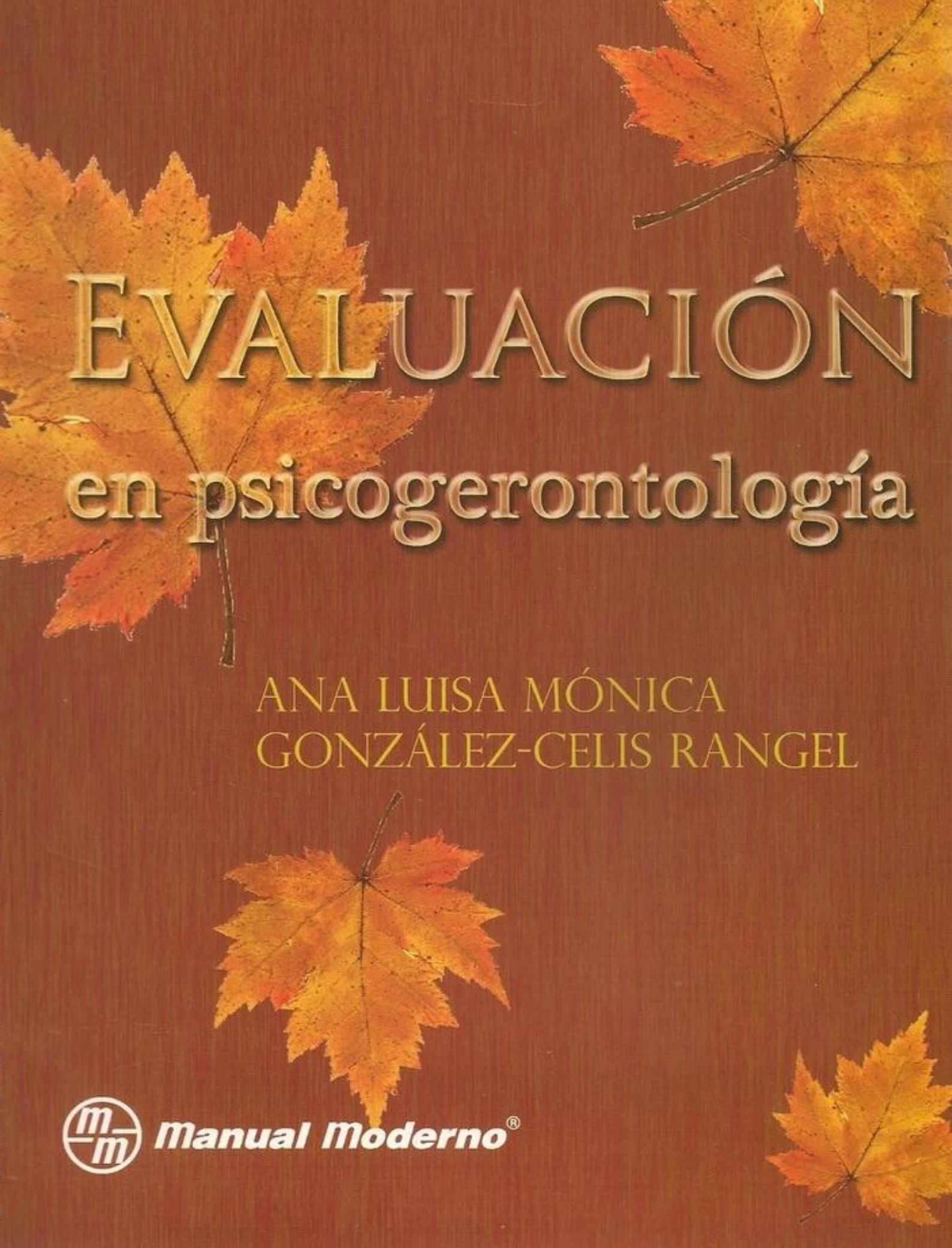




EVALUACIÓN en psicogerontología

ANA LUISA MÓNICA
GONZÁLEZ-CELIS RANGEL



Manual Moderno®

EVALUACIÓN EN PSICOGERONTOLOGÍA

Dra. Ana Luisa Mónica
González-Celis Rangel

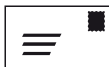
Editor responsable:
Lic. Adriana Mendoza Pedraza
Editorial El Manual Moderno



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

**Nos interesa su opinión
comuníquese con nosotros:**



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora núm. 206,
Col. Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 México, D.F.



(52-55)52-65-11-62



(52-55)52-65-11-00



info@manualmoderno.com

Para mayor información en:

- Catálogo de producto
- Novedades
- Pruebas psicológicas en línea y más

www.manualmoderno.com

Evaluación en psicogerontología

D.R. © 2009 por Editorial El Manual Moderno S. A. de C. V.

ISBN: 978-607-448-034-4

978-607-448-130-3 Versión Electronica

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial
Mexicana, Reg. Núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiado, registrador, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission in writing from the Publisher.



Manual Moderno®

es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

González-Celis Rangel, Ana Luisa Mónica
Evaluación en psicogerontología / Ana Luisa Mónica
González-Celis Rangel. -- México : Editorial El Manual
Moderno, 2009.

xvi, 168 p. : il. ; 28 cm.

ISBN 978-607-448-034-4

1. Neuropsiquiatría geriátrica. 2. Psiquiatría
geriátrica. 3. Trastornos de la cognición en la vejez -
Diagnosis. 4. Pruebas neuropsicológicas. I. t.

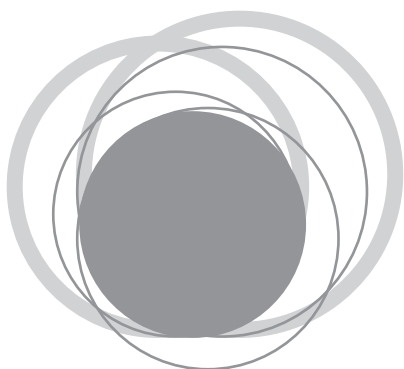
618.97689-scdd20

Biblioteca Nacional de México

Director editorial:
Dr. Marco Antonio Tovar Sosa

Editora asociada:
LCC Tania Uriza Gómez

Diseño de portada:
DCG Miguel Ángel Muñoz Ramírez



AVISO

Las pruebas psicológicas son instrumentos de empleo delicado y por ello su venta está restringida a profesionales que posean la capacidad de emplearlas apropiadamente, quienes deberán acreditarse como psicólogos graduados, pasantes o miembros de una organización nacional de psicólogos.

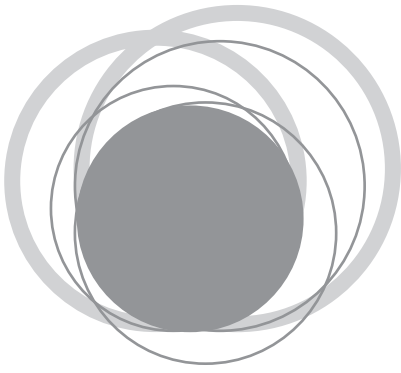
Queda estrictamente prohibida la reproducción parcial o total de este material sin autorización escrita de la Editorial.

Ayúdenos a hacer valer el derecho de autor respetando la propiedad intelectual.



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora núm 206, Col. Hipódromo, 06100
México, D.F.





EVALUACIÓN EN PSICOGERONTOLOGÍA CONSTA DE:

Manual MP85-100

*A mis padres, ya abuelos desde hace poco
más que 20 años, porque gracias a ellos somos
lo que ahora somos.*

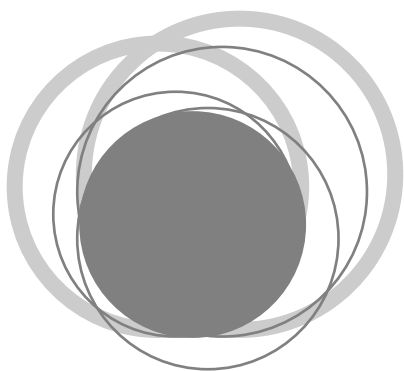
*A Edgardo y a mis hijas Paola y Diana, por
su comprensión y por su amor, a quien dejó la
tarea de ver a los ancianos con respeto,
agradecimiento y humildad.*

*A todos los ancianos, por que han llegado
a una edad antes inimaginable, es una fortuna
y una bendición llegar a ser viejo.*

*Y a todos mis queridos y jóvenes estudiantes
universitarios, recuerden, Ustedes son los
ancianos del 2050!!!!*

Con cariño, Ana Luisa González-Celis Rangel

Septiembre del 2009



PRÓLOGO

Prácticamente todas las estadísticas demográficas del mundo apuntan hacia un envejecimiento de la población. Quizá excepto en países con economías gravemente deprimidas o en conflictos armados reiterados o permanentes, cada vez más personas viven más tiempo. Este aumento más o menos generalizado de la expectativa de vida suele asociarse con mejores condiciones sanitarias, mayor acceso a servicios de salud, mejoría en la nutrición de la población y una razonable estabilidad social entre muchos otros factores. Aunque normalmente el aumento en la expectativa de vida en una región se interpreta como un signo positivo de bienestar y progreso, el envejecimiento de los individuos rara vez se ve acompañado por la preservación, ya no se diga el aumento en su calidad de vida. En efecto, cuando se observa el funcionamiento humano del individuo que llega a esa edad eufemísticamente llamada *tercera* o en *plenitud* se advierten cambios que más bien apuntan hacia un deterioro, gradual en el mejor de los casos y precipitado en los peores, tales como el caso de enfermedad o aislamiento y que suele afectar prácticamente todas sus funciones.

Cuando envejecemos, aún estando relativamente sanos, además de la incomodidad y las restricciones impuestas por una paulatina reducción en agilidad motriz, tiempo de reacción general, funciones cognitivas como la memoria y actividades normalmente gratificantes como la sexual, se añaden aspectos especialmente limitantes tales como la reducción de las capacidades senso-perceptuales, particularmente las visuales y auditivas. Este panorama, decaden-*te per se*, probablemente resultaría en menor detrimento del funcionamiento del individuo de edad avanzada si se viera compensado por factores de otra naturaleza tales como los interpersonales y sociales. Sin embargo, excepto en algunas culturas, estas opciones también suelen verse

restringidas. En efecto, en muchas regiones del mundo occidental, conforme el individuo envejece, progresivamente suele incluirse en cada vez menos actividades que anteriormente desarrollaba en sociedad o en familia. En ocasiones se le trata como inútil o incompetente o simplemente se adopta la suposición de que ya no desea participar en muchas actividades, a veces al extremo de ni siquiera preguntárselo. En los peores casos se le experimenta como una carga y se le hace objeto de ostracismo e incluso de maltrato psicológico o físico.

Entre muchos otros problemas que enfrenta el adulto mayor destacan: algunas actitudes negativas hacia la vejez, una percepción acumulada de sus preocupaciones, experiencias de pérdida cada vez más frecuentes, percepción reducida de su propia eficacia, dificultades progresivas para realizar actividades cotidianas, reducción de su red de apoyo social, desarrollo de ideas irracionales sobre su situación y el futuro, sensación de soledad y la expectativa cada vez más próxima de la muerte.

Desde la óptica de las ciencias del comportamiento en general y de la psicología en particular, en principio habría al menos dos opciones para mejorar este panorama desolador. En la primera, idealmente, la educación de la población de un país incluiría, tanto en el quehacer de los medios masivos de difusión como en la educación formal a todo nivel y en las propias comunidades, el fomento persistente, cuidadoso y sistemático de una subcultura de aprovechamiento de la experiencia, la sabiduría y la bonhomía acumulada en nuestros viejos, así como de su cuidado y protección. Segunda, en ausencia de esta opción, no queda sino la instrumentación de intervenciones institucionales o privadas, a cada vez mayor escala social, orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida y el bienestar de nuestras personas de edad avanzada. Desafortunadamente, es probable

que esta segunda opción requiera implementarse en sentido más asistencial que preventivo con la consecuente reducción de su relación costo-beneficio y de su impacto social a gran escala.

Otra limitación de esa segunda opción reside en el riesgo de no generar los resultados esperados si las intervenciones no se basan en el conocimiento cabal de los más importantes hallazgos de investigación científica en la especialidad o si acaban haciéndolas personas sin la preparación adecuada. Este riesgo, que podría percibirse como aparentemente trivial puede resultar socialmente grave, como ya está ocurriendo en el campo de la psicoterapia. En efecto, hay una proliferación de "terapeutas" que ni siquiera cursaron una licenciatura en las profesiones del área de la salud y que nunca se expusieron a una formación especializada de posgrado con supervisión clínica de calidad, basada en la investigación científica. Sus "servicios" ya están empezando a causar estragos en sus incautos usuarios, de acuerdo con diversos informes de terapeutas genuinos que han atendido a personas vistas en "consulta" por aquellos charlatanes.

De la misma manera, el cuidado profesional del anciano requiere basarse en el servicio de expertos. Este servicio incluye desde la organización de programas institucionales a realizarse en dependencias o comunidades, hasta la educación de los integrantes de dichas comunidades para cuidar y mejorar la calidad de vida de sus propios familiares de edad avanzada.

Es en este contexto que el presente volumen hace una serie de contribuciones importantes para las cuales hay muy pocos o ningún antecedente sistematizado en América Latina. El primer paso para diseñar y aplicar con éxito servicios profesionales orientados a mejorar la calidad de vida del ser humano en general y del anciano en particular consiste en un conocimiento articulado y a fondo de su estado psicológico y funcional. Este conocimiento requiere fundarse en la observación sistemática y la medición confiable de todas las dimensiones del desempeño cotidiano del individuo, tanto en sus aspectos cognitivos y de regulación emocional, como de su adaptabilidad, autoeficacia y destrezas de afrontamiento de las demandas físicas e interpersonales impuestas por la edad y las condiciones sociales, interpersonales y físicas que le rodean.

El presente volumen cubre de modo sistemático y en el contexto latinoamericano diversas formas de registrar el funcionamiento del individuo de edad avanzada. Sus capítulos incluyen desde la fundamentación que lleva a atender aspectos específicos del funcionamiento del anciano, pasando por la descripción técnica del desarrollo de procedimientos psicométricos para observar o medir dichos aspectos, hasta informes sobre experiencias recientes derivadas de su aplicación.

Así, el primer capítulo aborda la medición de actitudes negativas hacia la vejez y analiza diversos aspectos técnicos de la construcción de escalas para su registro confiable. El segundo trata sobre la preocupación por la vejez en universitarios e incluye aspectos verbales, conductuales y fisiológicas. El tercer capítulo propone procedimientos para medir la estructura de las pérdidas percibidas por el adulto mayor y opciones para mitigar su efecto.

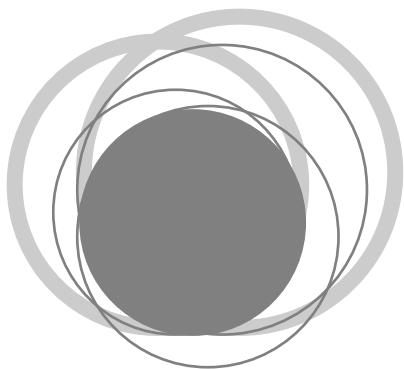
Los capítulos cuatro y cinco abordan varios de los problemas más frecuentes de la persona de edad avanzada ubicados en las dificultades para desempeñar actividades de diversa complejidad necesarias para un funcionamiento adaptativo en la vida diaria. Los capítulos seis, siete y ocho tratan de la medición de los problemas derivados del abatimiento de las redes interpersonales y sociales del anciano, del desarrollo de creencias distorsionadas que generan malestar emocional y reducen las conductas adaptativas y de la percepción de soledad. Finalmente, los capítulos nueve y diez abordan la evaluación de las actitudes ante la muerte y la aparición de reacciones emocionales tales como la ansiedad ante su cercanía percibida.

Otra contribución medular del libro reside en los propios autores de los capítulos ya que se trata de estudiosos del comportamiento humano que han transitado profesionalmente y como científicos por los ámbitos del estudio de la edad avanzada en sus múltiples facetas y repercusiones. Se trata de académicos que han mostrado una producción sostenida de alta calidad metodológica y profesional en la especialidad y que se han preocupado por el avance de una línea de investigación cuya falta se siente cada vez más en un contexto social que bien podría beneficiarse de una edad avanzada exitosa, satisfactoria y productiva.

El presente volumen muy probablemente resulte de lectura obligada para todos los expertos en las áreas de la salud y sociales por sus implicaciones para la investigación y para la creación de programas y campañas de bienestar comunitario, familiar e individual. Aunque en particular resultará indispensable en la biblioteca del psicólogo, será también de gran apoyo y utilidad para el trabajo en medicina, enfermería y trabajo social. No se trata de una obra de divulgación sino una herramienta técnica que provee diversos aspectos del contexto teórico en las ciencias del comportamiento, tan necesarios para el diseño eficaz de intervenciones profesionales.

La Editorial El Manual Moderno debe experimentar una gran satisfacción al asignarse un gran acierto con la publicación de la presente obra.

Juan José Sánchez Sosa
Otoño del 2009.



INTRODUCCIÓN

En casi todos los países, hoy la esperanza de vida al nacer ha aumentado de modo considerable y se ha producido un incremento de la proporción de personas mayores en la sociedad. Esta situación ha provocado un importante cambio social en el desarrollo de una cultura del envejecimiento, con una visión encargada de atender la problemática actual y percibir las necesidades de un futuro no muy lejano.

En México, semejante a otras naciones de Latinoamérica, 799 personas cumplen 60 años cada día, edad que marca el inicio a la adultez mayor, para el caso de países en vías de desarrollo. Según el Consejo Nacional de Población, para el año 2050 una de cada cuatro personas será adulto mayor, por lo que se ha puesto la mirada en aquellas disciplinas que están relacionadas con la tercera edad, así como en la necesidad urgente de atender las demandas de este sector de la población.

La Gerontología se convierte así en una disciplina con mayor demanda. Se dice que es la ciencia que estudia a las personas mayores y al proceso del envejecimiento. Sin embargo, aunque parezca extraño, es reciente el esfuerzo por analizar, desde la perspectiva científica, la conducta durante la fase del envejecimiento.

Por su parte, la psicología promete hacer aportaciones valiosas en el estudio del comportamiento de los ancianos y de su entorno, para lo cual es necesario contar con estudios que documenten las mejores estrategias validadas científicamente para llevarlas a cabo en la consulta clínica o en las instituciones de salud o educativas que presten servicio a las personas mayores.

De igual manera, surge más específica la Gerontología clínica o **Psicogerontología**, la cual se encarga de la evaluación y el tratamiento de los trastornos mentales de la vejez, por lo que el psicogerontólogo hace alusión más a la patología y de ahí que sea preferible utilizar un término

más amplio en cuanto a los procesos del envejecimiento. De esta manera, la rama de la Psicología que se interesa por el proceso de envejecimiento es la **Psicología del Envejecimiento**.

Así nace la psicología del envejecimiento, que se define como el estudio científico de la conducta durante la fase de senectud, y se centra en los aspectos cognitivos, emocionales y de comportamiento de las personas mayores y de su entorno.

Hoy la psicología del envejecimiento es un campo vigoroso y asentado en muchos lugares del planeta. Los psicólogos especialistas en la vejez pertenecen a dos mundos. Son miembros de la comunidad más amplia de los gerontólogos y también son parte de la comunidad más amplia de los psicólogos.

En primer lugar, algunos especialistas pertenecen a la Sociedad Gerontológica de Norteamérica (*The Gerontological Society of America*), la principal organización estadounidense para la vejez, a la cual pertenecen grupos multidisciplinarios de investigadores; publica revistas, libros (*The Journal of Gerontology, Psychological Sciences and Social Sciences*, o *The Gerontologist*) y celebra reuniones anuales (*Annual Scientific Meeting*). También pertenecen a la Sociedad Americana sobre la Vejez (*American Society on Aging*), más proclive a destacar las prácticas innovadoras que a la investigación.

Y, en segundo lugar, algunos otros psicólogos están adscritos a la División para el Desarrollo de los Adultos y de la Vejez, perteneciente a la Asociación Psicológica Americana (APA) (*Division of Adult Development and Aging, American Psychology Association*), la cual está interesada en el desarrollo de los adultos y la vejez.

En realidad, hoy son más los psicólogos miembros de la División del Desarrollo de los Adultos y la Vejez de la APA

que los de la división que la engendró, la Psicología del Desarrollo, que se centra, sobre todo, en los niños.

Dentro de la división, en 1986 se creó la revista *Psicología y Envejecimiento* (*Psychology and Aging*), dedicada exclusivamente a la investigación psicológica sobre el desarrollo de los adultos y de los ancianos.

Asimismo, hoy en día muchos departamentos de psicología imparten cursos sobre la edad madura y la vejez, psicogerontología o psicología del envejecimiento a sus universitarios. Además, muchos de los investigadores centran su estudio en explorar el deterioro relacionado con la edad.

De ahí la necesidad de abrir espacios dentro de las universidades y centros de investigación con el fin de que los estudiantes de psicología se formen en un área que, aun cuando es de reciente creación, cada vez cobra mayor relevancia social e importancia científica: el estudio del comportamiento humano durante la fase del envejecimiento.

Esto debido a que, como se observa en los datos demográficos en la mayoría de los países, la población de personas ancianas va en aumento: por un lado gracias al descenso de la natalidad y por otro a una considerable mejora en las condiciones sanitarias que ha hecho que aumente la esperanza de vida al nacer, sobre todo en los países desarrollados.

Con ello, el incremento en la proporción de ancianos ha acarreado la aparición de nuevas problemáticas en los niveles social, educativo, económico y de salud, las cuales han repercutido en las políticas y en los servicios hasta convertirse en un tema preferente.

Así, la Asamblea General de las Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud han desarrollado contenidos para planes de acción internacional a fin de tratar los problemas derivados del envejecimiento.

Ante tal panorama, se vislumbra la necesidad de proporcionar atención a este sector de la población, en particular dentro del área de la educación para la salud con miras a enfrentar los nuevos retos que impone este grupo de edad. Es, sin duda, la Psicología del Envejecimiento, una rama nueva de la Psicología que pretende aportar a la Gerontología, ciencia que estudia el envejecimiento, la dimensión psicológica en esta etapa de la vida.

Entre sus finalidades se encuentran tanto el desarrollo y la estimulación, como la prevención, la intervención y la terapia, encaminados a elevar la calidad de vida de las personas mayores.

Dentro de los objetivos de la Psicología del Envejecimiento están: el diagnóstico, la prevención, la promoción de la salud, la intervención, la rehabilitación, los cuidados paliativos y la evaluación de resultados.

Por otro lado, los escenarios de trabajo del Psicólogo del Envejecimiento pueden ser: a nivel de individuos (personas mayores o sus cuidadores), grupos, instituciones (de

salud, hospitales, hospicios, residencias, asilos, centros de día y estancias), y comunitario (organizaciones sociales, religiosas, vecinales, etc.).

Cabe mencionar que el estudio del envejecimiento se centra tanto en personas sanas como enfermas, en personas mayores y e individuos de edades previas; así, son objeto de estudio las personas mayores y su entorno, al cual incluye a otras personas: cuidadores, profesionales de la salud (médicos y paramédicos, enfermeras, trabajadoras sociales, terapeutas), maestros, educadores, la familia. También contempla el espacio físico, cualquiera que sea.

Asimismo, deben distinguirse los distintos ámbitos de actuación en los que se desarrolla el psicólogo del envejecimiento en el área clínica y de la salud: residencias, centros de día, hospitalización, domiciliaria, clínicas de salud, etc.

En este sentido las funciones del psicólogo del envejecimiento son: atención directa, asesoramiento y consultoría, formación, investigación y evaluación, supervisión, planificación y programación, así como dirección y gestión.

De esta forma, la intervención del psicólogo del envejecimiento supone: el diagnóstico, la prevención e intervención precoz, rehabilitación y reincorporación a la comunidad del anciano.

Aquí, el papel del psicólogo del envejecimiento se da en los términos en que este profesional puede actuar durante el curso del proceso del envejecimiento natural, así como el patológico, generado por las enfermedades crónicas. Por ello, los cambios asociados al envejecimiento natural (normal y exitoso) o patológico implican un proceso de adaptación en el que el psicólogo puede aportar conocimientos y técnicas de intervención para afrontar la vejez de los adultos mayores de una forma adecuada.

Debido a ello, el psicólogo del envejecimiento, en cuanto a su labor de intervención y optimización de los recursos, tendrá como objetivo principal optimizar el proceso adaptativo con la ayuda tanto de intervenciones sobre las necesidades de los ancianos como del entorno familiar y social de éstos.

Por lo tanto, la presencia del psicólogo del envejecimiento en los diferentes niveles de atención a las personas mayores es ya una necesidad urgente que debe satisfacerse en nuestra sociedad. Los conocimientos y las habilidades que el profesional de la psicología puede aportar al estudio de las personas ancianas se han demostrado indispensables para una adecuada actuación.

Además de la tarea de prevención, el psicólogo lleva a cabo funciones de evaluación e intervención en diversos ámbitos.

Asimismo, es indispensable tomar en cuenta la evaluación del funcionamiento psicológico de los individuos, con el propósito de llevar adecuadamente cualquier intervención psicológica.

La importancia de la evaluación radica en que sirve como una herramienta útil no sólo en el diagnóstico o la

identificación de una serie de factores psicológicos funcionales o disfuncionales, sino que además contribuye en la planeación de una intervención o a manera de punto de partida en una investigación, así como indicador de la permanencia del cambio a lo largo del tiempo en seguimientos después de un tratamiento.

Es así que surge la idea del libro, ofrecer al lector una serie de instrumentos de *Evaluación en Psicogerontología*. Instrumentos que han sido elaborados en un contexto ibero-latinoamericano, en versión en español, como fruto del trabajo de algunos investigadores, autores de cada capítulo, que se han adentrado con paso firme en el terreno de los ancianos. Su contribución es muy importante en el área de la psicogerontología.

Conozco personalmente el trabajo profesional de todos los autores que aceptaron la invitación de participar en el proyecto del libro de *Evaluación en Psicogerontología*, y estoy convencida de que esta compilación ofrece una serie de instrumentos que son necesarios para evaluar algunos aspectos del funcionamiento de los ancianos.

En los dos primeros capítulos, María del Rocío Hernández-Pozo y su equipo de colaboradores abordan las actitudes negativas hacia la vejez en población mexicana y los aspectos psicométricos de una escala, el Cuestionario de Actitudes a la Vejez (CAV) y de una Lista de Miedos (LM), así como una prueba conductual de sesgo atencional a la vejez basada en la versión emocional del paradigma de Stroop, evaluados en una muestra de estudiantes universitarios de carreras del área de la salud, médicos, enfermeras y psicólogos, quienes deberán estar preparados en el futuro inmediato para formar parte del equipo de salud para las nuevas generaciones de ancianos.

En el tercer capítulo, se destaca que la vejez es una etapa de la vida donde el concepto de pérdida toma un papel fundamental, definiéndola y caracterizándola. Así, puede ser vista como la etapa de la vida en que ocurren numerosos cambios asociados con pérdidas en áreas importantes de la existencia, tales como el deterioro de la salud, el retiro o la jubilación, pérdidas ocupacionales y financieras, pérdidas de roles sociales, de la identidad, el estatus, pérdidas de seres queridos, por lo que Armando Rivera-Ledesma y María Montero-López Lena, nos presentan una Escala para evaluar la Estructura de Pérdidas (EEP) en la vejez.

Un elemento importante en la vida de los adultos mayores es la percepción de control, la cual está asociada con los niveles de bienestar, con la probabilidad de modificar los patrones conductuales y también con las posibilidades de incrementar rendimientos en distintas áreas. Es en el cuarto capítulo donde se describe de forma detallada el sentido de eficacia personal que pueden tener las personas, lo cual es un buen predictor del comportamiento; y lo hace aún más importante en la vejez, en virtud de que, como se describen en el capítulo tres, Ana Luisa González-Celis Rangel

y Rebeca Laura Martínez Camarena, ante la suma de diversas pérdidas que sufren los ancianos es importante llevar a cabo una reapreciación de las capacidades con las que aún cuentan estas personas, maximizando las ganancias y minimizando las pérdidas. Con ello se pretende fortalecer el sentido de eficacia personal en la vejez, a fin de contribuir en la adaptación y el bienestar de las personas de la tercera edad. En este capítulo, además de justificar el constructo de autoeficacia, se describe y se presenta un instrumento en su versión extensa y breve para evaluar al autoeficacia para realizar actividades cotidianas en ancianos mexicanos (AeRAC y AeRAC-Breve).

La importancia de las actividades cotidianas que realizan los adultos mayores es que todas ellas, clasificadas en actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria, son unas de las tantas dimensiones o indicadores del constructo de calidad de vida que un adulto mayor muestra, ya que dicho constructo constituye lo que los adultos mayores pueden llevar a cabo, la capacidad funcional que poseen, los recursos físicos, psicológicos y sociales con los que cuentan, y el grado de satisfacción con la vida que informan por ello. Por lo que en el capítulo cinco, Christian Oswaldo Acosta-Quiroz nos presenta y describe el Inventario sobre Actividades Instrumentales y Avanzadas de la Vida Diaria en Adultos Mayores (INACVIDIAM) y su relación con la calidad de vida.

Dicho sea de paso, cabe mencionar que el constructo de calidad de vida es abordado en distintos textos de diversas disciplinas y está muy relacionado con la salud; así que me parece prudente presentarles una definición que tomo de la Organización Mundial de la Salud, la que cito a continuación:

Es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses.

Este constructo está compuesto por dos dimensiones, una objetiva y otra subjetiva; la primera está relacionada con lo que la persona es capaz de hacer, es decir, el estado funcional, así como de la disponibilidad y el acceso a los recursos y las oportunidades que tienen los sujetos para usar las habilidades para conseguir sus intereses. Mientras que la dimensión subjetiva está relacionada con la sensación de bienestar.

De tal suerte que si el interés de la psicología es el bienestar de las personas, el propósito de toda intervención psicológica será el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos que, como se mencionó antes, dependerá entre otros aspectos de los recursos con los que cuente, unos de éstos son los recursos de apoyo social. Su importancia la describen en el capítulo seis Víctor Manuel Mendoza-Núñez y su colega María de la Luz Martínez-Maldonado, donde

consideran a las redes sociales como elemento fundamental para el desarrollo integral de las personas adultas mayores. En este sentido, las redes sociales se componen de las personas disponibles en potencia, quienes pueden brindar apoyo material, instrumental, emocional, compañía, ayuda y consejo. Ellos nos presentan un instrumento la Escala de Redes Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM), desarrollado con el propósito de detectar las redes de apoyo social e informal, el tipo de apoyo y grado de satisfacción con el que cuentan los ancianos, a fin de fortalecerlas o complementarlas y contribuir así con una mejor calidad de vida y adaptación en la vejez.

Como ha quedado claro, la vejez implica un proceso de pérdidas y ganancias, para lo cual los ancianos deberán afrontar los cambios que se presentan en esta etapa de la vida. En el proceso de afrontamiento y adaptación a la vejez, la manera en cómo los adultos mayores evalúan todos los cambios y los acontecimientos en su vida es un factor de gran importancia. Parte esencial de esta evaluación son los pensamientos, las creencias, las cogniciones o las ideas, que al ser irracionales, los llevan a vivir esta etapa con desagrado e infelicidad. Por ello, Samana Vergara-Lope Tristán nos presenta, en el capítulo siete, un cuestionario que evalúa las creencias irracionales (CII) para ancianos. Este instrumento es una herramienta útil que permite detectar qué tan irracional está siendo la persona, y en qué áreas o ideas específicas se debe hacer énfasis en el momento de enseñar nuevas habilidades de análisis de pensamiento, además de servir como un instrumento sensible a los cambios que se espera se presenten después de una intervención psicológica.

Entre las transformaciones psicosociales que se vinculan con la adultez mayor destaca la depresión. La delimitación de la depresión con respecto a otros sentimientos como la tristeza o soledad aún tiene que ser documentada. Al respecto, en el capítulo ocho, María Montero-López Lena y Armando Rivera-Ledesma mencionan que existe una alta correlación entre depresión y soledad, no obstante, son variables independientes meritorias de estudio particular. Así que ellos abordan a la soledad, como un fenómeno multidimensional, cuyo impacto sobre el funcionamiento psicológico del individuo dependerá de la interpretación que haga éste de sus vivencias vinculadas a carencias afectivas. De tal manera, la soledad, como lo mencionan, puede ser evaluada a manera de experiencia negativa o de oportunidad de crecimiento personal. Asimismo, señalan que la experiencia de soledad en el anciano es un fenómeno poco estudiado dentro del contexto mexicano. En particular, llama la atención que, a pesar de que esta experiencia ha sido vinculada con la disminución del sistema inmunológico y como antecedente de estados depresivos en adolescentes y en adultos, son escasos aún los estudios que documenten el impacto de dicho fenómeno sobre el

funcionamiento psicológico del adulto mayor en México. Así que enfatizan que es clara la necesidad de sufragar esta carencia y aportar evidencia que permita derivar opciones de tratamiento psicológico integral ad-hoc para este sector de la población. Por lo que en su capítulo, plantean que un primer paso es la identificación de medidas que den cuenta de la frecuencia y la magnitud de la experiencia solitaria en los adultos mayores mexicanos. Por ello presentan y describen una versión del Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL, adaptada en particular para adultos mayores, denominada IMSOL-AM.

Al igual que los sentimientos de soledad, otros constructos que se han asociado a la vejez son el dolor, la pobreza, la discapacidad, la enfermedad y la muerte. Temas que se intentan disimular y ocultar y que, sin embargo, han experimentado un considerable impulso en los últimos años, tal vez provocado por factores como el aumento de la esperanza de vida, la emergencia de la filosofía de los cuidados paliativos y la progresiva institucionalización del proceso de la muerte, que plantean la necesidad de disponer de programas de formación y profesiones especializados. Una parte importante de estos trabajos se ha aplicado al estudio del impacto emocional y las estrategias de afrontamiento que la muerte provoca en los profesionales sanitarios, los cuales han de asumir como parte de su trabajo, el sufrimiento y la muerte ajenas. Así, en el capítulo nueve, Joaquín Tomás-Sábado, profesor de la Universidad Autónoma de Barcelona, España, nos presenta algunas escalas que pretenden aportar un conjunto de instrumentos psicométricos válidos y confiables para la evaluación de las actitudes ante la muerte en sujetos de habla hispana. Uno de los objetivos principales de la validación de estos instrumentos al español fue disponer de medidas que permitiesen la investigación intercultural. Desde esta perspectiva, se procuró en todo momento respetar al máximo posible los formatos originales y el significado de los reactivos, de manera que las comparaciones entre muestras de sujetos pertenecientes a distintos entornos lingüísticos y culturales pudiesen hacerse con garantías de equivalencia. No obstante, como él mismo lo señala, las escalas se han validado para su uso en la población española, por lo que su aplicación en otros países de habla castellana puede precisar modificaciones y adaptaciones léxicas que faciliten su correcta comprensión.

Por último, para el adulto mayor tal vez el peso más grande no sea el envejecer, sino la serie de cambios sociales y prejuicios a los que se expone conforme avanza en edad, debido a que la vejez es considerada como una etapa de decremento en las habilidades, pasividad, deterioro, enfermedad e incluso de ineficiencia y, finalmente, una espera a la llegada de la muerte. Por otro lado, el crecimiento del número de adultos mayores en los últimos años ha llevado a reconocer a la edad como un problema, de tal suerte

que los investigadores han comenzado a interesarse en las actitudes hacia la muerte en esta población y cómo dichas actitudes se relacionan con otros factores que impactarán sus últimos días. Por lo anterior, se acepta que la muerte es una de las fuentes de impacto emocional más significativo para el ser humano. El tema de la muerte y en particular los sentimientos, miedos y actitudes que genera, son de interés, debido a que constituye un elemento desencadenador de actitudes individuales y sociales, así como de emociones que pueden tener efectos positivos o negativos sobre la conducta humana al ayudar o interferir en los procesos que la regulan. La adaptación del anciano a la muerte se considera un aspecto crucial del envejecimiento, de ahí el interés de contar con instrumentos que evalúen la ansiedad ante el deceso, con el propósito de estudiar la forma en que éste afecta al equilibrio del ser humano y de los mecanismos de afrontamiento y readaptación usados para hacer frente a ese hecho. Por ello, en el capítulo diez, César Elizalde García y Ana Valeria Flores Grifaldo nos muestran el procedimiento que siguieron en la construcción de una escala de ansiedad ante la muerte para adultos mayores mexicanos (EAMA).

Finalmente, es importante mencionar que el uso de los instrumentos que se presentan en la obra que tienen en sus manos, a pesar del objetivo de su creación, no es exclusivo del campo clínico psicológico, pues el trabajo gerontológico es más amplio e implica muchas otras disciplinas. Debido a ello pueden ser utilizados por profesionales de otras áreas afines, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, educadores, entre otras personas. Se recomienda su aplicación para la detección de necesidades psicoeducati-

vas en los grupos de adultos mayores o en lo individual, para mejorar el diagnóstico del funcionamiento psicológico de los ancianos con el propósito de mejorar su atención y contribuir con un mejoramiento en la calidad de vida y el bienestar general de nuestros adultos mayores. No solo se trata de añadir años a la vida de los ancianos, sino de dar vida de calidad a sus últimos años.

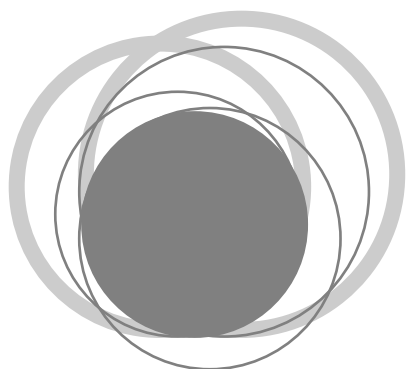
Mucho agradezco el prólogo a Juan José Sánchez-Sosa, quien ha tenido a bien aceptar la invitación que le hiciera en su momento, siempre con gran amabilidad y con las palabras precisas.

Al mismo tiempo le doy las gracias a la Editorial Manual Moderno por la confianza depositada en la presente obra, que espero sea de gran utilidad tanto para el psicólogo clínico y de la salud, como para el investigador, profesor universitario, o estudiantes de psicología de pre y pos grado, y de áreas afines.

Y, de mayor trascendencia, a quien va dirigida la obra, propósito y fin último, a quien mejor puede servir el contenido del libro: nuestros adultos mayores, quienes en su momento estuvieron preocupados por nosotros, las nuevas generaciones, y nos dejaron lo que hoy somos. Ahora ellos son nuestro principal interés: el bienestar de nuestros ancianos.

Esta obra es un homenaje y una manera de agradecer sus enseñanzas, su ejemplo y su camino, con mucho cariño y respeto para nuestros adultos mayores.

Ana Luisa González-Celis Rangel
Septiembre de 2009



INDICE

Prólogo	VII
Juan José Sánchez-Sosa	
Introducción	IX
Ana Luisa González-Celis Rangel	
Capítulo 1. Actitudes negativas hacia la vejez en población mexicana: aspectos psicométricos de una escala	1
María del Rocío Hernández-Pozo, Marisol Torres Nolasco, Osvaldo Coronado Álvarez, Ángela Herrera García, Pilar Castillo Nava, Alejandra Sánchez Velasco	
Capítulo 2. Preocupación por la vejez en universitarios: empleo de medidas verbales, conductuales y fisiológicas	17
María del Rocío Hernández-Pozo, Marisol López Curiel, Pilar Castillo Nava, Osvaldo Coronado Álvarez, Alejandra Sánchez Velasco	
Capítulo 3. Escala de Estructura de Pérdidas en el Adulto Mayor	31
Armando Rivera-Ledesma, María Montero-López Lena	
Capítulo 4. Autoeficacia para realizar actividades cotidianas (AeRAC) en ancianos mexicanos	47
Ana Luisa González-Celis Rangel	
Capítulo 5. El Inventario de Actividades de la vida diaria en adultos mayores y su relación con la calidad de vida	75
Christian Oswaldo Acosta Quiroz	
Capítulo 6. Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM)	95
Víctor Manuel Mendoza-Núñez, María de la Luz Martínez Maldonado	

Capítulo 7.	Cuestionario de Ideas Irracionales (CII) para Adultos Mayores Mexicanos	113
	Samana Vergara-Lope Tristán	
Capítulo 8.	IMSOL-AM: Escala de Soledad en el Adulto Mayor	123
	María Montero-López Lena, Armando Rivera-Ledesma	
Capítulo 9.	Instrumentos de Evaluación de las Actitudes Ante la Muerte	133
	Joaquín Tomás-Sábado	
Capítulo 10.	Escala de Ansiedad ante la Muerte para Ancianos Mexicanos	155
	César Elizalde García, Ana Valeria Flores Grifaldo	



ACTITUDES NEGATIVAS HACIA LA VEJEZ EN POBLACIÓN MEXICANA: ASPECTOS PSICOMÉTRICOS DE UNA ESCALA

MARÍA DEL ROCÍO HERNÁNDEZ-POZO

Proyecto de Investigación en Aprendizaje Humano
Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala

MARISOL TORRES NOLASCO

Carrera de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala

OSMALDO CORONADO ÁLVAREZ

Proyecto de Investigación en Aprendizaje Humano
Universidad Nacional Autónoma de México,
FES Iztacala

ÁNGELA HERRERA GARCÍA

Facultad de Ciencias Sociales. Campus Psicología, Acapulco, Gro.
Universidad Autónoma del Estado de Guerrero.

PILAR CASTILLO NAVA

Carrera de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala

ALEJANDRA SÁNCHEZ VELASCO

Proyecto de Investigación en Aprendizaje Humano
Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala

RESUMEN

El presente estudio se diseñó para indagar, mediante el Cuestionario de Actitudes a la Vejez (CAV), las actitudes negativas hacia el envejecimiento, esto es: el grado en que el tema de la senectud evoca asociaciones negativas. Participaron en el estudio 987 personas, entre los 15 y los 69 años de edad, que respondieron a la versión original de 24 reactivos. Después de practicar análisis de frecuencias de respuestas, correlaciones de los reactivos con la calificación total y comparaciones de grupos contrastados, se descartaron tres preguntas. El análisis factorial del instrumento produjo tres factores que explicaron 44.5% de la varianza: 1) los estereotipos negativos físicos y conductuales con respecto a la vejez, 2) el miedo al propio envejecimiento, y 3) el miedo al deterioro intelectual y al abandono. La confiabilidad del instrumento fue de $\alpha = 0.831$. Las variables sociodemográficas que produjeron diferencias significativas entre grupos para la calificación global del CAV fueron la edad, el estado civil, el de salud, el tener pareja, el profesar una religión y el nivel de religiosidad. A partir de la dirección de esas

diferencias, el perfil de participantes con puntuación global más elevada fue: ser joven o mayor, ser soltero, divorciado o viudo, estar enfermo, no tener pareja, no profesar alguna religión y tener una mínima participación religiosa.

Palabras clave: actitudes negativas, vejez, edad, cuestionario, género, religiosidad, cronologismo.

El interés por indagar cómo son las reacciones negativas de las personas hacia la vejez se justifica de manera práctica en el terreno de la salud pública, debido a que tales conductas verbales y no verbales afectan de forma directa la calidad de vida de los adultos mayores y modulan el tipo de interacciones dentro del seno familiar, lo que forma un capítulo específico de educación para la salud destinado a mejorar el bienestar individual y el familiar. Las reacciones negativas hacia las personas mayores afectan a los individuos de manera importante en los escenarios laborales, son pertinentes para el entrenamiento de profesionales de la salud que atienden a los ancianos y juegan un papel central, aunque no reconocido, en el proceso de toma de decisiones y aprobación de leyes que repercuten diferencialmente en la senectud.

No sólo los psicólogos se han ocupado de estudiar las actitudes hacia la vejez, sino también historiadores, sociólogos, literatos, filósofos y economistas han publicado ensayos en los cuales analizan las prácticas que diferentes sociedades han empleado, a lo largo del tiempo, con el fin de atender a los adultos mayores o, las más de las veces, con las cuales los han desatendido (Thane, 2003).

En un estudio realizado en Inglaterra a partir de entrevistas a profundidad a 74 ancianos (60 a 74 años) de cuatro etnias se encontró que la calidad de vida durante la vejez gira alrededor de seis aspectos: desempeñar un papel significativo, contar con redes de apoyo, ingresos, salud, disfrutar del tiempo y tener autonomía (Higgs, Hyde, Wiggins, & Blane, 2003). Si esto es así, entonces la antítesis de esas condiciones sería la fuente principal de los temores a envejecer, al menos para ese mismo grupo de edad. Mientras que para los adultos mayores el principal temor es llegar a la pérdida del control, de la autonomía, del placer y de la autorrealización (Higgs et al., 2003), los adolescentes consideran que sería quizá mayor la probabilidad de temer a la pérdida de belleza y destreza, o el surgimiento de achaques y conductas que experimentan los ancianos y las cuales son consideradas por los jóvenes fuera de lugar o ridículas; los estereotipos negativos en apariencia y los deterioros conductuales probablemente constituyan los principales focos rojos alrededor de los que se genera el miedo a envejecer entre la población juvenil.

Desde el terreno de la medicina, Mulley (2007) minimiza ciertos mitos asociados al envejecimiento masculino, en especial aquellos que se asocian con la homogeneidad, la soledad, el pensamiento rígido, la falta de productividad y la ausencia de conducta sexual; sin embargo, esos estereotipos negativos y muchos otros vinculados con el envejecer de ambos sexos son dominantes en las prácticas cotidianas a lo largo y a lo ancho de diferentes regiones geográficas urbanas, que son las más estudiadas, y también en diferentes estratos sociales. Las prácticas discriminatorias hacia los viejos parecieran más severas cuando están dirigidas al género femenino (Thane, 2003; Palmore, 2005), grupo que ha recibido menor atención de los estudiosos, sin embargo, los datos basados en un metaanálisis realizado por Kite, Stockdale, Whitley y Johnson (2005) no son concluyentes en ese sentido, debido a que no se cuenta con suficiente información sobre algunas de las categorías, y a que, dependiendo de la categoría analizada, el cronologismo se acentúa para las mujeres o para los hombres.

Algunas de las investigaciones que se han publicado con respecto a las opiniones acerca de envejecer han explorado por igual actitudes positivas como negativas. Por ejemplo: Gething (1994) diseñó el Cuestionario de Reacciones al Envejecimiento (CRE), consistente en 27 preguntas. Subraya que su cuestionario difiere de los otros ya existentes en cuanto a que explora los prejuicios personales, más que los

sociales, hacia la vejez. En esa investigación se encontró que el cuestionario cuenta con seis factores subyacentes: ansiedad hacia el futuro, bienestar físico, bienestar psicológico, negación de estar viejo, aislamiento y actividad. Unsworth McKee y Mulligan (2001), en tanto, al aplicar el CRE a población joven (139 estudiantes) y adultos medios (45 profesores) encontraron cinco factores diferentes a los originales: 1) optimismo hacia la edad adulta, 2) preocupación por el deterioro mental y físico, 3) mantenimiento de las habilidades personales, 4) preocupación por los ajustes futuros y 5) miedo a la muerte. En ese estudio se encontró el mismo grado de negatividad de estereotipos asociados a la vejez en ambos grupos, con la salvedad de que los adultos de edad media mostraron actitudes más optimistas que los adultos jóvenes ante el envejecimiento. Tal fenómeno puede estar asociado al hallazgo reportado en la literatura en cuanto a que a medida que las personas envejecen ubican el comienzo de la senectud más tardíamente (Cameron, 1969; Drevenstedt, 1976); sin embargo, los autores reportan que aún no se ha determinado un efecto mediador robusto entre el aumento de las actitudes positivas hacia la vejez, en función de la edad, y el incremento del punto en que se fija el inicio de la ancianidad conforme aumenta el número de años que se ha vivido. Unsworth et al. (2001) no reportaron diferencias entre sexos en las respuestas al CRE, en oposición a lo que otros autores han documentado en el sentido de que las mujeres manifiestan menos estereotipos negativos hacia la vejez que los hombres (Slevin, 1991).

Rupp, Vodanovich y Crede (2005) ofrecen una excelente revisión crítica de algunos de los principales instrumentos desarrollados para valorar los prejuicios hacia las personas mayores, también conocido como cronologismo. En la actualidad existen al menos siete cuestionarios diferentes que miden temas asociados al sesgo social o personal hacia envejecer (Tuckman & Lorge, 1953; Golde & Kogan, 1959; Kogan, 1961; Palmore, 1977; Rosencranz & McNevin, 1969; Fraboni, Saltone & Hughes, 1990; Gething, 1994).

El término cronologismo, que autores como Losada (2004) prefieren denominar en castellano como edadismo, fue propuesto, en principio, por Butler (1969) para describir el prejuicio y la discriminación dirigidos hacia las personas mayores. El cronologismo es un fenómeno construido en sociedad. Consiste en sostener opiniones estereotipadas y actitudes negativas hacia los adultos mayores, con componentes cognitivos y afectivos, que afectan la calidad de las interacciones generacionales. El impacto del cronologismo en los índices de igualdad de 1950 a 1970 en Estados Unidos fue mayor y más duradero que el atribuible a los prejuicios discriminatorios del sexismo y del racismo, tanto para la variable educación como el número de semanas laboradas al año (Palmore, 2005).

El cronologismo está presente aún en culturas que por tradición muestran un gran respeto a sus ancestros, como

es el caso de las orientales, en comparación con las formas modernas de cultura occidental. Un estudio diseñado a fin de indagar el particular no encontró diferencias entre ambas sociedades en cuanto a los prejuicios negativos hacia la vejez (Boduroglu, Yoon, Luo & Park, 2006).

Dicho cronologismo es un fenómeno tan sutil, común y persistente, que podría decirse que es casi invisible y, por lo tanto, tan difícil de detectar como problemático (Rupp et al., 2005).

En un estudio sobre cronologismo, Rupp et al. eligieron la escala de Fraboni et al. (1990) debido a que, argumentaron, enfatiza el carácter multidimensional del fenómeno al dar cuenta tanto de aspectos cognitivos como afectivos de esta tendencia. En ese trabajo, los autores encontraron que los jóvenes y los hombres muestran mayor cronologismo que las mujeres y los adultos mayores.

Existen pocas investigaciones que se enfoquen en las actitudes negativas hacia la vejez y sólo contengan factores que indaguen la senectud per se, y no una combinación de temor a envejecer y a la muerte, como es el caso de algunas escalas.

La revisión de la literatura con respecto a actitudes hacia la vejez también resalta la falta de investigación sobre la influencia que pueden ejercer otras variables sociodemográficas sobre las actitudes negativas, por ejemplo el ser parte de redes sociales, de manera formal o informal, así como la composición y el lugar de la persona dentro del núcleo familiar de origen. También faltan estudios relativos a la influencia que pueden ejercer las prácticas religiosas sobre las actitudes hacia la vejez (Thane, 2003).

El presente estudio se diseñó con el fin de indagar, mediante un cuestionario de autorreporte, sólo las actitudes negativas hacia el envejecimiento, esto es: el grado en que, debido al condicionamiento semántico, el tema de vejez evoca asociaciones negativas cuando se trata de ideaciones sobre la senectud propia o la de terceros, las reacciones estereotipadas hacia esa etapa de la vida, así como su relación con el género femenino y el masculino. De manera adicional, se exploró la influencia moduladora que pueden ejercer otras características sociodemográficas como la escolaridad, el orden de nacimiento, el estado de salud y las variables relacionadas indirectamente con ser parte de redes sociales, como es el caso del estado civil, tener o no pareja, el número de hermanos, el de hijos, contar o no con trabajo asalariado, profesar una religión y el grado de dedicación a ésta o la religiosidad. Estas variables fueron exploradas en población mexicana de un amplio rango cronológico.

MÉTODO

Se emplearon técnicas de investigación psicométrica para probar las propiedades estadísticas de un CAV, en diferen-

tes grupos de personas seleccionadas por sus características para participar en el estudio.

SUJETOS

Participaron en el estudio 987 personas, cuyas edades fluctuaron entre los 15 y los 69 años, con una media de 33.7 años; 59.3% eran mujeres. La muestra estuvo constituida por cinco grupos: a) 516 personas sanas de población general, b) 313 estudiantes universitarios, c) 100 pacientes con padecimientos crónicos o agudos, d) 31 profesionales de la salud y e) 27 adultos con prácticas espirituales regulares. Los participantes colaboraron de manera voluntaria y fueron notificados de que sus resultados personales se tratarían de manera confidencial.

Las características sociodemográficas de los participantes fueron: escolaridad máxima de primaria 8.3%; secundaria, 16.9%; bachillerato, 21.5%, y nivel licenciatura o superior 53.3%. Con respecto al estado civil 46.2% fueron solteros; casados, 44.9%; separados o divorciados 5.3%; en unión libre, 1.3%, y viudos 2.3%. En cuanto al orden de nacimiento 33.5% eran primogénitos. El número de hermanos reportados osciló entre 0 y 15, mientras que el número de hijos varió de 0 (46.5%) a 15. El 29.8% reportó no practicar religión alguna, mientras que 31.2% indicó que su práctica religiosa era de 0, en una escala del 0 al 5.

MATERIALES

Se empleó un cuestionario con 24 preguntas a las cuales se respondía en una escala de cuatro opciones ordinales. Éstas iban desde completamente en desacuerdo hasta completamente de acuerdo. Los 24 reactivos originales del CAV aparecen en el cuadro 1-1, mientras que en el anexo 1-1 se presenta la versión depurada con 21 reactivos, producto del análisis de reactivos y el análisis factorial que se detalla en la sección de resultados.

PROCEDIMIENTO

Se realizó un estudio preliminar con alumnos universitarios en el que se probó la comprensión de los términos empleados en una versión inicial de la lista con 24 reactivos. El resultado reveló que todos fueron entendidos de forma adecuada.

El CAV fue aplicado de manera grupal con un mínimo de instrucciones. Además, los participantes respondieron una ficha de datos personales donde se les preguntaba su edad, escolaridad, estado civil, si padecían o no alguna enfermedad crónica y, de tenerla, cuál era, el número de hijos, el de hermanos, el orden de nacimiento, si trabajaba de manera asalariada, si tenía pareja, si profesaba alguna religión y el grado de participación en la misma en una escala del 0 al 5.

RESULTADOS

La validación del CAV se realizó en dos pasos: primero mediante el análisis de reactivos y luego por medio del análisis factorial del cuestionario. Después se presentaron datos de confiabilidad y al final se compararon resultados entre los diferentes grupos que participaron en el estudio, con el fin de analizar el comportamiento diferencial de éstos frente al CAV.

ANÁLISIS DE REACTIVOS

El análisis de reactivos constó de tres aspectos: análisis de frecuencias de respuesta a cada reactivo, correlación de los

reactivos con la calificación total y comparación de grupos contrastados.

ANÁLISIS DE FRECUENCIAS

Para asegurar la normalidad de cada uno de los reactivos se analizó su distribución de frecuencias. Se eliminaron los reactivos que tuvieron 75% o más de las respuestas en una de las opciones (véase cuadro 1-1). Mediante el empleo de este criterio se eliminaron los reactivos 6 (Los viejos son personas aburridas), 7 (Sería molesto que algún día me llamaran abuelo) y 17 (Los ancianos me dan lástima). En los tres casos más de 75% de los participantes estuvieron en completo desacuerdo con esas afirmaciones, razón por la cual esos reactivos fueron descartados.

Cuadro 1-1 Porcentaje de respuestas para cada opción

Reactivos	Opciones				Total
	1	2	3	4	
	Completo desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Completo Acuerdo	
1. Me daría tristeza ser viejo(a)	53.8	21.0	17.6	7.6	100.0
2. Sería desagradable que me salieran arrugas	49.2	24.0	18.4	8.4	100.0
3. Me da miedo envejecer	53.0	22.6	15.7	8.7	100.0
4. No me gustaría que la gente me viera con canas	58.9	21.2	12.0	7.9	100.0
5. La boca de una persona vieja huele mal	49.5	27.4	16.0	7.1	100.0
6. Los viejos son personas aburridas	76.8	13.9	6.0	3.3	100.0
7. Sería molesto que algún día me llamaran abuelo(a)	81.1	10.0	4.7	4.2	100.0
8. Sería espantoso perder mis capacidades mentales con la edad	29.1	16.2	19.4	35.3	100.0
9. Los viejos se vuelven necios y repetitivos	37.3	29.3	23.1	10.3	100.0
10. Con la edad viene la tristeza y la soledad	52.8	22.2	15.3	9.7	100.0
11. Las mujeres canosas son poco atractivas	61.5	22.5	8.9	7.1	100.0
12. A los viejos los olvidan en un rincón	47.7	20.6	22.2	9.5	100.0
13. Los hombres que se quedan calvos son poco atractivos	57.3	19.9	14.5	8.3	100.0
14. Una mujer debe evitar todo signo de vejez	61.9	20.2	10.5	7.4	100.0
15. Estar viejo es deprimente	71.2	17.7	6.9	4.2	100.0
16. Los ancianos huelen mal	63.2	23.9	9.5	3.4	100.0
17. Los ancianos me dan lástima	76.4	13.9	6.2	3.5	100.0
18. Es fácil tomarle el pelo a las personas mayores	69.7	16.8	10.2	3.3	100.0
19. Estar viejo quiere decir perder la independencia	62.4	21.5	12.0	4.1	100.0
20. Los viejos dan mucha lata	67.0	20.8	8.1	4.1	100.0
21. Los peores conductores son las personas mayores	66.6	21.9	7.9	3.6	100.0
22. Los viejitos son avaros	66.2	20.3	9.1	4.6	100.0
23. Los asilos para personas mayores son deprimentes	37.8	23.5	16.7	22.0	100.0
24. Temo hacerme inútil con la edad	34.3	16.9	21.0	27.8	100.0

CORRELACIÓN REACTIVOS-CALIFICACIÓN TOTAL

En este segundo criterio del análisis de reactivos los 21 restantes fueron correlacionados con la calificación total. Todos los reactivos tuvieron correlaciones significativas ($p = 0.01$) con valores superiores a 0.46 como se puede observar en el cuadro 1-2.

COMPARACIÓN DE GRUPOS CONTRASTADOS

El tercer aspecto de análisis de reactivos se basó en la comparación de cada uno de ellos para grupos contrastados. Con el propósito de determinar si los reactivos discriminaban entre los sujetos que obtuvieron calificaciones totales altas y los de calificaciones bajas, se contrastó el grupo inferior (con puntajes de medias menores al $Q_1 = 1.381$) contra el superior (a partir de medias del $Q_3 = 2.095$) utilizando pruebas t.

Con estos criterios se compararon los grupos extremos en lo relativo a las actitudes que con respecto a la vejez fueron reportadas; el grupo bajo estuvo conformado por 252 sujetos y el alto por 259. Como puede apreciarse en el cuadro 1-3, los 21 reactivos que aprobaron los primeros dos criterios, también lo hicieron con este tercer criterio, al discriminar significativamente entre ambos grupos extremos.

ANÁLISIS FACTORIAL

La validez de construcción del instrumento se calculó mediante el análisis factorial. Se realizó un estudio de componentes principales con iteración (PA1), a fin de extraer factores consistentes de manera interna. Se eligió el método de rotación varimax por la solución factorial producida.

El análisis reportó tres factores iniciales con valores eigen superiores a 1, los cuales explicaron 44.5% de la varianza (véase cuadro 1-4).

Todos los reactivos tuvieron cargas factoriales mayores a .33.

Los factores fueron definidos de acuerdo con su contenido conceptual de la siguiente manera:

Cuadro 1-2 Correlación de cada reactivo con la calificación total

Reactivo	r
1. Me daría tristeza ser viejo(a)	.564**
2. Sería desagradable que me salieran arrugas	.575**
3. Me da miedo envejecer	.574**
4. No me gustaría que la gente me viera con canas	.509**
5. La boca de una persona vieja huele mal	.538**
8. Sería espantoso perder mis capacidades mentales con la edad	.481**
9. Los viejos se vuelven necios y repetitivos	.596**
10. Con la edad viene la tristeza y la soledad	.598**
11. Las mujeres canosas son poco atractivas	.563**
12. A los viejos los olvidan en un rincón	.542**
13. Los hombres que se quedan calvos son poco atractivos	.536**
14. Una mujer debe evitar todo signo de vejez	.556**
15. Estar viejo es deprimente	.599**
16. Los ancianos huelen mal	.596**
18. Es fácil tomarle el pelo a las personas mayores	.498**
19. Estar viejo quiere decir perder la independencia	.549**
20. Los viejos dan mucha lata	.590**
21. Los peores conductores son las personas mayores	.485**
22. Los viejitos son avaros	.485**
23. Los asilos para personas mayores son deprimentes	.463**
24. Temo hacerme inútil con la edad	.534**

**p = 0.01

Cuadro 1-3 Comparación del grupo con puntajes bajos vs. altos

Reactivo	Medias		
	Grupo bajo	Grupo alto	Valor t
1. Me daría tristeza ser viejo(a)	1.20	2.49	16.910***
2. Sería desagradable que me salieran arrugas	1.22	2.66	19.497***
3. Me da miedo envejecer	1.16	2.60	19.552***
4. No me gustaría que la gente me viera con canas	1.13	2.41	16.492***
5. La boca de una persona vieja huele mal	1.17	2.48	18.814***
8. Sería espantoso perder mis capacidades mentales con la edad	1.79	3.39	17.743***
9. Los viejos se vuelven necios y repetitivos	1.33	2.83	21.176***
10. Con la edad viene la tristeza y la soledad	1.16	2.61	20.151***
11. Las mujeres canosas son poco atractivas	1.11	2.33	16.660***
12. A los viejos los olvidan en un rincón	1.28	2.65	18.702***
13. Los hombres que se quedan calvos son poco atractivos	1.11	2.62	14.841***
14. Una mujer debe evitar todo signo de Vejez	1.15	2.37	16.423***
15. Estar viejo es deprimente	1.06	2.11	15.754***
16. Los ancianos huelen mal	1.08	2.20	17.942***
18. Es fácil tomarle el pelo a las personas mayores	1.13	2.01	12.484***
19. Estar viejo quiere decir perder la independencia	1.12	2.20	15.857***
20. Los viejos dan mucha lata	1.06	2.14	16.690***
21. Los peores conductores son las personas mayores	1.12	2.03	13.380***
22. Los viejitos son avaros	1.09	2.05	14.291***
23. Los asilos para personas mayores son deprimentes	1.52	2.88	15.474***
24. Temo hacerme inútil con la edad	1.46	3.27	21.874***

***p = .000

Cuadro 1-4 Factores iniciales y varianza explicada

Factor	Valor eigen	Varianza explicada	
		%	% acumulativo
1	6.402	30.485	30.485
2	1.796	8.552	39.037
3	1.155	5.501	44.538

1. Estereotipos negativos físicos y conductuales asociados a la vejez.
2. Miedo al propio envejecimiento.
3. Miedo al deterioro intelectual y al abandono.

En el cuadro 1-5 se muestran las cargas factoriales de los 21 reactivos y los factores a los que corresponden.

Las correlaciones entre los factores fueron estadísticamente significativas (véase cuadro 1-6).

Confiabilidad de la escala

Se obtuvo una alta consistencia interna para la escala total y para los tres primeros factores (véase cuadro 1-7).

COMPARACIÓN DE GRUPOS

A continuación se presentan los resultados del CAV en función de las variables sociodemográficas investigadas. Se analizaron 12 variables: sexo, edad, escolaridad, estado civil, orden de nacimiento, número de hermanos, número de hijos, estado de salud, tener pareja, tener trabajo asalariado, profesar una religión y el grado de religiosidad. Sólo se detallan las comparaciones por grupos si al menos dos subescalas y la escala total arrojaron diferencias significativas entre los participantes. Las variables que no reunieron estos requisitos fueron: sexo, escolaridad, el orden de nacimiento, el número de hermanos, el de hijos y tener o no un trabajo asalariado.

Cuadro 1-5 Factores obtenidos y cargas factoriales

Reactivo	1	2	3
	Estereotipos negativos físicos y conductuales	Miedo al propio envejecimiento	Miedo al deterioro intelectual y al abandono
20. Los viejos dan mucha lata	.677		
16. Los ancianos huelen mal	.647		
21. Los peores conductores son las personas mayores	.624		
22. Los viejitos son avaros	.608		
15. Estar viejo es deprimente	.601		
18. Es fácil tomarle el pelo a las personas mayores	.586		
19. Estar viejo quiere decir perder la independencia	.577		
11. Las mujeres canosas son poco atractivas	.424		
13. Los hombres que se quedan calvos son poco atractivos	.402		
14. Una mujer debe evitar todo signo de vejez	.400		
5. La boca de una persona vieja huele mal	.337		
3. Me da miedo envejecer		.805	
2. Sería desagradable que me salieran arrugas		.784	
1. Me daría tristeza ser viejo(a)		.756	
4. No me gustaría que la gente me viera con canas		.689	
8. Sería espantoso perder las capacidades mentales con la edad			.718
9. Los viejos se vuelven necios y repetitivos			.623
24. Temo hacerme inútil con la edad			.583
23. Los asilos para personas mayores son deprimentes			.531
10. Con la edad viene la tristeza y la soledad			.500
12. A los viejos los olvidan en un rincón			.460

SEXO

Participaron en el estudio 402 hombres y 585 mujeres; estos subgrupos produjeron diferencias en puntajes para dos subescalas, pero no generaron diferencias en cuanto a la calificación global. La subescala 1, de estereotipos negativos físicos y conductuales asociados a la vejez, tampoco produjo diferencias entre subgrupos. Las mujeres

generaron puntajes significativamente más elevados en las subescalas 2 de miedo al propio envejecimiento ($x = 1.67$ hombres, $x = 1.86$ mujeres, $t = 3.74$, $p < 0.001$), y en la 3 de miedo al deterioro intelectual y al abandono ($x = 2.09$ hombres, $x = 2.23$ mujeres, $t = 3.172$, $p = 0.002$), al ser comparadas con sus contrapartes varones, pero la calificación global fue estadísticamente equivalente para ambos géneros.

Cuadro 1-6 Índices de correlación entre las subescalas

Subescalas	1	2	3
1. Estereotipos negativos físicos y conductuales asociados a la vejez	1	.474**	.632**
2. Miedo al propio envejecimiento	.474**	1	.419**
3. Miedo al deterioro intelectual y al abandono		.632**	.419** 1

*** $p = .01$

Cuadro 1-7 Coeficientes de consistencia interna obtenidos para las subescalas y la escala total

Subescala	Número de reactivos	Alpha de Cronbach
1. Estereotipos negativos físicos y conductuales asociados a la vejez	11	.856
2. Miedo al propio envejecimiento	4	.538
3. Miedo al deterioro intelectual y al abandono	6	.721
Escala total	21	.831

Cinco preguntas del cuestionario fueron consideradas a priori como sensibles al género, debido a que hacían referencia a aspectos estéticos de la apariencia personal que en la sociedad son enfatizados más para el género femenino que para el masculino. En el cuadro 1-8 se muestran las preguntas específicas, las medias para ambos grupos, así como la comparación entre grupos mediante la prueba t de Student. De las cinco preguntas que, por cierto, cargaron en las dos primeras subescalas, sólo tres de ellas, la 2, la 4 y la 11, arrojaron diferencias significativas entre grupos. De acuerdo con los resultados del cuadro 1-8, las mujeres participantes expresaron mayor desagrado que sus contrapartes por tener arrugas y canas, pero fueron los hombres quienes superaron a aquéllas al señalar que las mujeres canosas no eran atractivas. La calvicie, de modo contrario a lo esperado, fue desagradable por igual para ambos grupos; asimismo, coincidieron en que era una tarea específica para las mujeres el evitar los signos de la vejez.

EDAD

Con respecto a la influencia de la edad sobre el autorreporte de actitudes negativas hacia la vejez se organizaron los datos en función de tres grupos de los años cumplidos,

considerando como puntos de corte los 30 y 50. De ese modo, el grupo de edad baja estuvo conformado por los participantes entre 15 y 29 años ($n = 481$), el grupo medio incluyó a las personas entre 30 y 49 ($n = 314$) y el grupo de edades superiores estuvo constituido por los participantes de 50 a 69 ($n = 192$). Como se puede apreciar en el cuadro 1-9, no se encontró una relación lineal entre los grupos etarios y el valor de las actitudes negativas hacia la vejez, a excepción de la subescala 2 del miedo al propio envejecimiento, en la que se registró una relación inversa, esto es: a mayor edad, menor actitud negativa hacia la vejez. En cuanto a las otras dos subescalas, así como para la calificación global, los grupos extremos, el más joven de 15 a 29 años y el mayor de 50 a 69, mostraron los valores más elevados de actitudes negativas hacia la vejez, al ser comparados con el grupo medio.

ESCOLARIDAD

Para propósitos de este análisis, la escolaridad se clasificó como baja, media y alta, con el siguiente criterio: el grupo bajo estuvo constituido por personas con escolaridades de primaria y secundaria ($n = 249$), el medio por gente con bachillerato ($n = 212$) y el alto por individuos con estudios

Cuadro 1-8 Medias por sexo en preguntas sensibles al género del CAV

Preguntas sensibles al género a priori	Sexo	Media	t
2. Sería desagradable que me salieran arrugas	hombre	1.69	4.371***
	mujer	1.97	
4. No me gustaría que la gente me viera con canas	hombre	1.57	3.172**
	mujer	1.77	
11. Las mujeres canosas son poco atractivas	hombre	1.71	2.647**
	mujer	1.55	
13. Los hombres que se quedan calvos son poco atractivos	hombre	1.68	1.605
	mujer	1.81	
14. Una mujer debe evitar todo signo de vejez	hombre	1.63	0.002
	mujer	1.63	

* $p < .05$, ** $p \leq .01$, *** $p = .000$

Cuadro 1-9 Medias y valores de t de Student por factores y calificación total del CAV por grupo de edad

Subescala	Edades	N	Media	F
1. Estereotipos negativos físicos y conductuales asociados a la vejez	15 a 29	481	1.56	4.782**
	30 a 49	314	1.51	
	50 a 69	192	1.66	
2. Miedo al propio envejecimiento	15 a 29	481	1.86	4.818**
	30 a 49	314	1.72	
	50 a 69	192	1.68	
3. Miedo al deterioro intelectual y al abandono	15 a 29	481	2.20	3.485*
	30 a 49	314	2.09	
	50 a 69	192	2.24	
Escala total	15 a 29	481	1.81	3.681*
	30 a 49	314	1.72	
	50 a 69	192	1.83	

*p < .05, **p < .01, ***p = .000

de licenciatura y posgrado (n = 526). La escolaridad sólo generó diferencias en la subescala 1, de estereotipos negativos físicos y conductuales asociados a la vejez (grupo bajo x = 1.63, medio x = 1.56 y alto x = 1.53; F = 3.503, p = 0.03). De entre ellos, las personas con menor escolaridad exhibieron mayor nivel de estereotipos negativos, en comparación con el grupo de escolaridad alta. El nivel de estudios falló en generar diferencias en las otras dos subescalas y en la calificación global del CAV.

ESTADO CIVIL

El estado civil fue otra variable sociodemográfica que se exploró en este estudio. Con el fin de describir el efecto del estatus legal de tener o no en pareja, sobre las actitudes negativas hacia la vejez, se agruparon las categorías de sol-

tero, divorciado y viudo por un lado (n = 531) y las de casado y unión libre por el otro (n = 456). Se compararon los puntajes del grupo mixto de personas solteras con los obtenidos por el grupo mixto de casados mediante la prueba t de Student y se encontró que las primeras se autorreportaron con niveles más elevados de preocupación por el envejecimiento para las escalas 2 y 3, así como para el puntaje general del CAV. Las diferencias entre grupos fueron estadísticamente significativas. Las medias de los valores por subgrupos se presentan en el cuadro 1-10, así como los valores de la prueba t y los niveles de significancia. Como se puede apreciar en ese cuadro, el grupo mixto de solteros, divorciados y viudos, tomados en conjunto, manifestó mayor preocupación por el propio envejecer y mayor miedo por el deterioro intelectual y el abandono que el grupo mixto de casados.

Cuadro 1-10 Medias y valores de t de Student por factores y calificación total del CAV por estado civil

Subescala	Estado civil	N	Media	t
1. Estereotipos negativos físicos y conductuales asociados a la vejez	Soltero-mixto	531	1.57	0.811
	Casado-mixto	456	1.55	
2. Miedo al propio envejecimiento	Soltero-mixto	531	1.86	3.69***
	Casado-mixto	456	1.68	
3. Miedo al deterioro intelectual y al abandono	Soltero-mixto	531	2.24	3.13**
	Casado-mixto	456	2.10	
Escala total	Soltero-mixto	531	1.83	2.78**
	Casado-mixto	456	1.73	

*p < .05, **p < .01, ***p = .000

ORDEN DE NACIMIENTO

El orden de nacimiento se organizó en tres grupos: el 1 estuvo constituido por los participantes primogénitos ($n = 331$), al 2 lo formaron las personas cuyo orden de nacimiento fue el segundo o tercero ($n = 402$), y el 3 se integró con participantes con orden de nacimiento cuatro o superior ($n = 254$). Esta clasificación de los datos de los sujetos no produjo diferencias entre los grupos para las tres subescalas ni para la calificación total del CAV.

NÚMERO DE HERMANOS

La variable del número de hermanos se organizó ordinalmente en tres grupos: el 1 estuvo integrado por los participantes que eran hijos únicos ($n = 54$), el 2 por las personas que reportaron tener uno o dos hermanos ($n = 328$) y el 3 por aquellos con tres o más hermanos ($n = 605$). Esta clasificación no produjo diferencias significativas entre grupos para la escala 1 ni para la calificación global, pero sí para las escalas 2 ($x = 1.56$ para grupo 1, $x = 1.84$ para grupo 2 y $x = 1.77$ para grupo 3; $F = 3.271$, $p = 0.03$), así como para la escala 3 ($x = 2.06$ para grupo 1, $x = 2.25$ para el grupo 2, y $x = 2.14$ para grupo 3; $F = 3.146$, $p = 0.04$). Los participantes con uno o dos hermanos mostraron mayor preocupación hacia el propio envejecer, así como más miedo al deterioro intelectual y al abandono, en comparación con el resto de los sujetos.

NÚMERO DE HIJOS

Con el fin de organizar los datos en categorías a partir del número de hijos se dividió a los participantes en tres grupos ordinales, el grupo de quienes no tenían hijos ($n = 459$), el grupo de los que tenían uno o dos hijos ($n = 247$) y el grupo de los

padres con tres o más hijos ($n = 281$). Cuando se compararon las respuestas de los sujetos en función de estas categorías no se encontraron diferencias significativas entre grupos de las 3 subescalas; tampoco para la calificación global del CAV.

ESTADO DE SALUD

En contraste, el estado de salud sí produjo resultados diferenciales para los puntajes del CAV. El cuadro 1-11 presenta los datos de los participantes con alguna enfermedad crónica degenerativa o con algún padecimiento agudo ($n = 102$) vs. los datos de las personas sanas ($n = 885$), para las tres subescalas y las calificaciones globales. En ese sentido se encontró que los sujetos con algún padecimiento reportaron niveles significativamente superiores en las subescalas 1 y 3, así como en el puntaje total. Enfermos y sanos por igual manifestaron niveles equiparables de temor al propio envejecimiento (subescala 2).

PAREJA

El tener o no pareja también fue analizado bajo el mismo procedimiento. En el cuadro 1-12 se presentan las medias y los valores de la prueba t para los sujetos con ($n = 684$) y sin pareja ($n = 303$). Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos para la subescalas 2, 3 y la calificación global. Como se puede apreciar en dicho cuadro, las personas sin pareja expresaron niveles más elevados de miedo al propio envejecimiento y al deterioro intelectual y al abandono que sus contrapartes.

TRABAJO ASALARIADO

La condición de tener o no un trabajo asalariado se empleó para analizar los datos de los participantes en el CAV. El

Cuadro 1-11 Medias y valores de t de Student por factores y calificación total del CAV por estado de salud

Subescala	Salud	N	Media	t
1. Estereotipos negativos físicos y conductuales asociados a la vejez	enfermo	102	1.72	2.995**
	sano	885	1.54	
2. Miedo al propio envejecimiento	enfermo	102	1.89	1.557
	sano	885	1.77	
3. Miedo al deterioro intelectual y al abandono	enfermo	102	2.53	5.269***
	sano	885	2.13	
Escala total	enfermo	102	1.99	4.032***
	sano	885	1.76	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p = .000$

Cuadro 1-12 Medias y valores de t de Student por factores y calificación total del CAV

Subescala	Pareja	N	Media	t
1. Estereotipos negativos físicos y conductuales asociados a la vejez	No	303	1.61	1.824
	sí	684	1.54	
2. Miedo al propio envejecimiento	No	303	1.87	2.379*
	sí	684	1.74	
3. Miedo al deterioro intelectual y al abandono	No	303	2.29	3.499***
	sí	684	2.12	
Escala total	No	303	1.86	3.019**
	sí	684	1.75	

*p < .05, **p < .01, ***p = .000

grupo de personas sin trabajo (n = 653) se comparó con el formado por gente que reportó contar con trabajo asalariado (n = 334). Esa clasificación solo arrojó diferencias para la subescala 3 (grupo de sujetos sin trabajo x = 2.22, grupo de individuos con trabajo x = 2.08; t = 2.977, p = 0.003). Los no asalariados reportaron mayor temor al deterioro intelectual y al abandono en comparación con sus contrapartes, y no se hallaron diferencias significativas entre grupos en cuanto a los puntajes globales ni a las subescalas 1 y 2.

RELIGIÓN

El profesar una religión, sin importar de cuál se trate, también generó diferencias significativas en el reporte de actitudes hacia la vejez. En el cuadro 1-13 se presentan las medias del grupo no religioso (n = 294) y del grupo religioso (n = 693), así como las medias y los valores de la prueba t para las tres subescalas y la calificación global del CAV. Los individuos que no profesaban una religión mostraron mayor intensidad de temor en las subescalas 2 y 3, así como en el

puntaje total, en comparación con la contraparte que profesaba alguna creencia religiosa.

RELIGIOSIDAD

Ante la pregunta específica sobre la participación religiosa, las posibilidades de respuesta oscilaban en una escala del 0 al 5 para describir el tiempo que le dedica una persona a su práctica en ese ámbito. De forma automática, si una persona decía que no profesaba una religión se le asignaba una religiosidad de 0, sin embargo, también era posible que hubiese una religiosidad de 0 si la persona contestaba que en efecto profesaba una religión. Para fines de análisis se organizaron las posibilidades de respuesta en tres categorías: a) religiosidad baja, cuando la respuesta a la pregunta sobre participación fue de 0 (n = 308); b) media, cuando se respondió con 1 y 2 (n = 320), y alta, cuando la respuesta fue entre 3 y 5 (359).

