obtenida se centró únicamente en el eje de *salud y bienestar psicológico*, con preguntas abiertas relacionadas con su percepción de salud, sus hábitos salutógenos y los factores asociados con la percepción de sus emociones. Después de las entrevistas audiograbadas, se procedió a la transcripción y posterior codificación, con base en las unidades de análisis antes mencionadas.

Análisis de los datos

Este se enfocó en dos aspectos: salud (enfermedades crónico-degenerativas y hábitos salutógenos) y percepción de las emociones, con un enfoque en las experiencias de vida asociadas con la alegría, el asombro, la tristeza, la ira / enojo y el miedo. Para el análisis de los datos, se elaboró un vaciado de los textos correspondientes en cada una de las unidades de análisis y sub-categorías determinadas. En salud, se consideraron las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en las personas mayores (diabetes, hipertensión, obesidad, cáncer, artritis, visión, audición y otras). Asimismo, se analizaron algunos hábitos salutógenos (actividad física, alimentación, calidad y cantidad de sueño). Respecto a la percepción de las emociones, se determinó la fuente de estas (familiares, sociales, personales, económicas, salud y religión).

Sobre la base del enfoque fenomenológico, se realizó un ejercicio interpretativo comparativo sobre la salud y la percepción de las emociones de las personas mayores de ambos países y sus condiciones (institucionalizados y no institucionalizados).

RESULTADOS

Los datos que se presentan permiten visualizar de manera comparativa o convergente la situación de salud en relación con enfermedades crónicas degenerativas y hábitos salutógenos, así como el bienestar psicológico expresado en la percepción de emociones entre personas mayores de México y Uruguay, institucionalizadas y no institucionalizadas. Un aspecto a considerar en los resultados es la desigualdad en el tamaño de la muestra de los grupos en las instituciones no institucionalizadas de ambos países (México, n=20 y Uruguay, n=4), lo que no ocurre en los grupos institucionalizados (México, n=16 y Uruguay, n=15).

Datos sociodemográficos

En un comienzo, se presentan los datos sociodemográficos de ambos países. En lo que corresponde al género, la tabla 5.3 muestra una mayor representación de mujeres: el 78.1%, distribuidas en los cuatro grupos estudiados, a diferencia de los hombres, que solo son el 21.9%. Esto es consistente con el hecho de que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida; por otro lado, hay mayor participación de mujeres en los centros de día y las instituciones asilares en ambos países, siendo un indicador de diferencias de género.

Con relación al estado civil en ambos países, el porcentaje mayor es el de viudas (México 47.0% y Uruguay 53.3%) en las personas institucionalizadas, seguidas por casadas en el grupo no institucionalizado de México (40.0%); le siguen separadas o divorciadas y solteras(os), quienes son las menos en ambos países; pero, en general, no se reflejan diferencias significativas entre ambos países y condiciones. Con respecto a la edad, tanto en México como en Uruguay, las personas mayores que viven institucionalizados presentan un mayor promedio

TABLA 5.3 PORCENTAJES DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS DE MÉXICO Y URUGUAY

Características sociodemográficas	Institucionalizados		No institucionalizados	
	México (CRP-MX) (n=16)	Uruguay RPI-UY RP2-UY (n=15)	México CDDIFB-MX OSCPAM-MX (n=20)	Uruguay CDP2-UY (n=4)
Género				
Mujeres (n=43) (78.1%)	15 (88%)	9 (60%)	15 (75%)	4 (100%)
Hombres (n=12) (21.9%)	1 (12%)	6 (40%)	5 (25%)	0 (0%)
Estado civil				
Casada(o) (n=13) (23.6%)	3 (18.7%)	2 (13.3%)	8 (40.0%)	0 (0.0%)
Viuda(o) (n=24) (43.6%)	8 (47.0%)	8 (53.3%)	6 (30.0%)	2 (50.0%)
Soltera(o) (n=6) (10.9%)	1 (5.9%)	2 (13.4%)	2 (10.0%)	1 (25.0%)
Separada(o) (n=5) (9.0%)	2 (11.8%)	0 (0.0%)	3 (15.0%)	0 (0.0%)
Divorciada(o) (n=7) (12.7%)	2 (11.8%)	3 (20.0%)	1 (5.0%)	1 (25.0%)
Promedio y rango de edad	\bar{x} =80.6 Rango (70-94)	\bar{x} =80.5 Rango (68-88)	\bar{x} =72.2 Rango (60-86)	\bar{x} =70.75 Rango (67-75)

de edad (México, \bar{x} =80.6 años vs Uruguay, \bar{x} =80.5 años) que los no institucionalizados (México, \bar{x} =72.2 años vs Uruguay, \bar{x} =70.75 años). Tal diferencia en ambos países tiene que ver con que las personas mayores no institucionalizados ingresan a los centros de día a una edad más temprana que los institucionalizados.

Estado de salud

Se reportan las enfermedades crónico degenerativas y estados depresivos. La tabla 5.4 muestra que en todos los grupos estudiados la hipertensión se hace presente de manera significativa, seguida de los problemas de osteoporosis en huesos y dolores de rodillas. Las personas mayores no institucionalizadas de México reportan mayor número de enfermedades crónico degenerativas que el resto de los grupos. Los datos de hipertensión son consistentes con los reportados como

TABLA 5.4 PORCENTAJES DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS Y DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS DE MÉXICO Y URUGUAY

Enfermedades crónico degenerativas	Institucionalizados		No institucionalizados	
	México (CRP-MX) (n=16)	Uruguay RPI-UY RP2-UY (n=15)	México CDDIFB-MX OSCPAM-MX (n=20)	Uruguay CDP2-UY (n=4)
Diabetes	1 (5.8%)	1 (6.6%)	3 (15.0%)	
Hipertensión	1 (5.8%)	4 (26.6%)	8 (40.0%)	1 (25%)
Cáncer			1 (5.0%)	
Insuficiencia renal	1 (5.8%)		1 (5.0%)	
Visión		3 (20.0%)	4 (20.0%)	
Audición		1 (6.6%)		
Osteoporosis y problemas de rodilla y columna	2 (12.5%)	1 (6.6%)	6 (30.0%)	3 (75.0%)
Otros (tiroides, hepatitis, asma, artrosis, hipotiroidismo, Parkinson, alergia, hemiplejía)	6 (35.3%)	7 (46.6%)	5 (25.0%)	2 (50.0%)
Depresión	3 (18.7%)	2 (13.3%)	6 (30.0%)	1 (25%)

una de las principales causas de muerte en ambos países. En México, en 2017, se reportó como primera causa de muerte los problemas del corazón, donde el 16.4% están relacionados directamente con hipertensión (Inegi, 2018). Por lo que respecta a Uruguay, Aranco y Sorio (2019) mencionan que la hipertensión es una de las principales causas de muerte en la población de personas mayores, con los más altos porcentajes en el grupo de Uruguay institucionalizados (26.6%), mientras que en México con los no institucionalizados (40.0%). En el grupo de Uruguay institucionalizados se observaron limitaciones de la visión y audición.

En cuanto a los estados depresivos, las personas mayores que reportan un porcentaje más alto son los no institucionalizados: México 30% y Uruguay 25%, quizá porque en estos grupos conviven al final del día con sus familiares y pueden experimentar sentimientos de aislamiento y abandono, o bien incrementar sus quejas de salud para

“llamar la atención”, como lo ejemplifica la siguiente viñeta acerca de cómo se genera enojo en el familiar.

Eso sí, la manipulación de mi mamá me... me... me... ¿cómo se llama?, la... Me provoca enojo de cualquier tipo (Isabel, 70 años, CRP-MX).

En el grupo no institucionalizado de México, de igual manera se reportan experiencias de abuso y explotación crónicas, como lo ilustra la siguiente viñeta.

Yo soy depresiva, pero, según, psicológicamente arrastro una infancia muy triste, muy dolorosa, fui muy lastimada; me casé, no recibí maltrato del señor, pero él tenía como dicen, el... el este de... complejo de Edipo, por su mamá. Fue todo el problema, yo no puedo decir que yo... fue con toda pareja que tuvo él, porque tuvo parejas, fue igual, hasta que murió la señora, él ya tuvo estabilidad con otra persona; entonces también fue duro para mí, porque yo me quedé con la familia, nunca reclamé que la ayude y que esto, para nada, ni se me dio (Patricia, 70 años, CDDIFB-MX).

También surgen estados depresivos, aunados a situaciones de salud, como se muestra.

