

LA AUTOESTIMA COMO PREDICTOR DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS MAYORES

JUAN MANUEL HERRERA HERNÁNDEZ, CARMEN BARRANCO EXPÓSITO,
CHAXIRAXI MELIÁN MEDINA, RUTH MARÍA HERRERA HERNÁNDEZ,
M^a INMACULADA RODRÍGUEZ MATOS, M^a NANCY MESA EXPÓSITO
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

RESUMEN

Este trabajo se centra en una muestra de 50 mayores (25 hombres y mujeres), en edades comprendidas entre 63 y 85 años y que acuden regularmente a un Centro de Día para mayores en el que participan en diversas actividades (educativas, ocio y tiempo libre, psicomotricidad, etc.) y a los que se les mide la autoestima mediante el AUT-17 (Herrero y Musitu, 1996) que mide tipos de autoestima como: autoestima familiar, autoestima social, autoestima emocional, autoestima intelectual, autoestima física y la autoestima global.

Se destaca no existen diferencias relevantes en las puntuaciones respecto al género, pero sí en los tipos de autoestima. Puntúan alto (hombres y mujeres) en autoestima familiar (los contactos con la familia son satisfactorios) y social (acuden a un centro donde se mantienen relaciones interpersonales) y puntúan bajo ambos géneros en: autoestima intelectual (carencia de estudios y baja comprensión, unido al deterioro cognitivo), física (padecimiento de enfermedades debido a la edad) y emocional (gran parte son viudos o viudas y los elementos socioculturales condicionan el reinicio de nuevas relaciones afectivas). Se completa éste trabajo de investigación con las propuestas que hacen los autores desde el trabajo social clínico individual y grupal para mejorar la autoestima de los mayores.

PALABRAS CLAVES: Autoestima, calidad de vida, intervención

ABSTRACT

This work is a sample of 50 elderlies (25 men and women) in age take in 63 and 85. They go regularly to a Day Centre for elderlies in which can take part in several activities (educatives, free time and teisure...). This centre also measures theis self-esteem through the AUT-17 (Moreno and Musitu, 1996), which measures different kind of self-esteem, emotional self-esteem, intellectual self-esteem, emotional self-esteem, physical self-esteem and global self-esteem. This research work is completed with the proposals that the authors of clinical individual and group social work make te improve the self-esteem of the ederlies.

KEY WORDS: Self esteem, quality of life, counselling

1. INTRODUCCIÓN

La definición y uso del término tercera edad connota dos circunstancias: una es la jubilación, el término del trabajo socialmente remunerado; otra es la existencia o al menos la exigencia social- de un sistema de pensiones, seguridad social y Servicios Sociales que tratan de proteger a personas mayores y especialmente vulnerables y necesitadas de apoyo.

Con la transición de la edad adulta a la tercera edad, se ciernen sobre la persona algunas amenazas y no sólo circunstancias nuevas, sino también de variada naturaleza; algunas de carácter biológico, otras de índole social típicas de la edad.

En nuestra sociedad occidental coexisten principalmente junto a la jubilación otras

circunstancias derivadas de ella como: la disminución de la actividad y liberación de responsabilidades, pérdida del rol social asociado al trabajo, la merma de energía física, con la consiguiente reducción de autonomía, así como la desaparición de familiares y otras personas significativas y la conciencia cada vez más clara de la proximidad de la muerte.

Las diferencias principales respecto a la edad adulta residen principalmente en los estados de ánimo prevalecientes: a menudo, una profunda melancolía, pero no por fuerza amargura o desesperanza. El hecho de la jubilación deja a la persona exenta de responsabilidades y compromisos, desvinculadas de tareas; la hace incluso inútil. Además en estos años se va produciendo la muerte de otros familiares y amigos de la misma edad¹.

Respecto a la autoestima podemos definirla como: el conjunto de percepciones de imágenes, pensamientos, juicios y afectos sobre nosotros mismos. Es los que yo pienso y siento sobre mí. La autoestima incide en nuestra manera de ser, de estar, de actuar en el mundo y de relacionarnos.

Cuando nos valoramos, reconocemos las cualidades que realmente posemos, o aceptamos con serenidad nuestras limitaciones, podemos mostrarnos inseguros y no tener confianza en nosotros mismos, De ésta forma nos resultará más difícil afrontar y resolver los problemas de nuestra vida cotidiana y emprender proyectos”².

“La autoestima es una necesidad humana: es el sistema inmunológico de la conciencia que nos da resistencia y capacidad de regeneración. La falta de autoestima facilita la adicción a medicinas, alcohol y drogas. Sin autoestima no hay creatividad y también rebajamos nuestras aspiraciones al pensar que somos capaces de poco, que todo es demasiado difícil para nosotros.

La autoestima comprende: autoeficacia (confianza en mi capacidad de pensar) y autodignidad (seguridad de mi valor de que merezco ser querido). Como las dos cosas son esenciales para vivir, la autoestima es esencial”³.