En el análisis del cuadro 1-14 se presentan las comparaciones de estos grupos mediante la prueba ANOVA; en

Cuadro 1-13 Medias y valores de t de Student por factores y calificación total del CAV por profesar una religión

Subescala	Religión	N	Media	t
1. Estereotipos negativos físicos y conductuales asociados a la vejez	no	294	1.60	1.484
	sí	693	1.54	
2. Miedo al propio envejecimiento	no	294	1.87	2.282*
	sí	693	1.74	
3. Miedo al deterioro intelectual y al abandono	no	294	2.27	2.895**
	sí	693	2.13	
Escala total	no	294	1.85	2.597**
	sí	693	1.75	

*p < .05, **p < .01, ***p = .000

Cuadro 1-14 Medias y valores de t de Student por factores y calificación total del CAV por religiosidad

Subescala	Religiosidad	N	Media	F
1. Estereotipos negativos físicos y conductuales asociados a la vejez	Baja	308	1.60	3.594*
	Media	320	1.59	
	Alta	359	1.50	
2. Miedo al propio envejecimiento	Baja	308	1.85	3.809*
	Media	320	1.81	
	Alta	359	1.69	
3. Miedo al deterioro intelectual y al abandono	Baja	308	2.30	17.029***
	Media	320	2.25	
	Alta	359	2.00	
Escala total	Baja	308	1.85	10.042***
	Media	320	1.82	
	Alta	359	1.65	

*p < .05, **p < = .01, ***p = .000

todos los casos los valores de F obtenidos fueron significativos. Se encontró que a menor nivel de religiosidad mayor puntaje de actitud negativa o preocupación por la vejez para cada subescala, así como para el puntaje total del cuestionario.

CONCLUSIONES

Las respuestas de 987 personas al CAV original de 24 reactivos se sometieron a un análisis. Éste consistió en verificar que las frecuencias de respuestas no excedieran 75%, que las correlaciones de los reactivos con la calificación total fuera igual o superior a 0.46, y que las comparaciones de grupos contrastados fueran significativas a 0.001. Como resultado se descartaron tres preguntas de la versión original. El análisis factorial del instrumento produjo tres factores que explicaron 44.5% de la varianza. Los factores generados de esa manera comprenden los estereotipos negativos físicos y conductuales hacia la vejez, el miedo al propio envejecimiento, así como el temor al deterioro intelectual y al abandono. La confiabilidad del instrumento fue de $\alpha = 0.831$.

Cada subescala se analizó en función de 12 variables sociodemográficas. De esa forma la subescala 1 de estereotipos negativos físicos y conductuales asociados a la vejez sólo discriminó significativamente los grupos asociados a cuatro de las variables: edad, escolaridad, estado de salud y religiosidad. Los grupos extremos en edad de los participantes en el estudio, es decir, las personas más jóvenes (15 a 29 años) y las de mayor edad (50 a 69 años) tuvieron los puntajes más elevados de estereotipos negativos. En el mismo sentido, los individuos con escolaridad baja, estudios máximos de primaria y secundaria, calificaron con puntajes más ele-

vados en estereotipos negativos hacia la vejez, del mismo modo que las personas que reportaron padecer alguna enfermedad o no practicar alguna religión. Así, el perfil de las personas con más estereotipos negativos formados con respecto a la senectud quedó delineado de la siguiente forma: son jóvenes o mayores, con escolaridad mínima, están enfermos y casi no tienen participación religiosa.

La subescala 2 del CAV midió el miedo al propio envejecimiento. Dicha subescala fue discriminatoria de forma eficaz entre grupos en función de siete de las 12 variables sociodemográficas investigadas. El miedo al propio envejecimiento diferenció de modo significativo a los sujetos cuando éstos fueron organizados por sexo, edad, estado civil, número de hermanos, pareja, religión y religiosidad. Las mujeres superaron a los hombres en esta subescala; en lo relativo a la edad, se encontró una relación lineal inversa: a mayor edad, menor temor al propio envejecimiento. El grupo mixto de solteros, divorciados y viudos reportó mayor miedo a la propia vejez que el grupo mixto de casados y personas que viven en unión libre. En lo que respecta al número de hermanos, el grupo intermedio con uno o dos familiares de esa naturaleza mostró las calificaciones más elevadas en esta subescala. Las personas que manifestaron no tener pareja puntuaron por encima de sus contrapartes en el autorreporte del miedo al propio envejecimiento, del mismo modo que las personas que se describieron a sí mismas como no profesantes de alguna religión o con mínima o nula participación religiosa. De esta manera, el perfil de los individuos con mayor temor a la propia vejez se determinó por las siguientes características: ser mujer joven, soltera, con uno o dos hermanos, sin pareja, que no profesa ni practica alguna religión.

La subescala 3 del CAV midió el miedo al deterioro intelectual y al abandono asociado a la vejez. Esta subescala arrojó diferencias estadísticamente significativas para las variables que incluyeron: edad, estado civil, número de hermanos, estado de salud, tener pareja, tener trabajo asalariado, profesar alguna religión y grado de religiosidad. Las mujeres puntuaron por arriba de los hombres en esta subescala. Tanto el grupo de jóvenes como el de personas mayores generaron las calificaciones más elevadas, en comparación con el grupo de edades intermedias; el grupo mixto de solteros obtuvo más puntos que su contraparte; el grupo con uno o dos hermanos también calificó por encima del resto de los participantes en esta escala; los enfermos reportaron mayor miedo al deterioro y al abandono que los sanos, del mismo modo que las personas sin pareja, sin trabajo asalariado, así como quienes dijeron no profesar alguna religión y tener una nula o mínima participación religiosa. Por consiguiente, el perfil de las personas con un nivel superior de miedo al deterioro intelectual y al abandono fue definido por estas características: mujeres jóvenes o mayores, solteras, divorciadas o viudas, con uno o dos hermanos, enfermas, sin pareja, desempleadas, que no profesan alguna religión y con una mínima participación religiosa.

En cuanto a la calificación global sólo la edad, el estado civil, el de salud, tener pareja, profesar una religión y el nivel de religiosidad produjeron diferencias significativas entre grupos. En términos generales el perfil de participantes con puntuación global más elevada fue: ser joven (15 a 29 años) o mayor (50 a 69 años), soltero, divorciado o viudo, estar enfermo, carecer de pareja, no profesar alguna religión y tener una mínima participación religiosa.

DISCUSIÓN

El propósito central de esta investigación fue producir un cuestionario de autorreporte acerca de las reacciones negativas ante la vejez, con características psicométricas adecuadas de validez y confiabilidad para la población mexicana, que permitiera explorar los aspectos multidimensionales cognitivos y afectivos asociados al tema del envejecimiento propio o de terceros, y las reacciones estereotipadas negativas hacia él. Además, se buscó medir la relación que existe entre esas tendencias verbales y una serie de características sociodemográficas a partir de las respuestas al instrumento.

Los tres factores del CAV (que medía estereotipos negativos físicos y conductuales asociados a la vejez o cronologismo, temor al envejecimiento propio y miedo al deterioro intelectual y al abandono, con un total de 21 reactivos) permitieron distinguir tendencias generales y particulares en las respuestas de los participantes, en función de sus características sociodemográficas.

Con base en la Teoría de la Identidad Social (TIS) se predice que los individuos jóvenes presentarán mayor crono-

logismo que los viejos (Rupp et al., 2005). La TIS indica que las personas están más motivadas a percibir a su propio grupo en términos más positivos que a los otros, razón por la cual podría predecirse que los jóvenes deberían exhibir un cronologismo elevado, mientras que las personas mayores, según la teoría, no deberían presentarlo.

La tendencia documentada de un mayor prejuicio negativo o cronologismo por parte de los jóvenes (Rupp et al.) sólo se presentó para el factor 2 de la escala, referente al temor al propio envejecimiento. Para el 1 y el 3, sobre estereotipos negativos físicos y conductuales y temor al deterioro intelectual y al abandono, respectivamente, el efecto de la edad fue curvilíneo, ya que tanto los jóvenes (15 a 29 años) como los adultos mayores (50 a 69 años) mostraron el mayor cronologismo; este hallazgo fue opuesto, casi una imagen en espejo de la relación reportada por Kite et al. (2005) que hallaron, mediante una evaluación verbal de prejuicios hacia la vejez en los adultos de edad media, un cronologismo más elevado.

Con la escala de cronologismo de Fraboni et al. (1990), Rupp et al. encontraron que los hombres son más proclives al cronologismo que las mujeres. Con el CAV no hubo diferencia entre géneros para el factor de estereotipos negativos físicos y conductuales, pero ellas mostraron mayor temor al envejecimiento propio, así como al deterioro intelectual y al abandono que los varones.

El efecto de la escolaridad sobre el cronologismo documentado en este estudio coincide con lo reportado por Paltrow (2005): a menor escolaridad, mayor cronologismo. Este autor, a diferencia del resto de los investigadores de prejuicios en contra o a favor de la vejez, desarrolló la que hasta ahora es quizá la única medida de conocimiento sobre hechos acerca de la vejez.

Los resultados que arroja el presente estudio pueden emplearse como una aproximación preliminar para el sondeo de opiniones de diferentes grupos de la población hacia los temas concernientes a la senectud y el envejecimiento. Son innumerables los escenarios de nuestra sociedad en que se toman decisiones que afectan a la población de la tercera edad. Una consecuencia de este estudio, en especial para las organizaciones no gubernamentales sensibles a las necesidades de este segmento de la población, sería la vigilancia de que los integrantes del Poder Legislativo eviten los sesgos y los prejuicios contra los grupos de gente en edad avanzada y que, de alguna forma, la sociedad vele por los intereses de las personas mayores y ancianas.

Paltrow (2005), un ejemplo de envejecimiento exitoso, pues aún como septuagenario incursiona en deportes extremos y maratones ciclistas, afirma que el cronologismo causa estragos innecesarios en la autoestima de las personas mayores al generar miedo, desamparo, enfermedad y miseria, de la misma forma que el sexismo y el racismo tienen efectos indeseables en sus víctimas. Añade que también, como en esos

casos, el cronologismo puede ser reducido e idealmente eliminado mediante la educación, la persuasión, la protesta, la organización, la legislación, las demandas civiles y por medio de ejemplos exitosos de personas que caen dentro de esa categoría de discriminación y que son ejemplos fehacientes de gente triunfadora, admirada por la comunidad.

Parece evidente que la forma de percibir a partir de qué edad se vuelve uno viejo está influenciada por actitudes personales hacia la vejez y por la historia de vida, pero no sólo allí se queda esa influencia, sino que hay indicios de que la probabilidad de padecer alguna enfermedad asociada a la vejez aumenta con el nivel de estereotipos negativos que un persona exhiba en su conducta hacia esa etapa de la vida (Levy, Slade & Gill, 2006).

Las políticas públicas que afectan la calidad de vida de los adultos mayores abarcan un amplio espectro de ámbitos. Los programas de pensiones, atención médica y gastos en seguridad social para adultos mayores han preocupado desde hace varias décadas a los diseñadores de políticas económicas en los países desarrollados (Getzen, 1992; Kono, 1996; Butler, 1997) y, con un retraso considerable, empiezan a consternar a los legisladores en los países de economías emergentes como la mexicana.

A pesar de que la idea de un plan de retiro surgió, de acuerdo con los historiadores, a inicios del siglo XIX en Francia (Thane, 2003), aún en la actualidad pensar en acoger un plan de retiro conlleva una carga negativa de efectos, por las opciones poco afortunadas asociadas que existen y debido a que la sociedad no ha generado prácticas que permitan una manera digna de envejecer y le deja al individuo que busque soluciones personales en ese sentido.

Por otro lado, existen aspectos legales y políticos que afectan de modo directo el patrimonio y la seguridad financiera de los adultos mayores que pueden refinarse; desde la Europa medieval existen evidencias de contratos para la

transferencia de bienes a miembros de la familia o a terceros a cambio de que éstos les provean de cuidado y atención a las necesidades materiales hasta la muerte (Thane, 2003), no obstante estas precauciones incipientes, los abusos incluso dentro del núcleo familiar son la moneda corriente en la mayoría de las sociedades urbanas contemporáneas, en especial cuando el adulto mayor tiene alguna desventaja física o conductual.

La inclusión de programas educativos para los jóvenes encaminados a reivindicar la figura del anciano en la sociedad, así como reducir los estereotipos negativos hacia la vejez, serían pasos importantes con miras a alcanzar la meta de un mayor bienestar destinado a los adultos mayores como grupo de riesgo.

De acuerdo con estos hallazgos y con los reportados en la literatura, la edad, las actitudes y los prejuicios de los diseñadores de políticas públicas afectarán ostensiblemente los resultados de su gestión y el destino y calidad de vida de las personas de la tercera edad para las que legislan, y es un factor que deberá ser tomado en cuenta en la planeación de políticas de salud pública apropiadas a la población mexicana.

El cronologismo es combustible para dilemas morales extremos, como sería pensar en hacer uso de opciones como la eutanasia aplicada a personas mayores que sufren de demencia senil, ante la reducción de los recursos naturales (Butler, 1982). En la actualidad enfrentamos una disyuntiva: o bien tendremos un número cada vez mayor de personas de la tercera edad con largas expectativas de vida padeciendo múltiples enfermedades crónico-degenerativas o, por otro lado, contaremos con un grupo que tiene la posibilidad de vivir con vigor e independencia, mucho más allá de los 65 años (Butler, 1982). La idea sería enseñar a la sociedad en su conjunto, y a las nuevas generaciones en lo particular, que la segunda opción es plausible.

Anexo 1-1

Actitudes negativas hacia la vejez en población mexicana: Aspectos psicométricos de una escala

Nombre del instrumento: Cuestionario de Actitudes a la Vejez (CAV)

Objetivo: Medir cronologismo, es decir, los prejuicios contra el envejecimiento, el temor a la propia vejez y el temor a la pérdida de facultades intelectuales y al abandono.

Población a la que evalúa (edades): Apta para personas de 14 a 80 años.

Instrucciones generales de aplicación: Consta de 21 reactivos, que valoran en el mismo sentido las opiniones negativas asociadas al tema de envejecer. Cada reactivo se respondían en una escala de 4 posibilidades que iban desde completamente en desacuerdo, hasta completamente de acuerdo. La aplicación del CAV a 987 mexicanos, generó 3 factores con cargas superiores a 0.40 que en su conjunto explicaron el 44.5% de la varianza total, con una confiabilidad de 0.831. Los factores del CAV fueron: 1) estereotipos negativos físicos y conductuales, 2) Miedo al propio envejecimiento y 3) Miedo al deterioro intelectual y al abandono. Las características psicométricas de este cuestionario se presentan con detalle en un capítulo de este mismo libro (Hernández-Pozo, Torres, Coronado, Herrera, Castillo & Sánchez, 2009).

Instrucciones de calificación. Usando la escala del 1 al 4 que a continuación se presenta escriba que tanto esta usted de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases

1 = *completamente en desacuerdo*

2 = *medianamente en desacuerdo*

3 = *medianamente de acuerdo*

4 = *completamente de acuerdo*

Sumar los puntajes en la misma dirección.

Sugerencias de interpretación: Al contar con 3 subescalas, la manera más precisa de interpretación sigue esa estructura.

Normas estadísticas.

La sumatoria de los puntajes entre el número de preguntas da el valor de media y d.e.:

Grupo	N	media	d.e
estudiantes	337	1.83	.48
Población general sana	562	1.75	.55
Profesionales de la salud	17	1.89	.56
Practicante espiritual	34	1.63	.41
Paciente agudo	19	1.92	.47
Profesional de la conducta	18	1.82	.36
Todos	987	1.78	.52

Instrumento final completo: aparece en Apéndice 2.1

Cuestionario de Actitudes a la Vejez

Usando la escala del 1 al 4 que a continuación se presenta, escriba qué tanto está usted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes frases

1 = *completamente en desacuerdo*

2 = *medianamente en desacuerdo*

3 = *medianamente de acuerdo*

4 = *completamente de acuerdo*

Frases	Respuestas
1. Me daría tristeza verme viejo(a)	
2. Sería desagradable que me salieran arrugas	
3. Me da miedo envejecer	
4. No me gustaría que la gente me viera con canas	
5. La boca de una persona vieja huele mal	
6. Sería espantoso perder mis capacidades mentales con la edad	
7. Los viejos se vuelven necios y repetitivos	
8. Con la edad viene la tristeza y la soledad	
9. Las mujeres canosas son poco atractivas	
10. A los viejos los olvidan en un rincón	
11. Los hombres que se quedan calvos son poco atractivos	
12. Una mujer debe evitar todo signo de vejez	

13. Estar viejo es deprimente
14. Los ancianos huelen mal
15. Es fácil tomarle el pelo a las personas mayores
16. Estar viejo quiere decir perder la independencia
17. Los viejos dan mucha lata
18. Los peores conductores son las personas mayores
19. Los viejitos son avaros
20. Los asilos para personas mayores son deprimentes
21. Temo hacerme inútil con la edad

REFERENCIAS

- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *Gerontologist*, 9, 243-246.
- Butler, R. N. (1982). The triumph of Age: Science, Gerontology and Ageism. *Bulletin of The New York Academy of Medicine*, 58 (4), 347-361.
- Butler, R.N. (1997). Population aging and health. *British Medical Journal*, 315, 1082-1084.
- Boduroglu, A., Yoon, C., Luo, T. & Park, D. C. (2006). Age-Related Stereotypes: A Comparison of American and Chinese Cultures. *Gerontology*, 52, (5), 324-333.
- Cameron, P. (1969). Age parameters of young adult, middle aged, old and aged. *Journal of Gerontology*, 24, 201-202.
- Drevenstedt, J. (1976). Perceptions of the onsets of adulthood, middle age and old age. *Journal of Gerontology*, 31, 53-57.
- Fraboni, M., Saltstone, R. & Hughes S. (1990). The Fraboni Scale of Ageism (FSA): An attempt of a more precise measure of ageism. *Canadian Journal on Aging*, 9, 56-66.
- Gething, L. (1994). Health professional attitudes towards ageing and older people: Preliminary report of the Reactions to Ageing Questionnaire. *Australian Journal of Psychology*, 33 (3), 405-441.
- Getzen, T. E. (1992). Population aging and the growth of health expenditures. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47, 98-104.
- Golde, P. & Kogan, N. (1959). A sentence completion procedure for assessing attitudes toward old people. *Journal of Gerontology*, 14, 355-363.
- Higgs, P., Hyde, M., Wiggins, R. & Blane, D. (2003). Researching quality of life in early old age: the importance of the sociological dimension, *Social Policy and Administration*, 25, (2), 239-252.
- Kite, M. E., Stockdale, G. D., Whitley, B. E., Jr. & Johnson, B. T. (2005). Attitudes toward older and younger adults: An updated meta-analysis. *Journal of Social Issues*, 61, 241-266.
- Kogan, N. (1961). Attitudes towards old people. The development of a scale and examination of its correlates. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 62, 44-54.
- Kono, S. (1996). Population ageing in Japan. *Reviews in Clinical Gerontology*, 6, 205-211.
- Levy, B. R., Slade, M. D., & Gill, T. M. (2006). Hearing decline predicted by elders' stereotypes. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61 (2), 82-87.
- Mulley, G. (2007). Myths of ageing. *Clinical Medicine. Journal of the Royal College of Physicians*, 7 (1), 68-72.
- Palmore, E. B. (1977). Facts on ageing: A short quiz. *Gerontologist*, 17, 315-320.
- Palmore, E. B. (2005). Three decades of research on Ageism. *Generations*, 29 (3), 87-90.
- Rosencraz, H. A. & McNevin, T. E. (1969). A factor analysis of attitudes toward the aged. *Gerontologist*, 9, 55-59.
- Rupp, D. E., Vodanovich, S. J., & Crede, M. (2005). The multidimensional nature of ageism: construct validity and group differences. *The Journal of Social Psychology*, 145 (3), 335-362.
- Slevin, O. D. A. (1991). Ageist attitudes among young adults: implications for a caring profession. *Journal of Advanced Nursing*, 16 (10), 1197-1205.
- Thane, P. (2003). Social histories of old age and aging. *Journal of Social History*, 37, 1.
- Tuckman, J. & Lorge, I. (1953). Attitudes toward old people. *The Journal of Social Psychology*, 37, 249-260.
- Unsworth, K. L., McKee, K. J. & Mulligan, C. (2001). When does old age begin? The role of attitudes in age parameter placement. *Social Psychology Review*, 3 (2), 5-15.



PREOCUPACIÓN POR LA VEJEZ EN UNIVERSITARIOS: EMPLEO DE MEDIDAS VERBALES, CONDUCTUALES Y FISIOLÓGICAS

MARÍA DEL ROCÍO HERNÁNDEZ-POZO

Proyecto de Investigación en Aprendizaje Humano
Universidad Nacional Autónoma de México,
FES Iztacala

MARISOL LÓPEZ CURIEL

Carrera de Psicología, FES Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

PILAR CASTILLO NAVA

Carrera de Medicina, FES Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

OSMALDO CORONADO ÁLVAREZ

Proyecto de Investigación en Aprendizaje Humano,
Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala

ALEJANDRA SÁNCHEZ VELASCO

Proyecto de Investigación en Aprendizaje Humano,
Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue medir los niveles de preocupación que causa la vejez en estudiantes universitarios, mediante indicadores verbales, conductuales y fisiológicos, así como examinar si dicha inquietud guarda alguna relación con los temores generales más frecuentes y si existen patrones diferenciales asociados al género. Participaron 74 estudiantes de Enfermería, Medicina y Psicología, 53 mujeres y 21 hombres, que respondieron al Cuestionario de Actitudes a la Vejez (CAV), a la Lista de Miedos (LM) y a una prueba de sesgo atencional a la vejez, basada en la versión emocional del paradigma de Stroop (Hernández, 2006). Las mujeres superaron a los hombres en la Lista de Miedos ($t = 2.8$, $p = 0.04$), pero no se registraron diferencias por género para el CAV ($t = 0.01$, $p = 0.98$) ni para la prueba de Stroop ($t = 1.64$, $p = 0.105$). Los estudiantes con menores puntajes CAV tuvieron las latencias negativas más bajas ($F = 4.1$, $p = 0.02$). El grupo con interferencia elevada ($> = 240$) presentó presiones sistólicas y diastólicas posttest elevadas ($t = 2.5$, $p = 0.01$; $t = 2.03$, $p = 0.04$) superiores a su contraparte, sin embargo, ese mismo grupo presentó calificaciones en la Lista de Miedos inferiores al grupo sin sesgo ($t = 3.114$, $p = 0.002$), lo que fue un efecto opuesto al espe-

rado. La disparidad entre el autorreporte y la interferencia verbal sugiere un efecto de deseabilidad social sobre el fenómeno de interés. Las diferencias en el autorreporte por carreras sugieren que se explore con más detalle el miedo general y la ansiedad hacia la vejez entre estudiantes de las ciencias de la salud.

Descriptores: preocupación por la vejez, actitudes negativas, prueba de Stroop, miedos, universitarios.

Investigaciones enfocadas en estudiar las opiniones que la gente joven tiene sobre el envejecer, y acerca de los ancianos, han encontrado con frecuencia que aquella percibe estereotipos negativos cuando se refiere a esos temas. Al parecer, la tendencia predominante consiste en que la gente joven percibe a las personas mayores de manera considerablemente más negativa que los ancianos, tal como lo encontró Collete-Pratt (1976), quien reporta que los participantes jóvenes devalúan casi dos veces más a la vejez que los participantes más viejos (Unsworth, McKee & Mulligan, 2001).

Un estudio comparó a 139 estudiantes universitarios con adultos de 45 años en promedio. Como resultado se encontró el mismo nivel de negatividad de estereotipos

asociados a la vejez en ambos grupos, con la salvedad de que los adultos de edad media mostraron actitudes más optimistas con respecto a envejecer que los adultos jóvenes (Unsworth et al. 2001); es posible que esa tendencia esté asociada al hallazgo de que existe una relación lineal entre la edad de las personas y el punto a partir del cual se fija el inicio de la vejez (Cameron, 1969; Drevenstedt, 1976), aunque no se ha encontrado todavía un efecto mediador sólido para el aumento de las actitudes positivas hacia el envejecimiento en función de la edad (Unsworth et al.).

Si la observación anterior es correcta, sería de esperarse encontrar un fuerte sesgo negativo hacia la vejez en estudiantes de licenciatura, mayor que el predecible en adultos de edad media y en personas mayores.

Los estudiantes de las carreras del área de la salud, en especial de Enfermería y Medicina, saben que está en la descripción de su profesión el brindar cuidados a pacientes ancianos y enfermos, los cuales muchas veces no son capaces de cuidarse a sí mismos, de modo que es posible que quienes hacen estudios en las áreas mencionadas sean susceptibles a estar pendientes de temas relacionados con geriatría, envejecimiento y cuidados especiales para adultos mayores.

En esta investigación también se estudiaron las relaciones entre los indicadores de preocupación ante el envejecimiento, con el fin de determinar si el decir, el actuar y el reaccionar fisiológicamente convergían en una población homogénea de universitarios ante el tema de actitudes a la vejez, y si esas tendencias variaban en función del sexo de los participantes.

MÉTODO

Un grupo de estudiantes de tres carreras del área de ciencias de la salud fue evaluado en sus niveles de ansiedad ante la vejez. Para ello se empleó un cuestionario de actitudes llamado Lista de Miedos. Se trata de una prueba conductual diseñada ex profeso para medir la preocupación ante el envejecimiento mediante la versión emocional del paradigma de Stroop, así como medidas de reactividad fisiológica de tensión arterial y pulso tomadas antes y después de la prueba computarizada de Stroop. Los datos generados a partir de lo anterior se analizaron en función del género de los participantes y se exploró la existencia de relaciones ordenadas entre los tres tipos de indicadores de ansiedad empleados.

SUJETOS

Participaron en el estudio 74 estudiantes universitarios de tres carreras de licenciatura: 12 estudiantes de Enfermería, 33 de Medicina y 29 Psicología, en total 53 mujeres y 21 hombres, con edades que oscilaron entre 16 y 24 años. Los

alumnos asistieron de manera voluntaria, en respuesta a una invitación que se turnó a uno de sus profesores de la carrera. Acudieron al laboratorio de cómputo de la escuela, por un lapso de 50 minutos, durante el tiempo de clase, con la autorización del maestro en turno. Los estudiantes leyeron y firmaron una carta de consentimiento informado antes de iniciar la evaluación.

APARATOS Y MATERIALES

Se usaron tres tipos de medidas: verbales, conductuales y de reactividad fisiológica. Dentro del primer grupo se emplearon dos cuestionarios de autorreporte, un conjunto de preguntas para medir actitudes hacia la vejez y una Lista de Miedos.

El Cuestionario de Actitudes a la Vejez (CAV) constó de 21 reactivos, los cuales valoraban en el mismo sentido las opiniones negativas asociadas al tema de envejecer. Cada uno de ellos se respondía en una escala de cuatro posibilidades que iban desde completamente en desacuerdo hasta completamente de acuerdo. La aplicación del CAV a 987 mexicanos generó tres factores con cargas superiores a 0.40 que, en su conjunto, explicaron 44.5% de la varianza total, con una confiabilidad de 0.831. Los factores del CAV fueron: 1) estereotipos negativos físicos y conductuales, 2) miedo al propio envejecimiento y 3) miedo al deterioro intelectual y al abandono (Hernández-Pozo, Torres, Coronado, Herrera, Castillo & Sánchez, 2009).

El segundo instrumento verbal que se empleó fue una Lista de Miedos que consistió en 28 temas que la persona debía calificar con un número del 0 al 5, dependiendo del grado de temor que ese tema le infundía. Esa lista dio como resultado cuatro factores con cargas superiores a 0.44 que en su conjunto explicaron 68% de la varianza total, con una confiabilidad de 0.967 a partir de su aplicación a 605 mexicanos. Las subescalas de la Lista de Miedos fueron: 1) miedo a la pérdida afectiva, 2) miedo a ser víctima de eventos no contingentes, 3) miedo a la vulnerabilidad y 4) miedo a la muerte (Hernández-Pozo, Calleja, Sánchez, Coronado, Macías & Cerezo, 2009). En el apéndice 1 se presenta la Lista de Miedos utilizada.

Como medida conductual de ansiedad ante la vejez se diseñó una prueba de discriminación computarizada que se basa en la versión emocional del paradigma de Stroop (Richards, French, Johnson, Naparstek & Williams, 1992) en la cual se presentaban palabras con carga emocional negativa y palabras neutras, a fin de identificar el color en que estaban escritas y se registraba el índice de interferencia negativa para los términos cuyo contenido temático se relacionaba con el tema de la vejez. El programa registraba en automáti-

co las latencias negativas, neutras y medias en milésimas de segundo, los aciertos y los índices de interferencia negativos (ineg) individuales, resultado de la resta de las latencias ante los vocablos negativos, menos las latencias ante los neutros, a partir de díadas de palabras con el mismo número de letras (Hernández, 2006). En esa prueba de discriminación se emplearon seis colores para el estímulo muestra y se hizo un balance de las respuestas correctas, del arreglo en que se presentaban las opciones de respuesta, así como del número de la elección correcta para cada ensayo.

Los términos que se emplearon para el bloque negativo de la prueba de Stroop fueron: marchito, edad, arrugado, retirado, viejita, chochear, estorbar, anticuado, jubilarse, trastabillar, avejentado, torpe, canoso, inútil, anciano, decaído, senil, años, tembloroso, incapaz, chimuelo, desmemoriado, apagado, frágil, dependiente, aislado, vulnerable, enfermo, envejecer y abandono; mientras que para el bloque neutro se usaron las siguientes palabras: avestruz, imán, guitarra, calcetín, revista, mecánico, escuadra, periódico, nitrógeno, desembocadura, tintorería, circo, tonada, sótano, pintado, líquido, sello, duna, desarmador, octubre, trompeta, arquitectura, montaña, salida, extranjeros, mercado, cancionero, sistema, duplicado y reciente. Cada sesión constó de 60 ensayos organizados en un bloque de palabras neutras, seguido del grupo de palabras negativas.

Finalmente, para la evaluación fisiológica se empleó un baumanómetro digital de muñeca, de tipo comercial, que registraba la tensión arterial y el pulso. Además, todos los estudiantes llenaron una ficha de identificación con su nombre, edad e información sobre otras características personales.

PROCEDIMIENTO

Los participantes leyeron y firmaron la carta de consentimiento informado, resolvieron los cuestionarios y la ficha de identificación; después se les tomó la tensión arterial y el pulso con el baumanómetro, una vez que hubieron transcurrido 10 minutos de estar sentados. Acto seguido, los estudiantes resolvieron la tarea computarizada con el paradigma de Stroop de vejez. Cuando concluyeron su sesión, vieron su puntaje de aciertos y los valores de interferencia que alcanzaron. De nuevo se les midió la presión y también el pulso, se les explicó el significado de sus índices de interferencia y abandonaron el laboratorio. Todas las actividades se realizaron durante una sesión que tuvo una duración total que osciló de 35 a 50 minutos.

RESULTADOS

Los resultados se organizan de la siguiente manera: en primer lugar se describen las calificaciones de la medida verbal de actitudes a la vejez, en función de las características socio-

demográficas de los participantes, y luego se muestran las calificaciones en la Lista de Miedos, también para esas características, así como de la relación entre ambos cuestionarios. En segundo lugar se describen los datos obtenidos en la prueba conductual de Stroop de sesgo hacia la vejez, en función de las características sociodemográficas de los estudiantes, de las calificaciones en los dos cuestionarios y de la relación que los índices conductuales guardaron con los indicadores fisiológicos.

En muchos casos se describen los datos transformando los valores de intervalo a una escala ordinal, con el fin de entender las relaciones entre las variables en juego; en esas situaciones el procedimiento empleado se basa en un criterio cuartil. En él los puntajes ordinales se calculan a partir de los cuartiles: el primer cuartil, que corresponde al valor a partir del cual se ubican 25% de los datos más bajos de la distribución, define el punto de corte para el grupo bajo, mientras que el tercer cuartil, que representa al valor a partir del cual se ubica 25% de los datos más altos de la distribución, constituye el punto de corte para identificar al grupo alto en ese respecto. Los valores intermedios entre los cuartiles 1 y 3 corresponden al grupo medio, que representa 50% de los datos ordenados en forma ascendente.

INDICADORES VERBALES CAV

Las respuestas globales a la prueba CAV y a sus escalas de: 1) estereotipos negativos físicos y conductuales a la vejez, 2) miedo al propio envejecimiento y 3) miedo al deterioro intelectual y al abandono, se analizaron en función del género, la edad y la carrera de estudio.

Los resultados de dicha prueba no revelaron diferencias significativas para los participantes ni en función del sexo ni en los puntajes globales de la prueba ($t = 0.01$, $p = 0.98$); tampoco lo hicieron en la subescala 1 ($t = 1.10$, $p = 0.27$) ni en la subescala 2 ($t = 0.46$, $p = 0.64$) ni para la subescala 3 ($t = 0.95$, $p = 0.34$).

Al organizarse los datos del CAV en términos ordinales, tampoco se encontraron contrastes asociados con la edad de los participantes ($F = 0.473$, $p = 0.624$) ni diferencias entre los estudiantes por su carrera de origen para los puntajes globales del CAV ($F = 1.235$, $p = 0.29$). La licenciatura de origen tampoco produjo diferencias para la subescala 1 de estereotipos negativos hacia la vejez ($F = 1.04$, $p = 0.357$) ni en cuanto a la subescala 2 de miedo al propio envejecimiento ($F = 1.22$, $p = 0.298$); tampoco para la 3 de miedo al deterioro intelectual y al abandono ($F = 0.02$, $p = 0.364$).

INDICADORES VERBALES CAV Y LISTA DE MIEDOS

Las respuestas de la prueba CAV se relacionaron de manera ordenada con las respuestas a la Lista de Miedos. Al

organizar los datos globales del CAV en calificaciones bajas, medias y altas, mediante el empleo de la técnica de los criterios cuantiles antes descrita se encontró que a mayor puntaje de actitudes negativas a la vejez correspondió un mayor índice general de miedos autorreportados, lo que hace significativa, desde el punto de vista estadístico, la diferencia entre los grupos ($F = 4.86$, $p = 0.010$).

La figura 2-1 muestra las relaciones ordenadas entre las calificaciones globales de ambos cuestionarios.

En este reporte se emplearán gráficos elaborados mediante la técnica de Análisis Exploratorio de Datos para representar las distribuciones de las variables a analizar, por medio de diagramas de cajas en la parte izquierda del esquema y círculos que denotan, debido a su grado de separación, la presencia de diferencias significativas entre los grupos de acuerdo con el procedimiento estadístico que se identifica al calce. Cuando los círculos que representan a los grupos que se comparan tienen un grado de sobrelapamiento de 90 grados, las diferencias significativas entre grupos son limítrofes, en tanto que los contrastes entre grupos son significativos cuando el grado de sobrelapamiento entre círculos es menor de 90 grados, o cuando los círculos en cuestión están separados.

El grupo bajo en calificaciones del CAV (grupo 1), con 16 estudiantes, tuvo una media de Miedos de 63.4; el grupo medio, con 40 personas, alcanzó una media de Miedos de 77.4 (grupo 2), mientras que el grupo alto (grupo 3) para actitudes negativas hacia el envejecimiento, con 18 integrantes, alcanzó una media de 89.8 en Miedos.

La misma tendencia directa y lineal se encontró entre las escalas 2 y 3 del CAV, al ser comparadas con la calificación global y con cada una de las escalas de la Lista de Miedos.

La escala 1 del CAV, que medía los estereotipos negativos físicos y conductuales asociados a la vejez, no se relacionó con la calificación global de Miedos ni con cada una de las cuatro escalas de la Lista, esto es: los estereotipos y las opiniones negativas con respecto a la senectud carecen, en apariencia, de un componente afectivo que genere algún tipo de temor.

Tampoco se encontraron relaciones ordenadas entre las calificaciones generales del CAV y las respuestas a la escala 2 de la Lista de Miedos, la cual se refería al temor a ser víctima de eventos negativos no contingentes.

En el cuadro 2-1 se presentan los valores de ANOVA que mostraron diferencias significativas, resultantes de comparar los grupos ordinales bajo, medio y alto en el CAV y en sus escalas, con las calificaciones globales y específicas de las escalas de la Lista de Miedos obtenidas por los estudiantes. Este cuadro muestra cómo las escalas 2 y 3 del CAV, que corresponden al miedo al propio envejecimiento y al miedo al deterioro intelectual y al abandono, están relacionadas con todas y cada una de las escalas de los temores básicos de la Lista de Miedos, es decir, el temor a la pérdida afectiva, a ser víctima de eventos no contingentes, a la vulnerabilidad y a la muerte.

La Lista de Miedos generó calificaciones diferenciales por sexo para los universitarios. Las estudiantes tuvieron índices superiores a los de los hombres en la calificación global ($t = 2.8$, $p = 0.04$), en la escala 2 de miedo a ser víc-

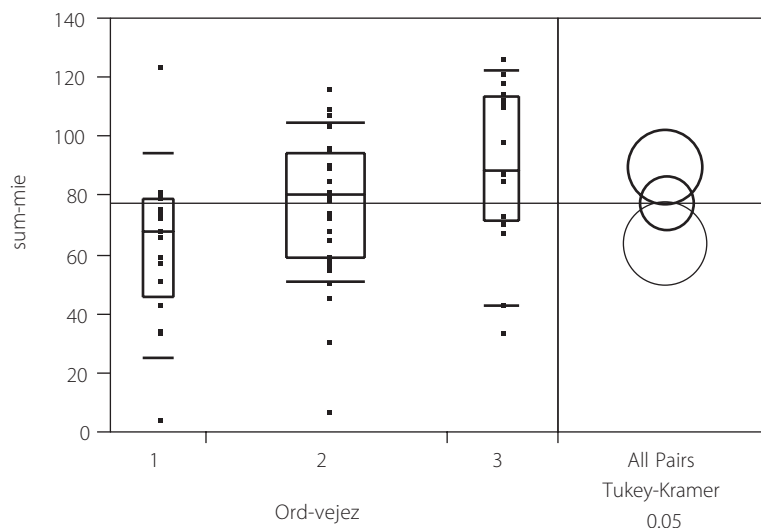


Figura 2-1 Relación lineal entre las respuestas globales a la Lista de Miedos y el nivel de respuestas bajo (1), medio (2) y alto (3) de las correspondientes al cuestionario de actitudes ante la vejez CAV.

Cuadro 2-1 Comparaciones significativas entre calificaciones en la Lista de Miedos en función de las calificaciones ordinales en el Cuestionario de Actitudes a la Vejez (CAV)

Grupos ordinales CAV Cuestionario de Actitudes a la Vejez	Calificaciones brutas Lista de Miedos	ANOVA prueba F	Valor de p
Valores globales del CAV	Calificaciones globales	4.861	0.010**
	Escala 1: Miedo a la pérdida afectiva	3.935	0.022*
	Escala 3: Miedo a la vulnerabilidad	4.138	0.020*
	Escala 4: Miedo a la muerte	3.614	0.032*
Escala 2 CAV: Miedo al propio envejecimiento	Calificaciones globales	9.429	0.000***
	Escala 1: Miedo a la pérdida afectiva	7.947	0.000***
	Escala 2: Miedo a ser víctima de eventos no contingentes	6.339	0.002**
	Escala 3: Miedo a la vulnerabilidad	6.479	0.002**
	Escala 4: Miedo a la muerte	7.415	0.001**
Escala 3 del CAV: Miedo al deterioro intelectual y abandono	Calificaciones globales	5.121	0.008**
	Escala 1: Miedo a la pérdida afectiva	4.031	0.022*
	Escala 2: Miedo a ser víctima de eventos no contingentes	3.120	0.050*
	Escala 3: Miedo a la vulnerabilidad	3.999	0.022*
	Escala 4: Miedo a la muerte	4.062	0.021*

*p = 0.05, **p = 0.01, ***p = 0.001

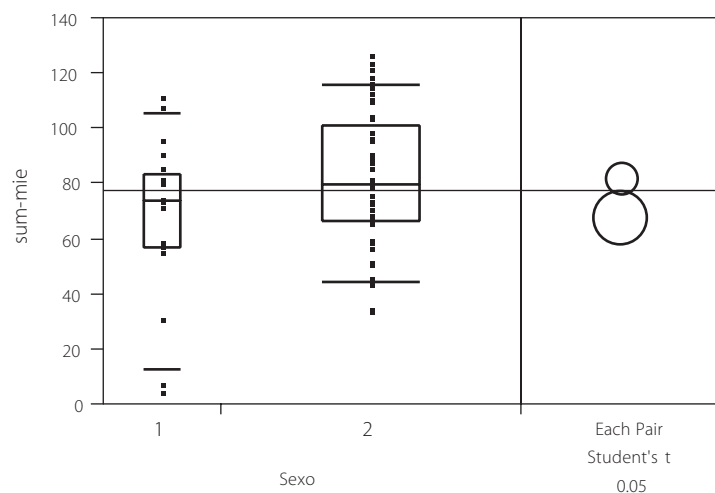


Figura 2-2 Calificación en la Lista de Miedos para hombres (grupo 1) y mujeres (grupo 2).

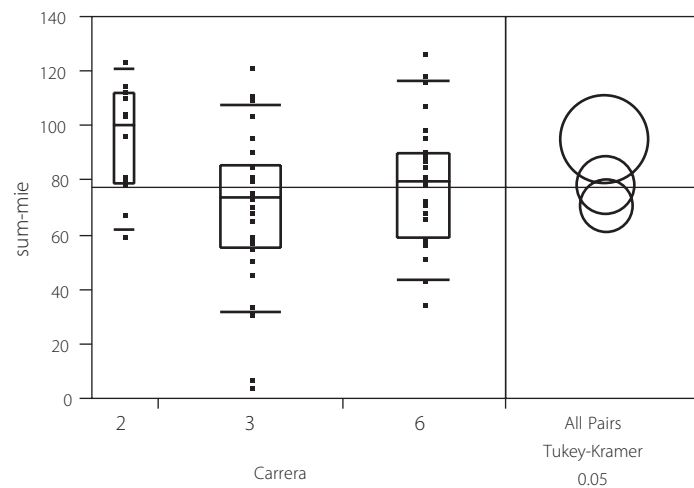


Figura 2-3 Calificación en la Lista de Miedos por carrera universitaria: Enfermería (grupo 2), Medicina (grupo 3), Psicología (grupo 6).

tima de eventos no contingentes ($t = 2.16$, $p = 0.03$) y en la escala 4 de miedo a la muerte ($t = 2.67$, $p = 0.009$). En la figura 2-2 se presentan las diferencias en los puntajes globales de la Lista de Miedos por sexo. Los hombres (grupo 1) tuvieron una media de 67.8 *versus* las mujeres (grupo 2), con una media de 81.2 puntos.

Al organizarse las calificaciones en la Lista de Miedos de manera ordinal en bajas, medias y altas, y contrastarse en función de la edad de los participantes, no se encontraron diferencias significativas ($F = 0.687$, $p = 0.506$).

Por otro lado, la carrera de origen de los estudiantes sí generó diferencias para las calificaciones globales ($F = 4.36$, $p = 0.016$). Las estudiantes de Enfermería puntuaron con los valores más altos, por encima de los alumnos de Medicina y de Psicología. También se registró el mismo patrón para la escala 1 de miedo a la pérdida afectiva ($F = 3.75$, $p = 0.028$), y para la escala 3 de miedo a la vulnerabilidad ($F = 5.26$, $p = 0.007$).

La figura 2-3 muestra las diferencias en los puntajes globales de la Lista de Miedos por carrera de estudio de los participantes. Los valores medios de temores para las enfermeras (grupo 2) fueron de 94.9, para los médicos fueron de 70.2 y para los psicólogos de 78.3 puntos. La escala 2 de miedos a ser víctima de eventos no contingentes no produjo diferencias significativas entre los alumnos de las distintas licenciaturas ($F = 2.93$, $p = 0.059$); tampoco lo hizo la escala 4 de miedo a la muerte ($F = 1.079$, $p = 0.345$).

INDICADORES CONDUCTUALES DE LA PRUEBA DE STROOP

La prueba computarizada de Stroop, que detecta el sesgo atencional hacia las palabras con contenido semántico

negativo hacia la vejez, proporcionó dos tipos de datos: los índices de interferencia negativos (inég) y los valores medios de las latencias negativas (latneg). Los aciertos fueron muy homogéneos entre los participantes debido al criterio de ejecución elevado que se empleó como requisito de la prueba (un mínimo de 56 aciertos en 60 ensayos).

El índice de interferencia negativo se calculó promediando las restas de las latencias neutras de una diada con las negativas de esa misma diada. Cuando los valores así calculados fueron negativos, no hubo sesgo atencional, esto es: la persona no se tardó más en identificar el color en que estaba escrita una palabra debido a la carga emocional de ésta. Para fines prácticos, en el presente estudio todos los índices de interferencia con valor negativo se convirtieron a 0, para ser procesados como datos sin sesgo atencional.

A continuación se presentan los análisis de interferencias y latencias negativas en función de factores sociodemográficos, medidas verbales de actitudes a la vejez, medidas verbales de miedos y de reactividad fisiológica a la prueba computarizada en cuestión.

El examen conductual de sesgo a la vejez no produjo diferencias, entre los participantes, asociadas a ninguno de los factores sociodemográficos que se utilizaron: sexo, edad y carrera de estudio. Los índices de interferencia negativos de las mujeres no difirieron de los de los hombres ($t = 1.64$, $p = 0.105$), del mismo modo que las latencias negativas no mostraron diferencias asociadas al género ($t = 0.66$, $p = 0.507$).

Cuando se empleó el punto de corte de 240 puntos para agrupar a los estudiantes con índices por abajo o por arriba de ese valor en sus índices de interferencia negativa, tampoco se encontraron contrastes por edades entre los que cayeron en cada grupo ($t = 0.16$, $p = 0.87$). Se seleccio-

nó ese valor como punto de corte a manera de resultado de dos aproximaciones: la primera resultante de la exploración de relaciones entre variables y la segunda a partir de las cifras señaladas en la literatura como indicadoras de niveles elevados de ansiedad (Williams, Mathews & MacLeod, 1996).

El estudiar una carrera tampoco estuvo asociado con valores diferentes de interferencia negativa hacia el tema de la vejez ($F = 2.35$, $p = 0.102$) ni en cuanto a los valores de las latencias negativas en la prueba Stroop ($F = 2.91$, $p = 0.06$).

Por otro lado, al analizarse la relación entre los resultados de dicha evaluación con la prueba verbal CAV en sus calificaciones globales y por escalas específicas, no se encontraron resultados diferenciales sobre las opiniones y los temores expresados hacia envejecer con los índices de interferencia negativa, sin embargo, sí se encontraron diferencias entre grupos al compararse las latencias negativas con las calificaciones verbales globales del CAV.

En la figura 2-4 se grafica la distribución de latencias negativas en la prueba de Stroop en función de las calificaciones bajas (grupo 1), medias (grupo 2) y altas (grupo 3) en el CAV global. El grupo 1, con 16 integrantes, tuvo una media de latencias negativas de 2 649 mseg.; el 2, con 40 estudiantes, presentó una media de 3 119 mseg., mientras que el 3, con 18 personas, presentó una media de 3 005 mseg., lo que hace significativas las diferencias entre esos conjuntos de estudiantes ($F = 4.10$, $p = 0.02$).

Figura 2-4 muestran cómo el grupo con menores actitudes negativas a la vejez (grupo 1) presentó latencias significativamente inferiores que las del que tiene calificaciones medias del CAV (grupo 2), según la prueba Tukey-Kramer.

Estas diferencias ocurrieron en el sentido esperado, es decir, los estudiantes cuyo nivel de actitudes negativas estaba entre los cuartiles 1 y 3 de la distribución (grupo 2) mostraron latencias negativas superiores a las exhibidas por los estudiantes que se autodescribieron con menor grado de preocupación por el tema (grupo 1).

Temores, a diferencias de las actitudes a la vejez, sí tuvieron un efecto significativo y ordenado con respecto a los índices de interferencia negativos asociados al tema del envejecimiento, tanto para la calificación global de miedos como para tres de sus escalas.

En la figura 2-5 se presenta la distribución de los puntajes brutos en la Lista de Miedos, en función de si el índice de interferencia había sido superior o igual a 240 puntos o no. En dicha figura se aprecia que los estudiantes del grupo 1 que exhibieron índices iguales o superiores a 240 puntos se autodescribieron con niveles de miedos bajos, en comparación con los alumnos con valores de interferencia inferiores, lo que hizo significativas esas diferencias entre grupos ($t = 3.114$, $p = 0.002$). La media de miedos para el grupo 1 con 20 estudiantes fue de 62.8, en comparación con la media de 82.8 para 54 estudiantes del grupo 0.

El mismo fenómeno se registró cuando se compararon los conjuntos de estudiantes con interferencia alta y baja en función de las calificaciones obtenidas en las escalas 1, 2 y 3 de la Lista de Miedos. Los jóvenes con niveles de interferencia elevados (grupo 1) tuvieron calificaciones inferiores en la escala 1 de miedos, que medía el temor a la pérdida afectiva, al ser comparados con aquellos que presentaban interferencia baja (grupo 0), lo cual hizo significativos esos contrastes entre grupos ($t = 3.07$, $p = 0.002$). Tal

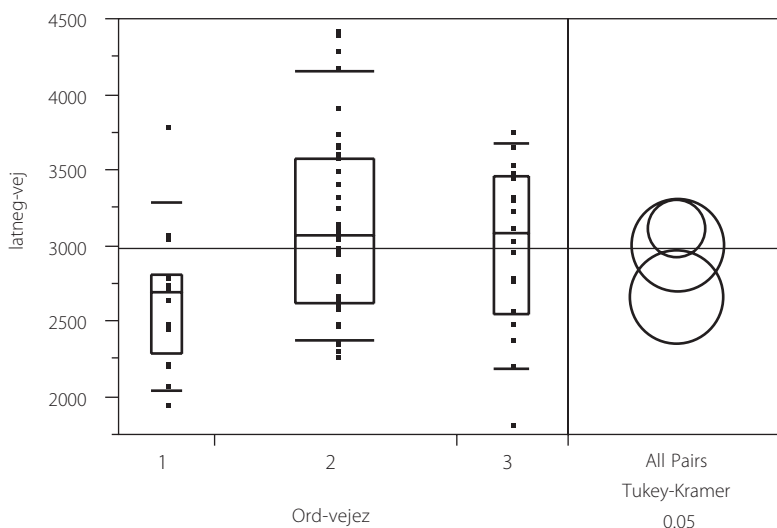


Figura 2-4 Latencias negativas en la prueba de Stroop de vejez, en función de actitudes negativas bajas (1), medias (2) o altas (3) hacia el envejecimiento, en el cuestionario CAV.

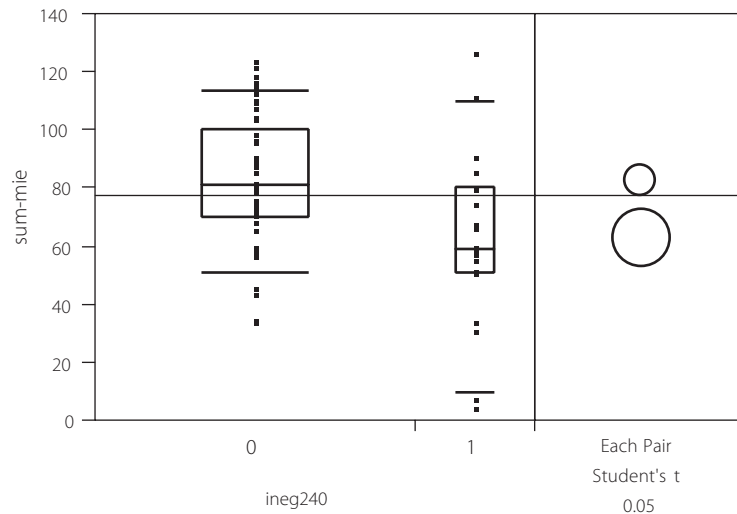


Figura 2-5 Calificaciones en la Lista de Miedos en función de si su índice de interferencia negativa (ineg) fue igual o superior a 240 (grupo 1) o no (grupo 0).

efecto, en la misma dirección y en magnitud semejante, se registró para los dos grupos de interferencia alta y baja en relación con la escala 2 de la Lista de Miedos, que medía el temor a ser víctima de eventos no contingentes ($t = 2.82$, $p = 0.006$), y con la escala 3, que medía el miedo a la vulnerabilidad ($t = 2.45$, $p = 0.01$). No se registraron diferencias entre los grupos alto y bajo de interferencia para los puntajes brutos ante la escala 4 de la Lista de Miedos, correspondiente al miedo a la muerte. Las relaciones entre la expresión verbal de temor general y tres de sus escalas,

con los índices conductuales de preocupación por envejecer, fueron opuestas a lo esperado. Y ese efecto contrario fue claro y contundente.

Para proporcionar más elementos al argumento anterior se organizaron los índices de interferencia en tres grupos: 1) el grupo 1, con un rango de 0 a 39 puntos, integrado por 33 estudiantes que poseían una media de miedos de 83.6; 2) el grupo 2, con un rango de interferencia de 40 a 239 puntos, formado por 21 alumnos y una media de miedos de 81.6, y 3) el grupo 3, con valores de interferencia de 240 en adelan-

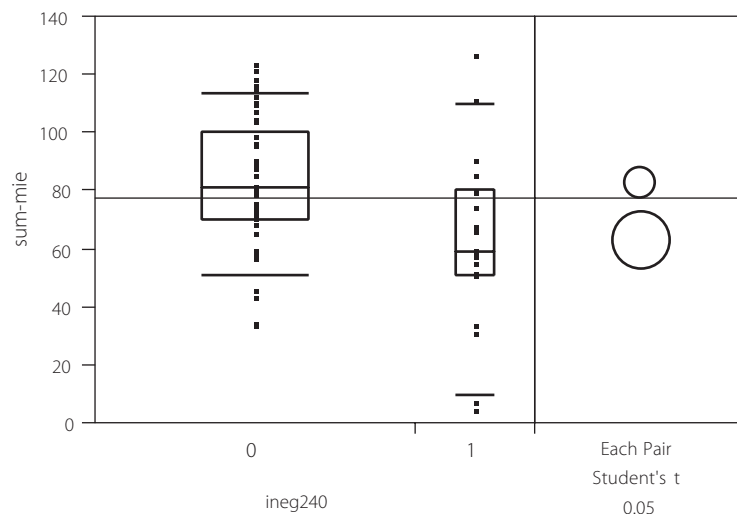


Figura 2-6 Calificaciones en la Lista de Miedos en función del rango en el que cayó el índice de interferencia negativa: grupo 1 = 0-39; grupo 2 = 40-239; grupo 3 = 240 o más.

te, constituido por 20 estudiantes con una media de miedos de 62.8 puntos. En la figura 2-6 se observa que el grupo 3 presenta las calificaciones más bajas para la Lista de Miedos, en comparación con los otros dos, según la prueba Tukey-Kramer; los tres conjuntos de personas difieren entre sí, de forma importante, para ese indicador ($F = 4.82$, $p = 0.01$).

En la parte derecha de la figura 2-6 se observa que el grupo 3 tuvo índices globales de miedos significativamente menores que los de los otros dos grupos, de acuerdo con la prueba de Tukey-Kramer. Otra vez el conjunto con sesgo atencional a las palabras de vejez superiores a 240 muestra los indicadores más bajos en el autorreporte de la Lista de Miedos, lo cual constituye un efecto paradójico.

ÍNDICES FISIOLÓGICOS

Las medidas de tensión arterial y del pulso se relacionaron tanto en sus valores absolutos como en términos del cambio del pretest al posttest con los indicadores conductuales; no se encontraron relaciones ordenadas de reactividad con los indicadores de sesgo atencional de la prueba de Stroop, pero sí se obtuvieron dos relaciones entre medidas tensionales posttest, en función de la magnitud del índice de interferencia producido por las palabras asociadas a la vejez.

La figura 2-7 presenta la distribución de los valores de presión sistólica posttest, organizada en dos grupos, de acuerdo con el valor del índice de interferencia en la prueba de Stroop. El conjunto de los estudiantes con índices de interferencia inferiores a 240 puntos (grupo 0) agrupó a 54 personas con un valor medio de presión sistólica posttest de 106.6, mientras que el grupo 1 identifica a 20 estudiantes

con índices iguales o superiores a 240, cuyo valor medio de presión sistólica posttest fue de 117.4. Como se puede apreciarse en la figura mencionada, los participantes con sesgo atencional elevado presentaron valores absolutos de presión arterial sistólica posttest superiores a su contraparte, y esas diferencias entre grupos fueron significativas estadísticamente ($t = 2.5$, $p = 0.01$).

Cuando se organizan esos mismos datos en tres rangos de acuerdo con la magnitud del índice de interferencia negativo, con puntos de corte en los 40 y 240, como se ilustra en la figura 2-8, se observa lo siguiente en los conjuntos extremos: el grupo 1, con valores de interferencia entre 0 y 39, con 33 sujetos que tuvieron una media de presión sistólica posttest de 105.1, y el grupo 3, que presentó valores de interferencia iguales o superiores a 240, con 20 integrantes, y una media de presión sistólica posttest de 117.4; todos difieren significativamente entre sí, según la prueba Tukey-Kramer.

En este análisis el grupo con mayor sesgo hacia las palabras relacionadas con el tema de la vejez fue el que presentó los valores más elevados para presión sistólica al término de la prueba de Stroop. El grupo 2, con un rango de interferencias entre 40 y 239, integrado por 21 personas y una media de presión sistólica posttest de 108.9, tuvo valores intermedios. Los tres grupos difirieron de manera importante entre sí ($F = 3.47$, $p = 0.03$).

Finalmente, también se encontraron valores superiores para la presión diastólica posttest entre los universitarios con mayor sesgo atencional hacia el tema de vejez en la prueba de Stroop.

La figura 2-9 presenta la distribución de los valores de presión diastólica posterior a la prueba conductual, organi-

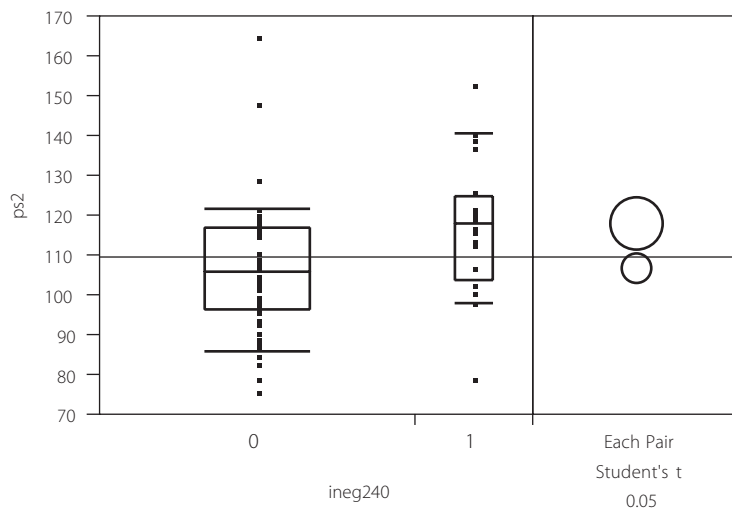


Figura 2-7 Presiones sistólicas posteriores a la prueba de Stroop en función de si su índice de interferencia negativa (ineg) fue igual o superior a 240 (grupo 1) o no (grupo 0).

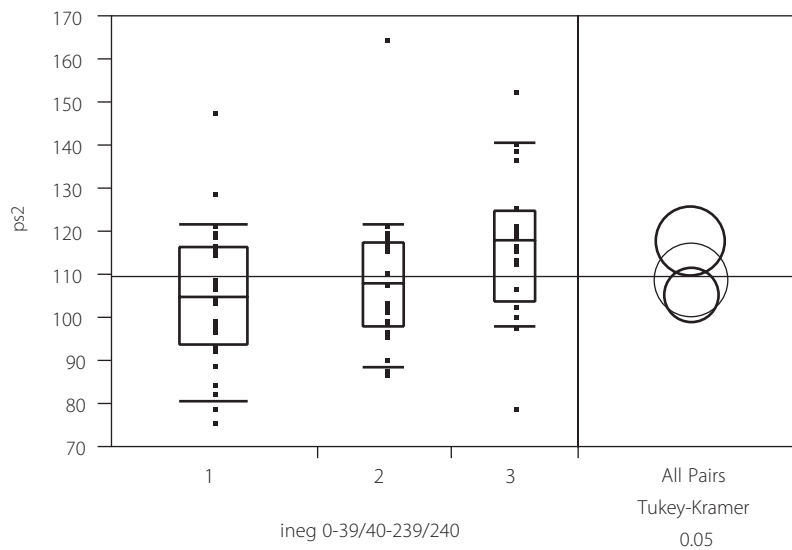


Figura 2-8. Calificaciones en la Lista de Miedos en función del rango en el que cayó el índice de interferencia negativa: grupo 1 = 0-39; grupo 2 = 40-239; grupo 3 = 240 o más.

zada en función de la magnitud del índice de interferencia con punto de corte en 240. El grupo con alta interferencia (grupo 1), integrado por 20 estudiantes, tuvo los valores más elevados de presión diastólica posttest, con una media de 73, en comparación con el grupo bajo en interferencia (grupo 0), con 54 integrantes y una media de 67.1 de presión diastólica. Esas diferencias entre grupos ($t = 2.03$, $p = 0.04$) son significativas.

CONCLUSIONES

Los universitarios participantes no difirieron por género ni por edad ni por carrera cuando se empleó el CAV en sus calificaciones globales. Tampoco lo hicieron en ninguna de las subescalas de esa prueba. El mismo fenómeno resultó luego de usar la prueba conductual de sesgo atencional hacia el tema de la vejez, esto es: los estudiantes no gene-

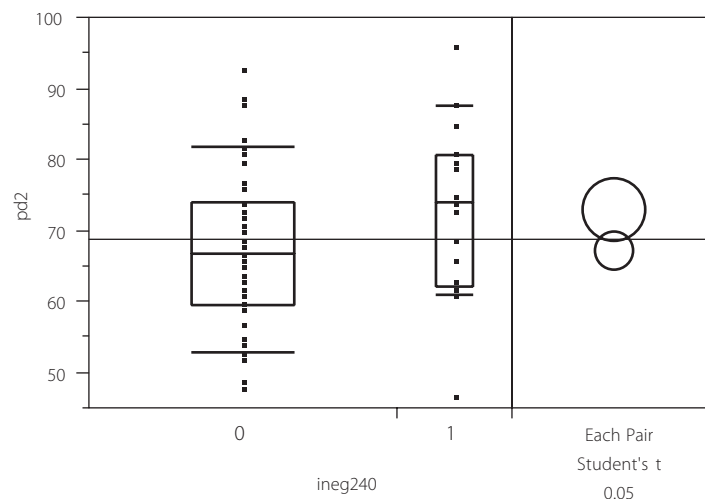


Figura 2-9 Presiones sistólicas posteriores a la prueba de Stroop en función de si su índice de interferencia negativa (ineg) fue igual o superior a 240 (grupo 1) o no (grupo 0).

raron diferencias en sus índices de interferencia negativa ni en sus latencias negativas en lo correspondiente al género, la edad y la carrera de estudios.

Con respecto al autorreporte de temores, las mujeres tuvieron puntajes superiores a los de los hombres en las calificaciones globales, así como en la escala 2 de miedo a ser víctima de eventos no contingentes y en la escala 4 de miedo a la muerte. No hubo diferencias entre hombres y mujeres en la escala 1 de miedo a la pérdida afectiva ni en la escala 3 de miedo a ser vulnerable. El rango de edad, que fue muy pequeño (de 16 a 24 años), tampoco produjo diferencias en el autorreporte de miedos. Sin embargo, el área de estudio sí produjo diferencias en las calificaciones globales de miedos en todas las escalas, salvo la 4 de miedo a la muerte. Las enfermeras fueron quienes puntuaron por arriba de los estudiantes de las otras dos licenciaturas.

El hecho de que la escala 1 del CAV no se haya relacionado con la calificación global de miedos de la prueba LM, y tampoco con alguna de sus subescalas, sugiere que esa escala mide opiniones o estereotipos carentes de un componente emotivo de importancia. Esto es relevante debido a que las otras subescalas, relativas al miedo al propio envejecimiento y al temor al deterioro intelectual y al abandono, sí se relacionan de forma nutrida con todas y cada una de las subescalas de la Lista de Miedos, así como con sus puntajes globales.

La relación entre los indicadores verbales y conductuales a la vejez fue tenue, ya que los índices de interferencia negativa no se vincularon con las calificaciones en el CAV, y sólo se encontró una relación de las calificaciones globales con las latencias negativas en la prueba de Stroop, en el sentido esperado: a mayor preocupación negativa por el tema, mayor latencia negativa en la prueba de Stroop ante el envejecimiento.

En cuanto a la relación entre el sesgo atencional a la senectud y los miedos autorreportados en la Lista de Miedos se encontró un fenómeno paradójico. Al emplear el punto de corte de 240 como valor de interferencia negativa a partir del cual las respuestas de los sujetos serían o no sesgadas, se hallaron diferencias significativas para las calificaciones globales de miedos, así como para todas sus escalas, salvo la 4, que se refiere al temor a la muerte. Lo que llama la atención es que los estudiantes cuyas interferencias negativas fueron inferiores al punto crítico de 240 hayan tenido niveles superiores estadísticamente a los de los que si mostraron sesgo, con valores de interferencia iguales o mayores a 240. Cuando se analizaron los puntajes de manera más detallada, dividiendo a los sujetos en tres rangos, en función de sus índices de interferencia (de 0 a 39, de 40 a 239 y de 240 o más), también se encontró que las personas con los índices más altos, es decir, con interferencias negativas iguales o superiores a 240, fueron quienes en los cuestionarios se autodescribieron con menos miedos.

Al final no se encontraron efectos en la reactividad fisiológica asociados al género, la edad o a la carrera de estudio. La relación que se encontró entre los índices de interferencia negativos y los indicadores fisiológicos fue que los estudiantes que respondieron con sesgo a la vejez o, dicho de otro modo, con valores de interferencia iguales o superiores a 240 puntos, mostraron las presiones diastólicas y sistólicas posttest más elevadas. Cuando se dividieron los valores de sesgo en rangos de 0-39, 40-239 y 240 o más se obtuvo que las presiones sistólicas posttest del grupo de mayor rango fueron las más elevadas, lo que ratificó los hallazgos previos.

DISCUSIÓN

Los objetivos de este estudio fueron medir los niveles de preocupación de alumnos de licenciatura por los temas asociados a la senectud, mediante tres tipos de indicadores: verbales, conductuales y fisiológicos, así como examinar si ese tipo de preocupación estaba asociada con los miedos más frecuentes y si había diferencias por género en las actitudes negativas hacia la vejez que pudieran ser medidas de manera verbal y conductual en los universitarios.

En la literatura se reportan tendencias contradictorias con respecto a la influencia del género sobre las actitudes negativas hacia la ancianidad (Brubaker & Powers, 1976; Ivester & King, 1977). Por un lado, se ha reportado que las mujeres tienden a presentar un nivel mayor de actitudes negativas hacia la vejez y un menor nivel de opiniones positivas que los hombres (De Souza, 2003), pero también está documentado, en otros estudios, lo opuesto: que aquéllas manifiestan menos actitudes negativas hacia los ancianos que los hombres (Slevin, 1991). Este desacuerdo en la literatura tal vez se deba a que las metodologías empleadas en las investigaciones en muchos casos son inconmensurables, y algunos de quienes las elaboran manejan definiciones poco claras que no permiten saber si lo que se está midiendo es la expresión de opiniones negativas de los participantes hacia los ancianos en general o hacia la idea que tienen de lo que sería el propio proceso de envejecimiento.

La homogeneidad verbal y conductual sobre las actitudes y preocupaciones por la vejez en estudiantes universitarios de ambos géneros en el presente estudio añade otro dato discordante a lo reportado antes (Slevin, 1991, De Souza, 2003), ya que no se encontraron diferencias entre géneros en los estudiantes universitarios de las carreras seleccionadas en ninguno de los indicadores y, en el caso del instrumento verbal CAV, en ninguna de sus escalas. La aportación de este estudio radica en que, además de emplearse medidas de autorreporte, se usó una prueba de sesgo atencional temático al envejecimiento, basado en la versión emocional del paradigma de Stroop.

Los temores generales expresados por mujeres y hombres a este nivel escolar difirieron por géneros, ya que ellas reportaron un grado mayor de miedo hacia dos escalas en particular de la Lista de Miedos: la que midió el temor a ser víctima de eventos no contingentes y el temor a la muerte.

Contrario a lo esperado, se obtuvo una relación inversa entre los puntajes de la Lista de Miedos y la magnitud del sesgo atencional al tema de vejez. Se esperaba que las personas que muestran mayores niveles de interferencia asociados a este tema también expresaran un mayor nivel de temores generales, sin embargo, el grupo de universitarios participantes que mostró los índices de interferencia más elevados ($> = 240$) tuvo los puntajes más bajos de temores generales expresados en la Lista de Miedos. Una hipótesis plausible sería que este efecto en apariencia paradójico se deba a que si bien los alumnos más preocupados por el tema de la senectud coinciden en experimentar el mayor nivel de temores, se autocensuran, de modo consciente o inconsciente, autorreportando valores bajos de miedos generales, ya que consideran que su estatus de universitarios es contrario a describirse como personas temerosas. Este fenómeno de expresión baja de temores generales, acompañado de los índices de interferencia más elevados hacia el tema del envejecimiento, sólo se ha registrado en nuestras investigaciones con los estudiantes de licenciatura, ya que no se presenta en la población general de mayor edad o de menor escolaridad (Hernández-Pozo, 2009).

Por otro lado, las diferencias en el autorreporte de miedos, cargadas hacia la carrera de Enfermería, no fueron contundentes, debido a que no se empleó un procedimiento de selección al azar y el número de participantes de esa carrera fue menor al de los grupos de Medicina y de Psicología. No obstante, es importante explorar las diferencias entre licenciaturas, ya que las enfermeras, en particular, tienen una interacción estrecha con las personas mayores y sus actitudes hacia ese grupo etario deben ser tomadas en consideración, porque pueden matizar y afectar la calidad del servicio que brindan a los pacientes mayores (McKinlay & Cowan, 2003).

En un estudio realizado con estudiantes, Slevin (1991) reporta que si bien las mujeres presentan menos actitudes negativas hacia los ancianos que los hombres, cuando las enfermeras ingresan a su licenciatura, de forma inversa a lo esperado, incrementan sus actitudes negativas hacia la senectud, debido al proceso de socialización profesional específica. Esto plantea una interrogante práctica, ¿será necesario entrenar a los futuros profesionales de la salud en los ámbitos gerontológicos para “endurecerse” en sus actitudes hacia los ancianos, con el fin de mejorar su eficiencia en el trato hacia ellos? ¿Esto será en el mismo sentido en que los médicos deben ser entrenados a “soportar” la muerte de sus pacientes, con el propósito de seguir funcionando de manera adecuada en la atención del resto de las personas que los consultan? Esta pregunta sólo puede y debe responderse de manera empírica.

Una de las ventajas del empleo de medidas conductuales y fisiológicas, en conjunto con los indicadores verbales, radica en que se pueda determinar con exactitud la medida en que un profesional de la salud está listo en el aspecto emocional para funcionar en su ámbito de competencia.

No cabe duda de que la forma en que se percibe a qué edad un individuo se hace viejo está influenciada por actitudes personales hacia la vejez que se van moldeando desde una perspectiva social. En un mundo en que hay una preocupación en aumento relacionada al lastre que implica la población “canosa” sobre la sociedad en general (Getzen, 1992; Kono, 1996; Butler, 1997), sería útil explorar ese tipo de relaciones, a fin de planear intervenciones conductuales orientadas a cambiar las actitudes negativas de los planificadores en ese sentido, mejorar la calidad de vida y productividad de las personas de la tercera edad e incluir en el currículo de los futuros profesionales de la salud, dedicados al cuidado de esta población, materias que les permitan moldear sus actitudes y reacciones emocionales. Esto con miras a incrementar su eficiencia en el cuidado de los adultos mayores y así proporcionar un trato digno y de calidad a ese grupo de la sociedad.

Anexo 2-1. Preocupación por la vejez en universitarios

Empleo de medidas verbales, conductuales y fisiológicas

Nombre del instrumento principal: Prueba conductual de sesgo atencional a la vejez basada en la versión emocional del paradigma de Stroop (Hernández-Pozo, 2006)

Objetivo: Este software mide el sesgo atencional hacia palabras asociadas a la vejez, basado en el índice de interferencia negativo resultante de restar el tiempo de reacción para identificar el color en que está escrita una palabra neutra, al tiempo de reacción de ese mismo tipo de discriminación hacia una palabra negativa asociada a la vejez. El sesgo perceptual es una tendencia inconsciente; la diferencia en milésimas de segundos entre una respuestas discriminativas a palabras neutras o a palabras con carga emocional negativa contra la vejez, es el valor de prejuicio contra envejecer o cronologismo.

Población a la que evalúa (edades): La prueba es apta para personas que sepan leer y escribir, en un rango de edades de 10 a 80 años. La prueba no sirve para personas ciegas, para personas daltónicas, ni para personas que no sepan leer ni escribir.

Instrucciones generales de aplicación: El software se aplica de manera individual, en una computadora personal. El tiempo de aplicación es abierto, pero debido a que en las instrucciones se señala que se responda lo más rápido posible y sin errores, los tiempos promedio oscilan entre 6 y 20 minutos. Los tiempos de sesión comunes en población de escolaridad igual o superior al bachillerato son de 8 minutos. La prueba consta de 60 ensayos.

Instrucciones específicas de aplicación: Si la persona obtiene menos de 50 aciertos en una sesión, deberá repetirla. Se sugiere que el participante anote su índice de interferencia negativa y sus aciertos, para la consulta posterior con el experimentador. El experimentador acude para cambiar la pantalla, presionando la letra z mayúscula.

Instrucciones de calificación. Los resultados se proporcionan automáticamente al finalizar la sesión. Los resultados principales son: 1) índice de interferencia negativa (ineg), que es un valor relativo de sesgo, intrasujeto, independientemente de que tan lento o rápido fue su tiempo promedio de respuesta, 2) latencia negativa (latneg), que es el tiempo de respuesta para identificar el color en que están escritas las palabras temáticas de vejez con carga negativa, este es un valor absoluto y 3) los aciertos.

Sugerencias de interpretación. Índices de interferencia negativa superiores a 250 son indicativos de sesgo perceptual.

Valores negativos en el índice de interferencia se interpretan como ausencia de sesgo y en ese sentido son equivalentes a cero, independientemente de su magnitud. Los índices de interferencia superiores a 350 son indicativos de interferencia asociada al tema de la vejez. Es conveniente acompañar esta medida de información adicional, como por ejemplo de la ocupación de la persona que se evalúa y de algún otro antecedente relevante, ya que este sesgo se puede deber a un prejuicio contra la vejez, o a un interés o preocupación particular hacia ese tema, debido a la profesión que se practica, o a que la persona evaluada probablemente se dedica a cuidar a algún adulto mayor, sin que necesariamente se tenga un prejuicio contra envejecer.

Normas estadísticas:

De acuerdo a los valores que hemos encontrado en México:

Clasificación	%	Valores índice de interferencia
1. Sin sesgo	42	menor o igual a cero
2. sesgo bajo	15	entre 0-120
3. sesgo medio	24	entre 120-350
4. sesgo alto	19	superiores a 350 puntos

Clasificación en función de puntos de corte para el índice de interferencia negativo, considerados por otros autores (Williams, Mathews & MacLeod, 1996):

Clasificación	%	Valores índice de interferencia
1. Sin sesgo	44.6	menor a cero hasta 39
2. sesgo bajo	28.4	entre 40-239
3. sesgo alto	27.0	Igual o superior a 240 puntos

Instrumento final completo. La prueba conductual de sesgo atencional a la vejez basada en la versión emocional del paradigma de Stroop (Hernández-Pozo, 2006), corre en computadoras personales compatibles con IBM, consta de un programa ejecutable de 58 KB, que se instala dentro del subdirectorio c:/tp/, así como de 17 programas gráficos que ocupan 174 KB, que se deben de copiar en el subdirectorio c:/tp/bgi/ para el funcionamiento correcto del programa. Esta prueba en la versión del prototipo empleado en el presente estudio, se distribuye de manera gratuita entre los miembros de la Asociación Mexicana de Comportamiento y Salud, para uso exclusivo de investigación. La solicitud para obtener una copia del programa se puede efectuar a través de la autora, en el correo: herpoz@unam.mx, o a través de la página de la AMCS: <http://asomexcomsal.blogspot.com/>

Lista de Miedos

Hernández-Pozo, Calleja, Sánchez, Coronado, Macías & Cerezo, 2009.

Identifique con un número del 0 al 5 qué tan adversa o negativa sería para usted una situación que tenga que ver con cada concepto de la lista. Si el tema no aplica o no es negativo para usted, ponga cero.