Yo creo que estoy media con depresión, por lo de mi sobrino, por lo de mi enfermedad, porque sí, porque a veces me siento y no me quiero levantar; sueño no, ni flojera... Un poco de flojera, sí, también por la debilidad de... de la diabetes y eso; yo pienso que todo va, y luego ahora, con lo de mi sobrino, pues estoy peor (Beatriz, 70 años, CDDIFB-MX).

Las enfermedades crónico degenerativas, como diabetes, hipertensión, insuficiencia renal y cáncer, están presentes casi en todos los grupos estudiados, ya sea en menor o mayor proporción.

Con relación a los estados depresivos, lo que se refleja es que sus factores están relacionados con asuntos familiares y de salud, sobre todo.

Hábitos salutógenos

Se clasifican en tres categorías: actividad física, alimentación y horas de sueño. La tabla 5.5 nos muestra frecuencias y porcentajes. Con relación a la actividad física, se observa que en todos los grupos, los porcentajes son significativos.

Llama la atención que, en los dos grupos de México, tanto institucionalizados, como no institucionalizados, el tipo de ejercicio es principalmente lúdico, como lo muestran las siguientes viñetas:

Ahorita vengo a baile, que es fabuloso, porque no es bailar un determinado ritmo, es bailar con movimientos que favorecen cardio (Isabel, 70 años CRP-MX).

Sí, entonces este... yo el martes llego, de diez a once me vengo a cachibol, y de doce a una y media, me voy a ensayar mi baile folclórico; y el jueves, como el día de hoy, llego y desayuno y me voy al... al danzón (Enriqueta, 66 años, CDDIFB-MX).

Con respecto a los grupos de Uruguay, hacen actividad física como recurso rehabilitativo, dada sus condiciones de dependencia física, por ejemplo.

Si salía a caminar, le daba una vuelta a la manzana, pero tenía un patio en el fondo, un edificio con un patio grande, enorme, este... y salía a caminar ahí en el patio, para evitar tropiezos (Cayetano, 80 años, RP1-UY).

Hago este... ejercicio con aparato fijo, que le llaman calidad de vida, este... me gusta mucho hacer calidad de vida. De mañana, voy a hacer ejercicio al otro hospital también, Taichí, hago Taichí también en el otro hospital (Nonaa, 75 años, CDP2-UY).

Esta diferencia se puede explicar, por un lado, por los espacios físicos donde se obtuvo la información en ambos países. En las instituciones

TABLA 5.5 PORCENTAJES DE HÁBITOS SALUTÓGENOS DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS DE MÉXICO Y URUGUAY

Hábitos saludógenos	Institucionalizados		No institucionalizados	
	México (CRP-MX) (n=16)	Uruguay RP1-UY RP2-UY (n=15)	México CDDIFB-MX OSCPAM-MX (n=20)	Uruguay CDP2-UY (n=4)
Actividad física	12 (75.0%)	3 (20.0%)	9 (45.0%)	3 (75%)
Alimentación	6 (37.5%)	6 (40.0%)	14 (70.0%)	2 (50%)
Horas de sueño	\bar{x} =7.7 horas (rango de 5.5 a 11)	\bar{x} =8.8 horas (rango de 8 a 10)	\bar{x} =6.6 horas (rango de 5 a 8.5)	\bar{x} =6 horas

asilares de los ancianos institucionalizados en Uruguay, los espacios físicos eran reducidos y el nivel de deterioro de las personas mayores era limitante. Es importante mencionar que, para el uruguayo, la decisión de ingresar a una institución es porque presenta deterioro físico o mental significativo. En México, los espacios físicos de las instituciones eran amplios y se observó menor limitación física de la población; además, para los mexicanos, ingresar a una institución tiene como principal motivación la compañía, no el cuidado.

Por otro lado, los centros de día, o centros de desarrollo comunitario, donde convergen ancianos no institucionalizados, son diferentes entre Uruguay y México. En este último país, el centro de desarrollo comunitario tiene un programa de actividades lúdicas, culturales y de salud, a diferencia de Uruguay, donde los programas son flexibles y adecuados a cada centro de día. Sin embargo, estas diferencias también están asociadas a un aspecto cultural.

Acercas de la alimentación, no hay diferencias significativas en los porcentajes entre ambos países y / o condición. Para los ancianos institucionalizados, la alimentación está cuidada, y en los no institucionalizados, también se les da alimentación en los centros de día y de desarrollo comunitario. Sin embargo, para algunas personas mayores, estar institucionalizado les mejoró la alimentación, como muestra la siguiente viñeta.

Sí, me costó... digamos... es decir... más que yo no... no estaba acostumbrado a hacer las cuatro comidas; por ejemplo, estaba acostumbrado a comer dos veces, no desayunar. Este... bueno... como estoy divorciado, también no, este... tengo una hija de 25 años, este... y estaba solo digamos, me salto, era muy propenso a tomar alcohol, digamos; en cambio, acá tengo que... que comportarme bien, que es por mi salud, digamos (Mauro, 70 años, RP2-UY).

En la tabla 5.5, las personas de ambos países que asisten a centros de día o de desarrollo comunitario reportan dormir menos horas que aquellas que están institucionalizadas. Esto tiene que ver con las instituciones de larga estadía con un horario estructurado y fijo para todas las actividades, en contraste con las personas mayores que regresan a dormir con sus familias. Si consideramos que la mayoría son mujeres activas, aún son responsables de sus familias y atienden situaciones cotidianas del hogar, lo cual implica que estas demandas afecten las horas de sueño.

Finalmente, los datos cuantitativos sobre la actividad física reflejan pequeñas diferencias poco significativas. En los hábitos saludables, de alimentación y sueño, se observó que en los grupos institucionalizados de ambos países están más estructurados que los no institucionalizados.

Emociones y bienestar psicológico

Otro aspecto analizado en esta población fue la percepción de las emociones básicas relacionadas con el bienestar psicológico. Waterman (1993) es uno de los primeros autores que diferencia bienestar subjetivo y psicológico o eudaimónico (este último, se enfoca en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal de los individuos). Si bien, el concepto de bienestar psicológico es multifactorial, un aspecto relevante para el funcionamiento psicológico se centra en las respuestas emocionales (Freire y Ferradás, 2016). Como mencionan Ryff y Singer (2008), las emociones positivas, como la alegría y el asombro, se asocian positivamente con el bienestar psicológico. Por

TABLA 5.6 PORCENTAJES DE VIÑETAS POR FUENTE DE EMOCIÓN DE ALEGRÍA / FELICIDAD DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS DE MÉXICO Y URUGUAY

Fuente de emoción de alegría / felicidad	Institucionalizados		No institucionalizados	
	México (CRP-MX) (n=16)	Uruguay RP1-UY RP2-UY (n=15)	México CDDIFB-MX OSCPAM-MX (n=20)	Uruguay CDP2-UY (n=4)
Familia	4 (25.0%)	10 (66.6%)	7 (35.0%)	2 (50.0%)
Sociales		1 (6.6%)	2 (10.0%)	1 (25.0%)
Personales	8 (50.0%)	2 (13.3%)	2 (10.0%)	
Económicas		1 (6.6%)	1 (5.0%)	
Religión			1 (5.0%)	

el contrario, las emociones negativas (tristeza, ira/enojo y miedo) se relacionan negativamente con el bienestar psicológico, y positivamente con los estados depresivos.

Enseguida, se presentan las respuestas de las personas mayores ante determinadas emociones percibidas (alegría / felicidad, asombro, tristeza, ira / enojo y miedo) generadas por diversas fuentes (familiares, sociales, personales, de salud, económicas y religión).

Percepción de alegría / felicidad

La primera emoción analizada fue la alegría / felicidad. Con el fin de hacer un análisis descriptivo comparativo entre los cuatro subgrupos, se llevó a cabo un conteo en frecuencias y porcentajes de las respuestas obtenidas, clasificándolas por las fuentes de la emoción. En la tabla 5.6, podemos ver que en todos los grupos estudiados la principal fuente de la emoción de alegría / felicidad fue la familia, seguida por aspectos sociales, principalmente en las personas mayores no institucionalizados de ambos países, patrón que se repite en temas personales. Para el grupo de México no institucionalizado surgen, aunque de manera mínima, las fuentes de la economía y la religión como un generador de alegría.

Fuentes familiares

La familia como factor de alegría / felicidad en ambos países y ambas condiciones, el énfasis está en los hijos y su bienestar, como se muestra en las siguientes viñetas:

Pues convivir con mis hijos que viven aquí. Pues sí, eso sí, cuando me traen a los bisnietos [risa] (Lilia, 94 años, CRP-MX).