Las causas de la baja autoestima son: autocrítica patológica, autoevaluación distorsionada y fijarse metas imposibles.

De factores como los anteriormente nombrados, depende y varía el nivel de autoestima de nuestros mayores. Los cambios que se efectúan en sus vidas en periodos de tiempo relativamente cortos propician u ocasionan desequilibrios en los niveles de autoestima de cada uno; ya sea de ámbito familiar, social, emocional, intelectual o físico.

Existen muchas maneras de incidir en la autoestima y la intervención desde el Trabajo Social clínico puede ser una estrategia adecuada.

Hablar de Trabajo Social Clínico significa hacer referencia a conceptos tales como: realidad psicosocial (la realidad vivencial dialéctica del sujeto o lugar de encuentro de la intersubjetividad), conflicto psicosocial (es el que se produce por la colisión por las demandas y expectativas del sujeto y las del contexto, que, respectivamente, no pueden satisfacerse. Su origen último puede radicar en factores de tipo intrapsíquico, interpersonal o de cualquier otra índole (culturales, religiosos, económicos, familiares.....) pero el conflicto psicosocial siempre se manifiesta en el terreno de las relaciones interpersonales)

¹ J. Palacios, A. Marchesi, César Coll, “Desarrollo psicológico y educación”, Psicología evolutiva, Alianza Editorial; 585, Madrid, 1999.

² Los grupos de mujeres: Metodología y contenido para el trabajo grupal con mujeres. Instituto de la Mujer, 2001; 51

³ Branden, Nathaniel: “El poder de la autoestima” Narcea, Madrid, 1997, 2^a

y malestar psicosocial (la manera en que cada uno siente, percibe y manifiesta sus conflictos psicosociales, es decir, el malestar psicosocial es el correlato vivencial del conflictos psicosocial, que casi siempre precede a cualquier conciencia de ese conflicto y con frecuencia lo enmascara totalmente (Ituarte Tellaeche, 2003: 227).

La tarea del clínico, del psicoterapeuta, consiste en escuchar y observar atentamente a su cliente, tratando de penetrar y comprender su realidad psicosocial, su realidad vivencial, poniendo al servicio del cliente sus conocimientos y sus aptitudes personales para ayudarle, a través de las fases del proceso terapéutico, a conocerse mejor a sí mismo, a comprender sus dificultades, a buscar los medios para afrontar sus conflictos psicosociales y tratar de superar su malestar (Ituarte Tellaeche, 2003: 224).

El trabajo clínico se inicia cuando la persona hace una demanda de ayuda y la realización del trabajo terapéutico exige, por lo tanto, la superación de la demanda en cuanto síntoma (Ituarte Tellaeche, 2002: 43). Una vez recibida la demanda, es preciso proceder a descodificarla, esto es, a traducirla en términos de malestar psicosocial y, a partir de ahí, tratar de redefinir el problema en sus aspectos tanto intra – como interpersonales o psicosociales (Ituarte Tellaeche, 2003: 228).

2. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. MUESTRA

25 hombres y 25 mujeres de entre 63 y 85 años socios del Centro de Día de Los Realejos en Tenerife.

2.2. INSTRUMENTO:

Cuestionario de autoestima AUT-17 (Herrero y Musitu, 1996). La capacidad predictiva del cuestionario presenta ventajas psicométricas como: una elevada consistencia interna y una estabilidad temporal moderada. El cuestionario evalúa las siguientes dimensiones de la autoestima: *Autoestima familiar, social, emocional, intelectual y física*

El cuestionario también proporciona un índice global de autoestima, que puede considerarse como Autoestima global y hace referencia a la percepción de satisfacción que el sujeto mantiene con respecto a las autoevaluaciones en los ámbitos familiar, social, intelectual, físico y emocional.

2.3. OBJETIVOS:

Conocer las puntuaciones en autoestima global que presentan los hombres y las mujeres y si existen diferencias

Conocer las puntuaciones en autoestima *familiar, social, emocional, intelectual y física* que puntúan los hombres y las mujeres y las diferencias existentes

Proponer estrategias desde el Trabajo Social Clínico en los niveles de intervención primaria, secundaria y terciaria que prevengan situaciones que afecten a la autoestima de los/as mayores.

3. RESULTADOS

El perfil de la muestra estudiada es 50 mayores en edades comprendidas entre 63 y 85 años que acuden regularmente al Centro de Día en el que participan en diversas actividades: educativas (alfabetización, repaso...), ocio y tiempo libre (manualidades, excursiones...), psicomotricidad, etc.)

Respecto a la medición de la autoestima del grupo destacar que no existen diferencias relevantes en las puntuaciones respecto al sexo, pero si en los tipos de autoestima.

