

M
E 2712
2007
L.1

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EN LAS ÁREAS COGNITIVA Y SOCIAL
SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y MOTIVACIÓN EN PERSONAS DE LA
TERCERA EDAD**

SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

PROFESOR PATROCINANTE
PS. JAIME MELENDEZ VERGARA

REALIZADO POR:
CAROLINA CASTRO VILLALOBOS, CLAUDIO CRUZ VASQUEZ, XIMENA MENDEZ
ARANCIBIA, MARCELA MUÑOZ URIBE, PABLO MULLER CONCHA,
ADRIAN TORRICO RAMOS, KARINA VERGARA RIVERA.

VALPARAÍSO, 2007.



N. Mene 56475, registro 5372

*"A mis padres y hermanos, por ser la luz que guió mis pasos
en este proceso de formación profesional.
A Víctor, por cuidarme y protegerme de la adversidad.
A mis amigas y amigos, por ser un apoyo y sustento incondicional.
Gracias por ser parte de mi historia de vida"*

Adrián.

*"A mis padres por su amor, entrega, apoyo incondicional
y por alentarme día a día.
A mis compañeros, por el "ejercicio de tolerancia"...en especial a Adrián,
simplemente por todo.
...y a mi Bolito, por enriquecer y alegrar mi vida."*

Carolina.

*"Por estar siempre conmigo, por su apoyo y convicción, a mis hermosos padres.
Por amarme, acompañarme y alentarme, a Natalia y mis más queridos amigos."*

Claudio.

*"A mis padres y hermanas, por el amor y el apoyo incondicional
que me brindaron en este camino.
A Daniel, por ser mi refugio, mi alegría y mi amor.
Y a todas las personas que me acompañaron,
creyeron en mi y mi amor por la carrera."*

Karina.

“A mi madre por su amor y apoyo incondicional, por creer en mí acompañándome en este camino. A Rodri, Fran y Nona por enriquecer mi vida con momentos de alegría y amor.

*Al amor de mi vida, por amarme, hacerme feliz y ser compañero de sueños
en cada uno de mis pasos, te amo.*

*A Xime y Pablo, por haberme regalado conversaciones y momentos entrañables,
y a mi grupo de seminario...por las risas y los abrazos...los extrañaré.”*

Marcela.

*“Quiero agradecer a mis Padres y herman@s, que me brindaron la oportunidad
de tomar este camino en mi historia personal, el cual nunca estuvo exento
de su apoyo, entusiasmo y comprensión. Así también, agradecer
a mi prima Jacqueline y su familia, que me brindaron su apoyo y cariño,
en estos años lejos de mi hogar. Gracias a Jessica, Daniela, y Marcela que partieron
como compañeras en este viaje y se convirtieron en mis grandes amigas”.*

Pablo.

*“A mis padres, por su apoyo incondicional
y por ser el ejemplo de amor, esfuerzo y entrega que marcan mi camino día a día.*

A la Pame, por la alegría, amor y confianza con que acompañó mi camino.

A mi familia y amigos por creer en mí y estar a mi lado en todo momento.

Gracias por haber sido parte de esta linda etapa de mi vida...”

Ximena.

AGRADECIMIENTOS

Al "Ejercito de Salvación", Hogar de Cristo "La Asunción", "Asociación de Jubilados y Montepiadas de Valparaíso", "Comunidad de Vida Cristiana" de Valparaíso, Centro de Salud "Profesor Eugenio Cienfuegos", por su buena disposición en la realización de esta investigación.

A las personas de la tercera edad que participaron en este estudio, por compartir sus experiencias de vida, abierta y desinteresadamente, enriqueciendo la presente investigación.

A Alonso Ortega, por su tiempo y paciencia en la entrega de conocimientos importantes para el desarrollo de este trabajo.

A Jaime Meléndez, por su guía perseverante y por estimular el espíritu científico y el respeto por las personas por sobre todas las cosas.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO PRIMERO: CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA E INVESTIGACIÓN	4
1.1. Antecedentes del problema de estudio	5
1.2. Relevancia de la investigación.	8
1.3. Pregunta de investigación	9
1.4. Objetivos del estudio	9
CAPITULO SEGUNDO: MARCO TEORICO	11
2.1. Tercera edad y envejecimiento: Un fenómeno biopsicosocial.	12
2.2. Dimensión biológica.	13
2.3. Dimensión psicológica.	19
2.4. Dimensión social.	45
2.5. Modificación conductual.	50
CAPITULO TERCERO: DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	64
3.1. Diseño de la investigación.	66
3.2. Población de estudio.	65
3.3. Selección de la muestra.	65
3.4. Procedimiento.	67
3.5. Hipótesis de la investigación	68
3.6. Técnica de recolección de datos	71
3.7. Definición de variables.	78
CAPITULO CUARTO: RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	81
4.1. Contratación de hipótesis	82
4.1.1. Índice de Depresión de Beck	82
4.1.2. Afrontamiento	97
4.1.3. Atribución Causal	123
4.1.4. Calidad de Vida	131
4.1.5. Interferencia Cognitiva	136