Vienen ellos... vienen ellos, vinieron dos primas de... una que estaba en Estados Unidos y la otra en Venezuela, y vinieron a vernos y nos reunimos afuera, eh; uno de los consuegros de mi prima hizo un asado, nos reunimos afuera, pasamos un día precioso (Yaiza, 88 años, RP2-UY).

Una etapa, bueno, quizá... quizá porque sea la etapa última, la valoro más, la disfruto más, trato de... de disfrutar con lo que tengo, porque, por ejemplo, tengo hijos, tengo nietos, tengo bisnietos, tengo tataranietos, digo, para mí, es lo... lo más hermoso de mi vida ha sido ser anciana (Patricia, 70 años, CDDIFB-MX).

Respecto a estar o no institucionalizado, lo que se alcanza a visualizar por el número de respuestas, es que la cercanía con los hijos y nietos en el grupo de Uruguay institucionalizado es mayor que en el resto de los grupos; ello quizá se deba a que en los grupos institucionalizados, aunque la frecuencia de visita de los familiares es limitada, el gusto por verlos es muy significativo; también refieren como fuente de felicidad / alegría a otros familiares, sobre todo que viven en el extranjero. Es importante hacer notar que, dada la ubicación geográfica del Uruguay, hay mucha movilidad en la población hacia otros países y, por ende, en los miembros de las familias.

En la cultura familiarista en México, en un contexto de pobreza, tradicionalmente las mujeres mayores siguen apoyando a los hijos y nietos en su cuidado, y su descendencia les corresponde agradecida, haciéndoles sentirse útiles, en el caso de los no institucionalizados;

en los institucionalizados, la alegría se expresa de manera semejante a la de las personas mayores uruguayas.

Fuentes sociales

Aunque menos frecuentes, fueron una de las fuentes de alegría / felicidad, sobre todo en los grupos no institucionalizados en ambos países, como se observa en las siguientes viñetas.

Yo, en esta etapa de mi vida, vivo feliz, vivo todavía con aquella rabia, si se puede decir, de querer conocer, de querer saber, de querer aprender, de querer trascender, de querer lograr más cosas personales, ya más, que pueda traer más satisfacciones y sobre [todo] que me... que me reten a hacer mejores cosas. Para mí no, no es más que, vivir feliz, ser feliz (Diego, 60 años, CDDIFB-MX).

Con una, entonces me rio, soy feliz, me quiero a mí misma y eso me da, eh... pienso una vejez que es la recompensa de la vida: estarse tranquila con una hija ya establecida, con un lugar donde puedo compartir con compañeros que somos pares y podemos hablar distintos temas, nadie se horroriza de nada, este... chiqueamos, nos reímos de nosotros mismos, eh, contamos nuestras anécdotas y cosas que nos pasan. Creo que estoy feliz (Dora, 71 años, CDP2-UY).

La viñetas reflejan lo mencionado por Florentina (2012) acerca de que en esta etapa de vida el manejo de las emociones es diferente que en otros grupos etarios: la persona mayor regula sus emociones con el fin de mantener relaciones positivas y evitar las emociones negativas.

Fuentes personales

Otra fuente importante de alegría / felicidad, aunque no para todos los grupos analizados, es de tipo personal. En México, las razones son: sentirse bien físicamente, sentir que le cuidan, o simplemente ser alegre, como lo muestran las siguientes viñetas. A diferencia de

Uruguay, las personas mayores institucionalizadas en México ubican como factor personal oír pájaros, o tener su televisión. Para los uruguayos institucionalizados, su alegría se refleja en aquello donde hacen contacto con el exterior.

Sentir que cuido de mí, de mi cuerpo o del cuerpo, este... y sentir que apoyo a los demás en cualquiera de mis actividades que yo... o todo lo que he aprendido durante mi vida (Vita, 76 años CRP-MX).

Yo miro televisión porque tengo la televisión mía, este... y bueno, ahí paso toda la tarde (Hanna, 87 años, RP1-UY).

Me despertaban los pajaritos, una cosa divina, este... Acá también hay pajaritos, esa zona es muy poblada de aves (Cayetano, 80 años, RP1-UY).

El sentirme contenta, a gusto, este... tener actividades, eh, alguien que se preocupa, alguien que me da de comer: desayuno, comida y cena, sin que yo tenga que hacer nada. Procurar estar en las mejores condiciones posibles, que yo pueda poner lo que esté de mi parte para que, en lugar de que me siente a ver pasar el tiempo, pues aprovecharlo en algo para mi propio bienestar (Leticia, 77 años, CDDIFB-MX).

Las viñetas nos muestran la importancia de tener metas y propósitos en la vida, con la finalidad de incrementar su salud y bienestar psicológico, que es uno de factores más relevantes del modelo de Ryff (2017).

Fuentes económicas y religiosas

Estas fuentes, prácticamente, solo fueron mencionados en el grupo de México no institucionalizado por una persona en cada fuente, y una persona institucionalizada de Uruguay, lo que significa que el factor económico no fue relevante para generar esta emoción.

Sí, los llamo por teléfono, y hago una oración por teléfono para que ellos pidan, y después hago los tres Padres Nuestros, los tres Ave María, para que el pedido llegue derecho a Dios (Hasna, 68 años, RP1-UY).

Algo parecido, le digo, y pues es muy bonito que la comprensión de uno la entienda por parte de Dios, cómo debemos de comportarnos los unos a los otros, el amor nos hace unirnos, la fe, la obediencia; todo eso, le digo, es un... son unas armas poderosas que Dios nos ha dado para ejecutarlas; es como cuando un niño lo lleva uno al kínder, lo lleva uno a la escuela, le enseña, está uno atento (Melisa, 84 años, CDDIFB-MX).

Podemos concluir, diciendo que existen algunas divergencias o congruencias entre ambos países y sus condiciones de vida. Por ejemplo, en lo que resultan similares es en el factor familiar como fuente de alegría / felicidad: en México, más centrado en los hijos(as) y nietos(as); en Uruguay también, pero, además, consideran a otras familiares. Sin embargo, en las otras fuentes de alegría / felicidad se observaron divergencias, en particular en los factores económicos y religiosos, que se vinculan más con los mexicanos. En lo económico, un alto porcentaje de las personas uruguayas institucionalizadas tienen pensión para pagar su estancia. En el caso de la religión, para los mexicanos es un factor muy importante, el “estar bien con Dios”, y en el factor de pobreza, en un amplio sector le da relevancia a la seguridad económica.

Percepción de asombro

Otra de las emociones que se consideran positivas es el asombro, es decir, aquello que no esperábamos y ocurre, pero que, por lo general, es algo agradable: una visita, un regalo, entre otros. En términos porcentuales, según la tabla 5.7, la emoción del asombro se presenta sobre todo en el grupo de mexicanos institucionalizados, seguido de los uruguayos también institucionalizados, y, con menor frecuencia,

TABLA 5.7 PORCENTAJES DE VIÑETAS POR FUENTE DE EMOCIÓN DE ASOMBRO DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS DE MÉXICO Y URUGUAY

Fuente de emoción de asombro	Institucionalizados		No institucionalizados	
	México (CRP-MX) (n=16)	Uruguay RP1-UY RP2-UY (n=15)	México CDDIFB-MX OSCPAM-MX (n=20)	Uruguay CDP2-UY (n=4)
Familiares	4 (25.0%)	4 (26.6%)	2 (10.0%)	
Personales	2 (12.5%)		2 (10.0%)	1 (25.0%)
Sociales	3 (18.5%)	1 (6.6%)		

los mexicanos no institucionalizados —en el grupo de Uruguay no institucionalizados solo se observó una respuesta.

Las fuentes generadoras de asombro más frecuentes son la familia, lo personal y, al último, los aspectos sociales.

Fuente familiar

Las viñetas reflejan, en ambos países, sobre todo con las personas mayores institucionalizadas, que el asombro se da cuando alguno de sus hijos o familiares los visitan, y no lo esperaban. En el caso de las personas mayores en México, el asombro también se refleja cuando reconocen su trabajo, ya sea en casa o su trabajo. Esto último expone la importancia de valorar las actividades de las personas, no darlas por hecho.