Tema	Grado (0 – 5)
1. Abandono	
2. Abuso físico	
3. Abuso psicológico	
4. Accidente	
5. Apariencia inapropiada	
6. Desamor	
7. Desconocido	
8. Destino	
9. Enfermedad	
10. Fracaso	
11. Hablar en público	
12. Ignorancia	
13. Incapacidad física	
14. Incapacidad mental	
15. Infidelidad	
16. Locura	
17. Maldad	
18. Muerte amigos	
19. Muerte hijos	
20. Muerte pareja	
21. Muerte propia	
22. Pobreza	
23. Ridículo	
24. Robo	
25. Soledad	
26. Traición	
27. Vejez	
28. Violencia	

REFERENCIAS

- Butler, R. N. (1997). Population aging and health. *British Medical Journal*, 315, 1082-1084.
- Brubaker, M. A., & Powers, E. A. (1976). The stereotype of "old": a review and alternative approach. *Journal of Gerontology*, 31, 441-447.
- Cameron, P. (1969). Age parameters of young adult, middle aged, old and aged. *Journal of Gerontology*, 24, 201-202.
- Collete-Pratt, C. (1976). Attitudinal predictors of devaluation of old age in a multigenerational sample. *Journal of Gerontology*, 31, 193-197.
- De Souza, E. M. (2003). Intergenerational interaction in health promotion: a qualitative study in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 37, (4), 463-469.
- Drevenstedt, J. (1976). Perceptions of the onsets of adulthood, middle age and old age. *Journal of Gerontology*, 31, 53-57.
- Getzen, T. E. (1992). Population aging and the growth of health expenditures. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47, 98-104.
- Kono, S. (1996). Population ageing in Japan. *Reviews in Clinical Gerontology*, 6, 205-211.
- Hernández-Pozo, M. R. (2006). Prueba Stroop para medir prejuicio contra la Vejez, STROVEJ. Manual y programa de cómputo. México, D. F.: Asociación Mexicana de Comportamiento y Salud.
- Hernández-Pozo, M. R. (2009). *Sesgo perceptual hacia la vejez en hombres y mujeres jóvenes y adultos*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Hernández-Pozo, M. R., Calleja, N., Sánchez, A., Coronado, O., Macías, D. & Cerezo, S. (2009) Validación de una escala de miedos en población mexicana. *Revista Acta Colombiana de Psicología*, 12, 1, 3-29.
- Hernández-Pozo, M. R., Torres, M., Coronado, O., Herrera, A., Castillo, P., & Sánchez, A. (2009) Actitudes negativas hacia la vejez en población mexicana: Aspectos psicométricos de una escala. En González-Celis Rangel A. L. Instrumentos de Evaluación en Psicogerontología. México: Manual Moderno.
- Ivester, C. & King, K. (1977). Attitudes of adolescents toward the aged. *Gerontologist*, 17, 85-89.
- McKinlay A. & Cowan, S. (2003). Student nurses' attitudes towards working with older patients. *Journal of Advanced Nursing* 43 (3), 298-309.
- Richards, A., French, C. C., Johnson, W., Naparstek, J. & Williams, J. (1992). Effects of mood manipulation and anxiety on performance of an emotional Stroop task. *British Journal of Psychology*, 92, (83), 479-491.
- Slevin, O. D. A. (1991). Ageist attitudes among young adults: implications for a caring profession. *e* (10), 1197-1205.
- Unsworth, K. L., McKee, K. J., & Mulligan, C. (2001). When does old age begin? The role of attitudes in age parameter placement. *Social Psychology Review* 3, (2), 5-15.
- Williams, J. M. G., Mathews, A. & MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120 (1), 3-24.



ESCALA DE ESTRUCTURA DE PÉRDIDAS EN EL ADULTO MAYOR

ARMANDO RIVERA-LEDESMA¹

Universidad de Londres
Dirección de Psicología

MARÍA MONTERO-LÓPEZ LENA

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología

El modelo conceptual general de ajuste propuesto por Lazarus (1976) parte del origen de un conflicto entre los recursos de los cuales dispone un sujeto y una o varias demandas impuestas por la realidad. Este conflicto pone en escena la posibilidad de la ocurrencia de una pérdida. Es posible afirmar que aquello a lo que alude una pérdida o una amenaza de ella en el contexto por el que transita nuestro discurso, es siempre un recurso adaptativo del sujeto.

En el interjuego entre el sujeto y su medio ambiente interno y externo, existe un comercio adaptativo constante que caracteriza su actividad cotidiana. Desde el nacimiento hasta la muerte, el individuo se empeña en mantener un equilibrio entre lo que necesita del medio ambiente interno y del externo para sobrevivir, y lo que éste le exige a cambio. Lo primero que esa persona debe hacer en cuanto nace y entra en contacto con el mundo es conseguir la divisa necesaria de intercambio con él, y a esa tarea enfocará sus esfuerzos el resto de su existencia. Tal divisa no es otra sino la que apela a los recursos con los que se va armando a fin de afrontar con éxito las demandas del medio; entre ellos podemos encontrar desde recursos externos como el dinero, hasta internos como la autoestima. En este sentido, un recurso es en general adaptativo. Un individuo puede ser privado de muchas cosas tangibles e intangibles, reales o simbólicas, pero no siempre

cualquier cosa de la cual se le prive le resultará una pérdida, la cual se da cuando alude a la privación de un Recurso Adaptativo Significativo. Un recurso es Significativo cuando forma parte importante del mundo afectivo del sujeto. Bajo estos términos, la privación de tal recurso es capaz de generar dolor afectivo, es decir, distrés psicológico el cual, en situaciones extremas de pérdida puede ser caracterizado como una experiencia emocional displacentera (psicológica, social y/o espiritual), con sentimientos de vulnerabilidad, tristeza y miedo, depresión, ansiedad, pánico, aislamiento social, crisis espirituales, etc. (Holland, 1999; Fitchett y Handzo, 1998, citados por Almanza-Muñoz, & Holland, 2000).

Se ha destacado que la vejez es una etapa de la vida donde el concepto de pérdida toma un papel fundamental, definirla y caracterizarla (Baltes, 1987; Bar-Tur & Levy-Schiff, 2000). La senectud puede ser vista como la etapa de la vida en que ocurren numerosos cambios asociados a mermas en áreas importantes de la existencia, tales como el deterioro de la salud, el retiro o la jubilación, pérdidas ocupacionales y financieras, quebrantos de roles sociales, de la identidad, el estatus, muerte de seres queridos (Bar-Tur & Levy-Schiff, 2000), que en conjunto constituyen una importante fuente de estrés (Koenig, Smiley & González, 1988; Blazer, 2000). Estas pérdidas entrañan una serie de cambios físicos, sociales y psicológicos que matizan y defi-

¹ Se agradece el apoyo financiero otorgado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología del gobierno de México, por medio de la beca No. 95177, para la realización de estudios doctorales otorgada al primer autor, y a la Sra. Consuelo Ledesma Galindo por su valiosa ayuda.

nen la Vejez al caracterizar una situación existencial global (La Gran Pérdida), que exige del sujeto el despliegue de un proceso de adaptación ante estresores intensos y numerosos. Rivera-Ledesma y Montero-López (2003) han clasificado en cinco grandes apartados dichos estresores o pérdidas con respecto a su ámbito de influencia:

- 1. El cuerpo:** El cuerpo va perdiendo paulatinamente sus atributos originales; las mermas se van sucediendo en el tiempo hasta que irrumpen en la funcionalidad adaptativa del anciano y se constituyen en verdaderos obstáculos a sus posibilidades de ajuste. Es entonces cuando el cuerpo puede convertirse en objeto de preocupación exacerbada.
- 2. Relaciones objetales (sociales):** Objetos amados y perdidos en la realidad o en la fantasía: cónyuge, hijos, hermanos, primos queridos, amigos entrañables de toda la vida; algunos de ellos fallecidos, extraviados. Pérdidas reales imposibles de sustituir. En otro orden están las relaciones objetales quebradas; en ellas el objeto aún existe en la realidad, pero su acceso está obstaculizado por múltiples motivos: el objeto amado ya no nos reclama; nuestra antigua función es ya inoperante para el objeto (hijos); afectos basados en posiciones culposas vedan por sistema el acceso del objeto hacia el Viejo²; tal es la situación de los hijos que no soportan la impotencia y desesperación que les genera el ver la ancianidad de sus padres, etc.
- 3. El Ser-para-el-mundo:** Se trata del rol productivo; se es en tanto se hace; el ser-es-en-el-hacer. El hombre se forma y se transforma en el hacer; en la transformación de la materia natural en materia funcional; en la modificación del pensamiento desorganizado en ideología operante; en la puesta en marcha de las propias capacidades en el proceso social del trabajo y la expresión de sí mismo; es la expresión del poder personal en el intercambio económico. Se es, en tanto se es útil para otros. Útil, como agente de transformación y modificación; útil, como proveedor de subsistencia; útil, como solución posible a la problemática cotidiana del vivir. Al Ser-para-el-mundo, se obtiene un estatus, un rol; una posición social para sí.
- 4. El Ser-en-el-mundo:** Quizá como una consecuencia de la pérdida del Ser-para-el-mundo, el universo que antaño daba sentido a la vida, el contexto

donde la vida transcurre empieza a perder significado y correspondencia con nuestro ser. El vertiginoso avance de la cultura, la tecnología, la ciencia, la organización social, etc., van transformando el mundo circundante de tal manera que al Viejo le parece un mundo distinto con respecto al cual poco a poco se va sintiendo extraño; es un sentimiento de No correspondencia, de Desanclaje del mundo. Para el Adulto Mayor, el diferencial existente entre lo que fue su mundo y lo que el mundo es ahora puede ser gigantesco. El director Wolfgang Becker, en su cinta *Good bye, Lenin!* (2003), ha tratado este tema ejemplificándolo a partir de los cambios radicales ocurridos en la Alemania Oriental de la segunda mitad del decenio de 1980-89 con el derribamiento del Muro de Berlín; la cultura, el ordenamiento social, los productos que se consumen a diario, los valores, los trabajos, todo empieza a cambiar poco a poco mientras Christiane Kerner, una mujer orgullosa de sus ideas comunistas, permanece en un coma ocurrido poco antes del derribamiento del Muro; cuando logra salir de esa situación, su hijo se esfuerza por reconstituir el mundo en el que ella vivió, en un intento por evitarle a su madre un enfrentamiento crudo con la nueva realidad de su amada República Democrática Alemana. El extrañamiento del que ella es presa cuando por primera vez se encuentra rodeada de la nueva realidad, ejemplifica aquello a que nos referimos. Ya en nuestra cultura, la película *México de mis recuerdos* (1943) no termina sin aludir al desvanecimiento de un porfiriato que marcó para muchos una época dorada que vieron evaporarse y desaparecer tras la revolución social de 1910. Tras su pérdida, una nueva sociedad se abrirá paso cambiando de forma drástica la realidad de muchos Adultos Mayores, que veían el nuevo mundo social resultante como carente de todo significado... o, al menos, del significado que en otro tiempo enriqueció su vida.

- 5. La identidad:** La vejez no es una etapa de la vida que se instaure de un día para otro. Lo que un sujeto desea ser, es decir, aquello que ha forjado para sí como meta del ser, es algo que se va modificando conforme las pérdidas van ejerciendo dominio a lo largo de la existencia. La vida puede ser vista como un ir dándose cuenta de que mucho de lo que hemos tomado como ideal del yo escapará a nuestros sen-

² A lo largo de este trabajo escribiremos las expresiones *Viejo* y *Adulto Mayor* con mayúsculas iniciales a fin de llamar la atención hacia la necesidad de fomentar y mantener una visión respetuosa e incluyente de la Adulter Mayor en los procesos que día con día dan sentido y trascendencia a nuestra sociedad. Este es, pues, un esfuerzo sencillo, pero no menos importante, en la lucha por vencer la marginación de la que el Viejo es objeto en nuestros días.

timientos de omnipotencia y grandeza. Desde ese polo saturado de omnipotencia juvenil, el sujeto avanza hasta otro donde la humildad, el reconocimiento de las pérdidas que impone la realidad interna y externa puede ser anómalo o claro refugio. Con todo, el advenimiento de las pérdidas puede ser inesperado y repentino, y quizá lo suficientemente importante como para hacer difícil alcanzar el ideal. Es posible que las pérdidas le muestren al Viejo que no es posible seguir; entonces el Yo se verá precisado a mirar a su ideal (prospección de la vida) y preguntarse, sin reconocerse, ¿Quién soy yo? ¿Quién puedo llegar a ser? La respuesta cambiará la pregunta por un ¿Quién fui...?, y se regodeará en los afanes y logros del pasado, relatándolos a un otro dispuesto a devolverle como pago una admiración o un reconocimiento del cual pueda asirse.

La experiencia de pérdida es inherente al desarrollo humano y es parte sustancial de las transiciones presentes en el desarrollo ontogenético (Rosenblatt, 1993). Baltes (1987) ha destacado que una de las características del proceso de vida de los seres humanos es que todo proceso de desarrollo supone fases de crecimiento (ganancias), y declinación (pérdidas). De acuerdo con Baltes, ningún cambio en el desarrollo durante la vida es sólo ganancia o sólo pérdida. El saldo total entre rendimientos y mermas cambia de forma proporcional con el incremento de la edad. A más años, mayores pérdidas y menores ganancias. Lo que caracteriza a las pérdidas presentes en la vejez, con respecto a las que ocurren en estadios previos, es que, a diferencia de estos últimos, las pérdidas objetales en la Adulthood Mayor suelen presentarse en un ordenamiento o sucesión singular de Viejo a Viejo, cuyo efecto acumulativo puede hacer sentir que tales menoscabos actúan con cierta simultaneidad. Salvarezza (1993) ha señalado que para tales pérdidas no parece haber un objeto sustituto posible, porque no existe. La aparente simultaneidad en la ocurrencia de estas pérdidas, o incluso su ocurrencia aislada, es difícil de pronosticar porque, como señala Baltes (1987), hay una gran variación en cuanto a la naturaleza y el tiempo en que ocurren los eventos en la vejez. Evidentemente, cada Adulto Mayor irá afrontando mermas en un ordenamiento, en una sucesión singular, y cada una de ellas tendrá un valor afectivo específico y singular para él, tal vez diferente al experimentado por otros Viejos. A este conjunto de pérdidas le llamaremos aquí, *Estructura de Pérdidas*.

La Estructura de Pérdidas puede ser definida como el conjunto de objetos significativos (susceptibles de ser agrupados en diferentes Clases de Pérdidas) que se perciben bajo amenaza de ser perdidos o cuya pertenencia es insegura o ambigua (concebibles como Tipos de Pérdidas) en una etapa determinada de la vida, cuya influencia continúa

definiendo cogniciones, afectos y conductas ante ella. Lazarus (1976) destacó el papel diferencial de una Pérdida Consumada, por un lado, y la Amenaza de Pérdida, por otro. Boss (2001), por su parte, destacó la importancia diferencial de la Pérdida Ambigua en la cual el sujeto no alcanza a precisar si ha perdido o no al objeto, lo que obstaculiza el proceso de duelo y prolonga la angustia derivada de la amenaza de pérdida. Cada etapa del ciclo vital puede ser caracterizada por una estructura de pérdidas con aspectos diferenciales respecto al resto de ellas. Mahler (1968), Blos (1967) y Colarusso (1997) han mostrado, al enfatizar la relación entre pérdidas y separación, que cada etapa de la existencia puede plantear diferentes constelaciones de mermas. Parece pertinente sugerir que esta Estructura de Pérdidas puede tener un valor clínico importante en el desarrollo ontogenético de la Adulthood Mayor debido al momento relativo de su aparición (coincidencia de la ocurrencia simultánea de pérdidas importantes); su tamaño, es decir, la cantidad de objetos que incluye, así como la intensidad afectiva de éstos en forma individual o en conjunto. Los objetos pueden ser distinguibles por la importancia y la fuerza afectiva que tienen para el sujeto. Hay pérdidas dolorosas pero soportables y hay otras que son devastadoras. La estructura de pérdidas presente en la Adulthood Mayor, sin precedente en la vida del sujeto (Baltes, 1987; Bar-Tur & Levy-Schiff, 2000), podría definir diferentes rutas de ajuste que es preciso explorar. Cabe esperar que perder un objeto significativo impacte directamente la capacidad de adaptación de la persona.

La estructura de pérdidas en la Vejez dispone una nueva condición existencial: La Gran Pérdida, un conjunto de menoscabos significativos en extremo que no admiten sustituto posible y marcan con su presencia el sello de una muerte anunciada, cuya realidad se torna cada vez más clara. La Gran Pérdida no es la suma de las mermas sufridas, sino un resultado sinérgico; si tal operación fuese posible, sería más que la suma emocional de los objetos perdidos. La Gran Pérdida parece mostrar, como al final de una fiesta que se ha disfrutado y en la cual los invitados se han marchado ya, que la vida se aproxima a su fin. Cuando ya no hay más que hacer se estará listo para iniciar el último viaje. La Gran Pérdida puede facilitar la aceptación de la muerte o entorpecerla. No es la muerte: es su preludio.

En una investigación cualitativa realizada con Adultos Mayores mexicanos del Distrito Federal, en México (Rivera-Ledesma & Montero-López, 2007d), se halló que La Gran Pérdida es un tema del cual no les gusta hablar a los Viejos novatos (entre los 60 y 65 años, aproximadamente) y, sin embargo, es una realidad que se esconde entre su discurso. Se trata de un tema no del todo elaborado, madurado o superado, porque inflige su huella día con día. Este tema, el de La Gran Pérdida, parece agazaparse tras la característica depresión que solemos encontrar en el Viejo, como un

duelo continuado, como un patrón distímico. Se trata de la paulatina pérdida de la vida, de la confrontación con la muerte. La del otro, y la propia. La Gran Pérdida avanza desde el momento en que al sujeto le queda claro que lo deseado, lo tenido y ahora perdido, ya no volverá. La Gran Pérdida es un tema que asecha, persigue y acosa de manera implacable. Julieta, una de nuestras entrevistadas, afirmaba:

A lo largo de la vida se van perdiendo las cosas, pero cuando llega uno a la tercera edad se van perdiendo más y más. Más y más le duele a uno pero, a medida que van pasando los años, va uno perdiendo cada vez más y más y más...

Lorena decía:

...uno dice: Ya lo tuve, ya lo viví, pero ni modo...

Lenny agregó:

... lo que ya perdí, sé que ya se perdió.

En la investigación, las pérdidas consumadas y la amenaza de ellas incluyeron temas recurrentes: el soporte social familiar (pérdida del esposo, la madre o hermanos), y el estado de salud. Entre las mujeres casadas, la pérdida del esposo era un duro golpe difícil de sobrellevar tras decenios de haber compartido la vida. Sofía, apuntaba:

...yo creo que la pérdida más dura para mí es mi esposo, porque es cierto, viene uno a ser una sola carne...después de 40 años, la verdadera familia de uno es la pareja.

Una mujer tradicional como Sofía puede ver rescatado el sentido de su vida vulnerado por la muerte de su esposo, en el cuidado de sus hijos: Sofía afirmaba:

Dios me ha dado cuatro hijos y cuando esté yo en la presencia del Señor me dirá: Yo te di cuatro hijos, y yo tendré que entregar cuentas... toda mi vida ha sido eso.

En un momento de la entrevista confesó:

...yo me puse a pensar y le dije al Señor: Ya perdí a mis padres, a mis hermanas; ya perdí a mi esposo... ¿qué me faltará perder? Se me vino a la mente un hijo.

Las pérdidas vinculadas a la salud incluyeron problemas de hipertensión, cardiopatías, cáncer y diabetes, pero estos problemas sólo eran relevantes cuando impactaban de forma

directa la funcionalidad del sujeto y alteraban significativamente su calidad de vida.

En esta investigación, las situaciones de pérdida ambigua estuvieron relacionadas con casos en los cuales un hijo vive fuera del país y se le ve poco; estos son los casos señalados de modo típico por Boss (2001), en los cuales el objeto amado está vivo, pero fuera del alcance personal: se sabe que está, que vive, pero al mismo tiempo no se tiene conocimiento acerca de si se le volverá a ver, si se vivirá lo suficiente para encontrarse con él de nuevo. El sentimiento resultante es lacerante. Doña Claudia se lamenta:

...se siente un dolor, una tristeza, una angustia, una soledad terrible, terrible... él no está seguro de quedarse allá... yo creo que sí se van a venir, pero hay otros momentos que digo: No creo que se vengán tan fácilmente; si continúan allá, los niños crecen, tienen sus amistades... a lo mejor ellos ya no van a querer venirse para acá... no lo sé.

Boss (2001) describió situaciones como la anterior, en las que el objeto está ausente de manera física, pero presente de modo psicológico. Se encuentran además los casos más cercanos a la realidad de la tercera edad en los cuales un hijo que aun vive con el Adulto Mayor se encuentra abstraído haciendo trámites para independizar su vida por cambio de residencia o matrimonio. En este caso, el hijo está físicamente presente y psicológicamente ausente, de acuerdo con lo dicho por el autor referido quien, además, ha destacado que la incertidumbre hace que la pérdida ambigua sea la más estresante de todas. En el caso de doña Claudia esto se cumple a cabalidad. Agotada de forma física y emocional se desliza en la melancolía. En otro caso, doña Julieta decía:

...ya no es como cuando era uno más joven y tenía uno muchos caminos a donde ir, muchas cosas que hacer... se van perdiendo y cortando todas las cosas a lo largo de la vida... hay muchas cosas que uno no puede hacer ya... llega un interrogante en que no sabe uno qué cosa le espera de la vida.

El problema de la muerte estuvo presente como una preocupación constante, latente o manifiesta. Julieta afirmó:

...me puedo valer por mí misma, salgo, hago un montón de cosas y todo, pero ya como que está uno esperando, ahora sí, que lo llamen a uno para irse de este mundo. ¿Cuándo será? Quién sabe, pero no será muy lejano. La mayoría de los Adultos Mayores no tienen futuro, sólo presente, y es un presente incierto.

El saber que se va a morir, que se ha llegado al final de la existencia, es el horizonte hacia donde apunta la estructura de pérdidas en esta etapa de la vida (y, en un sentido más esencial, en todas las demás). Cada pérdida evidencia el hecho innegable de que *Todo* se está acabando. ¿Qué puede hacer un sujeto ante La Gran Pérdida? En los entrevistados destacaron estrategias como: 1. El Desprendimiento o Renuncia con aceptación y resignación, en los cuales el sujeto cede a las presiones de la realidad desprendiéndose del objeto mediante la renuncia a él. En cierta forma, la *Renuncia* es la contrapartida de la *Pérdida*. Una pérdida puede superarse si se cambia la negativa a aceptar la ausencia de la cosa, por la renuncia a ella (*No eres tú quién se va; soy yo quién te deja*). 2. La Evasión por involucramiento en actividades sociales y productivas, estrategia conocida y destacada por otros autores. 3. Reestructuración cognitiva, autoconvenciéndose de que la pérdida del objeto es conveniente, recomendable, deseable, etc. Y finalmente: 4. Por medio del Afrontamiento Religioso. En él la persona recurre a Dios para resolver su situación existencial. Sofía muestra su solución:

...el Señor me ha hecho hacer ver, sentir de verdad, que yo dependo de mi Dios... Imagínese, ¿qué le pasó a Job? Como dicen: El Señor dio, el Señor quitó, bendito sea el Señor. La vida es muy dura, muy dura, solamente agarrados del Señor es como la podemos pasar.

Por su parte, Lorena afirmaba:

No me cansaré de agradecerle a Dios el que me haya señalado qué camino seguir y qué hacer... Gracias a Dios, si lo tengo, lo disfruto, y si no lo tengo, ni modo; pero ha sido bonito vivir porque Dios ha sido tan bueno que no se cómo agradecerle.

Alicia nos dijo:

...aceptas que son cosas de la vida que no tienen remedio, que por algo son, siempre trato de pensar, como dice el dicho: No hay mal que por bien no venga, que por algo Dios no se equivoca, que por algo lo manda Él, y aceptarlo.

PÉRDIDAS Y DESAJUSTE PSICOLÓGICO

El modelo de ajuste propuesto por Lazarus (1976) inicia con el surgimiento de un estresor producto del conflicto entre los recursos del sujeto y una o varias demandas de su medio ambiente interno o externo. El estresor hace refe-

rencia a una de tres cosas: a una pérdida consumada, a la amenaza de ella o hacia la insegura posesión de la cosa, la pérdida ambigua. Lo que viene después es la puesta en marcha de un mecanismo que comprende la mediación de distintas variables (recursos internos y externos alternativos y estrategias de afrontamiento), que culmina con el éxito (ajuste) o fracaso (desajuste) adaptativo. El desajuste se hará manifiesto en tres áreas fundamentales: en lo psicológico, lo físico y lo social.

Las pérdidas generan distrés psicológico. Así, es posible que en el caso del Adulto Mayor, la Frustración, que atañe a una pérdida ocurrida en alguna esfera de la vida, pueda dar inicio a un cuadro de Depresión. A menudo común en el Adulto Mayor (Calderón, 1996; Müller-Spahn & Hock, 1994; Kanowski, 1994), la depresión puede estar asociada a una pérdida significativa (Koenig, Larson & Mathews, 1996).

Cuando las pérdidas son sucesivas y representan una serie de fracasos, y el sujeto no cree poder contar con recursos suficientes para afrontar el hecho, puede ocurrir el surgimiento de sentimientos de Desesperanza. La esperanza ha sido definida como respuesta del individuo al futuro percibido, en el cual lo deseable es subjetivamente evaluado como probable (Nunn, Lewin, Walton & Carr, 1996); su contrapartida, la Desesperanza, es la ausencia de respuesta ante un porvenir donde lo deseable es improbable que ocurra. Las pérdidas sucesivas que han excedido los recursos adaptativos del sujeto pueden incluir el tiempo de vida que le resta por vivir (Nunn et al., 1996; Brody, 1999).

Cuando las pérdidas atañen a las fuentes proveedoras de afecto es posible que se generen sentimientos de Soledad (Montero-López Lena, 1999). Se trata de la pérdida real o percibida de fuentes proveedoras de afecto. Las pérdidas poseen una característica que las hace importantes en el desarrollo ontogenético: imponen separaciones que conllevan el potencial para alcanzar un nuevo desarrollo del sentimiento de identidad personal con sus características propias (Quinodoz, 1993). Bar-Tur & Levy-Schiff (2000) han destacado el papel de las pérdidas y las ganancias asociadas con los procesos internos de separación-individuación (Mahler, 1968; Mahler, Pine y Bergman, 1975) y su importancia en el ajuste a la Adultez Mayor. Estas separaciones podrán asociarse a sentimientos de soledad y desamparo.

Por otro lado, cuando la pérdida se postula como amenaza, y no como un hecho consumado, surge entonces la ansiedad que, en el caso del Adulto Mayor, puede tomar la forma de Ansiedad ante la vejez y/o Ansiedad ante la muerte. La primera puede ser generada por aspectos tales como la apariencia física, el miedo a la pérdida, el temor a la gente vieja, o preocupaciones típicas de esta época de la vida (Lasher & Faulkender, 1993). La segunda, la ansiedad ante la muerte, es la reacción emocional que incluye sentimientos subjetivos de desagrado y preocupación basados

en la contemplación o la anticipación de cualquiera de las facetas o dimensiones relacionadas con el fin de la vida (Hoelter, 1979). Lester (1990) incluye las siguientes áreas: a) miedo a la muerte de sí mismo; b) miedo a la agonía de sí mismo; c) miedo a la muerte de otros y, d) miedo a la agonía de otros; es decir, en conjunto: miedo a perder la vida.

Es probable que, como una consecuencia de la estructura de pérdidas, el Viejo desarrolle un tipo de ansiedad producida por la espera angustiosa de tres tipos de hechos descritos por Zetzel (1965) (en Krassoievitch, 1993): 1) una pérdida, de cualquier índole; 2) el ataque, es decir, cualquier agresión externa, y 3) la restricción, la cual resulta de cualquier fuerza externa que limite la satisfacción de los impulsos y los deseos. Nunca como en la senectud se tiene tan presente la cercanía de la muerte y la presencia de tal expectativa parece matizar la estructura de pérdidas de un carácter fantástico y sobrenatural ligado a la ansiedad. Se trata de una ansiedad vinculada con la amenaza de pérdida en el sentido más puro de la definición de ansiedad, esto es: como un sentimiento de aprensión por una amenaza cuya naturaleza y origen nos son desconocidos. Esto ha sido señalado por Lazarus (1976), quien además subraya la importancia de distinguir entre el miedo y la ansiedad. El primero requiere un peligro inmediato y concreto, en tanto que la ansiedad: a) es anticipatoria; se refiere a algo dañino que ocurrirá en el futuro; b) alude a peligros simbólicos, como la ansiedad existencial, el temor a la nada y la pérdida del Yo; c) tiene que ver con peligros cuya naturaleza es muy ambigua: la persona no puede saber cuál es el peligro, qué pasará o cuando pasará. La ansiedad es una emoción de estrés importante que emerge en el momento que un daño es anticipado; cuando el perjuicio (o el afrontamiento requerido por él) es ambiguo, y cuando el daño tiende a ser simbólico más que concreto, y concierne a una característica central de la identidad de la persona o el *self* (Lazarus, 1976). Así, el Viejo se protege de una amenaza cuyo origen suele atribuir, a menudo, a una dimensión sobrenatural (v. gr. espíritus malignos, muertos que le persiguen, etc.) que no guarda características psicopatológicas semejantes al delirio, o por temores poco racionales de amenazas provenientes del medio ambiente, por ejemplo, ser robado, cuando su aspecto personal dista mucho de ser económicamente prometedor para un ladrón; padecer abusos sexuales o ser golpeado, en un medio social que no parece ser hostil, entre otros. Estos miedos, sin embargo, pueden no carecer del todo de realidad, en una sociedad tan extrañada como la nuestra; recuérdese el caso de la asesina en serie conocida como *la mataviejitas* en el Distrito Federal (Domínguez, 2005). Se trata de una ansiedad que presagia una agresión a la integridad física; es Ansiedad ante el o lo extraño; una angustia que quizás esté vinculada con la propia Ansiedad ante la muerte.

Cuando sentimientos de indefensión, producidos por el fracaso en el afrontamiento del estrés y cierta vulnerabi-

lidad física, se combinan con la ansiedad y la depresión, es posible asistir al surgimiento de padecimientos somatomorfos. De forma evidente, el desajuste que acompaña a estas entidades clínicas puede ser hallado a su vez en presencia de desadaptación social y padecimientos físicos reales, cuyo origen se encuentra, quizás, en el estrés mal manejado. La enfermedad que se siente es la percepción que un sujeto tiene con respecto a su salud. Se ha destacado que ante situaciones de estrés la apreciación de los síntomas físicos puede verse alterada; las pérdidas o los cambios en la existencia que requieren ajustes permanentes de vida han sido destacados como factores capaces de ocasionar enfermedad, una menor resistencia y un incremento de la susceptibilidad a la misma (Cohen, 1982), o una mayor sensibilidad a sensaciones físicas internas asociadas a la somatización (Noyes, Stuart, Watson & Langbehn, 2006; Mai, 2004; Stahl, 2003). Los procesos involucrados en el afrontamiento del estrés pueden incrementar la sensibilidad a los síntomas y reducir la tolerancia a los mismos e incluso llevar al individuo a adoptar el rol de alguien que padece una afección. Se ha sugerido incluso que la conducta de enfermo puede ser una estrategia de afrontamiento (Mechanic, 1968, citado por Cohen, 1982). El trabajo gerontológico suele mostrar con frecuencia la tendencia en algunos Viejos a adoptar la Conducta de enfermo. Es posible que esta hiperatención a síntomas físicos esté vinculada con la ansiedad ante lo extraño, que hemos asociado a la ansiedad ante la muerte, cuyos sentimientos de desamparo llevan al Viejo a la búsqueda de protección, afecto y soporte por parte de la figura del médico o de seres queridos o personas cercanas a él. Ferrey, Le Goues y Bobes (1994) afirman:

No hay que sorprenderse, por tanto, de que el anciano prefiera ser visto como enfermo y no como afectado simplemente por las nefastas consecuencias de su edad. Hay que admitir que el estatus de enfermo genera en nuestra sociedad más beneficios secundarios que la edad. El reconocimiento de la enfermedad es el derecho a los cuidados y la atención de los demás (la familia y la sociedad). Cuando un anciano no está enfermo no tiene derecho a la consideración de los demás...

Dadas las condiciones psicológicas, sociales y fisiológicas que constituyen la Estructura de Pérdidas a la que el Viejo debe enfrentarse, no es difícil deducir su vulnerabilidad a la enfermedad y al desajuste.

PÉRDIDAS Y ADAPTACIÓN

Sobre el valor adaptativo de cada tipo de recurso disponible se han documentado distintos enfoques (Lazarus, 1976; Lehr, 1997), y la conclusión general parece ser que no hay

una fórmula general de ajuste en la Adulthood Mayor. Lazarus, por ejemplo, concluye que

el ajuste es un producto de la interacción de determinantes biológicos y sociales, y que ninguna aproximación por sí sola puede explicarlo totalmente.

El fracaso adaptativo es para Lazarus un problema multidisciplinario. Por otro lado, Lehr (1997) afirma que

ninguna variable por sí sola puede explicar la longevidad y el bienestar en la edad avanzada.

Baltes (1997), por su parte, ha sostenido:

No hay una regla de oro por la cual podamos definir un envejecimiento exitoso, puesto que el criterio varía entre las personas. Cualquier teoría que postule características deseables de envejecimiento, tales como altos niveles de actividad o salud o satisfacción de vida, será inadecuada.

Parte de esta postura reposa en el hecho de que, a medida que envejecen, los Adultos Mayores se vuelven más disímiles; la heterogeneidad se incrementa con la edad (Baltes, 1997; Lehr, 1997). Esta última condición nos invita a ser flexibles, cuidadosos, en la manera de enfocar los problemas que atañen a la Adulthood Mayor y, muy en especial, en lo que concierne a su ajuste o adaptación exitosa. De nuevo: el juicio no puede ser parcial y debe partir de la propia satisfacción de vida del Viejo. Se trata, más allá de un problema clínico y práctico, de un conflicto ético, en tanto las teorías sobre el envejecimiento exitoso adquieren el poder de impactar la vida cotidiana de los Adultos Mayores (c. f. Katz, 2000). Frey (1999), siguiendo a Harry J. Berman, señaló que

las revistas sobre envejecimiento (y las ficciones sobre el envejecimiento...), y las interpretaciones de estas revistas, vienen a ser artefactos culturales del envejecimiento y, por lo tanto, tienen una influencia directa sobre las maneras de envejecer de las personas.

Es fundamental mirar con cuidado nuestras definiciones y proposiciones apelando a la relatividad que nos exigen las diferencias culturales e individuales entre los grupos y las personas.

Así, si bien parece ser cierto que con cada pérdida disminuyen los recursos adaptativos, hay un hecho importante que ha sido destacado por Bar-Tur & Levy-Schiff (2000): a pesar de las numerosas pérdidas asociadas a la vejez, muchos Adultos Mayores están bien ajustados y reportan vivir altos

niveles de bienestar. ¿Qué ocurre en ellos? ¿Cómo lo logran? Bar-Tur y Levy-Schiff han destacado el papel de los recursos que determinan la Capacidad de Resistencia de algunos Adultos Mayores para mantener e incluso mejorar su bienestar en el encaramiento de la acumulación de pérdidas; tal capacidad ha sido llamada Resistencia (Baltes & Lang, 1997; Hobfoll & Wells, 1998; Ryff, Singer, Love & Essex, 1998, citados por Bar-Tur & Levy-Schiff, 2000). La Resistencia alude a la capacidad de mantenimiento, recuperación o mejoramiento de la salud física o mental después de un cambio, a menudo vivido como pérdida (Ryff et al., 1998); la Resistencia sería el resultado de los Recursos individuales operando como factores protectores a nivel sociodemográfico, psicológico, social y biológico.

Bar-Tur y Levy-Schiff (2000) hipotetizan que, dado que numerosos recursos (sociales, físicos y cognitivos) están reduciéndose cada vez más, en lo interno los recursos psicológicos toman una mayor importancia en esta etapa de la vida. Los investigadores proponen que el ajuste exitoso a las pérdidas en la vejez está asociado con el desarrollo de un rico mundo interno basado en compromisos mentales y emocionales. Tales compromisos actúan como procesos adaptativos internos que ayudan a moderar el impacto negativo de las pérdidas en la senectud, facilitando así la adaptación e incluso asegurando ganancias de desarrollo. Este Rico Mundo Interno, agregamos nosotros, lo es en la medida en que resulta capaz de incluir una abundancia de recursos adaptativos, cuyo significado cognitivo y emocional va más allá de las pérdidas. Bar-Tur y Levy-Schiff destacan que la experiencia de la pérdida, asociada con varias transiciones en la vida, es una parte inherente del desarrollo humano, y la óptica acerca de cómo tratan las personas con las grandes pérdidas ha sido reconceptualizada, lo que ha sugerido que con el cambio hay también cierto potencial para ganar y no sólo para perder. El objetivo que marca el desarrollo parece ser el sobrevivir a la pérdida, venir a los nuevos términos del cambio e integrarse a sí mismo dentro del nuevo contexto social y la nueva identidad, de acuerdo con los autores citados.

El enfoque seguido por Bar-Tur y Levy-Schiff sigue la línea del modelo de desarrollo de Baltes (1987), al enfatizar la complejidad, plasticidad y multidireccionalidad de factores internos y externos que se influyen de manera continua. En tanto el desarrollo ontogenético sugiere que no hay ganancia sin pérdida ni pérdida sin ganancia, Baltes propone que hay un guión sistemático para los cambios en la vida en el relativo reparto de recursos. Durante la infancia, el reparto primario de recursos es dirigido hacia el desarrollo; durante la adultez, el reparto predominante está enfocado en el mantenimiento y la recuperación. En la Adulthood Mayor, más y más recursos son requeridos para regular las pérdidas. Bar-Tur y Levy-Schiff (2000) sugieren que un proceso adaptativo interno, tal como el proceso de separación-individuación (Mahler, 1968), puede afectar tanto la regulación de las pérdidas como el interjuego entre pérdidas y ganancias en el mundo interno y externo.

Los autores mencionados se enfocan sobre las pérdidas y ganancias asociadas con procesos internos de separación-individuación (Mahler, 1968; Mahler, Pine & Bergman, 1975) y el papel que ellos juegan en el ajuste a la Adultez Mayor. La teoría de separación-individuación desarrollada por Mahler sugiere que el proceso homónimo dura toda la vida. Comienza con el nacimiento psicológico, el cual es distinto al biológico; involucra un lento desdoblamiento de una dinámica que se da en cinco etapas: 1. En la infancia temprana (Mahler, 1968). 2. En la adolescencia (Blos, 1967). 3. En la adultez joven (Colarusso, 1997). 4. En la adultez media (Colarusso). 5. En la Adultez Mayor (Colarusso). Este último (citado por Bar-Tur & Levy-Schiff, 2000) sugiere que a lo largo de la vejez hay varias tareas comunes, como la adaptación a nuevos tipos de relaciones, el cambio de las metas personales, afrontar la declinación del vigor físico y, al final, la separación de la muerte. El afrontamiento de las pérdidas a lo largo de la vejez está determinado por las resoluciones previas dadas a los procesos de separación-individuación. De acuerdo con Colarusso, el proceso de separación-individuación en este estadio de la vida sirve a propósitos defensivos y de desarrollo.

Siguiendo la propuesta de Bar-Tur & Levy-Schiff (2000), el proceso de separación en la vejez involucra la independencia emocional de las fuerzas sociales externas. La individuación es alcanzada mediante la movilización de recursos internos hacia compromisos mentales y emocionales. Los primeros comprenden actividades e intereses en los que el individuo está cognitivamente involucrado y en lo cual ocupa su mente. Los emocionales incluyen relaciones con personajes significativos, actuales o del pasado, conocidos durante el ciclo de vida, y sus representaciones en el

mundo interno. Los compromisos mentales y emocionales pueden estar interrelacionados, e incluir componentes tanto del pasado como del presente. De acuerdo con los autores, debe existir un equilibrio entre el incremento del mundo interno y la independencia emocional con respecto a las fuerzas sociales externas, a fin de alcanzar las ganancias que posibilita la vejez. (c. f. figura 3-1).

En términos del balance entre ganancias y pérdidas, Bar-Tur & Levy-Schiff (2000) sostienen que en los Adultos Mayores los compromisos en el mundo interno pueden complementar y algunas veces reemplazar la disminución de los recursos externos físicos y sociales. La separación libera a los viejos de la preocupación por el pasado, y los capacita para alcanzar la individuación, al enfocarse en compromisos significativos del presente. La habilidad para soltar mental y emocionalmente algunos aspectos de la vida, y llenar el vacío con contenidos alternativos, ayuda al viejo a retener la integridad y la autoestima, con lo cual mantiene un alto nivel de bienestar (Bar-Tur & Levy-Schiff & Burns, 1998). Las ganancias en la vejez pueden ser alcanzadas por medio de la individuación, mientras que el sujeto se desarrolla al enriquecer su mundo interno y al reducir poco a poco su mundo externo.

Ai (2000) ha destacado:

La conciencia de la finitud de la vida humana y de las limitaciones de las propias capacidades pueden poner el camino para un nuevo viaje. Para este viaje, las personas necesitan ser capaces de explorar y reconstruir un nuevo sentido de la vida ante la presencia de la adversidad y la reducción de la capacidad. El Adulto Mayor tiene una importante

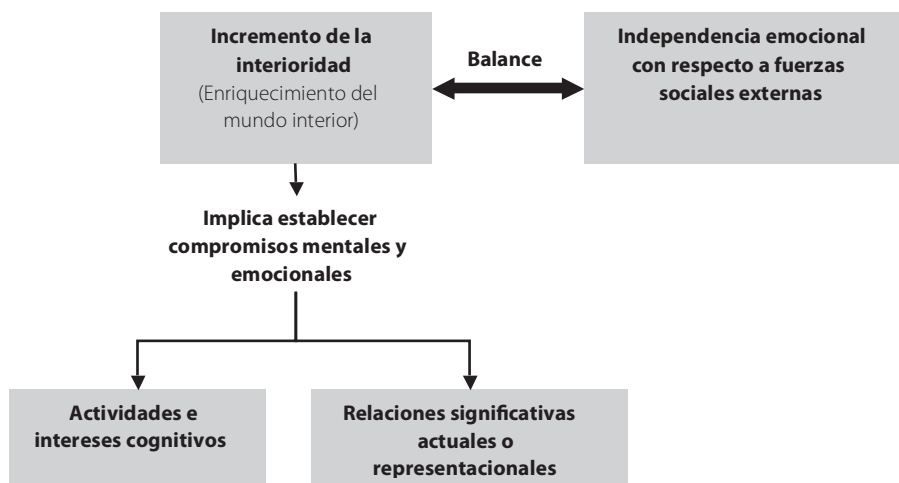


Figura 3-1 Elementos propuestos por Bar-Tur & Levy-Schiff (2000) para la superación de la separación en la Adultez Mayor.

necesidad de aprender cómo aceptar y afrontar el dolor, la dependencia y la reducción de su sentido personal de poder, con coraje y gratitud... este nuevo viaje, si es tomado con estrategias apropiadas de afrontamiento, traerá un desarrollo espiritual personal y un sentido de orgullo y realización.

Seedsman y Feldman (2002) destacaron que las principales pérdidas en nuestras vidas pueden requerir que los viejos pensamientos sean abandonados en favor de ideas nuevas, interpretaciones más sanas y realistas del pasado, del presente y del futuro:

El viaje espiritual puede ayudar a una reconceptualización exitosa de una vida futura que incorpore una identidad positiva del *self*.

Cook (2004) definió lo espiritual como

una dimensión universal, potencialmente creativa y distintiva de la experiencia humana, que emerge en dos ámbitos: por un lado, dentro de la conciencia subjetiva interna de los individuos y, por otro, dentro de las comunidades, grupos sociales y tradiciones. Puede ser experimentada como una relación con lo que es íntimamente interno, inminente y personal, dentro del *self* y con el otro, y/o como una relación con un otro total, trascendente, más allá del *self*. Es experimentada como algo que posee una importancia última y fundamental, refiriéndose así a materias de significado y propósito en la vida, verdad y valores (p. 548-549).

Lo espiritual y, en específico, la tradición judeocristiana requieren el establecimiento de una relación personal con lo divino, pero también de una relación productiva y adecuada en cuanto a emociones con el otro y la vida. Como Koenig (1994) (citado por Ai, 2000) ha dicho, el amor incondicional es una necesidad espiritual esencial para muchos cristianos y judíos. La fe en el amor de Dios hace que la gente se sienta aceptada, valorada y cuidada, lo que incrementa su desarrollo espiritual y su sentido de bienestar en el mismo ámbito. El perdón juega aquí un papel básico al permitirle al sujeto el logro de una conciliación con otros del pasado ausentes, y con otros del presente. Con todo, se ha aportado evidencia en muestras de Adultos Mayores (Rivera-Ledesma y Montero-López Lena, 2005, 2009), acerca de la falta de asociación significativa entre la vida espiritual relacionada a lo religioso y el desajuste psicológico de los Viejos, lo cual parece indicar que la influencia de lo espiritual en la vida emocional del Adulto Mayor debe considerarse con cuidado.

La Escala de Estructura de Pérdidas propuesta aquí es un instrumento cuyo propósito consiste en explorar las pérdidas que suelen ocurrir en la Adultez Mayor. Como creemos haber mostrado, el constructo Estructura de Pérdidas parece ser estratégico para el ajuste psicológico en la Vejez y para la exploración de los estresores presentes en el proceso adaptativo del Viejo. La Escala de Estructura de Pérdidas permite la exploración sistemática de un abanico de mermas validadas de manera previa en un contexto latinoamericano, mexicano, como una primera aproximación a las posibles causas psicosociales del desajuste psicológico en el Anciano. Dada su alta asociación con distintas variables de desajuste psicológico (depresión, ansiedad, soledad, desesperanza, ansiedad ante el envejecimiento, como se verá más adelante) permite predecir la presencia de un alto grado de distrés psicológico. De ahí su importancia y su valor en la clínica y en la investigación.

DESARROLLO DE LA ESCALA DE ESTRUCTURA DE PÉRDIDAS

Después de distintas aproximaciones previas de corte cualitativo que sirvieron de base para precisar el constructo de Estructura de Pérdidas, y tras una revisión de la literatura especializada en el tema, se llegó a un primer diseño de la escala, compuesta de 30 ítems con cuatro opciones de respuesta dispuestas en una escala likert. De entre ellas, el sujeto debía elegir sólo una ante la pregunta ¿Ha perdido...?, aplicada a cada afirmación propuesta como posible pérdida. Las opciones de respuesta fueron: No (no pérdida), Aún lo tengo, pero temo perderlo (amenaza de pérdida), A veces creo que sí, a veces creo que no (pérdida ambigua) y Sí (pérdida consumada). La evaluación psicométrica del instrumento se realizó en dos muestras cuyos sujetos fueron elegidos por disponibilidad con las características sociodemográficas descritas en el cuadro 3-1.

Tras la exploración de la primera versión de la escala en la muestra 1, los resultados obtenidos hicieron necesaria la modificación del instrumento en dos sentidos: a) ampliar el número de ítems a fin de mejorar la consistencia interna y b) modificar las opciones de respuesta propuestas, eliminando la Amenaza de Pérdida. Esta amenaza parece mostrar una característica especial no prevista: su ocurrencia es efímera, en apariencia, pues acontece y se resuelve de forma rápida para dar paso a la pérdida consumada o a la conservación del objeto. Al parecer, una amenaza de pérdida posee un carácter transitorio; una amenaza es un elemento del medio ambiente interno o externo del sujeto que se contrapone o pone en riesgo la posesión o disfrute de un objeto significativo. Esta amenaza parece exigir una solución inmediata que diluya el estrés resultante, sin embargo, cuando dicha exigencia permanece sin arreglo por

Cuadro 3-1. Características sociodemográficas de las muestras utilizadas

Variable	Muestra 1 N = 177	Muestra 2 N = 192
-Hombres	50.3%	30.6%
-Mujeres	49.7%	69.4%
Media de edad gral.		
-Hombres	61.7 (d. s. = 7.65)	60.8 (d. s. = 7.90)
-Mujeres	60.9 (d. s. = 8.60)	60.0 (d. s. = 7.50)
Situación marital		
-Con compromiso	71.2%	48.7%
-Sin compromiso	28.8%	51.3%
Trabajan	42.4%	45.6%
No trabajan	57.6%	54.4%
Católicos	85.3%	2.1%
Cristianos no católicos	11.3%	97.9%
Sin religión	3.4%	0.0%
Nivel educativo		
-Primaria	41.2%	36.3%
-Secundaria	30.5%	27.5%
-Preparatoria	13.0%	11.4%
-Universitarios	15.3%	24.9%
Procedencia de la muestra	Sala de espera de una clínica del IMSS. Sujetos en cita de rutina.	Congregación cristiana Sujetos que asisten regularmente al culto dominical

un tiempo prolongado, la posesión del objeto en riesgo, antes asumida sin duda alguna parece transformarse a un carácter incierto; la solución cognitiva parece ser la anticipación de su pérdida, por un lado y, por otro, de manera simultánea, la esperanza de su conservación, lo cual se traduce como una pérdida ambigua. Ésta coloca a la amenaza como eje del interjuego entre la pérdida y la no pérdida, interjuego donde la ambigüedad parece dominar tanto la cognición como el afecto del sujeto. El cuadro 3-2 muestra que la Amenaza de Pérdida no se asoció ni a la depresión ni a la ansiedad en la primera muestra de 177 sujetos.

La versión resultante de 60 ítems de la Escala de Estructura de Pérdidas se exploró en la muestra 2, extraída de

una congregación cristiana. A los sujetos que la integraron se les pidió responder un cuestionario que incluyó varios instrumentos que formaron parte de una investigación más amplia. Después de este proceso, la versión final del instrumento quedó compuesta por 36 ítems distribuidos en nueve clases de pérdidas e incluyó tres opciones de respuesta (No = no pérdida, A veces creo que sí, a veces creo que no = pérdida ambigua, y Sí = pérdida consumada, con valores de 1, 2 y 3, respectivamente. La puntuación total natural se obtuvo sumando los puntajes elegidos por los sujetos en cada ítem. Así, la puntuación mínima es 36 y la máxima 108. Esta puntuación total natural permitirá estimar el nivel o la importancia relativa de la Estructura de Pérdidas.

Cuadro 3-2. Asociación entre la depresión, ansiedad y la frecuencia de los tipos de pérdidas de la EEP

Escala	Frecuencia de...			
	No pérdida	Amenaza de pérdida	Pérdida ambigua	Pérdida consumada
CES-D	-.405**		.221*	.331**
BAI	-.590**		.467**	.280**

* $p < .05$ ** $p < .01$

Cuadro 3-3. Conversión de puntuaciones totales naturales a rangos de desviación estándar

Rango Desviación estándar	Puntuaciones Naturales
Alto nivel de pérdidas ($> 1.5 \leq 3\sigma$)	De 66 en adelante
Moderado nivel de pérdidas ($\leq 1.5 > \text{Media}$)	De 52 a 65
Nivel medio de pérdidas (Media)	51
Bajo nivel de pérdidas ($< \text{Media} \geq -3\sigma$)	De 20 a 50

didadas del sujeto. El cuadro 3-3 muestra la conversión de las puntuaciones naturales totales de la Escala de Estructura de Pérdidas a rangos de desviación estándar. Individuos con una puntuación natural igual o mayor a 66 podrían ser considerados como poseedores de una estructura de pérdidas superior al común de los Adultos Mayores, que tal vez podría estar asociada con altos niveles de desajuste psicológico, como se verá más adelante en las propiedades psicométricas de la escala. La versión final de la escala puede verse en el anexo.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Para el proceso de validación³ de la Escala de Estructura de Pérdidas se consideraron los siguientes instrumentos:

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, Radloff, 1977; Medina-Mora, Rascón, Tapia, Mariño, Juárez, Villatoro, Caraveo & Gómez, 1992). Esta escala mide sintomatología depresiva en población general; registra la tristeza y el desánimo, dificultades con el sueño y sentimientos de fracaso e inseguridad. En la muestra obtuvo una consistencia interna de .89.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988). Es un inventario que mide síntomas de ansiedad. En esta investigación obtuvo una consistencia interna de .89.

Escala HOPES, Hunter Opinions and Personal Expectations Scale (HOPES; Nunn, Lewin, Walton & Carr, 1996). Mide Esperanza, Desesperanza y Esperanza personal global. Concibe la Esperanza como la respuesta al futuro percibido, donde lo deseable es evaluado de manera subjetiva como probable; la desesperanza es la respuesta al futuro percibido, donde lo deseable es subjetivamente evaluado como improbable. La escala fue adaptada a poblaciones mexicanas (Rivera-Ledesma & Montero-López Lena, 2007c). En este trabajo sólo se utilizó la subescala de Desesperanza, la cual obtuvo una consistencia interna de .74.

WHOQoL- Brief. The World Health Organization Quality of Life Assessment, Brief. (WHOQoL-Group, 1996; 1997; 1998, citados por González-Celis & Sánchez-Sosa, 2002). La subescala de Enfermedad percibida es parte de la escala de calidad de Vida WHOQoL- Brief, adaptada para su uso en Adultos Mayores mexicanos por González-Celis y Sánchez-Sosa (2003). En la presente investigación obtuvo una consistencia interna de .84.

Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL, subescala de Carencia de Bienestar Emocional, (Montero-López Lena, 1999, 2000). El IMSOL mide soledad y la define como un fenómeno multidimensional, psicológico y estresante en potencia, resultado de carencias afectivas, reales o percibidas, capaz de impactar diferencialmente el funcionamiento y salud física y psicológica del individuo. En la muestra 4 del presente trabajo, y después de análisis de componentes principales con rotación varimax y valores eigen mayores a 1, se descartaron nueve ítems y se obtuvo una estructura factorial final compuesta por dos factores (Carencia de propósito e insatisfacción con la vida, y Desvinculación familiar) que, en conjunto, explicaron 58.4% de la varianza, con una consistencia interna de .82 y .84 para los factores, respectivamente, y de .89 para toda la escala.

Escala de Ansiedad ante el Envejecimiento (EAE; Lasher & Faulkender, 1993). La escala fue adaptada para su uso en Adultos Mayores mexicanos por Rivera-Ledesma, Montero-López Lena, González-Celis y Sánchez-Sosa (2007). La escala parece medir ansiedad ante el propio proceso de envejecimiento. En la presente investigación sólo se consideró el total de la escala y se obtuvo una consistencia interna general de .77.

Estructura factorial. Después de análisis factoriales previos realizados a la Escala de Estructura de Pérdidas por el método de componentes principales con rotación varimax y valores eigen mayores a 1, la estructura factorial final arrojó nueve factores bien definidos que, en conjunto, incluyeron 36 reactivos con una consistencia interna general de .91, lo cual explicó 67.4% de la varianza.

³ Información estadística detallada puede ser encontrada en el artículo de Rivera-Ledesma, A. y Montero-López Lena, M. (2008). Estructura de Pérdidas en la Adultez Mayor: una propuesta de medida. *Salud Mental*, 31(6), 461-468.

Validez de constructo. Se calculó la correlación entre la Escala de Estructura de Pérdidas y las variables de desajuste psicológico (depresión, ansiedad, soledad, desesperanza, enfermedad percibida y ansiedad ante el envejecimiento). Considerando como criterio de interpretación sólo a las asociaciones (r de Pearson) iguales o mayores a .40, se halló una correlación positiva entre la Escala de Estructura de Pérdidas y las variables de desajuste psicológico (entre $r = .50$ y $r = .66$; $p < .01$), excepto con la ansiedad ante el envejecimiento. Al parecer, a mayor puntuación en la escala cabría esperar un mayor desajuste psicológico, lo cual se vio de nuevo evidenciado por la importante asociación inversa entre la frecuencia de No pérdidas y las variables de desajuste (v. gr. depresión $r = -.70$, $p < .01$; soledad $r = -.68$, $p < .01$). La frecuencia de pérdidas ambiguas correlacionó positivamente con depresión ($r = .54$, $p < .01$), soledad ($r = .47$, $p < .01$), ansiedad ($r = .42$, $p < .01$) y ansiedad ante el envejecimiento ($r = .40$, $p < .01$), en tanto la frecuencia de pérdidas consumadas correlacionó directa y significativamente con soledad ($r = .53$, $p < .01$), depresión ($r = .50$, $p < .01$) y enfermedad percibida ($r = .47$, $p < .01$). Parece ser que las pérdidas de mayor impacto en el ajuste del Viejo son: la de la salud, la de la seguridad en sí mismo y el ser útil, y la del sentido de la vida. Es fácil identificar, desde ya, que estas tres pérdidas son las que hoy por hoy marcan la actitud prejuiciosa de nuestra sociedad ante el Adulto Mayor.

Capacidad predictiva. Se estimó la capacidad de las nueve clases de pérdidas para predecir la existencia de desajuste psicológico mediante un análisis de regresión múltiple por pasos ($n = 192$) que consideró como variables dependientes a las medidas de depresión, ansiedad, ansiedad ante el envejecimiento, soledad, desesperanza y enfermedad percibida. Las variables mejor predichas fueron depresión (R^2 Ajustada = .487, $F = 21.22$, $p < .000$), enfermedad percibida (R^2 Ajustada = .443, $F = 17.97$, $p < .000$), soledad (R^2 Ajustada = .423, $F = 16.62$, $p < .000$), ansiedad (R^2 Ajustada = .347, $F = 12.33$, $p < .000$), y desesperanza (R^2 Ajustada = .311, $F = 10.61$, $p < .000$).

Validez discriminante. La escala fue capaz de discriminar adecuada y significativamente entre sujetos con altos y bajos niveles de desajuste psicológico. A excepción de la No pérdida, donde las medias más altas correspondieron a los niveles más bajos de desajuste, en la Pérdida Ambigua, la Pérdida consumada, y el Puntaje total de la escala mantuvieron la relación opuesta; las medias más altas de pérdida discriminaron significativamente ($p < .000$) a los sujetos con los niveles más altos de desajuste psicológico.

CONCLUSIONES

La Escala de Estructura de Pérdidas parece aportar evidencia acerca de la existencia de una estructura multivariable de meras con posibles efectos estresores para el Adulto

Mayor, vinculada de manera importante al desajuste psicológico. La escala confirma nueve áreas de pérdida asociadas de forma relevante al desajuste psicológico. Si bien el diseño de investigación empleado en el desarrollo de la escala no permite establecer relaciones causales en la generación del desajuste, la alta asociación entre las pérdidas y variables como depresión, soledad y ansiedad nos permite estimar con claridad el importante papel que puede desempeñar en aquél. Esto pudo evidenciarse de modo diferencial: la ausencia de pérdidas se asoció con los niveles más bajos de desajuste, en tanto que las pérdidas consumadas con niveles altos lo hicieron con la soledad, la depresión y la enfermedad percibida. Por su parte, el carácter ambiguo de una pérdida impactó mayores niveles de ansiedad, como era de esperarse, de depresión, soledad y angustia ante el envejecimiento. Parece evidente que la ausencia de pérdidas mantenga cierta estabilidad emocional en las personas, en tanto la ambigüedad de ciertas pérdidas por su carácter incierto, inconcluso, amenazante de forma sostenida y fantasmiosamente esperanzador sea capaz de asociarse con variables que descubren el miedo y la anticipación lamentable del cumplimiento de una amenaza, en un momento pantanoso de la existencia en que el envejecer aparece de pronto bajo una tesitura matizada de pérdidas.

Un aspecto relevante en particular ha sido que el mayor impacto de las pérdidas en la muestra de Viejos investigada destacó la salud, la seguridad en sí mismo y el ser útil, y el sentido de la vida como las áreas más importantes. Es sabido el importante papel que representan estas áreas en la vida afectiva del Adulto Mayor. En ese contexto, es incuestionable el importante rol que jugamos los científicos sociales en la divulgación, diseño y desarrollo de condiciones de vida incluyentes donde todos, incluidos los Viejos, podamos encontrar expresión y plena existencia.

Creemos haber aportado evidencia sobre el constructo Estructura de Pérdidas. La escala aquí propuesta permitirá su exploración como una primera aproximación a su definición conceptual y a su relación con otras variables clínicas de interés. Nos permitirá definir los caminos posibles en la intervención clínica, y las medidas preventivas para el allanamiento de los efectos de su ocurrencia. Podremos proponer nuevas maneras de ver el destino y mejores condiciones materiales de vida en diversos casos.

Aquí se ha propuesto una escala explorada en Adultos Mayores porque estos parecen presentar pérdidas más variadas e intensas que en otras etapas de la vida, sin embargo, las pérdidas ocurren siempre y en todas las edades, y también pueden ser pérdidas reales o percibidas. La Escala de Estructura de Pérdidas opera con pérdidas percibidas. Pérdidas de cuya percepción pueden hablarnos personas de distintas edades, y parece ser que la edad va más allá del tiempo. Más que depender de este, en realidad depende de la situación de vida del sujeto para poder ser definido (c. f. Rivera-

Ledesma et al., 2007d). Un paciente crónico, un sujeto deprimido, ansioso, etc., percibirá pérdidas peculiares y distintas que valdrá la pena conocer con miras al diseño e investigación de estrategias de intervención.

Por otro lado, en términos empíricos, ¿qué define La Gran Pérdida? ¿Cuáles son las implicaciones clínicas de la misma? No parece ser necesario llegar a la Vejez para vivir esta enorme frustración. El desesperanzado, el suicida, el deprimido, el angustiado, el sufriente, quien siente vacío de sentido a cualquier edad y tiempo; el que perdió tal vez sólo una cosa, un objeto y que ve opacarse y extinguirse su existencia bajo el influjo de lo que parece ser *La Pérdida* de

su vida... ¿sufre por esa Gran Pérdida o por otra de distinto alcance y cualidad? La escala es un recurso estratégico en la investigación de los efectos que sobre el estrés son capaces de infligir las pérdidas sufridas en el proceso del vivir.

Por sus propiedades psicométricas, la escala parece ser una adecuada estimación del mundo emocional de las personas. Dado que fue explorada en sujetos mexicanos, su uso en muestras latinoamericanas podría ser recomendable con ligeras adaptaciones en el uso del lenguaje.

Alguien preguntó: *¿Cuál es la pérdida más grande que ha tenido?*

El otro contestó: *El no saberlo.*

Anexo 3-1

Escala de Estructura de Pérdidas

Lea con atención las siguientes afirmaciones y elija la opción que describa mejor si ha perdido lo que indican

¿Ha perdido...?	Clase de Pérdida ¹	No	A veces creo que sí, a veces creo que no	Sí
1. El sentirme físicamente bien	Sa	1	2	3
2. Seguridad para hacer lo que antes hacía	Sa	1	2	3
3. El sentido de mi vida	SV	1	2	3
4. El sentir que valgo la pena	SV	1	2	3
5. El sentirme productivo cada día	SSM	1	2	3
6. La seguridad de estar económicamente protegido	RE	1	2	3
7. Los cuidados y el cariño de mi pareja	PA	1	2	3
8. La cercanía de mis hijos	Hi	1	2	3
9. La confianza en Dios	AD	1	2	3
10. El saber para qué vivo	SV	1	2	3
11. El tener suficiente dinero para mis gastos	RE	1	2	3
12. Lo que la gente decía que yo era	MC	1	2	3
13. La atención de mis hijos	Hi	1	2	3
14. El respeto que me tenían por mi trabajo	AD	1	2	3
15. La gente que pensaba o sentía como yo	MC	1	2	3
16. La convivencia con mis compañeros de trabajo	CT	1	2	3
17. El saber que tengo dinero para ver por mi gente	RE	1	2	3
18. El sentirme sano	Sa	1	2	3
19. El amor de Dios	AD	1	2	3
20. La mujer (el hombre) que amaba	PA	1	2	3
21. El sentir que tenía el dinero que necesitaba	RE	1	2	3
22. El sentir que Dios está conmigo	AD	1	2	3
23. El sentir que podía encontrar una pareja para mí	PA	1	2	3

Continúa

Anexo 3-1 (continuación)

¿Ha perdido...?	Clase de Pérdida ¹	No	A veces creo que sí, a veces creo que no	Sí
24. El saber para qué lucho	SV	1	2	3
25. El que me buscaran cuando había problemas	SSM	1	2	3
26. Lo que siempre fue mi manera de vivir	MC	1	2	3
27. Confianza en mí mismo	SSM	1	2	3
28. El mundo que conocía	MC	1	2	3
29. El ser necesario para los demás	SSM	1	2	3
30. Seguridad para tomar decisiones	SSM	1	2	3
31. El saber que mi cuerpo funciona bien	Sa	1	2	3
32. Mis compañeros de trabajo	CT	1	2	3
33. Dinero con el que contaba cada mes	RE	1	2	3
34. El amor de mi vida	PA	1	2	3
35. La presencia de mis hijos	Hi	1	2	3
36. El que mis hijos vinieran a verme	Hi	1	2	3

¹ Eliminar del formato que se desee aplicar.

Sa = Salud

SV = Sentido de la vida

SSM = Seguridad en sí mismo y ser útil

RE = Recursos económicos

PA= Pareja afectiva

Hi = Hijos

AD = Amor de Dios y confianza en Él

MC = El mundo que conocí

CT = Compañeros de trabajo

Escala de Estructura de Pérdidas

Objetivo del instrumento. Evaluar los diferentes tipos y clases de pérdidas en la Adultez Mayor.

Población a la que evalúa. Sujetos con una edad igual o mayor a los 50 años.

Instrucciones de aplicación. La escala puede ser aplicada de manera individual o colectiva.

Instrucciones de aplicación (específicas). Al efecto se le entrega al sujeto una copia de la escala impresa en papel y un lápiz, sugiriéndole que lea las instrucciones y conteste lo mejor que pueda. Las instrucciones figuran en el cuerpo de la escala.

Instrucciones de calificación. Cada afirmación puede ser resuelta eligiendo una de tres respuestas numeradas del 1 al 3. El puntaje total de la escala se obtiene sumando las 36 elecciones del respondiente. Para fines de investigación pueden sumarse los puntajes elegidos para cada clase de pérdidas (p. ej. Salud, Sentido de la vida, etc., según han sido definidos en el anexo 3-1) con el objetivo de estimar la importancia de cada una. Por otro lado, pueden sumarse los totales de cada tipo de pérdida (No pérdida, Pérdida ambigua, Pérdida consumada).

Sugerencias o pautas de interpretación. El puntaje total puede valorarse con respecto a datos normalizados según se muestra en el cuadro 3-3.

Cabe esperar que aquellos sujetos con altos puntajes encuentren también niveles significativos de desajuste psicológico.

Normas estadísticas

REFERENCIAS

- Ai, A.L. (2000). Spiritual well-being, spiritual growth, and spiritual care for the aged: a cross-faith and interdisciplinary effort. *Journal of Religious Gerontology*, 11 (2), 3-28.
- Almanza-Muñoz, J. J. & Holland, J. C. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46 (3), 196-206.
- Baltes, M. M. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Development Psychology*, 23 (5), 611-626.
- Baltes, M. M. (1997). Coping with age. *World Health*, 50: Issue 4, 10-11.
- Bar-Tur, L. & Levy-Schiff, R. (2000). Coping with losses and past trauma in old age: the separation-individuation perspective. *Journal of Personal & Interpersonal Loss*, 5 (2/3), 263, 19 p.
- Bar-Tur, L. & Levy-Schiff, R. & Burns, E. (1998). Mental engagements as a moderator of losses of elderly men. *Journal of Aging Studies*, 12, 1-17
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56 (6), 893-897.
- Blazer, D. G. II. (2000). Spirituality, aging and depression. En Thorson, James, A (Ed). (2000). *Perspectives on spiritual well-being and aging* (pp. 161-169). Springfield, IL: Charles C. Thomas, Publisher.

El instrumento final completo

Lea con atención las siguientes afirmaciones y elija la opción que describa mejor si ha perdido lo que indican

¿Ha perdido...?	No	A veces creo que sí, a veces creo que no	Sí
1. El sentirme físicamente bien	1	2	3
2. Seguridad para hacer lo que antes hacía	1	2	3
3. El sentido de mi vida	1	2	3
4. El sentir que valgo la pena	1	2	3
5. El sentirme productivo cada día	1	2	3
6. La seguridad de estar económicamente protegido	1	2	3
7. Los cuidados y el cariño de mi pareja	1	2	3
8. La cercanía de mis hijos	1	2	3
9. La confianza en Dios	1	2	3
10. El saber para qué vivo	1	2	3
11. El tener suficiente dinero para mis gastos	1	2	3
12. Lo que la gente decía que yo era	1	2	3
13. La atención de mis hijos	1	2	3
14. El respeto que me tenían por mi trabajo	1	2	3
15. La gente que pensaba o sentía como yo	1	2	3
16. La convivencia con mis compañeros de trabajo	1	2	3
17. El saber que tengo dinero para ver por mi gente	1	2	3
18. El sentirme sano	1	2	3
19. El amor de Dios	1	2	3
20. La mujer (el hombre) que amaba	1	2	3
21. El sentir que tenía el dinero que necesitaba	1	2	3
22. El sentir que Dios está conmigo	1	2	3
23. El sentir que podía encontrar una pareja para mí	1	2	3
24. El saber para qué lucho	1	2	3
25. El que me buscaran cuando había problemas	1	2	3
26. Lo que siempre fue mi manera de vivir	1	2	3
27. Confianza en mí mismo	1	2	3
28. El mundo que conocía	1	2	3
29. El ser necesario para los demás	1	2	3
30. Seguridad para tomar decisiones	1	2	3
31. El saber que mi cuerpo funciona bien	1	2	3
32. Mis compañeros de trabajo	1	2	3
33. Dinero con el que contaba cada mes	1	2	3
34. El amor de mi vida	1	2	3
35. La presencia de mis hijos	1	2	3
36. El que mis hijos vinieran a verme	1	2	3

- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic study of the Child*, 14, 113-121.
- Boss, P. (2001). *La pérdida ambigua*. Barcelona: Gedisa.
- Brody, C. M. (1999). Existential issues of hope and meaning in late life therapy. En Duffy, M. (Ed.). *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults*, (p. 179-190) NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Calderón, N.G., (1996), Conferencia Magistral, Curso de actualización en depresión, INNN, México.
- Cohen, F. (1982). Personality, stress, and the development of physical illness. En Stone, G. C., Cohen, F., Adler, N. E. & Associates (Eds.). *Health Psychology: A handbook*, (p. 117-132). San Francisco, California: Jossey-Bass Publishers.
- Colarusso, C. A. (1997). Separation-Individuation processes in middle adulthood. En Akhtar, S. & Kramer, S. (Eds.). *The seasons of life: Separation-Individuation perspectives* (pp. 75-94). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Domínguez, L. F. (2005, 29 de septiembre). Hallan muerta a anciana en Tlatelolco. *El Universal*. Recuperado el 30 de abril de 2007, de http://www2.eluniversal.com.mx/pls/impreso/noticia.html?id_nota=307597&tabla=notas.
- Ferrey, G., Le Goues, G. & Bobes, J. (1994). *Psicopatología del anciano. Manual*. Barcelona, España: Ed. Masson.
- Frey, B. W. (1999). Nature, Spirituality and later life in literature: an essay on the romanticism of older writers. *The Gerontologist*, 39 (5), 516-524.
- González-Celis, A. L. & Sánchez-Sosa J. J. (2002). *Efectos de Intervención de un Programa de Promoción a la Salud sobre la Calidad de Vida en Ancianos*. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria, México, DF.
- Hoelter, J. W. (1979). Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 996-999.
- Kanowski, S. (1994). Age-dependent epidemiology of depression. *Gerontology*, 40 (suppl. 1), 1-4.
- Katz, S. (2000). Busy bodies: activity, aging and the management of everyday life. *Journal of Aging Studies*, 14: Issue 2, p.135-18 p.
- Koenig, H. G., Larson, D. B. & Matthews, D.A. (1996). Religion and psychotherapy with older adults. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 29 (2), 155-184.
- Koenig, H. G., Smiley, M. & González, J. A. P. (1988). *Religion Health and Aging: A review and theoretical Integration*. Westport, CT: Greenwood Press.
- Krassoievitch, M. (1993). *Psicoterapia geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lasher K. P. & Faulkender, P. J. (1993). Measurement of aging anxiety: development of the Anxiety about Aging Scale. *International Journal of Aging and Human Development*, 37 (4), 247-259.
- Lazarus, R. S. (1976). *Patterns of adjustment*, Third edition. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Lehr, U. (1997). The longevity revolution: impact on the society, family and the individual. *Pre-Congress Conference of the World congress of lan, Singapore, Aug, 17, 1997*.
- Lester, D. (1990). The Collett-Lester fear of death scale: the original version and revision. *Death Studies*, 14, 451-468.
- Mahler, M. S. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. New York: International University Press.
- Mahler, M.S., Pine, F. & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- Mai, F. (2004). Somatization disorder: a practical review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (10), 652-62.
- Montero-López, M. (1999). *Inventario Multifacético de Soledad*, Tesis doctoral Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. Ciudad Universitaria, México, DF.
- Montero-López, M. (1998). Soledad y depresión: ¿fenómenos equivalentes o diferentes? *La Psicología Social en México*. AMEPSO, VII, 62-67.
- Müller-Spahn, F. & Hock, C. (1994). Clinical presentation of depression in the elderly, *Gerontology*, 40 (suppl. 1), 10-14.
- Noyes, R., Stuart S., Watson D. B. & Langbehn D.R. (2006). Distinguishing between hypochondriasis and somatization disorder: a review of the existing literature. *Psychother Psychosom*, 75 (5), 270-81.
- Nunn, K. P., Lewin, T. J., Walton, J. M. & Carr, V.J. (1996). The construction and characteristics of an instrument to measure personal hopefulness. *Psychological Medicine*, 26, 531-545.
- Quinodoz, J. M., (1993). *La soledad domesticada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applies Psychological Measurement*, 1 (3), 385-401.
- Rivera-Ledesma, A. (2003). *Espiritualidad y salud mental en Adultos Mayores*. Tesis de maestría en psicología clínica Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria, México, DF.
- Rivera-Ledesma, A. & Montero-López Lena, M. (2005). Espiritualidad y Religiosidad en Adultos Mayores Mexicanos. *Salud mental*, 28 (6), 51-58.
- Rivera-Ledesma, A. y Montero-López Lena, M. (2007a). Medidas de Afrontamiento Religioso y Espiritualidad en Adultos Mayores Mexicanos. *Salud mental*, 30 (1), 39-47.
- Rivera-Ledesma, A. & Montero-López Lena, M. (2007b). *Ejercicio clínico y espiritualidad*. *Anales de Psicología*, 23 (1), 1-10.
- Rivera-Ledesma, A. & Montero-López Lena, M. (2007c). *Modelo de intervención racional emotivo para la promoción del ajuste psicológico en el Adulto Mayor en un contexto religioso*. Tesis doctoral Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria, México, DF.
- Rivera-Ledesma, A., Montero-López Lena, M., González-Celis, A. L. & Sánchez-Sosa, J. J. (2007d). Escala de Ansiedad ante el Envejecimiento de Lasher y Faulkender: propiedades psicométricas en Adultos Mayores mexicanos, *Salud mental*, 30 (4). En prensa.
- Rivera-Ledesma, A. & Montero-López, M. (2008). Estructura de pérdidas en la Adultez Mayor: una propuesta de medida. *Salud mental*, 31 (6), 461-468.
- Rivera-Ledesma, A. y Montero-López Lena, M. (2009). Variables con Alto Valor Adaptativo en el Desajuste Psicológico del Adulto Mayor. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* 1:1, 59-67.
- Rosenblatt, A. (1993). Grief: the social context of private feelings. En Stroebe, M.S., Stroebe, W. & Hansson, R. O. (Eds.). *Handbook of bereavement* (pp. 102-111). New York: Cambridge University Press.
- Salvareza, L. (1993). *Psicogeriatría: teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Seedsman, T. & Feldman, S. (2002). Spirituality and aging well: thoughts on coping with loss and grief. *Education and aging*, 17 (2-3), 201-215.
- Stahl, S. M. (2003). Antidepressants and somatic symptoms: Therapeutic actions are expanding beyond affective spectrum disorders to functional somatic syndromes. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (7), 745-746.



AUTOEFICACIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS (AeRAC) EN ANCIANOS MEXICANOS¹

ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL

Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala

INTRODUCCIÓN

Un elemento importante en la vida de los adultos mayores es la percepción de control, la cual está asociada con los niveles de bienestar, con la probabilidad de modificar los patrones conductuales y con las posibilidades de incrementar rendimientos en distintas áreas. Así, la percepción de control, para los teóricos del aprendizaje social como Bandura (1977; 1982; 1999), está relacionada con la de autoeficacia, entendiéndola como la creencia de que el sujeto dispone de una respuesta concreta para modificar su ambiente.

La teoría de autoeficacia de Bandura (1997) se refiere a la evaluación que hacen los individuos sobre su capacidad o competencia para ejecutar con éxito una conducta específica. Esta teoría tiene importantes aplicaciones en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, sin embargo, hay pocos estudios que examinan la relación entre autoeficacia, comportamientos saludables y nivel de salud en poblaciones seniles (Grembowski et al., 1993).

De este modo, la valoración que el anciano efectúa de su autoeficacia dependerá, por un lado, de las expectativas que mantenga sobre sus propias habilidades y aptitudes y, por otro, de la valoración que haga de las dificultades asociadas a la tarea específica (Antequera-Jurado & Blanco, 1998).

La autoeficacia, en el caso de los ancianos, ha mostrando una estrecha relación con los estados depresivos

(Davis-Berman, 1988), al igual que con los cuadros de ansiedad previos a la jubilación (Fretz, Kluge, Ossana, Jones & Merikangas, 1989). Incluso con un aumento en la disposición de apoyo social (Holahan, C. K. & Holahan, C. J., 1987) parece ser que al saber que se dispone de un respaldo social necesario, al sentir que otras personas confían en las aptitudes del adulto mayor para realizar una acción, puede incrementar su sentido de autoeficacia.

Asimismo, en otros estudios se apunta que la autoeficacia influye en la longevidad, ya que, sin considerar la edad, la salud o los problemas psicológicos de las personas adultas mayores, los sentimientos de control se asocian con índices de mortalidad bajos (Rodin, 1986). Por ello, contar con una autoeficacia elevada fomenta la longevidad.

Han sido pocos los programas de intervención diseñados para incrementar la autoeficacia en áreas concretas. Fundamentalmente los hay en el ámbito cognitivo, aunque también se han desarrollado otros destinados a actividades más específicas, por ejemplo, el trabajo desarrollado por Clark, Patrick, Grembowski & Durham (1995), orientado a incrementar actividades físicas como el ejercicio, con base en un aumento de la autoeficacia, dentro del marco de promoción de la salud en ancianos.

Es claro entonces, que la percepción de salud en los ancianos se convierte no sólo en el parámetro fundamental en función del cual tienden a elaborar su autoconcepto físico, sino que esta manera de percepción de sí mismos

¹ La autora agradece a Rebeca Laura Martínez Camarena la revisión y edición del capítulo.

también interactúa con su propio funcionamiento en los niveles cognitivo y social. De esta forma, el nivel de salud percibido determinará la valoración de su propia capacidad para realizar con éxito cualquier conducta y, al mismo tiempo, su bienestar psicológico, ya que el principal determinante de la percepción de salud entre los ancianos es el nivel de actividad o la movilidad física que pueden desarrollar, lo cual equivale a su nivel de independencia (Zautra & Hempel, 1984).