CAPITULO QUINTO: DISCUSION Y CONCLUSIONES	141
ANEXOS	148
ANEXO 1: "Taller de Modificación Cognitivo Conductual para Personas de la Tercera Edad"	149
ANEXO 2: Minimental State Examination (MMSE)	153
ANEXO 3: Inventario de Depresion de Beck (IDB)	154
ANEXO 4: Cuestionario de Modos de Afrontamiento (revisado)	157
ANEXO 5: Cuestionario sobre Estilo Atribucional	161
ANEXO 6: Test de Colores y Palabras Stroop	169
ANEXO 7: Escala de satisfacción de la vida de Diener	170
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	173

RESUMEN

La presente investigación consiste en un estudio experimental, de diseño factorial 2x2x2x2; cuyo propósito es conocer el efecto de la estimulación en las áreas cognitivo y social sobre aspectos relacionados con la evaluación subjetiva de la calidad de vida; en una muestra de adultos mayores, hombres y mujeres, de la provincia de Valparaíso. Para ello, se implementa una intervención basada en el Modelo Cognitivo-Conductual. En cuanto al análisis estadístico, éste se realiza mediante un *Modelo Lineal General Univariante* complementado con *contrastación de medias*, donde las variables independientes son: red social, escolaridad, sexo e intervención. Con relación a los resultados, dentro de los factores que afectan significativamente ($\alpha < 0,05$) a las variables dependientes, aquellos que aparecen con mayor influencia son Red Social y Escolaridad y, la interacción entre éstas. Por otra parte, la intervención realizada no tiene un efecto simple ni de interacción sobre las variables dependientes estudiadas, lo que se puede explicar desde las características estructurales de ésta. Se concluye a partir de lo anterior, que la trascendencia de la escolaridad se debe al aporte en cuanto a estimulación cognitiva que ésta contribuye; pero así también, con la posibilidad de enriquecer el bagaje de experiencias en cuanto a resolución de problemas, lo que se traduce en mayor capacidad de adaptación a contingencias difíciles. Asimismo, la participación social se constituye como un factor relevante en la medida que otorga apoyo afectivo e instrumental; pero aún más, entrega roles sociales lo que influye directamente en la proyección del adulto mayor hacia el futuro.

INTRODUCCIÓN

Actualmente nuestra sociedad experimenta un proceso de envejecimiento progresivo, así en 1990 la población mayor de 60 años corresponde al 9% del total de la población, mientras que en el año 2000 aumenta al 10% y se proyecta que en el año 2020 la población de adultos mayores representará el 16% de la población total (INE, 2000). Dicho aumento de las expectativas de vida obliga a una preocupación por la situación de este grupo etáreo en nuestro país.

El término "envejecimiento" se asocia comúnmente al proceso biológico que experimenta una persona cuando va ganando años. Sin embargo, el comienzo y la percepción de la vejez tienen que ver no sólo con la evolución cronológica sino también con fenómenos de naturaleza biopsíquica y social (Magno de Carvalho y Andrade, 2000, CEPAL, 2001).

La presente investigación se basa en un modelo que busca la integración biopsicosocial a la hora de entender el fenómeno de la vejez. Se parte de la base que ésta interacción trifactorial existe y que sólo con fines pedagógicos se debería parcelar al ser humano en sus aspectos biológico, psicológico y social, ya que éstos son fenómenos que no se pueden separar al momento de intentar una aproximación al análisis de la vejez.

Con respecto a las características psicológicas, es imposible negar la importancia que tiene la manera en que la persona se explica a sí misma tanto su conducta como la de otros (estilo atribucional), el cual afecta e influye la conducta y motivación de las personas, tanto en el presente como en el futuro. El modo o estilo de afrontamiento frente a situaciones medioambientales, permite comprender el desempeño adaptativo, por cuanto nos indica el modo que tiene la persona para manejar las situaciones estresantes.