Este... me siento sorprendida cuando salen bien las cosas, cuando: “ay ma’, te quedó riquísima la comida”; o que voy al grupo y, este... y me tocó el servicio del aseo, por ejemplo; entonces, llega una hora antes y hago el aseo y prendo el café y todo; entonces llegan: “ay, qué bien”, pero luego, además comparto este... del tema y de todo, y: “oye, qué bárbara, has avanzado mucho, oye este... tú si lees, oye este... yo, tú eres una de las personas que le echa muchas ganas”; y... cuando hay esas felicitaciones, esos reconocimientos, me siento... (Rene, 64 años, CDDIFB-MX).

Ah, sorpresa, sí. Me pasó varias veces. Mira, una sorpresa apareció el día que íbamos a enterrar a mi esposo. Hay un medio hermano mío que hacía 19 años que no lo veía, no se había interesado por mí, por nada, nada, nada. Apareció acá, le digo: “¿cómo hiciste para saber que estaba acá?” [y le contestó] “Fui a tu casa y no había nadie, pregunté en el almacén en frente, les marqué y me dice, mira ahí pasan los Testigos de Jehová, pregúntele, que lo saben”. Así se enteró (Perry, 85 años, RP2-UY).

Bueno, pues, una... unas ocasiones que me lleguen con una sorpresa, hey, como estos zapatos... Fue mi hijo a Estados Unidos y ya me llegó: “mira papá, te traje esto”. La alegría que me dio (Doroteo, 79 años, CDDIFB-MX).

La emoción del asombro, como lo mencionan Chóliz (2005) y Piqueras et al. (2009), tiene como función la exploración, lo que se observa en la viñeta de Perry, cuando pregunta cómo fue que su medio hermano, que hacía 19 años no veía, se presente al sepelio de su esposo.

Fuentes personales

Se reflejó únicamente en la población mexicana, en el grupo de institucionalizados. El asombro puede ser tan sencillo, como ver qué postre sirven. Esto indica cómo se ven muy limitadas sus actividades, además de ser rutinarias. Sin embargo, en el grupo no institucionalizado su visión está centrada principalmente en la naturaleza.

Que me traigan esas flores, por ejemplo, que me traigan esas flores (Clarís, 70 años, CRP-MX).

Lo único que me sorprende, y no deja de sorprenderme nunca hasta la fecha, desde niña, es la naturaleza misma; nunca me deja de sorprender; veo, analizo animales, plantas, y me sorprende... y me sorprende... y me sorprende una y otra vez; árboles que se caen totalmente, se les arrancan las raíces y quedan ahí, se secan y todo.

De repente, le empiezo a ver brotar retoños. Nada más ayer, vi uno lleno de retoños, ya parece un árbol largo acostado en el suelo, pero ya todas están levantadas y unas hacia arriba (Zamara, 61 años, CDDIFB-MX).

La viñeta de Zamara refleja la capacidad de observación y análisis ante la naturaleza; es decir, para explorar cualquier evento que se presente, se requiere nuestra capacidad de asombro, lo que es solo el inicio de la exploración.

Fuentes sociales

Solo se presentó en las personas mayores institucionalizadas de ambos países, referido a alguien que las visite. Lo anterior pone de manifiesto que las personas mayores institucionalizadas cada vez están más aisladas de familiares y amistades.

Sorprendida, por eso, porque... porque la persona humana de repente tiene sus altas y sus bajas, y las agresiones continúan, ¿verdad? (Citlalli, 72 años, CRP-MX).

Que me llegue alguien de visita (Tete, 94 años, CRP-MX).

En resumen, en México se experimenta más el asombro producido por las bellezas naturales, el reconocimiento de los otros, o un festejo sorpresa, en comparación con las personas mayores del Uruguay, en donde muy pocos de los ancianos institucionalizados lo manifestaron. La limitada capacidad de asombro en los grupos uruguayos refleja tal vez un estado de ánimo más “aplanado”, que puede ser cultural, en contraste con el contexto mexicano, que aprende a disfrutar y generar sorpresas y bromas.

Percepción de tristeza

Como se mencionó, las emociones negativas que se asocian negativamente con el bienestar psicológico son: la tristeza, la ira / el enojo y el

TABLA 5.8 PORCENTAJES DE VIÑETAS POR FUENTE DE EMOCIÓN DE ASOMBRO DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS DE MÉXICO Y URUGUAY

Fuentes de emoción de tristeza	Institucionalizados		No institucionalizados	
	México (CRP-MX) (n=16)	Uruguay RPI-UY RP2-UY (n=15)	México CDDIFB-MX OSCPAM-MX (n=20)	Uruguay CDP2-UY (n=4)
Familiares	8 (50.0%)	4 (26.6%)	10 (50.0%)	3 (75.0%)
Sociales	1 (6.2%)		1 (5.0%)	
Salud		2 (13.3%)	3 (15.0%)	

miedo. En la tristeza, se observaron tres fuentes: familiares, sociales y de salud, que se explican a continuación.

La tabla 5.8 muestra que la tristeza por razones familiares es similar. Sin embargo, a diferencia de la alegría / felicidad, donde la causa familiar está centrada en los hijos, en la tristeza las razones familiares son diversas: ausencia o muerte de familiares y amigos cercanos, salud de los familiares, relaciones familiares complejas y conflictos, y sentimiento de abandono familiar. Con respecto a los porcentajes en lo social y la salud, son menos representativos cuantitativamente.

Fuentes familiares

Ausencia o muerte de familiares o amigos cercanos: a nivel cualitativo, lo más relevante son las pérdidas y / o las ausencias. Lo que las viñetas de esta sub-categoría nos muestran es que, no importa el tiempo de las ausencias (ya sea por muerte o cambio de país), estas siguen afectando el estado de ánimo de las personas mayores:

Mi hija que se fue a España a vivir, que era mi única hija, y cuatro hombres y ella, y que ya no la he vuelto a ver (Xiomara, 85 años, CRP-MX).

La fecha de mi marido, que ya falleció (Giorgia, 87 años RP1-UY).

Se murió mi hija, y fue para mí algo muy duro, quedarme así, nada más. Me da tristeza porque me acuerdo de mis... de mis hijos, de mis difuntos, en paz descansen (Paula, 86 años, CDDIFB-MX).

Bueno, cuando yo cuidé a esta persona, los sentimientos fueron muy encontrados, porque era el padre de mi ex marido, y me generó un... mucha tristeza de ver cómo estaba, que le habían venido muchos este... ataques al cerebro, así, ¿no?; y pensar lo que era y a lo... como estaba. Eso me generó mucha tristeza. También tuve que cuidar a mi madre, y también tuve que cuidar a mi hermano (Adalis, 67 años, CDP2-UY).

Triste por la muerte de una compañera fotógrafa de ese grupo de mujeres que hicimos para la exposición; esa exposición es ya una leyenda; le habíamos puesto de nombre “Campo minado”, porque Mina es el nombre en el tango de la mujer, ¿no? Las Minas, entonces, como éramos once mujeres, dijimos, bueno, el “Campo minado”, con la doble excepción de que, si pisas, te puede explotar (Vicenta, 70 años, CDP2-UY).

Estas viñetas hacen ver que los sentimientos de tristeza por pérdida no distinguen países ni condiciones de vida. Lo que más resalta es la pérdida de la madre, el esposo y las hijas. La tristeza está directamente relacionada con estados depresivos, lo que se refleja en la mayoría de las viñetas. La importancia de esta emoción es el proceso de re-integración, lo que pide una re-evaluación cognitiva, por lo que es relevante su expresión (Garrido-Rojas, 2006).

Salud de familiares

Otro aspecto que afecta a las personas mayores es la enfermedad de algún familiar. Cuando las limitaciones por enfermedad del ser querido son significativas, a la emoción de la tristeza se le agrega la preocupación de qué va a hacer esa persona cuando quien la cuida ya no esté.

Ver el estado de mis hermanas, que unas ya se les olvida todo y otras que ya no recuerdan bien. Se sientan a la mesa y toman algo, y se levantan sin terminar lo que está servido ahí, y así (Salomón, 92 años, CRP-MX).

Me pone triste que esté enfermo el nene, o yo qué sé (Lastenia 83 años, RP2-UY).

Se desarrolló muy bien Lichita hasta los dieciocho años, y hace cosa de quince o dieciséis años le dio... como que atrapó un virus en su cerebro, y pues la desconectó todita, mi Lichita. De hecho, me la entregaron con certificado de desahucio; afortunadamente no se murió, y ha sido un proceso... un proceso muy lento, y ya está mucho mejor; o sea, en un principio quedó completamente como vegetal... Ya llevamos quince años con esto, y si no camina mi hija, me aterra pensar que me muera, y ¿qué va a pasar con mi muchachita?; eso me... me deprime, me angustia mucho, mucho, mucho (Eloi, 66 años, CDDIFB-MX).