A continuación se presentan una serie de tablas que recogen las puntuaciones en hombres y mujeres y las diferencias existentes:

Tabla 1: Autoestima Hombres

CASOS	Familiar	Social	Emocional	Intelectual	Física	Global
1	19	12	14	12	10	67
2	10	10	11	14	11	56
3	14	9	9	9	12	53
4	11	13	10	6	9	49
5	18	14	13	8	11	64
6	18	13	6	10	6	53
7	19	14	11	11	13	68
8	16	12	10	9	12	59
9	16	7	8	5	11	47
10	20	11	13	15	11	70
11	20	15	13	9	15	72
12	19	15	12	15	11	73
13	17	12	7	9	10	55
14	16	14	12	8	8	58
15	20	12	10	10	12	62
16	20	13	12	10	10	65
17	19	12	12	10	10	63
18	18	13	11	12	10	61
19	19	13	9	8	8	56
20	18	12	11	10	11	59
21	18	11	9	10	12	63
22	20	15	12	12	10	68
23	18	15	7	9	13	62
24	17	13	10	13	10	62
25	20	15	14	9	12	70

35 16 9 9 13 11 58

36	20	11	10	13	15	69
37	16	12	8	11	12	59
38	19	12	11	9	10	61
39	19	12	8	8	13	60
40	20	14	10	13	10	67
41	18	13	10	9	8	59
42	19	13	12	11	12	67
43	14	8	9	8	8	47
44	18	15	9	11	8	61
45	20	15	11	8	9	63
46	16	12	8	11	12	59
47	19	12	11	9	10	61
48	19	13	12	10	9	63
49	18	13	10	11	8	60
50	20	13	12	11	8	64

Partiendo de las dos tablas anteriores se presenta a continuación una tabla resumen que permite identificar los niveles de autoestima en hombres y mujeres

Tabla 3: Autoestima en hombres y mujeres						

Partiendo de ésta tabla podemos destacar:

- Puntuán alto tanto hombres como mujeres en la autoestima familiar, es decir el grado de satisfacción o percepción que tienen de sus relaciones familiares es alto, se sienten queridos, integrados (hay que matizar que la muestra corresponde a una zona rural, por lo que los valores y tradiciones de cuidar y respetar a los mayores tienen mucho arraigo y

la institucionalización se vive como un abandono afectivo).

Tipos de autoestima	HOMBRES			MUJERES		
	Baja	Normal	Alta	Baja	Normal	Alta
Familiar	1		24			25
Social	3		22		2	23
Emocional		11	14	1	16	8
Intelectual	21		4	12		13
Física	11		14	15		10
Global		13	12	2	14	9

como personas emocionalmente equilibrada es baja, debido a factores como: miedo a las pérdidas de seres queridos, pérdida de autonomía, los significados que atribuyen a su historia vital.....

- Puntúan bajo ambos grupos en autoestima física, es decir, baja percepción que tienen de su cuerpo en términos de aceptación, resistencia y salud. Esta puntuación mantiene relación con las enfermedades que padecen.

- Por último destacar que las puntuaciones en la autoestima global se sitúan en el mismo nivel que puntúa generalmente la población general (autoestima normal), no baja, ni alta.

4. Conclusiones

Partiendo de los resultados obtenidos podemos concluir que desde el Trabajo Social clínico se pueden llevar a cabo intervenciones en distintos niveles:

Niveles de intervención Primaria:

Centradas en evitar situaciones ansiedad, angustia, daño en la autoestima (preparación psicológica y social para la jubilación, para afrontar enfermedades asociadas a la edad, búsqueda de significados vitales a la vida precedida, etc..)

Trabajar el mantenimiento en la comunidad de los valores y tradiciones de cuidar y respetar a los mayores evitando el desarraigo, la institucionalización y el abandono afectivo.

Promover las actividades socioculturales para mantener las relaciones interpersonales entre generaciones.

Nivel de intervención Secundaria:

Centrada en enseñar a manejar situaciones problemáticas (pérdidas de compañero/a, afrontar viudedad, duelos, pérdida de autonomía...).

Trabajar el refuerzo de las distintas autoestimas

Talleres centrados en el deterioro cognitivo por la edad, la pérdida de memoria y capacidades memorísticas.

Nivel de Intervención Terciaria:

Centrada en mejorar en la medida de lo posible la autonomía e independencia del mayor.

Propiciar el cuidado por parte de las personas allegadas y prevenir el quemamiento de los/as cuidadores.

Desde el Trabajo Social Clínico podemos afirmar que se pueden realizar intervenciones eficaces centradas en la prevención primaria, secundaria y terciaria de situaciones que pueden incidir en la autoestima de los/as mayores, así como contribuir a mejorar su percepción subjetiva y objetiva de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

5. BIBLIOGRAFIA

BRANDEN, N. (1997): *“El poder de la autoestima”* Narcea, Madrid.

ITUARTE TELLAECHÉ, A (2003): “Trabajo Social Clínico con personas mayores”, en MARTÍN GARCÍA, M (Editor): *Trabajo Social en Gerontología*, Madrid, Síntesis: 223-235.

PALACIOS, J., MARCHESI, A. y COLL, C. (1999): *“Desarrollo psicológico y educación”*, Psicología evolutiva, Alianza Editorial, Madrid.