Asimismo, cobran importancia las variables sociales que pueden aparecer como oportunidades u obstáculos en el proceso de adaptación (Barros, 2005). El adulto mayor debe afrontar diferentes tareas durante esta etapa (jubilación, reducción de las finanzas, la muerte de seres queridos y especialmente del cónyuge, enfermedades que merman su autonomía, etc.), por lo que su participación en diferentes redes sociales se ha planteado como un factor protector para su salud emocional, e incluso cognitiva (Bassuk et al, 1999).

Como resultado de esta interacción, es útil plantear el concepto de calidad de vida en las personas de tercera edad, por cuanto la menor o mayor satisfacción que éstas tengan con su vida, es el resultado de la conjunción de factores, tanto objetivos como subjetivos.

Por todo lo anterior, el presente estudio pretende determinar qué efectos tiene una intervención cognitiva y social sobre las variables relacionadas con la evaluación subjetiva de la calidad de vida.

CAPITULO PRIMERO
CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

1.1.1. Situación del adulto mayor en Chile

A raíz de la transición demográfica que experimenta Chile, se han generado diferentes políticas que abordan el tema del adulto mayor, la mayoría de ellas, tendientes a promover y mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentran en este grupo etáreo. En los últimos años se ha dado un intento de cambiar la perspectiva, desde una visión asistencialista a una mirada del ser biospsicosocial, concretamente con la implementación de un modelo familiar y el trabajo en red.

1.1.1.1. Situación Demográfica:

De acuerdo a la información otorgada por el Servicio Nacional del Adulto Mayor 2003, según datos del Censo 2002 (INE, 2002), el número de personas mayores de 60 años era de 1.717.478 personas, esto es, un 11,4 por ciento de la población total chilena, es decir 35 adultos mayores por cada 100 niños y adolescentes, existiendo un aumento de 1,8% respecto al censo anterior. La cifra de los adultos mayores, según proyecciones del INE, aumentará a un 20% para el año 2020. Esta tendencia al envejecimiento poblacional se explicaría en parte, a la más alta esperanza de vida que existe actualmente. Además de acuerdo al Censo 2002, Chile se sitúa entre los tres países con más alta esperanza de vida en América Latina (77,4 años), junto a Costa Rica (77,3 años) y Cuba (76,7 años).

De acuerdo a la encuesta de Caracterización Nacional 2003 (CASEN), en la población adulta mayor es superior el porcentaje de mujeres, ya que representan el 56% de la población de 60 años y más.

Respecto a la vida media nacional, esta corresponde a 77 años para hombres y 83 años para las mujeres, mientras que la media regional es de 78 años para los hombres y 82 años para las mujeres.

Actualmente en el país, la esperanza de vida al nacer es de 74,42 años en hombres y 80,41 años en mujeres, la cual aumenta respecto a la esperanza de vida del censo del año 1992 la cual era de 71,37 años para el hombre y 77,27 años para la mujer.

En lo cuanto a la Quinta región de Valparaíso, ésta ocupa el primer lugar a nivel nacional respecto a la proporción de adultos mayores que posee, constituyendo un 13,43% sobre el total de su población.

1.1.1.2. Realidad Socioeconómica

De acuerdo a los resultados de la IX Encuesta de Caracterización Socioeconómica del año 2003 (CASEN) sobre el adulto mayor se puede mencionar lo siguiente:

El estado civil predominante en la población adulta mayor es casado(a) con un 52,3%, le sigue en porcentaje la persona viuda con un 26,8% y soltero(a) con un 9,1%. Al analizar esta información para hombres y mujeres se aprecia que el porcentaje de viudez es muy superior en las mujeres adultas mayores. Así es como, en el 2003 el 38,1% de las mujeres adultas mayores son viudas, cifra que desciende a 12,4% en los hombres del mismo tramo de edad. Como se ha mencionado anteriormente, el rasgo de longevidad más alta entre las mujeres puede constituir un factor determinante al momento de observar resultados; constituyendo además, una dimensión universal del envejecer.

En cuanto al hogar, la proporción de población que reside en hogares unipersonales, es decir, un hogar formado por una persona, es muy superior en los adultos mayores especialmente en las mujeres mayores de 60 años. En el año 2003, el 2,4% de la población reside en un hogar unipersonal. Esta situación es mucho más frecuente en la población de 60 años donde el 10,6% vive en un hogar unipersonal, cifra que desciende a 1,3% en la población menor de 60 años.