El sentimiento de tristeza por algún familiar enfermo no distingue países, y genera además preocupación y compasión, que es una condición del ser humano. Las viñetas reflejan no solo la emoción, sino también las actitudes, pasivas o activas, ante la enfermedad. Por ejemplo, en el caso de Eloi, quien junto con su esposa son los cuidadores principales de su hija. En los casos de Lastenia y Salomón, solo son observadores, pero no podemos dejar de considerar la edad y la situación de vivir en una institución, lo que por lo general limita el actuar de las personas.

Relaciones familiares complejas

Cuando hay dificultades entre los miembros de una familia, es una fuente de tristeza en las personas mayores. Es importante observar que estas las mencionaron principalmente las de México no institucionalizadas, y que no se reflejó en el grupo de los uruguayos, quizá por el

tamaño de la muestra de los no institucionalizados, que no fue muy amplio; asimismo, en lo que toca a los institucionalizados, es limitado el contacto familiar, y, por ende, hay pocas posibilidades de conflicto.

¿No sé ni de qué?, ¿por qué ya no me quiere [hija y nieto]? Yo hago lo posible por no molestar. Con decirte que ellos ya comen fuera, yo como sola. Hey, difícil, y mucha tristeza, porque yo quiero mucho a mi nieto, quiero mucho a mi hija [llanto] Pero, ya me dijo el doctor que no gano nada con llorar, porque ando con problemas del corazón. “¿Cómo no te va a dar tristeza que yo te veo [hija]? No me hablas, y, si no yo te hablo” “Sí... no... no... sí...” Monosílabas nada más (Paula, 86 años, CDDIFB-MX).

Eh, hay, pues... ahorita lo único que... pues triste, como no tengo comunicación con una hermana por un problemilla; así, eso es lo que no me tiene como muy satisfecha, este... Siento que el asunto no depende tanto de mí, pero es lo único, o sea, no... no porque yo ya pasé por tristeza, por decepción, por varias etapas, hasta la ira, y creo que ahora trato de buscar siempre estar lo mejor posible, tanto interior como exterior (Lorenza, 63 años, CDDIFB-MX).

Surgieron problemas entre mi hija y yo. Empezó a darme mal trato, este... que no, que yo, este... ¡bah! Que yo me tenía que ir de ahí. Yo le dije que no podía. Ella, que tenía dos criaturas, ya grande y ella; y ella la empezó como a hacerme agresiva, a la convivencia mala, tuve que recurrir a la... a las leyes del Estado, pues me favorecen, porque en este caso, por ser propiedad de mi marido, que ya me pertenecía a mí, y así fue que yo empecé a ir a... a la oficina del Mides (Enona, 75 años, CDP2-UY).

Las dificultades entre los familiares reflejan una falta de comunicación y, en general, la actitud de la persona mayor es de “aprudentar”, en lugar de confrontar y aclarar las situaciones. En la viñeta de Lorenza, se refleja de nueva cuenta la re-evaluación cognitiva de las personas mayores por procurar su propio bienestar psicológico (Garrido-Rojas, 2006). En el caso de Paula, lo importante para ella fue buscar apoyo

psicológico que la orientara sobre cómo manejar los conflictos familiares.

Sentimiento de abandono familiar

Este surge principalmente en las personas mayores institucionalizadas de ambos países, como lo muestran las siguientes viñetas:

Me siento muy sola y me siento abandonada; vivo la vida tratando de sentirme bien, a pesar de que mi marido me dio un batacazo... batacazo... me dio un batacazo un... un golpe brutal, pues (Clarís, 70 años, CRP-MX).

No me gusta, no, no les digo, no, a ellos no los pongo tristes, digo... bueno, entonces, otro día será [que la visiten] (Ada, 84, años, RP2-UY).

En resumen, la tristeza por causas familiares se refleja en especial en la población mexicana no institucionalizada, donde la convivencia familiar es parte de la cotidianidad. El sentimiento de abandono se observa en ambos países entre los ancianos institucionalizados. Con relación a los muertos / ausencias y enfermedades de familiares, es similar en ambos países y condiciones.

Fuentes sociales

Las razones sociales reflejan tristeza, sobre todo en las personas mayores mexicanas, por la situación de injusticias en el país, lo que no se observa en los uruguayos. Lo anterior es probable que esté asociado con las condiciones políticas de cada país, además de los aspectos culturales y la diferencia en el número de habitantes: en Uruguay son cerca de tres millones de habitantes, mientras que en México son más de 120 millones. Además, habrá que mencionar que Uruguay tiene un Sistema Nacional Integrado de Cuidados, lo que no se tiene en México (Mides, 2017).

Me pone triste que yo quisiera, por expectativas, porque yo quisiera que hubiese más justicia en general, porque a todos niveles hace falta en México (Jovita, 76 años, CRP-MX).

Triste, ver o presenciar, o darme cuenta de injusticias, de este tipo de situaciones también que... que gente utilice su situación dentro de un área que pudiera hacer mucho, pero la utiliza nada más por propia conveniencia; eso me incomoda, me molesta. Y me entristece que no utilicen ese pringuita de poder que tienen, porque ellos se sienten súper poderosos, pero, bueno, es una chispita de poder que tienen que no lo utilizan en bien, o sea que no hagan el bien que pudieran hacer durante el tiempo que estén en ese huesito (Zamara, 61 años, CDDIFB-MX).

Lo que se refleja en las viñetas anteriores es que, si bien es tristeza, también es frustración e impotencia por las injusticias, y el no poder hacer nada para cambiar la situación. Cuando se menciona la injusticia y el poder, la función de reintegración de la emoción es difícil de lograr.

Fuente salud

Por último, otra de las causas de tristeza en este grupo etario son sus propios problemas de salud y las limitaciones que generan, como se ilustra en las siguientes viñetas:

Me resulta muy lastimoso... muy lastimoso; siempre tiene un carácter y todo, pero vivir así, no me gusta vivir, no me gusta porque no puedo salir a caminar, estoy paralizado, este... estoy en desgracia (Jessua, 84 años, RP1-UY).

Pues cuando... cuando empecé con la... con la menopausia, fue... fui la más feliz de todo el universo, pero sí, como que los años, y el de que uno ya no se pueda desenvolver adecuadamente en lo que antes hacía uno, como que sí te deprime, te deprime porque dices: “ya no puedo”, o ya se me empiezan a olvidar las cosas, o ya no es

el mismo rendimiento; entonces, es donde uno empieza a sentir depresión (Olga, 61 años, CDDIFB-MX).

Bueno, ahí es un poquito, estoy un poquito complicado debido a mi estado de salud, este... aunque sé que no corro peligro, no deja de preocuparme el problema que tengo, este... De repente estoy muy pensativo, pero creo que es más bien en base a... al punto de vista que le puede dar mi esposa o otras personas que me ven; sin embargo, yo... si yo estuviera manejando mi situación médica de mi enfermedad, yo estaría muy tranquilo. Esta tensión que tal vez manejo por ratos, por momentos, es por... en base a otras personas que me meten, esa [risa] (Diego, 60 años, CDDIFB-MX).

Es interesante observar cómo el grupo que más reporta tristeza por causas de su propia salud es el mexicano no institucionalizado, quizá porque son personas mayores funcionales y empiezan a tener conciencia de sus propias limitaciones, lo cual es difícil; a diferencia de los ya institucionalizados, que tal vez llevan años con sus limitaciones físicas y / o mentales, y han aprendido a lidiar con ellas y aceptarlas. En el caso de Olga, se aprecia uno de los mayores temores de las personas mayores: la pérdida de la memoria y llegar a no saber quiénes son. Otro aspecto que se observa en Diego es el miedo a llegar a depender de alguien más. Finalmente, Jessua expresa dificultad para poder sobrellevar sus limitaciones físicas.

En resumen, las fuentes de tristeza, donde el comportamiento es similar en ambos países, son las pérdidas de seres queridos y / o ausencias, y las enfermedades de seres queridos. En cuanto a la tristeza por aspectos sociales o sus enfermedades, esta se hace presente en especial en el grupo de mexicanos no institucionalizados.