La sensación de autoeficacia opera como un mecanismo autorregulatorio. Las personas creen que pueden producir los efectos deseados por la influencia de sus acciones; eligen qué hacer, sus aspiraciones, el nivel de esfuerzo y la perseverancia, la resistencia a la adversidad y la vulnerabilidad al estrés y a la depresión.

Lo anterior da evidencia de que la regulación del comportamiento está mediada por la percepción de la autoeficacia. La teoría de la autoeficacia de Bandura (1993) apoya que la percepción del control cognitivo gobierna los efectos del empoderamiento que los sujetos puedan adquirir mediante niveles altos de autoeficacia.

Del mismo modo, Bandura (1997) distingue tres dimensiones en la percepción de la autoeficacia: la magnitud, la fuerza y la generalidad. La magnitud hace referencia a la estimación personal que realiza un sujeto acerca de cuál es el mejor rendimiento posible para él, en un momento y una circunstancia específicos. La fuerza se refiere a la confianza que experimenta la persona en cuanto a alcanzar un rendimiento dado. Y la generalidad alude al grado en que el individuo considera que dispone de los recursos precisos para solucionar cualquier situación o ser eficaz tan sólo ante algunas circunstancias concretas o específicas.

En síntesis: en los estudios basados en la teoría de Bandura, los sujetos que muestran expectativas altas de autoeficacia, los que creen que pueden alcanzar hacer algo, son más saludables, más efectivos y, en general, más exitosos que aquellos sujetos con niveles bajos de expectativas de autoeficacia.

Ésta se centra, cuando se alude a sujetos ancianos, en la buena o la mala apreciación que ese sector de la sociedad tiene sobre sus capacidades. Se dice, además, que con el avance de la edad se produce una pérdida de la resistencia física, de las funciones sensoriales, de la facilidad intelectual, la memoria y la velocidad en la ejecución de operaciones cognitivas; por ello, lo que se requiere, dado que mucha gente de edad avanzada va disminuyendo la ejecución en sus capacidades, es que los ancianos realicen una reapreciación de su autoeficacia personal en aquellas actividades en las que algunas funciones biológicas han sido afectadas significativamente. Existe una tendencia en apreciar mal las capacidades de las personas conforme envejecen, por lo que el fortalecimiento de la autoeficacia

contribuye en el funcionamiento cognitivo, físico y de salud. Aquellos sujetos que optimizan sus talentos, concentran sus esfuerzos sobre intereses focales y ejercen control de sus comportamientos, mejoran su nivel de funcionamiento. Existen evidencias de que sujetos ancianos con altos niveles de autoeficacia alcanzan un mejor nivel de desempeño aún cuando sean reducidas sus capacidades, lo que contribuye a la forma en que perciben su eficacia personal (Baltes, P. & Baltes, M. 1993).

Uno de los factores primordiales de la percepción de la autoeficacia en personas mayores es la experiencia directa, es decir, el haber experimentado la sensación de dominio de la tarea, que influye en el afrontamiento y el empeño con miras a superar los obstáculos, así como para satisfacer las demandas que se les presentan en las experiencias adversas y así poder reevaluar las situaciones y los cambios como menos amenazantes y con mayores posibilidades de adaptación (Antequera-Jurado & Blanco, 1998).

Sin embargo, la reevaluación adecuada de la eficacia personal supone una necesidad adicional para el manejo de las imposiciones contextuales y del desarrollo y autoenriquecimiento vivencial constante. De ahí que las reevaluaciones de eficacia sean elaboradas no sólo a partir de las percepciones del rendimiento propio o de la comparación con el rendimiento personal anterior o de personas más jóvenes, sino que también, y fundamentalmente, la percepción que los demás tengan de la persona mayor influirá en la propia valoración de sus capacidades (Buendía, 1997).

Un mecanismo que ayuda a mantener alto el juicio de la eficacia en individuos de edad avanzada está basado en la autoselección, optimización y compensación de actividades que puedan ser ejecutadas con éxito por las personas mayores (González-Celis & Sánchez-Sosa, 2000; 2001).

Autoselección se refiere al hecho de elegir o limitar con claridad el número de áreas y conductas de funcionamiento que son indispensables para las personas, lo que supone una adaptación, pues reduce las demandas que deben atender los ancianos.

La optimización se produce cuando los individuos procuran el mejor funcionamiento posible en un número concreto de áreas de la vida; entonces se habla de una especialización de actividades cotidianas en el envejecimiento.

Mientras, la compensación alude a un proceso que se inicia cuando los adultos mayores presentan, como consecuencia de la edad, deterioro en algún área de funcionamiento, o por las exigencias del ambiente no alcanzan a realizar ciertas actividades y debido a ello requieren ayuda extra que compense esos déficits; la compensación puede implicar elementos de la conducta, cognitivos o tecnológicos.

De ahí parte el deterioro objetivo, a niveles físicos, que experimenta el anciano, lo que lo lleva a cuestionarse acerca de su propia eficacia y capacidad para resolver las situaciones problemáticas en las que se encuentra. Ante ello

deben dirigirse los esfuerzos en dotar a los ancianos de estrategias poderosas para incrementar su autoeficacia, afrontar los problemas e incrementar su satisfacción y bienestar psicológico.

Es claro que la forma de intervención psicológica debería estar orientada a incrementar aquellos recursos personales, sociales, familiares o tecnológicos, que ayuden a las personas mayores a formular una reapreciación de su autoeficacia, de manera positiva y satisfactoria, con el fin de que se le facilite mantener un adecuado nivel de bienestar y una mejor calidad de vida (Birren & Schaie, 2006).

Adicionalmente, las actividades para ocupar el tiempo libre que desempeñan los ancianos pueden ser numerosas, dependiendo del dinero, la salud, la capacidad de moverse y las preferencias personales de cada individuo. Algunas de las formas más populares de ocupar el tiempo libre en la vejez, son la jardinería, la lectura, ver la televisión, observar acontecimientos deportivos, participar en actividades sociales, visitar amigos y familiares, pasear, así como poner interés en sucesos educacionales y creativos.

La importancia del estudio en la descripción y la evaluación de las actividades de la vida diaria en los ancianos, o sus habilidades funcionales, consiste en que permite estimar el nivel de independencia de cada persona (Acosta & González-Celis, 2009); en este sentido, la autosuficiencia en el cuidado de uno mismo y el propio entorno son una de las dimensiones imprescindibles, cualquiera que sea el concepto de calidad de vida que se adopte (Fernández-Ballesteros, Hernández, Llorente, Izal, Pozo & De la Calle, 1992; Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González & Díaz, 1992; Verdugo, 2000; Verdugo & Gutiérrez-Bermejo, 1999).

El nivel de autonomía del anciano en los actos de la vida cotidiana proporciona una autoevaluación y autopercepción subjetivas más positivas, así como una mayor satisfacción en la vida, elementos favorables que constituyen al envejecimiento exitoso: gran actividad, buena salud subjetiva y buen nivel de satisfacción vital (Horgas, Wilms & Baltes, 1998; Vellas, 1996).

Por ello se reconoce que la salud en la vejez es el reflejo de factores participantes en toda una vida que van desde situaciones incontrolables (como la herencia genética), pasan por condicionantes socioeconómicos (como las oportunidades de educación y trabajo), y llegan hasta la participación personal en los hábitos de salud y el estilo de vivir. Debido a ello, en edades previas a la vejez deben centrarse los esfuerzos en programas de promoción de la salud, como una forma de evitar el envejecimiento errático y contribuir a la vejez exitosa.

Así, Schwarzer (1992) documenta sobre la adopción de prácticas saludables y el efecto de la autoeficacia, con el fin de evaluar sus potenciales influencias en el inicio de la modificación de conductas y en el mantenimiento de las mismas.

Es así como los pensamientos de autoeficacia motivan la acción, determinan las metas que las personas se fijan y predicen las actividades que se realizarán.

A ello se debe que se insista en que algunos componentes de la calidad de vida de las personas mayores consisten en su autonomía, en la independencia y en el sentimiento de control al realizar actividades cotidianas (Fernández-Ballesteros, 2007).

Por todo lo anterior, el propósito del capítulo es proponer un instrumento que permita evaluar la autoeficacia a fin de realizar actividades cotidianas (AeRAC) de las personas adultas mayores. Se presentan los hallazgos de tres estudios en los que se examinan las propiedades psicométricas del instrumento, en su versión extensa y breve, aplicado en dos muestras de ancianos mexicanos.

El Estudio 1 estuvo enfocado en determinar las propiedades psicométricas, de confiabilidad, consistencia interna, estabilidad temporal y de validez de constructo del instrumento en su versión extensa, con el objetivo de medir la autoeficacia para realizar actividades de la vida diaria en ancianos. Se propuso la versión breve, con los ítems que tuvieron mayor carga factorial, mediante un análisis factorial con rotación varimax. En el estudio 2 se examinó la validez de contenido del instrumento de autoeficacia, mediante el método de intervalos aparentemente iguales, el cual se aplicó a jueces expertos; asimismo, se probaron diferencias entre los jueces y los ancianos con respecto a la evaluación de la autoeficacia. Y el estudio 3 se diseñó para probar la versión breve del AeRAC en una segunda muestra de ancianos, la consistencia interna, la validez concurrente y la validez de constructo.

ESTUDIO 1

Objetivos particulares

Examinar las propiedades psicométricas, de confiabilidad, estabilidad temporal, consistencia interna y de validez de constructo del instrumento propuesto para medir la autoeficacia de los ancianos que les permite realizar actividades de la vida diaria.

Probar si existe asociación entre la autoeficacia para realizar actividades cotidianas de los ancianos y el bienestar subjetivo, la percepción del estado de salud, la depresión y el funcionamiento neuropsicológico.

Probar si existen diferencias entre la fuerza de la autoeficacia para cada actividad cotidiana, y si éstas interactúan con el género, la edad y otras medidas adicionales.

Sujetos

Participaron 124 adultos mayores con edades de entre 55 y 74 años (media = 64.60, desviación estándar = 6.83); lo

hicieron de manera voluntaria, consentida e informada; 66 eran mujeres y 58 varones, adscritos todos a una clínica de salud, en una zona urbana de clase social baja del Estado de México. El nivel de escolaridad promedio fue de educación básica incompleta, con uno a cuatro años de estudios; 72.6% eran casados o con pareja, 25.8% viudos o divorciados y sólo 1.6% solteros.

Procedimiento

A los 124 sujetos se les aplicaron cinco instrumentos bajo un diseño test-retest, con un intervalo promedio entre aplicaciones de cuatro semanas (Media = 30.99 días; Desviación estándar = 5.57 días; Rango = 13 a 44 días).

La aplicación se llevó a cabo en un consultorio de una clínica de salud del Estado de México, en una sola sesión de 60 minutos. Se controló el tiempo, el orden de aplicación de los instrumentos y se evitó la presencia de variables extrañas. Se grabaron las sesiones y se pidió el consentimiento informado a los sujetos.

Los cinco instrumentos que se aplicaron en el test midieron Bienestar subjetivo, Salud percibida, Depresión, Autoeficacia y Funcionamiento Neuropsicológico; además se aplicó una Ficha de Datos Sociodemográficos. En el retest, además de aplicarse los cinco instrumentos, se usó un instrumento para medir eventos significativos que hubieran ocurrido entre la primera y la segunda aplicación.

De las 124 personas seleccionadas para analizar la información en el Estudio 1, a 74 se les aplicaron los instrumentos en el re-test, es decir, 60% regresó a la cita subsecuente con el fin de participar en la segunda aplicación, con lo cual hubo una pérdida de 40% de los sujetos.

Instrumentos

Los instrumentos que se aplicaron en el Estudio 1 a los ancianos fueron los siguientes:

- 1) La Escala de Bienestar Subjetivo *PGC (Philadelphia Geriatric Center)* para ancianos, elaborada y revisada por Lawton en 1975, la cual mide el bienestar general subjetivo de adultos mayores (Andrews & Robinson, 1991) (versión en Español, traducida y retraducida por González-Celis, 2002).
- 2) El Cuestionario EuroQol-5D, elaborado por el Grupo EuroQol (Brooks, 1996), el cual desarrolló un instrumento para medir calidad de vida relacionada a la salud; se empleó la traducción al español de Badia y Rovira (1996).
- 3) La Escala de Depresión Geriátrica (*Geriatric Depression Scale GDS*) de Yesavage *et al.* (1983), versión corta en español.

- 4) El Neuropsi (Ostrosky, Ardila & Rosselli, 1996), para una evaluación neuropsicológica, versión breve en español.
- 5) El Instrumento de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC), de González-Celis (2002). Se incluye en el anexo 4-1.
- 6) La Ficha de Datos Sociodemográficos.
- 7) La Ficha de Eventos Significativos.

Construcción del instrumento AeRAC

El instrumento de autoeficacia para realizar actividades cotidianas (AeRAC), en su versión extensa, se diseñó con la participación de tres jueces, psicólogos con experiencia en el trabajo con ancianos, quienes generaron una lista de 92 reactivos agrupados en seis categorías conductuales de actividades de la vida diaria:

- 1) Actividades de independencia. Se incluyeron 22 comportamientos que pueden ser ejecutados por el sujeto sin requerir la ayuda de alguna otra persona para llevar a cabo esas actividades. Dentro de esta categoría se contemplaron las siguientes conductas: bañarse, vestirse y comer sin ayuda, preparar sus alimentos, asear su habitación, quehaceres domésticos, mantener en orden su casa, lavar y planchar su ropa, cuidar su apariencia personal, administrar gastos, salir a la calle, ir al parque, dirigirse a su lugar de trabajo, salir de compras, ir al salón de belleza o a la peluquería, acudir al banco, hacer pagos o cobros, tomar el Metro, microbús o taxi, manejar un automóvil, resolver asuntos pendientes, y tomar decisiones.
- 2) Actividades recreativas pasivas. En esta categoría se integraron 16 conductas y se consideraron aquellas que puede realizar el individuo en su tiempo libre y de ocio, y no implican esfuerzo o desgaste físico. Se incluyeron: leer, escribir, estudiar, ver la televisión, ver una película de video en casa, ver fotografías, escuchar la radio, descansar, dormir (tomar una siesta) durante el día, pintar, dibujar o colorear, hacer manualidades, coser, tejer o bordar, jugar juegos de mesa, resolver juegos de pasatiempos, armar rompecabezas, y tocar un instrumento musical.
- 3) Actividades recreativas activas. Se agruparon 13 conductas que realiza la persona en su tiempo libre o de ocio y que implican un esfuerzo o desgaste físico. Dentro de esta categoría se seleccionaron: salir a caminar, correr o trotar, nadar, hacer ejercicio, hacer aerobics, practicar yoga, hacer algún deporte, bailar o cantar, jardinería, cuidar animales domésticos, cocinar, repostería y hacer reparaciones.

- 4) Actividades sociales. Se categorizaron 23 comportamientos que realiza el sujeto en los que participan dos o más individuos y hay contacto social. En esta categoría se incluyeron: visitar a amigos, a familiares, a enfermos, cuidar niños, jugar con ellos, ayudarlos en las tareas escolares, asistir a centros recreativos, acudir a reuniones, ir al cine o al teatro, visitar museos, disfrutar de un espectáculo, ir a misa, participar de forma activa en su religión, inclusión en la comunidad, hacer obras de caridad, platicar con familiares o amigos, convivir con gente de la misma edad, platicar con vecinos, hablar por teléfono con amigos o familiares, tomar clases, salir de paseo, organizar o ayudar en la organización de un evento, e iniciar una nueva amistad.
- 5) Actividades de protección a la salud. Se contemplaron 10 conductas dirigidas para que el sujeto proteja y cuide su salud. Se ubicaron en esta categoría: hacer dieta, comer bien, dormir lo necesario, tomar medicamentos, visitar al médico o ir al hospital, visitar al dentista, ir al huesero, curandero, homeópata, hierbero, etc., realizar análisis médicos, si fuma, dejar de hacerlo y, si bebe, dejar de tomar bebidas alcohólicas.
- 6) Actividades perjudiciales para la salud. Aquí se incluyeron ocho comportamientos que dañan la salud. Las conductas contempladas en esta categoría fueron: fumar, ingerir bebidas alcohólicas, autorrecetarse medicinas, suspender el tratamiento médico, rechazar recomendaciones para cuidar la salud, comer alimentos dañinos para su salud, tener episodios de llanto o tristeza, y gritar, enojarse o pelearse con alguien.

De las seis categorías conductuales registradas con el instrumento AeRAC, sólo se eligieron para su análisis las primeras cinco, lo que generó un total de 84 reactivos; se excluyó la categoría 6, Actividades perjudiciales para la salud, ya que las medidas de la autoeficacia para ella resultaron con puntuaciones opuestas a las calificaciones de las otras categorías. Mientras que para todas las clases los valores altos, cercanos a 100%, indicaban una alta autoeficacia al realizar actividades cotidianas, y los bajos, cercanos a 0%, mostraban nula o casi nula autoeficacia mientras, para la categoría de actividades perjudiciales a la salud los valores altos señalaban que los sujetos se percibían confiados al realizar una actividad perjudicial para su bienestar (por ejemplo, fumar).

En el diseño del AeRAC se calcularon dos dimensiones: la magnitud y la fuerza de la autoeficacia. La primera se midió por la presencia o la ausencia de la capacidad percibida del sujeto para realizar la actividad, en un formato (sí) o (no) (dicotómico), con lo cual se obtuvo una medida de la magnitud de autoeficacia a fin de realizar actividades cotidianas para cada categoría. La magnitud se obtuvo de la suma del número de ítems contestados afirmativamente,

dividida entre el total de los mismos y multiplicada por 100. La segunda dimensión de autoeficacia fue la fuerza, como la confianza, seguridad o capacidad del sujeto para realizar la actividad de forma exitosa, mediante un formato de cinco opciones de respuesta que variaron de: Poco seguro de hacerlo (20%), Algo seguro (40%), Medianamente seguro (60%), Bastante seguro (80%), y Completamente seguro (100%).

La estructura del instrumento de evaluación de la autoeficacia planteó dos preguntas para cada tarea: ¿se siente capaz? (sí/no) y ¿qué tan capaz se percibe? (20%, 40%, 60%, 80%, 100%). Esto se conoce como formato de doble juicio (Bandura, 1977). La medida de magnitud de la autoeficacia se mide con la suma de los ítems cuya respuesta hubiera sido afirmativa y se divide entre el total de ítems, multiplicado por 100. En tanto que la medida de la fuerza de la autoeficacia se obtiene a partir del porcentaje dado por el sujeto para cada ítem a la segunda pregunta del instrumento.

En el instrumento AeRAC (anexo 4-1) se registraron las respuestas de los sujetos. En la primera columna aparecen enlistadas las actividades. En la segunda, en un formato dicotómico, se registró si el sujeto percibe (sí) o (no) tener la capacidad o seguridad para realizar la actividad cotidiana la semana siguiente. Y en la tercera columna, en un esquema de cinco opciones de respuesta, 100%, 80%, 60%, 40% o 20%, se registró el porcentaje de confianza o capacidad que percibe el individuo para realizar con éxito la actividad la semana siguiente.

Para la aplicación del AeRAC se utilizaron tarjetas en las que se imprimió cada una de las actividades cotidianas. La dimensión para cada tarjeta fue de 14 por 11 cm, con un color diferente para cada una de las cinco categorías de actividades (anexo 4-2). Asimismo, se utilizaron tarjetas de respuesta; en cada una de ellas se imprimió una de las opciones de respuesta acompañadas de un cuadro. Para la opción de respuesta Poco seguro de hacerlo (20%) el cuadro estaba sombreada la quinta parte, mientras que para la opción de respuesta Algo seguro (40%), el cuadro mostraba estar sombreado dos quintas partes; así, para la opción de respuesta Medianamente seguro (60%) el cuadro se encontraba sombreado tres quintas partes, y en la opción Bastante seguro (80%) el cuadro se sombreó cuatro quintas partes. Al final, en la opción de respuesta Completamente seguro (100%) el cuadro estaba sombreado por completo. Todo esto se aprecia en las tarjetas de respuesta en el anexo 4-3.

RESULTADOS

Las medidas descriptivas obtenidas de los cinco instrumentos aplicados a los 124 sujetos ancianos fueron las

siguientes: Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas (media = 42.45, d. e. = 14.36, rango = 14.32-86); Bienestar Subjetivo (media = 13.89, d. e. = 5.03, rango = 2-21); Percepción de Salud (media = 68.39, d. e. = 19.07; rango = 17.69-100); Depresión (media = 3.55, d. e. = 2.85, rango = 0-14), y Funcionamiento Neuropsicológico (media = 79.44, d. e. = 18.59, rango = 22-114).

Los resultados revelaron sólidas propiedades psicométricas del instrumento de autoeficacia (Alpha de Cronbach = 0.8454), y asociaciones positivas significativas ($p < 0.01$) entre Autoeficacia y Bienestar Subjetivo, Percepción de Salud y Funcionamiento Neuropsicológico; en tanto que entre Autoeficacia y Depresión hubo asociación negativa ($p < 0.01$).

Los cinco instrumentos mostraron de moderada a buena consistencia interna interreactivos con valores Alpha de Cronbach de 0.55 a 0.85 (cuadro 4-1).

Asimismo, se observaron coeficientes de correlación significativos ($p < 0.01$) entre el test-retest en los cinco instrumentos, lo cual habla de una estabilidad temporal (cuadro 4-2). Este tipo de confiabilidad es importante en particular para los instrumentos de variables que sean sensibles a cambios en el tiempo, debido a una manipulación experimental. Por ello, si se tiene planeado realizar una intervención, se debe determinar que el cambio observa-

do entre la pre y la post medición se deba a la manipulación experimental y no al instrumento por carecer de estabilidad temporal.

De igual forma, se calculó el coeficiente de determinación R^2 para los cinco instrumentos, como se aprecia en el cuadro 4-2. El valor más alto es para el instrumento de autoeficacia, lo que implica que 61.2% de la varianza explicada se determina por la variable de Autoeficacia, 59.6% por el Funcionamiento Neuropsicológico, 53% por el Bienestar Subjetivo, y 45.3% por el nivel de Depresión. El coeficiente más bajo fue para el instrumento de Percepción de Salud, sólo 29.6%, por lo que se recomienda sustituir la aplicación del EuroQoL, y sustituirlo por el WHOQoL, el cual evalúa calidad de vida para el Estudio 3.

Finalmente, se probó la validez de constructo del instrumento de autoeficacia por medio de un análisis factorial (cuadro 4-3). Los factores que mejor definieron a cada actividad cotidiana fueron para actividades de independencia: tareas domésticas, como preparar alimentos, planchar ropa, quehaceres domésticos, asear su habitación, lavar su ropa e ir de compras; actividades recreativas mentales: acciones destinadas al entretenimiento, como resolver juegos de mesa, armar rompecabezas, pintar, dibujar o iluminar y hacer manualidades; actividades recreativas físicas: tareas de ejercicio físico, como correr o trotar, hacer aerobics u otros

Cuadro 4-1 Coeficientes Alpha de Cronbach para los cinco instrumentos empleados en el Estudio 1 (n = 124)

Instrumento	Número de ítems/categorías	N	Alpha de Cronbach
Autoeficacia	5	124	0.8454
Bienestar Subjetivo	23	124	0.8065
Percepción de Salud	5	123	0.5536
Depresión	15	124	0.5474
Funcionamiento Neuropsicológico	8	124	0.7836

Cuadro 4-2 Coeficientes de correlación r de Pearson y coeficientes de determinación R^2 , para los cinco instrumentos en el Estudio 1, bajo un diseño test-retest

Instrumento		Test		Retest		r	p	R^2
		n	Media	d. e.	Media	d. e.		
Autoeficacia	73	44.16	14.13	43.33	13.60	0.782	<.01*	0.612
Bienestar Subjetivo	73	14.17	4.80	15.72	4.78	0.728	<.01*	0.530
Percepción de Salud	73	69.61	17.79	75.04	16.66	0.544	<.01*	0.296
Depresión	74	3.27	2.63	3.24	2.40	0.673	<.01*	0.453
Funcionamiento Neuropsicológico	74	83.40	17.56	83.89	18.00	0.772	<.01*	0.596

* Nivel de significancia $p < 0.01$

ejercicios, bailar o cantar, nadar y salir a caminar; acciones de interacción social, como platicar con vecinos, visitar amigos, charlar con familiares o amigos, visitar a miembros de la familia, así como convivir con gente de la misma edad; y actividades de protección a la salud: tareas de cuidados médicos, como tomar medicamentos, visitar al médico o ir al hospital, realizar análisis clínicos, e ir al huesero, curandero, homeópata, hierbero. El porcentaje de varianza explicada acumulada para los cinco factores fue de 59.65%; las actividades de Independencia correspondieron al Factor 1, el cual posee 21.30% de varianza explicada; el

Factor 2 se refiere a las actividades Recreativas Activas, con 14.94%; el Factor 3 está dado a las actividades Sociales, con 10.17% de varianza explicada; el Factor 4 se atribuye a las actividades Recreativas Pasivas, con 7.66%; y, por último, el Factor 5 tiene que ver con las actividades de Protección a la Salud, que explican 5.58% de la varianza total.

También se probó si el nivel de autoeficacia para cada actividad cotidiana interactuaba con el género, la edad y las otras medidas adicionales. Y se encontró lo siguiente.

En todas las comparaciones se consideró como variable dependiente a la puntuación promedio de autoefica-

Cuadro 4-3 Análisis factorial con cinco Factores, obtenidos de la Matriz Factorial Rotada, por el Método de Componentes Principales, con rotación varimax. La rotación convergió en seis interacciones. Porcentaje de varianza total explicada por los cinco factores y valores Alpha de Cronbach

Reactivos	Actividades				
	De Independencia	Recreativas Físicas	Sociales	Recreativas Mentales	Protección a la Salud
	1	2	3	4	5
Preparar sus alimentos	0.835				
Planchar su ropa	0.802				
Quehaceres domésticos	0.785				
Lavar su ropa	0.763				
Asear su habitación	0.733				
Ir de compras	0.491				
Hacer aerobics		0.777			
Correr o trotar		0.763			
Hacer ejercicio		0.736			
Bailar o cantar		0.726			
Nadar		0.573			
Platicar con familiares y amigos			0.828		
Platicar con vecinos			0.755		
Visitar familiares			0.687		
Visitar amigos			0.645		
Hablar por teléfono con amigos o familiares			0.562		
Convivir con gente de mi edad		0.526	0.499*		
Resolver juegos de pasatiempos				0.845	
Armar rompecabezas				0.818	
Pintar, dibujar o iluminar				0.795	
Jugar juegos de mesa				0.503	
Realizar análisis médicos					0.789
Tomar medicamentos					0.725
Visitar al médico o ir al hospital					0.710
% de Varianza Explicada	21.30	14.94	10.17	7.66	5.58
% de Varianza Acumulada	21.30	36.24	46.41	54.07	59.65
Alpha de Cronbach	0.797	0.756	0.803	0.748	0.592

* Se seleccionó el ítem en el Factor 3

cia para cada una de las cinco categorías de actividades cotidianas (de independencia, recreativas activas, recreativas pasivas, sociales y de protección a la salud).

Así que se tomó como variable dependiente la puntuación de autoeficacia promedio para la categoría de protección a la salud y como variable independiente la edad. Ésta se contempló con dos valores: ancianos jóvenes (de 55 a 64 años) vs ancianos viejos de mayor edad (de 65 a 74 años). El total de 124 sujetos se dividió en dos grupos, de acuerdo con la edad, y además se aplicó una prueba t de Student para muestras independientes. Con ella se encontró una diferencia significativa ($t = -2.197$, g. l. = 122, $p < 0.03$), lo cual constituye, al comparar la puntuación de autoeficacia para actividades de protección a la salud, el grupo de sujetos de mayor edad (65 a 74 años); en promedio éstos se perciben más autoeficaces (52.69%) que los sujetos más jóvenes de menor edad (45.39%).

De igual manera, se hicieron comparaciones tomando como variables dependientes el resto de las otras categorías de actividades y no se encontraron diferencias entre ancianos jóvenes y ancianos viejos en el nivel de autoeficacia. Esto es: de igual modo perciben los sujetos ancianos jóvenes y ancianos viejos ser autoeficaces para realizar el resto de las actividades (de independencia, recreativas activas, recreativas pasivas y actividades sociales). Parece ser que sólo hay diferencias en la percepción de autoeficacia para realizar actividades de protección a la salud entre los ancianos de menor edad y los ancianos de mayor edad;

siendo estos últimos, los ancianos viejos más autoeficaces para proteger su salud.

Asimismo, se hicieron cinco comparaciones más de las cinco categorías de actividades cotidianas (tomadas como variables dependientes), y se tomó como variable independiente el género, con dos valores (masculino vs femenino). No hubo diferencias entre hombres y mujeres en el nivel de autoeficacia para todas las actividades cotidianas: tanto ellos como ellas se perciben igualmente eficaces para realizar las diferentes acciones diarias.

En cuanto a examinar si existen diferencias en el nivel de autoeficacia para cada actividad cotidiana y si interactúan con las otras medidas adicionales, Bienestar Subjetivo, Salud Percibida, Depresión y Funcionamiento Neuropsicológico, se encontró lo siguiente (véase cuadro 4-4).

Para el caso de la primera medida adicional, la Depresión, se consideró como variable independiente la calificación obtenida en esa escala y se agruparon a los sujetos en dos conjuntos: los que tenían depresión y los que no. Los sujetos que tuvieran una puntuación mayor a 5 en la GDS eran asignados al grupo con depresión, en tanto que quienes tuvieran 5 puntos o menos se les asignó al grupo sin depresión. Se establecieron comparaciones para las cinco categorías de actividades (como variables dependientes, la puntuación de autoeficacia para cada actividad). Se aplicaron cinco pruebas t de Student para muestras independientes. Se hallaron diferencias significativas entre los sujetos que calificaron con depresión y los que calificaron sin depresión

Cuadro 4-4 Comparación entre los valores de las variables para las cuales sí existe significancia estadística en los niveles de autoeficacia en determinadas actividades de la vida diaria

Variables	Autoeficacia en actividades de:	Estadístico de Prueba	<i>p</i>
Depresión: con/sin	Protección a la salud	$t = 2.434$	<0.016
	Recreativas activas	$t = 3.784$	<0.001
	Recreativas pasivas	$t = 2.469$	<0.015
	Sociales	$t = 2.793$	<0.009
Bienestar Subjetivo: poco / medio / mucho	Recreativas activas	$F = 6.216$	<0.003
	Recreativas pasivas	$F = 6.162$	<0.003
	Sociales	$F = 3.399$	<0.037
Salud Percibida: muy mala / mala / regular /muy buena	Recreativas activas	$F = 3.391$	<0.020
	Sociales	$F = 3.239$	<0.025
Funcionamiento Neuropsicológico: Severo / moderado / leve / normal / normal alto	Independencia	$F = 4.119$	<0.004
	Sociales	$F = 3.064$	<0.019

en los niveles de autoeficacia para actividades de protección a la salud ($t = 2.434$, g. l. = 122, $p < 0.016$), para actividades recreativas activas ($t = 3.784$, g. l. = 122, $p < 0.001$), para actividades recreativas pasivas ($t = 2.469$, g. l. = 122, $p < 0.015$), y para actividades sociales ($t = 2.793$, g. l. = 122, $p < 0.009$). Sin embargo, para actividades de independencia no hubo diferencias significativas en el nivel de autoeficacia de los sujetos con depresión vs sujetos sin la misma. Debido a ello se observa que los individuos depresivos se perciben menos autoeficaces para realizar actividades de protección a la salud, recreativas activas, recreativas pasivas y sociales, en contraste con los sujetos sin depresión.

En el caso del Bienestar Subjetivo se tomó como variable independiente la calificación obtenida en la escala de bienestar y clasificadas en poco, medio y mucho bienestar. Además, se organizó a los sujetos en tres grupos, según el nivel de bienestar. Y como variable dependiente se consideró el puntaje de autoeficacia para las cinco categorías. Se aplicó un análisis de varianza de una vía (o un factor, ANOVA one-way), con una variable independiente con tres niveles. Ahí se hallaron diferencias significativas estadísticamente en el puntaje de autoeficacia para las conductas recreativas activas ($F_{2,121} = 6.216$, $p < 0.003$); para las actividades recreativas pasivas ($F_{2,121} = 6.162$, $p < 0.003$), así como para las actividades sociales ($F_{2,121} = 3.399$, $p < 0.037$). Por ello, se observa que los sujetos con poco bienestar son menos autoeficaces para realizar actividades recreativas activas, pasivas y sociales, mientras que los sujetos que calificaron con mucho bienestar son más autoeficaces para realizar estas actividades.

Para la medida del estado de Salud Percibida se formaron cuatro grupos de sujetos, a partir de la calificación obtenida con el instrumento Euroqol. Se tomó como variable independiente la salud percibida, con cuatro niveles: muy mala, mala, regular y muy buena. Se aplicó un ANOVA one-way con una variable independiente de cuatro niveles. Y las variables dependientes fueron el puntaje de autoeficacia para las cinco categorías de actividades. Se encontró así que sólo hubo diferencias significativas en el nivel de autoeficacia para las actividades recreativas activas ($F_{3,119} = 3.391$, $p < 0.020$) y para las actividades sociales ($F_{3,119} = 3.239$, $p < 0.025$). Por tanto, los sujetos que tienen muy mala Salud Percibida son menos autoeficaces para realizar actividades recreativas activas y sociales, mientras que los sujetos con muy buena Salud Percibida son más autoeficaces para realizar dichas actividades.

Y, al final, en cuanto al Funcionamiento Neuropsicológico, al considerar como variable independiente las calificaciones obtenidas por los sujetos en el Neuropsi, se clasificaron en cinco niveles de Funcionamiento Neuropsicológico: severo, moderado, leve, normal, y normal alto. Y como variables dependientes se utilizó el puntaje de autoeficacia para las cinco categorías de actividades cotidianas. Se apli-

caron cinco ANOVAS one-way, una para cada categoría. Se encontraron sólo diferencias significativas en los niveles de autoeficacia para realizar actividades de independencia ($F_{4,118} = 4.119$, $p < 0.004$) y para desempeñar actividades sociales ($F_{2,121} = 6.216$, $p < 0.003$). Con esto se observa que los sujetos que tienen un severo Funcionamiento Neuropsicológico poseen menor nivel de autoeficacia para realizar actividades de independencia y sociales, mientras que las personas con un nivel de funcionamiento neuropsicológico normal o normal alto son más autoeficaces para realizar estas actividades.

ESTUDIO 2

Objetivos particulares

Examinar la confiabilidad mediante la consistencia interna del instrumento de autoeficacia para actividades cotidianas en ancianos, aplicado a jueces expertos.

Examinar la validez de contenido del instrumento de expectativas de autoeficacia a fin de realizar actividades de la vida diaria de los ancianos, por medio del método de intervalos aparentemente iguales, aplicado a jueces expertos en el trabajo con ancianos, para su validación.

Describir el comportamiento de la fuerza de la autoeficacia de la población de adultos mayores con el propósito de realizar cada una de las cinco categorías en que se clasificaron las actividades cotidianas, desde la percepción de los sujetos ancianos y de los jueces expertos.

Probar si existen diferencias entre la percepción de los ancianos y la percepción de los jueces expertos en la fuerza de la autoeficacia de los adultos mayores con miras a realizar actividades cotidianas, para cada una de las cinco categorías.

Sujetos

Se seleccionaron 21 psicólogos que fungieron como jueces expertos, por participación voluntaria, consentida e informada, de manera selectiva e intencional; contaban por lo menos con tres años de experiencia en el área de la psicología clínica y habían trabajado con pacientes adultos mayores. Algunos eran psicólogos que tenían el mismo tiempo de experiencia en el diseño, la aplicación y la validación de instrumentos de evaluación dirigidos a población anciana.

En términos generales, estos psicólogos tenían experiencia en el área de la psicología clínica y laboraban en una institución dedicada a la protección de los ancianos en México. Además, algunos ejercían la práctica clínica en organizaciones no gubernamentales también dirigidas a población

anciana o en instituciones del sector salud, en donde atendían a población geriátrica por problemas de salud mental; en otros casos se trataba de psicólogos que se dedican a la práctica clínica privada o son docentes de la Facultad de Psicología, de la UNAM, o de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, o psicólogos que realizan investigación con sujetos ancianos, también de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Procedimiento

La aplicación del instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades de la Vida Diaria en Ancianos, versión modificada para aplicarse a los jueces en las instrucciones que éstos recibieron (anexo 4-4) y el cual se sometió a juicio por expertos, se realizó en una sola sesión de 30 minutos; en ella estuvieron presentes: el sujeto que participó como juez y dos observadores, uno que fungió como aplicador del instrumento y otro como registrador de las respuestas del participante.

Con el fin de evitar los efectos de fatiga o de orden, las tarjetas-estímulos se presentaron de modo aleatorio; de esta forma, en la medida de lo posible se evitó la aparición de patrones de respuesta por parte de los jueces.

El método de intervalos aparentemente iguales, aplicado a jueces expertos, fue el que se siguió en la obtención del acuerdo interjueces a fin de hallar la validez de contenido del instrumento de autoeficacia.

Resultados

Para examinar la confiabilidad del instrumento de autoeficacia, aplicado a jueces expertos, se obtuvieron los coeficientes Alpha de Cronbach a fin de determinar el comportamiento del instrumento en su estructura interna. Con este tipo de confiabilidad se estableció el grado o el nivel de consistencia interna de los reactivos que constituyeron el instrumento.

Se aprecia que los valores Alpha de Cronbach son lo suficientemente altos, por encima de 80%, para todas las categorías: actividades de independencia (Alpha = 0.9539); actividades recreativas activas (Alpha = 0.9203); actividades sociales (Alpha = 0.9186); actividades recreativas pasivas (Alpha = 0.8777); excepto para las actividades de protección a la salud (Alpha = 0.7691), sin embargo, se alcanzó un valor cercano a 0.80, lo cual habla de una buena consistencia interna de los reactivos que componen al instrumento, con lo que se sugiere su empleo con cierto grado de seguridad en cuanto al nivel alto de confiabilidad.

Asimismo, se encontró que los resultados, en términos de las propiedades psicométricas del instrumento de auto-

eficacia, aplicado a jueces expertos mediante el método de intervalos aparentemente iguales, fueron satisfactorios en cuanto a la validez de contenido. Esto debido a que de los 84 reactivos propuestos en el instrumento de autoeficacia para realizar actividades cotidianas, los jueces discreparon en la asignación de la autoeficacia para sujetos ancianos en 26 actividades: ocho de independencia, cuatro recreativas pasivas, cinco recreativas activas, cinco sociales y cuatro de protección a la salud. Se encontró, además, un acuerdo inter-jueces en 58 ítems, de un total de 84, lo que equivale a 69.05% de validez de contenido.

De tal suerte, se recomienda el empleo del instrumento de autoeficacia después de la validación de contenido mediante el juicio de expertos, por el método de intervalos aparentemente iguales, ya que muestra un acuerdo inter-jueces de casi 70% en cuanto al contenido del instrumento, es decir, en 69.05% de los ítems que contiene el instrumento existe un acuerdo entre los jueces expertos al momento de asignar la fuerza de la autoeficacia para realizar actividades cotidianas en ancianos.

Como se aprecia en la figura 4-1, el puntaje de autoeficacia para las cinco categorías de actividades cotidianas, valorado por los sujetos ancianos, es más alto para las actividades de independencia (60.84%), seguido por el puntaje de autoeficacia para las actividades de protección a la salud (48.81%); después para las actividades sociales (37.02%); las actividades recreativas pasivas (35.68%) y, por último, para las actividades recreativas activas (29.92%). Por ello, los aspectos más importantes para los sujetos ancianos, en los que se perciben con mayor fuerza y capacidad de realizar las actividades de manera exitosa, son las actividades de independencia y las de protección a la salud, mientras que se consideran menos capaces de desempeñar acciones recreativas activas.

De igual forma, en la figura 4-1 se muestran los puntajes de autoeficacia asignados a los ancianos para realizar actividades cotidianas, desde la percepción de los psicólogos que fungieron como jueces expertos. El puntaje más alto fue para las actividades de independencia (73.42%); después para las actividades recreativas pasivas (72.44%); le siguen las actividades sociales (72.30%); las actividades de protección a la salud (69.52%) y, al final, las actividades recreativas activas (63.37%).

Al comparar los valores asignados por los ancianos y por los jueces se observa que ambos grupos consideran que los adultos mayores tienen el puntaje más alto de autoeficacia para realizar actividades de independencia y le asignan el puntaje más bajo a las actividades recreativas activas. No obstante, el orden de la fuerza de autoeficacia es dife-

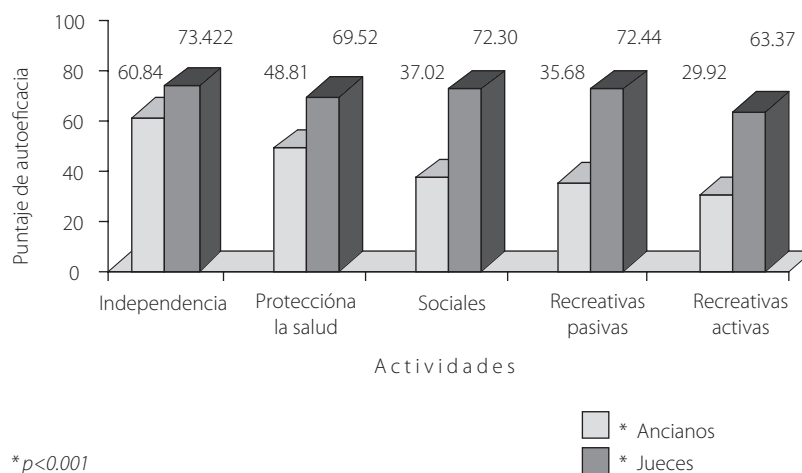


Figura 4-1. Puntaje de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos, evaluada por los ancianos y por jueces expertos (psicólogos)

rente para los sujetos ancianos, así como para los jueces. Los primeros dan mayor puntaje de autoeficacia a las actividades de protección a la salud, en el segundo lugar de importancia, después de las actividades de independencia; en cambio, los jueces perciben a los ancianos más capaces en actividades recreativas pasivas que de protección a la salud. En tercer lugar de importancia, tanto los sujetos ancianos como los jueces consideran los primeros son autoeficaces para actividades sociales.

Por otro lado, con respecto a las diferencias entre la percepción de los ancianos y la visión de los jueces expertos en la fuerza de la autoeficacia de los adultos mayores para realizar actividades cotidianas, en cada una de las cinco categorías se encontró lo siguiente.

Los resultados muestran que para todas las categorías, actividades de independencia ($t = 3.371$, g. l. = 143, $p < 0.001$), actividades recreativas pasivas ($t = 9.093$, g. l. = 143, $p < 0.0001$), recreativas activas ($t = 8.539$, g. l. = 143, $p < 0.0001$), sociales ($t = 9.701$, g. l. = 143, $p < 0.0001$), y de protección a la salud ($t = 6.070$, g. l. = 143, $p < 0.0001$), hubo diferencias estadísticamente significativas entre los valores de autoeficacia asignados por los ancianos y los jueces. Éstos perciben mucho más capaces a los ancianos para realizar actividades cotidianas de lo que lo hacen los mismos adultos mayores. Estos resultados sugieren que los jueces, psicólogos que tienen experiencia con el trabajo en personas de la tercera edad, asignan a éstas mayor puntaje de autoeficacia tal vez sólo si los adultos mayores tienen la capacidad, la cual no se atribuyen ellos mismos. Por ello es recomendable

fortalecer la autoeficacia en ancianos, con el fin de que realicen una reapreciación sobre sus capacidades.

ESTUDIO 3

Objetivos particulares

Examinar las propiedades psicométricas, consistencia interna y validez de constructo del instrumento propuesto para medir la autoeficacia para realizar actividades cotidianas (AeRAC) en su versión breve para ancianos.

Probar si existe asociación entre la autoeficacia para realizar actividades cotidianas de los adultos mayores y la calidad de vida, el bienestar subjetivo y sentimientos de soledad.

Sujetos

Participaron 207 adultos mayores de entre 60 a 90 años (media = 71; d. e. = 6.42); 173 mujeres (83.6%) y 34 hombres (16.4%) pertenecientes a cuatro diferentes centros culturales y recreativos del Distrito Federal.

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos se realizó en los lugares designados por cada centro recreativo y se llevó a cabo a manera de entrevista, con una duración entre 60 y 90 minutos por anciano.

Se leyeron las instrucciones y preguntas de todos los instrumentos, con el apoyo de tarjetas de respuesta y con las opciones escritas para aquellos instrumentos en los que se utilizaron reactivos de opción múltiple. Las tarjetas se acompañaron por figuras representativas con la opción, ya sea caritas sonrientes o cuadros llenos de color, según cada respuesta que iba desde Nada hasta Completamente.

Instrumentos

Se emplearon:

1. Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve), elaborado por González-Celis a partir de los resultados del Estudio 1 (2000; 2001) (incluido en el anexo 4-5). Al principio se utilizó en su versión extensa con 84 reactivos, la cual después se redujo y consta de 26 ítems agrupados en cinco tipos de actividades: actividades de independencia, recreativas mentales, recreativas físicas, sociales y de protección a la salud. Las opciones de respuesta están dadas en escala tipo Likert y van desde completamente, bastante, moderadamente, un poco, hasta nada; con una puntuación de 0 a 100, entre más alta, mayor el nivel de autoeficacia.
2. Calidad de vida (WHOQoL-Bref), preparado por la Organización Mundial de la Salud (Harper & Power, 1998). Fue traducido y adaptado por González-Celis (2002) y mide cuatro dominios: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Medio Ambiente. Consta de 26 ítems con cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert. De ella se obtienen cuatro sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que van de 0 a 100, entre más alta la calificación, mejor calidad de vida (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006).
3. Escala de Bienestar Subjetivo (*PGC, Philadelphia Geriatric Center*) para ancianos, elaborada y revisada por Lawton, en 1975. Mide el bienestar general subjetivo de adultos mayores (Andrews & Robinson, 1991) (versión en español traducida y re-traducida por González-Celis, 2002).
4. Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL (Montero, 1999). Mide la frecuencia de la experiencia de soledad. Consta de 38 afirmaciones agrupadas en cuatro factores: bienestar emocional, amistad, pareja y gente que le rodea. Ofrece las opciones de respuesta en escala tipo Likert, y son: nada, a veces, moderadamente, muy seguido y siempre; que van de 0 a 4 puntos, de lo que se obtiene un puntaje de 0 a 152; entre más alto, mayor la experiencia de soledad (puede consultarse el desarrollo del Inventario en el capítulo 8 de esta misma obra).
5. Ficha de datos sociodemográficos (de 31 reactivos), en la que se incluyeron preguntas sobre comportamien-

tos saludables, tales como actividades físicas y recreativas, hábitos alimenticios, descanso y actividades de riesgo, así como mencionar tres actividades principales que realizan en su tiempo libre o de ocio.

Construcción del instrumento AeRAC-Breve

El instrumento de autoeficacia para realizar actividades cotidianas (AeRAC-Breve) se diseñó a partir de los resultados obtenidos en el Estudio 1, con el análisis factorial, en donde se redujeron los ítems a 26 y sólo se evaluó la dimensión de la fuerza de la autoeficacia en una escala de cinco opciones de respuesta de 0% Nada, 25% Un poco, 50% Moderadamente, 75% Bastante y 100% Completamente, en niveles de confianza de acuerdo a qué tan capaz o competente se percibía el anciano para realizar la siguiente semana la actividad cotidiana.

En la estructuración del instrumento AeRAC en su versión extensa, se utilizó un formato de doble juicio, sin embargo, hasta cierto punto resulta redundante hacer dos preguntas: ¿se siente capaz? (sí/no) y ¿qué tan capaz se percibe? (20%, 40%, 60%, 80%, 100%). Esto debido a que planteando sólo la segunda pregunta se puede obtener la medida de la magnitud de autoeficacia al sumar el número de ítems que el sujeto responde con una puntuación mayor de 0, así como la fuerza de la autoeficacia medida por el porcentaje para cada reactivo. Esta forma de estructurar el instrumento de autoeficacia se conoce como formato de juicio único (Bandura, 1997).

Para las cinco opciones de respuesta del AeRAC-Breve se utilizaron cinco tarjetas de respuesta (véase anexo 4-6). En la primera se escribió la opción de respuesta Completamente, en donde se dibujó un cuadro coloreado en su totalidad; en la segunda tarjeta se escribió la opción de respuesta Bastante, se presentó con un cuadro relleno de color las tres cuartas partes; en la tercera tarjeta se escribió la opción de respuesta Moderadamente, acompañada con un cuadro relleno con las dos cuartas partes; en la cuarta tarjeta se escribió la opción de respuesta Un poco, con el cuadro relleno una cuarta parte y, por último, la quinta tarjeta iba con la opción de respuesta Nada, y el cuadro vacío.

Los reactivos para las categorías de las actividades cotidianas resultantes se agruparon en las cinco actividades: de independencia (seis reactivos: preparar sus alimentos, planchar su ropa, quehaceres domésticos, lavar su ropa, asear su habitación, e ir de compras); actividades recreativas mentales (seis reactivos: resolver juegos de pasatiempos, armar rompecabezas, pintar, dibujar o colorear, jugar con juegos de mesa, leer y ver televisión); actividades recreativas físicas (cinco reactivos: hacer aerobics, correr o

Cuadro 4-5 Medidas descriptivas de la Autoeficacia Total para realizar actividades cotidianas, y para cada una de las categorías y valores Alpha de Cronbach

Categoría	N	No. Ítems	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Alpha de Cronbach
Autoeficacia Total	203	26	67.51	17.57	23.08	100	0.869*
Actividades de Independencia	205	6	79.30	20.73	12.50	100	0.703*
Actividades Recreativas Mentales	205	6	60.10	24.57	0	100	0.843*
Actividades Recreativas Físicas	206	5	52.48	25.67	0	100	0.610*
Actividades Sociales	205	6	70.06	22.24	12.50	100	0.691*
Actividades de Protección a la Salud	206	3	76.86	22.88	0	100	0.851**

* $p < 0.000$ ** $p > 0.05$

trotar, hacer otros ejercicios, bailar o cantar y nadar); actividades sociales (platicar con familiares y amigos, platicar con vecinos, visitar a miembros de la familia, ver amigos, hablar por teléfono con amigos o familiares, y convivir con gente de la misma edad); y actividades de protección a la salud (tres reactivos: realizar análisis médicos, tomar medicamentos y visitar al médico o ir al hospital). La versión final del Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas, versión breve para ancianos (AeRAC-Breve), puede consultarse en el Anexo 4-7.

RESULTADOS

En cuanto a la percepción de autoeficacia, la media obtenida fue de 67.51 (d. e. = 17.56). La puntuación más baja fue 23.08 y la más alta 100. En el cuadro 4-5 aparecen las medidas descriptivas para el puntaje promedio del valor total de autoeficacia, y para cada una de las cinco categorías en que se agrupó. Se encontró que poco más de la mitad de la muestra (52.9%) se ubicó en los niveles de autoeficacia: bueno (34.5%) o excelente (18.4%), mientras que en las categorías de regular y baja los porcentajes obtenidos fueron 29.1% y 18%, respectivamente.

Como se aprecia en el cuadro 4-5, los valores Alpha de Cronbach para el instrumento total, en su versión breve, fueron estadísticamente significativos, al igual que para las actividades cotidianas de independencia, recreativas mentales, recreativas físicas y sociales, no así para las actividades de protección a la salud, ya que sólo fueron tres reactivos, aunque el valor es moderado. En suma, el instrumento de autoeficacia total tuvo una congruencia interna inter-reactivos moderadamente buena.

En cuanto a la validez de constructo se aplicó un análisis factorial por el método de componentes principales, con rotación varimax. En él se forzó a cinco factores, y después de eliminar dos reactivos cuyas cargas factoriales fue-

ron menores a 0.40, la matriz resultante se observa en el cuadro 4-6.

Los ítems eliminados fueron: el reactivo I-6 Ir de compras, y el reactivo S-6 Convivir con gente de mi edad. Los 24 reactivos resultantes explicaron 62.417% de la varianza total acumulada, con un valor Alpha de Cronbach total de 0.892, estadísticamente significativa al 0.000. Esto confirma sus valores de validez de constructo y de consistencia interna interreactivos.

Al analizar la relación entre autoeficacia y calidad de vida se encontró una correlación positiva, moderadamente baja pero significativa, entre las puntuaciones de ambas variables ($r = 0.542$, $p < 0.0001$), lo que da fuerza a la validez concurrente e indica que un incremento en los niveles de autoeficacia se asocia a un incremento en la calidad de vida.

De esta manera, la autoeficacia puede considerarse una variable predictora (determinante en el desempeño de otros comportamientos). Se esperaría que altos niveles de ella influyan en otras áreas para llegar a una mejor percepción de calidad de vida. Por ello resulta importante conocer las relaciones entre la autoeficacia y aquellas variables que se correlacionen con ésta.

En los análisis, las variables que mostraron una correlación significativa con los niveles de autoeficacia fueron: soledad, bienestar subjetivo y algunas actividades. Relaciones que a continuación se presentan.

En cuanto al análisis de correlación entre el nivel de soledad y autoeficacia se encontró una correlación negativa débil significativa ($r = -0.304$, $p < 0.01$), esto es: a mayor sentimiento de soledad, menor autoeficacia percibida, evidencia de validez divergente.

En el análisis de correlación entre bienestar subjetivo y autoeficacia también se obtuvo una correlación positiva débil ($r = 0.353$, $p < 0.01$). La correlación más elevada es la existente entre el factor de bienestar que corresponde a la actitud hacia el propio envejecimiento con la autoeficacia para realizar actividades recreativas mentales ($r = 0.349$, $p < 0.01$).

Cuadro 4-6 Análisis factorial con cinco Factores obtenidos de la Matriz Factorial Rotada, por el Método de Componentes Principales, con rotación varimax. La rotación convergió en seis iteraciones. Porcentaje de varianza total explicada por los cinco factores y valores Alpha de Cronbach

Reactivos	Actividades				
	De independencia	Recreativas Mentales	Sociales	Protección a la Salud	Recreativas Físicas
	1	2	3	4	5
I-3 Quehaceres domésticos	0.822				
I-5 Asear su habitación	0.815				
I-4 Lavar su ropa	0.792				
I-2 Planchar su ropa	0.742				
I-1 Preparar sus alimentos	0.655				
RM-1 Resolver juegos de pasatiempos		0.787			
RM-2 Armar rompecabezas		0.783			
RM-3 Pintar, dibujar e iluminar		0.681			
RM-4 Jugar juegos de mesa		0.679			
RM-5 Leer		0.626			
RM-6 Ver televisión		0.562			
S-4 Visitar amigos			0.810		
S-2 Platicar con vecinos			0.698		
S-3 Visitar familiares			0.583		
S-5 Hablar por teléfono con amigos o familiares			0.553		
S-1 Platicar con familiares o amigos			0.479		
PS-3 Visitar al médico o ir al hospital				0.864	
PS-2 Tomar medicamentos				0.834	
PS-1 Realizar análisis médicos				0.781	
RF-1 Hacer aerobics					0.806
RF-3 Hacer ejercicio					0.709
RF-2 Correr o trotar					0.595
RF-4 Bailar o cantar					0.516
RF-5 Nadar					0.402
% de Varianza Explicada	34.802	8.420	7.386	6.605	5.204
% de Varianza Acumulada	34.802	43.222	50.608	57.213	62.417
Alpha de Cronbach	0.881	0.843	0.798	0.851	0.610

Para terminar, las correlaciones significativas entre la autoeficacia general y algunas actividades son: leer ($r = 0.142$, $p < 0.01$) y resolver juegos ($r = 0.219$, $p < 0.01$). Y en los dominios de autoeficacia se encuentra realizar actividades de independencia con actividades relativas a los quehaceres domésticos ($r = 0.349$, $p < 0.01$), lectura ($r = 0.162$, $p < 0.01$), ir a museos ($r = 0.154$, $p < 0.01$) y resolver juegos ($r = 0.152$, $p < 0.01$). En el dominio de autoeficacia para actividades recreativas mentales las mayores correlaciones son con las actividades leer ($r = 0.234$, $p < 0.01$) y resolver juegos ($r = 0.265$, $p < 0.01$).

CONCLUSIONES

En el ámbito de la evaluación psicológica constituye un principio general el que los instrumentos de evaluación posean confiabilidad y validez, en términos de garantizar sus propiedades psicométricas. No obstante, esto puede plantear algunas dificultades cuando se trata de evaluar la autoeficacia, ya que los principales índices de confiabilidad y validez han sido concebidos para constructos psicológicos globales y relativamente estables, tales como la inteli-

gencia o los rasgos de personalidad. Y la autoeficacia es un constructo específico y cambiante (Villamarín-Cid, 2003).

Dos de los índices tradicionales de confiabilidad son medidos mediante la correlación test-retest y la consistencia interna interreactivos. El primer índice supone en gran medida una gran inmutabilidad temporal del constructo que se evalúa. Sin embargo, dado que las expectativas de autoeficacia pueden cambiar y de hecho cambian a partir de la nueva información aportada por distintos tipos de experiencias, este índice de confiabilidad puede verse afectado por el simple paso del tiempo, en el que interactúan en el sujeto múltiples experiencias que pueden afectar el sentido de autoeficacia. En el estudio, los resultados de confiabilidad test-retest para las diferentes medidas que se tomaron, así como en el caso particular de la autoeficacia, son alentadores, ya que se encontraron datos estadísticamente significativos.

En cuanto al índice de consistencia interna interreactivos se basa en la intercorrelación entre los ítems de un inventario; así que afirmar que un instrumento ofrece un alto índice de consistencia interna interreactivos equivale, en gran medida, a decir que los ítems que lo forman son diferentes maneras de preguntar sobre lo mismo. Por ello, el instrumento de autoeficacia empleado en sus versiones extensa y breve, evalúa la autoeficacia en un dominio conductual concreto de Actividades Cotidianas e incluye preguntas sobre la capacidad para realizar diferentes tareas habituales clasificadas en cinco categorías: Actividades de Independencia, Actividades Sociales, Actividades Recreativas Mentales, Actividades Recreativas Físicas, y Actividades de Protección a la Salud. Sin embargo, de forma contraria a sospechar que los valores de consistencia interna de los instrumentos AeRAC extenso y breve, contando el total de ítems, se deberían sacrificar, los resultados son muy adecuados, tanto el total como los valores de consistencia interna para cada categoría.

El concepto de validez presenta menos problemas que el de confiabilidad, ya que el constructo de autoeficacia ha mostrado gran capacidad predictiva con diferentes conductas, en particular aquellas relacionadas con la salud (Bandura, 1999), y los datos empíricos encontrados en los tres estudios constituyen la auténtica validación del constructo.

En suma, con los resultados encontrados en los tres estudios se puede concluir que las propiedades psicométricas del instrumento de autoeficacia, tanto en su versión extensa como en la breve, son aceptables en términos de sus valores de confiabilidad, test-retest, y consistencia interna interreactivos, así como de su validez concurrente, diver-

gente y de constructo, con lo cual puede utilizarse como una medida confiable y válida.

Ahora bien, debe reconocerse que la autoeficacia es un constructo específico y cambiante, ya que las expectativas de eficacia personal se forman y se reelaboran a partir de la información procedente de diferentes orígenes: los triunfos personales y los fracasos vividos en el pasado, la observación del comportamiento de los demás, la persuasión verbal y la autopercepción de diferentes estados fisiológicos propios. Estas fuentes de información constituyen los distintos modos de influencia de los cuales se dispone para intervenir en las expectativas de autoeficacia.

Por todo ello, la importancia de la autoeficacia en el ámbito de la salud (Woods & Clare, 2008) posee utilidades diversas que podrían resumirse en:

Las medidas de autoeficacia sobre conductas promotoras de la salud, aunque no son un reflejo exacto de las habilidades reales del sujeto, pueden utilizarse como indicadores relativamente confiables de las mismas, sirviendo de guía para elaborar programas de intervención.

Las expectativas de autoeficacia son un mecanismo por el cual pueden actuar las intervenciones para promover cambios en las conductas favorecedoras de la salud, por ello el cambio que se consiga en esta variable mediadora puede ser un buen indicador de la eficacia de la intervención.

La medida de la autoeficacia evaluada al final de una intervención es un buen predictor de la conducta posterior valorada durante el seguimiento, y puede ser de gran ayuda a fin de diseñar intervenciones de prevención y promoción a la salud.

Asimismo, las expectativas de la autoeficacia han mostrado su influencia sobre la conducta mediante tres mecanismos básicos: a) motivacionales, en la elección de conductas, en el esfuerzo realizado y la persistencia en las conductas elegidas; b) emocionales, en la modulación del componente subjetivo y fisiológico de los estados emocionales, y c) cognitivos, influyen sobre otros tipos de pensamiento como son las atribuciones causales y las metas de rendimiento (Bandura, 1999).

Por tanto, el empleo de medidas de autoeficacia en personas ancianas contribuye sustancialmente en el mejoramiento y la promoción de su estado de salud, en la prevención y el control de la enfermedad, en una disminución de los niveles de depresión y en los sentimientos de soledad, así como en una mejora en su bienestar subjetivo y en su calidad de vida (González-Celis & Sánchez-Sosa, 2003).

Anexo 4-1

Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC) (González-Celis, 2002).

Folio _____

Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos

Instrucciones: A continuación le voy a dar seis grupos de tarjetas con diferentes actividades cotidianas, y le voy a pedir que las separe en dos subgrupos. Va a poner la tarjeta de la actividad junto a esta tarjeta que dice SÍ (sacar tarjeta de SÍ) cuando usted SÍ se sienta capaz de realizar la actividad durante la próxima semana. Es decir, que usted SÍ piensa o quiere y tiene el deseo o necesidad de realizar esa actividad

exitosamente. Por otro lado, va a poner la tarjeta con la actividad junto a esta tarjeta que dice NO (sacar tarjeta de NO) cuando usted no se sienta capaz de realizar la actividad durante la próxima semana.

Muy bien, ahora comencemos con el primer grupo de tarjetas.

(Entregar el primer grupo de tarjetas con las actividades).

El paciente separa las tarjetas.

Registrar las respuestas del paciente.

(Retirar la tarjeta SÍ y la tarjeta NO.)

Enseguida le voy a pedir que de las tarjetas con las actividades que usted SÍ se siente capaz de realizar durante la próxima semana, las coloque, cada una, abajo de la figura que represente mejor QUÉ TAN SEGURO O CAPAZ se siente de realizar la actividad durante la próxima semana, empleando esta escala: (Se muestra la escala).

El sujeto hace la tarea.

Registrar las respuestas del paciente.

(Retirar la escala y las tarjetas).

Continuar con los otros grupos de tarjetas

ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA	SÍ o NO		¿Qué tan seguro?				
			100%	80%	60%	40%	20%
Bañarse sin ayuda	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Vestirse sin ayuda	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Comer sin ayuda	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Preparar sus alimentos	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Asear su habitación	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Quehaceres domésticos	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Mantener en orden su casa	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Lavar su ropa	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Planchar su ropa	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Cuidar su apariencia personal	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Administrar sus gastos	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Salir a la calle	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Salir al parque	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Salir a trabajar	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Ir de compras	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Ir al salón de belleza o peluquería	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Ir al banco	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Ir hacer pagos o cobros	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Tomar el metro, microbús o taxi	SÍ	NO	100	80	60	40	20

Manejar un automóvil	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Resolver asuntos pendientes	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Tomar decisiones	SÍ	NO	100	80	60	40	20

		¿Qué tan seguro?					
ACTIVIDADES RECREATIVAS PASIVAS	SÍ o NO	100%	80%	60%	40%	20%	
Leer	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Escribir	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Estudiar	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Ver la televisión	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Ver una película en casa	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Ver fotografías	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Escuchar el radio	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Descansar	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Dormir (una siesta) durante el día	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Pintar, dibujar o iluminar	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Hacer manualidades	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Coser, tejer o bordar	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Jugar juegos de mesa	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Resolver juegos de pasatiempos	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Armar rompecabezas	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Tocar un instrumento musical	SÍ NO	100	80	60	40	20	

		¿Qué tan seguro?					
ACTIVIDADES RECREATIVAS ACTIVAS	SÍ o NO	100%	80%	60%	40%	20%	
Salir a camina	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Correr o trotar	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Nadar	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Hacer ejercicio	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Hacer aerobics	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Hacer yoga	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Hacer otro deporte	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Bailar o cantar	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Jardinería	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Cuidar animales domésticos	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Cocinar	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Repostería	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Hacer reparaciones	SÍ NO	100	80	60	40	20	

		¿Qué tan seguro?					
ACTIVIDADES SOCIALES	SÍ o NO	100%	80%	60%	40%	20%	
Visitar amigos	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Visitar familiares	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Visitar enfermos	SÍ NO	100	80	60	40	20	
Cuidar niños	SÍ NO	100	80	60	40	20	

Jugar con niños	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Ayudar en las tareas escolares	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Asistir a centros recreativos	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Asistir a reuniones	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Ir al cine o teatro	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Visitar a museos	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Acudir a un espectáculo	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Asistir a misa	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Participación activa en mi religión	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Participación en la comunidad	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Hacer obras de caridad	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Platicar con familiares o amigos	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Convivir con gente de mi edad	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Platicar con vecinos	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Hablar por teléfono con amigos o familiares	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Tomar clases	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Salir de paseo	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Organizar o ayudar en un evento	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Iniciar una nueva amistad	SÍ	NO	100	80	60	40	20

ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN A LA SALUD	SÍ o NO		¿Qué tan seguro?				
			100%	80%	60%	40%	20%
Hacer dieta	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Comer bien	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Dormir lo necesario	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Tomar medicamentos	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Visitar al médico o ir al hospital	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Visitar al dentista	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Ir al huesero, curandero, homeópata, hierbero, etc.	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Realizar análisis médicos	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Si fuma, dejar de fumar	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Si bebe, dejar de tomar bebidas alcohólicas	SÍ	NO	100	80	60	40	20

ACTIVIDADES PERJUDICIALES PARA LA SALUD	SÍ o NO		¿Qué tan seguro?				
			100%	80%	60%	40%	20%
Fumar	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Ingerir bebidas alcohólicas	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Autorrecetarse medicinas	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Suspender el tratamiento médico	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Rechazar recomendaciones para cuidar mi salud	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Comer alimentos dañinos para mi salud	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Tener episodios de llanto o tristeza	SÍ	NO	100	80	60	40	20
Gritar, enojarse o pelear con alguien	SÍ	NO	100	80	60	40	20

Anexo 4-2

Tarjetas de actividades

Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC)
(González-Celis, 2002)

Ejemplos de Actividades de Independencia

BAÑARSE SIN AYUDA	VESTIRSE SIN AYUDA
COMER SIN AYUDA	PREPARAR SUS ALIMENTOS

Ejemplos de Actividades Recreativas Activas

SALIR A CAMINAR	CORRER O TROTAR
NADAR	HACER EJERCICIO

Ejemplos de Actividades Recreativas Pasivas

LEER	ESCRIBIR
ESTUDIAR	VER LA TELEVISIÓN

Ejemplos de Actividades Sociales

VISITAR AMIGOS	VISITAR FAMILIARES
VISITAR ENFERMOS	CUIDAR NIÑOS

HACER DIETA

COMER BIEN

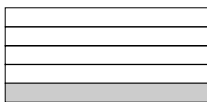
**DORMIR
LO NECESARIO**

**TOMAR
MEDICAMENTOS**

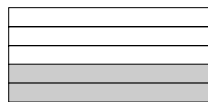
Anexo 4-3

Tarjetas de opciones de respuesta

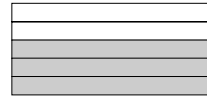
Instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC)
(González-Celis, 2002)



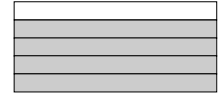
**Poco seguro
de hacerlo**



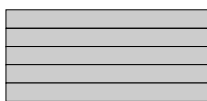
**Algo seguro
de hacerlo**



**Medianamente
seguro
de hacerlo**



**Bastante seguro
de hacerlo**



**Completamente
seguro
de hacerlo**

Anexo 4-4

Guía de Instrucciones para los jueces para aplicar el Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC) (González-Celis, 2002)

Folio _____

A cada participante se le entregarán las 88 tarjetas-estímulos con las actividades cotidianas, para que sean clasificadas, según su experiencia, en una de las tarjetas-respuesta.

Las instrucciones que se les darán de manera oral a los jueces (en la Guía de Instrucciones, que leerá el aplicador) son:

A continuación le presentaremos 88 tarjetas-estímulos que llevan escrita una actividad cotidiana, la cual pueden llevar a cabo personas ancianas. Le pedimos que lea la actividad y, según juzgue, la clasifique en una de las cinco categorías, ya sea si cree usted que es una actividad que pueda sentirse capaz de realizarla un sujeto anciano, es decir, que pueda medirse su autoeficacia para llevar a cabo esa actividad exitosamente, o si juzga que puede pertenecer a Otra Categoría o No se Clasifica como Actividad Cotidiana o es una Actividad que cree que un anciano no puede sentirse capaz de realizarla.

Al mismo tiempo, conforme el juez vaya colocando encima las tarjetas-estímulo sobre las tarjetas-respuesta, el

observador registrará las respuestas del participante, en la hoja de respuesta de la prueba de autoeficacia.

Una vez terminada la tarea del participante se darán, a continuación, de forma oral (en la Guía de Instrucciones, que leerá el aplicador), las siguientes instrucciones:

De nuevo le presentaremos a continuación 88 tarjetas-estímulo, con actividades de la vida diaria; le pedimos a usted que les asigne un porcentaje de 0, 20, 40, 60, 80 o 100%, según considere que es el correspondiente al que un anciano se sienta capaz de realizar la actividad, es decir, cuál cree usted que sea el nivel de autoeficacia que pueda tener una persona de la tercera edad para realizar esa acción con éxito. Recuerde que NO le estamos pidiendo el grado que posee usted de autoeficacia para esas actividades. Sólo queremos que nos indique el porcentaje de autoeficacia que considera usted que puede poseer un adulto mayor para llevar a cabo esas acciones. También se registrarán las respuestas del juez en la hoja de respuesta del instrumento de auto-eficacia.

Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC) para aplicar a jueces (González-Celis, 2002)

Folio _____

Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades de la Vida Diaria en Ancianos. Versión modificada para aplicarse a jueces.

ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA	Categoría								Porcentaje				
	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Bañarse sin ayuda	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Vestirse sin ayuda	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Comer sin ayuda	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Preparar sus alimento	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Asear su habitación	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Quehaceres domésticos	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Mantener en orden su casa	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Lavar su ropa	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Planchar su ropa	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Cuidar su apariencia persona	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20

Continúa...

ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA	Categoría								Porcentaje				
	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Administrar sus gastos	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Salir a la calle	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Salir al parque	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Salir a trabajar	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Ir de compras	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Ir al salón de belleza o peluquería	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Ir al banco	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Ir hacer pagos o cobros	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Tomar el Metro, microbús o taxi	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Manejar un automóvil	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Resolver asuntos pendientes	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Tomar decisiones	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
ACTIVIDADES RECREATIVAS PASIVAS	Categoría								Porcentaje				
	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Leer	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Escribir	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Estudiar	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Ver la televisión	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Ver una película en casa	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Ver fotografías	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Escuchar el radio	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Descansar	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Dormir (tomar una siesta) durante el día	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Pintar, dibujar o iluminar	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Hacer manualidades	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Coser, tejer o bordar	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Jugar juegos de mesa	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Resolver juegos de pasatiempos	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Armar rompecabezas	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Tocar un instrumento musical	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
ACTIVIDADES RECREATIVAS ACTIVAS	Categoría								Porcentaje				
	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Salir a caminar	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Correr o trotar	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Nadar	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Hacer ejercicio	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Hacer aerobics	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20

Continúa...

ACTIVIDADES RECREATIVAS ACTIVAS	Categoría								Porcentaje				
	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Hacer yoga	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Hacer otro deporte	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Bailar o cantar	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Jardinería	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Cuidar animales domésticos	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Cocinar	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Repostería	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Hacer reparaciones	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
ACTIVIDADES SOCIALES	Categoría								Porcentaje				
	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Visitar amigos	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Visitar familiares	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Visitar enfermos	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Cuidar niños	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Jugar con niños	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Ayudar en las tareas escolares	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Asistir a centros recreativos	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Asistir a reuniones	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Ir al cine o teatro	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Visitar a museos	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Acudir a un espectáculo	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Acudir a misa	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Participación activa en mi religión	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Participación en la comunidad	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Hacer obras de caridad	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Platicar con familiares o amigos	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Convivir con gente de mi edad	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Platicar con vecinos	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Hablar por teléfono con amigos o familiares	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Tomar clases	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Salir de paseo	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Organizar o ayudar en un evento	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Iniciar una nueva amistad	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20

ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN A LA SALUD	Categoría								Porcentaje				
	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Hacer dieta	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Comer bien	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Dormir lo necesario	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Tomar medicamentos	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Visitar al médico o ir al hospital	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Visitar al dentista	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Ir al huesero, curandero, homeópata, hierbero, etc.	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Realizar análisis médicos	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Dejar de fumar	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Dejar de tomar bebidas alcohólicas	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20

OTRAS ACTIVIDADES	Categoría								Porcentaje				
	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Manejar una motocicleta	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Participar en una representación teatral	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Salir de excursión	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20

Categorías:

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. Actividades de Independencia | 5. Actividades de Protección a la Salud |
| 2. Actividades Recreativas Pasivas | 6. Otra categoría de Actividad Cotidiana |
| 3. Actividades Recreativas Activas | 7. No se Clasifica como Actividad Cotidiana |
| 4. Actividades Sociales | 8. Actividad que no puede sentirse capaz de realizar un sujeto anciano |

Instrumento de expectativas de autoeficacia para realizar actividades cotidianas en ancianos

Objetivo del instrumento. Evaluar la autoeficacia para realizar actividades cotidianas de las personas adultas mayores.

Población a la que evalúa. Hombres y mujeres con una edad igual o mayor a los 60 años.

Instrucciones de aplicación

A continuación le voy a presentar cinco grupos de tarjetas con diferentes actividades cotidianas, y le voy a pedir que señale la tarjeta de respuesta de acuerdo con qué tan capaz o competente se perciba para ejecutar cada una de las actividades. Piense si la actividad la realizara la semana próxima.

Muy bien, ahora comencemos con el primer grupo de tarjetas de actividades.

Se presentan en orden las tarjetas de respuesta y cada una de las tarjetas de actividades de este grupo.

El sujeto señalará la tarjeta de respuesta, cuyas opciones son Completamente, Bastante, Moderadamente, Un poco y Nada. Se registran las respuestas del sujeto.

Instrucciones de calificación

Se calcula el promedio de los ítems correspondientes a cada dominio, es decir:

Actividades de Independencia

$(I-1 + I-2 + I-3 + I-4 + I-5 + I-6) / 6$

Actividades Recreativas Mentales

$(RM-1 + RM-2 + RM-3 + RM-4 + RM-5 + RM-6) / 6$

Actividades Recreativas Físicas

$(RF-1 + RF-2 + RF-3 + RF-4 + RF-5) / 5$

Continúa...

Continuación...

Actividades Sociales

$(S-1 + S-2 + S-3 + S-4 + S-5 + S-6) / 6$

Actividades de Protección a la Salud

$(PS-1 + PS-2 + PS-3) / 3$

Autoeficacia Total $(I-1 + I-2 + I-3 + I-4 + I-5 + I-6 + RM-1 + RM-2 + RM-3 + RM-4 + RM-5 + RM-6 + RF-1 + RF-2 +$

$RF-3 + RF-4 + RF-5 + S-1 + S-2 + S-3 + S-4 + S-5 + S-6 + PS-1 + PS-2 + PS-3) / 26$

Sugerencias o pautas de interpretación. El puntaje total puede valorarse con respecto a datos normalizados según se muestra en las normas estadísticas.

Normas estadísticas

Niveles de Ae	Puntajes Estandarizados
Actividades de Independencia	
Baja	0-12
Moderada	13-46
Alta	47-100

Niveles de Ae	Puntajes Estandarizados
Actividades Recreativas Mentales	
Baja	0-4
Moderada	5-37
Alta	38-100

Niveles de Ae	Puntajes Estandarizados
Actividades Recreativas Físicas	
Baja	0-5
Moderada	6-38
Alta	39-100

Niveles de Ae	Puntajes Estandarizados
Actividades Sociales	
Baja	0-12
Moderada	13-46
Alta	47-100

Niveles de Ae	Puntajes Estandarizados
Actividades de Protección a la Salud	
Baja	0-17
Moderada	18-50
Alta	51-100

Niveles de Ae	Puntajes Estandarizados
Total	
Baja	0-23
Moderada	24-56
Alta	57-100

Anexo 4-5

Instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve) (González-Celis, 2002)

Folio _____

- Instrucciones: A continuación le voy a presentar cinco grupos de tarjetas con diferentes actividades cotidianas y le voy a pedir que usted señale la tarjeta de respuesta de acuerdo con qué tan capaz o competente se perciba para ejecutar cada una de las actividades. Piense como si la actividad la realizara la semana próxima.

Muy bien, ahora comencemos con el primer grupo de tarjetas de actividades.

Se presentan en orden las tarjetas de respuesta y cada una de las tarjetas de actividades de este grupo.

El sujeto señalará la tarjeta de respuesta. Se registran las respuestas del sujeto.

Continuar con los otros grupos de tarjetas.

Continúa...

ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA		Completamente 100%	Bastante 75%	Moderadamente 50%	Un poco 25%	Nada 0%
I-1	Preparar sus alimentos					
I-2	Planchar su ropa					
I-3	Quehaceres domésticos					
I-4	Lavar su ropa					
I-5	Asear su habitación					
I-6	Ir de compras					
ACTIVIDADES RECREATIVAS MENTALES						
RM-1	Resolver juegos de pasatiempos					
RM-2	Armar rompecabezas					
RM-3	Pintar, dibujar o iluminar					
RM-4	Jugar juegos de mesa					
RM-5	Leer					
RM-6	Ver televisión					
ACTIVIDADES RECREATIVAS FISICAS						
RF-1	Hacer aerobics					
RF-2	Correr o trotar					
RF-3	Hacer ejercicio					
RF-4	Bailar o cantar					
RF-5	Nadar					
ACTIVIDADES SOCIALES						
S-1	Platicar con familiares y amigos					
S-2	Platicar con vecinos					
S-3	Visitar familiares					
S-4	Visitar amigos					
S-5	Hablar por teléfono con amigos o familiares					
S-6	Convivir con gente de mi edad					
ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN A LA SALUD						
PS-1	Realizar análisis médicos					
PS-2	Tomar medicamentos					
PS-3	Visitar al médico o ir al hospital					

Anexo 4-6

Tarjetas de opciones de respuesta

Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve) (González-Celis, 2002)

NADA	UN POCO	MODERADAMENTE

BASTANTE	COMPLETAMENTE

REFERENCIAS

Antequera-Jurado, R. & Blanco, P. A. (1998). Percepción de control, auto-concepto y bienestar en el anciano. En: L. Salvarezza (Comp.) *La Vejez. Una mirada gerontológica actual* (pp. 95-124). Buenos Aires: Paidós.

Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (Eds.). (1993). *Successful Aging. Perspectives from The Behavioral Sciences*. New York: Cambridge University Press.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.

Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28 (2), 117-148.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy. *The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman and Company.

Bandura, A. (Editor). (1999). *Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la Sociedad actual*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Birren, J. E. & Schaie, K. W. (Eds.). (2006). *Handbook of the Psychology of Aging*. Oxford: Elsevier Academic Press.

Buendía, J. (Editor) (1997). *Gerontología y Salud*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Clark, D. O., Patrick, D. L., Grembowski, D. & Durhamn, M. L. (1995). Socio-economic status and exercise self-efficacy in late life. *Journal of Behavioral Medicine*, 18 (4), 355-376.

Davis-Berman, J. (1988). Self-efficacy and depressive symptomatology in older adults: an explotatory study. *International Journal of Aging and Human Development*, 27 (1), 35-43.

Fernández-Ballesteros, R., Hernández, J. M., Llorente, M. G., Izal, M., Pozo, C. & De la Calle, A. (1992). *Mitos y Realidades sobre la vejez y la salud*. Barcelona: S. G. Editores. Fundación Caja de Madrid.

Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J. L. & Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.

Fernández-Ballesteros, R. (Eds.). (2007). *GeroPsychology. European Perspectives for an Aging World*. Massachusetts: Hogrefe & Huber Publishers.

- Fretz, B. R., Kluge, N. A., Ossana, S. M., Jones, S. M. & Merikangas, M. W. (1989). Intervention targets for reducing preretirement anxiety and depression. *Journal Counseling Psychology*, 36 (3): 301-307.
- González-Celis, R. A. L. & Sánchez-Sosa, J. J. (2000). Self-efficacy and other components of quality of life in older adults. *The Gerontologist*. 53rd Annual Scientific Meeting Linking Research to Policy, Practice, and Education: Lessons Learned, Tasks Ahead. 40, Special Issue II, October, p. 315.
- González-Celis, R. A. L. & Sánchez-Sosa, J. J. (2001). La Autoeficacia como variable mediadora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (1), 129-130.
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E. & Hecht, J. (1993). Self-efficacy and health behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 89-104.
- Holahan, C. K. & Holahan, C. J. (1987) Life stress, hassles, and self-efficacy in aging: A longitudinal analysis. *Journal of Gerontology*, 42 (1), 65-68.
- Horgas, A. L., Wilms, H.-U. & Baltes, M. M. (1998). Daily life in very old age: Everyday activities as expression of successful living. *Gerontologist*. 38 (5), 556-568.
- Rodin, J. & Langer, F. (1980). Aging labels: The decline of control and the fall of self-esteem. *Journal of Social Issues*, 36, 12-29.
- Schwarzer, R. (Editor). (1992). *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere.
- Vellas, P. (1996). Envejecer exitosamente: Concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva más positiva. *Salud Pública de México*, 38 (6), 513-522.
- Verdugo, M. A. & Gutiérrez-Bermejo, B. (1999). Promoción de la autonomía. En: I. Montorio & M. Izal (Coord.). *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud* (pp. 43-57). Madrid: Editorial Síntesis.
- Verdugo, M. A. (2000). P.V.D. *Programa de habilidad de la vida diaria. Programas Conductuales Alternativos*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Villamarín-Cid, F. (2003). Evaluación de la autoeficacia en Psicología de la Salud. En: T. Gutiérrez, R. M. Raich, D. Sánchez & J. Deus (Coords.). *Instrumentos de Evaluación en Psicología de la Salud* (pp. 31-65). Madrid: Alianza Editorial.
- Woods, R. & Clare, L. (Eds.). (2008). *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*. London: John Wiley & Sons.
- Zautra, A. & Hempel, A. (1984). Subjective well-being and physical health: a narrative literature review with suggestions for future research. *International Journal of Aging and Human Development*, 19 (2), 95-109.



EL INVENTARIO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA

CHRISTIAN OSWALDO ACOSTA QUIROZ

Instituto Tecnológico de Sonora

DES Unidad Navojoa

Doctorado en Psicología

Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala

INTRODUCCIÓN

El antes y después en la indagación sobre la capacidad funcional en adultos mayores se dio con el desarrollo del Índice de Katz de Independencia en Actividades de la Vida Diaria (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffee, 1963). Esta escala aborda actividades básicas sobre la independencia en la alimentación, continencia, movilidad, asearse, vestirse, lavarse y bañarse, todo ello en adultos mayores.

Sin embargo, se buscó también evaluar las capacidades relativas al entorno social y local fuera del hogar en el adulto mayor, y con ello registrar actividades instrumentales como telefonar, ir de compras, preparar la comida, realizar labores domésticas, lavar, transporte, toma de medicamentos, etc., además de actividades avanzadas como las culturales y deportivas (Lehr & Thomae, 2003). Esto se consiguió mediante el diseño de instrumentos como la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, de Lawton & Brody (1969).

Todas estas actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria en adultos mayores, son unas de las tantas dimensiones o indicadores del constructo de calidad de vida que una persona en senectud muestra, ya que tal constructo constituye lo que los adultos mayores pueden llevar a cabo, la capacidad funcional que poseen, los recursos físicos, psicológicos y sociales con los que cuentan, así como el grado de satisfacción con la vida que informan por ello.

Y es que mejorar la calidad de vida en adultos mayores busca el logro de un envejecimiento exitoso en quienes integran este sector de la población. Según Rowe & Kahn (1997), el envejecimiento exitoso es aquel que combina tres principales componentes: minimización de riesgos para enfermedad y discapacidad (conductas de protección a la salud), maximización de capacidad física y cognitiva (ejecución de actividades instrumentales), y una participación activa en la vida (participación social y actividad productiva no necesariamente remunerada).

Es meritorio mencionar que el envejecimiento exitoso intenta ser explicado con diversas teorías. Havighurst y Albrecht (1953 en Lehr & Thomae, 2003; en Motte & Muñoz, 2002), en su teoría de la actividad, establecen la hipótesis de que la realización de un elevado número de roles sociales o interpersonales se correlaciona de forma significativa con un elevado nivel de adaptación y satisfacción vital percibido por la persona mayor. El envejecimiento óptimo depende de la continuidad de un estilo de vida activo y del esfuerzo de las personas de edad por contrarrestar la limitación de sus contactos sociales, debido a las inherentes pérdidas de recursos sociales en el proceso de envejecimiento. La teoría de la actividad menciona que un estilo de vida activo y con suficientes roles sociales mantiene a las personas mayores adaptadas en lo social y en lo psicológico, ya que los adultos mayores, al igual que los jóvenes, tienen las mismas necesidades psicológicas y sociales de mantenerse activos.

De manera más formal desarrollada por Lemon, Bengston y Peterson (1972, en Litwin & Shiovitz-Ezra, 2006), la teoría de la actividad especifica la naturaleza y los mecanismos que sustentan la relación entre actividad y satisfacción con la vida en adultos mayores, en la cual los componentes de la actividad que determinan la influencia en la satisfacción con la vida son la frecuencia de participación en actividades y los diferentes tipos de éstas; por ello, uno de los supuestos clave de la teoría de la actividad propuestos por Lemon, Bengston y Peterson es la división de las actividades en tres dominios:

- Actividades informales: frecuencia de contacto con niños (por ejemplo, nietos), familiares, vecinos y/o amigos, salir de viaje, etc.
- Actividades formales: frecuencia de participación en grupos de adultos mayores, cuidar enfermos, recibir clases de manualidades, actividades en la iglesia, etc.
- Actividades solitarias: frecuencia de lectura de libros o periódicos, ver la televisión, escuchar la radio, etc.

De igual manera, la teoría de la actividad menciona que la actividad en sí no es del todo responsable de la satisfacción con la vida en el individuo, sino más bien el grado de satisfacción que acompaña a actividades específicas, lo cual lleva a la hipótesis de que las actividades sociales informales están más relacionadas a la satisfacción con la vida en comparación con las formales, las cuales a su vez están más relacionadas a la satisfacción con la vida que las actividades solitarias (Menec, 2003). Esto sugiere que la satisfacción con la vida en la vejez no es tanto el resultado de lo que los adultos mayores hacen, sino de con quién y dónde lo hacen, y el cómo se sienten por ello.

Sin embargo, tanto el modelo de envejecimiento exitoso como la teoría de la actividad no parecen contemplar las pérdidas físicas, psicológicas y sociales asociadas al envejecimiento, las cuales de manera obvia repercuten en el funcionamiento en la vejez, ni mencionan las estrategias que usan los adultos mayores para adaptarse a estas pérdidas y retos en su desarrollo. Un enfoque que contempla estas estrategias de adaptación exitosa es el modelo de selección, optimización y compensación, visto desde una perspectiva de teoría-acción (Baltes, 1997; Freund & Baltes, 2002; Jopp & Smith, 2006):

- Selección: es la elección de objetivos (estados deseados que la gente busca obtener o mantener) y el establecer prioridades sobre éstos. El proceso de selección puede ser guiado por preferencias individuales (selección electiva) o por experimentar pérdidas (selección basada en pérdidas).

- Optimización: uso de medios-recursos específicos de acción para obtener los objetivos seleccionados.
- Compensación: uso de medios-recursos alternativos de acción a fin de mantener un nivel dado de funcionamiento, esto cuando los medios-recursos específicos de acción para obtener objetivos ya no están disponibles, se han perdido o están en declive.

El modelo de selección, optimización y compensación, se basa en el supuesto de que los recursos internos y externos limitados (capacidad cognitiva y física, tiempo, apoyo social, etc.) exigen que la gente haga elecciones concernientes a la asignación de tales recursos (Young, Baltes & Pratt, 2007). Sin embargo, no es posible detectar la adaptación a las pérdidas de la edad a menos que se consideren cambios en los patrones de las actividades de la vida diaria, y que éstos indiquen estrategias de selección, optimización y compensación, a un nivel conductual (Lang, Rieckmann & Baltes, 2002).

Partiendo entonces de estas concepciones teóricas se le da amplia importancia al tema de actividades de la vida diaria en adultos mayores. En ese sentido, se relacionan de modo directo los conceptos de actividades de la vida diaria y calidad de vida en adultos mayores, donde algunas de ellas pueden jugar al mismo tiempo el rol de componentes y determinantes del constructo de calidad de vida, o ser variables independientes, dependientes o intervinientes en el constructo total.

La calidad de vida puede ser definida como la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses (Harper & Power, 1988). Tan versátil y complejo es el concepto de calidad de vida, que ha sido revisado y citado en gran cantidad de ocasiones; además, se utilizado en diferentes áreas o profesiones para alcanzar distintos objetivos, como lo es el caso de la calidad de vida en adultos mayores.

En busca de una definición de calidad de vida y desde una perspectiva empírica, Fernández-Ballesteros (1998) intentó identificar el concepto popular de calidad de vida en el adulto mayor y cuestionó a una muestra representativa de la población española sobre cuáles son los ingredientes fundamentales (o dominios) de este concepto. La figura 5-1 muestra una representación gráfica de la multidimensionalidad del concepto de calidad de vida en el adulto mayor, así como la presencia de factores personales y socioambientales del concepto.

Desafortunadamente existe una confusión entre tipo (externa e interna) y naturaleza (objetiva y subjetiva) de las dimensiones. Las variables externas pueden ser operacionalizadas por medio de criterios externos o mediante la

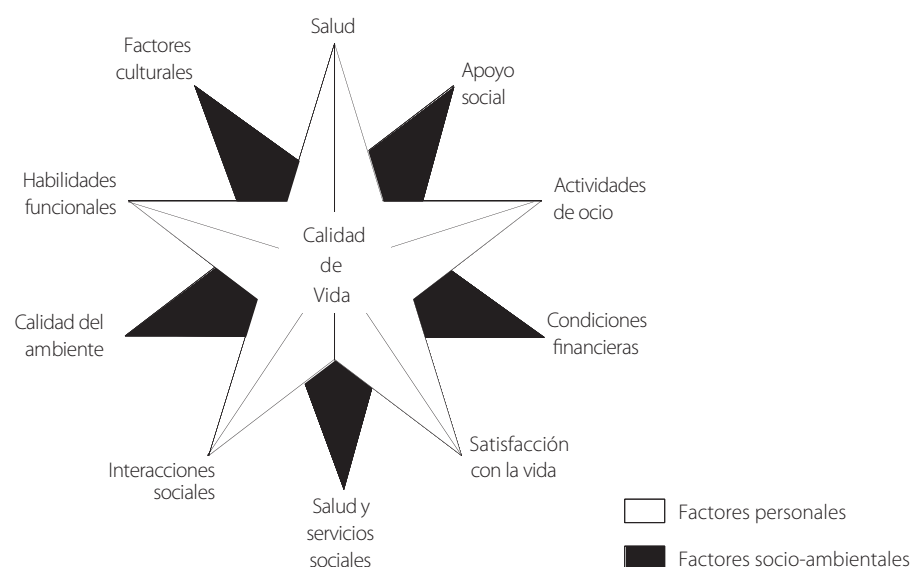


Figura 5-1. Factores personales y socioambientales que definen la calidad de vida en el adulto mayor (Fernández-Ballesteros, 1998).

percepción o evaluación de un individuo. Además, se debe estar consciente de que en este último punto se estaría evaluando una condición personal-subjetiva. La figura 5-2 presenta ejemplos de elementos subjetivos entrelazados con factores objetivos que definen la calidad de vida.

Es muy importante, sobre todo para evitar el reduccionismo, que al momento de tomar en cuenta la subjetividad de la percepción de un individuo sobre su mundo alguna consideración deba darse a su mundo objetivo. El mundo real debe ser también transformado para mejorar

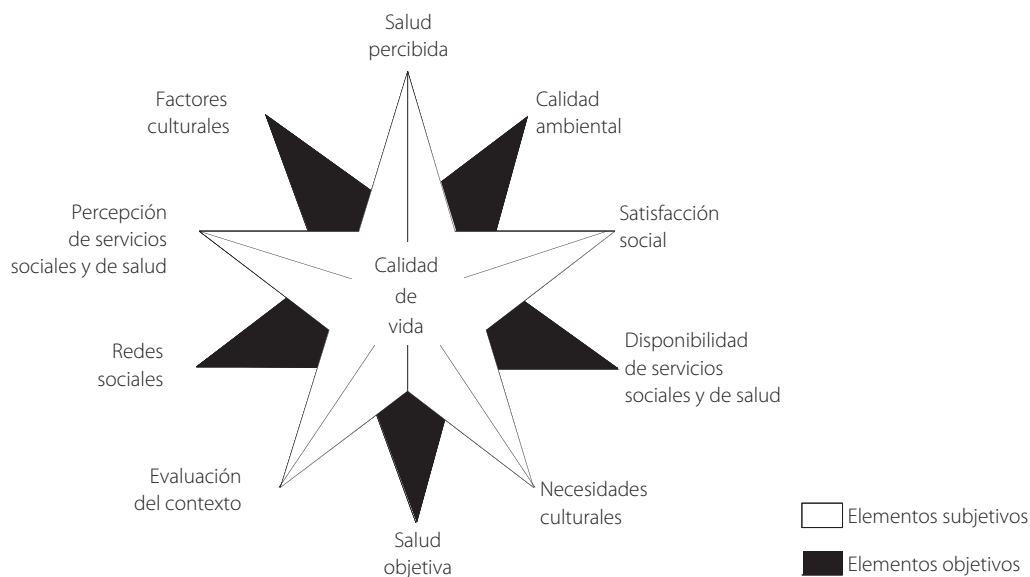


Figura 5-2. Factores objetivos y subjetivos que definen la calidad de vida en el adulto mayor (Fernández-Ballesteros, 1998).

el bienestar humano y la calidad de vida. Los científicos, políticos, etc., deben estar conscientes de esta necesidad.

Partiendo entonces de las concepciones de actividades de la vida diaria, y del constructo de calidad de vida en adultos mayores, este trabajo tiene como objetivo la construcción de la versión preliminar de un inventario de actividades de la vida diaria en adultos mayores.

Este inventario utilizará dibujos aunados a reactivos redactados. La aportación principal de este formato es que el resultado final será un inventario que mida la frecuencia de ciertas actividades de la vida diaria en adultos mayores, su satisfacción ante dicha frecuencia y posibles dificultades para llevar a cabo tales acciones, todo ello adaptado a las características de los adultos mayores y de muy fácil ejecución (sobre todo para personas con poco o nulo nivel académico).

Esto da ventaja a esta forma de evaluación en comparación a otras estrategias tradicionales, ya que los estímulos o tareas utilizados en instrumentos tradicionales pueden tener significados diferentes para las personas mayores en comparación con grupos de menor edad, o conjuntos de la misma edad pero diferentes en términos socioeconómicos (por ejemplo, alfabetos vs. analfabetos). El uso de imágenes solventa estas diferencias.

Así como mencionan Montorio e Izal (1999), esta forma de lista de chequeo o autorregistro proporciona información especial valiosa, ya que se centra en sucesos específicos que ocurren en la vida cotidiana del sujeto y, al mismo tiempo, es una medida dependiente muy adecuada para valorar el éxito de una intervención.

Por otro lado, y así como se mencionó al principio del capítulo, existen otros instrumentos que también valoran las actividades de la vida diaria en adultos mayores y que por supuesto se relacionan con la calidad de vida y además tienen que ver con la construcción del inventario de actividades de la vida diaria en adultos mayores.

Uno de estos instrumentos fue construido hace poco en México; se trata del Instrumento de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC), en su versión inicial (González-Celis, 2002) y en su versión breve (Rodríguez & Pérez, 2006); las cinco categorías conductuales (actividades de independencia, actividades recreativas mentales, actividades recreativas físicas, actividades sociales y actividades de protección a la salud) en el AeRAC breve, son la principal referencia de las cuatro dimensiones que conformarán el inventario de actividades de la vida diaria en adultos mayores (actividades físicas, actividades cognitivas, actividades sociales y actividades de protección a la salud). Una descripción más detallada de éste instrumento de autoeficacia en adultos mayores, se da en el capítulo 4 de este mismo libro.

Otro instrumento afín, pero de mayor tradición, es la Escala de Lawton-Brody de Actividades Instrumentales de

la Vida Diaria (Lawton & Brody, 1969). El objetivo de dicha escala es determinar el nivel de deterioro funcional del paciente. Mide la habilidad de los sujetos para llevar a cabo actividades instrumentales que les permitan adaptarse a su entorno y mantener una independencia en su comunidad (Peña-Casanova, 1998).

En otros países se ha intentado establecer sus propiedades psicométricas, donde en medidas de confiabilidad este instrumento muestra una aceptable consistencia interna ($\alpha = .70$). La confiabilidad por test-retest también fue examinada en una muestra de 559 participantes, con un intervalo de 12 a 15 semanas entre ambas administraciones, y donde el coeficiente de correlación obtenido fue de .94 (Cromwell, Edgars & Poulos, 2003).

En estudios de validación realizados sobre una muestra aleatoria de 2 792 participantes con más de 65 años de edad, se determinó que este instrumento presenta una sensibilidad de .94 y una especificidad de .71 en la detección de demencia cuando se le examina frente al diagnóstico hecho por un neurólogo (Barberger-Gateau et al., 1992).

Las actividades instrumentales de la vida diaria que incluye esta escala son: capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad con respecto a la medicación y el manejo de asuntos económicos. Se otorga un punto a cada elemento en el cual el evaluado muestre independencia, y su puntuación máxima es ocho (anexo 5-1).

Las aplicaciones de esta escala han sido múltiples en diferentes países y se ha utilizado como indicador para determinar el tipo y el nivel de cuidado necesario, decidir el ingreso en una institución, valorar intervenciones, entrenar al personal en la planificación y provisión de servicios, así como en la investigación (Montorio, 1994, en Montorio, Izal, López & Sánchez, 1998).

Por lo que respecta a la validación de esta escala, en otro estudio se determinó una adecuada validez concurrente con respecto a la Escala de Clasificación Física (Waldman & Fryman, 1964, en Montorio et al., 1998). Mientras tanto, la consistencia interna ($\alpha = .93$) y la fiabilidad interjueces fueron muy satisfactorias.

La escala fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, de ahí que también sea conocida como *Philadelphia Geriatric Center - Instrumental Activities of Daily Living*. Las actividades instrumentales de la vida diaria en este instrumento se agrupan en una escala de ocho ítems, cada uno de los cuales se subdivide en tareas específicas clasificadas conforme a una escala ordinal tipo Guttman.

La escala está diseñada para ser administrada por profesionales en contacto directo con el evaluado: médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, enfermeras, entre otros. Los autores recomiendan un breve entrenamiento a los evaluadores consistente en una

presentación del instrumento, en la observación y la discusión, antes y después de las evaluaciones de prueba. La información se obtiene del evaluado (si tiene capacidad cognitiva para ello), de personas significativas o de profesionales (Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González & Díaz-Veiga, 1992).

Uno de los inconvenientes de esta escala es que se compone de un excesivo número de tareas asociadas al rol femenino. Menéndez y San José (1995) proponen que en la aplicación de este instrumento a los hombres se excluyan los ítems de Preparación de la comida, Cuidado de la casa y Lavado de la ropa.

El aspecto positivo de esta escala es que ha sido construida en particular para la población anciana. El tiempo requerido al aplicarla es muy breve, unos cinco minutos, salvo en el caso de hacerse por observación directa (simulación en taller ocupacional, etc.).

Desde su creación, esta escala ha servido de modelo a otras enfocadas en actividades instrumentales de la vida diaria, por lo que sigue siendo muy recomendada. El inconveniente de esta escala es que todavía no existen datos acerca de su validez y confiabilidad en México.

Las críticas fundamentales realizadas a este instrumento (Montorio, 1994) se han basado, por un lado, en su insuficiencia para cubrir todo el espectro de posibles actividades instrumentales de la vida diaria y, por otro, en el excesivo número de tareas asociadas al rol femenino que la hace más apropiada para mujeres que para hombres (Fernández-Ballesteros et al., 1992).

Y es que esta escala es menos universal que las de actividades básicas de la vida diaria, debido a la dependencia de las actividades instrumentales de la vida cotidiana al entorno cultural en que son aplicadas.

Otro inconveniente es su mayor dependencia de la motivación, de las variaciones del estado afectivo, de la capacidad mental y del entorno social del individuo. Si el evaluado está deprimido, aislado o vive en un entorno cautivo (p. ej. un asilo donde las actividades instrumentales de la vida diaria no sean imprescindibles para la cotidianidad), aunque conserve capacidad potencial para realizar estas acciones tendrá mayor tendencia a abandonar actividades instrumentales de la vida diaria que las básicas de lo cotidiano.

Por ello, al evaluar actividades instrumentales de la vida diaria es preferible que los ítems examinen si el paciente realiza de forma habitual una acción y no si podría realizarla.

METODOLOGÍA

En la construcción de la versión preliminar del inventario de actividades de la vida diaria en adultos mayores, el trabajo se dividió en cuatro etapas con sus respectivos objetivos, métodos y productos. Cabe mencionar que hasta el

momento se han desarrollado sólo las primeras dos etapas en el trabajo, por lo tanto los resultados aún son incipientes y no se cuenta con las propiedades psicométricas del inventario, formas de calificarlo, etc. A continuación se especifican las cuatro etapas en el desarrollo del inventario y después se describen las particularidades de las mismas.

La primera etapa en este trabajo consistió en la definición del concepto de actividades de la vida diaria y calidad de vida en adultos mayores, y sus componentes o dimensiones. Su objetivo, método y producto son los siguientes:

- **Objetivo:** revisión de aspectos conceptuales y metodológicos en la evaluación del concepto de actividades de la vida diaria y calidad de vida en adultos mayores, y descripción de diferentes pruebas psicométricas relacionadas.
- **Método:** revisión bibliográfica.
- **Producto:** conocer definiciones operacionales de actividades de la vida diaria y calidad de vida en adultos mayores.
- Los resultados de esta primera etapa en el trabajo se encuentran redactados en la introducción de este capítulo, con los ejemplos de instrumentos que miden actividades de la vida diaria en adultos mayores (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffee, 1963; Lawton & Brody, 1969), la descripción general del modelo de envejecimiento exitoso (Rowe & Kahn, 1997), de la teoría de la actividad (Havighurst & Albrecht, 1953, en Lehr & Thomae, 2003; en Motte & Muñoz, 2002; Lemon, Bengtson & Peterson, 1972, en Litwin & Shiovitz-Ezra, 2006), del modelo de selección, optimización y compensación (Baltes, 1997; Freund & Baltes, 2002; Jopp & Smith, 2006; Young, Baltes & Pratt, 2007), de la perspectiva de calidad de vida en adultos mayores (Fernández-Ballesteros, 1998), así como la descripción general del AeRAC breve (Rodríguez & Pérez, 2006) y, al final, una descripción más extensa de la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton & Brody, 1969).

La segunda etapa en este trabajo consistió en un estudio cualitativo; su objetivo, método y producto son los siguientes:

- **Objetivo:** generar grupos de discusión organizados alrededor del tema de actividades de la vida diaria en adultos mayores.
- **Método:** dos grupos focales llevados a cabo en una sola sesión, con una duración de hora y media, respectivamente.
- **Producto:** muestra de actividades de la vida diaria en adultos mayores para la propuesta de la versión preliminar del inventario.

Los dos grupos focales presentaron las siguientes características:

- Participantes: ocho adultos mayores del grupo Eterna Juventud, en Tlalnepantla, Estado de México, y 15 adultos mayores del Centro de Seguridad Social del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Navojoa, Sonora.
- Equipo de trabajo: en ambos grupos un moderador, tres relatores y un técnico de video grabación, respectivamente.
- Guía de temáticas-preguntas: consistió en nueve preguntas que fueron planteadas en ambos grupos focales; las primeras tres fueron introductorias y la última fue de cierre; en ese sentido, los cuestionamientos medulares fueron de la pregunta número 4 a la número 8. Las interrogantes en su totalidad son las siguientes:
 1. ¿En qué aspectos positivos ha cambiado su vida por haber llegado a la vejez?
 2. ¿En qué aspectos negativos ha cambiado su vida por haber llegado a la vejez?
 3. ¿Sobre qué aspectos de su vida le gustaría recibir el apoyo de un psicólogo?
 4. ¿Qué actividades de independencia lleva a cabo usted? (Actividades que puede hacer solo sin la ayuda de otra persona.)
 5. ¿Qué actividades recreativas mentales lleva a cabo usted? (Actividades de diversión que no implican esfuerzo o desgaste físico.)
 6. ¿Qué actividades recreativas físicas lleva a cabo usted? (Actividades de diversión que implican esfuerzo o desgaste físico.)
 7. ¿Qué actividades sociales lleva a cabo usted? (Actividades donde participan dos o más personas y se da el contacto social.)
 8. ¿Qué actividades de protección a la salud lleva a cabo usted? (Actividades donde la persona protege y cuida su salud.)
 9. ¿Qué aspectos o cosas le hacen sentirse satisfecho(a) con su vida actual como adulto mayor de 60 años?
- Dinámica grupal: la dinámica funcional de los dos grupos fue la siguiente.
 - Apertura e introducción.
 - Planteamiento de las temáticas-preguntas (con un receso y ambigü de 15 minutos).
 - Cierre y conclusiones.

RESULTADOS

De los grupos focales organizados alrededor del tema de actividades de la vida diaria en adultos mayores y en función de la primera pregunta (¿En qué aspectos positivos ha cambiado su vida por haber llegado a la vejez?) y la segunda (¿En qué aspectos negativos ha cambiado su vida por haber lle-

gado a la vejez?), en la guía de temáticas-preguntas, se obtuvieron respuestas de los participantes tales como:

- Tratar de ser amable con todos.
- Pensar siempre en estar activos, no sólo estar sentado y seguir adelante.
- Las cosas han cambiado, pero es importante seguir barriendo, preparar cosas, convivir, poder moverse.
- Pero también está la inactividad, ya que cuesta trabajo trasladarse de un lugar a otro, debido a que algunos ya no podemos caminar bien.
- Hay más falta de respeto por parte de los niños y de adultos; ya no es la misma vida de antes.

En cuanto a la tercera interrogante (¿Sobre qué aspectos de su vida le gustaría recibir el apoyo de un psicólogo?) de la guía de temáticas-preguntas, se obtuvieron las siguientes respuestas de los participantes:

- Para que nos oriente a través de la vida, para portarnos bien, porque luego nos cuesta tener buen comportamiento.
- Es provechoso a nuestra edad, nos ayuda mucho una plática con el psicólogo.
- Para saber más adelante cómo vamos a vivir, para salir adelante.
- Nuestros días son contados.
- Que viniera un psicólogo para que nos diera orientación de la vida.
- Cuando alguien fallece del grupo, para que nos ayude a recuperarnos emocionalmente. Para cuando se pierde un familiar.

De la pregunta 4 a la 8, en la guía de temáticas-preguntas, se registraron en una lista todos aquellos ejemplos de actividades de la vida diaria que fueron proporcionados por los participantes, con lo que se obtuvo una muestra de actividades de la vida diaria destinadas como reactivos preliminares para el inventario y las cuales fueron clasificadas en las mismas dimensiones del AeRAC breve: actividades de independencia, actividades recreativas mentales, actividades recreativas físicas, actividades sociales y actividades de protección a la salud. Los ejemplos de actividades de la vida diaria informados por los participantes son los siguientes:

- Actividades de independencia: lavar ropa, ir de compras, lavar trastos, asear su habitación, cocinar, barrer y planchar ropa.
- Actividades recreativas mentales: ver televisión, leer, jugar juegos de mesa, hacer manualidades, pintar, dibujar o iluminar, hacer yoga, hacer costuras o bordar, e ir al cine.

- Actividades recreativas físicas: hacer ejercicio, bailar o cantar, hacer jardinería, salir de viaje, jugar con niños, hacer reparaciones domésticas, jugar béisbol, nadar y pasear caminando.
- Actividades sociales: ir a fiestas, ir a la iglesia, platicar con familiares, charlar con vecinos o amigos, hablar por teléfono con familiares y/o amigos, convivir en grupos de adultos mayores y cuidar enfermos.
- Actividades de protección a la salud: ir al médico, comer fruta, verdura, pan, pescado, etc., tomar medicamentos, hacer siesta e ir al dentista.

Y, para finalizar, con respecto a la última pregunta (¿Qué aspectos o cosas le hacen sentirse satisfecho(a) con su vida actual como adulto mayor de 60 años?) de la guía de temáticas-preguntas, las respuestas de los participantes fueron:

- Hacer cosas, hacer de comer, salir al mercado.
- La experiencia, nos sentimos felices por haber llegado a esta edad; está bien llegar a esta edad y no sentir ningún achaque.
- Cuando vienen todos nuestros compañeros nos pone felices que nos visiten y que nos hagan de comer.
- Venir aquí, porque da depresión si está uno encerrado; nos distraemos mucho cuando venimos.
- Que nos valemos por nosotros mismos, que todavía podemos servir.

A partir de la revisión de aspectos conceptuales y metodológicos en la evaluación del concepto de actividades de la vida diaria en adultos mayores, y con base en los resultados de estos dos grupos focales, se proponen dos versiones del inventario (una femenina y una masculina).

Es importante recordar que el diseño del inventario utiliza dibujos que hacen alusión a actividades de la vida diaria, donde cada reactivo presenta un dibujo representativo de la actividad en cuestión (con variantes en el diseño del dibujo según se trate de la versión femenina o masculina del inventario) y, aunado a ello, muestra una pregunta que cuestiona al evaluado qué tan seguido lleva a cabo dicha actividad. Para responder a esta primera pregunta sobre su frecuencia de actividades de la vida diaria, el adulto mayor tiene una escala de cuatro puntos que va desde Nunca a Todos los días, y figuras alusivas a cada opción de respuesta. Enseguida, en el mismo dibujo se le cuestiona al sujeto si está satisfecho(a) por llevar a cabo tal actividad con determinada frecuencia, esto con la pregunta ¿Está satisfecho(a) por ello?, y una escala de respuestas de dos puntos, Sí y No. Por último, se le cuestiona al adulto mayor si presenta dificultades para llevar a cabo la actividad, esto con la pregunta ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad?, también con una escala de respuestas de dos puntos, Sí y No.

En total, se proponen 30 reactivos-dibujos para la versión femenina y masculina, respectivamente, alusivos a igual número de actividades y cada uno con sus respectivas preguntas sobre Frecuencia, Satisfacción y Dificultad, categorizados en cuatro dimensiones: actividades físicas, actividades cognitivas, actividades sociales y actividades de protección a la salud (anexo 5-2 y anexo 5-3).

La tercera etapa en este trabajo consistirá en el desarrollo de un estudio piloto; su objetivo, método y producto serán los siguientes:

- Objetivo: creación de un inventario y refinamiento en la estructura del mismo.
- Método: administración de un inventario piloto en 100 adultos mayores.
- Producto: revisión de la redacción, comprensión y factibilidad de aplicación en adultos mayores de la propuesta del inventario.

La última y cuarta etapa en este estudio consistirá en una prueba de campo; su objetivo, método y producto serán los siguientes:

- Objetivo: establecimiento de las propiedades psicométricas del inventario.
- Método: aplicación del inventario en una amplia muestra de adultos mayores (600 participantes).
- Producto: estructura común de dominios y conjunto de preguntas en el inventario.

Para esta última etapa se harán análisis de reactivos utilizando cuatro procedimientos generales: formas de la distribución, método correlacional, método de grupos contrastados y análisis factorial, aunado al uso de criterio externo para sensibilidad y especificidad.

CONCLUSIONES

Una de las limitaciones comunes en los instrumentos de valoración de actividades de la vida diaria es la atención inadecuada a las preferencias del individuo. Cuando un terapeuta revisa los resultados de la valoración, la dirección de un posible tratamiento se basa en aquellos puntos que se han identificado como limitados, los cuales pueden ser o no importantes para la persona. Un modelo de evaluación centrado en el adulto mayor tiende a mejorar la satisfacción del individuo con un posible tratamiento y la adherencia al mismo. Un esquema de evaluación centrado en el adulto mayor es caracterizado por el terapeuta y el cliente trabajando juntos para definir el problema, el tratamiento y los resultados deseados del mismo (Seaton, Groth, Matheson & Feely, 2005).

Siguiendo estas premisas, el inventario de actividades de la vida diaria en adultos mayores lanzará información sobre la frecuencia de ciertas actividades de la vida diaria en adultos mayores, su satisfacción ante dicha frecuencia y posibles dificultades para llevar a cabo tales actividades.

Esto conecta de manera directa la información con el constructo de calidad de vida, ya que, como se mencionó antes, el constructo representa lo que los adultos mayores pueden llevar a cabo, la capacidad funcional que poseen, los recursos físicos, psicológicos y sociales con los que cuentan y el grado de satisfacción que informan por ello.

La idea de esto es conocer cuáles son las actividades que los participantes llevan a cabo con menor frecuencia, que se asocien con insatisfacción y, a su vez, identificar aquellas actividades que se lleven a cabo con mayor frecuencia y estén asociadas con satisfacción.

Se presume que las actividades de baja y alta frecuencia, asociadas a insatisfacción y satisfacción, respectivamente, resultan ser actividades significativas en la cotidianidad de los adultos mayores; bajo esa lógica, se plantea una relación directamente proporcional entre la frecuencia de ciertas actividades de los participantes y la satisfacción informada por ello.

Además, a partir de los resultados obtenidos por el inventario de actividades de la vida diaria en adultos mayores y con fines de intervención terapéutica, se pueden formar grupos de individuos con las siguientes características:

1. Adultos mayores cuyas pérdidas físicas, psicológicas y sociales asociadas al envejecimiento no hayan impactado de modo significativo sobre sus actividades de la vida diaria relevantes en su vida.
2. Adultos mayores cuyas pérdidas físicas, psicológicas y sociales asociadas al envejecimiento sí hayan impactado de manera significativa sobre sus actividades relevantes en su vida.

Para determinar si existe o no un impacto significativo de las pérdidas físicas, psicológicas y sociales asociadas al envejecimiento en el adulto mayor, se pueden tomar en cuenta aquellos reactivos del inventario donde el evaluado califique la actividad con baja frecuencia (Nunca o A veces), mencione no estar satisfecho por ello e informe dificultades para llevar a cabo dicha actividad. Para cada uno de estos reactivos se le cuestionará al participante: ¿Qué tan importante o necesaria es para usted esta actividad?

Entre otras, puede existir la posibilidad de que quien participa informe tener dificultades para realizar una actividad específica y al mismo tiempo atribuir importancia y necesidad a la misma, pero informar también que a pesar de las dificultades lleva a cabo dicha actividad con alta frecuencia (Muy seguido o Todos los días), lo que permite inferir la posibilidad de que la persona ha encontrado la

manera de adaptarse a esa dificultad y sigue llevando con alta frecuencia la actividad, lo cual también quiere decir que no ha sido afectada significativamente.

Por ello se propone centrar el análisis en aquellos reactivos donde el adulto mayor dé datos de contar con baja frecuencia en la actividad, no estar satisfecho y tener dificultades, y también donde atribuya importancia y necesidad para dicha actividad. Por falta de datos estadísticos y psicométricos, el inventario no cuenta hoy con un punto de corte que establezca si, debido a las pérdidas propias del envejecimiento, el adulto mayor ha sido o no impactado de modo significativo sobre sus actividades relevantes en su vida.

De igual forma, ya con datos estadísticos y psicométricos, es posible establecer puntos de corte para definir actividad alta, actividad normal y actividad baja. Para fines de descripción, en todos los reactivos donde se informen dificultades también se le pedirá al adulto mayor que responda a estas otras preguntas:

1. ¿Ha cambiado la manera en que usted hace esta actividad? (Hacerla de manera diferente.)
2. ¿Necesita ayuda de otra persona o del uso de aparatos para hacer esta actividad?

Con todo ello, se tendrá entonces un inventario de actividades de la vida diaria en adultos mayores, el cual será aplicado en el primer estudio de una investigación doctoral en la Universidad Nacional Autónoma de México. Además, este instrumento sigue la tradición que desde hace años empezó con la medición de actividades básicas en el adulto mayor, nada más que ahora con un mayor conocimiento acerca de la medición y evaluación en ciencias sociales sobre las características psicométricas que deben poseer estos instrumentos, y con la integración de diversos modelos teóricos que le dan mayor sustento conceptual al inventario.

En el terreno de la psicología del envejecimiento, de la gerontología y geriatría, este instrumento puede servir como auxiliar en la evaluación del nivel funcional de los adultos mayores y, si se sigue la misma lógica de construcción del instrumento planteada en este trabajo, se pueden generar muchas ideas acerca de cómo adaptar cada instrumento a cada contexto, solventando así las diferencias de un grupo de adultos mayores a otro, desigualdades relacionadas con el nivel académico, el socioeconómico, etc.

Si bien aún no se cuenta con la propuesta final del inventario en sus dos versiones (femenina y masculina), así como con sus propiedades psicométricas, sus instrucciones de aplicación y de calificación, sugerencias o pautas de interpretación y normas estadísticas, es un paso adelante que se da en el requerido tema de la adaptación de instrumentos a contextos culturales específicos. Su facilidad de ejecución y lo novedoso en su formato permiten también desarrollar investigación aplicada en diversas locaciones.

Anexo 5-1

Escala de Lawton y Brody de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

Aspecto a evaluar	Puntuación
Capacidad para usar el teléfono:	
• Utiliza el teléfono por iniciativa propia.	1
• Es capaz de marcar bien algunos números familiares.	1
• Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar.	1
• No es capaz de usar el teléfono.	0
Hacer compras:	
• Realiza todas las compras necesarias de forma independiente.	1
• Realiza independientemente pequeñas compras.	0
• Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra.	0
• Totalmente incapaz de comprar.	0
Preparación de la comida:	
• Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo de manera adecuada.	1
• Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.	0
• Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.	0
• Necesita que le preparen y sirvan las comidas.	0
Cuidado de la casa:	
• Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados).	1
• Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.	1
• Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.	1
• Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	1
• No participa en ninguna labor de la casa.	0
Lavado de la ropa:	
• Lava por sí solo toda su ropa.	1
• Lava por sí solo pequeñas prendas.	1
• Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.	0
Uso de medios de transporte:	
• Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche.	1
• Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte.	1
• Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.	1
• Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros.	0
• No viaja.	0
Responsabilidad respecto a su medicación:	
• Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta.	1
• Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente.	0
• No es capaz de administrarse su medicación.	0
Manejo de sus asuntos económicos:	
• Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1
• Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, ir al banco, etc.	1
• Incapaz de manejar dinero.	0

Inventario de Actividades de la Vida Diaria en Adultos Mayores (INACVIDIAM)

Objetivo del instrumento: el INACVIDIAM medirá la frecuencia de actividades de la vida diaria en adultos mayores, la satisfacción ante dicha frecuencia y posibles dificultades para llevar a cabo tales actividades. De igual manera, el INACVIDIAM apoyará en la planeación y aplicación de intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales en adultos mayores, y medirá los resultados de éstas.

Población a la que evalúa: el INACVIDIAM se aplicará en adultos mayores (60 años de edad en adelante).

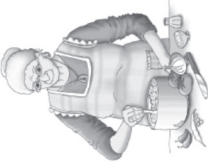
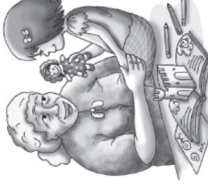
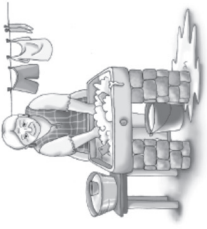
Propuesta final del instrumento: aún no se cuenta con la propuesta final del INACVIDIAM, pero en los anexos 5-2 y 5-3 de este mismo capítulo, se muestran los reactivos preliminares tanto para la versión femenina como masculina

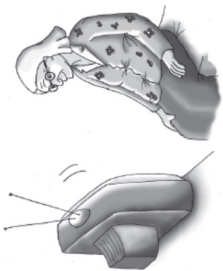
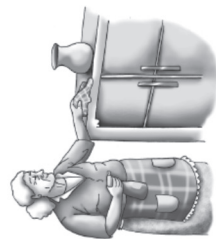
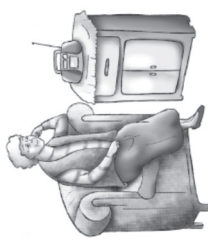
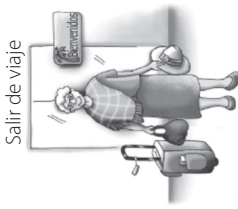
del inventario. Cabe mencionar que por el hecho de cada reactivo en el INACVIDIAM ocupa una página, y son 30 reactivos en cada una de las dos versiones, se decide mostrar en dichos anexos, viñetas en tamaño reducido de la estructura del inventario para ambas versiones.

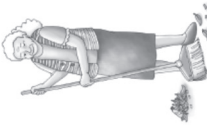
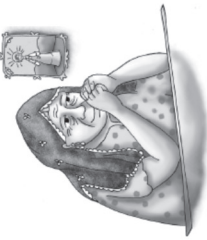
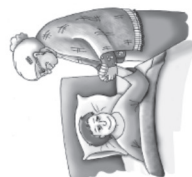
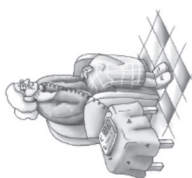
Nota: en una publicación posterior a este capítulo se pretende mostrar la propuesta final del INACVIDIAM en sus dos versiones (femenina y masculina), así como sus propiedades psicométricas de confiabilidad y validez, instrucciones de aplicación y de calificación, sugerencias o pautas de interpretación y normas estadísticas. Todo esto, como ya se mencionó al principio del párrafo, en una publicación posterior a este capítulo.

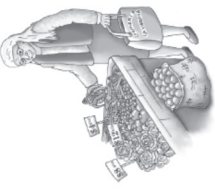
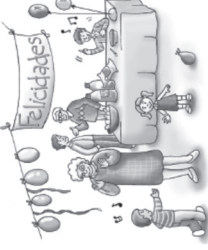
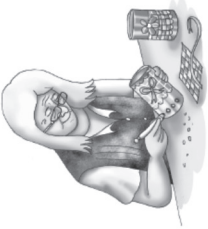
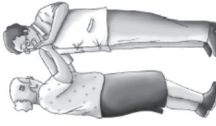
Anexo 5-2

Reactivos en el inventario de actividades de la vida diaria en adultos mayores (versión femenina)

Actividades Físicas	Actividades Cognitivas	Actividades Sociales	Actividades de Protección a la Salud
Cocinar  ¿Qué tan seguido cocina? ○ ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ○ ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ○ ☐ Sí ☐ No	Leer  ¿Qué tan seguido lee? ○ ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ○ ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ○ ☐ Sí ☐ No	Jugar con niños  ¿Qué tan seguido juega con niños? ○ ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ○ ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ○ ☐ Sí ☐ No	Tomar medicamentos  ¿Qué tan seguido toma medicamentos? ○ ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ○ ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ○ ☐ Sí ☐ No
Lavar ropa  ¿Qué tan seguido lava ropa? ○ ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ○ ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ○ ☐ Sí ☐ No	Jugar juegos de mesa  ¿Qué tan seguido juega juegos de mesa? ○ ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ○ ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ○ ☐ Sí ☐ No	Platicar con familiares  ¿Qué tan seguido platica con familiares? ○ ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ○ ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ○ ☐ Sí ☐ No	Visitar al médico  ¿Qué tan seguido visita al médico? ○ ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ○ ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ○ ☐ Sí ☐ No

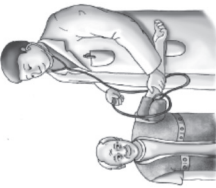
Actividades Físicas	Actividades Cognitivas	Actividades Sociales	Actividades de Protección a la Salud
Lavar trastos  ¿Qué tan seguido lava trastos? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Ver televisión  ¿Qué tan seguido ve televisión? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Platicar con vecinos o amigos  ¿Qué tan seguido platica con vecinos o amigos? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Comer frutas, verduras, pan, pescado, etc  ¿Qué tan seguido come frutas, verduras, pan, pescado, etc? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No
Asear su habitación  ¿Qué tan seguido asear su habitación? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Escuchar radio  ¿Qué tan seguido escucha radio? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Salir de viaje  ¿Qué tan seguido sale de viaje? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Tomar una siesta  ¿Qué tan seguido toma una siesta? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No

Actividades Físicas		Actividades Sociales	
Barrer  ¿Qué tan seguido barre? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Planchar ropa  ¿Qué tan seguido plancha ropa? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Ir a la iglesia  ¿Qué tan seguido va a la iglesia? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Convivir en grupos de adultos mayores  ¿Qué tan seguido convive en grupos de adultos mayores? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No
Hacer costuras o bordar  ¿Qué tan seguido hace costuras o borda? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Hacer ejercicio  ¿Qué tan seguido hace ejercicio? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Cuidar enfermos  ¿Qué tan seguido cuida enfermos? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Hablar por teléfono con familiares o amigos  ¿Qué tan seguido habla por teléfono con familiares o amigos? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No

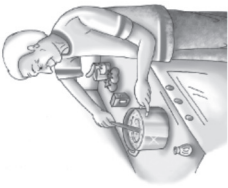
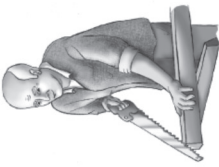
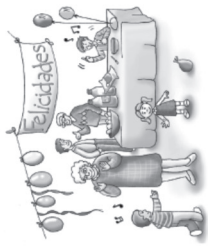
Actividades Físicas		Actividades Sociales	
Hacer jardinería  ¿Qué tan seguido hace jardinería? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Ir de compras  ¿Qué tan seguido va de compras? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Pagar la luz o cobrar pagos  ¿Qué tan seguido paga la luz o cobra pagos? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Ir a fiestas  ¿Qué tan seguido va a fiestas? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No
Hacer manualidades  ¿Qué tan seguido hace manualidades? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Bailar  ¿Qué tan seguido baila? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecha por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No		

Anexo 5-3

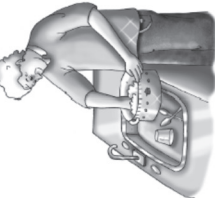
Reactivos en el inventario de actividades de la vida diaria en adultos mayores (versión masculina)

Actividades Físicas	Actividades Cognitivas	Actividades Sociales	Actividades de Protección a la Salud
Barrer  ¿Qué tan seguido barre? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Leer  ¿Qué tan seguido lee? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Jugar con niños  ¿Qué tan seguido juega con niños? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Tomar medicamentos  ¿Qué tan seguido toma medicamentos? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No
Hacer jardinería  ¿Qué tan seguido hace jardinería? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Jugar juegos de mesa  ¿Qué tan seguido juega juegos de mesa? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Platicar con familiares  ¿Qué tan seguido platica con familiares? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Visitar al médico  ¿Qué tan seguido visita al médico? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No

Actividades Físicas	Actividades Cognitivas	Actividades Sociales	Actividades de Protección a la Salud
Hacer reparaciones eléctricas  ¿Qué tan seguido hace reparaciones eléctricas? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Ver televisión  ¿Qué tan seguido ve televisión? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Platicar con vecinos o amigos  ¿Qué tan seguido platica con vecinos o amigos? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Comer frutas, verduras, pan, pescado, etc  ¿Qué tan seguido come frutas, verduras, pan, pescado, etc? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No
Ir de compras  ¿Qué tan seguido va de compras? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Escuchar radio  ¿Qué tan seguido escucha radio? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Salir de viaje  ¿Qué tan seguido sale de viaje? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Tomar una siesta  ¿Qué tan seguido toma una siesta? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No

Actividades Físicas		Actividades Sociales	
Asear su habitación  ¿Qué tan asea su habitación? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Hacer albañilería  ¿Qué tan seguido hace albañilería? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Ir a la iglesia  ¿Qué tan seguido va a la iglesia? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Convivir en grupos de adultos mayores  ¿Qué tan seguido convive en grupos de adultos mayores? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No
Cocinar  ¿Qué tan seguido hace cocina? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Hacer carpintería  ¿Qué tan seguido hace carpintería? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Hablar por teléfono con familiares o amigos  ¿Qué tan seguido habla por teléfono con familiares o amigos? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Ir a fiestas  ¿Qué tan seguido va a fiestas? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No

Actividades Físicas

Lavar trastos  ¿Qué tan seguido lava trastos? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Lavar el carro  ¿Qué tan seguido lava el carro? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Bailar  ¿Qué tan seguido bailar? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Pagar la luz o agua o cobrar pagos  ¿Qué tan seguido pagar la luz o agua o cobra pagos? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No
Hacer ejercicio  ¿Qué tan seguido hace ejercicio? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No	Hacer plomería  ¿Qué tan seguido hace plomería? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Muy seguido ☐ Todos los días ¿Está satisfecho por ello? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene dificultades para hacer esta actividad? ☐ Sí ☐ No		

REFERENCIAS

- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52 (4), 366-380.
- Barberger-Gateau, P., Commenges, D., Gagnon, M., Letenneur, L., Sauvel, C. & Dartigues, J. (1992). Instrumental activities of daily living as a screening tool for cognitive impairment and dementia in elderly community dwellers. *Journal of the American Geriatric Society*, 40 (11), 1129-1134.
- Cromwell, D., Edgar, K. & Poulos, R. (2003). The performance of instrumental activities of daily living scale for cognitive impairment in elderly community residents. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55, 131-137.
- Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J. & Díaz-Veiga, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Madrid: Martínez-Roca.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: Concept and assessment. En Adair, J., Belanger, D. & Dion, K. (Eds.) *Advances in psychological science* 23-31. East Sussex, U.K: Psychology Press.
- Freund, A. & Baltes, P. (2002). Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (4), 642-662.
- González-Celis, A. L. & Sánchez-Sosa, J. J. (2002). *Efectos de Intervención de un Programa de Promoción a la Salud sobre la Calidad de Vida en Ancianos*. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria, México, DF.
- Harper, A. & Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQoL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Jopp, D. & Smith, J. (2006). Resources and life management strategies as determinants of successful aging: On the protective effect of selection, optimization, and compensation. *Psychology and Aging*, 21 (2), 253-265.
- Montorio, I. & Izal, M. (1999). Optimizando la evaluación en intervención psicológicas en personas mayores. En Izal, M. & Montorio, I. (Eds.). *Gerontología conductual, Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis
- Motte, C. & Muñoz, J. (2002). Envejecimiento social. En Muñoz, J. (Ed.). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide.
- Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B. & Jaffe, M. (1963). A standardized measure of biological and psychological function. *Journal of The American Medical Association*, 185, 914-919.
- Lang, F., Rieckmann, N. & Baltes, M. (2002). Adapting to aging losses. Do resources facilitate strategies of selection, compensation, and optimization in everyday functioning? *The Journals of Gerontology*, 57 (6), 501-509.
- Lawton, M. & Brody, E. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186.
- Lehr, U. & Thomae, H. (2003). *Psicología de la senectud, proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Herder.
- Litwin, H. & Shiovitz-Ezra, Sh. (2006). The association between activity and wellbeing in later life. What really matters? *Ageing & Society*, 26, 225-242.
- Menec, V. (2003). The relation between everyday activities and successful aging. A 6-year longitudinal study. *The Journals of Gerontology*, 58 (2), 74-82.
- Menéndez, M. y San José, A. (1995). *Valoración geriátrica funcional: instrumentos de evaluación funcional y sistemas de información para centros asistenciales*. Madrid: Fundación Caja Madrid. SG Editores.
- Montorio, I. (1994). *La persona mayor: guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Montorio, I., Izal, M., López, A. & Sánchez, M. (1998). La entrevista de carga del cuidador: utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14 (2), 229-248.
- Peña-Casanova, J. (1998). Escalas funcionales e instrumentales de la vida diaria. *Revista de Neurología*, 27 (1), 27-29.
- Rodríguez, T. & Pérez, J. (2006). *La calidad de vida en el adulto mayor asociada a la autoeficacia y los comportamientos saludables*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México.
- Rowe, J. & Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37 (4), 433-440.
- Seaton, M., Groth, G., Matheson, L. & Feely, Ch. (2005). Reliability and validity of the Milliken Activities of Daily Living Scale. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15 (3), 343-351.
- Young, L., Baltes, B. & Pratt, A. (2007). Using selection, optimization, and compensation to reduce job/family stressors. Effective when it matters. *Journal of Business and Psychology*, 21 (4), 511-539.



ESCALA DE REDES DE APOYO SOCIAL PARA ADULTOS MAYORES (ERASAM)

VÍCTOR MANUEL MENDOZA-NÚÑEZ

MARÍA DE LA LUZ MARTÍNEZ-MALDONADO

Universidad Nacional Autónoma de México, FES Zaragoza

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso multifactorial que involucra mecanismos biológicos, psicológicos y sociales, sin embargo, el modelo hegemónico de la salud ha biomédicalizado este proceso, al considerarlo un problema médico y no como un fenómeno de la sociedad actual. Este enfoque propicia un sistema de creencias plasmadas en las políticas públicas, la sociedad, la familia, los amigos y en el propio sujeto que envejece. En este sentido, hay una convicción muy fuerte en que el consumo de servicios y tecnología médica cada vez más costosos les puede solucionar los problemas de esta etapa de la vida, ya que en ocasiones se llega al extremo de considerar a la vejez como sinónimo de enfermedad (Wortman, 2007). Por fortuna, en la última década han surgido otros enfoques que visualizan al proceso de envejecimiento de manera multidimensional y resaltan los aspectos culturales, ambientales, psicológicos y sociales, además de lo biológico, de ahí que los enfoques del envejecimiento exitoso, saludable y activo, constituyen paradigmas alternativos al de la biomédicalización (Mendoza-Núñez, 2003; Osorio, 2005). Estos enfoques establecen que las personas adultas mayores no son per se sujetos pasivos y desvalidos, por el contrario, pueden ser agentes activos del cambio o del mantenimiento de su estado de salud, bienestar y calidad de vida.

Asimismo, estas nuevas formas de mirar el envejecimiento consideran a las redes sociales como elemento fundamental para el desarrollo integral de los personas

adultas mayores. En este sentido, las redes sociales se componen de los sujetos disponibles en potencia, quienes pueden brindar apoyo material, instrumental, emocional, compañía, ayuda y consejo. Al respecto, se establece que las redes sociales

constituyen la base de las ayudas que las personas requieren; son las instancias donde toman sentido los roles sociales y son el soporte de aquellos estímulos sociales que promueven la sensación de pertenencia y generan la integración social (Guzmán, Huenchuan & Montes de Oca, 2002).

Por tal motivo, para poder crear, fortalecer y evaluar el impacto de las redes sociales en el trabajo comunitario con personas adultas mayores es indispensable establecer mecanismos que permitan evaluarlas de manera objetiva y precisa, para lo cual es indispensable desarrollar instrumentos confiables que permitan alcanzar tal fin. Por tal motivo, se han creado múltiples instrumentos, no obstante, en su mayoría responden al enfoque medicalizado y consideran a los adultos mayores como sujetos pasivos, desvalidos y, en ocasiones, como enfermos por el sólo hecho de ser viejos, de ahí la necesidad de proponer instrumentos que respondan a los nuevos paradigmas del envejecimiento.

Por lo anterior, la Escala de Redes Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM), que se presenta en este capítulo, se desarrolló considerando el marco teórico conceptual

del envejecimiento activo, la gerontología comunitaria y las redes sociales, de ahí que en primer término se presentarán algunos aspectos teóricos relativos a estos tópicos, y después se describirán los antecedentes e instrumentos afines. Debe decir: que inspiraron la propuesta de la ERASAM, aspectos metodológicos para su validación, las posibles aplicaciones, ventajas, limitaciones y perspectivas.

Envejecimiento activo

El paradigma del envejecimiento activo fue definido por la Organización Mundial de la Salud como

el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

El marco político del envejecimiento activo se guía por los principios de las Naciones Unidas para las Personas Mayores, en los que se resalta la independencia, participación, asistencia, realización y dignidad, de los cuales emanan los tres pilares básicos del envejecimiento activo: *participación, salud y seguridad* (World Health Organization, 2002).

El término activo, se refiere a la participación continua de los adultos mayores en forma individual y colectiva, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, y no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Este concepto, en el plano operativo, se refiere al empoderamiento de los adultos mayores en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en los que están inmersos.

El empoderamiento involucra al autofortalecimiento, al control, al poder propio, a la autoconfianza, a la decisión propia, a la vida digna de acuerdo a los valores de uno mismo, a la capacidad para luchar por los derechos de uno mismo, a la independencia, a la toma de decisiones propias. Es importante señalar que el empoderamiento es relevante tanto a nivel individual como colectivo (Narayan, 2002; Mendoza-Núñez, 2007). En este sentido, para ejercer el empoderamiento de manera eficiente y eficaz es indispensable considerar cuatro elementos clave:

1. Acceso a la información. La información es poder, de ahí que los ciudadanos informados tienen más oportunidades de acceso a servicios, de ejercer sus derechos y hacer que los actores gubernamentales y no gubernamentales respondan a sus necesidades.
2. Inclusión y participación. Los individuos deben ser incluidos en la toma de decisiones para asegurar que el uso de recursos públicos y privados responda a las necesidades reales de la población.

3. Responsabilidad o rendición de cuentas. Los funcionarios públicos y responsables de organizaciones no gubernamentales (ONG) deben responder por sus políticas, acciones y uso de fondos.
4. Capacidad organizacional local. La población debe tener la habilidad para organizarse y trabajar en grupo, con el fin de participar de forma activa en los programas de intervención comunitaria que se desarrollen en su medio.

El envejecimiento transcurre en un ámbito social con los amigos, compañeros de trabajo, vecinos y familiares, de ahí que el paradigma del envejecimiento activo considera la interdependencia y la solidaridad intergeneracional como elementos fundamentales. Establece que el niño de ayer es el adulto de hoy y será el anciano de mañana. Por tal motivo, la calidad de vida que disfrutarán como ancianos dependerá de los riesgos y oportunidades que experimenten durante toda su vida, así como del apoyo solidario de las futuras generaciones.

Otro de los elementos fundamentales del envejecimiento activo es la inclusión del enfoque desde el ciclo vital humano, al reconocer que los adultos mayores no son un grupo homogéneo, ya que la diversidad del individuo aumenta con la edad. Por ello se establece que las acciones preventivas y de fomento a la salud no deben limitarse a un grupo de edad en particular, sino promoverse en todas las etapas del ciclo vital, de acuerdo con los riesgos de los principales problemas de salud por grupo de edad pero, sobre todo, privilegiar la salud sobre la enfermedad.

Como resultado de la adopción del paradigma del envejecimiento activo en las políticas de salud, en los programas educativos y en la organización social y comunitaria, se podrán alcanzar los siguientes objetivos:

- Disminuir el porcentaje de muertes prematuras en las etapas más productivas.
- Reducir el porcentaje de discapacidades relacionadas con las enfermedades crónicas de mayor prevalencia durante la vejez.
- Mejorar la calidad de vida durante el envejecimiento.
- Incrementar proporcionalmente la participación activa de los adultos mayores en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad, al reconocer la importancia de su participación en trabajos remunerados y no remunerados en la comunidad y en la familia.
- Disminuir los gastos para tratamientos médicos y hospitalarios de los padecimientos crónicos de mayor prevalencia en la vejez y sus complicaciones.

GERONTOLOGÍA COMUNITARIA

La *gerontología comunitaria* es un campo de conocimiento emergente y transdisciplinario que tiene como objeto de estudio la triada viejo-vejez-envejecimiento e integra los conocimientos sobre gerontología, promoción de la salud y envejecimiento activo, desde una perspectiva crítica y complejizante que incluye para su estudio categorías como participación y desarrollo social, capital social, género, clase social, etnicidad, historicidad, marginación, pobreza, etc. Su objetivo es alcanzar el máximo de salud, bienestar y calidad de vida de los ancianos en la comunidad en el marco del envejecimiento activo. Asimismo, la gerontología comunitaria abarca las estrategias profesionales, políticas, redes de apoyo social (formal e informal) y estilos de vida que adoptan los adultos mayores, su familia y la comunidad en general, con el fin de lograr el máximo de desarrollo social, estado de salud y calidad de vida en lo cotidiano de su ambiente individual, familiar y social, al considerar el potencial físico, mental, sociocultural y económico, acorde con la edad, género, intereses y percepción objetiva y subjetiva de salud y bienestar (Mendoza-Núñez, 2007). Acorde con este enfoque, la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Z) de la Universidad Nacional Autónoma de México en 1996 desarrolló un *modelo de atención comunitaria* para las personas adultas mayores, al considerar su participación activa en programas de promoción y educación para la salud en redes de apoyo social formales e informales mediante el autocuidado, la autoayuda y la autogestión (Mendoza-Núñez, Correa-Muñoz, Sánchez-Rodríguez & Retana-Ugalde, 1996).

El *autocuidado gerontológico* se refiere al comportamiento razonado del individuo con fundamento teórico que le permite decidir y actuar en la prevención, diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, así como en el mantenimiento de la salud y disfrute al máximo la calidad de vida, según su contexto sociocultural, al utilizar de manera óptima las redes de apoyo social formal e informal. De igual manera, aunque en algunos textos manejan como sinónimo la ayuda-mutua y la autoayuda, Llopis (2005) señala que la *ayuda-mutua* es una forma especial de apoyo social que consiste en ayuda práctica y psicológica entre personas que comparten un mismo problema o circunstancia vital, lo que les permite relacionarse mutuamente como iguales. El principal objetivo es compartir experiencias, información y estrategias de afrontamiento, aunque también se puede dar apoyo material e instrumental. En tanto, los grupos de *autoayuda* son pequeños, autónomos y abiertos y la principal actividad es la ayuda mutua.

Con respecto a la *autogestión*, ésta involucra las acciones que lleva a cabo un individuo o grupo de autoayuda, de manera autónoma, anticipada y en forma óptima, al

considerar los elementos y mecanismos de las redes de apoyo social formal e informal. El modelo de la FES-Z denominado de núcleos gerontológicos, se sustenta en la organización y la coordinación de redes de apoyo social, bajo las estrategias del autocuidado, la autoayuda y la autogestión. En este sentido, acorde con el envejecimiento activo, los conocimientos, actitudes y comportamientos requeridos para ejercer de manera adecuada el autocuidado, la autoayuda y la autogestión exigen una capacitación formal de los adultos mayores, a fin de que funjan como líderes y promuevan la participación activa de otros adultos mayores reproduciendo los conocimientos adquiridos durante su capacitación como promotores para el desarrollo integral gerontológico en pequeños grupos de personas mayores (núcleos gerontológico). El modelo ha sido aplicado en diferentes contextos sociales, entre los cuales destacan los resultados obtenidos en el Valle del Mezquital, Hidalgo, en donde se demostró un efecto positivo del modelo sobre la funcionalidad física, mental y social de las personas adultas mayores de la región (Mendoza-Núñez, Martínez-Maldonado & Correa-Muñoz, 2006). Por lo anterior, existe la necesidad de considerar como un elemento fundamental para el trabajo comunitario con personas adultas mayores el enfoque teórico y pragmático de redes de apoyo social.

REDES SOCIALES

El estudio del apoyo social y sus repercusiones en el estado de salud, bienestar y calidad de vida ha tenido un desarrollo significativo a partir de las últimas tres décadas del siglo XX, sobre todo en algunas disciplinas afines como la medicina preventiva, la salud pública, la psicología comunitaria, el trabajo social, la antropología y la sociología. No obstante, los grupos de autoayuda como los conocemos hoy en día surgen desde los años 30 del siglo pasado en Estados Unidos, con la fundación de la Asociación de Alcohólicos Anónimos.

En 1978 Barry Wellman (citado por Llopis, 2005) fundó la Asociación Internacional para el Análisis de Redes, con la cual surgieron publicaciones reconocidas a nivel internacional sobre la temática como *Social Networks* y *REDES-Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*.

Antes de abordar el enfoque gerontológico de las redes de apoyo social, es conveniente presentar el marco conceptual que se adoptará en este capítulo.

Iniciaremos con el concepto *capital social*, que se define como el intercambio potencial de oportunidades de una red de apoyo social. Por lo tanto, el capital social depende en gran medida de los contactos sociales que tiene el individuo (Burt, 1997). Asimismo, manejaremos como *apoyo social* a las provisiones materiales, instrumentales, afectivas e informativas, reales o percibidas, aporta-

das por la familia, amigos, la comunidad e instituciones formales (Fernández, 2005; Guzmán, Huenchuan & Montes de Oca, 2002). Por otro lado, las *redes de apoyo social* (RAS) se refieren a los contactos personales, comunitarios e institucionales por los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo. En este sentido, las RAS se subdividen en informales cuando el sistema de apoyo para el individuo sólo abarca a la familia, los amigos y los grupos comunitarios autónomos, no incluye a las instituciones públicas y privadas; y en las de tipo formal se contemplan las instituciones u organizaciones no gubernamentales que poseen un sistema burocrático, en el que se consideran objetivos específicos y participan profesionales (Guzmán et al., 2002).

Entre los elementos que se miden en las RAS, destaca el tamaño, la densidad, la reciprocidad, el parentesco, la homogeneidad, los tipos de apoyo recibidos y la percepción de apoyos recibidos, cuyo análisis es abordado mediante la descripción individualizada, aplicación de instrumentos estandarizados, elaboración de sociogramas e incluso se han desarrollado software para tal fin (Fernández, 2005; Torrens, 2006; Kloseck, 2007; Villasante & Gutiérrez, 2006).

Por otro lado, entre los modelos teóricos sobre el apoyo social destacan: a) la *teoría del estrés*, en la que se considera que existe un efecto directo del apoyo social sobre el bienestar, y que dicho apoyo es un elemento que protege a la persona de las consecuencias negativas de la presencia de estresores, al amortiguar sus efectos; b) la *teoría de la necesidad*, la cual establece que la salud de un sujeto depende de la relación entre las necesidades existentes y el apoyo social que las satisfaga o facilite su satisfacción; c) la *teoría del efecto funcional*, que propone que las relaciones sociales refuerzan u obstaculizan conductas o intenciones positivas para la salud o bienestar, de ahí que el efecto funcional es positivo cuando las relaciones sociales refuerzan una conducta saludable y negativo cuando la obstaculizan; d) la *teoría del afrontamiento*, la cual establece que los recursos psicosociales intervienen en las relaciones entre estresores y bienestar, al eliminar o modificar condiciones que conducen a problemas; e) la *teoría de inhibición del estrés*, en la que se reconoce la capacidad de los recursos psicosociales para reducir la probabilidad de estresores externos o su valoración como estresantes (Yanguas, 2006).

En este marco es importante resaltar que el modelo de atención gerontológica desarrollado en la FES-Z considera los aspectos más relevantes de las teorías antes señaladas.

Por otro lado, la red apela a la *reciprocidad* al asumir que cuando se solicita apoyo a ésta el individuo debe estar consciente de que él también es un elemento potencial de apoyo para el grupo (Dabas & Perrone, 1999). Asimismo, se propone que la red social tiene influencia en los hábitos relativos a la salud, ya que el sujeto es más propenso a adoptar estilos de vida saludables si tiene con quién com-

partirlos y, por otro lado, la internalización de normas de conducta que ofrece la familia, los amigos y el grupo comunitario puede influir de manera significativa. Además, el control social que se ejerce mediante regulaciones, sanciones o intervenciones también influye en las actitudes y en los cambios de conducta (Arechabala & Miranda, 2002). Por lo tanto, se considera como una red social idónea para personas adultas mayores al sistema abierto, multicéntrico, integrado por componentes informales (familia, amigos, comunidad) y formales (profesionistas e instituciones), con objetivos y metas definidos enmarcados en un programa que, por medio del empoderamiento de las personas adultas mayores (envejecimiento activo), logre el máximo de salud y bienestar en función de su contexto sociocultural.

De acuerdo con lo anterior, se ha señalado que para las personas adultas mayores los dos elementos más importantes de recursos sociales son los familiares y los amigos: los familiares para el funcionamiento diario y las amistades para mantener la integración social. Así, se ha demostrado que la severidad de la discapacidad y la pérdida de la función física y mental del adulto mayor está determinada no sólo por el tipo de enfermedad, sino por las características psicosociales del individuo, por lo cual se reconoce que existe una relación directa entre el apoyo psicosocial, la frecuencia, la gravedad de enfermedades y la supervivencia (Jang, Haley, Small & Mortimer, 2002; Ormel, 1997; Kempen et al., 1999; Clausen, Wilson, Molebatsi & Holmboe-Ottesen, 2007). Por tal motivo, en la actualidad se reconoce que una de las estrategias fundamentales para el desarrollo integral de las personas adultas mayores es el establecimiento, la coordinación y el monitoreo de las redes de apoyo social, como parte de las políticas públicas en el ámbito gerontológico, para lo cual es indispensable medir las redes de apoyo y disponer de instrumentos confiables para tal fin.

DESARROLLO DE LA ERASAM

El trabajo comunitario con personas adultas mayores requiere llevar a cabo, de manera periódica, evaluaciones en los aspectos físicos, psicológicos y sociales, para lo cual es indispensable disponer de instrumentos confiables. En este sentido, existen múltiples instrumentos que permiten medir las redes de apoyo social, entre los que se pueden resaltar la escala multidimensional de percepción de apoyo social (*MSPSS, Multidimensional Scale of Perceived Social Support*) (Zimet, Powell, Farley, Werkman & Berkoff, 1990), escala de recursos y servicios para ancianos americanos (*OARS, The Older Americans Resources and Services*) (George & Fillenbaum, 1985), escala para medir el capital social (*Short Measure of Social Capital*) (Kouvonen et al., 2006), Inventario de Recursos Sociales de Díaz Veiga (Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González & Díaz, 1992) y el cuestionario de apoyo social (*SSQT, Social Support Questionnaire for Transactions*)

(Doeglas et al., 1996), entre otros, no obstante, ninguno de ellos incluye todos los elementos de la red de apoyo social formal e informal, el tipo de apoyos recibido y la percepción de las ayudas recibidas para personas adultas mayores.

Por tal motivo, nuestro grupo de trabajo construyó y validó la ERASAM a fin de disponer de un instrumento que permitiera medir de manera objetiva el tamaño y la densidad de la RAS, así como los tipos de apoyo y grado de satisfacción, con miras a evaluar el impacto de las RAS y establecer

acciones de intervención comunitaria vinculadas con las RAS, con posibilidades de establecer un monitoreo objetivo.

Desde hace 11 años, en la FES-Z, de la UNAM, hemos realizado evaluaciones de las RAS. Durante los primeros cinco años utilizamos el OARS, sin embargo, observamos que dicho instrumento tiene un alto grado de subjetividad, sobre todo en los criterios de calificación, como se puede observar en el extracto que se presenta a continuación (Organización Panamericana de la Salud, 2004):

OARS (Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire)

1. ¿Es usted soltero, casado, en unión libre, viudo, divorciado o separado?:
() Soltero () Casado/en unión libre () Viudo () Divorciado/separado
2. ¿Quién vive con usted? () Nadie () Cónyuge () Hijos () Nietos () Otros familiares () Otros no familiares
3. ¿Cuántas personas lo visitan en su casa? _____
4. ¿Con cuántas personas (familiares o amistades) ha hablado por teléfono en la última semana? _____
5. ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no vive con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo?
() Ninguna () Una vez al día () Una vez a la semana () 2 a 6 veces por semana
6. ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar? () Sí () No
7. ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca?
() Frecuentemente () Algunas veces () Casi nunca
8. ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve?
() Tan frecuente como deseo () Descontento por lo poco que los veo
9. ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude?
Sí () No () Si responde sí, pregunte 9a y 9b.
- 9a. ¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo o discapacitado de una a seis semanas? Sí () No ()
- 9b. ¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo o discapacitado más de seis semanas? Sí () No ()
10. ¿Considera que usted (y su pareja) tiene(n) suficiente dinero para cubrir sus necesidades básicas del vivir diario?
Sí () No ().

Calificación:

- **Recursos sociales excelentes o buenos:** las relaciones sociales son muy satisfactorias y extensas; al menos una persona estaría dispuesta y podría cuidarlo por tiempo indefinido o al menos por seis semanas.
- **Recursos sociales medianamente deteriorados:** las relaciones sociales no son satisfactorias, tiene poca familia y pocos amigos, pero por lo menos hay una persona en la que puede confiar y que podría ocuparse de cuidarlo al menos por seis semanas.
- **Recursos sociales muy deteriorados:** las relaciones sociales no son satisfactorias, tiene poca familia y pocos amigos y sólo podría encontrar ayuda ocasionalmente.
- **Sin red de recursos sociales:** las relaciones sociales no son satisfactorias, tiene muy poca familia o amigos y no hay nadie que estuviera dispuesto o que pudiera ayudarlo ni siquiera ocasionalmente.

Al analizar los criterios para las categorías de calificación del OARS nos enfrentamos a la indeterminación de las opciones que presenta, ya que no hay un argumento que fundamente el por qué seis semanas, así como a la imprecisión de los términos poco, pocas y muy pocos, además de que no considera las redes de apoyo social formal.

Como se puede observar, los criterios de calificación del OARS son muy vagos y subjetivos, de ahí que después de aplicarlo por un quinquenio se decidió sustituirlo por el

Inventario de Recursos Sociales de Díaz Veiga, el cual aplicamos en su versión original durante cuatro años, sin embargo, la experiencia nos demostró que dicho instrumento también tenía ciertas limitaciones, sobre todo para medir la densidad de la red de apoyo formal e informal, los tipos de apoyo y el grado de satisfacción de las personas adultas mayores por los apoyos recibidos. A continuación presentamos un extracto del instrumento como ejemplo (Fernández-Ballesteros et al., 1992; De Lucas, 2003):

Inventario de recursos sociales de Díaz Veiga

Edad_____ Sexo_____

Estado civil: Casado(a)_____ Soltero(a)_____ Viudo(a)_____

¿Tiene usted hijos? Sí_____ NO_____

¿Tiene usted parientes, sobrinos, hermanos, primos ? Sí_____ NO_____

¿Tiene usted relación con amigos? Sí_____ NO_____

Análisis de las relaciones

(Se aplican ítems referentes a las relaciones que el sujeto manifiesta tener)

Cónyuge

¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?

1. Menos de una vez al mes _____ 2. Una o dos veces al mes_____ 3. Una vez a la semana o más _____

¿Qué tipo de apoyo o ayuda le proporciona la relación con su cónyuge?

a) Emocional _____ b) Instrumental_____

¿En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con su cónyuge?

1. Poco_____ 2. Algo_____ 3. Mucho_____

Hijos

¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus hijos?

1. Menos de una vez al mes _____ 2. Una o dos veces al mes_____ 3. Una vez a la semana o más _____

¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos?

a) Emocional_____ b) Instrumental_____

¿En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con sus hijos?

1. Poco_____ 2. Algo _____ 3. Mucho _____

Familiares no próximos

¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus familiares o parientes?

1. Menos de una vez al mes _____ 2. Una o dos veces al mes_____ 3. Una vez a la semana o más _____

¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estos familiares?

a) Emocional_____ b) Instrumental_____

¿En qué grado está satisfecho de la relación con estas personas?

1. Poco_____ 2. Algo _____ 3. Mucho _____

Continúa...

Amigos

¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus amigos?

1. Menos de una vez al mes ____ 2. Una o dos veces al mes ____ 3. Una vez a la semana o más ____

¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?

- a) Emocional ____ b) Instrumental ____

¿En qué grado está satisfecho de la relación con estas personas?

1. Poco ____ 2. Algo ____ 3. Mucho ____

El instrumento sólo nos aproxima a una medición de tipo cualitativa ordinal, sin poder establecer el gradiente cuantitativo de la red de apoyo formal e informal. Tampoco permite distinguir entre los tipos de apoyo material, instrumental, afectivo e informativo, lo que limita en gran medida la implementación de acciones y programas de intervención específicos que respondan a las necesidades de las personas evaluadas.