En cuanto a la participación social, los adultos mayores muestran un grado mayor de participación que otros segmentos etáreos. Los segmentos etáreos más envejecidos evidencian un mayor porcentaje de participación en organizaciones sociales: 35,1%, frente al 31,0% del tramo comprendido entre los 30 y los 59 años de edad y al 27,7% de participación del segmento menor de 29 años. También queda en evidencia que la participación de la mujer mayor supera en cinco puntos porcentuales a la de los hombres mayores.

Otro tema de importancia, hace referencia a la situación de pobreza del adulto mayor, la cual entre 1990 y 2003 desciende de manera importante desde 4,7% a 1,6%. Asimismo, la pobreza no indigente descendió casi a la mitad, desde 15,7% a 8,1%. Entre los años 1990 y 2003, la proporción de adultos mayores en situación de indigencia descendió de manera muy importante. Al comparar la situación prevaleciente en 2000 con 2003 se observa que la incidencia de la indigencia se mantuvo en 1,6% y que la pobreza no indigente se registró un incremento desde 6,4% a 8,1% en este periodo.

En cuanto a la educación, se observa un importante descenso del analfabetismo en todos los grupos de edad entre los adultos mayores, ya que en 1990, el 15,9% de los

adultos mayores era analfabeto, cifra que en el 2003 corresponde al 13,2%. Los mayores descensos se observan para los hombres entre 66 y 75 años. En efecto, en 1990, el 17,3% de los hombres entre 66 y 75 años era analfabeto porcentaje que bajó a 11,7% en el año 2003.

En el país, hasta el año 2003, el 4% de la población era analfabeta, es decir no es capaz de leer y escribir un párrafo completo o sólo domina alguno de estos conceptos. En la población menor de 59 años corresponde a 2,4% y en la población mayor de 59 años a 13,2%.

En relación al analfabetismo, dentro de la población adulta mayor, se observa que a medida que aumenta la edad, se incrementa el analfabetismo, especialmente en las mujeres. Un ejemplo de esto son los siguientes hechos relevantes: El 14,4% de las mujeres adultas mayores y el 11,6% de los hombres adultos mayores son analfabetos. Esto representa más de tres veces el promedio nacional de analfabetismo. Y en la población de 76 y más años de edad, el analfabetismo femenino se aproxima al quinto del total de esa población (19,0%).

En cuanto a la percepción de salud, a medida que se incrementa la edad de las personas, disminuye el porcentaje que declara que su salud es buena o muy buena, a diferencia del casi 80% de la población menor de 29 años que sí afirma lo anterior. En la población entre 50 y 59 años este porcentaje bordea el 50%. En cambio, en los mayores de 65 años este porcentaje desciende bajo un 40%.

1.1.1.3. Realidad Social

El envejecimiento poblacional entendido como fenómeno social, se ha ido constituyendo como una problemática relevante y de interés en algunos países latinoamericanos, ya que ha traído consigo cambios y replanteamientos en las estructuras sociales, económicas y culturales, situación que obliga a un replanteamiento político por parte de los países que presentan dicho fenómeno. Si bien esta situación se presenta socialmente como un desafío, tiene la ventaja de que estas transformaciones ya han sido experimentadas en el mundo desarrollado. Por ende, abre la posibilidad de aprender de sus experiencias. Como señala Ham Chande (1998) el nivel de envejecimiento que Europa logró en dos siglos, lo alcanzará América Latina en apenas cincuenta años lo que significa que tendrá menos tiempo para adaptar sus sistemas al nuevo escenario de una población con mayor vejez. Esto a su vez trae cambios cualitativamente distintos que en los países

desarrollados; se vive un proceso de envejecimiento ligado a elementos físicos e ideológicos creados antes y en otras sociedades. Es decir, experimenta otro envejecimiento, cualitativamente distinto al de los países desarrollados; además, se produce en una situación de subdesarrollo; entonces, a la ya apremiante lista de problemas sin resolver, como la pobreza y la exclusión de vastos sectores de su población, se suman ahora los costos sociales y económicos del envejecimiento, todo en el contexto del pleno posicionamiento de un patrón de desarrollo que, con algunos matices, privilegia la estabilidad macroeconómica sobre el bienestar social de las personas (CEPAL, 2001).

En este contexto mundial y latino americano Chile no ha quedado al margen de esta situación y es por ello que el 17 de Septiembre de 2002 el Presidente de la República, don Ricardo Lagos Escobar, promulga la ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, que inicia sus funciones en enero de 2003. Lo que trae como consecuencia, que el fenómeno del envejecimiento y la población de los adultos mayores, pase a ocupar un lugar relevante dentro de las políticas sociales, por ende transformándose beneficiarios del estado y convirtiéndose en un grupo prioritario dentro de las políticas sociales Chilenas (SENAMA, 2005).