Percepción de ira / enojo

La tabla 5.9 expone que, en el caso de la emoción de la ira / el enojo, las dos fuentes principales para este grupo de personas mayores fueron de nuevo causas familiares y sociales. Es interesante constatar que, con base en las frecuencias, lo social fue más relevante que lo familiar;

TABLA 5.9 PORCENTAJES DE VIÑETAS POR FUENTE DE EMOCIÓN DE IRA / ENOJO DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS DE MÉXICO Y URUGUAY

Fuentes de emoción de ira / enojo	Institucionalizados		No institucionalizados	
	México (CRP-MX) (n=16)	Uruguay RP1-UY RP2-UY (n=15)	México CDDIFB-MX OSCPAM-MX (n=20)	Uruguay CDP2-UY (n=4)
Familiares	1 (6.25%)		3 (15.0%)	
Sociales	5 (31.2%)	1 (6.6%)	4 (20.0%)	2 (50.0%)

asimismo, se vio que, en lo social, el grupo de los mexicanos, tanto institucionalizados como no institucionalizados, son los que manifiestan más emociones de ira / enojo, en comparación con los uruguayos.

Fuentes familiares

Como podemos observar en las siguientes viñetas, el grupo de personas mayores mexicanas expresan su molestia ante otros familiares, ya sea por que abusan de ellas o las critican.

Eso sí, la manipulación de mi mamá me... me... me... ¿cómo se llama?, la... me provoca enojo de cualquier tipo (Isabel, 70 años, CRP-MX).

Si me enoja porque, eh, la leche cuando me he quedado sin leche, le digo: “no seas ingrata, pesa mucho, y ando cayéndome en el camión porque, pues pesa, y la verdura no pesa, la fruta pues casi no pesa” (Paula, 86 años, CDDIFB-MX).

Ay, que me contesten mal, que me digan no arrastres los pies, súbelos, no comas así, no hables así, eso sí me da tristeza y me enoja. A veces me lo dice mi hija, pero ya le llamé la atención, no me hables así, me lastimas, no sabía yo hablar así, pero, como voy con el psicólogo, ya me malaconsejó, bueno, no es cierto, eh (Zoe, 75 años, CDDIFB-MX).

Lo que se refleja en las viñetas anteriores es la relación conflictiva entre madre e hija. En el caso de Zoe, ha logrado, con apoyo profesional, empoderarse y poner límites a la hija. Mientras que Paula refleja una actitud de sumisión. En Isabel, lo que expone es el enojo ante la manipulación de la madre, que, aunque le resulta clara, no le puede contradecir: “es la madre”.

Fuentes sociales

Se reflejan violencia, burocracia, mala atención e interacciones sociales conflictivas. Esto se manifiesta prácticamente en todos los grupos estudiados.

La gente que es déspota (Xiomara, 85 años, CRP-MX).

Diario, cuando escucho una violencia, ¡acá, acá, acá, acá, acá!, eh, entonces, pues sí (Leticia, 77 años, CRP-MX).

Sí, bueno, a mí lo que me da... lo que me hace enojar es muchas veces la gente que sea necia, y que también que todo el tiempo se esté quejando y que, a pesar de que pasan los años, no cambian, cuando ya deberían de generar este... otras propuestas de vida. Siguen empeñadas en lo mismo, eso es lo que me molesta (Diego, 60 años, CDDIFB-MX).

¿Qué me enoja?: el egoísmo, la irritabilidad, la violencia en el trato cotidiano, que ha crecido mucho en los últimos años (Vicenta, 70 años, CDP2-UY).

En breve, se puede decir que la emoción de ira / enojo está centrada principalmente en aspectos sociales en la población mexicana, en particular en personas mayores mexicanas no institucionalizadas. Por otro lado, podemos mencionar, como una explicación plausible a la respuesta ante la percepción de la ira / enojo, que en los grupos estudiados institucionalizados se tiene un ambiente estable y estructurado

en el que se procura no violentar el ánimo de las personas mayores. Un aspecto importante para el bienestar de ellas es estar activas e involucrarse con lo que pasa en la sociedad. Y, si bien es difícil que puedan actuar ante los problemas sociales, como la violencia, la prepotencia de algunas personas, el hecho de manifestar ira o enojo las hace estar activas en la expresión de sus emociones.

Percepción de miedo

El miedo es quizás una de las emociones que más paraliza al ser humano: no hablamos ni hacemos, o no enfrentamos situaciones difíciles. En el grupo estudiado, las fuentes del miedo son de tipo social y personal; es la única emoción donde la familia no aparece como fuente generadora. En la tabla 5.10, podemos ver que las respuestas acerca del miedo son muy pocas, y no hacen diferencia entre los grupos estudiados.

Fuentes sociales

Solo se encontraron respuestas en el grupo de uruguayos, lo que pone de manifiesto que se vive con zozobra de que algo pase, dado los índices de violencia que se perciben; además, está el temor a que regrese la dictadura en Uruguay y afecte a sus familiares.

Me causa miedo... desde hace tiempo me causa miedo el futuro de mis hijos, de mis nietos, este... Estoy viendo algo que... que lamentablemente se viene, y te digo yo, eh, la pasé muy mal durante la dictadura; este... tengo miedo de que vuelva otra vez porque la gente se olvida de las cosas y, por servir a las cosas, lamentablemente cae en el mismo problema (Cayetano, 80 años, RP2-UY).

Miedo a que la locura de alguien pueda... pueda generar tanto... tanto destrozo, y que es posible en la vida cotidiana, cuando sucede en la cercanía, ¿no?; algún amigo, y eso que seamos un peligro para los otros (Vicenta, 70 años, CDP2-UY).

TABLA 5.10 PORCENTAJES DE VIÑETAS POR FUENTE DE EMOCIÓN DE IRA / ENOJO DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS DE MÉXICO Y URUGUAY

Fuente de emoción de miedo	Institucionalizados		No institucionalizados	
	México (CRP-MX) (n=16)	Uruguay RP1-UY RP2-UY (n=15)	México CDDIFB-MX OSCPAM-MX (n=20)	Uruguay CDP2-UY (n=4)
Sociales		1 (6.6%)		2 (50.0%)
Personales	1 (6.2%)		4 (20.0%)	1 (25.0%)

Fuentes personales

Solo fueron mencionadas por el grupo de mexicanos, en especial en el de no institucionalizados. Lo que las viñetas reflejan son el temor a la muerte, como en el caso de Zamara, el miedo a algún accidente, como lo menciona Beatriz; y el miedo a las películas, expresado por Aída. Estas respuestas exponen diferentes niveles de profundidad.

¿Miedo? Me produce miedo mi propia muerte; no miedo, temor, que van de la mano, ¿no? Como un poquito mi propia muerte, la mía... la mía no la logro visualizar; logro visualizar, de verdad, honestamente, hasta la de mi hija, pero, la mía propia, no mucho; y también ver gente muy agresiva, peleando físicamente, que han sido muy pocas las situaciones que he visto, pero las he visto, así que saquen arma, que saquen cuchillo, pistola o algo; eso me da miedo, miedo no que me pase nada a mí, me da miedo, miedo en general, así que ellos se dañen, eso me da miedo (Zamara, 61 años, CDDIFB-MX).

Ay, a mí las películas de miedo o algo, si están viendo y veo, con tantito que veo, en la noche sueño puro malo, puro feo (Aida, 76 años, CDDIFB-MX).

[Risa] No, porque te digo que ahí voy caminando, casi viendo al suelo por miedo a caerme (Beatriz, 70 años, CDDIFB-MX).

En resumen, el análisis de frecuencia sobre esta emoción denota que el miedo es una emoción poco mencionada en ambos países, en la que predomina el reporte de las personas mayores mexicanas, donde el miedo está centrado en enfermarse, la muerte, la cual solo se visualiza como acompañada de dolor físico, y el sufrimiento de la separación de las personas con las que se tiene afecto. En el caso de Uruguay, el miedo está centrado en la incertidumbre respecto al bienestar de sus familiares.

DISCUSIÓN

Las características entre ambos países resultaron ser similares con respecto a la proporción en género, estado civil y las enfermedades crónico degenerativas que padecen; solo el promedio de edad fue mayor en las personas institucionalizadas en los grupos estudiados de ambos países. En lo que corresponde a las enfermedades crónico degenerativas, en ambos países y situaciones, la principal fue la hipertensión. Los estados depresivos resultaron ser más frecuentes en los grupos no institucionalizados de ambos países que en los institucionalizados, y las razones que refieren como causa de sus estados depresivos están relacionadas, en lo primordial, con causas familiares y, en segundo lugar, por razones de salud. Esto puede ser explicado porque estos grupos de personas mayores tienen una convivencia más constante con sus familias, además de que las enfermedades crónicas aún no les resultan incapacitantes; pero, ante esa posibilidad, surgen los estados depresivos. Aunado a lo anterior, los resultados muestran que las personas mayores que asisten a los centros de desarrollo comunitario en México reportan mayor número de enfermedades crónicas, mas no incapacitantes, y continúan con su cotidianidad en familia, solo que tienen que estar bajo control médico.