De ahí que desde hace dos años nos dimos a la tarea de construir un instrumento que cubriera las necesidades de acuerdo con los aspectos teóricos de las RAS y la experiencia del trabajo comunitario con ancianos del área rural y urbana de nuestro país.

Es importante reconocer que, en gran medida, la construcción de la ERASAM se inspiró tanto en el OARS y en el Inventario de Recursos Sociales de Díaz Veiga.

El fundamento teórico y los elementos que conforman la ERASAM son:

- El instrumento se sustenta en los aspectos teóricos de las RAS, antes señalados.
- La construcción de la ERASAM se llevó a cabo considerando el enfoque del envejecimiento activo para ser aplicado en el ámbito de la gerontología comunitaria.
- Se consideran los componentes informales de las RAS (cónyuge, hijos, otros familiares, amigos y grupos comunitarios), así como los formales (instituciones gubernamentales y no gubernamentales).
- Se especifica la frecuencia de contactos sociales para cada uno de los componentes de las RAS formales e informales.
- Se contemplan los cuatro tipos de apoyo más frecuentes que brindan las RAS: materiales, instrumentales, emocionales e informativos.
- Se especifica el grado de satisfacción para cada tipo de apoyo que proporcionan los componentes de las RAS.

- Se diseñó acorde con una escala tipo Likert a fin de poder obtener un puntaje que permita cuantificar las RAS.

METODOLOGÍA

Validez

En primer término, la ERASAM fue sometida a un proceso de validez por Juicio de Expertos, el cual consistió en exponer el instrumento ante los especialistas para su revisión y análisis. Ellos emitieron su opinión con respecto al fundamento, la pertinencia, la estructura y la claridad de los reactivos, el protocolo de aplicación y el proceso de calificación.

El panel de jueces estuvo constituido por 10 integrantes de la Unidad de Investigación en Gerontología de la FES-Z, UNAM, todos con formación académica y experiencia en investigación en el campo de la Gerontología Social y Comunitaria. En ese sentido, se hicieron las correcciones pertinentes de acuerdo con las observaciones emitidas por el grupo de expertos y se configuró la versión final del instrumento, incluido el protocolo de aplicación e instrucciones para su calificación (anexo 6-1).

Confiabilidad

Por otro lado, para la confiabilidad del instrumento se calculó el Coeficiente Alpha de Cronbach, con el fin de determinar la consistencia y la precisión, así como el nivel de concordancia interevaluador por el cálculo de Kappa.

Para la medición de la confiabilidad se eligió, de manera aleatoria, a 93 personas adultas mayores, de entre las 250 cautivas en la Unidad de Investigación en Gerontología de la FES-Z. Participaron cinco evaluadores capacitados de manera previa, quienes aplicaron el instrumento en dos ocasiones con un intervalo de una semana.

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS V.12 .0.

RESULTADOS

Se demostró que el instrumento tiene una alta confiabilidad, ya que el Alfa de Cronbach global de los 54 reactivos fue de 0.935, en tanto que el de los componentes por reac-

tivo fue superior de 0.890 (cuadros 6-1, 6-2, 6-3 y 6-4). Por otro lado, la confiabilidad interevaluador también fue buena, pues la concordancia en el puntaje global fue de 0.94, asimismo, en las subescalas encontramos: en el apoyo informal de cónyuge una Kappa de 0.91, y en las demás subescalas el nivel de concordancia fue superior a 0.80. Con respecto al tipo y al grado de satisfacción de apoyos recibidos, el nivel de concordancia fue ≥ 0.95 (Tabla 6.5).

Cuadro 6-1 Correlación y coeficiente de consistencia de cada reactivo del apoyo social informal del cónyuge y de los hijos

Reactivo	Correlación R	Alpha de Cronbach
1. Con qué frecuencia ve y habla con su cónyuge	.393	.905
2. Recibe apoyo emocional de su cónyuge	.450	.897
3. Recibe apoyo instrumental de su cónyuge	.436	.898
4. Recibe apoyo material de su cónyuge	.380	.898
5. Recibe apoyo informativo de su cónyuge	.498	.897
6. En qué grado está satisfecho con el apoyo emocional de su cónyuge	.429	.898
7. En qué grado está satisfecho con el apoyo instrumental de su cónyuge	.428	.898
8. En qué grado está satisfecho con el apoyo material de su cónyuge	.351	.898
9. En qué grado está satisfecho con el apoyo informativo de su cónyuge	.525	.898
10. Con qué frecuencia ve y habla con sus hijos	.599	.895
11. Recibe apoyo emocional de sus hijos	.590	.896
12. Recibe apoyo instrumental de sus hijos	.406	.898
13. Recibe apoyo material de sus hijos	.342	.898
14. Recibe apoyo informativo de sus hijos	.525	.897
15. En qué grado está satisfecho con el apoyo emocional de sus hijos	.552	.897
16. En qué grado está satisfecho con el apoyo instrumental de sus hijos	.390	.898
17. En qué grado está satisfecho con el apoyo material de sus hijos	.334	.899
18. En qué grado está satisfecho con el apoyo informativo de sus hijos	.516	.897

Cuadro 6-2 Correlación y coeficiente de consistencia de cada reactivo del apoyo social informal de *familiares próximos y amigos*

Reactivo	Correlación R	Alpha de Cronbach
19. Con qué frecuencia ve y habla con sus familiares próximos	.538	.898
20. Recibe apoyo emocional de sus familiares próximos	.564	.896
21. Recibe apoyo instrumental de sus familiares próximos	.251	.899
22. Recibe apoyo material de sus familiares próximos	.312	.899
23. Recibe apoyo informativo de sus familiares próximos	.453	.897
24. En qué grado está satisfecho con el apoyo emocional de sus familiares próximos	.507	.897
25. En qué grado está satisfecho con el apoyo instrumental de sus familiares próximos	.247	.899
26. En qué grado está satisfecho con el apoyo material de sus familiares próximos	.312	.899
27. En qué grado está satisfecho con el apoyo informativo de sus familiares próximos	.486	.898
28. Con qué frecuencia ve y habla con sus amigos	.562	.898
29. Recibe apoyo emocional de sus amigos	.607	.896
30. Recibe apoyo instrumental de sus amigos	.265	.899
31. Recibe apoyo material de sus amigos	.303	.899
32. Recibe apoyo informativo de sus amigos	.423	.898
33. En qué grado está satisfecho con el apoyo emocional de sus amigos	.579	.897
34. En qué grado está satisfecho con el apoyo instrumental de sus amigos	.247	.899
35. En qué grado está satisfecho con el apoyo material de sus amigos	.317	.899
36. En qué grado está satisfecho con el apoyo informativo de sus amigos	.509	.897

Cuadro 6-3 Correlación y coeficiente de consistencia de cada reactivo del apoyo social informal del grupo comunitario

Reactivo	Correlación R	Alpha de Cronbach
37. Con qué frecuencia acude al grupo comunitario	.557	.899
38. Recibe apoyo emocional del grupo comunitario	.593	.896
39. Recibe apoyo instrumental del grupo comunitario	.328	.899
40. Recibe apoyo material del grupo comunitario	.301	.899
41. Recibe apoyo informativo del grupo comunitario	.543	.897
42. En qué grado está satisfecho con el apoyo emocional del grupo comunitario	.570	.897
43. En qué grado está satisfecho con el apoyo instrumental del grupo comunitario	.313	.899
44. En qué grado está satisfecho con el apoyo material del grupo comunitario	.320	.899
45. En qué grado está satisfecho con el apoyo informativo del grupo comunitario	.605	.897

Cuadro 6-4 Correlación y coeficiente de consistencia de cada reactivo del apoyo social formal *institucional*

Reactivo	Correlación R	Alpha de Cronbach
46. Con qué frecuencia acude a alguna institución de apoyo a adultos mayores	.413	.899
47. Recibe apoyo emocional de alguna institución	.313	.899
48. Recibe apoyo instrumental de alguna institución	.434	.898
48. Recibe apoyo material de alguna institución	.434	.898
50. Recibe apoyo informativo de alguna institución	.581	.896
51. En qué grado está satisfecho con el apoyo emocional recibido por esta institución	.277	.899
52. En qué grado está satisfecho con el apoyo instrumental recibido por esta institución	.406	.899
53. En qué grado está satisfecho con el apoyo material recibido por esta institución	.224	.899
54. En qué grado está satisfecho con el apoyo informativo recibido por esta institución	.536	.897

Cuadro 6-5 Nivel de concordancia por interevaluador de acuerdo a cada área y componente

Subescala	Concordancia *
Redes de apoyo social informal y formal (<i>Puntaje global</i>)	0.94
Apoyo social informal de <i>cónyuge e hijos</i>	0.91
Apoyo social informal de <i>familiares próximos y amigos</i>	0.82
Apoyo social informal del <i>grupo comunitario</i>	0.95
Apoyo social formal <i>institucional</i>	0.95
<i>Tipos de apoyos</i> recibidos o percibidos	0.96
<i>Satisfacción</i> de apoyos recibidos o percibidos	0.98

*Cálculo de Kappa, dos aplicaciones con un intervalo de una semana

CONCLUSIONES

La ERASAM constituye un instrumento confiable con una validez por consenso de expertos. Es producto de la experiencia docente y de investigación de los integrantes de la Unidad de Investigación en Gerontología de la FES-Z en el ámbito de la gerontología comunitaria por más de un decenio, de ahí que consideramos que será de gran utilidad para las disciplinas vinculadas con el envejecimiento.

El instrumento puede ser aplicado en el área rural y urbana para la práctica clínica y comunitaria, con fines de intervención individual y colectiva. En este sentido, la evaluación de las redes de apoyo social formal e informal per-

mitirá proponer acciones que con el fin de ampliar, fortalecer o mejorar el gradiente de las redes de apoyo en esos ámbitos, así como promover y fortalecer los tipos de apoyo (material, instrumental, afectivo e informativo) acorde con las necesidades específicas, a fin de evitar establecer políticas públicas indiscriminadas que puedan tener resultados contraproducentes, como sería el caso de suponer que todos los adultos mayores, por el hecho de ser viejos, tienen necesidades materiales y son frágiles, cuando quizás para muchos de ellos la necesidad más apremiante sea el apoyo informativo a nivel individual o colectivo, con lo cual se lograría su empoderamiento y, consecuentemente, su inclusión y desarrollo social.

Por otro lado, la ERASAM es un instrumento útil para la investigación. Entre las líneas que pueden abordarse se encuentran las siguientes.

- Evaluar los factores determinantes del gradiente, el tipo y la satisfacción de las redes de apoyo social formal e informal.
- Determinar la relación de las redes de apoyo social formal e informal con el estado de salud y la calidad de vida.
- Evaluar el grado de participación de los adultos mayores como capital social de las redes de apoyo social informal.
- Evaluar la influencia del género sobre el tipo y características de las redes de apoyo social formal e informal.
- Evaluar la influencia de las redes de apoyo social sobre funcionalidad física, autoestima, depresión, discapacidad, calidad de vida y longevidad.
- Evaluar el impacto de intervenciones comunitarias sobre las redes de apoyo social a nivel individual, familiar y colectivo, considerando los cambios sociales, desarrollo científico y tecnológico mediante estudios longitudinales.

Escala de redes de apoyo social para adultos mayores

Objetivo: Detectar las redes de apoyo social e informal, el tipo de apoyo y el grado de satisfacción, con el fin de fortalecer o complementar a dichas redes.

Características: Es un cuestionario que, a partir de preguntas sencillas, permite detectar el tipo de apoyo y el grado de satisfacción de las redes de apoyo social.

Estructura: Es un cuestionario semiestructurado que incluye tres secciones y explora los tipos de apoyo (emocional, material, instrumental e informativo), así como el nivel de satisfacción en los ámbitos familiar, extrafamiliar e institucional.

Tiempo aproximado de aplicación: 15 minutos.

Material requerido: Cuestionario y lápiz.

Espacio físico recomendado: No requiere de un espacio privado para su aplicación.

Protocolo de aplicación:

1. Explique a la persona el objetivo y la relevancia del cuestionario.
2. Especifique al sujeto el número de preguntas de las cuales consta el cuestionario y el tiempo aproximado de aplicación.
3. Asegúrese de que la persona no tiene problemas auditivos o cognitivos graves que le impidan escuchar o comprender las preguntas.
4. Aplique el cuestionario sin la presencia de familiares.
5. Debe considerar la escolaridad de la persona para utilizar el lenguaje apropiado; así, podrá hacer la pregunta de manera diferente a lo establecido en el cuestionario, siempre y cuando esté usted seguro(a) de que no está cambiando ni el sentido ni el objetivo de la pregunta. Si tiene alguna duda consúltela con el supervisor.
6. Pregunte el nombre y la edad del sujeto; anote el género del que forma parte y la fecha de aplicación. Después proceda a aplicarlo.
7. Brinde el tiempo suficiente para que la persona responda cada una de las preguntas.
8. Si nota alguna duda o vacilación en la respuesta, vuelva a plantearla, aclarando los términos no comprendidos, para asegurarse de que la respuesta será veraz.
9. Asegúrese de marcar los espacios correspondientes de acuerdo con la respuesta de la persona y, en concordancia, con la clave de respuesta.
10. Todos los cuestionarios deberán ser revisados y firmados por el supervisor.

Escala de evaluación:

Pregunta 1 Frecuencia de contacto social y comunitario. El puntaje máximo de 3 corresponde a 100%; 2 = 66%; 1 = 33% y 0 = 0%.

Pregunta 2 Tipo de apoyos que recibe. Si recibe los cuatro tipos de apoyo se califica como 100%; 3 = 75%; 2 = 50%; 1 = 25% y 0 = 0%.

Pregunta 3 Satisfacción del apoyo recibido. El puntaje máximo de 12 corresponde a 100%; 11 = 92%; 10 = 83%; 9 = 75%; 8 = 67%; 7 = 58%; 6 = 50%; 5 = 42%; 4 = 33%; 3 = 25%; 2 = 17%; 1 = 8% y 0 = 0%

- 1) **Apoyo social familiar:** el puntaje máximo es de 57, el cual debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Ejemplo: si una persona tiene un puntaje de 21, correspondería a 37% de apoyo (cuadro 6-6).
- 2) **Apoyo social extrafamiliar:** el puntaje máximo es de 38, el cual debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Ejemplo: si una persona tiene un puntaje de 12, correspondería a 32% de apoyo (cuadro 6-7).
- 3) **Apoyo social institucional:** el puntaje máximo es de 19, el cual debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Ejemplo: si una persona tiene un puntaje de 2, correspondería a 11% de apoyo (cuadro 6-8).
- 4) **Apoyo social global:** el puntaje máximo es de 114, el cual debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Ejemplo: si una persona tiene un puntaje de 30, correspondería a 26% de apoyo (cuadro 6-9).

Cuadro 6-6 Apoyo social familiar (puntaje crudo y calificación ponderada)

Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)
1	2	16	28	31	54	46	81
2	4	17	30	32	56	47	83
3	5	18	32	33	58	48	84
4	7	19	33	34	60	49	86
5	9	20	35	35	61	50	88
6	11	21	37	36	63	51	89
7	12	22	39	37	65	52	91
8	14	23	40	38	66	53	93
9	16	24	42	39	68	54	95
10	18	25	44	40	70	55	96
11	19	26	46	41	72	56	98
12	21	27	47	42	74	57	100
13	23	28	49	43	75		
14	25	29	51	44	77		
15	26	30	53	45	79		

Cuadro 6-7 Apoyo social extrafamiliar (puntaje crudo y calificación ponderada)

Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)
1	3	11	29	21	55	31	82
2	5	12	32	22	58	32	84
3	8	13	34	23	61	33	87
4	11	14	37	24	63	34	89
5	13	15	39	25	66	35	92
6	16	16	42	26	68	36	95
7	18	17	45	27	71	37	97
8	21	18	47	28	73	38	100
9	24	19	50	29	76		
10	26	20	53	30	79		

Cuadro 6-8 Apoyo social institucional (puntaje crudo y calificación ponderada)

Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)
1	5	6	32	11	58	16	84
2	11	7	37	12	63	17	89
3	16	8	42	13	68	18	95
4	21	9	47	14	74	19	100
5	26	10	53	15	79		

Cuadro 6-9 Apoyo social global (puntaje crudo y calificación ponderada)

Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)
1	1	16	14	31	27	46	40	61	54	76	67	91	80	106	93
2	2	17	15	32	28	47	41	62	54	77	68	92	81	107	94
3	3	18	16	33	29	48	42	63	55	78	68	93	82	108	95
4	4	19	17	34	30	49	43	64	56	79	69	94	82	109	96
5	4	20	18	35	31	50	44	65	57	80	70	95	83	110	96
6	5	21	18	36	32	51	45	66	58	81	71	96	84	111	97
7	6	22	19	37	32	52	46	67	59	82	72	97	85	112	98
8	7	23	20	38	33	53	46	68	60	83	73	98	86	113	99
9	8	24	21	39	34	54	47	69	61	84	74	99	87	114	100
10	9	25	22	40	35	55	48	70	61	85	75	100	88		
11	10	26	23	41	36	56	49	71	62	86	75	101	89		
12	11	27	24	42	37	57	50	72	63	87	76	102	89		
13	11	28	25	43	38	58	51	73	64	88	77	103	90		
14	12	29	25	44	39	59	52	74	65	89	78	104	91		
15	13	30	26	45	39	60	53	75	66	90	79	105	92		

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Unidad de Investigación en Gerontología
Inventario de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

Estado civil: Casado/a _____ Soltero/a _____ Viudo/a _____

Marque con una cruz (X) la respuesta en el espacio que corresponda:

	SÍ	NO
¿Tiene esposo(a)?		
¿Tiene hijos(as)?		
¿Tiene parientes: sobrinos(as), hermanos(as), primos(as), etc.?		
¿Tiene amigos(as)?		
¿Pertenece a algún grupo de apoyo comunitario?*		
¿Cuenta usted con seguridad social o apoyo institucional?***		

*¿Cuál(es)?

***¿Cuál(es)?

Continuar con los siguientes apartados, de acuerdo con las preguntas anteriores:

I. RED INFORMAL FAMILIAR Marque con una cruz (X)

Cónyuge

1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?	No lo(a) veo y/o hablo (0)	Menos de una vez al mes (1)	Una o dos veces al mes (2)	Una vez a la semana o más (3)
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?	Apoyo Emocional ¹ (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que le proporciona su cónyuge?	Nada	0	Nada	0
	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2
	Mucho	3	Mucho	3

Hijos(as) ¿Cuántos hijos tiene? () Anote el número

Marque con una cruz (X)

1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus hijos(as)?	No los(as) veo y/o hablo (0)	Menos de una vez al mes (1)	Una o dos veces al mes (2)	Una vez a la semana o más (3)
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos(as)?	Apoyo Emocional ¹ (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que le proporcionan sus hijos(as)?	Nada	0	Nada	0
	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2
	Mucho	3	Mucho	3

Familiares próximos ¿Cuántos tiene? () Anote el número) Marque con una cruz (X)

1. ¿Con qué frecuencia ve y habla con sus familiares o parientes?	No los(as) veo y/o hablo (0)		Menos de una vez al mes (1)		Una o dos veces al mes (2)		Una vez a la semana o más (3)	
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?	Apoyo Emocional ¹ (1)		Apoyo Instrumental ² (1)		Apoyo Material ³ (1)		Apoyo Informativo ⁴ (1)	
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que le proporcionan sus familiares o parientes?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3

II. RED INFORMAL EXTRAFAMILIAR

Amigos (as) ¿Cuántos tiene? () Anote el número) Marque con una cruz (X)

1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus amigos(as)?	No los(as) veo y/o hablo (0)		Menos de una vez al mes (1)		Una o dos veces al mes (2)		Una vez a la semana o más (3)	
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?	Apoyo Emocional ¹ (1)		Apoyo Instrumental ² (1)		Apoyo Material ³ (1)		Apoyo Informativo ⁴ (1)	
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que le proporcionan sus amigos(as)?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3

Apoyo comunitario

Marque con una cruz (X)

1. ¿Con qué frecuencia acude usted al grupo comunitario?	No acudo (0)		Menos de una vez al mes (1)		Una o dos veces al mes (2)		Una vez a la semana o más (3)	
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona este(os) grupo(s)?	Apoyo Emocional ¹ (1)		Apoyo Instrumental ² (1)		Apoyo Material ³ (1)		Apoyo Informativo ⁴ (1)	
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que le proporciona el grupo al que acude?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3

III. RED FORMAL INSTITUCIONAL

Amigos (as) ¿Cuántos tiene? () Anote el número) Marque con una cruz (X)

1. ¿Con qué frecuencia recibe este apoyo?	No recibo apoyo (0)	Menos de una vez al mes (1)	Una o dos veces al mes (2)	Una vez a la semana o más (3)
2. ¿Qué tipo de apoyo(s) le proporciona la institución?	Apoyo Emocional ¹ (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)

3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el apoyo que recibe?	Nada	0	Nada	0	Nada	0	Nada	0
	Poco	1	Poco	1	Poco	1	Poco	1
	Regular	2	Regular	2	Regular	2	Regular	2
	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3	Mucho	3

¹**Apoyo emocional:** afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha.

²**Apoyo instrumental:** cuidado, transporte, labores del hogar.

³**Apoyo material:** dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios.

⁴**Apoyo informativo:** Promoción de la salud, ubicación de redes de apoyo, intercambio de experiencias.

PUNTAJE TOTAL

Para obtener el puntaje total sume la calificación máxima de las preguntas 1 y 3. En la pregunta 2, la calificación es acumulativa (si tiene los cuatro tipos de apoyo el puntaje es 4).

Pregunta 1 (Contacto social)

Cónyuge	0	1	2	3
Hijos(as)	0	1	2	3
Familiares	0	1	2	3
Apoyo familiar (suma)				
Amigos(as)	0	1	2	3
Apoyo comunitario	0	1	2	3
Apoyo extrafamiliar (suma)				
Apoyo social institucional	0	1	2	3
Apoyo institucional (suma)				

Pregunta 2 (Apoyos recibidos)

Cónyuge	1	1	1	1
Hijos(as)	1	1	1	1
Familiares	1	1	1	1
Apoyo familiar (suma)				
Amigos(as)	1	1	1	1
Apoyo comunitario	1	1	1	1
Apoyo extrafamiliar (suma)				
Apoyo social institucional	1	1	1	1
Apoyo institucional (suma)				

Pregunta 3 (Satisfacción de apoyos recibidos)

Cónyuge	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Hijos(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Familiares	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Apoyo familiar (suma)													
Amigos(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Apoyo comunitario	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Apoyo extrafamiliar (suma)													
Apoyo social institucional	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Apoyo institucional (suma)													

Debe sumar los números marcados en los cuadros. Así obtendrá el puntaje crudo.

Posteriormente, deberá buscar el equivalente del puntaje ponderado.

	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada
Apoyo Familiar		
Apoyo Extrafamiliar		
Apoyo Social Institucional		
Puntaje Global		

Evaluator(a): _____

Supervisor(a): _____

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Unidad de Investigación en Gerontología
Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores
Formato para calificación folio: _____

Nombre: _____

FAMILIAR(1)			EXTRAFAMILIAR(2)			INSTITUCIONAL (3)		TOTAL	
Contacto social	Puntaje Crudo		Contacto social	Puntaje Crudo		Contacto social	Puntaje Crudo	Puntaje Contacto social (A)	
Cónyuge			Amigo(s)			Institución		Crudo	Ponderado
Hijos			Apoyo comunitario						
Familiares									
Suma			Suma						
Apoyos recibidos	Puntaje Crudo		Apoyos recibidos	Puntaje Crudo		Apoyos recibidos	Puntaje Crudo	Puntaje Apoyos recibidos(B)	
Cónyuge			Amigo(s)			Institución		Crudo	Ponderado
Hijos			Apoyo comunitario						
Familiares									
Suma			Suma						
Satisfacción de apoyos recibidos	Puntaje Crudo		Satisfacción de apoyos recibidos	Puntaje Crudo		Satisfacción de apoyos recibidos	Puntaje Crudo	Puntaje Satisfacción de apoyos recibidos (C)	
Cónyuge			Amigo(s)			Institución		Crudo	Ponderado
Hijos			Apoyo comunitario						
Familiares									
Suma			Suma						
Total apoyo Familiar	Crudo	Ponderado	Total apoyo extrafamiliar	Crudo	Ponderado	Total apoyo social institucional	Crudo	Ponderado	Puntaje Global (D)

Para obtener los puntajes ponderados ver los cuadros correspondientes
En este formato se deben anotar todos los puntajes crudos y ponderados para identificar, mediante la sumatoria vertical (por columnas), el puntaje total y desglosado de las redes de apoyo familiar (1), extrafamiliar (2) e institucional (3). Asimismo, es posible tener el puntaje total y desglosado del contacto social (A), apoyos recibidos (B) y satisfacción de apoyos recibidos (C), por medio de la sumatoria horizontal (por renglones). Finalmente permite llevar a cabo una sumatoria global (D).

REFERENCIAS

- Arechavala, M. M. C. & Miranda, C. C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8, 49-55.
- Burt, R. S. (1997). A note on social capital and network content. *Social Networks*, 19, 355-373.
- Clausen, T., Wilson, A. O., Molebatsi, R. M. & Holmboe-Ottesen, G. (2007). Diminished mental and physical function and lack of social support are associated with shorter survival in community dwelling older persons of Botswana. En *BMC Public Health*, 7 144. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/144>
- Dabas, E. & Perrone, N. (1999). Redes en salud. FUNCER. Recuperado de <http://www.pasteur.secyt.gov.ar/formadores/RedSal-Dabas-Perrone.pdf>
- De Lucas, V. M. V. (2003). Compilación de técnicas para una evaluación multidimensional en vejez. Un ejemplo de protocolo de evaluación. Recuperado de <http://www.gabinetedepsicologia.com/downloadclinica/GERONTOLOGIA.pdf>
- Doeglas, D., Suurmeijer, T., Briançon, S., Moum, T., Krol, B., Anders Bjelle, A., Sanderman, R. & Van den Heuvel, W. (1996). An international study on measuring social support: interactions and satisfaction. *Social Science & Medicine*, 43, 1389-1397.
- Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J. L. & Díaz, P. (1992). Apoyo social en la vejez. En: *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Madrid: Martínez Roca.
- Fernández, P. R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. En *Periferia*, 3. Recuperado de www.periferia.name
- George, L. K. & Fillenbaum, G. G. (1985). OARS methodology. A decade of experience in geriatric assessment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 33, 607-615
- Guzmán, J. M., Huenchuan, S. & Montes de Oca, V. (2002). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p2.pdf
- Jang, Y., Haley, W. E., Small, B. J. & Mortimer, J. A. (2002). The role of mastery and social resources in the associations between disability and depression in later life. *Gerontologist*, 42, 807-13.
- Kempen, G.I., Van Heuvelen, M. J., Van Sonderen, E., Van den Brink, R. H., Kooijman, A. C. & Ormel, J. (1999). The relationship of functional limitations to disability and the moderating effects of psychological attributes in community-dwelling older persons. *Social Science & Medicine*, 48, 1161-1172.
- Kloseck, M. (2007). The use of Goal Attainment Scaling in a community health promotion initiative with seniors. En *BMC Geriatrics*, 7:16. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/16>
- Kouvonen, A., Kivimäki, M., Vahtera, J., Oksanen, T., Elovainio, M., Cox, T., Virtanen, M., Pentti, J., Cox, S. J., & Wilkinson, R. G. (2006). Psychometric evaluation of a short measure of social capital at work. En *BMC Public Health*, 13; 6:251. Recuperado de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1618843&blobtype=pdf>
- Llopis, C. J. (2005). Redes sociales y apoyo social. Una aproximación a los grupos de autoayuda. En *Periferia*, 3. Recuperado de www.periferia.name
- Mendoza-Núñez, V. M., Correa-Muñoz, E., Sánchez-Rodríguez, M. & Retana-Ugalde, R. (1996). Modelo de atención de núcleos gerontológicos. *Geriatría Revista Iberoamericana de Geriatria y Gerontología*, 12, 15-21.
- Mendoza-Núñez, V. M. (2003). Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez, en el contexto de pobreza. En: Salgado de Snyder, V. N. & Wong, R. (Eds.). *Envejeciendo en la Pobreza: Género, salud y calidad de vida* (pp. 7-30). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Mendoza-Núñez, V. M., Martínez-Maldonado, M. L. & Vargas-Guadarrama L. A. (2004). *Gerontología comunitaria*. México: FES Zaragoza, UNAM.
- Mendoza-Núñez, V. M., Martínez-Maldonado, M. L. & Correa-Muñoz E. (2006) Envejecimiento activo. Calidad de vida para los adultos mayores. *Ciencia y Desarrollo*, 32, 26-32.
- Mendoza-Núñez, V. M. (2007). Gerontología comunitaria. En: Rodríguez, G. R., & Lazcano B. G. (Eds.). *Práctica de la geriatría* (pp. 496-503). 2a Ed. México: McGraw Hill/Interamericana.
- Narayan, D. (2002). Empoderamiento y reducción de la pobreza. México: Banco Mundial/Alfaomega Grupo Editor.
- Ormel, J., Kempen, G. I., Penninx, B. W., Brilmal, E. I., Beekman, A. T. & Van Sonderen, E. (1997). Chronic medical conditions and mental health in older people: disability and psychosocial resources mediate specific mental health effects. *Psychological Medicine*, 27, 1065-1077.
- Organización Panamericana de la Salud (2004). Evaluación social del adulto mayor. En *Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores* (pp. 82-96). Módulo 7. 4a Edición. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de http://www.almageriatria.org/documentos/guia_clinica/02Modulos/Modulo7.pdf
- Osorio, P. (2005). La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socio-culturales. En *Papeles del CEIC*, 22. Recuperado de <http://www.ehu.es/CEIC/papeles/22.pdf>
- Torrens, A. M. (2006). Individuo, familia y comunidad. Un estudio de caso en Transilvania. En *Periferia*, 4. Recuperado de www.periferia.name
- Yanguas, L. J. J. (2006). Funcionamiento social: Apoyo social. En *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional* (pp. 33-46). Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero). Recuperado de <http://www.imsero.es/documentos/documentos/yanguas-analisis-01.pdf>
- Villasante, T. R. & Gutiérrez, P. M. (2006). Redes y conjuntos de acción: para aplicaciones estratégicas en los tiempos de la complejidad social. En *REDES- Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 11 (2). Recuperado de <http://revista-redes.rediris.es>
- World Health Organization (2002). Active aging: a policy framework. Geneva. En *WHO*. Recuperado de <http://www.who.int/hpr/aging/publications.htm>
- Wortman, S. (2007). La biomedicalización del envejecimiento. En *Topia Revista*. Recuperado de <http://www.topia.com.ar/articulos/405-vejez.htm>
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G.K., Werkman, S. & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 55, 610-617.



CUESTIONARIO DE IDEAS IRRACIONALES (CII) PARA ADULTOS MAYORES MEXICANOS

SAMANA VERGARA-LOPE TRISTÁN

Facultad de Psicología

Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

En el proceso de afrontamiento y adaptación a la vejez, la manera en cómo los adultos mayores evalúan todos los cambios y los acontecimientos en su vida son factores de gran importancia. Partes esenciales de esta evaluación son los pensamientos, las creencias, las cogniciones o las ideas (Lazarus & Folkman, 1986) que, al ser irracionales, los llevan a vivir esta etapa con desagrado e infelicidad. El Cuestionario de Ideas Irracionales (CII) surgió por la necesidad de tener un instrumento que midiera ideas irracionales en adultos mayores mexicanos. Este instrumento es dicotómico, con opciones de respuesta de sí-no y se compone de 67 reactivos que forman parte de cuatro dimensiones: demandas, incapacidad personal, condenas y catastrofización. Cuenta con consistencia interna total y por dimensión, estabilidad temporal, validez convergente con depresión y divergente con bienestar subjetivo. Dicho instrumento mostró sensibilidad al medir cambios pre-post en intervención cognitivo conductual.

BASES TEÓRICAS DEL INSTRUMENTO

El concepto de ideas irracionales surge dentro de la teoría de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), desarrollada por Ellis a partir de 1955. Al igual que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) de Beck, supone que las personas no llegan a tener problemas emocionales debido a

los eventos en su vida ni a sus experiencias y condiciones infantiles, sino porque ellos mismos de forma repetida crean sus disturbios emocionales presentes y pasados, a menudo por su percepción o evaluación de los sucesos, es decir: las creencias que tienen acerca de lo que rodea su existencia (Ellis, 1980; 1999). La TREC postula que se puede ayudar a las personas a llevar una vida más satisfactoria al enseñarles a organizar y a disciplinar su mente: a pensar de manera racional (González, 1999) por medio del cambio de pensamiento.

En este sentido, según González, Ellis afirma que la conducta desadaptativa del sujeto está determinada por su pensamiento irracional. La TREC se enfoca en analizar la forma en la que los individuos perpetúan ese tipo de pensamiento, así como en las alternativas para modificarlo. Para esto es necesario, en primera instancia, mostrar al paciente que sus ideas son la principal fuente de sus dificultades emocionales, a fin de descubrir cuáles son las principales creencias irracionales que tiene debajo de sus estados emocionales y enseñarle así que otras ideas racionales pueden sustituirlas (González, 1999).

Y es aquí donde comienza el interés en el estudio de estas creencias o ideas irracionales.

Para la TREC, las ideas irracionales son creencias injustificadas, absolutistas e inconsistentes con los hechos externos, que generan emociones inadecuadas (Ellis, 1957) y que con frecuencia surgen de manera automática (Ellis & Harper, 1975). En la teoría de Beck se les llama *distorsiones cognitivas*. Se trata de desvíos negativos sistemáticos en la forma de procesar el conocimiento que se expresan en forma de pensa-

mientos automáticos, es decir: pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino que parecen brotar de modo automático (Obst, 2004b).

Las distorsiones cognitivas más comunes expresadas en forma de debeísmos son las siguientes (la clasificación se elaboró en base a Beck, 1976; Ellis & Dryden, 1987):

1. Pensamiento Extremista de Todo-o-Nada. Se ven las cosas en categorías de blanco y negro, si el rendimiento de la persona no es perfecto, se considera a sí mismo un fracaso total.
2. Generalización Excesiva. Se considera un hecho negativo aislado como una pauta que no tiene fin.
3. Descalificar lo positivo y concentrarse en lo negativo. Se niegan las experiencias positivas y se insiste en que esos aspectos "no cuentan" por una u otra razón. De esta manera se puede mantener una creencia negativa aunque la experiencia cotidiana la contradiga. Se saca un detalle negativo aislado de su contexto y se fija la atención sólo en él, de manera que la visión de la realidad se oscurece, como una gota de tinta que tiñe un vaso de agua clara.
4. Sacar conclusiones precipitadas. Se realiza una interpretación negativa aun cuando no existan hechos negativos que apoyen de una manera convincente la conclusión.
 - a. Lectura del pensamiento. Se concluye arbitrariamente que alguien está reaccionando de manera negativa hacia la persona y ésta no se molesta en comprobarlo.
 - b. Adivinar el futuro. Se anticipa que las cosas van a salir mal, y se está convencido de que la predicción es ya un hecho establecido.
5. Magnificar (Catastrofizar) o Minimizar. Se exagera la importancia de las cosas o se reducen las cosas de una manera inadecuada hasta que parecen insignificantes (las propias cualidades deseables o las imperfecciones de otra persona).
6. Razonamiento Emocional. Se asume que las propias emociones negativas reflejan la forma en que las cosas son en realidad: Yo lo siento así, por lo tanto debe de ser verdad.
7. Reglas y *deberías*. Se intenta motivar a sí mismo mediante *deberías* y *no deberías*, como si tuviera que ser hostigado y amenazado antes de poder pretender hacer algo. Los *tendría que* y *habría que* son también ofensas. Su consecuencia emocional es la culpabilidad. Cuando se dirigen las afirmaciones de *debería* hacia otros, la persona siente enfado, frustración y resentimiento.
8. Etiquetar. Esta es una forma extrema de sobregeneralización. En lugar de describir el error, sea propio

o ajeno, la persona añade una etiqueta negativa a sí misma: *soy un perdedor*, o al otro: *es una desagradecida*. La etiquetación errónea implica describir un acontecimiento con un lenguaje viciado y carga emocional.

9. Personalización. La persona se ve a sí misma como la causa de algún acontecimiento negativo o positivo externo por el que, de hecho, no ha sido responsable en primer lugar. O considera que las cosas que suceden alrededor están relacionadas con su persona de forma directa.

De lo anterior emanan cuatro formas principales de pensamiento irracional o componentes (Ellis & Abrahms, 1980; González, 1999; Wessler & Wessler, 1980):

1. *Demandas*: Son exigencias infantiles que se expresan en términos de *debe*, *tiene que*, *debía*, *tendría que*. Éstas se pueden expresar en términos de necesidad de amor, de aprobación, competencia y capacidad, o reglas que implican la certeza de que hay leyes absolutas y universales.
2. *Catastrofización*: Se exageran las consecuencias de ciertos hechos o se espera un desastre, sobre todo si las cosas no son como uno cree que *deberían* ser.
3. *Incapacidad personal*: Se refiere al hecho de no tener control sobre la gran mayoría de las situaciones, es decir: pensar que el control de la situación no está en las manos de la persona, por eso es mejor que las condiciones de la vida sean buenas y fáciles para que pueda conseguir casi todo lo que se quiera sin mucho esfuerzo o incomodidad. Pueden ser de control externo, comodidad y ocio, y manejo de conflictos.
4. *Condenas*: Se refiere a acusaciones o evaluaciones de situaciones, cosas o personas (incluido uno mismo). Se enfoca de modo típico en características específicas, conductas o efectos evaluados de acuerdo con algún estándar o valor deseado.

Como podemos observar en las clasificaciones anteriores, existen diversas formas de agrupar y explicar las bases de estas ideas irracionales o distorsiones cognitivas. Para el caso del Cuestionario de Ideas Irracionales (CII), se eligieron estos últimos componentes como base de las dimensiones, por creer que engloban cualquier tipo de idea irracional dentro de sus cuatro formas, aunque existan muchos pensamientos que cuenten con elementos compartidos en varias de ellas.

Como un intento de conocer las mejorías logradas mediante la TREC y la TCC, y mejorar la focalización en las intervenciones, en la literatura existen diferentes instrumentos para medir estas ideas irracionales o distorsiones cognitivas. Los más importantes se describen a continuación en el cuadro 7-1:

Cuadro 7-1. Instrumentos de ideas irracionales en la historia

Nombre	Cita	Descripción del instrumento
<i>Irrational Beliefs Test (IBT)</i>	- Jones, 1969.	100 reactivos el original y 50 la versión corta, con cinco opciones de respuesta que van de totalmente en desacuerdo a completamente de acuerdo. Está basado en las 10 ideas irracionales básicas que planteó Ellis en un principio.
	- Cardeñoso y Calvete, 1999.	Con estudiantes universitarios españoles confirmaron el modelo de medida de la versión corta del IBT y encontraron ocho y siete factores, sucesivamente: necesidad de aceptación, altas autoexpectativas, culpabilización, control emocional, evitación de los problemas (los dos anteriores se volvieron irresponsabilidad emocional en el segundo estudio), dependencia, indefensión acerca del cambio y el perfeccionismo.
<i>Rational Behavior Inventory (RBI)</i>	- Shorkey y Whiteman, 1977.	Con estudiantes universitarios. Instrumento para la evaluación, la planificación del tratamiento y la evaluación de clientes de Terapia Racional Emotiva (RET).
<i>Irrational Beliefs Inventory (IBI)</i>	- Alden y Safran, 1978.	Con una población de adolescentes y adultos de mediana edad. Fue correlacionado con medidas altas de depresión y ansiedad.
	- Heerboth, 1985.	
	- Koopmans, Sanderman, Timmerman y Emmelkamp, 1994.	Muestra de estudiantes universitarios. Se derivó del RBI y del IBT. Primera versión 137 reactivos y última versión de 50 reactivos. Cinco factores. Woodward, Carless & Findlay (2001) realizaron el estudio con edad media.
	- Bridges y Sanderman, 2002.	Para estudiantes universitarios. Desarrollado en Holanda para la asesoría del pensamiento irracional.
	- Smith, Rausch y Kettmann, 2004.	Grupo de estudiantes universitarios. Con tres factores: el egocentrismo, exageración/catastrofización y baja autoestima.
<i>Irrational Beliefs Scale for Adolescents (IBSA)</i>	- Cardeñoso y Calvete, 2004.	Con estudiantes universitarios españoles. Se incluyó una escala de irracionalidad y seis sub-escalas de ideas irracionales: necesidad de aprobación/éxito, desamparo, seis sub-escalas de ideas irracionales: necesidad de aprobación/éxito, desamparo, propensión a la culpa, evasión de problemas, intolerancia a la frustración y justificación del uso de violencia.
<i>Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ).</i>	- Holton y Kendall, 1980.	Con estudiantes universitarios. 30 reactivos que miden la frecuencia de ocurrencia de pensamientos automáticos negativos asociados con depresión. Se obtuvieron cuatro factores.
<i>Cognition Checklist (CCL).</i>	- Beck, Brown, Steer, Eidelson y Riskind, 1987.	Sin validez con adultos mayores. 26 reactivos de auto-reporte, con dos sub-escalas sobre cogniciones de ansiedad y depresión.
<i>Survey of Personal Beliefs (SPB)</i>	- Demaria, Kassonov y Dill, 1989.	Para personas de edad media. Cinco factores: catastrofización, deberías de auto-dirección, otros deberías, baja tolerancia a la frustración y auto-eficacia.
	- Nottingham IV, 1992.	Para pacientes psiquiátricos obtuvo datos de confiabilidad y validez; resultaron correlaciones significativas con depresión, ansiedad y desesperanza.
<i>Disfunctional Attitudes Scale (DAS)</i>	- Beck, Brown, Steer y Weissman, 1991.	40 reactivos sobre creencias que contribuyen al humor depresivo. Ejemplo: "Es difícil ser feliz, a menos que uno sea bien parecido, inteligente, rico y creativo"
<i>Evaluative Beliefs Scale (EBS)</i>	- Chadwick, Trower y Dagnan, 1999.	Con pacientes deprimidos encontraron datos de confiabilidad y validez concurrente con depresión y ansiedad.

Dentro de los instrumentos que se mencionan en el cuadro 7-1, no existe ninguno que haya sido creado para población mexicana y, menos aún, para adultos mayores. Es evidente que el estudio de las ideas irracionales, como sucede con muchos otros constructos en el área psicológica, ha sido realizado en muestras de adultos o adolescentes y en países desarrollados.

La importancia del estudio de las ideas, los pensamientos, las creencias y las cogniciones en los adultos mayores estriba en que con ayuda de éstos se realiza la evaluación de los acontecimientos en su vida y dicha evaluación determina, a su vez, la adaptación a los cambios propios de la edad.

En el proceso de afrontamiento y adaptación a la vejez, la manera en cómo los adultos mayores evalúan todos los cambios y los acontecimientos en sus vidas son factores de gran importancia. Parte esencial de esta evaluación son los pensamientos, las creencias, las cogniciones o las ideas (Lazarus & Folkman, 1986) que, al ser irracionales, los llevan a vivir esta etapa con desagrado e infelicidad.

Hasta el momento, en la literatura no se reportan diferencias cuantitativas entre las ideas irracionales de los adultos mayores y otros grupos de edad. En cualquier etapa, las personas podemos adoptar formas de pensamiento que nos ayuden a caer en hábitos de vida poco saludables. La cantidad de estas ideas negativas en nuestro sistema dependerá de diferencias individuales más que generacionales. En todo caso, quien las experimente, sea cual sea su edad, tendrá consecuencias desagradables. La diferencia con algunas otras etapas de la vida es que en los adultos mayores han sido menos estudiadas.

Este tipo de ideas son generadas por todas las personas en algún momento de su vida, esto quiere decir que nadie está a salvo de crearlas y reproducirlas. Lo importante en este sentido sería aprender la habilidad de detectarlas y conocer la forma de modificarlas.

Para este primer punto es que el CII fue planeado, con el propósito de auxiliar en la detección de las ideas irracionales de los adultos mayores mexicanos.

CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO

El CII surgió por la necesidad de contar con instrumentos adecuados a las características de poblaciones específicas, en este caso adultos mayores mexicanos, considerando que las numerosas diferencias contextuales y socioculturales son esenciales al realizar evaluación.

Este instrumento está formado por 67 reactivos, algunos de ellos diseñados a partir de frases coloquiales, mejor

llamadas en México refranes o dichos, y algunas otras ideas que aparecen con frecuencia entre la población adulta mayor¹. Estos reactivos son parte de cuatro dimensiones: demandas, incapacidad personal, condenas y catastrofización. El instrumento es de tipo dicotómico con opciones de respuesta de sí-no.

Cuenta con un coeficiente de consistencia interna total Alpha de Cronbach de 0.93, y uno para cada dimensión de: 0.73 para demandas; 0.81, incapacidad personal; 0.82, condenas; y 0.80, catastrofización (Vergara-Lope, 2008).

Cuenta con estabilidad temporal test-retest de 0.73 significativo ($p < 0.01$), validez convergente con depresión (GDS, *Geriatric Depression Screening Scale*, en Yesavage et al., 1983) ($r = 0.39$, $p < 0.01$) y validez divergente con bienestar subjetivo (PGC, *Philadelphia Geriatric Center*, en González-Celis, 2002) ($r = -0.511$, $p < 0.01$) (Vergara-Lope, 2008).

Para obtener la calificación total del instrumento se debe conocer la sumatoria de puntajes y otorgar a cada respuesta sí un punto, excepto en el caso de los reactivos negativos, en los que se les otorga un punto a las respuestas no. Los reactivos negativos son: 21, 31, 42, 55 y 60.

La calificación mínima es de 0 y la máxima 67. Los puntajes altos indican más irracionalidad y los puntajes bajos menos pensamiento irracional. Calificaciones entre 0 y 31 indican irracionalidad baja; de entre 32 y 43, media; de 44 a 51, alta, y de 52 a 67, muy alta. Estos parámetros de calificación se determinaron a partir de percentiles obtenidos en la aplicación a 423 sujetos (Vergara-Lope, 2008).

UTILIZACIÓN

El CII fue desarrollado como parte de una investigación clínica en el área psicogerontológica. Su importancia recae sobre todo en el terreno del cambio de pensamiento dentro de la psicoterapia. El cuestionario es una herramienta útil para detectar qué tan irracional está siendo la persona, y en qué áreas o ideas específicas se debe hacer énfasis en el momento de enseñar nuevas habilidades de análisis de pensamiento, además de servir como un instrumento sensible a los cambios que se esperan después de una intervención psicológica.

Es importante mencionar que el uso de este instrumento, a pesar del objetivo de su creación, no es exclusivo del campo clínico psicológico. El trabajo gerontológico es amplio e implica muchas otras disciplinas, por lo que el CII puede ser utilizado por profesionales de otras disciplinas. Se recomienda su aplicación para detección de necesidades psicoeducativas en los grupos de adultos mayores, o en lo individual, a fin de mejorar el diagnóstico del proble-

¹ Esto a partir de los cinco años de experiencia profesional de la autora en el Instituto Nacional de los Adultos Mayores.

Cuadro 7-2. Reactivos que más de 75% de los sujetos respondieron de forma irracional

Reactivo	Respuestas de irracionalidad	%	Dimensión
Es mejor malo por conocido que bueno por conocer	373	88.2	Catastrofización
Las cosas se hacen bien o mejor se dejan de hacer	372	88.0	Demandas
Siempre se necesita contar con alguien más grande que nos ayude	364	86.1	Incapacidad
Yo sé lo que es mejor para mi familia.	360	85.1	Condenas
Yo sé cuando le caigo mal a alguien	359	84.9	Catastrofización
A palo dado ni Dios lo quita	347	82.0	Condenas
Las personas inmorales deben ser castigadas	345	81.6	Condenas
Las personas fuertes rara vez piden ayuda	341	80.6	Demandas
Es horrible cuando alguien me critica	325	76.8	Catastrofización
Me doy cuenta cuando las personas están hablando mal de mí	323	76.4	Condenas
Es horrible desconocer lo que va a pasar en el futuro	323	76.4	Catastrofización
Rara vez pido ayuda	323	76.4	Demandas
Antes todo era mejor	321	75.9	Catastrofización

ma general que presenta la persona y por lo tanto mejorar su atención.

El formato con el que cuenta el CII permite que sea aplicado a personas con cualquier tipo de escolaridad. La forma de aplicación se recomienda por medio de entrevista si la persona no sabe leer y escribir o si su escolaridad es muy baja.

EJEMPLOS DE APLICACIÓN

Con el objetivo de mostrar las posibilidades de aplicación del instrumento, se presentan a continuación dos ejemplos de estudios realizados con el CII.² Los resultados se presentan resumidos. El caso I describe las ideas irracionales de una población adulta mayor, y el caso II muestra la sensibilidad del instrumento en las aplicaciones pre-post de una intervención cognitivo conductual.

Caso I:

En el estudio, que tuvo como objetivo medir las ideas irracionales de 423 adultos mayores, se encontró que en promedio los sujetos respondieron 40.64 respuestas irracionales por persona y no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

De los 67 reactivos, 13 fueron los que más respuestas irracionales tuvieron (arriba de 318 sujetos —75%— que respondieron en sentido afirmativo) y se muestran en la tabla 7.4.

Cinco de estos 13 reactivos pertenecían a la dimensión de catastrofización, cuatro a condenas, tres a demandas y uno a incapacidad personal. Muchos de ellos estaban relacionados a la imposibilidad de cambio y miedo al futuro, al perfeccionismo y a la personalización.

Por el contrario, los reactivos que menos respuestas irracionales tuvieron (menos de 105 sujetos respondieron de forma irracional, 25%) se enlistan en el cuadro 7-3.

A partir de las ideas irracionales más frecuentes en los adultos mayores, según este estudio, se podrían diseñar sesiones educativas haciendo énfasis especial en ejemplos basados en ellas, con temas como: miedo y adaptación a los cambios; relaciones intergeneracionales; asertividad, límites y respeto; relaciones familiares; autoestima; y auto-eficacia. También es posible adaptar sesiones de reestructuración cognitiva encaminadas a adquirir habilidades de cambio de pensamiento irracional, comenzando por la dimensión que puntuó más alto, en este caso, catastrofización.

Caso II:

Con el objetivo de evaluar la efectividad de una intervención cognitivo conductual de grupo de seis sesiones en adultos mayores, se aplicaron diferentes instrumentos antes y después de las seis sesiones de psicoterapia (Vergara-Lope, 2009). Como parte de esta batería se utilizó el CII para medir los cambios producidos por la terapia en las ideas irracionales de los pacientes.

² Estos ejemplos forman parte de la tesis de doctorado en psicología de Vergara-Lope, S. (2009), de la Universidad Nacional Autónoma de México, bajo la dirección de la Dra. Ana Luisa González-Celis Rangel.

Cuadro 7-3. Reactivos que menos del 25% de los sujetos respondieron con irracionalidad

Reactivos	Respuestas de irracionalidad	%	Dimensión
Los demás tienen la culpa de que yo me sienta mal	99	23.4	Incapacidad personal
La gente sobrevalora la influencia del pasado	*334 (89)	21.0	Condenas
Me importa poco lo que los demás piensan de mí	*343 (80)	18.9	Demandas
Yo tengo la culpa de que a mis hijos les vaya mal	73	17.3	Condenas
Le doy a los problemas solo la importancia que tienen	*369 (54)	12.8	Catastrofización

*Reactivos negativos que se califican al revés.

La muestra constó de 37 personas adultas mayores de entre 57 y 85 años, distribuidas en grupo experimental (24 sujetos) y grupo control (13 sujetos).

Al obtener las pruebas *t* para grupos relacionados en el grupo control, como se esperaba, no se encontraron diferencias significativas en las ideas irracionales en las aplicaciones pre-post.

Sin embargo, cuando se realiza la prueba *t* para grupos relacionados ($n = 24$) entre aplicaciones pre y post del grupo experimental, se observan diferencias significativas en las ideas irracionales, como se muestra en el cuadro 7-4.

El cambio de ideas irracionales forma parte de los objetivos de la intervención cognitivo conductual. Así, por medio de una técnica acortada de reestructuración cognitiva en la que se enseña a detectar las ideas irracionales y a refutarlas, se lograron reducir los puntajes de las ideas irracionales de los sujetos que se sometieron a la intervención de grupo en 15.8% y el CII logró ubicar estos cambios en los adultos mayores después de la psicoterapia. Esto es: se observó una disminución significativa de las ideas irracionales en el grupo de adultos mayores que fueron sometidos al tratamiento, y no así en el grupo control (Vergara-Lope, 2009). Esta intervención mostró tener eficacia estadísticamente significativa también en la disminución de la ansiedad y la depresión, y en el aumento del bienestar subjetivo y de algunas conductas de la vida diaria; todos estos cambios lograron mantenerse en los seguimientos de uno y tres meses.

CONCLUSIONES

Las ideas irracionales son generadas por todas las personas en algún momento de su vida, esto quiere decir que nadie está a salvo de crearlas y reproducirlas. Lo primordial es aprender la habilidad de detectarlas y conocer la forma de modificarlas.

Los adultos mayores, como grupo etario, no presentan necesariamente más o menos ideas irracionales que otros grupos de edad, más bien la atención debe dirigirse a detectar qué tipo de ideas se presentan más en esta etapa de la vida.

La importancia del estudio de las ideas, los pensamientos, las creencias y las cogniciones en los adultos mayores estriba en que, con ayuda de éstos, se realiza la evaluación de los acontecimientos en su vida. Esta evaluación determina a su vez la adaptación a los cambios propios de la edad.

El Cuestionario de Ideas Irracionales (CII) es un instrumento confiable y válido para medir ideas irracionales en adultos mayores en México, que probó tener consistencia interna, estabilidad temporal y validez convergente con depresión y divergente con bienestar subjetivo, además de haber sido sensible a los cambios logrados por los grupos de adultos mayores sometidos a psicoterapia (Vergara-Lope, 2008). Esto, al no existir en la literatura ningún instrumento que mida ideas irracionales en población de adultos mayores mexicanos, abre una nueva línea de investigación en este sector de la población.

Cuadro 7-4. Prueba *t* para el grupo experimental entre aplicaciones pre-post de las ideas irracionales

Variables	Aplicación PRE		Aplicación POST		<i>t</i>
	ME	DE	ME	DE	
Ideas Irracionales	39.54	13.206	33.28	13.980	3.732***

*** Significancia $p < 0.001$

Es importante considerar que el envejecimiento diferencial nos dice que no se envejece igual en México que en otras partes del mundo y los factores socio-económico-culturales influyen de manera decisiva en las personas. Es comprensible entender, entonces, que en México la medición de las ideas irracionales y la evaluación de las intervenciones en adultos mayores tenga que ser específica y muy diferente a la que se realiza en otros países y en otras etapas de la vida, ya que los efectos culturales y generacionales hacen que las personas mayores mexicanas difieran de las jóvenes o adultas no sólo en la edad, sino en contexto e historia de vida, y en el caso de la mayoría de los adultos mayores contemporáneos de países como México ha sido muy precaria.

La importancia del CII, como parte de la investigación clínica desarrollada en el área psicogerontológica, recae sobre todo en el terreno de la medición del cambio de pensamiento dentro de la psicoterapia, aunque en el trabajo gerontológico interdisciplinario el CII puede ser utilizado para dirigir programas no sólo clínicos, sino también psicoeducativos que sirvan de apoyo para el autocuidado de la salud y, así, diseñar sesiones enfocadas a las ideas irracionales específicas que presenten los adultos mayores con quienes se pretende trabajar.

El formato con el que cuenta permite que sea aplicado a personas con cualquier tipo de escolaridad. Se recomienda la forma de aplicación por medio de entrevista en las personas que no saben leer y escribir y que tienen escolaridad muy baja.

Cuestionario de Ideas Irracionales (CII)

Objetivo del instrumento. Medir ideas irracionales en adultos mayores mexicanos.

Población a la que evalúa. Adultos Mayores de 60 años en adelante, con cualquier escolaridad.

Instrucciones de aplicación. Su aplicación es individual, en forma de entrevista y toma un tiempo aproximado de 20 a 30 min.

Instrucciones de aplicación. Es necesario instar a los adultos mayores a responder sólo en términos de *sí-no*, como indican las opciones de respuesta.

Instrucciones de calificación. La forma de calificar el instrumento es con sumatoria de puntajes, otorgándole a cada respuesta afirmativa un punto (indicativo de irracionalidad) en el caso de los reactivos positivos, y un punto a cada respuesta *no* en el caso de los reactivos negativos, los cuales son: 21, 31, 42, 55 y 60.

La calificación mínima es 0 y la máxima 67. Los puntajes altos indican más irracionalidad y los puntajes bajos menos pensamiento irracional.

Sugerencias o pautas de interpretación. La calificación numérica obtenida en este instrumento nos brinda una línea base que puede verse modificada cuando el sujeto se somete a alguna intervención, sobre todo de tipo cognitivo conductual. Por otro lado, la información cualitativa que brinda el instrumento puede ser utilizada para dirigir programas no sólo clínicos, sino también psicoeducativos que sirvan de apoyo para el autocuidado de la salud, esto es: algunas de las ideas incluidas en el instrumento denotan en primer lugar una dificultad o resistencia al cambio, la lectura de pensamiento, el perfeccionismo y la utilización de reglas, y la necesidad de control, lo cual nos brinda ideas sobre la posible intervención en esos temas, ya sea de un modo clínico, informativo o reeducativo.

Normas estadísticas. La tabla de calificación es la que aparece a continuación.

Calificaciones para el CII

PUNTAJE	CALIFICACIÓN	PERCENTIL
0 a 31	Bajo	0 a 25
32 a 43	Medio	26 a 50
44 a 51	Alto	51 a 75
52 a 67	Muy alto	76 a 100

El instrumento final completo: Cuestionario de Ideas Irracionales para adultos mayores (CII)

Lea con mucho cuidado cada una de las siguientes afirmaciones y responda la opción de respuesta *Sí*, si se encuentra

de acuerdo o creé lo que dice esa afirmación, o la opción de respuesta *NO*, si no está de acuerdo o no creé lo que dice tal afirmación.

Marque la opción deseada con una X, como se indica en el siguiente **ejemplo**:

	SÍ	NO
Todas las manzanas son rojas		X

Ahora lea con cuidado y responda la opción deseada para cada afirmación. Recuerde que no se puede modificar la pregunta, sólo límitese a responder si está de acuerdo o no con la afirmación que se encuentra escrita en el papel.

	SÍ	NO
1. Cuando me va mal en la vida es porque Dios así lo quiere		
2. Me siento muy mal cuando no se castiga a los que se lo merecen		
3. Es terrible tener que pedir ayuda		
4. Me importa mucho que mi familia apruebe todo lo que hago		
5. El gobierno tiene la culpa de los problemas de la gente		
6. La gente que comete errores merece lo que le pasa		
7. Yo tengo que poder con todo		
8. Es horrible cuando alguien me critica		
9. Debo ser el/la mejor en todo lo que hago		
10. Los demás me han impedido salir adelante		
11. Soy una persona con muy mala suerte		
12. Evito hacer cosas en las que soy malo(a)		
13. Los demás tienen la culpa de que yo me sienta mal		
14. Rara vez logro ser lo suficientemente bueno(a) en lo que hago		
15. La vida me ha tratado mal		
16. Me molesta que las personas se equivoquen		
17. Está bien depender de alguien más fuerte que uno		
18. Yo tengo la culpa de que a mis hijos les vaya mal		
19. Lo desconocido me causa mucho temor		
20. Odio que las cosas me salgan mal		
21. Rara vez exagero los problemas		
22. Las cosas son buenas o malas, sin puntos medios		
23. Yo sé cuando le caigo mal a alguien		
24. Las personas que no creen en Dios están perdidas		
25. La vida es injusta con algunas personas		
26. Es muy difícil que las cosas cambien		
27. Las cosas se hacen bien o mejor se dejan de hacer		
28. La suerte determina la vida de las personas		
29. Cuando tengo un logro en mi vida necesito que los demás me lo reconozcan		
30. He tenido una vida muy difícil que me ha impedido salir adelante		
31. Me importa poco lo que los demás piensan de mí		
32. Cuando estoy ausente todo se viene abajo		
33. Para qué preguntar si ya sabes lo que te van a contestar		
34. Antes de tomar una decisión le pido consejo a alguien cercano		
35. El que nace para maceta no pasa del corredor		
36. Odio fracasar en algo		

	SÍ	NO
37. Siempre se necesita contar con alguien más grande que nos ayude		
38. Es casi imposible vencer las influencias del pasado		
39. Regularmente me preocupo mucho por cosas que aún no suceden		
40. Las personas fuertes rara vez piden ayuda		
41. Sería muy feliz si no tuviera que trabajar		
42. Le doy a los problemas sólo la importancia que tienen		
43. Soy más feliz cuando tengo poco que hacer		
44. Cuando la gente se equivoca es porque es tonta		
45. A veces pienso que ya nada tiene solución		
46. Llegada cierta edad es casi imposible cambiar mi forma de ser		
47. Cuando tengo un problema prefiero hacer de cuenta que no existe		
48. Yo sé lo que es mejor para mi familia		
49. Creo que la vida es más sencilla si le damos vuelta a los problemas		
50. Las personas inmorales deben ser castigadas		
51. Quiero que todos me estimen		
52. Palo dado ni Dios lo quita		
53. Es difícil que yo salga adelante solo(a), sin la ayuda de alguien		
54. Es mejor malo conocido que bueno por conocer		
55. Si algo afectó fuertemente tu vida alguna vez, no significa que tenga que seguir haciéndolo en el futuro		
56. Yo sé cuando algo me va a salir mal desde antes de hacerlo		
57. Rara vez pido ayuda		
58. Me doy cuenta cuando las personas están hablando mal de mí		
59. Me siento muy mal cuando le caigo mal a alguien		
60. La gente sobrevalora la influencia del pasado		
61. Es horrible desconocer lo que va a pasar en el futuro		
62. Tengo que hacer las cosas yo mismo(a) para que salgan bien		
63. Antes todo era mejor		
64. Si mi familia hiciera caso de mis consejos, serían mejores personas		
65. Presiento cuando algo muy malo va a suceder		
66. A veces creo que las personas están en contra mía		
67. Hay personas que me tienen mala fe		

REFERENCIAS

- Alden, L. & Safran, J. (1978). Irrational beliefs and nonassertive behavior. *Cognitive Therapy & Research*, 2 (4), 357-364.
- Beck, A. (1976). *Cognitive Theory and the Emotional Disorders*. New York: International Press.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I. & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 179-183.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A. & Weissman, A. (1991). Factor analysis of the Dysfunctional Attitudes Scale in a clinical population. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 478-483.
- Bridges, K. R. & Sanderman, R. (2002). The Irrational Beliefs Inventory: Cross cultural comparisons between american and dutch samples. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 20 (1), 65-71.
- Cardenoso, O. & Calvete, E. (2004). Desarrollo de un inventario de creencias irracionales para adolescentes. *Psicología Conductual*, 12 (2), 289-304.
- Cardenoso, O. & Calvete, E. (1999). Creencias y síntomas depresivos: resultados preliminares en el desarrollo de una Escala de Creencias Irracionales abreviada. *Anales de Psicología*, 15 (2), 179-190.
- Chadwick, P., Trower, P. & Dagnan, D. (1999). Measuring negative person evaluations: The Evaluative Beliefs Scale. *Cognitive Therapy and Research*, 23 (5), 549-559.

- Demaria, T., Kassinove, H. & Dill, C. (1989). Psychometric properties of the Survey of Personal Beliefs: A rational-emotive measure of irrational thinking. *Journal of Personality Assessment*, 53 (2), 329-341.
- Ellis, A. (1957) *How to live with a Neurotic*. California: Wilshire Books.
- Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Ellis, A. (1999). Rational Emotive Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy for Elderly people. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 17 (1), 5-18.
- Ellis, A. & Abrahms, E. (1980). *Terapia racional emotiva*. México: Pax
- Ellis, A. & Dryden, W. (1987). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Ellis, A. & Harper, R. (1975). *Conquering the Direneed for Love*. New York: Institute for Rational Living.
- Floyd, M. & Scogin, F. (1998). Cognitive Behavior Therapy for Older Adults: How Does it Work? *Psychotherapy*, 35 (4), 459-463.
- González, J. J. (1999). *Psicoterapia de Grupos*. México: Manual Moderno.
- González-Celis, A. L. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos*. Tesis de doctorado, UNAM, México.
- González-Celis, A. L. & Sánchez-Sosa J. J. (2002), *Efectos de Intervención de un Programa de Promoción a la Salud sobre la Calidad de Vida en Ancianos*. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria, México, DF.
- Heerboth, J. R. (1985). Development and validation of an irrational beliefs inventory. *Dissertation Abstracts International*, 45 (8-B), 2688.
- Holton, S. D. & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395.
- Jones, R. G. (1969). A factored measure of Ellis's irrational belief system, with personality and maladjustment correlates. *Dissertation Abstracts International*, 29 (11-B), 4379-4380.
- Koopmans, P. C., Sanderman, R., Timmerman, I. & Emmelkamp, P. (1994). The Irrational Beliefs Inventory (IBI): Development and psychometric evaluation. *European Journal of Psychological Assessment*, 10 (1), 15-27.
- Nottingham IV, E. J. (1992). Use of the Survey of Personal Beliefs Scale: Further validation of a measure of irrational beliefs with psychiatric inpatients. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 10 (4), 207-217.
- Obst, J. C. (2004b). Aarón T. Beck: *La terapia cognitiva*. En la página de internet de CATREC. Recuperado en el invierno de 2006 de <http://www.catrec.org>
- Shorkey, C. T. & Whiteman, V. L. (1977). Development of the Rational Behavior Inventory: Initial validity and reliability. *Educational and Psychological Measurement*, 37, 527-534.
- Smith, J., Rausch, S. & Kettmann, J. (2004). Factor Structure of the Smith Irrational Beliefs Inventory: Results of Analyses on Six Independent Samples. *Psychological Reports*, 95 (2), 696-704.
- Vergara-Lope, S (2008). Construcción del Cuestionario de Ideas Irracionales (CII) para Adultos Mayores. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 24 (1), 15-28.
- Vergara-Lope, S. & González-Celis, A. L. (2009). La psicoterapia cognitiva-conductual de grupo como una alternativa de intervención con adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 11 (2).
- Wessler, R. A. & Wessler, R.L. (1980). *The Principles and Practice of Rational Emotive Therapy*. USA: Jossey-Bass Publishers.
- Yesavage, J., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leiver, V. O. (1983). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.



IMSOL-AM: ESCALA DE SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR

MARÍA MONTERO-LÓPEZ LENA

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología

ARMANDO RIVERA-LEDESMA

Universidad de Londres
Dirección de Psicología

INTRODUCCIÓN

En México, entre 1950 y 2020, el sector poblacional de más de 60 años habrá pasado de dos a 15 millones de personas (Gutiérrez Robledo, 2004). El envejecimiento demográfico se evidencia al considerar la duplicación de la edad promedio de la población en México; hacia el 2050 se estima que será de 46.3 años, mientras que en el 2000 fue de 23.2 años. La vida media aumentará de 75.3 años (73.1 para hombres y 77.6 para mujeres) en la actualidad, a 83.7 años (82 y 85.5, respectivamente), dentro de medio siglo (Novelo de López, 2003). Los costos económicos y sociales que el envejecimiento demográfico generará están apenas siendo bosquejados por las instituciones del sector salud (WHO, 2008). No obstante, el impacto psicosocial que la interacción con el adulto mayor supone tanto para el mismo sujeto como para la familia donde aquél se desenvuelve aún es escasamente estudiado (Rivera-Ledesma y Montero, 2005).

Entre las transformaciones psicosociales que se vinculan con la adultez mayor destaca la depresión. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud-OMS (2008) la depresión figura entre las afecciones de salud mental más relevantes que presenta el adulto mayor en México. Al analizar las tendencias en la prevalencia de la depresión, se aprecia que mientras en el año 2000, a nivel mundial, la depresión se ubicó en el cuarto lugar en la tabla de enfermedades causantes de discapacidad, después de las infecciones respiratorias bajas, las condiciones perinatales y el VIH/SIDA, en el 2020 ocupará el segundo sitio, sólo detrás

de las enfermedades isquémicas cardíacas (OMS, 2008; Cruz, 2005). La depresión tiene componentes tanto sociales como personales y afecta tanto el funcionamiento individual como la cualidad de las relaciones interpersonales.

Si bien los componentes sociales de la depresión han sido examinados ampliamente (Brown y Harris 1978) aún queda mucho por investigar sobre los factores contribuyentes, las manifestaciones y especialmente sobre la eventual prevención de dicho fenómeno.

La delimitación de la depresión respecto a otros sentimientos como la tristeza o la soledad aún tiene que ser documentada. Al respecto, Montero-López Lena (1998) al estudiar una muestra de adultos mexicanos evidenció que existe una alta correlación entre depresión y soledad; no obstante son variables independientes meritorias de estudio particular.

Montero-López Lena (1999) definió la soledad como un fenómeno psicológico multidimensional potencialmente estresante, que ocurre como resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, con un impacto diferencial sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica del sujeto. El impacto de la soledad sobre el funcionamiento psicológico del individuo dependerá de la interpretación que haga éste de sus vivencias vinculadas a carencias afectivas. De tal manera que la soledad puede ser evaluada como una experiencia negativa o como una oportunidad de crecimiento personal. De acuerdo con Montero-López Lena (1993, 1998) la soledad es multidimensional, porque involucra aspectos tanto de personalidad

(v.gr. evaluaciones cognoscitivas negativas, deficiencias en el desarrollo afectivo, baja autoestima) como de interacción social (v.gr. tendencia hacia el aislamiento) y dificultades en la manifestación de habilidades conductuales (v.gr. deficiencia en el establecimiento y consolidación de redes sociales). Por su cualidad temporal la soledad posee características secuenciales. Así, es factible identificar antecedentes, manifestaciones y consecuencias de la soledad, mismas que varían en intensidad y duración.

La soledad como fenómeno psicológico ha recibido escasa atención. No obstante, la literatura especializada identificaba desde inicios de los 80's un incipiente pero consistente cuerpo de conocimientos que documentaban las particularidades de la experiencia solitaria (Peplau y Pelman, 1982; Hojat y Crandall, 1989). Basados en un análisis exhaustivo de la literatura científica (PsycInfo 1967-1999) generada sobre el tópico de soledad, Montero-López Lena y Sánchez-Sosa (2001) propusieron un modelo integral para dar cuenta de los factores constitutivos de la soledad. Los autores referidos combinaron el enfoque fenomenológico (Mijuskovic, 1985; Moustakas, 1961; Rokach, 1988), con el cognoscitivo (De Jong-Gierveld, 1987; Paloutzian y Janigian, 1989; Peplau y Perlman, 1982), e identificaron dos componentes básicos de la soledad: (1) déficits en la provisión de fuentes de afecto, y (2) estrategias de afrontamiento. Con base en dicha integración Montero-López Lena (1999) estructuró un instrumento para evaluar los componentes referidos al que denominó Inventario Multifacético de Soledad, (IMSOL). El IMSOL posee dos apartados, mismos que evalúan de manera independiente Fuentes de Afecto Deficitario (FAD's) y Conductas de Afrontamiento ante la Soledad (CAS's). Tanto las FAD's como las CAS's incluyen la medición de aspectos positivos y negativos asociados con las conductas de afrontamiento ante la soledad, así como con distintos tipos de déficits afectivos que facilitan la experiencia solitaria (v.gr. carencia de bienestar personal, de familia, de pareja, de amigos y de compañeros de trabajo). El inventario respeta tanto la unidimensionalidad de cada déficit afectivo en cada tipo de relación, como la multidimensionalidad del fenómeno como totalidad.

Cabe señalar que la experiencia de soledad en el anciano es un fenómeno escasamente estudiado dentro del contexto mexicano. Particularmente, llama la atención que a pesar de que esta experiencia ha sido vinculada con la disminución del sistema inmunológico (Kiercolt-Glaser, Speicher, Holliday y Glaser, 1984; Kiercolt-Glaser, et al 1984a) y como antecedente de estados depresivos tanto en adolescentes (Rook, 1987) como en adultos (Mullins, Johnson y Andersson, 1989; Moore y Schults, 1989), son escasos aún los estudios (Rivera-Ledesma, 2003) que documentan el impacto de dicho fenómeno sobre el funcionamiento psicológico del adulto mayor en México. Es clara la necesidad de sufragar esta carencia y aportar evidencia que permita derivar opciones

de tratamiento psicológico integral ad-hoc para este sector de la población. En congruencia, un primer paso es la identificación de medidas que den cuenta de la frecuencia y magnitud de la experiencia solitaria en los adultos mayores mexicanos.

En el presente capítulo se incluye una versión del IMSOL adaptada específicamente para adultos mayores denominada IMSOL-AM. Cabe señalar que esta versión ha sido empleada en diversos estudios (Rivera-Ledesma y Montero-López Lena, 2004; Rivera-Ledesma y Montero-López Lena, 2005) y ha probado reiteradamente su pertinencia y confiabilidad para ser usada con población senecta. Su brevedad y adaptación a la idiosincrasia del adulto mayor mexicano; su solidez factorial, su validez de constructo por contraste y convergencia y su consistencia interna, permiten una evaluación sencilla y práctica de la soledad en estudios clínicos y sociales.

DESARROLLO METODOLÓGICO DEL IMSOL-AM

Muestra

Se entrevistaron 193 sujetos (n=59 hombres; n=134 mujeres) con un rango de edad entre 50 y 92 años, con una media de 60.0 años y una desviación estándar de 7.6 años. Los criterios de inclusión-exclusión especificaron que estos adultos debían ser funcionales en términos cognoscitivos e independientes para responder ante los cuestionarios que se les presentaron.

Instrumentos

Escala de Soledad en el Adulto Mayor, IMSOL-AM. Se tomó la sub-escala de Carencia de Bienestar Emocional del IMSOL original (Montero-López Lena, 1999). Dicha sub-escala agrupa 20 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert de cinco puntos, donde a mayor puntaje, mayor soledad. El propósito fundamental de someter a prueba empírica la sub-escala referida consistió en explorar si era susceptible de ser empleada en población senecta, identificando alguna posible estructura factorial subyacente en los 20 reactivos considerados.

Escala de Soporte Social Percibido, ESS (Tagaya, Okuno, Tamura y Davis, 2000; Traducida y adaptada en Adultos Mayores mexicanos por Rivera-Ledesma y Montero-López Lena, 2007). Mide la disponibilidad de varios niveles de soporte social percibido: soporte emocional, económico e instrumental y cuidado de corto y largo plazo, con opciones de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, donde a mayor puntaje mayor soporte social percibido.

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, CES-D, (Radloff, 1977; Medina-Mora, et al., 1992). Mide sintomatología depresiva en la población general y pone el énfasis en el comportamiento afectivo. Incluye 3 sub-escalas: (a) Tristeza y desánimo, (b) Dificultades con el sueño y (c) Sentimientos de fracaso e inseguridad. Las opciones de respuesta tipo Likert de tres puntos permiten estimar un mayor grado de depresión, a mayor puntaje obtenido.

Procedimiento

Los sujetos fueron encuestados mientras esperaban ser atendidos en una clínica de salud gubernamental ubicada en la Zona Sur de la Ciudad de México. La escala IMSOL-AM fue incluida en una batería de instrumentos dentro de una investigación más amplia realizada con Adultos Mayores (Rivera-Ledesma y Montero-López Lena, 2005). Los sujetos fueron elegidos por disponibilidad, de manera voluntaria, habiéndoseles garantizado una participación anónima. Los cuestionarios que presentaron 5% de omisión en las respuestas fueron descartados. Los datos obtenidos fueron analizados en el sistema SPSS, v. 11.0

Resultados

La mayor proporción de la muestra alcanzó estudios medios superiores (75.1%); pocos terminaron un posgrado (24.9%). Lo cual es consistente con la distribución de escolaridad en la población en general (CONAPO, 2003). Por otra parte, el 49 % (n=94) de la muestra mantenía al momento de la encuesta algún tipo de compromiso marital (v.gr. matrimonio, unión libre), en tanto que el restante 51% (n=99) no lo tenía.

ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

Con el propósito de identificar la estructura factorial subyacente a la subescala *Carencia de Bienestar Emocional* del IMSOL-(Montero-López Lena, 1999), fueron sometidos al proceso de discriminación de reactivos los 20 ítems que la constituyen. Los procedimientos fueron tres: (a) distribución de frecuencias (10-80). Implicó que no menos de 10% ni más de los 80% de los sujetos se agruparan en una sola opción de respuesta; (b) pruebas t cuyo criterio era obtener diferencias significativas entre los puntajes altos y bajos de cada ítem y (3) correlaciones inter-ítems mayores de .30. Los tres criterios fueron satisfechos. Se procedió a obtener la estructura factorial de los 20 reactivos empleando la rotación Oblimin (Nunnally y Bernstein, 1995) asumiéndose que los posibles factores identificados formaban parte de un

mismo concepto, la soledad. Por ello, se consideró estratégico evitar forzar la ortogonalidad de los factores empleando el método varimax. De acuerdo con Nunnally (1987) ambos métodos arrojan estructuras similares si la distribución de varianzas de los reactivos es homogénea, como fue el caso en este estudio.

Así, mediante el procedimiento Oblimin, se identificaron dos factores que explicaron el 57.7% de la varianza (Cf. Cuadro 8-1). El primer factor denominado "Alienación familiar" presentó un valor eigen de 10.35 y agrupó reactivos que aludieron a incomprensión, alejamiento y reprobación familiar sentimientos que facilitaban al sujeto sentirse rechazado, aislado y abandonado; todo ello vinculado con la experiencia solitaria en relación con la carencia de afecto proveniente de la familia nuclear. El segundo factor identificado como "Insatisfacción personal" obtuvo un valor eigen de 1.19 y agrupó reactivos vinculados con la insatisfacción y carencia de propósito en la vida, lo que facilitaba que el sujeto se sintiera desamparado e inseguro acerca de su futuro, concluyendo que la soledad era su única compañía. Si bien cabe señalar que el reactivo "se siente solo(a)?" obtuvo una carga factorial alta en los dos factores identificados, se consideró pertinente dejarlo dentro del primer factor dado que fue ahí donde presentó la carga mayor, además de que la congruencia conceptual intrafactor era más clara y directa.