1.2. RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

1.2.1. Relevancia Teórica

Esta investigación permite evidenciar las posibles implicancias de una intervención intencionada sobre una población de estudio, estableciendo interacciones entre sexo, nivel educacional, estimulación social y cognitiva; con los índices de depresión, atención concentración, modos y estrategias de afrontamiento, estilos atribucionales y evaluación de la calidad de vida. Dichos hallazgos contribuyen a enriquecer los estudios sobre la calidad de vida de las personas de la tercera edad, por cuanto integra las principales dimensiones biopsicosociales que inciden en el modo en como las personas pertenecientes a este grupo etareo se adaptan de la mejor manera posible a las contingencias propias de la tercera edad.

1.2.2. Relevancia Metodológica

En la presente investigación, a partir de una perspectiva o enfoque biopsicosocial, se genera una intervención basada en el modelo cognitivo conductual que estimula las áreas sociales y cognitivas del sujeto de la tercera edad. Tal intervención permite evidenciar la naturaleza de la interacción entre estas áreas, lo que se traduce en la existencia de un cambio orientado hacia la mejora en la percepción de calidad de vida que los sujetos de la población de estudio tienen sobre su propia realidad.

1.2.3. Relevancia Práctica

Los resultados obtenidos en esta investigación pueden ser de utilidad para posteriores estudios realizados con personas de la tercera edad en nuestro país, así como también para intervenciones y modificación motivacional. Además, pueden servir de antecedente en la implementación de nuevas políticas públicas, y también para orientar de mejor forma las intervenciones que se diseñen tendientes a mejorar la calidad de vida de las personas de este estrato demográfico.

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué efecto tiene una intervención en las áreas cognitivas y social, sobre la calidad de vida y la motivación en personas de la tercera edad?

1.4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.4.1. Objetivo General:

Determinar los efectos de una intervención cognitiva y social sobre los aspectos relacionados con la evaluación subjetiva de la calidad de vida, en una muestra intencionada de personas de la tercera edad, con y sin red social, de sexo masculino y femenino, y con educación preparatoria completa e incompleta.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Evaluar las dimensiones cognitiva y social mediante instrumentos psicométricos, en la población de estudio.
- Elaborar e implementar una intervención basada en el modelo cognitivo-conductual, que estimule motivacionalmente las áreas sociales y cognitiva.
- Comparar los niveles de estado de ánimo, mecanismos atribucionales, modos de afrontamiento y evaluación de la calidad de vida, de sujetos previo y posterior a la implementación de la intervención, para así verificar cambio cognitivo y conductual.
- Conocer la influencia de la escolaridad, del grado de participación social y del sexo, sobre la evaluación de la calidad de vida de la población de estudio.
- Investigar en que medida la interacción entre el nivel educacional, la participación social y el sexo, contribuyen al cambio en la dimensión emocional, cognitiva y social, en la población de estudio.

CAPITULO SEGUNDO
MARCO TEÓRICO

2.1. TERCERA EDAD Y ENVEJECIMIENTO: UN FENÓMENO BIOPSIICOSOCIAL.

El envejecimiento es un fenómeno progresivo que ocurre a todo ser vivo, caracterizado por diversas modificaciones fisiológicas, psicológicas y sociales que se expresan como resultado de la acción del tiempo, de la vida que han llevado y de las experiencias que han vivido, por tanto todas las personas envejecen de forma distinta, dependiendo de factores genéticos, nutricionales, ambientales, sociales y personales que rodean este proceso.

El interés por el tema del envejecimiento y la vejez emerge de los problemas (observados o potenciales) derivados de la creciente presencia de personas mayores. El interés primario por abordar el tema, se da como una reacción a los conflictos de diversa índole (económica, social, ética) que causa su emergencia como grupo visible y potencialmente influyente. De este modo, la búsqueda de conocimiento, inicialmente y aún en la actualidad, se ha dirigido más a “resolver el problema” del envejecimiento y la vejez que a entenderlo en toda su magnitud y complejidad (Pérez Ortiz, 1997). Demás está decir que, en este sendero, muchas veces el tratamiento de la vejez ha tenido una orientación política, e incluso, ha sido políticamente impulsado en los esfuerzos de los gobiernos e instancias no gubernamentales para hacer frente a los innumerables “problemas” que constituye una población que envejece. Entonces, se sabe más acerca de su dimensión “aplicada” que de su enfoque teórico (Bury, 1996).