Con respecto a los hábitos salutógenos, los datos no reflejan diferencias entre países y condiciones, quizás solo en términos del tipo de ejercicio entre mexicanos y uruguayos: en México, son principalmente de tipo lúdico (baile, cachibol), a diferencia de los uruguayos, en donde el ejercicio es más rehabilitativo.

En cuanto a la percepción de las emociones, relacionadas con el bienestar psicológico, se analizaron cinco tipos básicos descritos por Florencia et al. (2017): alegría / felicidad, tristeza, ira / enojo, miedo y asombro. De un total de 118 respuestas obtenidas sobre las emociones percibidas de las personas mayores, el 82.3% correspondieron a mujeres; esto es consistente, dado que la muestra estuvo compuesta por el 78.1% de mujeres, las mismas diferencias también de género en las respuestas.

Con respecto a la emoción de alegría / felicidad, se observa que la fuente principal que genera dicha emoción en los grupos comparados es la familia, sobre todo los hijos y las hijas, así como los nietos y las nietas. Esto no es de sorprender, debido a que la mayoría de las personas mayores han vivido un amplio número de pérdidas de otros familiares, como padres, hermanos, primos, entre otros; por lo tanto, los miembros de la familia más cercanos son ahora hijos y nietos. Otra diferencia fue en el grupo institucionalizados de Uruguay, donde las visitas de los familiares son esporádicas, pero habría que tomar en cuenta que, en Uruguay, la movilidad internacional es alta, y, en consecuencia, la frecuencia de visitas es menor. Se considera que esto tiene una base cultural, dado que en México se tiene una cultura más familiarista que en Uruguay, en donde hay una gran influencia de la cultura europea, en el sentido de ser más independientes a la familia. Aunque las respuestas no fueron muchas, se alcanza a visualizar la importancia de la religión en el grupo de mexicanos y el “estar bien con Dios”, en un país donde el catolicismo es una base importante, no así en la población uruguaya, donde el concepto religioso está más atomizado en diversas creencias. La fuente económica solo surge en la población de mexicanos no institucionalizados, para quienes su economía puede ser inestable; este efecto no ocurre en las personas institucionalizadas, dado que en ambos países el pago por la instancia está asegurada, ya sea por los propios residentes y / o los familiares.

La percepción de asombro, si bien es una de las emociones positivas, se manifestó principalmente en el grupo de mexicanos institucionalizados, asociada en especial con visitas de familiares. Si bien fueron pocas las respuestas ante el asombro, en la viñeta de Perry (85 años, RP2-UY) puede visualizarse la función de exploración de esta emoción.

En cuanto a la tristeza, resulta paradójico que también la familia es la principal fuente de tristeza para este grupo etario. Es similar en ambos países, en lo que toca a las pérdidas de seres queridos y / o ausencias, y en las enfermedades de seres queridos, pero no así en los conflictos familiares, lo que se da sobre todo en mexicanos no institucionalizados. De igual forma, la tristeza, por razones sociales o enfermedades de ellos mismos, se vio solo en el grupo de mexicanos no institucionalizados.

La ira se manifiesta en especial por situaciones sociales en la población mexicana de ambos grupos. La expresión de esta emoción puede ser un indicador de que las personas mayores continúan interesadas en lo que pasa en su entorno, en particular cuando este es violento.

Finalmente, la emoción del miedo pone de manifiesto la percepción de inseguridad que se vive en Uruguay, que evidencia sobre todo el grupo no institucionalizado.

También es importante señalar que la diferencia del tamaño de la población entre ambos países, y el hecho de que el Uruguay tenga una educación caracterizada como de muy buen nivel, son elementos que han posibilitado las grandes diferencias entre los sistemas organizativos para atender a las personas mayores en ambos países.

En el caso de las personas mayores con problemas de salud, está claro que son un elemento de las limitaciones naturales que implica el proceso de envejecer. En este sentido, impacta de dos formas: afectación de su autonomía (la pérdida de la movilidad y su dependencia de otros para moverse, cuando antes no era así) y certeza de que es poco probable que se revierta, sino que se acreciente. Para algunos, el deterioro físico es la certidumbre de que se acerca la muerte, a la que muchos tienen temor, aunque de ello no se habla muy a menudo.

Todos estos aspectos, de alguna manera, minan el bienestar psicológico, como lo propone Ryff (1989) (en autonomía, dominio del entorno, planteamiento de un propósito en la vida). En el caso de la hipertensión, que es la enfermedad más común en los grupos estudiados, dadas sus características asintomáticas (los médicos le llaman el asesino invisible), la única evidencia es el consumo continuo de fármacos de control, que no dejan de ser señales de la dependencia de las personas mayores y su proceso de deterioro físico.

En el caso de aquellas personas mayores que desarrollaron mejores hábitos saludables durante su vida, es decir, que tuvieron una alimentación sana, fueron y son activos físicamente y durmieron con calidad, tienen menos probabilidad de tener problemas de salud. En este sentido, es más probable que quienes mantienen estos hábitos seguramente compartan el rasgo de dominio del entorno (autoeficacia), así como la autonomía y autoaceptación como rasgos constituyentes de un bienestar psicológico, al ser activos físicamente.

Con respecto de las emociones que involucran el ámbito de los afectos y las experiencias desagradables en la vida, pudiera pensarse que las personas que han tenido más experiencias generadoras de alegría que de miedo, ira o enojo y tristeza, en un balance económico, tendrían mayor bienestar psicológico. Sin embargo, investigadores como Malone et al. (2013) indican que un elemento fundamental es el vínculo afectivo profundo con otros (sin importar si son familiares), como elemento crucial en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores, dando un peso importante dentro de los rasgos del bienestar del modelo de Ryff (1989) a las relaciones positivas. Este grupo de investigación realizó un estudio longitudinal durante setenta años con egresados de la Universidad de Boston, en el que identificaron que el factor determinante en la calidad de vida de las personas mayores son las relaciones significativas que construyeron con otros, cuando tenían la edad de 50 años.

Seligman (2003) indica que el elemento *actitudinal* de maximizar las relaciones positivas en la vida y la minimización de las experiencias desagradables, definido como optimismo, sin importar la cantidad de ellas, marca el grado de bienestar de las personas mayores. Ostir et al. (2000), en un estudio de más de dos mil personas mayores de 65 años, encontraron que el optimismo retarda los deterioros más comunes del envejecimiento. Asimismo, Steptoe et al. (2009) demostraron que ello fortalece el sistema inmunológico y se tienen menores riesgos de enfermedades cardiovasculares.

En este sentido, lo que nos han compartido en sus viñetas, como referencia de sus experiencias de vida, de manera independiente de si describen con precisión o no dichas experiencias, son los aspectos que determinan el grado de bienestar psicológico de las personas.

Hay un dicho en México que dice: “recordar es vivir”, es decir que, si los recuerdos que tengo son positivos, seguramente el hacer el ejercicio de memoria de estas experiencias aumenta el bienestar psicológico de las personas. El efecto inverso se dará si lo que se promueve recordar es una experiencia negativa o conflictiva. Este aspecto hace contacto con el rasgo de autoaceptación propuesto por Ryff (2017) como elemento del bienestar psicológico. Una de las características de las personas mayores es que pierden la memoria a corto plazo, pero, en contraparte, se afina y magnifica la memoria de largo plazo. Si estos recuerdos son promovidos por estímulos asociados a la experiencia que se recuerda, como cierto tipo de música, aromas, fotografías u otro tipo de imágenes, la experiencia será más vívida. Dichas relaciones se vinculan con el planteamiento de Lazarus y Folkmann (1986), que hace referencia a diferentes formas de afrontamiento ante situaciones potencialmente amenazantes. Las formas emocionales de afrontamiento impactaban en el afecto de los individuos, pero no modificaban la situación y las conductuales que sí tenían efectos cambiando la fuente de estrés. Este elemento *proactivo* tiene que ver con varios de los rasgos propuestos por Ryff (2008; 2017) en su modelo de bienestar psicológico.