Como puede apreciarse, ambos factores documentan facetas estrechamente asociadas con la soledad. Los valores alpha alcanzados en ambas dimensiones sugieren una alta consistencia de respuestas entre los sujetos de la muestra y por ende, es factible asumir que los factores identificados son significativos y útiles para evaluar la experiencia solitaria en adultos mayores mexicanos.

Validez de constructo

Con el fin de documentar la validez de constructo de la escala IMSOL-AM se realizaron pruebas de convergencia y contraste. Para evaluar el nivel de convergencia se empleó la prueba de tamizaje para depresión CES-D (De la Fuente y Kershenovich, 1992; Medina-Mora, et al. 1992; Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza, 1993). En nuestra muestra obtuvo una consistencia interna de .89. Y para documentar la característica de contraste se empleó la Escala de Soporte Social-ESS (Tagaya, Okuno, Tamura, y Davis, 2000) que en la muestra focal obtuvo un índice de consistencia interna de .91. Como se aprecia en la Cuadro 8-2, se confirmaron de manera significativa las tendencias esperadas. Es decir, se obtuvieron correlaciones altas, directas y significativas entre los factores de soledad y la escala CES-D. En tanto que se identificó una correlación inversa y significativa entre los factores referidos y la escala de Soporte Social.

Cuadro 8-1. Escala de Soledad en el Adulto Mayor, IMSOL-AM
Estructura Factorial* e índices de Consistencia interna**

Reactivos	Factores	
	Alienación Familiar $\alpha = .93$	Insatisfacción Personal $\alpha = .89$
05. Se siente incomprendido en su familia	.874	
10. Se siente apartado de su familia	.840	
15. Siente que su familia desaprueba su manera de ser	.819	
02. Se siente rechazado	.697	
04. Se siente aislado	.631	
11. Se siente abandonado	.611	
06. Se siente vacío de cariño	.594	
13. Siente que su familia desconoce sus sentimientos	.580	
01. Siente que solo cuenta consigo mismo	.480	
09. Se siente solo	.454	.438
08. Se siente como encerrado en sí mismo	.407	
14. Se siente insatisfecho con su vida		.806
16. Siente que su vida carece de propósito		.788
17. Se siente desamparado		.785
03. Se siente inseguro acerca de su futuro		.692
12. Siente su vida vacía		.626
19. Siente que su vida está llena de conflictos y tristezas		.598
07. Se siente cansado de luchar por la vida		.535
18. Siente que la soledad es su única compañía		.465
20. Se siente triste		.444
Consistencia interna total: $\alpha = .95$		

*Análisis de componentes principales con rotación Oblimin y normalización Kaiser; convergencia en 24 interacciones.

** Alfa de Cronbach.

Cuadro 8-2. Correlaciones entre las escalas IMSOL-AM, CES-D y ESS

	CES-D	ESS	IMSOL- AM Alienación Familiar	IMSOL-AM Insatisfacción Personal
ESS	-.358**			
IMSOL-AM. Total.	.506**	-.587**		
IMSOL-AM. Alienación Familiar	.651**	-.602**	.827**	
IMSOL-AM. Insatisfacción Personal	.645**	-.474**	.776**	.823**

** $p < 0.01$ (2 colas), $N = 193$ en todos los casos

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los hallazgos expuestos en el presente capítulo permiten ratificar el carácter esencialmente subjetivo de la experiencia solitaria (Montero-López Lena, 1999). Es importante destacar que la soledad es un fenómeno que se presenta a lo largo de la vida y que no es privativo de ninguna etapa. Si bien durante la senectud la experiencia solitaria parece presentarse con mayor frecuencia (Montero-López Lena, 1993), no siempre dicha experiencia presenta características negativas, de hecho se cuenta con evidencia empírica (op.cit.) que documenta que existe una tendencia a identificar aspectos positivos de la soledad conforme se avanza en edad.

La relevancia de la soledad como objeto de estudio no es exclusiva de la psicología. No obstante, es desde esta disciplina donde se pueden desarrollar programas de intervención oportunos y conducentes a prevenir desajustes en el funcionamiento emocional de los sujetos vinculados con la incidencia repetida de experiencias solitarias. Particularmente durante la senectud, la soledad adquiere dimensiones especiales debido a la combinación de dos factores: (a) incremento en las pérdidas de diferente índole y (b) limitación de recursos con los que cuenta el Adulto Mayor para enfrentar dichas pérdidas (Rivera-Ledesma y Montero-López Lena, 2008, en prensa). Dentro de este contexto la soledad emerge como un fenómeno de transición que puede, si se le identifica a tiempo, amortiguar o idealmente prevenir el impacto negativo de las pérdidas particularmente de orden afectivo que enfrenta el Adulto Mayor.

Como se ha documentado, la soledad y la depresión son fenómenos relacionados pero no equivalentes (Montero-López Lena, 1998). Ello permite asumir, específicamente dentro de la población adulta mayor, que no todo sujeto que se encuentre solo o sola desarrollará un cuadro depresivo. ¿Qué es lo que hace diferente a la experiencia solitaria de la depresiva? De acuerdo con la literatura especializada (Leventhal, Patrick-Miller, Leventhal & Burns, 1998) mientras la depresión posee un componente fisiológico identificable, la soledad es esencialmente subjetiva (Montero-López Lena, 1999). Al parecer, y apoyados en los resultados expuestos en el presente capítulo, la soledad deriva de un déficit en la percepción del afecto que se recibe de los otros; particularmente de esos otros que son importantes o valiosos para el sujeto en cuestión (v. gr. familiares cercanos, pareja, amigos). Cuando esta percepción es deficiente, es decir, cuando el afecto que se recibe de quien se aprecia o valora no es suficiente para satisfacer las demandas propias de afecto, entonces se experimenta soledad. El curso que siga la soledad dependerá de los recursos psicológicos, sociales y conductuales de que disponga el sujeto focal. En este sentido, contar con una estructura psicológica funcional, dis-

poner de una red de apoyo social eficiente o bien poseer un repertorio de conductas que compitan con el sentimiento de soledad en su manifestación, servirán como amortiguadores o, en el mejor de los casos, como catalizadores de la experiencia solitaria.

Según se evidenció en este capítulo, parece ser que existen dos dimensiones que son cruciales para que el adulto mayor mexicano sienta soledad: *Alienación Familiar e Insatisfacción Personal*. Es interesante notar que la preeminencia de lo familiar en la experiencia solitaria del adulto mayor mexicano parece responder al valor que en este contexto se le otorga a este importante factor (Bartra, 2002; Díaz-Guerrero, 1986, 1992). En congruencia, si la ausencia de afecto por parte de la familia representa la mayor fuente de soledad para el adulto mayor en México, entonces por implicación puede considerarse también como parte de la prevención para que dicho sentimiento se posponga, se evite o se resuelva de una manera positiva. En consecuencia, la identificación de este primer factor abre la posibilidad de desarrollar estrategias de intervención comunitaria y/o social que promuevan la interacción afectiva y constructiva al interior del núcleo familiar, y con ello prevenir, si no es que reducir en gran medida la experiencia solitaria en el adulto mayor mexicano.

Por otra parte, la identificación del segundo factor denominado Insatisfacción Personal como componente esencial de la experiencia solitaria, responde a una perspectiva cognoscitiva donde el sujeto percibe una discordancia entre el nivel deseado y logrado de intimidad afectiva (Peplau y Pelman, 1982). En tanto que se hace referencia a un componente cognoscitivo, es razonable asumir que se está abordando un aspecto de la personalidad vinculado factiblemente con el desarrollo socioemocional que ha caracterizado al sujeto en cuestión. Al respecto De Jong-Gierveld (1987) propuso tres características de la personalidad que se asocian con la experiencia de soledad: el concepto del yo, la ansiedad social y la introversión. Es claro que un concepto devaluado del yo en combinación con un incremento en la ansiedad social y una tendencia sesgada hacia la introversión conducen muy probablemente a la experiencia solitaria. De nuevo, una vez que se identifican los factores contribuyentes de un problema, emergen también opciones de tratamiento. De hecho, ya se han propuesto programas de autoayuda (Levete, 1993/1996; Cowan y Kinder, 1985/1989), que intentan dar opciones para sufragar deficiencias en estos tres componentes y otros más que contribuyen a la experiencia solitaria en los adultos.

A pesar de la evidencia descrita, la atención que ha recibido la soledad que experimenta el adulto mayor mexicano es escasa, y más escaso aún es el acervo de información que documente de manera sistemática los factores contribuyentes o disparadores de la soledad en este sector de la población. Es difícil aún encontrar opciones de inter-

vención social, terapéutica o pedagógica que orienten tanto al anciano como a sus cuidadores o familiares cercanos a fomentar o estructurar interacciones afectivas eficientes que amortigüen o bien disminuyan la frecuencia de la experiencia solitaria. Por ello, el esfuerzo disciplinario que representa la estructuración del presente libro constituye una opción concreta para sufragar la carencia identificada.

En resumen, en este capítulo se documentaron las cualidades psicométricas de la escala IMSOL-AM. Esta escala mide la frecuencia de la experiencia solitaria en adultos mayores. Con base en los dos factores identificados, Alienación Fa-

miliar e Insatisfacción Personal, es factible contribuir a la generación de estrategias de intervención psicológica que reduzcan el impacto negativo de la experiencia solitaria que puede llegar a experimentar el adulto mayor mexicano. Si bien la escala aludida es útil para evaluar la frecuencia de la soledad, debe reconocerse que aún proporciona una aproximación parcial a la multidimensionalidad de su estructura. Enriquecer el IMSOL-AM con otros factores contribuyentes de la soledad y documentar su validez ecológica con diversas muestras tanto mexicanas como latinoamericanas representa un reto a cubrir en el futuro cercano.

IMSOL-AM: Escala de Soledad en el Adulto Mayor

- **Objetivo del instrumento.** Evaluar la frecuencia de la experiencia de soledad en Adultos Mayores.
- **Población a la que evalúa (edades).** Sujetos con una edad igual o mayor a los 50 años.
- **Instrucciones de aplicación.** La escala puede ser aplicada de manera individual o colectiva.
- **Instrucciones de aplicación.** Se le entrega al sujeto una copia de la escala impresa en papel y un lápiz, sugiriéndole que lea las instrucciones y conteste lo mejor que pueda. Las instrucciones figuran en el cuerpo de la escala.
- **Instrucciones de calificación.** Cada afirmación es resuelta eligiendo una de cinco respuestas numeradas de 0 a 4. el puntaje total de la escala y el de cada una de sus subescalas se obtiene de la siguiente manera:
Sumar los puntajes obtenidos en los reactivos 01, 02, 04, 05, 06, 08, 09, 10, 11, 13 y 15. Este puntaje corresponde a la subescala de Alienación Familiar. Se sugiere dividir el puntaje total entre 11 (número total de reactivos que constituyen esta subescala), para mantener el rango de calificación de 0 a 4 y así hacer posibles comparaciones con la subescala de Insatisfacción Personal.
- **Sumar los puntajes obtenidos en los reactivos 03, 07, 12, 14, 16, 17, 18, 19 y 20.** Este puntaje corresponde a la subescala de Insatisfacción Personal. Se sugiere dividir el puntaje total entre 9 (número total de reactivos que constituyen esta subescala).
- **Sumar los puntajes obtenidos en los 20 reactivos y se obtendrá la puntuación total de la frecuencia de la experiencia solitaria reportada por cada sujeto.** Se sugiere dividir el puntaje total entre 20 (número total de reactivos que constituyen al IMSOL-AM). De esta manera se podrá tener una idea del rango de variabilidad en la frecuencia solitaria de cada sujeto entrevistado.
- **Interpretación de los puntajes.** A mayor puntaje mayor frecuencia de la experiencia solitaria. Las divisiones del valor total de los puntajes entre el número de reactivos que componen cada subescala permite hacer comparaciones entre las mismas, manteniendo semejante rango de variación 0-4. No obstante para obtener correlaciones entre diversas variables se recomienda emplear el valor de los puntajes totales sin obtener promedios.
- **El instrumento final completo**
Instrucciones. Enseguida encontrará una serie de afirmaciones que describen diversos sentimientos. Su tarea consiste en indicar con qué frecuencia experimenta dichos sentimientos empleando para ello la clave que se encuentra al lado derecho de cada oración. Responda de manera sincera y espontánea, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, lo que importa es lo que usted sienta.

Afirmaciones	Todo el tiempo (4)	La mayor parte del tiempo (3)	Algunas veces (2)	Casi nunca (1)	Nunca (0)
01. Siente que sólo cuenta consigo mismo(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
02. Se siente rechazado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
03. Se siente inseguro(a) acerca de su futuro	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
04. Se siente aislado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
05. Se siente incomprendido(a) en su familia	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
06. Se siente vacío(a) de cariño	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
07. Se siente cansado(a) de luchar por la vida	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)

Continúa...

...Continuación

08. Se siente como encerrado(a) en sí mismo(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
09. Se siente solo(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
10. Se siente apartado(a) de su familia	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
11. Se siente abandonado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
12. Siente su vida vacía	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
13. Siente que su familia desconoce sus sentimientos	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
14. Se siente insatisfecho(a) con su vida	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
15. Siente que su familia desaprueba su manera de ser	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
16. Siente que su vida carece de propósito	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
17. Se siente desamparado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
18. Siente que la soledad es su única compañía	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
19. Siente que su vida está llena de conflictos y tristezas	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
20. Se siente triste	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)

IMSOL-AM: Escala de Soledad en el Adulto Mayor

- **Objetivo del instrumento.** Evaluar la frecuencia de la experiencia de soledad en Adultos Mayores.
- **Población a la que evalúa (edades).** Sujetos con una edad igual o mayor a los 50 años.
- **Instrucciones de aplicación (generales).** La escala puede ser aplicada de manera individual o colectiva.
- **Instrucciones de aplicación (si hay indicaciones específicas).** Se le entrega al sujeto una copia de la escala impresa en papel y un lápiz, sugiriéndole que lea las instrucciones y conteste lo mejor que pueda. Las instrucciones figuran en el cuerpo de la escala.
- **Instrucciones de calificación (puntuaciones o registros que hay que hacer, así como la manera en que se obtienen los resultados).** Cada afirmación es resuelta eligiendo una de cinco respuestas numeradas del 0 al 4. El puntaje total de la escala y el de cada una de sus subescalas se obtiene de la siguiente manera: Sumar los puntajes obtenidos en los reactivos 01, 02, 04, 05, 06, 08, 09, 10, 11, 13 y 15. Este puntaje corresponde a la subescala de *Alienación Familiar*. Se sugiere dividir el puntaje total entre 11 (número total de reactivos que constituyen esta subescala), para mantener el rango de calificación de 0 a 4 y así hacer posibles comparaciones con la subescala de Insatisfacción Personal.
- Sumar los puntajes obtenidos en los reactivos 03, 07, 12, 14, 16, 17, 18, 19 y 20. Este puntaje corresponde a la

subescala de *Insatisfacción Personal*. Se sugiere dividir el puntaje total entre 9 (número total de reactivos que constituyen esta subescala).

- Sumar los puntajes obtenidos en los 20 reactivos y se obtendrá la puntuación total de la frecuencia de la experiencia solitaria reportada por cada sujeto. Se sugiere dividir el puntaje total entre 20 (número total de reactivos que constituyen al IMSOL-AM). De esta manera se podrá tener una idea del rango de variabilidad en la frecuencia solitaria de cada sujeto entrevistado.
- **Sugerencias o pautas de interpretación (elementos que sirvan de guía para quienes hagan uso de esta obra; de preferencia enlistadas o presentadas de manera muy breve).** A mayor puntaje mayor frecuencia de la experiencia solitaria. Las divisiones del valor total de los puntajes entre el número de reactivos que componen cada subescala permite hacer comparaciones entre las mismas, manteniendo semejante rango de variación 0-4. No obstante para obtener correlaciones entre diversas variables se recomienda emplear el valor de los puntajes totales sin obtener promedios.
- **Normas estadísticas (tablas o cuadros de referencia, percentiles, etc- según sea el caso).** No aplica.
- **El instrumento final completo (se refiere a la versión final que se podrá usar, de manera que quienes adquieran la obra, puedan hacer uso de él)**

INSTRUCCIONES. Enseguida encontrará una serie de afirmaciones que describen diversos sentimientos. Su tarea consiste en indicar con qué frecuencia experimenta dichos sentimientos empleando para ello la clave que se encuentra al lado derecho de cada oración. Responda de manera sincera y espontánea, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, lo que importa es lo que usted sienta.

Afirmaciones	Todo el tiempo (4)	La mayor parte del tiempo (3)	Algunas veces (2)	Casi nunca (1)	Nunca (0)
01. Siente que sólo cuenta consigo mismo(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
02. Se siente rechazado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
03. Se siente inseguro(a) acerca de su futuro	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
04. Se siente aislado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
05. Se siente incomprendido(a) en su familia	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
06. Se siente vacío(a) de cariño	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
07. Se siente cansado(a) de luchar por la vida	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
08. Se siente como encerrado(a) en sí mismo(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
09. Se siente solo(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
10. Se siente apartado(a) de su familia	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
11. Se siente abandonado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
12. Siente su vida vacía	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
13. Siente que su familia desconoce sus sentimientos	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
14. Se siente insatisfecho(a) con su vida	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
15. Siente que su familia desaprueba su manera de ser	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
16. Siente que su vida carece de propósito	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
17. Se siente desamparado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
18. Siente que la soledad es su única compañía	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
19. Siente que su vida está llena de conflictos y tristezas	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
20. Se siente triste	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)

REFERENCIAS

- American Psychological Association. PsycInfo (1967-2008). Data-Base. Washington:APA.
- Bartra, R. (2002). Anatomía del Mexicano. México: Plaza Janés Eds.
- Brown, W. G. & Harris, T. (1978). Social Origins of Depression. UK: Tavistock Publications.
- CONAPO, 2003 Consejo Nacional de Población y Vivienda-CONAPO (2003). Carpeta Informativa. Día Mundial de la Población. México: CONAPO
- Cowan, C. y Kinder, M. (1985/1989). Bellas, inteligentes ...y solas. Buenos Aires: Vergara.
- Díaz-Guerrero, R. (1992). El desarrollo de la personalidad en México. Implicaciones para las teorías de la personalidad. Investigación Psicológica, Vol. 2 (1), 81-99.
- Díaz-Guerrero, R. (1967/1982). Psicología del Mexicano. México: Trillas.
- De Jong-Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. Journal of Personality and Social Psychology, 53(1), 119-128.
- De la Fuente, J.R. y Kershenovich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. Revista de la Facultad de Medicina, UNAM. 35 (2), 47-51.

- Cruz Martínez, A (2005). La depresión, enfermedad del siglo XXI, afecta en México a 10 millones. La Jornada. Recuperado el día 5 de Enero del 2008 en <http://www.jornada.unam.mx/2005/02/23/a02n1cie.php>
- Gutiérrez Robledo, LM. (2004). La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. Recuperado el día 5 de Enero del 2008 en <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm26.pdf>
- Hojat, M. y Crandall, R.(Eds.) (1989). Loneliness. Theory, research, and applications. Newbury Park, CA.: SAGE.
- Kiercolt-Glaser, J. K., Speicher, C. E., Holliday, J. E. y Glaser, R. (1984). Stress and the transformation of lymphocytes by Epstein-Barr virus. Journal of Behavioral Medicine, 7, 1-11.
- Kiercolt-Glaser, J. K., Ricker, D., Messick, G., Speicher, C., Holliday, J., Garner, W., y Glaser, R. (1984a). Urinary cortisol levels, cellular immunocompetency, and loneliness in psychiatric inpatients. Psychosomatic Medicine, 46, 15-24.
- Leventhal, H., Patrick-Miller, L., Leventhal E.A., and Burns, E.A. (1998). Does stress-emotion cause illness in elderly people?. In: K.W. Schaie and M.P. Lawton, Eds., Annual review of gerontology and geriatrics. 17, 138-184.
- Levette, G. (1993/1996). Cómo vencer la soledad. México: Panorama Editorial.

- Mariño, M., Medina-Mora, M., Chaparro, J., y González-Forteza, C. (1993). Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 10 (2), 141-145.
- Medina-Mora, M., Rascón, M. L., Tapia, R., Mariño, M. C., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J. y Gómez, M. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. pp. 48-55
- Mijuskovic, B. L. (1985). *Loneliness*. San Diego, CA.: Libra
- Montero-López Lena, M. (1998). Soledad y depresión: ¿Fenómenos equivalentes o diferentes?, *La Psicología Social en México*. México: AMEP-SO, 7, 62-67.
- Montero-López Lena, M. (1999). Soledad: Desarrollo y validación de un inventario multifacético para su medición, Tesis Doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.
- Montero-López Lena, M. y Sánchez-Sosa, J.J. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual, *Salud Mental*, 24 (1), 19-27.
- Montero-López Lena, M. (1993). Significado psicológico de la soledad en la adolescencia. *Revista Mexicana de Psicología Social y Personalidad*, IX (1), 1-12.
- Moore, DW & Schults, N. R. Jr. (1989). Loneliness among the Elderly: The role of perceived Responsibility and Control. En M. Hojat, y R. Crandall (Eds.) (1989). *Loneliness. Theory, research, and applications*. Newbury Park, CA.: SAGE. (215-224).
- Medina-Mora, M., Rascón, M.L., Tapia, R., Mariño, M.C., Juárez, F., Villatoro, J. Caraveo, J. y Gómez, M., (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. México.
- Moustakas, C.E. (1961). *Loneliness*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Mullins, L. C., Johnson, D. P. y Andersson, L. (1989). Loneliness of the elderly: The impact of family and friends. En M. Hojat y R. Crandall (Eds.) *Loneliness. Theory, research, and applications*. Newbury Park, CA.: SAGE.(225-238).
- Novelo de López, H. I. (2003). Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década. XVIII Congreso Nacional de AMM-FEN, 6-9 de Abril del 2003, Querétaro, Qro. México. Edición Especial No. 5-2003.
- Nunnally, J. C. y Berstein, I. J. (1995). *Teoría Psicométrica*. México: McGraw Hill.
- Nunnally, J.C. (1987). *Teoría Psicométrica*. México:Trillas.
- OMS (2008). Consultado el 1 de Enero del 2008 en [http:// www.who.int/reach](http://www.who.int/reach).
- Paloutzian, R.F., Janigian, A.S. (1989). Models and methods in loneliness research: their status and direction. En: Hojat, M., Crandall, R. (Eds). *Loneliness. Theory, Research, and Applications*. Newbury Park: Sage. pp. 31-36.
- Peplau, L.A., Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. En: Peplau, L.A.Perlman, D. (eds). *Loneliness. A sourcebook of current Theory, Research and Theory*. New York.: Wiley & Sons. pp. 1-18,
- Rivera-Ledesma, A. (2003). *Espiritualidad y Salud mental en Adultos Mayores*, Tesis de Maestría en Psicología Clínica, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, División de Estudios de Posgrado, Ciudad Universitaria, México, D.F.
- Rivera-Ledesma, A. (2007). *Modelo de Intervención Racional Emotivo para la Promoción del Ajuste Psicológico en el Adulto Mayor en un Contexto Religioso*. Tesis Doctoral en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. México.
- Rivera-Ledesma, A. y Montero-López Lena, M. (2004). *Espiritualidad y Ajuste en el Adulto Mayor*. Memoria electrónica del XXII Coloquio de Investigación de la FEZ-Iztacala. Memoria en extenso. Agosto, 25-27, 2004. México
- Rivera-Ledesma, A. y Montero-López Lena, M. (2005). *Espiritualidad y Religiosidad en Adultos Mayores Mexicanos*. *Salud Mental*, Vol. 28 (6) 51-58.
- Rokach, A. (1988). Antecedents of loneliness: A factorial analysis. *The Journal of Psychology*, 123 (4), 369-384.
- Rook, K. S. (1987). Social support versus companionship: Effects on life stress, loneliness, and evaluations by others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(6), 1132-1147.
- Tagaya, A., Okuno, S., Tamura, M. y Davis, A. (2000). Social support and end-of-life issues for small town Japanese elderly, *Nursing and Health Sciences*, 2:131-137.
- World Health Organization-WHO (2008). Consultado el 1° de Enero del 2008 en: <http://www.who.int/research/>



INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE

JOAQUÍN TOMÁS-SÁBADO

Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat
Universitat Autònoma de Barcelona

INTRODUCCIÓN

La idea de la muerte ha sido siempre consustancial al pensamiento humano y constituye, desde la antigüedad, un tema de preocupación tan intenso para el hombre que incluso algunas civilizaciones, como la egipcia, centraron en torno a la muerte gran parte de sus actividades económicas y artísticas. El hecho de que la única de las siete maravillas del mundo clásico que aún permanece en pie sea un conjunto de tumbas puede considerarse anecdótico pero, de alguna manera, pone de manifiesto la importancia y la persistencia histórica de la preocupación humana por morir (Abdel-Khalek, 1998b).

Es evidente que todos tenemos miedo a dejar de existir, a lo desconocido, a la incertidumbre. Nadie está cómodo delante de una persona que se está muriendo, ni delante de una persona que tiene una enfermedad grave e incurable, quizás porque nos hace pensar en nuestra propia muerte; afloran nuestros miedos y tenemos tendencia a alejarnos de estas situaciones (Limonero, 1996).

Sin embargo, el concepto de muerte es abstracto, complejo y tiene múltiples acepciones, de manera que su abordaje y comprensión dependen, en gran parte, de aspectos tales como la edad, la cultura, la educación, la sociedad o la religión. De hecho, la muerte tiene una dimensión social y cultural que varía según el momento histórico, las costumbres, las creencias y la sociedad donde acontece (Azulay, 2000). En la hedonista sociedad occidental, en la que me-

dianate la publicidad y el consumo se potencia el éxito, el poder, el placer inmediato y la eterna juventud, hay una tendencia social a aislar el fenómeno de la muerte y de todo lo que la rodea. Por ello, no tiene cabida, es un tema tabú, al igual que la vejez, el dolor, la enfermedad, las discapacidades y la pobreza, por lo que se intenta disimular y ocultar.

Desde los trabajos pioneros de Feifel (1955, 1956) dedicados al estudio de las actitudes humanas ante la muerte, el interés de la investigación científica por el tema ha experimentado un aumento constante, y ha dado lugar en la literatura de los últimos 50 años a un importante cuerpo de trabajos empíricos (Neimeyer, 1997-1998). Una gran parte de las investigaciones experimentales y correlacionales realizadas durante este tiempo se han aplicado al estudio de los aspectos relacionados con la *ansiedad ante la muerte*, entendida como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza, reales o imaginados, a la propia existencia (Limonero, 1997) que pueden desencadenarse ante estímulos ambientales como cadáveres, cementerios, etc.; estímulos situacionales que se hayan asociado con los anteriores y sean capaces de provocar una respuesta condicionada; y también por estímulos internos de la persona, como pensamientos o evocación de imágenes relacionadas con el deceso propio o el ajeno.

En los últimos años, el interés por la ansiedad ante la muerte se ha dirigido hacia otros constructos relacionados, en un intento de estructurar un modelo psicológico global sobre el malestar experimentado por las personas ante la idea de la muerte. Desde esta perspectiva se han

propuesto los constructos de Depresión ante la Muerte (Templer, Lavoie, Chalgujian & Thomas-Dobson, 1990) y de Obsesión ante la Muerte (Abdel-Khalek, 1998b), junto con sus correspondientes instrumentos de evaluación: la Escala de Depresión ante la Muerte (*Death Depression Scale: DDS*) y la Escala de Obsesión ante la Muerte (*Death Depression Scale: DOS*), respectivamente.

Fuera del ámbito anglosajón, el interés por el estudio científico de las actitudes humanas ante la muerte y el desarrollo de estudios empíricos, que, por tradición, fue objeto de escasa atención por parte de los investigadores, ha experimentado un considerable impulso en los últimos años, tal vez provocado por factores como el aumento de la esperanza de vida, la emergencia de la filosofía de los *cuidados paliativos* y la progresiva institucionalización del proceso de morir, que plantean la necesidad de disponer de programas de formación y profesiones especializados.

Una parte importante de estos trabajos se ha aplicado al estudio del impacto emocional y las estrategias de afrontamiento que la muerte provoca en los profesionales sanitarios, los cuales han de asumir como parte de su trabajo, el sufrimiento y la muerte ajenas (Tomás-Sábado, 2002; Tomás-Sábado & Guix, 2001). El contacto con el dolor, la agonía y la muerte es en particular frecuente en el profesional de enfermería que, por lo general, es quien mantiene una relación más estrecha con el paciente y la familia a lo largo de la enfermedad y en sus últimos momentos. Este colectivo de profesionales, que ha de enfrentarse directa y a menudo con la muerte y la agonía de las personas a las que cuidan, puede verse afectado, en mayor o menor grado, por la ansiedad, al intervenir sus propios miedos ante la muerte (Busquets & Pujol, 2001), que puede traducirse en una atención inadecuada al enfermo y a sus familiares, como por ejemplo, actitudes de evitación o de inseguridad.

Desde la perspectiva teórica, el estudio de las actitudes humanas ante la muerte precisa disponer de un modelo abierto, quizá basado en una integración de teorías, que sea competente en su abordaje integral (Tomer, 1994). Además, en la investigación aplicada deberemos contar con instrumentos adecuados de medida, válidos y fiables, que puedan ser utilizados en la evaluación de los diferentes constructos implicados. Las escalas presentadas en este trabajo son tal vez las que poseen, dentro del amplio espectro de instrumentos que existen en la literatura, una mayor coherencia teórica y metodológica, en cuanto a que son representativas de tres aspectos diferenciales, aunque relacionados, en torno a un mismo constructo teórico, el de Disconfort ante la Muerte propuesto por Triplett et al. (1995). La presentación de las formas españolas validadas de estas escalas pretende contribuir al desarrollo en lengua hispana de una línea de investigación psicológica empírica en un campo de indudable interés y posibilidades para clínicos y teóricos, aplicado a la mejor comprensión de los distintos

factores que actúan sobre las actitudes individuales y sociales ante la muerte y a las posibilidades de intervenciones formativas o modificadoras.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA FORMA ESPAÑOLA DE LA ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE TEMPLER (*DEATH ANXIETY SCALE: DAS*)

El resurgimiento del interés hacia el estudio científico de las cuestiones relacionadas con la muerte, durante la segunda mitad del siglo XX, propició el desarrollo de numerosos instrumentos psicométricos, en especial escalas autoadministradas, dedicados sobre todo a la valoración del miedo o la ansiedad ante la muerte. De ellos, la Escala de Ansiedad Ante la Muerte (*Death Anxiety Scale: DAS*) de Templer (1969; 1970) es, desde su aparición, el instrumento más popular y usado más a menudo y citado en la literatura especializada (Neimeyer & Van Brunt, 1995). La DAS es un cuestionario autoadministrado compuesto por 15 ítems con respuesta dicotómica verdadero/falso. Nueve de los 15 ítems puntúan se relacionan con la opción verdadero y seis con la opción falso, y presentan un rango de posibles puntuaciones totales desde cero, para el nivel más bajo de ansiedad ante la muerte, hasta 15 para el nivel más alto.

Aunque la gran mayoría de las investigaciones que han utilizado la DAS se han realizado en países de habla inglesa, la escala ha sido traducida y adaptada a numerosos idiomas (Lonetto & Templer, 1986), habiéndose publicado trabajos realizados con las formas árabe (Abdel-Khalek, 1986, 1991; Abdel-Khalek & Beshai, 1993; Beshai & Templer, 1978), holandesa (Hoogstraten, Koele & Van der Laan, 1998), alemana (Wittkowski & Baumgartner, 1977), italiana (Saggino & Kline, 1996), portuguesa (Donovan, 1993) y japonesa (Ohya, Furuta & Hatayama, 1978). Ramos (1982) fue el primero en traducir la DAS al español y estudiar sus propiedades psicométricas en tres muestras diferentes: ancianos, estudiantes y enfermeras, de las que obtuvo puntuaciones similares a las de los estudios realizados con la forma original inglesa. Sin embargo, aunque en este estudio se apunta la conveniencia de que la escala siga siendo revisada y eventualmente modificada en el curso de nuevas investigaciones, el escaso interés que el tema de las actitudes humanas ante la muerte ha suscitado entre los investigadores de habla hispana parece ser la causa de que durante este tiempo ningún trabajo se haya dedicado a garantizar su fiabilidad y validez y a establecer sus propiedades psicométricas formales.

En el estudio que se describe a continuación (Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2002), se ha pretendido continuar con esta línea de trabajo, mediante la adaptación de la

DAS al español y la determinación de sus propiedades psicométricas: consistencia interna, estabilidad temporal y estructura factorial.

Traducción de la escala. Los 15 ítems de la DAS fueron traducidos del inglés al español por un experto bilingüe. A continuación, dos psicólogos conocedores de ambas lenguas evaluaron en conjunto la traducción en relación a la equivalencia de significado y realizaron las modificaciones que consideraron necesarias hasta llegar a un acuerdo en todos los ítems. Esta forma preliminar española fue de nuevo traducida al inglés por otra persona bilingüe y el resultado comparado con la forma original inglesa. El cuadro 9-1 contiene los ítems de la forma española de la DAS.

Participantes

Para la validación de la escala se utilizó una muestra formada por 187 estudiantes de la Universidad de Barcelona, España. Los sujetos, 147 mujeres y 40 hombres tenían una edad media de 20.81 años, con una desviación típica de 3.43 y un rango de 19 a 46 años.

La forma española de la DAS fue contestada por los estudiantes como parte de un cuestionario anónimo que contenía otros instrumentos de evaluación, donde los únicos datos personales que debían incluir eran la edad y el sexo. La administración se llevó a cabo durante el horario de clase por los propios profesores. De forma previa se advirtió a los estudiantes que la participación era voluntaria y que se respetaría el anonimato y la confidencialidad de los datos.

Resultados

La media de la puntuación DAS en el total de la muestra fue de 5.98 ($DT = 2.84$). La media de las mujeres fue de 6.20 ($DT = 3.42$) y la de los hombres de 5.03 ($DT = 2.65$). Las diferencias por género resultaron estadísticamente significativas ($t = 2.18$; $p < 0.05$).

La consistencia interna de la escala, estimada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, fue de 0.73. Sesenta y cuatro de los sujetos volvieron a responder la DAS tres semanas después de la primera administración y de obtuvo un coeficiente de correlación test-retest de 0.87.

Las intercorrelaciones entre los ítems se sometieron al análisis de componentes principales con posterior rotación varimax. Siguiendo el criterio de valores propios superiores a la unidad y el examen visual del gráfico de sedimentación, se identificaron cuatro factores significativos que, en su conjunto, explican 53.92% de la varianza total. El factor I, que explica 27.35% de la varianza, presenta sus mayores cargas factoriales en los ítems 5 (No tengo ningún miedo a morirme), 1 (Tengo mucho miedo a morirme), 2 (Raramente pienso en la muerte), 7 (Nunca me molestan pensamientos sobre la muerte), 10 (Me preocupa mucho el tema de la otra vida) y 15 (Pienso que no tengo ningún motivo para temer al futuro); se ha denominado *factor cognitivo-afectivo* porque sus cargas factoriales casi coinciden con las del primer factor identificado por Lonetto, Fleming & Mercer (1979). El factor II, que explica 9.71% de la varianza, se ha etiquetado como *dolor y enfermedad* y está configurado de forma similar al tercer factor de Warren & Chopra (1979), al

Cuadro 9-1 Ítems de la forma española de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS)

1. Tengo mucho miedo a morirme
2. Raramente pienso en la muerte
3. No me pone nervioso que la gente hable de la muerte
4. Me asusta mucho pensar que han de operarme
5. No tengo ningún miedo a morirme
6. No tengo un miedo especial a la posibilidad de padecer un cáncer
7. Nunca me molestan pensamientos sobre la muerte
8. A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo
9. Me da miedo tener una muerte dolorosa
10. Me preocupa mucho el tema de la otra vida
11. Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón
12. Con frecuencia pienso que realmente la vida es muy corta
13. Me estremece oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial
14. Me horroriza ver un cadáver
15. Pienso que no tengo ningún motivo para temer al futuro

factor 2 de Devins (1979) y al factor 3 de Saggino & Kline (1996), presentando las cargas factoriales más altas en los ítems 11 (Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón), 9 (Me da miedo tener una muerte dolorosa), 4 (Me asusta mucho pensar que han de operarme) y 6 (No tengo un miedo especial a la posibilidad de padecer un cáncer). El factor III, que explica 8.22% de la varianza, tiene las mayores cargas factoriales en los ítems 3 (No me pone nervioso que la gente hable de la muerte), 14 (Me horroriza ver un cadáver) y 13 (Me estremece oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial) y se ha denominado *estímulos relacionados con la muerte*. Sus cargas factoriales coinciden, a excepción de un ítem, con las del factor 4 de Devins (1979). El factor IV, que explica 7.64% de la varianza, se ha etiquetado como *conciencia del paso del tiempo* y las mayores cargas factoriales las presenta en los ítems 12 (Con frecuencia pienso que realmente la vida es muy corta) y 8 (A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo), lo que coincidió de modo exacto con el factor 3 de Devins (1979) y el factor 3 de Lonetto et al. (1979). El cuadro 9-2 contiene la estructura factorial de la versión española de la DAS, con las cargas factoriales superiores a 0.40.

Cuadro 9-2 Estructura factorial rotada (varimax) de la forma española de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS)

Ítem	Factor			
	I	II	III	IV
5	0.71			
1	0.69			
2	0.62			
7	0.61			
10	0.52			
15	0.49			
11		0.72		
9		0.68		
4		0.63		
6		0.59		
3			0.71	
14			0.65	
13			0.51	
12				0.76
8				0.69
Eigenvalor	4.12	1.45	1.23	1.07
% varianza	27.35	9.71	8.22	7.64

A partir de los resultados obtenidos, puede concluirse que las propiedades psicométricas de la forma española de la DAS son satisfactorias y cercanas a las obtenidas en estudios previos. También la estructura factorial es coherente y considerablemente similar a los obtenidos por otros autores. Estos resultados, en su conjunto, apoyan el uso de la escala como instrumento válido y fiable de evaluación de la ansiedad ante la muerte en sujetos de habla hispana.

FORMA ESPAÑOLA DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN ANTE LA MUERTE (*DEATH DEPRESSION SCALE: DDS*)

Templer et al. (1990) introducen el concepto de *Depresión ante la muerte*, frente a la evidencia de reacciones de depresión, dolor y tristeza relacionadas con la idea de la propia muerte, la de otros o los decesos en general, planteando la depresión ante estos hechos como una entidad propia que, aunque relacionada, puede diferenciarse de la ansiedad ante la muerte y aportar información complementaria al estudio de las actitudes ante ese hecho. Basándose en los conceptos de muerte y depresión, Templer et al. desarrollan la Escala de Depresión ante la Muerte (*Death Depression Scale: DDS*) para evaluar las reacciones depresivas de las personas ante la idea de la muerte. La DDS es un cuestionario autoadministrado de 17 ítems con formato de respuesta dicotómico verdadero/falso, aunque también puede usarse en formato Likert. Todos los ítems puntúan en la opción verdadero, excepto los ítems 11 y 12 que puntúan en la opción falso, de manera que la escala presenta un rango de puntuaciones de 0 a 17, indicando las puntuaciones más altas, mayores niveles de depresión ante la muerte.

En el análisis factorial de la escala se identificó una estructura integrada por seis factores, denominados *Desesperación, Temor, Tristeza, Depresión y Finalidad*. Los estudios realizados con la forma original inglesa de la DDS han encontrado correlaciones con la DAS de 0.67 (Templer et al., 1990), 0.55 (Alvarado, Templer, Bresler & Thomas-Dobson, 1995) y 0.63 (Maltby & Day, 2000a). Asimismo, utilizando la versión árabe de la escala, las correlaciones con la DAS fueron de 0.69 en muestras egipcias (Abdel-Khalek, 1997), 0.71 en libaneses (Abdel-Khalek, 1998a), y 0.73 en kuwaitíes (Abdel-Khalek, 2000; 2001). Estas altas correlaciones son previsibles puesto que ambas escalas evalúan actitudes ante la muerte y apoyan, de acuerdo con Templer et al. la validez de constructo de la DDS. Sin embargo, en todas las muestras estudiadas las puntuaciones de la DDS presentan correlaciones superiores con las medidas de ansiedad general que con las de depresión, lo que puede plantear algunas reservas sobre la capacidad de la DDS a fin de discriminar entre la depresión ante la muerte y la ansiedad ante la muerte.

Se describe a continuación el proceso de adaptación de la DDS al español (Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2003), con la estimación de sus propiedades psicométricas formales: consistencia interna y estabilidad temporal, estructura factorial y correlaciones con otros instrumentos.

Traducción de la escala. La escala fue traducida del inglés al español siguiendo las recomendaciones de Hambleton (1996), mediante procedimientos de traducción directa/ inversa. El cuadro 9-3 contiene los ítems de la forma española de la DDS.

Participantes

Para la validación de la escala se utilizó una muestra formada por 218 estudiantes de enfermería españoles, 186 mujeres y 32 hombres, con una edad media de 22.4 años ($DT = 3.3$) y un rango de 18 a 40 años.

Los estudiantes respondieron a un cuestionario que contenía, además de la DDS, las formas validadas y adaptadas al español de tres escalas: la DAS de Templer (1970), la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor (1953) como medida de ansiedad general, y la Escala Autoaplicada de

Depresión (Zung, 1965) como medida de depresión general. Todos los estudiantes participaron de forma voluntaria y se les garantizó anonimato y confidencialidad.

Resultados

La consistencia interna de la escala, estimada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, fue de 0.83. Para evaluar la estabilidad temporal, 63 estudiantes volvieron a responder a la DDS con un intervalo de cuatro semanas, de lo que se obtuvo un coeficiente de correlación test-retest de 0.87.

Los coeficientes de correlación de las puntuaciones de la DDS con la DAS y con las medidas de ansiedad y depresión general figuran en el cuadro 9-4. Todos los valores son positivos y significativos, aunque la correlación de la DDS con la DAS es muy superior a la que se observa entre la DDS y las medidas de depresión general y ansiedad general.

Con las repuestas a los 17 ítems de la DDS se realizó un análisis de componentes principales con rotación varimax. Siguiendo el criterio de Kaiser de valores propios superiores a la unidad, se identificaron cuatro factores significativos que, en su conjunto, explican 53.36% de la varianza total. El factor I, que explica 30.49% de la varianza, se ha denominado *Tristeza de la muerte* y tiene las cargas factoriales más altas en los ítems 17 (Me siento triste cuando sueño con la muerte), 2 (Me entristece oír la palabra muerte), 1 (Me deprime pensar en la muerte), 14 (La muerte es dolorosa), 3 (Me entristece pasar cerca de un cementerio), 13 (El pensar en la muerte me produce cansancio y desánimo) y 12 (La muerte no es algo que deba deprimir). El factor II explica 9.83% de la varianza y se ha denominado *Finalidad de la muerte*. Las mayores cargas las presenta en los ítems 15 (Me asusta pensar en la muerte de amigos y personas queridas), 7 (No puedo aceptar que la muerte sea el final), 5 (Me pongo muy triste cuando pienso en amigos y allegados que han muerto), 9 (Me preocupa morir solo) y 6 (Me molesta mucho pensar en lo corta que es la vida). El factor III, *Significado de la vida*, explica 6.90% de la varianza y las cargas más elevadas las presenta en los ítems 8 (La muerte despoja a la vida de su significado) y 11 (La muerte no quita significado a la vida). El factor IV, que explica 6.13% de la varianza, se ha etiquetado como *Sentimiento de pérdida* y presenta las mayores cargas en los ítems 10 (Cuando muera perderé todos los amigos y personas queridas), 16 (La muerte es el último fracaso de la vida) y 4 (La muerte supone una terrible soledad). En el cuadro 9-5 figura la estructura factorial de la adaptación española de la DDS, con las cargas factoriales superiores a 0.40.

Tanto el índice de consistencia interna como la correlación test-retest obtenidos en la muestra española son satisfactorios y similares a los obtenidos en los citados estudios previos. La misma tendencia se observa en la

Cuadro 9-3 Ítems de la forma española de la Escala de Depresión ante la Muerte

1.	Me deprime pensar en la muerte
2.	Me entristece oír la palabra muerte
3.	Me entristece pasar cerca de un cementerio
4.	La muerte supone una terrible soledad
5.	Me pongo muy triste cuando pienso en amigos y allegados que han muerto
6.	Me molesta mucho pensar en lo corta que es la vida
7.	No puedo aceptar que la muerte sea el final
8.	La muerte despoja a la vida de su significado
9.	Me preocupa morir solo
10.	Cuando muera perderé todos los amigos y personas queridas
11.	La muerte no quita significado a la vida
12.	La muerte no es algo que deba deprimir
13.	El pensar en la muerte me produce cansancio y desánimo
14.	La muerte es dolorosa
15.	Me asusta pensar en la muerte de amigos y personas queridas
16.	La muerte es el último fracaso de la vida
17.	Me siento triste cuando sueño con la muerte

Cuadro 9-4 Coeficientes de correlación entre las puntuaciones de la Escala de Depresión ante la Muerte (DDS), Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS), Depresión general y Ansiedad general (N = 218)

Escala	M	DT	1	2	3
1. Depresión ante la muerte	8.30	3.48			
2. Ansiedad ante la muerte	5.98	2.84	0.78*		
3. Depresión General	4.99	3.49	0.23*	0.21*	
4. Ansiedad General	18.70	7.65	0.31*	0.32*	0.71*

* $p < 0.01$

matriz de correlación. La correlación de la DDS con la DAS indica que, aunque puede defenderse la independencia de ambos constructos, existe una importante relación entre ellos y pueden solaparse en determinadas poblaciones. En este sentido, Siscoe, Reiner, Yanovsky, Thomas-Dobson y Templer (1992) argumentan que la depresión y la ansiedad ante la muerte son constructos relacionados que pueden

agruparse en el concepto de *Distrés ante la muerte*, que presenta distintos componentes subjetivos en las diferentes personas. Mientras que en algunas predominará la ansiedad, en otras, con el mismo nivel de malestar ante la muerte, tendrán un papel más dominante los componentes depresivos. Otro punto de coincidencia con resultados anteriores es el relativo a la superior correlación de la DDS con la ansiedad general que con la depresión general. Aunque, en principio, este dato no se ajusta al modelo propuesto en la construcción de la escala (Templer et al, 1990), es posible, como sugieren Triplett et al. (1995), que sea un efecto derivado del hecho de que varios ítems de las escalas de ansiedad general y de depresión general contienen síntomas tanto de ansiedad como de depresión (p, ej., dificultades para dormir, fatiga y preocupaciones somáticas).

Con relación al análisis factorial, los cuatro factores obtenidos configuran una estructura coherente y significativa, mucho más próxima a la encontrada por Abdel-Khalek (1998a) en sujetos árabes que a la obtenida por Templer et al. (1990) en el trabajo de construcción de la escala. Es de suponer que determinados elementos, en especial aquellos relacionados con la concepción sociocultural de la vida y de la muerte, están interviniendo en estas semejanzas y diferencias.

LA ESCALA REVISADA DE DEPRESIÓN ANTE LA MUERTE (*DEATH DEPRESSION SCALE-REVISED: DDS-R*). VALIDACIÓN DE LA FORMA ESPAÑOLA

La Escala de Depresión ante la Muerte (DDS) desarrollada por Templer et al. (1990) ha mostrado, en general, aceptables propiedades psicométricas, tanto en su forma original inglesa como en los estudios realizados con las versiones árabe (Abdel-Khalek, 1997; 1998a) o española (Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2003). Los estudios empíricos realizados han concluido una adecuada consistencia interna, validez de contenido y una estructura factorial significativa. La correlación

Cuadro 9-5 Estructura factorial rotada (varimax) de la forma española de la Escala de Depresión ante la Muerte (DDS)

Ítem	Factor			
	I	II	III	IV
17	0.70			
2	0.69			
1	0.67			
14	0.61			
3	0.59			
13	0.53			
12	0.49			
15		0.72		
7		0.61		
5		0.55		
9		0.51		
6		0.49		
8			0.70	
11			0.69	
10				0.74
16				0.60
4				0.58
Eigenvalor	5.18	1.67	1.17	1.04
% varianza	30.49	9.83	6.90	6.13

con otros instrumentos psicométricos está a favor de su validez de constructo. Sin embargo, su capacidad discriminante para diferenciar entre la ansiedad y la depresión ante la muerte puede ser discutible, considerando las altas correlaciones observadas entre la DDS y la DAS (Alvarado et al., 1995; Hintze, Templer, Cappelletty & Frederick, 1994; Templer et al., 1990) y el hecho de que la DDS presente correlaciones más altas con las medidas de ansiedad general que con las de depresión.

Con la intención de proporcionar un instrumento de medida de la depresión ante la muerte que sea más independiente de la ansiedad que la DDS original, Templer et al. (2001-2002) han desarrollado la Escala Revisada de Depresión ante la Muerte (*Death Obsession Scale-Revised: DDS-R*) a partir de un cuidadoso procedimiento de selección de ítems que pretende garantizar el componente depresivo de los enunciados y la inclusión de elementos pertenecientes al síndrome depresivo. La DDS-R es un cuestionario autoadministrado de 21 ítems que puede utilizarse tanto en formato de respuesta tipo Likert como en formato dicotómico, con una correlación entre ambas formas de 0.85. La escala presenta un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.92, razonable correlación con la ansiedad ante la muerte, depresión y ansiedad general y una estructura factorial con cuatro factores significativos, que se han denominado: *Tristeza, Anergia, Vacío existencial y Anhedonia*.

A continuación se presenta el desarrollo de la forma española de la DDS-R (Tomás-Sábado, Limonero, Templer & Gómez-Benito, 2004-2005).

Traducción de la escala. Los 21 ítems de la DDS-R fueron traducidos al español por dos expertos bilingües. A continuación, dos psicólogos conocedores de ambas lenguas evaluaron las traducciones con relación a la equivalencia de significado y realizaron modificaciones hasta llegar a un acuerdo en todos los ítems. Esta versión preliminar española fue traducida de nuevo al inglés y el resultado comparado con la forma original, encontrándose un elevado grado de similitud. En el cuadro 9-6 figuran los ítems de la forma española de la DDS-R.

Participantes

La validación de la escala se realizó con una muestra de 342 estudiantes de psicología y enfermería de la Universidad Autónoma de Barcelona, España, que respondieron a un cuestionario anónimo que contenía, además de la DDS-R, la Escala de Ansiedad ante la Muerte (Templer, 1970) en su forma española (Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2002); la Escala de Ansiedad de la Universidad de Kuwait (Abdel-Khalek, 2000) en su adaptación española (Abdel-Khalek, Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2004); y la Escala Autoaplicada de Depresión (Zung, 1965), en su versión española (Conde & Franch, 1984).

Cuadro 9-6 Ítems de la forma española de la Escala Revisada de Depresión ante la Muerte (DDS-R)

1.	Cuando pienso en la muerte me siento vacío
2.	Pensar en la muerte hace que se me salten las lágrimas
3.	Morir debe ser siempre un proceso triste
4.	Nada me entristece más que pensar que mis amigos y familiares pueden morir
5.	Estoy seguro de que el proceso de morir será lo más triste que me pase en la vida
6.	Me pongo triste cuando pienso en la muerte
7.	La muerte conlleva soledad
8.	La idea de la muerte me hace difícil poder disfrutar de las cosas
9.	Cuando pienso en la muerte pierdo el interés por mis actividades cotidianas
10.	Pierdo el interés por cuidarme cuando pienso en la muerte
11.	Cuando pienso en la muerte parece que mi cuerpo pierde la energía y se entelatece
12.	Pensar en la muerte agota mis energías
13.	Me cuesta mucho concentrarme cuando pienso en la muerte
14.	Cuando pienso en la muerte, hasta la tarea más sencilla se hace difícil
15.	La muerte hace que vea el futuro con pesimismo
16.	No merece la pena esforzarse en vivir, puesto que igualmente vamos a morir
17.	La muerte me produce desesperación
18.	Los velatorios y los funerales me deprimen
19.	Es imposible superar la muerte de un amigo muy íntimo y querido
20.	Estoy muy preocupado por la brevedad de la vida
21.	Me da mucho miedo pensar en la muerte de amigos y personas queridas

Los estudiantes respondieron al cuestionario durante su horario de clase, administrado por sus propios profesores. De manera previa, se les advirtió que la participación era voluntaria y se les garantizó la confidencialidad y el anonimato.

Resultados

A partir de las respuestas de los 342 estudiantes a la DDS-R, se obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,90. Cuatro se-

Cuadro 9-7 Coeficientes de correlación entre la Escala Revisada de Depresión ante la Muerte (DDS-R), Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS), Escala de Ansiedad de la Universidad de Kuwait (KUAS) y Escala Autoaplicada de Depresión (SDS)

Escala	DDS-R	DAS	KUAS
Escala Revisada de Depresión ante la Muerte (DDS-R)	—		
Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS)	0.66*	—	
Escala de Ansiedad de la Universidad de Kuwait (KUAS)	0.36*	0.46*	—
Escala Autoaplicada de Depresión (SDS)	0.38*	0.36*	0.67*

* $P < .01$

manas después de la primera administración, 64 de los estudiantes volvieron a responder a la DDS-R, con lo que se obtuvo un coeficiente test-retest de 0.87.

El cuadro 9-7 contiene los coeficientes de correlación entre los instrumentos de medida utilizados. Todos ellos positivos y significativos ($p < 0.01$), aunque la correlación de la DDS-R con la DAS es sensiblemente superior a la que presenta la DDS-R con las medidas de ansiedad y depresión general. Asimismo, la correlación entre la DDS-R y la escala de depresión general es superior a la que presenta la DDS-R con la medida de ansiedad general.

Previo comprobación de la adecuación de los datos mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0.89$) y el test de esfericidad de Bartlett ($p < 0.001$), las respuestas a los 21 ítems de la DDS-R se sometieron al análisis de componentes principales con rotación ortogonal varimax. Siguiendo el criterio de Kaiser se identificaron cuatro factores con valores propios superiores a la unidad que, en su conjunto, explicaban 59.31% de la varianza total. El factor I, que explica 36.60 de la varianza, se denominó *Anergia y vacío*, y tiene las cargas factoriales más elevadas en los ítems 13 (Me cuesta mucho concentrarme cuando pienso en la muerte), 14 (Cuando pienso en la muerte, hasta la tarea más sencilla se hace difícil), 12 (Pensar en la muerte agota mis energías), 11 (Cuando pienso en la muerte parece que mi cuerpo pierde la energía y se enlentece), 17 (La muerte me produce desesperación), 15 (La muerte hace que vea el futuro con pesimismo), 20 (Estoy muy preocupado por la brevedad de la vida) y 8 (La idea de la muerte me hace difícil poder disfrutar de las cosas). El factor II, etiquetado como *Tristeza de la muerte*, explica 9.88% de la varianza y sus mayores cargas factoriales pertenecen a los ítems 5 (Estoy seguro que el proceso de morir será lo más triste que me pase en la vida), 3 (Morir debe ser siempre un proceso triste), 6 (Me pongo triste cuando pienso en la muerte), 4 (Nada me entristece más que pensar que mis amigos y familiares pueden morir), 7 (La muerte conlleva soledad), 2 (Pensar en la muerte hace que se me salten las lágrimas) y 1 (Cuando pienso en la muerte me siento vacío). El factor III explica 7.33% de la varianza

y se denominó *Muerte de otros*. Tiene las mayores cargas en los ítems 18 (Los velatorios y los funerales me deprimen), 19 (Es imposible superar la muerte de un amigo muy íntimo y querido) y 21 (Me da mucho miedo pensar en la muerte de amigos y personas queridas). El factor IV, denominado *Anhedonia*, explica 5.49% de la varianza y presenta las mayores cargas en los ítems 10 (Pierdo el interés por cuidarme cuando pienso en la muerte), 9 (Cuando pienso en la muerte pierdo el interés por mis actividades cotidianas) y 16 (No merece la pena esforzarse en vivir, puesto que por igual vamos a morir). El cuadro 9-8 contiene la estructura factorial de la forma española de la DDS-R, con las cargas factoriales superiores a 0.40.

Uno de los aspectos que destaca en los resultados de este trabajo es que la correlación que la forma española de la DDS-R presenta con la medida de depresión general es un poco superior a la que se observa con la medida de ansiedad general. Aunque la diferencia entre ambas correlaciones no es muy alta, al menos permite, en este caso, confirmar la hipótesis de que una medida de depresión ante la muerte debe correlacionar más alto con la depresión general que con la ansiedad general. Este resultado presenta una particular relevancia si se tiene en cuenta que, antes, la Escala de Depresión ante la Muerte original siempre había correlacionado más alto con la ansiedad general que con la depresión, tanto en su versión inglesa (Siscoe et al., 1992; Templer et al., 1990; Triplett et al., 1995) como en los estudios realizados con la versiones árabe (Abdel-Khalek, 1997; 1998a, 2000-2001) y española (Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2003). También en el caso de la DDS-R, Templer et al. (2001-2002) han encontrado, en contra de lo hipotetizado, correlaciones más altas con la ansiedad general que con la depresión general, con lo que plantean que la ansiedad es la emoción dominante asociada a la muerte y, aparentemente, la depresión ante el deceso está más asociada con la ansiedad general que con la depresión.

No obstante, se puede plantear que la causa de que la forma española de la DDS-R correlacione más alto con la depresión general que con la ansiedad podría deberse a los

Cuadro 9-8 Estructura factorial rotada (varimax) de la forma española de la Escala Revisada de Depresión ante la Muerte (DDS-R)

Ítem	Factor			
	I	II	III	IV
13	0.81			
14	0.80			
12	0.78			
11	0.75			
17	0.65			
15	0.61			
20	0.53			
8	0.48			
5		0.77		
3		0.74		
6		0.71		
4		0.64		
7		0.58		
2		0.54		
1		0.44		
18			0.68	
19			0.77	
21			0.73	
10				0.72
9				0.71
16				0.70
Eigenvalor	7.69	2.08	1.54	1.15
% varianza	36.60	9.88	7.33	5.49

instrumentos utilizados para valorar la validez convergente-discriminante. La correlación entre las formas españolas de la DAS y la DDS-R ($r = 0.658$) es superior a la correlación en sus versiones originales inglesas ($r = 0.50$), de manera que la causa no sería atribuible a un aumento en la independencia de los respectivos constructos. Asimismo, la correlación entre las medidas españolas de ansiedad general (Escala de Ansiedad de la Universidad de Kuwait) y depresión general (Escala Autoaplicada de Depresión) es superior a la que presentan las medidas de ansiedad general (CCAS) y depresión general (CCDS) utilizadas por Templer et al. (2001-2002) en el estudio de validación de la DDS-R.

Por lo que respecta al análisis factorial de la forma española de la DDS-R, puede concluirse que la estructura resultante, en relación con la obtenida por Templer et al. (2001-2002)

en la forma original inglesa, presenta similitudes y diferencias que, en el fondo, son un reflejo de las distintas connotaciones y significados que la muerte presenta en las dos culturas. De hecho, en el estudio de validación de la forma española de la Escala de Depresión ante la Muerte original, Tomás-Sábado y Gómez Benito (2003) ya encontraron una estructura factorial muy diferente de la obtenida en muestras anglosajonas y más próxima a la encontrada en sujetos árabes por Abdel-Khalek (1998a).

En la estructura española, el primer factor se ha denominado *Anergia y vacío*, puesto que los ítems que cargan en él son casi los mismos que en la forma original inglesa configuran los factores 2 (anergia) y 3 (vacío existencial). Por otra parte, el factor 2 de la forma española presenta las mayores cargas factoriales en los mismos ítems que el factor 1 de la forma original, con lo que se ha etiquetado también como *Tristeza de la muerte*. El factor 3 refleja las mayores diferencias entre las dos estructuras. No obstante, las cargas que presenta este factor en la forma española componen una agrupación coherente en torno a la preocupación por la *Muerte de otros*. Por lo que respecta al cuarto factor, las cargas factoriales son muy similares en ambas estructuras, de manera que se ha optado por mantener para la forma española la etiqueta de *Anhedonia* propuesta por Templer et al. (2001-2002).

En general, los resultados indican que la forma española de la DDS-R muestra una estructura factorial coherente y significativa, una buena consistencia interna y estabilidad temporal, así como una adecuada validez concurrente y discriminante.

VALIDACIÓN Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA DE OBSESIÓN ANTE LA MUERTE (*DEATH OBSESSION SCALE: DOS*)

Abdel-Khalek (1998b) ha introducido el concepto de *Obsesión ante la muerte* bajo la consideración de que morir constituye un elemento o idea de obsesión en algunos individuos que pueden llegar a verse dominados por su idea obsesiva. A partir de las ideas generales de obsesión y muerte, Abdel-Khalek define la obsesión ante ese hecho como rumiaciones, ideas persistentes o imágenes intrusivas centradas en la idea de la muerte propia o de otras personas significativas. El constructo se justifica en base a las observaciones clínicas que evidencian que la idea de la muerte es uno de los temas comunes de los cuadros obsesivos. Así, entre otros, los trabajos de Thomsen (1991) y de Chia (1996), rea-

lizados con pacientes diagnosticados de trastorno obsesivo-compulsivo, coinciden en la apreciación de que las ideas obsesivas relacionadas con morir y la enfermedad se sitúan inmediatamente detrás de las de suciedad y contaminación.

Para proveer el instrumento psicométrico que proporcione una medida de la obsesión ante la muerte, entendida como preocupación, impulsos e ideas persistentes relacionadas con el fallecimiento, Abdel-Khalek (1998b) ha desarrollado la Escala de Obsesión ante la Muerte (*Death Obsession Scale: DOS*) que pretende complementar los conceptos de ansiedad ante morir y de depresión ante el deceso con un tercer elemento, dentro del contexto general del *Discomfort ante la muerte* (Triplett et al., 1995). La escala original fue construida en idioma árabe y consta de 15 ítems que expresan todos ellos indicadores positivos de obsesión ante la muerte, pues, al parecer, los sujetos árabes presentan problemas para responder a ítems formulados de forma negativa (Abdel-Khalek, 1998b; Abdel-Khalek & Beshai, 1993). Se utilizó un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos, con un rango de puntuaciones posibles de 15 a 75.

En el estudio de validación de la escala, realizado con estudiantes egipcios, la DOS evidenció una estructura factorial compuesta por tres factores significativos que, en su conjunto, explicaban 65.4 % de la varianza. Abdel-Khalek ha etiquetado estos factores como *Rumiación sobre la muerte*, *Dominio de la muerte* y *Repetición de la idea de la muerte*. Asimismo, se obtuvieron altos índices de consistencia interna (coeficiente Alfa de Cronbach: 0.91) y de estabilidad temporal (test-retest; $r = 0.92$) y correlaciones positivas y significativas con la ansiedad ante la muerte ($r = 0.62$), depresión ante la muerte ($r = 0.57$), obsesión general ($r = 0.46$), ansiedad general ($r = 0.33$) y depresión general ($r = 0.42$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas por hombres y mujeres.

Maltby y Day (2000a, 2000b) han estudiado las propiedades psicométricas de la DOS aplicándola a sujetos de habla inglesa, de lo que han obtenido unos resultados que casi coinciden con los de Abdel-Khalek, tanto en lo que se refiere a la estructura factorial e índices de consistencia interna y estabilidad como a las correlaciones con otras medidas de actitud ante la muerte y de neuroticismo general.

En este estudio se presenta el proceso de adaptación de la Escala de Obsesión ante la Muerte al español (Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2002-2003). Para ello, se ha partido de la traducción de la escala que, después, ha sido administrada a una muestra de estudiantes universitarios españoles, con el objeto de determinar sus propiedades psicométricas: consistencia interna, estabilidad, estructura factorial y matriz de correlaciones con otras medidas de actitudes ante la muerte y neuroticismo.

Traducción de la escala. Para llegar a la versión española de la DOS se trabajó con la versión en lengua árabe y la versión en lengua inglesa. Dos equipos de expertos bilingües procedieron por separado a la traducción de cada

una de las versiones, siguiendo procedimientos de traducción directa-inversa. Una vez traducidas, las escalas fueron contrastadas a fin de formar la escala definitiva. Cabe destacar el elevado grado de coincidencia observado entre ambas traducciones. Se decidió aplicar un formato de respuesta tipo Likert con seis opciones de respuesta: total acuerdo, considerable acuerdo, cierto acuerdo, cierto desacuerdo, considerable desacuerdo y total desacuerdo, con un criterio de puntuación para todos los ítems desde cinco para el total acuerdo hasta cero para el total desacuerdo. De este modo, la escala presenta un rango de posibles puntuaciones totales entre 0 y 75. En el cuadro 9-9 figuran los ítems de la forma española definitiva de la DOS.

Tengo el presentimiento de que me moriré de repente

Maltby y Day (2000a) sugieren que cuando la edad de los sujetos de la muestra pueda superar ciertos límites, la formulación del ítem 2 (Me domina la idea de que moriré joven) se modifique para quedar como: Me domina la idea de que moriré. Esta modificación parece conveniente cuando la escala se aplique a adultos mayores, sin embargo, dadas las características de la muestra utilizada en este trabajo, se consideró conveniente respetar el formato original.

Participantes

En el estudio de validación participaron 344 estudiantes universitarios españoles (294 mujeres y 50 hombres) de

Cuadro 9-9 Ítems de la forma española de la Escala de Obsesión ante la Muerte (DOS)

1.	A veces me hago preguntas sobre la muerte que soy incapaz de responder
2.	Me domina la idea de que moriré joven
3.	No puedo apartar de mi mente la idea de la muerte
4.	Pensar en la muerte me preocupa
5.	Me resulta muy difícil librarme de los pensamientos sobre la muerte
6.	Evoco aspectos alarmantes y dolorosos de la muerte
7.	Me siento obligado a pensar en la muerte
8.	La idea de la muerte me supera
9.	Me preocupa de manera exagerada la idea de la muerte
10.	Me encuentro impulsado a pensar en la muerte
11.	Temo ser dominado por la idea de la muerte
12.	Pienso constantemente en la muerte
13.	Pensar en la muerte me causa mucha tensión
14.	Me molesta la reiteración de la idea de la muerte
15.	Tengo el presentimiento de que me moriré de repente

psicología y enfermería, con una edad media de 20.39 ($DT = 3.06$) años y un rango de 17 a 46 años. Todos ellos colaboraron de forma voluntaria y bajo condiciones de estricto anonimato.

Ellos respondieron un cuestionario que contenía la versión española de la DOS junto con las siguientes escalas: La Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS; Templer, 1970); la escala de Depresión ante la Muerte (DDS; Templer et al., 1990); La Escala de Ansiedad Manifiesta (Taylor, 1953), como medida de ansiedad general; la Escala Autoaplicada de Depresión (Zung, 1965), como medida de depresión general; y la Escala de Psicastenia (escala Pt) del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI; Hathaway & McKinley, 1967), como medida de obsesión general

Resultados

La media de puntuación en la DOS para el total de la muestra fue de 20.42 ($DT = 13.42$). Las mujeres puntuaron una media de 20.90 ($DT = 11.20$) y los hombres una media de 17.58 ($DT = 13.72$). Las diferencias entre las puntuaciones de hombres y mujeres no resultaron estadísticamente significativas. El coeficiente de fiabilidad Alpha de Cronbach de la DOS fue de 0.90 para las mujeres, 0.86 para los hombres y 0.89 para el total de la muestra. La correlación test-retest a cuatro semanas fue de 0.90.

Las respuestas a los 15 ítems de la DOS se examinaron mediante análisis de ejes principales con posterior rotación oblicua oblmin. Se identificaron tres factores con valores propios superiores a la unidad, que explican en conjunto 60.89% de la varianza total. El factor I, que explica 43.87% de la varianza, se ha etiquetado como *Pensamientos sobre la muerte* y tiene las mayores cargas factoriales en los ítems 3 (No puedo apartar de mi mente la idea de la muerte), 10 (Me encuentro impulsado a pensar en la muerte), 12 (Pienso constantemente en la muerte), 7 (Me siento obligado a pensar en la muerte), 5 (Me resulta muy difícil librarme de los pensamientos sobre la muerte), 9 (Me preocupa de manera exagerada la idea de la muerte), 8 (La idea de la muerte me supera), 11 (Temo ser dominado por la idea de la muerte) y 1 (A veces me hago preguntas sobre la muerte que soy incapaz de responder). El factor II, denominado *Persistencia de la idea de la muerte*, explica 9.30% de la varianza y las mayores cargas factoriales las presenta en los ítems 4 (Pensar en la muerte me preocupa), 14 (Me molesta la reiteración de la idea de la muerte), 13 (Pensar en la muerte me causa mucha tensión) y 6 (Evoco aspectos alarmantes y dolorosos de la muerte). El factor III, que explica 7.72% de la varianza, se ha denominado *Amenaza de la muerte* y sus mayores cargas factoriales las presenta en los ítems 15 (Tengo el presentimiento de que moriré de repente) y 2 (Me domina

Cuadro 9-10 Estructura factorial rotada (oblmin) de la forma española de la Escala de Obsesión ante la Muerte (DOS)

Ítem	Factor			
	I	II	III	IV
3	0.89			
10	0.89			
12	0.80			
7	0.67			
5	0.60			
9	0.46			
8	0.46			
11	0.43			
1	0.40			
4		0.75		
14		0.69		
13		0.64		
6		0.41		
15			0.85	
2			0.48	
Eigenvalor	6.58	1.39	1.15	
% varianza	32.87	9.30	7.72	

la idea de que moriré joven). El cuadro 9-10 contiene la estructura factorial de la versión española de la DOS, con las cargas factoriales superiores a 0.40.

En el cuadro 9-11 aparecen los coeficientes de correlación producto momento entre las tres medidas de actitud ante la muerte y las medidas generales de obsesión, ansiedad y depresión. Todas ellas son positivas y significativas, aunque las correlaciones de la DOS con la DAS ($r: 0.70$) y con la DDS ($r: 0.72$) son más altas que las correlaciones entre la DOS y las medidas generales de obsesión ($r: 0.41$), ansiedad ($r: 0.40$) y depresión ($r: 0.30$).

A partir de los resultados, puede concluirse que los coeficientes de consistencia interna y estabilidad que hemos obtenido con la forma española de la DOS, son satisfactorios y muy similares a los encontrados en las muestras árabe (Abdel-Khalek, 1998b) e inglesa (Maltby & Day, 2000a). Asimismo, las correlaciones con otros instrumentos, en general, concuerdan con los estudios anteriores y apoyan las hipótesis previas planteadas por Abdel-Khalek en la construcción de la DOS.

En relación al análisis factorial, se han obtenido, al igual que en los estudios anteriores, tres factores significativos. Aunque en un principio la comparación de nuestra estruc-

Cuadro 9-11 Coeficientes de correlación entre las medidas de Obsesión ante la Muerte, Ansiedad ante la Muerte, Depresión ante la muerte, Obsesión general, Ansiedad general y Depresión general

Escala	1	2	3	4	5
1. Obsesión ante la muerte	—				
2. Ansiedad ante la muerte	0.70*	—			
3. Depresión ante la muerte	0.72*	0.72*	—		
4. Obsesión general	0.41*	0.30*	0.32*	—	
5. Ansiedad general	0.40*	0.36*	0.36*	0.81*	—
6. Depresión general	0.30*	0.20*	0.16*	0.78*	0.73*

*p < 0.01

tura factorial con la de Abdel-Khalek puede sugerir diferencias notables, el examen pormenorizado de ambas estructuras evidencia similitudes y coherencia. Así, las siete mayores cargas factoriales de nuestro primer factor corresponden a ítems que también cargan en el factor uno de Abdel-Khalek; si se tiene en cuenta que este primer factor explica en ambos casos un porcentaje de varianza total superior a 40, puede inferirse una considerable similitud entre ambas estructuras. En cuanto al segundo factor obtenido en nuestra muestra, está muy próximo al factor tres de Abdel-Khalek; y las formulaciones que cargan en él coinciden en referirse a aspectos de preocupación y tensión en torno a la *persistencia de la idea de la muerte*. El tercer factor, en el que cargan significativamente sólo dos ítems, podría, en principio, parecer un factor residual; sin embargo, si atendemos a la formulación de los ítems (*Tengo el presentimiento de que moriré de repente* y *Me domina la idea de que moriré joven*) vemos que son los únicos de la escala que hacen referencia a la posibilidad de la propia muerte de una forma súbita o prematura, por lo que parece coherente que ambos se agrupen en un factor caracterizado por la *amenaza de la muerte*.

Puede considerarse que, en términos generales, la forma española de la Death Obsession Scale presenta unas propiedades psicométricas adecuadas y una estructura factorial coherente y significativa, guardando un elevado nivel de concordancia con los estudios realizados en otras culturas.

ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE DE COLLETT-LESTER (COLLETT-LESTER FEAR OF DEATH SCALE: CLFDS)

La escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester (*Collett-Lester Fear of Death Scale: CLFDS*) es uno de los instrumentos clásicos en la evaluación de las actitudes ante la muerte,

que presenta la particularidad de distinguir entre la muerte y el proceso de morir, por un lado, y entre uno mismo y los otros por otro, estructurándose, de este modo, en cuatro subescalas diferentes: Miedo a la propia muerte, Miedo al propio proceso de morir, Miedo a la muerte de otros y Miedo al proceso de morir de otros.

Collet & Lester (1969) proponen que la ansiedad ante la muerte es un concepto multidimensional que puede tener diferentes causas, de manera que una persona puede reaccionar de forma distinta ante la idea de la muerte como estado o ante el proceso de morir. Asimismo, las reacciones actitudinales y emocionales pueden ser distintas cuando se trata de uno mismo que cuando se trata de otras personas.

En su primera versión (Collett & Lester, 1969), la CLFDS consta de 36 ítems con un número diferente de ítems para cada una de las subescalas. Después, Lester (1990; 1994) presenta una versión revisada en la cual todas las subescalas tienen el mismo número de ítems (ocho) y donde se simplifica el sistema de puntuación. No obstante, aunque las propiedades psicométricas de la escala pueden considerarse aceptables, Lester (1994) encuentra una estructura factorial formada por siete factores significativos, con una distribución de saturaciones que no proporciona un apoyo consistente a la formulación teórica de las cuatro subescalas. De forma similar, los estudios realizados por otros autores con la CLFDS plantean también reservas sobre la validez factorial de la escala (Loo & Shea, 1996; Mooney & O'Gorman, 2001).

En un trabajo más reciente, Lester & Abdel-Khalek (2003) han realizado una corrección de la escala donde reducen a siete los ítems de cada subescala, eliminando un ítem que de forma clara estaba desviado de la subescala de Muerte de otros y suprimiendo también el ítem que presenta menor correlación ítem-total en las otras tres subescalas, a fin de mantener el mismo número de ítems en todas ellas. Mediante esta corrección consiguen que la correlación ítem-total de todos los ítems sea positiva y mayor de 0.47, mientras que los coeficientes Alfa de Cronbach se sitúan en 0.91, 0.92, 0.88, y 0.92 para muerte propia, proceso de morir propio,

muerte de otros y proceso de morir de otros, respectivamente. Asimismo, obtienen una estructura factorial más consistente que en los análisis factoriales previos, pues aparecen diferenciadas las subescalas de Miedo a la propia muerte y Miedo al propio proceso de morir, mientras que los ítems relacionados con la muerte y el proceso de morir de otros presentan una distribución factorial menos definida.

La adaptación de la CLFDS al español (Tomás-Sábado, Limonero & Abdel-Khalek, 2007) se realizó con el objetivo de poder disponer de un instrumento multidimensional para la evaluación del miedo y ansiedad ante la muerte en población de habla hispana. La escala fue traducida y administrada a una muestra de estudiantes y profesionales de enfermería españoles, a fin de determinar sus propiedades psicométricas: consistencia interna, estabilidad, estructura factorial y correlaciones con otras medidas de ansiedad ante la muerte y ansiedad general.

Traducción de la escala. Los 28 ítems de la CLFDS fueron traducidos al español por dos expertos bilingües que trabajaron por separado en la traducción de la escala. Una vez traducida, dos psicólogos revisaron las traducciones que fueron comparadas hasta llegar a una versión definitiva. La versión preliminar española fue traducida de nuevo al inglés y cotejada con la versión original, con lo que se encontró un alto grado de similitud. En el anexo 9-1 figuran los ítems de la forma definitiva de la adaptación española de la CLFDS.

Participantes

Participaron en el estudio un total de 281 sujetos, 109 profesionales de enfermería, con una edad media de 36.42 ($DT = 8.3$) años, y 172 estudiantes de enfermería, con una edad media de 23.1 ($DT = 5.02$) años, que respondieron un cuestionario que contenía, además de la traducción española de la CLFDS, el Inventario de Ansiedad ante la muerte (*Death Anxiety Inventory: DAI*) de Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2005) en su versión revisada (Tomás-Sábado, Gómez-Benito & Limonero, 2005) y la Escala de Ansiedad de la Universidad de Kuwait (KUAS; Abdel-Khalek, 2000) en su adaptación española (Abdel-Khalek et al., 2004).

Todos los sujetos respondieron al cuestionario de forma voluntaria, de forma colectiva en el caso de los estudiantes e individualmente los profesionales. En ambos grupos se garantizó de forma previa el anonimato y la confidencialidad. Para la tabulación y análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows.

Resultados

Se obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.83 para la subescala de Miedo a la muerte propia, 0.89 para Miedo al

Cuadro 9-12 Coeficientes de correlación entre las cuatro subescalas de la CLFDS con las medidas de ansiedad ante la muerte (DAI) y ansiedad general (KUAS)

	DAI	KUAS
Miedo a la muerte propia	0.62*	0.42*
Miedo al propio proceso de morir	0.51*	0.45*
Miedo a la muerte de otros	0.53*	0.42*
Miedo al proceso de morir de otros	0.50*	0.36*

* $p < 0.01$

propio proceso de morir, 0.79 para Miedo a la muerte de otros, y 0.86 para Miedo al proceso de morir de otros. Dos semanas después de la primera administración, 54 de los estudiantes volvieron a responder a la CLFDS, con lo que se obtuvo un coeficiente de correlación test-retest de 0.76, 0.82, 0.72 y 0.75 para la muerte propia, proceso de morir propio, muerte de otros y proceso de morir de otros, respectivamente.

El cuadro 9-12 contiene los coeficientes de correlación de Pearson entre las cuatro subescalas de la CLFDS con la medida de ansiedad general (KUAS) y la medida de ansiedad ante la muerte (DAI). Aunque todos los coeficientes son positivos y significativos ($p < 0.01$), las correlaciones que presentan las cuatro subescalas de la CLFDS con el DAI son, en todos los casos, superiores a las que presentan con la KUAS.