Otra causa de este panorama teórico confuso resulta de la naturaleza multidimensional y compleja del fenómeno. El análisis de la vejez se ha enfocado desde distintas disciplinas científicas, que muchas veces no comparten nociones conceptuales ni métodos similares que permitan construir una base conceptual unificada y sólida. La biología, la medicina, la psicología, la antropología, la sociología, las ciencias de la educación y la demografía, entre otras disciplinas, consideran el tema como pertinente a su campo y se acercan a ella desde sus enfoques específicos. Sin embargo, parece razonable considerar que esta situación, a primera vista complicada, esconde el gran interés que concita el tema. Por ello es importante integrar los distintos enfoques, para obtener una visión más completa e integral del adulto mayor, lo cual significa abordarlo desde las dimensiones biológica, psicológica y social.

2.2 DIMENSIÓN BIOLÓGICA.

Al abordar el tema del envejecimiento desde la dimensión biológica, es importante señalar que existe un envejecimiento primario y uno secundario (Berger, Thompson, 2000). El primero hace referencia a todos aquellos cambios irreversibles que ocurren con el transcurso de los años, considerándose un proceso gradual de deterioro corporal que comienza a una temprana edad y los continúa inexorablemente a través del tiempo. El envejecimiento secundario en tanto, se refiere a los cambios provocados por enfermedades o afecciones específicas (Berger y Thompson, 2000). Además, implica cambios que a pesar de ir asociados a la edad se pueden evitar y en ocasiones incluso revertir.

El envejecimiento desde el punto de vista biológico, es un proceso que ocurre a todas las personas, inherente al hombre, dinámico y de gran variabilidad individual (Villaseca, 1988).

Durante el envejecimiento, ocurren diferentes modificaciones físicas y psicosociales, las cuales aumentan la posibilidad de enfermar del adulto mayor y comprometen la autovalía de la persona, viéndose en desmedro al momento de enfrentar las tareas cotidianas (Correa, 1991).

Las enfermedades en esta etapa son más prolongadas y tienden a hacerse crónicas. Dentro de estas últimas se encuentran la hipertensión arterial, diabetes mellitus, problemas osteoarticulares y bronquiales (Escobar y Marín, 1993). Asimismo, se da una disminución en la capacidad de algunos sistemas sensoriales, especialmente en la vista y la audición. (Kline y Scialfa, 1996, en Berger, 2000). Este aspecto no deja de ser importante ya que son los canales principales de interacción de los individuos con su mundo y además, pueden reflejar los trastornos corporales que tienen lugar en el resto de sistemas. Además, con el transcurso de la edad el corazón late más despacio, las arterias se endurecen, los órganos digestivos son menos eficientes, los pulmones pierden capacidad y las respuestas sexuales son más lentas (Berger y Thompson, 2000).

Si bien enfermedad y envejecimiento no son sinónimos, es innegable que la incidencia de enfermedades crónicas aumenta de modo considerable con la edad, al igual que el riesgo de padecer enfermedades agudas. Esta vulnerabilidad puede deberse a los estilos de vida y hábitos que han llevado las personas a lo largo de su vida y a que los sistemas corporales en esta etapa son menos eficaces debido al envejecimiento primario, o sea, el deterioro biológico irreversible (Berger, Thompson, 2000).

2.2.1. Relación entre envejecimiento cognitivo y fisiológico.

El envejecimiento fisiológico plantea un correlato a nivel de las capacidades cognitivas de la persona que envejece. El estudio científico de esta relación va paulatinamente proporcionando descubrimientos que iluminan este importante nexo entre cognición y edad. Es posible afirmar que la inmensa mayoría de las personas mayores son despiertas, capaces mentalmente y completamente capaces de aprender (Belsky, 2001).

Con relación a lo anterior, en Chile sólo el 1,8% de población Adulto Mayor discapacitada presenta diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento, mientras que el 5,5% trastornos al sistema nervioso (INE, FONADIS, 2006).

O sea, la población adulta mayor sana no cumple con el estereotipo negativo con el que ha cargado por años.

De cualquier modo, es para conocer más estos problemas que se proporcionan a continuación, datos actualizados respecto a la relación entre envejecimiento cognitivo y fisiológico, haciendo una revisión a funciones cognitivas específicas como la inteligencia, la memoria, los procesos atencionales y el lenguaje.