Dada la menor expresividad emocional de las personas mayores del Uruguay, se supondría un mayor peso de los factores de hábitos saludables y de la condición de salud en general como más determinante en su bienestar psicológico, como una diferencia cultural importante en comparación con las personas mayores de México, que incluso buscan que la actividad física sea lúdica, por el elemento relacional de lo que implica la diversión.

Cabe destacar el elemento de proactividad, actitudinal y vinculación afectiva como aspectos relevantes que se expresan tanto en el campo de la salud y los hábitos saludables, como en la dimensión de las emociones para generar mayor o menor bienestar psicológico.

Con base en las expresiones de las personas mayores estudiadas, y con referencia a las diferentes dimensiones que conforman el modelo de Ryff (2017), podrían derivarse diversas actividades intencionadas para la promoción del bienestar psicológico de estas, las cuales

tendrían que considerar el contexto físico y sociocultural en el que están inmersas.

Por último, se concluye que los mexicanos en los centros de desarrollo comunitario tienden a una emocionalidad intensa, relacionada a la familia, pero con poco desarrollo de la conciencia de sus emociones en el plano personal y social. En contraste, los mexicanos institucionalizados reflejan una mayor conciencia y manejo de sus emociones a nivel personal y social, pero no por ello descuidan los vínculos afectivos familiares. A diferencia de los ancianos institucionalizados y no institucionalizados de Uruguay, quienes muestran poca intensidad en la expresión de sus emociones, con menor relevancia sobre aspectos familiares, quizás mediado por su condición de dependencia física y mental, en especial en los institucionalizados.

En el caso de México, en el que contamos con más de la mitad de la población en situación de pobreza y un proceso acelerado de envejecimiento en todo el país, urge que el gobierno y las asociaciones civiles asuman, en conjunto con las familias, estrategias corresponsables entre el Estado, la iniciativa privada y los familiares, para atender las necesidades de las personas mayores. En una cultura familiarista, como la mexicana, el recurso de los centros de día constituye en una opción viable y de corresponsabilidad para un amplio sector de la población. En un país con niveles altos de pobreza, pensar en la opción de asilos supone un recurso costoso, tanto para el Estado como para la mayor parte de los ciudadanos. Los programas gubernamentales que han asignado fondos económicos a las personas mayores, y las tarjetas de descuento han sido recursos que han ayudado a paliar más que a resolver las demandas económicas de este grupo de edad. Más del 40% de las personas mayores no recibe beneficios de los programas asistenciales (Rubio y Garfias, 2010).

En el contexto de los centros de desarrollo comunitario de día, se posibilita el incorporar programas de educación emocional y autocuidado en las personas mayores y de sus familiares, que abonen a su calidad de vida y bienestar.

REFERENCIAS

- Álvarez-Gayou, J. (2009). *Como hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Barcelona: Paidós.
- Aranco, N., y Sorio, R. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay. División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo. Nota técnica.
- Avíncula, A. (2018). *Regulación emocional y bienestar psicológico en estudiantes universitarios*. Tesis para optar el título de licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica, Lima, Perú.
- Chóliz, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional (blog personal). Recuperado el 8 de octubre de 2018, de www.uv.es/=choliz
- Danner, D., Snowdown, D., David, A., y Frisen, W. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 804–813.
- DIF Guadalajara (2020). Centro de Desarrollo Comunitario. <https://difgdl.gob.mx/cdc.php>
- El Informador* (2017). Aumentan multas a asilos por irregularidades. *El Informador*, 24 de septiembre de 2017. Recuperado el 15 de noviembre de 2018, de <https://www.informador.mx/jalisco/Aumentan-multas-a-asilos-porirregularidades-20170924-0028.html>
- Fiorentino, M.T., Correche, M.S., Rivarola, F., Tapia, L., Penna, F., y Farjos, C. (2005). Inteligencia emocional. Su relación con bienestar psicológico, estrés percibido y síntomas psicosomáticos. *XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología–Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Florencia, C., Wanda, R., y Politis, D. (2017). ¿Cuántas son las emociones básicas? Estudio preliminar en una muestra de adultos mayores sanos. *Anuario de Investigaciones*, 24, 253–257.
- Florentina, M. (2012). Las emociones y su regulación en adultos mayores: un recorrido teórico integrativo. *Palabras Mayores. Un espacio de conocimiento e información sobre el adulto mayor*, 9(5), 1–20.

- Freire, C., y Ferradás, M. (2016). *Calidad de vida y bienestar en la vejez*. Madrid: Pirámide.
- García-Alandete, J. (2014). *Psicología positiva, bienestar y calidad de vida*. *EN-CLAVES del Pensamiento*, año 8, (16), 13–29.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicancias para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493–507.
- Gross, J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. En *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–20). Nueva York: Guilford Press.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014) *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill: México.
- Inegi (2017). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad*. Datos nacionales. México: Inegi.
- Inegi (2018). Características de las defunciones registradas en México durante el 2017. Comunicado de prensa núm. 525/18 31, octubre de 2018, p.1.
- Inegi (2019). Estadísticas a propósito del día Internacional de las personas de edad. Comunicado de prensa núm. 475/19, octubre 2019.
- Inmayores-sive (2018). Página web. <http://sive.mides.gub.uy>
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Malone, J., Cohen, S., Liu, S., Vaillant, G., y Waldinger, R. (2013). Adaptive midlife defense mechanisms and late-life health. *Personality and Individual Differences*, 55(2), 85–89.
- Meliton, F. (2017). *Personas adultas mayores en Residenciales. ¿Acompañadas o en soledad?* Trabajo final de grado. Facultad de Psicología, Universidad de la Republica. Montevideo, Uruguay.
- Mides (2017). *Reporte Uruguay 2017*. Montevideo: Mides.
- OMS Quality of Life Assessment Group (1996). ¿Qué es calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro Mundial de la Salud*, 17(4), 385–387. Recuperado el 4 de marzo de 2020, de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
- Ordóñez-Barba, G. (2009). El régimen de bienestar mexicano: entre la exclusión, la segmentación y la universalidad. En C. Barba,

- G. Ordóñez-Barba y E. Valencia (Ed.), *Mas allá de la pobreza: regímenes de bienestar en Europa, Asia y América*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Ostir, G., Markides, K., Black, S., y Goodwin, J. (2000). Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *Journal of the American Geriatric Society*, 48(5), 473-478.
- Palma, A., Perrota, V., y Rovira, A. (2015). *Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas* (Sistema de Información sobre Vejez y Envejecimiento). Montevideo: Inmayores/DINEM.
- Paredes, M. (2017). *El Proceso de envejecimiento demográfico en el Uruguay y sus desafíos*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Paredes, M., Berriel, F., Lladó, M., Carbajal, M., Nathan, M., González, D., Ciarniello, M., y Pérez, R. (2012). *La sociedad uruguaya frente al envejecimiento de su población*. Montevideo: Biblioteca Plural.
- Paredes, M., Nathan, M. y Berriel, F. (2012). *Envejecimiento y generaciones en Uruguay: perfil sociodemográfico y representaciones sociales*. En M. Paredes, F. Berriel, M. Lladó y M. Carbajal, *La sociedad uruguaya frente al envejecimiento de su población*. Universidad de la República (pp. 37-72). Montevideo: Ediciones Universitarias.
- Pérez, Y., y Guerra, V. (2014). La regulación emocional y su implicación en la salud del adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(3), 368-375.
- Pert, C.B. (2012). *Molecules of emotion*. Nueva York: Scribner.
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A., y Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.
- Reeve, J. (2005). *Understanding motivation and emotion*. Nueva York: Guilford Press.
- Rubio, G., y Garfias, S. (2010). *Análisis comparativo de los programas para adultos mayores en México*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

- Ryff, C. (2017). Eudaimonic well-being, inequality, and health: Recent findings and future directions. *Int Rev Econ*, 64(2), 159–178.
- Ryff, C., y Singer, B. (2008). Know thyself and becomes what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13–39.
- Secretaría de Salud (2020). Instituto de Salud para el Bienestar. <https://www.gob.mx/insabi/articulos/instituto-de-salud-para-el-bienestar>
- Sistema de Cuidados (2019). Sitio Oficial de la República Oriental del Uruguay. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/>
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Step toe, A., Dockray, S., y Wardle, J. (2009). Positive affect and psychological processes relevant to health. *Journal of Personality*, 77(6), 1747–1776.
- Watanabe, B.Y.A. (2014). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121–126.
- Waterman, A. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678–691.