Las respuestas a los ítems de la CLFDS se sometieron al análisis de componentes principales con rotación ortogonal varimax, forzando el análisis a cuatro factores que, en conjunto, explicaban 51.94% de la varianza total. El primer factor, que explica 31.32% de la varianza, presenta cargas factoriales significativas de siete ítems, todos ellos de la subescala de Miedo al propio proceso de morir. El segundo factor explica 8.40% de la varianza, con cargas significativas de nueve ítems, los siete de la subescala de Miedo al proceso de morir de otros y dos de Miedo a la muerte de otros. El tercer factor, que explica 6.71% de la varianza, contiene cargas de los siete ítems de la subescala de Miedo a la propia muerte. El cuarto factor, con 5.51% de varianza explicada, está constituido por cinco ítems, todos ellos de la subescala de Miedo a la muerte de otros. En el cuadro 9-13 figura la estructura factorial de la forma española de la CLFDS, con las cargas factoriales superiores a 0.40.

A partir de los resultados obtenidos en nuestra muestra de estudiantes y profesionales de enfermería puede concluirse que las propiedades psicométricas de la forma española de la CLFDS son satisfactorias y adecuadas para una escala de estas características.

Las correlaciones (cuadro 9-12) de las cuatro subescalas de la CLFDS con las medidas de ansiedad general y ansiedad

Cuadro 9-13 Estructura factorial rotada (varimax) de la forma española de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester (CLFDS)

Ítem	Factor			
	I	II	III	IV
Proceso de morir propio 1	0.81			
Proceso de morir propio 3	0.79			
Proceso de morir propio 2	0.73			
Proceso de morir propio 6	0.71			
Proceso de morir propio 5	0.66			
Proceso de morir propio 7	0.59			
Proceso de morir propio 1	0.57			
Proceso de morir de otros 1		0.76		
Proceso de morir de otros 2		0.70		
Proceso de morir de otros 4		0.69		
Proceso de morir de otros 5		0.64		
Proceso de morir de otros 3		0.63		
Proceso de morir de otros 6		0.60		
Proceso de morir de otros 7		0.53		
Muerte de otros 2		0.46		
Muerte de otros 6		0.41		
Muerte propia 5			0.75	
Muerte propia 6			0.74	
Muerte propia 7			0.66	
Muerte propia 3			0.65	
Muerte propia 2			0.46	
Muerte propia 1			0.45	
Muerte propia 4			0.42	
Muerte de otros 7				0.69
Muerte de otros 3				0.68
Muerte de otros 5				0.66
Muerte de otros 1				0.63
Muerte de otros 4				0.54
Eigenvalor	8.83	2.46	1.93	1.54
% varianza	31.32	8.40	6.71	5.51

ante la muerte son similares a las obtenidas en otros estudios (Abdel-Khalek, 2002; 2004) y están a favor de la validez convergente de la escala. Asimismo, la matriz factorial obtenida proporciona considerable apoyo a la validez factorial de la CLFDS. De hecho, la distribución de las cargas factoriales a los cuatro factores hipotéticos planteados en la construcción original de la escala, alcanza un porcentaje de coincidencia de 93%. Destaca en especial la precisa dis-

tribución de las cargas factoriales correspondientes a los ítems relacionados con la propia muerte y el propio proceso de morir. Estos resultados son relevantes en particular, puesto que en los estudios anteriores realizados con la versión original inglesa (Lester & Castromayor, 1993; Livneh, 1985; Loo & Shea, 1996; Mooney & O’Gorman, 2001) o con la versión árabe (Abdel-Khalek & Lester, 2004), la distribución factorial no se correspondía en ningún caso con el

presupuesto de los cuatro factores. No obstante, dado que en la mayoría de estos estudios se han utilizado muestras de estudiantes de psicología o población general, puede plantearse la hipótesis de que la CLFDS es un instrumento adecuado en particular para identificar y diferenciar los diferentes aspectos del miedo a la muerte y al proceso de morir en el ámbito sanitario, donde el contacto de los profesionales con la muerte y las cuestiones relacionados con ella forma parte de su trabajo diario (Sharma, Monsen & Gary, 1996-1997), y se sugiere su utilidad en la identificación de los miedos más relevantes y en la evaluación del cambio subsiguiente a actividades docentes y formativas.

CONCLUSIONES

La capacidad para ser conscientes de la propia mortalidad parece ser una condición derivada del nivel superior de conciencia que caracteriza a los seres humanos. Como consecuencia, la enfermedad, la muerte o aquellos aspectos asociados a ella provocan un amplio conjunto de actitudes individuales, entre las que se encuentran la ansiedad, el miedo y la depresión, que pueden condicionar el propio proceso vital. En este contexto, la naturaleza de las relaciones entre el impacto personal de la idea de la muerte y la conducta de

los individuos, es un aspecto fundamental. Es evidente que, aunque la muerte es un proceso biológico que debe entenderse como parte integrante del fenómeno del desarrollo humano, presenta un importante componente social y cultural que determina que cada persona desarrolle su propia concepción según sea su proceso de aprendizaje, condicionando sus actitudes ante la muerte y, consecuentemente, su actuación personal ante los estímulos relacionados con la mortalidad.

Las escalas presentadas en este capítulo pretenden aportar un conjunto de instrumentos psicométricos válidos y fiables para la evaluación de las actitudes ante la muerte en sujetos de habla hispana. Uno de los objetivos principales de la validación de estos instrumentos al español fue disponer de medidas que permitiesen la investigación intercultural. Desde esta perspectiva, se procuró en todo momento respetar al máximo posible los formatos originales y el significado de los reactivos, de manera que las comparaciones entre muestras de sujetos pertenecientes a distintos entornos lingüísticos y culturales pudiesen hacerse con garantías de equivalencia. No obstante, las escalas se han validado para su uso en la población española, por lo que su aplicación en otros países de habla castellana puede precisar modificaciones y adaptaciones léxicas que faciliten su correcta comprensión.

Anexo 9-1

Versión española de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes por los siguientes aspectos de la muerte y del proceso de morir?

Lee cada frase y contéstala rápidamente. No utilices demasiado tiempo pensando en tu respuesta. Se trata de expresar la primera impresión de cómo piensas ahora mismo. Marca el número que mejor representa tu sentimiento, entre 1 (nada) y 5 (mucho)

Con relación a tu propia muerte

1. La total soledad de la muerte
2. La brevedad de la vida
3. Todas las cosas que perderás al morir
4. Morir joven
5. Cómo será el estar muerto
6. No poder pensar ni experimentar nada nunca más
7. La desintegración del cuerpo después de morir

Con relación a tu propio proceso de morir

1. La degeneración física que supone el proceso de morir
2. El dolor que comporta el proceso de morir
3. La degeneración mental del envejecimiento
4. La pérdida de facultades durante el proceso de morir
5. La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir
6. Tu falta de control sobre el proceso de morir
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares

Continúa...

...Continuación

Con relación a la muerte de otros

1. La pérdida de una persona querida
2. Tener que ver su cadáver
3. No poder comunicarte nunca más con ella
4. Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva
5. Envejecer solo, sin la persona querida
6. Sentirte culpable por el alivio provocado por su muerte
7. Sentirte solo sin ella

Con relación al proceso de morir de otros

1. Tener que estar con alguien que se está muriendo
2. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo
3. Ver cómo sufre por el dolor
4. Observar la degeneración física de su cuerpo
5. No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida
6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales
7. Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia

Escala de Ansiedad ante a Muerte (DAS)

Instrucciones. En cada una de las frases siguientes señale con una X la opción que mejor corresponda, V (verdadero) o F (falso), a su posición personal:

1. Tengo mucho miedo a morirme	V	F
2. Raramente pienso en la muerte	V	F
3. No me pone nervioso que la gente hable de la muerte	V	F
4. Me asusta mucho pensar que han de operarme	V	F
5. No tengo ningún miedo a morirme	V	F
6. No tengo un miedo especial a la posibilidad de padecer un cáncer	V	F
7. Nunca me molestan pensamientos sobre la muerte	V	F
8. A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo	V	F
9. Me da miedo tener una muerte dolorosa	V	F
10. Me preocupa mucho el tema de la otra vida	V	F
11. Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón	V	F
12. Con frecuencia pienso que realmente la vida es muy corta	V	F
13. Me estremece oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial	V	F
14. Me horroriza ver un cadáver	V	F
15. Pienso que no tengo ningún motivo para temer al futuro	V	F

La Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (*Death Anxiety Scale = DAS*) está compuesta por 15 ítems con formato de respuesta dicotómico verdadero/falso; nueve de ellos puntúan verdadero (1, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14) y seis falso (2, 3, 5, 6, 7 y 15), con lo que el rango de posibles puntuaciones totales será de 0 a 15, y las puntuaciones más altas corresponderán a mayores niveles de ansiedad ante la muerte.

Escala de Depresión ante a Muerte (DDS)

Instrucciones. En cada una de las frases siguientes, señale con una X la opción que mejor corresponda, V (verdadero) o F (falso), a su posición personal:

1. Me deprime pensar en la muerte	V	F
2. Me entristece oír la palabra muerte	V	F
3. Me entristece pasar cerca de un cementerio	V	F
4. La muerte supone una terrible soledad	V	F
5. Me pongo muy triste cuando pienso en amigos y allegados que han muerto	V	F
6. Me molesta mucho pensar en lo corta que es la vida	V	F
7. No puedo aceptar que la muerte sea el final	V	F
8. La muerte despoja a la vida de su significado	V	F
9. Me preocupa morir solo	V	F
10. Cuando muera perderé todos los amigos y personas queridas	V	F
11. La muerte no quita significado a la vida	V	F
12. La muerte no es algo que deba deprimir	V	F
13. El pensar en la muerte me produce cansancio y desánimo	V	F
14. La muerte es dolorosa	V	F
15. Me asusta pensar en la muerte de amigos y personas queridas	V	F
16. La muerte es el último fracaso de la vida	V	F
17. Me siento triste cuando sueño con la muerte	V	F

La Escala de Depresión ante la Muerte (*Death Depression Scale = DDS*) es un cuestionario autoadministrado de 17 ítems con formato de respuesta dicotómico verdadero/falso, aunque también puede usarse en formato Likert. Todos los ítems puntúan en la opción verdadero, excepto los ítems 11 y 12 que puntúan en la opción falso, de manera que la escala presenta un rango de puntuaciones de 0 a 17, lo que indicando que las puntuaciones más altas corresponden a mayores niveles de depresión ante la muerte.

Escala Revisada de Depresión ante la Muerte (DDS-R)

Instrucciones. En cada una de las siguientes frases marque con una X la opción de respuesta elegida, según el grado de acuerdo o desacuerdo con el que se identifique:

	Total desacuerdo	Moderado desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Moderado acuerdo	Total acuerdo
1. Cuando pienso en la muerte me siento vacío	1	2	3	4	5
2. Pensar en la muerte hace que se me salten las Lágrimas	1	2	3	4	5
3. Morir debe ser siempre un proceso triste	1	2	3	4	5
4. Nada me entristece más que pensar que mis amigos y familiares pueden morir	1	2	3	4	5
5. Estoy seguro de que el proceso de morir será lo más triste que me pase en la vida	1	2	3	4	5
6. Me pongo triste cuando pienso en la muerte	1	2	3	4	5
7. La muerte conlleva soledad	1	2	3	4	5

Continúa...

...Continuación

	Total desacuerdo	Moderado desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Moderado acuerdo	Total acuerdo
8. La idea de la muerte me hace difícil poder disfrutar de las cosas	1	2	3	4	5
9. Cuando pienso en la muerte pierdo el interés por mis actividades cotidianas	1	2	3	4	5
10. Pierdo el interés por cuidarme cuando pienso en la muerte	1	2	3	4	5
11. Cuando pienso en la muerte parece que mi cuerpo pierde la energía y se enlentece	1	2	3	4	5
12. Pensar en la muerte agota mis energías	1	2	3	4	5
13. Me cuesta mucho concentrarme cuando pienso en la muerte	1	2	3	4	5
14. Cuando pienso en la muerte hasta la tarea más sencilla se hace difícil	1	2	3	4	5
15. La muerte hace que vea el futuro con pesimismo	1	2	3	4	5
16. No merece la pena esforzarse en vivir, puesto que igualmente vamos a morir	1	2	3	4	5
17. La muerte me produce desesperación	1	2	3	4	5
18. Los velatorios y los funerales me deprimen	1	2	3	4	5
19. Es imposible superar la muerte de un amigo muy íntimo y querido	1	2	3	4	5
20. Estoy muy preocupado por la brevedad de la vida	1	2	3	4	5
21. Me da mucho miedo pensar en la muerte de amigos y personas queridas	1	2	3	4	5

La Escala Revisada de Depresión ante la Muerte (*Death Depression Scale-Revised = DDS-R*) es un cuestionario autoadministrado de 21 ítems, con formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos. Todos los ítems puntúan en la misma dirección, de 1 (total desacuerdo) a 5 (total acuerdo), con un rango de posibles puntuaciones totales entre 21 y 105. Las puntuaciones más altas corresponden a mayores niveles de depresión ante la muerte.

Escala de Obsesión ante la Muerte (DOS)

Instrucciones. En cada una de las siguientes frases marque con una X la opción de respuesta elegida, según el grado de acuerdo o desacuerdo con el que se identifique:

	Total desacuerdo	Moderado desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Moderado acuerdo	Total acuerdo
1. A veces me hago preguntas sobre la muerte que soy incapaz de responder	1	2	3	4	5
2. Me domina la idea de que moriré joven	1	2	3	4	5
3. No puedo apartar de mi mente la idea de la muerte	1	2	3	4	5
4. Pensar en la muerte me preocupa	1	2	3	4	5

Continúa...

...Continuación

5. Me resulta muy difícil librarme de los pensamientos sobre la muerte	1	2	3	4	5
6. Evoco aspectos alarmantes y dolorosos de la muerte	1	2	3	4	5
7. Me siento obligado a pensar en la muerte	1	2	3	4	5
8. La idea de la muerte me supera	1	2	3	4	5
9. Me preocupa de manera exagerada la idea de la muerte	1	2	3	4	5
10. Me encuentro impulsado a pensar en la muerte	1	2	3	4	5
11. Temo ser dominado por la idea de la muerte	1	2	3	4	5
12. Pienso constantemente en la muerte	1	2	3	4	5
13. Pensar en la muerte me causa mucha tensión	1	2	3	4	5
14. Me molesta la reiteración de la idea de la muerte	1	2	3	4	5
15. Tengo el presentimiento de que me moriré de repente	1	2	3	4	5

La Escala de Obsesión ante la Muerte (*Death Obsession Scale= DOS*) contiene 15 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos. Todos los ítems puntúan en la misma dirección, de 1: *total desacuerdo* a 5: *total acuerdo*, de manera que el rango de posibles puntuaciones totales fluctuará entre 15, que indicará el nivel mínimo de obsesión ante la muerte, y 75, para el nivel máximo.

Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester (CLFDS)

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes por los siguientes aspectos de la muerte y del proceso de morir? Lee cada frase y contéstala rápidamente. No utilices demasiado tiempo pensando en tu respuesta. Se trata de expresar la primera impresión de cómo piensas ahora mismo. Marca el número que mejor representa tu sentimiento:

Con relación a tu propia muerte	Mucho		Moderado		Nada
1. La total soledad de la muerte	1	2	3	4	5
2. La brevedad de la vida	1	2	3	4	5
3. Todas las cosas que perderás al morir	1	2	3	4	5
4. Morir joven	1	2	3	4	5
5. Cómo será el estar muerto	1	2	3	4	5
6. No poder pensar ni experimentar nada nunca más	1	2	3	4	5
7. La desintegración del cuerpo después de morir	1	2	3	4	5
Con relación a tu propio proceso de morir	Mucho		Moderado		Nada
1. La degeneración física que supone el proceso de morir	1	2	3	4	5
2. El dolor que comporta el proceso de morir	1	2	3	4	5
3. La degeneración mental del envejecimiento	1	2	3	4	5
4. La pérdida de facultades durante el proceso de morir	1	2	3	4	5
5. La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir	1	2	3	4	5

Continúa...

...Continuación

6. Tu falta de control sobre el proceso de morir	1	2	3	4	5
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares	1	2	3	4	5

Con relación a la muerte de otros	Mucho		Moderado		Nada
1. La pérdida de una persona querida	1	2	3	4	5
2. Tener que ver su cadáver	1	2	3	4	5
3. No poder comunicarte nunca más con ella	1	2	3	4	5
4. Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva	1	2	3	4	5
5. Envejecer solo, sin la persona querida	1	2	3	4	5
6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su Muerte	1	2	3	4	5
7. Sentirse solo sin ella	1	2	3	4	5

Con relación al proceso de morir de otros	Mucho		Moderado		Nada
1. Tener que estar con alguien que se está muriendo	1	2	3	4	5
2. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo	1	2	3	4	5
3. Ver cómo sufre dolor	1	2	3	4	5
4. Observar la degeneración física de su cuerpo	1	2	3	4	5
5. No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida	1	2	3	4	5
6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales	1	2	3	4	5
7. Ser consciente de que algún día también vivirás esta Experiencia	1	2	3	4	5

La Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester (*Collett-Lester Fear of Death Scale = CLFDS*) consta de cuatro subescalas: Miedo a la propia muerte, Miedo al propio proceso de morir, Miedo a la muerte de otros y Miedo al proceso de morir de otros, con siete ítems para cada una de las subescalas. La escala presenta un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos. Todos los ítems puntúan en la misma dirección, de 5: *mucho* a 1: *nada*, con lo que el rango de posibles puntuaciones para cada una de las subescalas estará entre 35, que indicará el nivel máximo de miedo, y 7, para el nivel mínimo. Los autores recomiendan considerar las puntuaciones por separado de cada una de las subescalas, más que la puntuación total del instrumento.

REFERENCIAS

- Abdel-Khalek, A. M. (1986). Death anxiety in Egyptian samples. *Personality and Individual Differences*, 7, 479-483.
- Abdel-Khalek, A. M. (1991). Death anxiety among Lebanese samples. *Psychological Reports*, 68, 924-926.
- Abdel-Khalek, A. M. (1997). Death, anxiety, and depression. *Omega: Journal of Death and Dying*, 35, 219-229.
- Abdel-Khalek, A. M. (1998a). Death, anxiety, and depression in Lebanese undergraduates. *Omega: Journal of Death and Dying*, 37, 289-302.
- Abdel-Khalek, A. M. (1998b). The structure and measurement of death obsession. *Personality and Individual Differences*, 24, 159-165.
- Abdel-Khalek, A. M. (2000). The Kuwait University Anxiety Scale: Psychometric properties. *Psychological Reports*, 87, 478-492.
- Abdel-Khalek, A. M. (2000-2001). Death, anxiety and depression in Kuwaiti undergraduates. *Omega: Journal of Death and Dying*, 42, 309-320.
- Abdel-Khalek, A. M. (2002). Convergent validity of the Collett-Lester Fear of Death and Templer Death Anxiety Scales in Egyptian male college students. *Psychological Reports*, 90, 849-850.
- Abdel-Khalek, A. M. (2004). Convergent validity of the Templer, Collett-Lester and Arabic Death Anxiety Scales: rejoinder. *Psychological Reports*, 94, 1171-1172.
- Abdel-Khalek, A. M. & Beshai, J. A. (1993). The structure of Templer's Death Anxiety Scale among Egyptian students: a reply. *Psychological Reports*, 73, 321-322.
- Abdel-Khalek, A. M. & Lester, D. (2004). The factorial structure of the Arabic version of the revised Collett-Lester Fear of Death Scale. *Death Studies*, 28, 787-793.

- Abdel-Khalek, A. M., Tomás-Sábado, J. & Gómez-Benito, J. (2004). The Spanish version of the Kuwait University Anxiety Scale (KUAS): Psychometric parameters. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 349-357.
- Alvarado, K. A., Templer, D. I., Bresler, C. & Thomas-Dobson, S. (1995). The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 202-204.
- Azulay, A. (2000). Dilemas bioéticos en situación de enfermedad terminal y en el proceso de muerte. *Medicina paliativa*, 7, 145-156.
- Beshai, J. A. & Templer, D. I. (1978). American and Egyptian attitudes toward death. *Essence*, 3, 155-158.
- Busquets, X. & Pujol, T. (2001). Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir. *Revista de Medicina Paliativa*, 8, 116-119.
- Collett, L. J. & Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *Journal of Psychology*, 72, 179-181.
- Conde, V. & Franch, J. I. (1984). *Escala de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Upjohn.
- Chia, B. H. (1996). A Singapore study of obsessive compulsive disorder. *Singapore Medical Journal*, 37, 402-406.
- Devins, G. M. (1979). Death anxiety and voluntary passive euthanasia: influences of proximity to death and experiences with death in important other persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 301-309.
- Donovan, J. (1993). Validation of the Portuguese form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychological Reports*, 73, 195-200.
- Feifel, H. (1955). Attitudes of the mentally ill toward death. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 122, 373-380.
- Feifel, H. (1956). Older persons look at death. *Geriatrics*, 11, 127-130.
- Hambleton, R. K. (1996). Adaptación de test para su uso en diferentes idiomas y culturas: Fuentes de error, posibles soluciones y directrices prácticas. En Muñiz, J. (Ed.). *Psicometría* (pp. 207-238). Madrid: Universitat.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (1967). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Manual revised 1967*. New York: The Psychological Corporation.
- Hintze, J., Templer, D. I., Cappelletty, G. G. & Frederick, W. (1994). Death depression and death anxiety en HIV-infected males. En R. A. Neimeyer (Ed.). *Death anxiety handbook: Research, instrumentation and application* (pp. 193-200). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Hoogstraten, J., Koele, P. & Van der Laan, J. (1998). Templer's Death Anxiety Scale revisited: The Dutch version. *Perceptual and Motor Skills*, 87, 1259-1264.
- Lester, D. (1990). The Collett-Lester Fear of Death Scale: The original version and a revision. *Death Studies*, 14, 451-468.
- Lester, D. (1994). The Collett-Lester Fear of Death Scale. In R. A. Neimeyer (Ed.). *Death anxiety handbook* (pp. 45-60). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Lester, D. & Abdel-Khalek, A. M. (2003). The Collett-Lester Fear of Death Scale: A correction. *Death Studies*, 27, 81-85.
- Lester, D. & Castromayor, I. (1993). The construct validity of Templer's Death Anxiety Scale in Filipino students. *Journal of Social Psychology*, 133, 113-114.
- Limonero, J. T. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49, 249-265.
- Limonero, J. T. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Ansiedad y Estrés*, 3, 37-47.
- Livneh, H. (1985). Brief note of the structure of the Collett-Lester Fear of Death Scale. *Psychological Reports*, 56, 136-138.
- Lonetto, R., Fleming, S. & Mercer, G. W. (1979). The structure of death anxiety: A factor analytic study. *Journal of Personality Assessment*, 43, 388-392.
- Lonetto, R. & Templer, D. I. (1986). *Death Anxiety*. Washington, DC: Hemisphere Publishing.
- Loo, R. & Shea, L. (1996). Structure of the Collett-Lester Fear of Death and Dying Scale. *Death Studies*, 20, 577-586.
- Maltby, J. & Day, L. (2000a). The reliability and validity of the Death Obsession Scale among English university and adult samples. *Personality and Individual Differences*, 28, 695-700.
- Maltby, J. & Day, L. (2000b). Religious orientation and death obsession. *Journal of Genetic Psychology*, 161, 122-124.
- Mooney, D. C. & O'Gorman, J. G. (2001). Construct validity of the revised Collett-Lester Fear of Death Scale. *Omega: Journal of Death and Dying*, 43, 157-163.
- Neimeyer, R. A. (1997-1998). Death anxiety research: The state of the art. *Omega: Journal of Death and Dying*, 36, 97-120.
- Neimeyer, R. A. & Van Brunt, D. (1995). Death anxiety. En Neimeyer, R. A. & Wass, H. (Eds.). *Dying: facing the facts* (3ª ed., pp. 49-88). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Ohyama, M., Furuta, S. & Hatayama, M. (1978). Death concepts in adolescents I. Changes of death anxiety in nursing students. *Tohoku Psychologica Folia*, 37, 25-31.
- Ramos, F. (1982). *Personalidad, depresión y muerte*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Complutense, Madrid.
- Saggino, A. & Kline, P. (1996). Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 329-333.
- Sharma, S., Monsen, R. B. & Gary, B. (1996-1997). Comparison of attitudes toward death and dying among nursing majors and other college students. *Omega: Journal of Death and Dying*, 34, 219-232.
- Siscoe, K., Reimer, W., Yanovsky, A., Thomas-Dobson, S. & Templer, D. I. (1992). Death depression versus death anxiety: Exploration of different correlates. *Psychological Reports*, 71, 1191-1194.
- Taylor, J. A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 285-290.
- Templer, D. I. (1969). Death Anxiety Scale. *Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association*, 4, 737-738.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of the Death Anxiety Scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165-177.
- Templer, D. I., Harville, M., Hutton, S., Underwood, R., Tomeo, M., Russell, M. et al. (2001-2002). Death Depression Scale-Revised. *Omega: Journal of Death and Dying*, 44, 105-112.
- Templer, D. I., Lavoie, M., Chalgoujan, H. & Thomas-Dobson, S. (1990). The measurement of death depression. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 834-841.
- Thomsen, P. H. (1991). Obsessive-compulsive symptoms in children and adolescents. A phenomenological analysis of 61 Danish cases. *Psychopathology*, 21, 12-18.
- Tomás-Sábado, J. (2002). La medida de la ansiedad ante la muerte en profesionales de enfermería. *Enfermería Científica*, 246, 42-47.
- Tomás-Sábado, J. & Gómez-Benito, J. (2002). Psychometric properties of the Spanish form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychological Reports*, 91, 1116-1120.
- Tomás-Sábado, J. & Gómez-Benito, J. (2002-2003). Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Death Obsession Scale (DOS). *Omega: Journal of Death and Dying*, 46, 259-268.
- Tomás-Sábado, J. & Gómez-Benito, J. (2003). The Spanish form of the Death Depression Scale. *Perceptual and Motor Skills*, 96, 49-53.
- Tomás-Sábado, J. & Gómez-Benito, J. (2005). Construction and validation of the Death Anxiety Inventory. *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 108-114.
- Tomás-Sábado, J., Gómez-Benito, J. & Limonero, J. T. (2005). The Death Anxiety Inventory: A revision. *Psychological Reports*, 97, 793-796.
- Tomás-Sábado, J. & Guix, E. (2001). Ansiedad ante la muerte en enfermería: Efectos de un curso de formación. *Enfermería Clínica*, 11, 104-109.

- Tomás-Sábado, J., Limonero, J. T. & Abdel-Khalek, A. M. (2007). Spanish adaptation of the Collett-Lester Fear of Death Scale. *Death Studies*, 31, 249-260.
- Tomás-Sábado, J., Limonero, J. T., Templer, D. I. & Gómez-Benito, J. (2004-2005). The Death Depression Scale-Revised. Preliminary empirical validation of the Spanish form. *Omega: Journal of Death and Dying*, 50, 43-52.
- Tomer, A. (1994). Death anxiety in adult life: Theoretical perspectives. En Neimeyer, R. A. (Ed.). *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. 61-97). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Triplett, G., Cohen, D., Reimer, W., Rinaldi, S., Hill, C., Roshdieh, S. et al. (1995). Death discomfort differential. *Omega: Journal of Death and Dying*, 31, 295-304.
- Warren, W. G. & Chopra, P. N. (1979). Some reliability considerations on Australian data from the Death anxiety Scale. *Omega: Journal of Death and Dying*, 9, 293-299.
- Wittkowski, J. & Baumgartner, I. (1977). Religiosität und Einstellung zu Tod und Sterben bei alten Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie*, 10, 61-68.
- Zung, W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.



ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE PARA ANCIANOS MEXICANOS

CÉSAR ELIZALDE GARCÍA
ANA VALERIA FLORES GRIFALDO

Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala

VEJEZ Y DEMOGRAFÍA

La vejez constituye una etapa del ciclo vital de la que no existen datos seguros que indiquen cuando inicia (Pérez, 2004), sin embargo, en términos biológicos alude al conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conllevan, al final, a la muerte. Estos cambios varían entre organismos (Escobar, 2002).

Durante el envejecimiento las modificaciones orgánicas en el individuo aparecen como respuesta de su funcionamiento en el tiempo de vida y de los riesgos que encuentra. Éstas no sólo son fisiológicas, sino también morfológicas, bioquímicas y psicológicas. En esta última área, las principales modificaciones ocurren en los procesos sensoriales y perceptuales al igual que en capacidades cognitivas tales como la inteligencia, el aprendizaje y la memoria (Buendía, 1997).

Fierro (1994) y Pérez (2004) señalan que los mecanismos que conducen a los cambios fisiológicos y psicológicos no están entrelazados con la edad cronológica y la gente no experimenta el mismo declive al sumar la misma cantidad de años, lo que significa que no todos envejecemos a la misma velocidad. Puede entenderse entonces que esta etapa no sólo está determinada por características físicas, sino más bien por la interacción de éstas últimas con los factores psicológicos, físicos y sociales. Todos poseen igual importancia (Lehr, 1998).

Para el adulto mayor tal vez el peso más grande no sea el envejecer, sino la serie de cambios sociales y prejuicios

a los que se expone conforme avanza en edad (Rivera, 2003), puesto que la senectud es considerada como una etapa de decremento en las habilidades, pasividad, deterioro, enfermedad e incluso de ineficiencia. Al entrar a la tercera edad, la vida productiva formal llega a su fin con la jubilación, lo que trae como consecuencia que el mismo anciano se sienta, piense y actúe de manera diferente, pues al alejarse del mundo laboral se enfrenta con la pérdida del poder adquisitivo, modificaciones en su rol social, incremento en el tiempo de ocio, disminución de actividades y de responsabilidades, al igual que reducción de sus vínculos en las redes sociales (Fierro, 1994).

Sin duda, esta serie de prejuicios son reflejo de la desinformación que gran parte de la población posee con respecto al envejecimiento, lo cual a su vez influye en la actitud ante la senectud. Molina del Peral (2000) al igual que Villar y Triadó (2000) han hallado que las personas sin conocimiento de este proceso mantienen creencias erróneas y comportamientos de devaluación o visión negativa del mismo y/o de las personas mayores; sin embargo, también han encontrado que las valoraciones del estereotipo de los ancianos se modifican y mejoran conforme aumenta la edad.

Con ello, la vejez deja de ser sinónimo de inhabilidad, dependencia, enfermedad o deterioro, puesto que a pesar de que los adultos mayores no pueden seguir realizando las mismas actividades, sí pueden efectuar, incrementar o bien aprender nuevas actividades (Rivera, 2003), motivo por el que no en todos los casos prevalecen insuficiencias, ya que existen ancianos que, al llegar a la plenitud de la vejez, se

mantienen fuertes de forma física y mental; hallan así un envejecimiento exitoso. Para ello, los adecuados hábitos alimenticios, el ejercicio, la vida activa, las interrelaciones y el apoyo social, el trabajo productivo así como el mantenimiento de funciones mentales son determinantes (González-Celis, 2002).

Este cambio en la valoración de los ancianos resulta relevante debido a que en las sociedades avanzadas, las probabilidades de vida de los seres humanos han incrementado de manera notoria, lo que ha permitido que cada vez más personas alcancen la vejez hasta límites inesperados (Pérez, 2004). De manera consecuente el decremento en la natalidad y el constante aumento de la esperanza de vida de la población han impactado directamente en la composición por edades, al reducir poco a poco el número de personas en las edades más jóvenes y engrosar los sectores con edades más avanzadas.

Este proceso se inició durante la segunda mitad del siglo pasado, periodo en el cual la natalidad disminuyó de 37.6 a 22.7 nacimientos por cada mil habitantes entre los años 1950 y 2000; mientras que la mortalidad pasó de 19.6 defunciones por cada mil habitantes a 9.2 en el mismo periodo. Esta transformación, conocida como transición demográfica, ha provocado un creciente aumento del tamaño de la población mundial y, al mismo tiempo, su envejecimiento (Zúñiga & Vega, 2000).

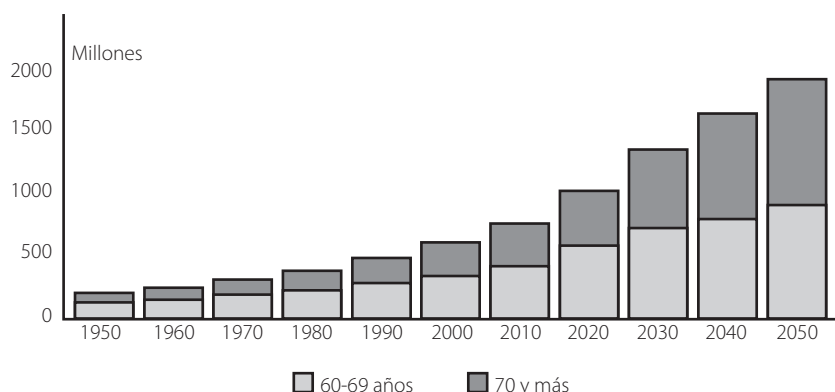
Según datos de la División de Población de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se estima que el número de adultos mayores (personas de 65 años y más) se multiplicó alrededor de 2.7 veces en los últimos 50 años (de 64 millones a 171 millones de habitantes) y su proporción con respecto a la población total casi se duplicó (de 7.9 a 14.4%; Tuirán, 2000). En la actualidad existen más de 600 millones de personas con 60 o más años de edad a

nivel mundial y se prevé que para el año 2050 sumen casi dos mil millones en todo el globo (ONU, 2006) (véase figura 10-1).

En los siguientes años se espera que los niveles de natalidad y mortalidad continúen disminuyendo hasta que la primera alcance los 13.7 nacimientos por cada mil habitantes en 2050 y la segunda tenga sus menores niveles alrededor del año 2015 (nueve defunciones por cada mil habitantes) y después aumente, desde ese momento, hasta alcanzar 10.4 defunciones por cada mil habitantes en 2050, en estrecha relación con el incremento de la población en edades avanzadas. Los cambios en la mortalidad de la población mundial se reflejan en una mayor sobrevivencia, la cual continuará aumentando de forma marcada en los países desarrollados hasta llegar a ser de 81 años la esperanza de vida de las personas que nazcan a mediados de este siglo (Crespo, 1992; Hernández, 1997).

En México, de acuerdo con los datos del censo realizado en 2005 por el Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática (INEGI), la esperanza de vida ha incrementado en 14.5 años entre 1970 y 2005. Hoy se encuentra alrededor de los 75.4 años: 77.9 para las mujeres y 73 para los varones. La población adulta mayor es el grupo con más crecimiento demográfico. Su volumen actual se estima en 8.4 millones de habitantes (INEGI, 2005) y se prevé que se incremente a 36 222 237 para 2050, lo cual representará un índice de envejecimiento de 16.49% (Conapo, 2002).

Según datos publicados en la revista *Salud Pública de México* (2005), la distribución porcentual de defunciones por edad ha decrecido en las muertes de los niños menores de cinco años de edad: en 2002, 9.5 de cada 100 muertes ocurrieron en esas edades, mientras que en 2003, 8.5 de cada 100 pertenecían a este grupo. La posposición de la muerte entre los niños se aprecia en el desplazamiento hacia la muerte en edades adultas: 60% de las defunciones de las



Fuente: Consejo Nacional de la Población

Figura 10-1 Población mundial de 60 años y más, 1950-2050

mujeres ocurren después de los 65 años de edad; por su parte, en los hombres este mismo porcentaje se observa a partir de los 55 años de edad, lo que indica en éstos una muerte más temprana.

El incremento de la población adulta mayor y del número de fallecimientos se encontrará ligado con un aumento en la demanda de servicios de salud, lo que a su vez requerirá que el Sector Salud a corto plazo enfrente al menos dos tipos de demandas: a) prevenir los riesgos en edades más tempranas y, b) un incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas que generará una demanda de servicios especializados, de alto costo, que requerirán de atención multidisciplinaria (Borges-Yáñez & Gómez-Dántes, 1998). Esto significa que las necesidades de atención aumentarán en el futuro y el perfil de morbilidad y mortalidad demandará un servicio de alto costo, tecnológicamente dependiente y con escaso impacto en la salud de la población general.

El crecimiento del número de adultos mayores en los últimos años ha llevado a reconocer a la edad como un problema, de tal suerte que los investigadores han comenzado a interesarse en las actitudes hacia la muerte en esta población y en cómo dichas actitudes se relacionan con otros factores que influyen en sus últimos días (Depaola et al., 2003), pues el mayor problema para el anciano no es el de añadir años a la vida, sino el de dar vida a sus últimos años.

LA MUERTE EN LA VEJEZ

El concepto de muerte es multidimensional, sin embargo, es posible comprenderlo a partir de cuatro componentes que se consideran fundamentales: universalidad, irreversibilidad, cesación de los procesos corporales y causalidad. Por universalidad se entiende que todo ser vivo debe morir en uno u otro momento, es decir: la muerte es un fenómeno que nos afecta a todos. La irreversibilidad se refiere a la idea de que la muerte es un proceso irrevocable, sin retorno, por lo que se le considera como un estado permanente. El tercer concepto, cesación de procesos corporales, es la noción de que tras la muerte cesa toda actividad corporal. El cuarto componente, causalidad, supone que es necesario conocer cuáles son las causas que producen la muerte (Viñas & Doménech, 1999).

Por las anteriores características, se acepta que la muerte es una de las fuentes de impacto emocional más significativo para el ser humano (Limonero, 1996). El tema de la muerte y, en particular, los sentimientos, miedos y actitudes que genera, son de interés debido a que constituyen un elemento desencadenador de actitudes individuales y sociales (Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2004), así como de emociones que pueden tener efectos positivos o negativos sobre la conducta humana al ayudar o interferir en los procesos que la regulan.

Es común que en las sociedades se acepte con mayor facilidad la muerte de los ancianos debido a que se considera que ya desarrollaron sus proyectos personales, y se llega a creer que ya descansan en paz, que han culminado sus sufrimientos, que las molestias de la vejez ya no les brindan una calidad de vida razonable (Benier, 2004). Se asume que en la senectud el anciano se planta de espaldas al presente mientras se obsesiona por un pasado feliz que le inspira melancolía y en otros casos en un pasado triste que le ocasiona amargura y como consecuencia de ello los adultos mayores consideran que la vejez es en sí el proceso de muerte (Thomas, 1991).

No obstante, para el adulto mayor la muerte en lugar de ser una concepción general o un acontecimiento experimentado en términos de la pérdida de algún ser, se convierte en un problema personal, la propia muerte, la propia mortalidad real y actual; la vejez es en rigor un largo tiempo dedicado a morir (Miranda, 1997). El *hacerse viejo y morir* es un proceso en el cual todos nos tenemos que poner a pensar en un momento dado de nuestra vida y frente al que deberemos adaptarnos de la mejor manera posible (Groues, 1997).

Si bien es cierto que este sector de la población suele pensar a menudo en la muerte y mostrar menos ansiedad ante ella en comparación con los jóvenes, hay fuentes de angustia especiales para los ancianos. Las principales son: la pérdida de seres amados, experimentar dolor y sufrimiento, fallar en lograr sus metas a corto plazo (Pinder & Hayslip, 1981), la existencia de otra vida, así como a la pérdida del control personal y de sus acciones (Abdel-Khalek, 2002, Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2003). Estudios recientes han proporcionado evidencia de que los adultos mayores estabilizan su ansiedad ante la muerte durante las décadas finales de su vida (Fortner & Neimeyer, 1999), piensan y hablan más sobre ella y, en comparación con personas más jóvenes, le temen menos, lo cual tal vez se deba a que reconocen en forma más realista la mortalidad (Keller, Sherry & Piotrowski, 1984).

Es importante señalar que este tipo de resultados no son del todo claros con esta cohorte, pues algunos ancianos pueden experimentar actitudes y emociones ambiguas hacia la muerte, así como variación en su ansiedad ante morir, relacionadas con una pobre salud y problemas psicológicos generales (Fortner et al., 1999). La ansiedad ante el deceso también varía de acuerdo con el género. Es común que las mujeres muestren mayor ansiedad ante el hecho en comparación con los hombres, aun tratándose de adultos mayores, quizá porque ellas ven la muerte en términos más emocionales mientras que los hombres la perciben en términos más cognitivos (Neimeyer & Moore, 1997).

El adulto mayor teme al envejecimiento debido a que representa proximidad con el fallecimiento, lo que conlleva a una variedad de temores relacionados con el mismo,

en especial el miedo a lo desconocido. El incremento de la edad trae consigo preguntas existenciales tales como si se podrá encarar una muerte prolongada y dolorosa, qué habrá después de morir y si la vida tuvo significado (Depaola, Griffin, Young & Neimeyer, 2003).

Por las características de los adultos mayores, uno de los temas que ha comenzado a recibir mayor atención de los investigadores es el referente a las decisiones del final de la vida (*end-of-life decisions*), las cuales se conforman por factores de desarrollo y contextuales.

Entre los primeros se encuentra el *razonamiento moral integrado* (modo de pensar que refleja la ética de justicia y la ética de cuidado, ambas admitidas para la importancia de relaciones así como otros dominios de razonamiento moral tales como los referentes a la imparcialidad); también está la *autotrascendencia*, considerada como la expansión de los límites personales internos (mediante una búsqueda espiritual y autoiluminación), externos (en términos de confiar en las relaciones con otros y con el medio ambiente), transpersonal (por medio de Dios o un proceso de superación), y temporalmente (integrando el pasado y el futuro de modo que se mejore el presente); las *experiencias previas de tratamientos de salud*, mismas que hacen que incrementen la conciencia de mortalidad de las personas y tienen un efecto de maduración en el individuo, lo que promueve una perspectiva de trascendencia en la vida; y la *edad*, no considerándola un componente causal, sino en términos de que su incremento se encuentra asociado con experiencias y perspectivas de vida, tales como enfermedades personales, disminución de la salud funcional y pérdida de seres amados que pueda influir en la perspectiva del final de la vida.

Algunos de los factores contextuales que impactan en la decisión de prolongar la vida y han sido identificados como relevantes en potencia con respecto a la toma de decisiones del final de la vida son el nivel de educación, etnicidad y estado de salud actual, al igual que la religiosidad subjetiva, la ansiedad ante la muerte, los indicadores de bienestar subjetivo y el miedo a morir dejando asuntos pendientes (Decker & Reed, 2005). El sexo también ha mostrado ser un factor relevante sobre la preferencia de recibir algún tratamiento para mantener la vida, ya que los hombres expresan mayores deseos de recibir estos tratamientos en contraste con las mujeres. Esto puede deberse al hecho de que las mujeres, por fungir como cuidadoras de la familia, cuentan con mayor experiencia con los servicios de salud en general y por ello comprenden lo importante que es tomar esta decisión contando con la información acerca del tratamiento (Bookwala et al., 2001).

Al respecto, los adultos mayores prefieren tratamientos poco agresivos al final de la vida debido a que no desean ser una preocupación para la familia y también por experiencias previas con las enfermedades de otras personas,

en especial si tales vivencias aumentan la conciencia del potencial de dolor, la pérdida de las funciones cognitivas, del sentido y satisfacción personal y si incrementa las necesidades de cuidado (Decker et al., 2005).

En cuanto al significado personal de la muerte, Cicirelli (2001) lo comparó entre adultos jóvenes y adultos mayores, y lo relacionó con edad y género. Entre sus hallazgos destacó que los ancianos obtuvieron puntajes más altos que los adultos jóvenes en dimensiones tales como vida después de la vida (continuar en otra vida) y legado (tener la oportunidad de hacer en vida algo que sea reconocido por futuras generaciones), mientras que en dimensiones como extinción (final de toda existencia) y muerte como motivador (ímpetu para realizarse en vida), puntúan bajo. En lo referente a los significados por género, las mujeres puntuaron más alto que los hombres en la muerte como extinción.

Como se habrá notado, el fenómeno más estudiado con respecto a la muerte ha sido la ansiedad ante ella, misma que se ha conceptualizado como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza, reales o imaginadas, a la propia existencia que se desencadena ante estímulos ambientales, situacionales e internos. Por lo general, se asume que dicha ansiedad es experimentada sólo por los enfermos en situación terminal que han de afrontar la muerte de forma inminente; sin embargo, también suele referirse a las emociones y actitudes que se desencadenan en las personas ante la idea de la muerte o sus aspectos relacionados, entre las cuales la ansiedad es la manifestación predominante.

Hoy existen diversos instrumentos destinados a evaluar la ansiedad ante la muerte, en especial con escalas autoadministradas que intentan proporcionar datos confiables sobre su naturaleza, correlatos con diversas variables, así como cambios en el comportamiento, producto de intervenciones educativas. Muchos de los estudios publicados hasta el momento han empleado escalas multidimensionales debido a que la ansiedad ante la muerte no es considerada una variable unitaria, sino una con varios subcomponentes tales como el miedo al infierno, a la pérdida de la identidad, a la soledad, entre otros (Abdel-Khalek, 2004).

Algunos de los instrumentos de evaluación utilizados para medir ansiedad ante la muerte son la Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte (Thorson & Powell, 1997), la Escala de Miedo a la Muerte Collet-Lester (Lester, 1997), la Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte (Neimeyer & Moore, 1997), la Escala Árabe de Ansiedad ante la Muerte (Abdel-Khalek, 2004), entre otros.

La adaptación del anciano a la muerte se considera un aspecto crucial del envejecimiento, puesto que morir es ley de la vida; sin embargo, no para todos tiene el mismo significado y por eso la muerte suscita diversas actitudes. Todo va a depender de si el morir supone la culminación de la propia existencia humana o, al contrario, es una ruptura,

un corte brusco e imprevisto en el ciclo vital del sujeto, una realidad biológicamente inevitable ante la que no se tiene escapatoria (Ramos, 1997).

Cuando se aborda el tema de las actitudes del anciano ante su propia muerte, se encuentra que en la bibliografía existente al respecto lo que aparece como característico es la escasa ansiedad y el temor que la muerte suscita entre los ancianos (Fortner et al., 1999) y su orientación activa hacia la misma (Keller et al., 1984). Sin embargo, debe tenerse en consideración que sus actitudes ante la muerte varían de acuerdo con lo que se plantee en términos generales o en función de alguien concreto. En este último caso, dichas actitudes varían según la muerte en que se piense, sea la de una persona conocida, querida o allegada, o bien la muerte propia. Estas actitudes están influidas por otras circunstancias contextuales, así como por características de personalidad, de experiencias previas y de la historia de aprendizaje del sujeto.

En vista del escenario que se avecina, tanto para los adultos mayores como para el Sector Salud, estudiar la forma en que la muerte afecta al equilibrio del ser humano puede ser de gran utilidad en la comprensión de los mecanismos de afrontamiento y readaptación usados para hacer frente a la misma.

Para ello se requiere contar con medidas confiables y acordes a esta población, que no sólo indiquen su nivel de ansiedad ante el fallecimiento, sino que también permitan conocer el área o las áreas que suscitan su aparición. Por tal motivo es que se construyeron, pilotearon y examinaron las propiedades psicométricas de una escala de ansiedad ante la muerte para adultos mayores mexicanos, retomando las dimensiones propuestas por Collet y Lester (Lester, 1997; 2003).

METODOLOGÍA

Para alcanzar la meta planeada se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal, de campo, descriptivo, (Clark-Carter, 2002; Hernández, Fernández & Baptista, 1991; Kerlinger & Lee, 2002; Méndez, Namihira, Moreno & Sosa, 1984) con un diseño de encuesta descriptiva intrasujetos (Méndez et al., 1984), en el que la muestra fue no probabilística propositiva de sujetos voluntarios

Los participantes fueron 215 adultos mayores de ambos sexos (131 mujeres y 84 hombres con una media de edad de +68.49 d. e. +6.44), quienes asistían a consulta médica o al departamento de gerontología. El nivel de escolaridad predominante fue de educación básica (31% de la muestra), seguido por educación profesional (23%) y nivel técnico (21%). Referente al estado civil, 54% manifestaron estar casados, 24% haber enviudado, 8% permanecen solteros, 6% viven en unión libre, 5% separados y 3% son divorciados.

En cuanto a religión, la católica se mantuvo a la cabeza (84%), continuada por la cristiana (5%) y los testigos de Jehová (2%). Otras religiones obtuvieron 5% y sin creencia religiosa 4%. En el momento de administrar los instrumentos 76% de los participantes señalaron encontrarse enfermos, 20% reportaron no estarlo y el 4% restante no contestó.

Los criterios de inclusión para participar en la investigación fueron tener cumplidos 60 o más años y haber dado su consentimiento informado. No importó su sexo, nivel educativo o religión. Quedaron fuera de la investigación quienes no cumplieron con la edad mínima requerida, no quisieron participar o de manera voluntaria se retiraron del proyecto sin terminar de contestar los instrumentos.

La administración de las escalas se llevó a cabo del 24 de agosto al 4 de septiembre de 2006, en el aula de educación para la salud y salas de espera de una Unidad de Medicina Familiar (UMF), ubicada en el municipio Tlalnepantla, Estado de México. Los espacios contaron con las condiciones adecuadas para efectuar el trabajo y se cuidó que la aplicación fuera homogénea para todos los participantes.

Los materiales requeridos para esta investigación fueron 215 ejemplares de los instrumentos, tarjetas con las respectivas opciones de respuesta para cada prueba, gafete de identificación, bata blanca, bolígrafos, sillas y mesas.

Las características de los instrumentos y orden de aplicación fueron las siguientes:

Ficha de Datos Sociodemográficos. Contiene 21 preguntas, 12 de las cuales se encuentran en escala nominal y el resto son abiertas. Entre algunos de los datos solicitados estuvieron sexo, edad, estado civil, nivel socioeconómico, nivel máximo de estudios, actividades que realizan en su vida diaria, religión, presencia de alguna enfermedad, entre otras (véase anexo 10-1).

Escala de Ansiedad ante la Muerte para Ancianos (EAMA). Para su elaboración se retomaron las cuatro dimensiones propuestas por Collet y Lester (1997; 2003), las cuales son: propia muerte, propio proceso de morir, muerte de los otros y proceso de morir de los otros. Fueron medidas con una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta cuyos valores van de cinco a uno, donde a mayor puntaje mayor ansiedad. Esta versión consta de 17 reactivos, mismos que se agruparon en tres dimensiones: a) proceso de morir, b) ansiedad ante la propia muerte y c) ansiedad ante la muerte de otros (véase anexo 10-2).

Escala Templer de Ansiedad ante la Muerte (DAS). Consta de 15 reactivos con respuestas dicotómicas; sin embargo, al adaptarla a español mexicano, Rivera y Montero (en revisión) sustituyeron las respuestas dicotómicas por respuesta tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta que van de nunca o casi nunca hasta todo el tiempo, cuyos valores se encuentran de uno a cuatro; asimismo, todos los reactivos fueron redactados de manera afirmativa, ya que en el español mexicano no es recomendable el uso de la doble negación (véase anexo 10-3).

Procedimiento

Se llevó a cabo una revisión de las investigaciones realizadas alrededor del tema de la muerte, publicadas hasta 2006 en revistas especializadas. Partiendo de dicha revisión, se redactaron los reactivos que conformarían originalmente la EAMA. Se tomaron como base las dimensiones de ansiedad ante la muerte propuestas por Collet y Lester (1997; 2003). El total ítems fue de 81, los cuales se entregaron a un grupo de jueces ($n = 10$) integrado por psicólogos conocedores del tema y/o con experiencia en el trabajo con adultos mayores. Ellos validaron el contenido de los reactivos señalando si estos medían o no ansiedad, así como la dimensión a la que pertenecían. El criterio de inclusión de los reactivos fue de 90% de acuerdo entre los jueces, tanto en si la afirmación medía ansiedad y la dimensión a la que pertenecía.

Mientras los jueces realizaban su labor, se realizó la gestión necesaria para obtener la autorización de la clínica de salud en la cual se administró la batería de instrumentos a sus usuarios. Previo a la aplicación de los instrumentos, se ofreció una sesión informativa al personal de la clínica para que se mantuviera al tanto del trabajo que se realizaba, al igual que para aclarar las posibles preguntas de los asistentes a consulta.

Dentro de las instalaciones se invitó a los asistentes a consulta externa y al servicio de gerontología a participar en las sesiones de evaluación. Se les explicó en qué consistía la evaluación así como el desarrollo y la duración de la sesión. A quienes aceptaron participar, se les pidió que firmaran una carta de consentimiento informado. Obtenida su autorización, se procedió a llenar su hoja de datos personales y acto seguido se aplicaron los instrumentos en sesiones individuales en modalidad de entrevista. El tiempo fue libre en el sentido de no utilizar ensayos discretos, pero controlado con un máximo de 60 minutos cada sesión. Al terminar la aplicación se agradeció la colaboración de cada adulto mayor.

Los datos fueron capturados y analizados con ayuda del programa SPSS v12.

RESULTADOS

Escala Templer de Ansiedad Ante la Muerte

En primer lugar se obtuvo el total de varianza explicada y la consistencia interna de la escala. Sus valores fueron de 57.65% de varianza explicada y un valor alfa de 0.84. Estos valores fueron semejantes a los obtenidos en estudios realizados con participantes de otros contextos culturales (Abdel-

Khalek et al, 1993; Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2002; Abdel-Khalek, 2003). Una vez examinada la consistencia de la escala se sumó la puntuación de cada reactivo y se obtuvo un puntaje total del instrumento. La cifra sirvió para calcular las medias de ansiedad ante la muerte, las cuales fueron comparadas por sexo, estado civil y compañía mediante la prueba *t de Student*, mientras religión y escolaridad se compararon con un ANOVA de una vía. Los resultados los puntajes medios, desviaciones estándar, valor de *t* y *F*, así como su significancia se muestran en el cuadro 10-1.

Como se observa, no se presentaron diferencias significativas entre los puntajes de la DAS y las características sociodemográficas de la muestra, con excepción de la variable escolaridad, en la que los valores de Tukey y Scheffe (0.012 y 0.036, respectivamente) indicaron una diferencia significativa de los puntajes medios de ansiedad ante la muerte entre escolaridad secundaria y superior. Este resultado coincide con lo reportado por otros investigadores (Tomás-Sábado & Guix-Llistuella, 2001) y es menor el puntaje de ansiedad ante la muerte cuando se cuenta con mayor preparación. Con el resto de las variables sociodemográficas también se han reportado discrepancias significativas (Neimyer et al., 1997), sin embargo, en este estudio no lo fueron. Por ejemplo: al comparar los puntajes medios de hombres

Cuadro 10-1 Resultados de la Prueba *t* de Student y del ANOVA de una vía para el DAS

Variable	Media	Desviación estándar	Valor
Sexo			$t = 1.40$
Hombres	10.16	7.79	
Mujeres	11.78	8.46	
Estado civil			$t = 1.07$
Con pareja	10.65	7.58	
Sin pareja	11.91	9.15	
Con quién vive			$t = 1.30$
Solo	8.79	6.76	
Con alguien	11.37	8.33	
Escolaridad			$F = 2.85^*$
Ninguna	12.07	9.29	
Primaria	11.16	9.29	
Secundaria	14.56	8.60	
Bachillerato/Técnico	11.69	6.80	
Profesional	8.25	6.94	
Religión			$F = 1.31$
Católico	11.53	8.34	
Protestante	9.20	8.13	
Ninguna	8.50	3.96	

* $p < 0.02$

y mujeres con la prueba *t de Student* para grupos independientes no se encontraron diferencias significativas por sexo ($t = 1.401$, $gl = 206$, $p > 0,05$). Este resultado es de interés debido a que en investigaciones previas (Neimeyer et al.) se han reportado diferencias en los niveles de ansiedad ante la muerte entre mujeres y hombres, puntuando ellas más alto que los últimos.

El no haber hallado diferencias significativas en los niveles de ansiedad ante la muerte de los participantes pudo deberse al tamaño en los subgrupos de la muestra y a que, por ende, al comparar sus medias no hayan sido significativas al 0.05; no obstante, el no haber hallado diferencias tal vez se deba también al entorno cultural, como lo señala Abdel-Khalek (2002), ya que la población mexicana posee una amplia tradición relacionada con el culto a la muerte y, por tal motivo, es posible que no se presentaran diferencias en los índices de ansiedad ante la muerte. Además, dado que la muestra estuvo conformada por adultos mayores, no es extraño que los puntajes de ansiedad ante la muerte hayan resultado bajos.

Escala de Ansiedad ante la Muerte para Ancianos

Para elegir los reactivos que conformarían esta escala se respetó un criterio de 90% de acuerdo entre los jueces expertos. Así, de los 81 reactivos redactados en un principio, 20 cumplieron con este requisito. Con el propósito de descartar la posibilidad de que el número de acuerdos se debiera al azar, se calculó el coeficiente Kappa, el cual arrojó un valor de $k = 0.80$, lo que indicó que el acuerdo entre los evaluadores fue alto. A fin de probar la significancia de este valor, se calculó su distribución normal y se obtuvo un valor $Z = 22.61$ el cual resultó ser significativo al 0.001, con lo que se descartó que el acuerdo se hubiese debido al azar.

Los 20 reactivos señalados por los jueces como apropiados para medir ansiedad ante la muerte fueron administrados a la muestra y, después, sometidos a un análisis de factores por componentes principales, con valores eigen superiores a 1 y rotación varimax. El nivel de retención de reac-

Cuadro 10-2 Matriz factorial de la Escala de Ansiedad ante la Muerte para Ancianos

Reactivo	Factores		
	1	2	3
Me inquieta el deterioro físico que implica una muerte lenta	0.768		
Sería un tormento ver el deterioro mental de una persona cercana que estuviese muriendo	0.731		
Preferiría morir antes que sufrir una agonía larga y dolorosa	0.728		
La posibilidad de perder a una persona cercana a mí me inquieta	0.719		
Algo que me preocupa es pensar que mis capacidades físicas se verán limitadas durante mi proceso de muerte	0.682		
Me asustaría ver el deterioro físico de una persona cercana que estuviera muriendo	0.675		
Tengo un miedo intenso a la muerte		0.842	
Tengo miedo a morir		0.818	
Tengo miedo de no saber en qué momento moriré		0.749	
Me desagrada pensar que perderé todo cuando muera		0.661	
Me preocupa la idea de no volver a hablar con una persona cuando ésta muera			0.498
Me entristecería ver el cadáver de alguien cercano a mí			0.497
Pensar que cuando las personas mueran desaparecerán y las perderé para siempre me aterra			0.683
Asistir al funeral de un ser querido resultaría angustiante para mí			0.644
Temo tener que soportar la muerte de alguien cercano			0.526
Evitaría ver a una persona agonizante			0.452
% de varianza explicada	23.22	19.46	15.25
Alpha de Cronbach	0.81	0.80	0.72

tivos establecido fue > 0.40 , de lo que resultaron 19 reactivos agrupados en cuatro factores. Sin embargo, el último factor solamente contó con dos ítems, por lo que se decidió retirarlo y repetir el análisis quedando así tres factores.

Con este nuevo análisis la escala explicó 57.94% de la varianza; se agruparon 16 reactivos, los cuales, en su conjunto, arrojaron un coeficiente alfa de 0.84, el cual se encontró un poco por debajo del alfa de la DAS ($\alpha = 0.89$). En el cuadro 10-2, se muestran los resultados de este análisis de factores.

Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: varimax

En función de los antecedentes teóricos, el nombre asignado para cada factor fue el que se muestra en el cuadro 10-3.

Con la finalidad de averiguar si este instrumento discriminaba puntajes bajos y altos, se obtuvieron las medias de los puntajes extremos y se compararon por medio de la prueba *t de Student* para muestras independientes, la cual arrojó un valor de 20.73 con significancia de 0.000, lo que indica que la escala es capaz de reconocer la diferencias entre los valores extremos. Para probar la validez concurrente de esta nueva escala, se le correlacionó con la DAS y se obtuvo así un valor *r de Pearson* de 0.250 con una significancia de 0.001. Pese a la débil correlación entre ambas escalas el resultado es relevante debido a que proporciona evidencia de que, en efecto, la EAMA podría medir ansiedad ante la muerte en la población adulta mayor.

Este análisis exploratorio resulta alentador, pues apunta hacia una buena validez de constructo y consistencia interna de la EAMA, no obstante es necesario continuar examinando sus propiedades, calibrar el instrumento, así como obtener los tipos de validez faltantes. Una sugerencia más es cambiar las opciones de respuesta, ya que las empleadas en el presente estudio miden en términos de frecuencia cuando la ansiedad ante la muerte debe ser medida en términos de intensidad.

CONCLUSIONES

En México, el estudio de las manifestaciones alrededor del fenómeno de la muerte es un campo joven para el cual la psicología necesita desarrollar herramientas de estudio que le permitan recolectar datos con los cuales se identifiquen no sólo los déficits, sino también las competencias con las que el individuo cuenta para afrontar este fenómeno en particular.

Contar con este tipo de herramientas es importante para el trabajo con adultos mayores en esta área mas no es suficiente, puesto que las necesidades y las demandas de este creciente sector de la población también deben de ser cubiertas mediante programas de atención que les permitan reestructurar el significado de la pérdida o la muerte de un ser querido y lograr con ello restaurar el sentido de su vida.

Cuadro 10-3 Dimensiones y cargas factoriales de la Escala de Ansiedad ante la Muerte para Ancianos

Reactivo	Carga factorial
Factor 1: Miedo al proceso de muerte	
Me inquieta el deterioro físico que implica una muerte lenta	0.768
Sería un tormento ver el deterioro mental de una persona cercana que estuviese muriendo	0.731
Preferiría morir antes que sufrir una agonía larga y dolorosa	0.728
La posibilidad de perder a una persona cercana a mí me inquieta	0.719
Algo que me preocupa es pensar que mis capacidades físicas se verán limitadas durante mi proceso de muerte	0.682
Me asustaría ver el deterioro físico de una persona cercana que estuviera muriendo	0.675
Factor 2: Miedo a la propia muerte	
Tengo un miedo intenso a la muerte	0.842
Tengo miedo a morir	0.818
Tengo miedo de no saber en qué momento moriré	0.749
Me desagrada pensar que perderé todo cuando muera	0.661
Factor 3: Miedo a la muerte de otros	
Me preocupa la idea de no volver a hablar con una persona cuando ésta muera	0.498
Me entristecería ver el cadáver de alguien cercano a mí	0.497
Pensar que cuando las personas mueran desaparecerán y las perderé para siempre me aterra	0.683
Asistir al funeral de un ser querido resultaría angustiante para mí	0.644
Temo tener que soportar la muerte de alguien cercano	0.526
Evitaría ver a una persona agonizante	0.452

La intención de intervenciones de esta naturaleza debe enfocarse en mejorar las habilidades de afrontamiento de los adultos mayores al abordar como temas centrales el desarrollo de grupos de soporte social, identificar y expresar emociones relacionadas con las pérdidas, establecer las dificultades para afrontar pérdidas específicas, ubicar estresores específicos y estrategias de afrontamiento actuales, generar escenarios relacionados con el afrontamiento de las pérdidas, así como el desarrollo y la implementación de estrategias de afrontamiento adaptativas que reduzcan el estrés psicológico. Con todo ello se restablecería el sentido de control y predictibilidad, la expresión y el manejo de la ira, la resolución de la culpa, la

promoción del autocontrol mediante el empoderamiento y el desarrollo de nuevas relaciones.

Con la actual transición demográfica el paulatino incremento en el número de defunciones se volverá notorio. Esta es la principal razón por la que desde este instante es necesario comenzar a trabajar en las medidas que posibiliten a mediano y largo plazos no sólo seguir agregando años a la vida de los adultos mayores, sino también que los disfruten, ya que es su tiempo, su momento de disfrutarlos con la mayor plenitud y dignidad posibles, pues gozar de su vida pese a las adversidades y limitantes, seguir manteniendo la capacidad de sorprenderse y recrearse, así como mantener el deseo de seguir viviendo al máximo cada nuevo día, será lo que les permita lograr una muerte digna y con paz.

Escala de Ansiedad ante la Muerte para Ancianos

Objetivo: Obtener un índice de ansiedad ante la muerte en general, así como en tres diferentes dimensiones (miedo al proceso de muerte, miedo a la propia muerte, miedo a la muerte de otros).

Población: Adultos mayores con edad de 60 o más años.

Instrucciones de aplicación: La administración del instrumento de preferencia debe ser individual y en formato de entrevista, ya que el aplicador debe leer los reactivos al participante y este último tiene que señalar la opción de respuesta que mejor represente su nivel de acuerdo.

Calificación: Los reactivos tienen un valor de 4 a 1. La primera opción de respuesta es la de mayor valor y la última la de menor valor. El valor general de la prueba se obtiene sumando el puntaje de cada reactivo. El valor para cada una

de las dimensiones se obtiene sumando los reactivos que las conforman:

- Miedo al proceso de morir (5, 7, 9, 11, 13, 14)
- Miedo a la propia muerte (1, 4, 8, 10)
- Miedo a la muerte de otros (2, 3, 6, 12, 15, 16)

Sugerencias o pautas de interpretación: El puntaje obtenido mediante la suma de los reactivos puede interpretarse como baja, moderada o alta ansiedad ante la muerte. Se toma como baja cuando el puntaje es menor o igual a 40, moderada si se encuentra entre 41 y 53, alta si es igual o mayor a 54 puntos. Estos valores corresponden a los percentiles del instrumento.

Para la versión final de la escala:

Anexo 10-1

1. Folio _____
Ficha de datos sociodemográficos
2. Nombre _____
3. Sexo Femenino () Masculino ()
4. Edad _____ (años cumplidos)
5. Estado civil Soltero () Casado () Con pareja () Separado () Divorciado () Viudo ()
6. ¿Con quién vive actualmente? Solo () Con su pareja o cónyuge () Con sus hijos () Con un familiar () Otro ()
¿Quién? _____
7. ¿Cuenta con algún ingreso económico? Sí () No ()
8. ¿Quién se lo proporciona? _____
9. ¿El ingreso que usted recibe satisface sus necesidades? Sí () No ()

10. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios?
Ninguno () Primaria () Secundaria () Nivel técnico () Bachillerato () Profesional ()
11. La vivienda que usted habita es:
Rentada () Propia () Prestada () Vive en casa de algún familiar () Otra ¿cuál? _____
12. ¿Cuál es su actividad principal?
Empleado () Trabaja por su cuenta () Retirado, jubilado o pensionado () Labores del hogar () Busca trabajo ()
Otra (¿cuál?) _____
- Sólo en caso de que sea retirado, conteste las preguntas 13 y 14, si no pase a la pregunta 15
13. ¿Cuál era su actividad anterior?
Empleado () Trabaja por su cuenta () Labores del hogar () Otra (¿cuál?) _____
14. Fecha de su retiro: Días _____ Meses _____ Años _____
15. Mencione tres actividades que realice en su tiempo libre.
- | | |
|--|--------------------------|
| 1 Ver tv/escuchar música _____ | 5 Oficios _____ |
| 2 Domésticas _____ | 6 Deportivas _____ |
| 3 Manualidades _____ | 7 Dormir/descansar _____ |
| 4 Sociales, culturales, educativas _____ | 8 Otras (¿cuáles?) _____ |
16. ¿Cuál es su religión?
Católica () Cristiana () Protestante () Mormona () Testigo de Jehová () Otra _____ Ninguna ()
17. ¿Qué prácticas religiosas realiza? _____
18. ¿Qué tiempo les dedica?
Al menos una vez a la semana () Al menos una vez al mes () Ocasionalmente ()
19. ¿Está enfermo en este momento? Sí () No ()
20. ¿Cuál es su enfermedad? _____
21. ¿Desde hace cuánto tiempo padece esa enfermedad o ese problema?
Días _____ meses _____ años _____
22. Mencione los tres problemas o preocupaciones más significativos que vive en este momento:
1. _____ 2. _____ 3. _____
-

Anexo 10-2

Escala de Ansiedad ante la Muerte para Ancianos

Instrucciones: A continuación le leeré algunas oraciones. Le pido que me indique su nivel de acuerdo en el que estas afirmaciones le inquietan y le ponen ansioso(a). Señale la opción que represente su nivel de acuerdo. Sea sincero(a) al contestar y recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. Gracias por su participación.

Afirmaciones	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Tengo miedo a morir				
2. Temo tener que soportar la muerte de alguien cercano				
3. Me entristecería ver el cadáver de alguien cercano a mí				
4. Tengo miedo de no saber en qué momento moriré				
5. Preferiría morir antes que sufrir una agonía larga y dolorosa				
6. Evitaría ver a una persona agonizante				
7. La posibilidad de perder a una persona cercana a mí me inquieta				
8. Me desagrada pensar que perderé todo cuando muera				
9. Me inquieta el deterioro físico que implica una muerte lenta				
10. Tengo un miedo intenso a la muerte				
11. Me asustaría ver el deterioro físico de una persona cercana que estuviera muriendo				
12. Pensar que cuando las personas mueran desaparecerán y las perderé para siempre me aterra				
13. Algo que me preocupa es pensar que mis capacidades físicas se verán limitadas durante mi proceso de muerte				
14. Sería un tormento ver el deterioro mental de una persona cercana que estuviese muriendo				
15. Me preocupa la idea de no volver a hablar con una persona cuando ésta muera				
16. Asistir al funeral de un ser querido resultaría angustiante para mí				

Anexo 10-3

Escala Templer de Ansiedad a la Muerte

INSTRUCCIONES: A continuación voy a leer una serie de afirmaciones que describen diversas emociones y pensamientos. Escuche cuidadosamente cada oración e indique, de acuerdo con las tarjetas de respuesta que le mostraré, la frecuencia con la que experimenta estas emociones o con la que tiene estos pensamientos. Por favor, sea sincero(a) y espontáneo(a) al responder y señale la opción de respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. Recuerde: no deje ninguna pregunta sin contestar.

D	Afirmación	Nunca o casi nunca	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
I	1. Tengo mucho miedo a morirme				
I	2. Pienso en la muerte				
III	3. Me pone nervioso que la gente hable de la muerte				
II	4. Me asusta mucho pensar en que tuvieran que operarme				
I	5. Tengo miedo de morir				
II	6. Siento miedo de la posibilidad de tener cáncer				
I	7. Me molestan ciertos pensamientos sobre la muerte				
IV	8. A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo				
II	9. Me da miedo tener una muerte dolorosa				
I	10. Me preocupa mucho el tema de la otra vida				
II	11. Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón				
IV	12. Pienso que la vida es muy corta				
III	13. Me asusta oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial				
III	14. Me horroriza ver un cadáver				
I	15. Pienso que tengo motivos para tener al futuro				

REFERENCIAS

- Abdel-Khalek, A. (2002). Why do we fear death? The construction and validation of the reasons for Death Fear Scale. *Death Studies*, 26 (8), 669-680.
- Abdel-Khalek, A. (2003). Death anxiety in Spain and five Arab Countries. *Psychological Reports*, 93, 527-528.
- Abdel-Khalek, A. (2004). The Arabic Scale of Death Anxiety (ASDA): Its development, validation, and results in three Arab countries. *Death Studies*, 28 (5), 435-457.
- Abdel-Khalek, A. & Beshai, J. A. (1993). The structure of Templer's Death Anxiety Scale among Egyptian students: A reply. *Psychological Reports*, 73, 321-322.
- Abdel-Khalek, A.; Beshai, J. A. & Templer, D. I. (1993). The structure of Templer's Death Anxiety Scale among Egyptian students. *Psychological Reports*, 72, 920-922.
- Abdel-Khalek, A. & Lester, D. (2004). The factorial structure of the Arabic version of the revised Collett-Lester Fear of Death Scale. *Death Studies*, 28 (8), 787-793.
- Abdel-Khalek, A. & Tomás-Sábado, J. (2005). Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. *Death Studies*, 29 (2), 157-169.
- Bookwala, J.; Coppola, K. M.; Fagerlin, A.; Ditto, P. H.; Danks, J. H. & Smucker, W. D. (2001). Gender differences in older adults' preferences for life-sustaining medical treatments and end-of-life values. *Death Studies*, 25 (2), 127-149.
- Borges-Yáñez, S. A. & Gómez-Dantés, H. (1998). Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Pública de México*, 40 (1)
- Cicirelli, V. G. (2001). Personal meanings of death in older adults and young

- adults in relation to their fears of death. *Death Studies*. 25 (8), 663-683.
- Clark-Carter, D. (2002). *Investigación cuantitativa en psicología*. México: Oxford.
- Consejo Nacional de Población. (2002). Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/>
- Crespo F., P. (1992). Algunas reflexiones en torno a la crisis de la edad media de la vida. *Psiquis*. 13 (8), 325-328.
- Decker, I. M. & Reed, P. G. (2005). Developmental and contextual correlates of elders' anticipated end-of-life treatment decisions. *Death Studies*. 29 (9), 827-846.
- Depaola, S. J.; Griffin, M.; Young, J. R. & Neimeyer, R. A. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity. *Death Studies*. 24 (4), 335-354.
- Fierro, A. (1994). Propositiones y propuestas sobre el buen envejecer. En J. Buendía (Comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud*. España: Siglo XXI.
- Fortner, B. V. & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*. 23, 387-407.
- Gómez-Vela, M.; Verdugo, M. A. & Canal, R. (2002). Evaluación de la calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual en servicios residenciales comunitarios. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 55 (4), 591-602
- González-Celis, A. L. & Sánchez-Sosa J. J. (2002). *Efectos de Intervención de un Programa de Promoción a la Salud sobre la Calidad de Vida en Ancianos*. Tesis doctoral Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria, México, DF.
- Groues M. L. M. (1997). La tercera edad: ¿Mito o fantasía? *Psicología Iberoamericana*. 5 (2), 4-57.
- Hernández Z., Z. E. (1997). Variables condicionantes en la calidad de Vida de las personas de la tercera edad. *Psicología Iberoamericana*. 5 (2), 23-32.
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.
- INEGI (2005). *II Censo de Población y Vivienda 2005*. Recuperado de <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/conteos/conteo2005/default.asp?c=6224>
- Keller, J. W.; Sherry, D. & Piotrowski, C. (1984). Perspectives on death: A developmental study. *The Journal of Psychology*. 116, 37-47
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento: Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. México: McGraw Hill.
- Lehr, U. (1995). *Psicología de la senectud*. España: Herder.
- Lester, D. (1997). Escala de Miedo a la muerte Collet-Lester. En Neimeyer, R. A. (Ed.). *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*. España: Paidós.
- Lester, D. & Abdel-Khalek, A. (2003). The Collet-Lester Fear of Death Scale: A correction. *Death Studies*. 27 (1), 81-85.
- Limonero G., J. T. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 49 (2), 249-265.
- Méndez R., I., Namihira G., D., Moreno A., L. & Sosa de M., C. (1984). *El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis*. México: Trillas.
- Miranda V., L. F. (1997). Las fantasías de muerte en el anciano. *Psicología Iberoamericana*. 5 (2), 33-38.
- Molina del Peral, J. A. (2000). Estereotipos hacia los ancianos. Estudio comparativo de la variable edad. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 53 (3), 489-501.
- Neimeyer, R. A. & Moore, M. K. (1997). Validez y fiabilidad de la Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte. En Neimeyer, R. A. (Ed.). *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*. España: Paidós.
- Neimeyer, R. A.; Wittkowski, J. & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies*. 28 (4), 309-340.
- Partida B., V. (2004). *La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México*. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm23.pdf>
- Pérez, G. (2004). Calidad de Vida en Personas Mayores. Madrid: Drykinson.
- Pinder, M. & Hayslip, B. (1981). Cognitive, attitudinal, and affective aspects of death and dying in adulthood: Implications for care providers. *Educational Gerontology*. 6, 107-123.
- Ramos, F. (1997). Psicología de la muerte y la vejez. En Buendía (Ed.). *Gerontología y salud. Perspectivas actuales* (pp. 169-182). España: Biblioteca Nueva
- Rivera-Ledesma, A. (2003). *Espiritualidad y salud mental en Adultos Mayores*. Tesis de maestría en psicología clínica, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria, México, DF.
- Rivera-Ledesma, A. & Montero-López, L., M. (en revisión). Mexican form of Templer's Death Anxiety Scale: Psychometric properties in elderly and undergraduates.
- Robbins, R. A. (1997). Competencia ante la muerte: Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte y escala de auto-eficacia frente a la muerte. En Neimeyer, R. A. (Ed.). *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*. España: Paidós
- Thomas, L. R. (1991). *La muerte. Una lectura cultural*. España: Paidós.
- Thorson, J. A. & Powell, F. C. (1997). Escala revisada de Ansiedad ante la Muerte. En Neimeyer, R. A. (Ed.). *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*. España: Paidós.
- Tomás-Sábado, J. & Gómez-Benito, J. (2002). Psychometric properties of the spanish form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychological Reports*. 91, 1116-1120.
- Tomás-Sábado, J. & Gómez-Benito, J. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 56 (3), 257-279.
- Tomás-Sábado, J. & Gómez-Benito, J. (2004). Ansiedad, depresión y obsesión ante la muerte: Aproximación conceptual e instrumentos de evaluación. *Psicología Conductual*. 12 (1), 79-100.
- Tuirán, R. (2000). *Desafíos del Envejecimiento demográfico en México*. CONAPO. Conferencia impartida el 8 de mayo de 2000 en la CNDH, Ciudad de México. Recuperado de <http://www.cndh.org.mx/PrincipaldocumentolibreriaFasciculos>
- Villar P., F. & Triadó T., C. (2000). Conocimiento sobre el envejecimiento: Adaptación del FAQ (Facts on Aging Quiz) y evaluación en diferentes cohortes. *Revista de Psicología General y Aplicada* 53 (3), 523-534.
- Viñas, F. & Doménech, E. (1999). El concepto de muerte en un grupo de escolares con ideación suicida. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 52 (1), 89-104.
- Wittkowski, J. (2001). The construction of the Multidimensional Orientation toward Dying and Death Inventory (MODDI-F). *Death Studies*. 25 (6), 479-495.
- Zúñiga, E. & Vega, D (2004). *Envejecimiento de la población de México: Reto del siglo XXI*. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje00.pdf>

Esta obra ha sido publicada por
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
se han terminado los trabajos de la
primera edición el 15 de octubre de 2009
en los talleres de Grafiscanner, S.A. de C.V.,
Bolívar 455- L, Col. Obrera,
Del. Cuauhtémoc, C.P. 06800,
México, D. F.

1a edición, 2009

•