Para conocer más en detalle cuales aspectos de la inteligencia experimentan deterioro relacionado con la edad, se plantea la propuesta teórica hecha por el psicólogo John Horn (citado en Belsky, 2001).

En 1970, Cattell y Horn (citados en Belsky, 2001) propusieron 2 factores básicos de inteligencia que interactúan entre sí. Estos son:

Inteligencia Cristalizada: Definida como aquel aspecto de la inteligencia que refleja la base de conocimientos que una persona tiene sobre el mundo y su cultura. Es la cantidad de información que hemos obtenido.

Inteligencia Fluida: Referida a la capacidad de razonar bien y con rapidez ante situaciones nuevas, la cual tiene una base biológica, más independiente de la experiencia de la persona, y por lo tanto menos modificable por la experiencia.

Horn (1970, en Belsky, 2001) plantea que la inteligencia fluida alcanza su punto culminante en la madurez (alrededor de los 50 años) y después disminuye de forma lenta y constante. Por su parte, la inteligencia cristalizada se mantiene relativamente estable o aumentaba con los años. Pero en la vejez ésta también disminuía, aunque de manera más lenta que la Inteligencia Fluida.

Este estudio aporta una nueva distinción en el área relacionada con el efecto que la edad tiene sobre el CI, al poner de manifiesto una perspectiva contextual de la Inteligencia,

según la cual el cambio intelectual es multidireccional (algunas habilidades aumentan mientras que otras disminuyen, pero el resultado adaptativo es el mismo) y existen diferencias muy marcadas entre las personas en lo que refiere a estabilidad y cambio intelectual.

Lógicamente existen variables intervinientes a la hora de explicar estas diferencias entre las personas cuyas destrezas intelectuales “resisten” más al paso del tiempo, de aquellas que no lo hacen.

Janet Belsky (2001) en su recopilación menciona al menos tres variables que mantienen a la inteligencia bien ajustada, las cuales son: la velocidad, la salud y la estimulación mental.

Efecto de la Velocidad. Referida a la velocidad de procesamiento de la información que la persona posee. En un estudio hecho por dos investigadores españoles (Junqué y Jodar, 1990) se encontró que el envejecimiento no sólo implica un enlentecimiento en el tiempo de reacción de elección (tiempo perceptivo, de decisión y motor) sino también en el procesamiento cognitivo. Estos investigadores piensan que tal enlentecimiento se debe a los cambios degenerativos en los ganglios basales y la sustancia blanca. Además, gracias a otros estudios se sabe que, pese a que el proceso de envejecimiento implica cierto grado de lentitud, existen diferencias individuales en los tiempos de reacción que están mediadas por la enfermedad y el sedentarismo propio de cada individuo. Esto último da pie a la siguiente variable.

Efecto de la Salud. se basa en el hecho, aparentemente psicológico, de que nuestro funcionamiento físico está vinculado al funcionamiento de nuestra mente. Es por esto que personas con autopercepción de sí mismas como enfermas o en condición de enfermos crónicos, presentan puntajes más bajos en tests de CI en comparación a sus pares sanos. Además, hay pruebas de que una vida activa, no sedentaria, favorece la salud y la cognición del adulto mayor. Colcombe et al.(2004) comprueban en un estudio longitudinal de 6 meses que los adultos mayores que practican ejercicio aeróbico se beneficiaban en términos de su salud cerebral, pues en pruebas cognitivas muestran mayor activación de áreas relacionadas con atención selectiva (lóbulos frontal, prefrontal y parietal) en comparación a los ancianos que no realizan ejercicio cardiovascular.

Efecto de la Estimulación Mental. Un clima general de mayor estimulación medioambiental se asocia con elevado rendimiento intelectual. Por ejemplo, trabajos o actividades desafiantes, que exigen razonar y pensar rápido, se asocian a un aumento de la flexibilidad intelectual, entendida como la capacidad para ver situaciones desde distintos

puntos de vista. Se atribuye esto al hecho biológico de la plasticidad cerebral que poseen los seres humanos y otros mamíferos, es decir, que el cerebro es sensible al entorno a lo largo de toda la vida, estimulando procesos de formación de dendritas en situaciones de aprendizaje ambiental. Este fenómeno es también conocido como Neuroplasticidad. La plasticidad neuronal es la propiedad que tienen las células nerviosas de reorganizar sus conexiones sinápticas y de modificar los mecanismos bioquímicos y fisiológicos implicados en su comunicación con otras células, es decir, adaptarse a cambios en el ambiente interno o externo, a la experiencia previa o a las lesiones (Gispén, 1993; citado en Belsky, 2001). Dada la neuroplasticidad del sistema nervioso central se ha comprobado que con entrenamiento cognitivo sistemático se pueden compensar ciertos déficits cognitivos en la vejez (SENAMA, 2002).

2.2.2. Efecto del nivel de Educación sobre el curso del declinar cognitivo.

Leibovici et al. (1996) compararon el rendimiento cognitivo, durante el período de un año, de dos grupos de ancianos con distinto nivel educacional (bajo: sin educación formal y/o educación básica; alto: educación media y/o superior) a fin de determinar si la educación juega un rol protector sobre el deterioro cognitivo relacionado con la edad, en un amplio rango de funciones cognitivas. Estos investigadores encuentran que el nivel educacional juega un rol complejo sobre el curso del cambio cognitivo y que varía largamente de acuerdo al tipo de función cognitiva estudiada.

Es así como aquellas funciones cognitivas que tienen un más alto grado de componente aprendido, como el lenguaje o la memoria secundaria y los grupos de más alta educación mantienen más adaptabilidad al cambio en comparación a los de baja educación. No ocurre lo mismo para funciones con mayor determinación genética y fisiológica como atención, memoria implícita y análisis visoespacial, en donde la educación juega una relativa poca influencia.

Sus descubrimientos sugieren que el nivel de CI (expresión operacional de la inteligencia), sumado a una óptima estimulación medioambiental, juegan un rol protector en una edad posterior a los 75 años, es decir, la edad en que los neurobiólogos sostienen que se produce una significativa pérdida en la reserva de la capacidad neuronal.

Con respecto a la memoria, se sabe que es uno de los temas preocupantes de la vejez, especialmente su posible pérdida. Los adultos mayores mencionan que se les olvidan las cosas más que antes, los nombres de las personas, etc. Esto es vivido como la

sensación de un proceso de deterioro, el anuncio de una patología y por ende un problema de autonomía (Schade et al. 2003).

A este conjunto de quejas, consideradas como una entidad, se le ha denominado "afectación de la memoria asociada a la edad". La identificación de esta afectación tendría lugar cuando el sujeto tenga más de 50 años y además presente quejas subjetivas de pérdida de memoria en actividades de la vida diaria, obtenga un rendimiento en los tests de memoria por debajo de una desviación típica de su grupo normativo, mantenga preservadas las funciones intelectuales generales y que no presente demencia (Crook y cols., 1986; citado en Román y Sánchez, 1998). O sea, que la persona pese a manifestar una disminución de su memoria no se queje de pérdida de sus otras habilidades instrumentales.

Con el propósito de revisar más en detalle cómo se presenta la memoria en la Tercera edad, se expone la propuesta de Baddeley sobre la "Teoría de Memoria Operativa". Alan Baddeley (1999) propuso la existencia de 3 sistemas de memoria, que son pasos que sigue la información hasta transformarse en recuerdo.

Memoria Sensorial: imagen sensorial de un estímulo que llega a los sentidos y desaparece en seguida. Existe una estrecha conexión entre esta memoria y los órganos sensoriales, por lo que los ancianos que ven deteriorados sentidos como la visión y el tacto debieran presentar menor procesamiento, pero en general la eficiencia se mantiene.

Memoria Operativa: tiene a su cargo el almacenamiento de la información durante un breve período de tiempo. Está limitada estructuralmente. Los experimentos señalan que es el sistema de memoria que se ve más afectado en la vejez. Los ancianos disminuyen su desempeño en esta memoria y así se explicaría su dificultad para formar nuevos recuerdos. El decline de la memoria de trabajo asociado a la edad ha sido relacionado con el deterioro de los lóbulos frontales (Parkin y Walter 1991 y Craik y cols. 1995; citados en Román y Sánchez, 1998)

Memoria a Largo Plazo: es el conocimiento almacenado durante la vida, no se perdería significativamente con la edad.

Refiriéndose ahora a la Atención, en este caso, se habla más bien de un conjunto de procesos, en lugar de un único proceso unitario, los cuales revisamos a continuación contextualizados durante el envejecimiento.

La disminución en atención, especialmente la capacidad para mantener una adecuada focalización (atención selectiva) o llevar a cabo tareas de atención dividida, se ha asociado con los cambios degenerativos que aparecen en el lóbulo frontal durante el

envejecimiento. A su vez, parece ser que se produce un deterioro diferencial de la atención, estando el sistema de atención anterior (implicado en detección de sucesos y eventos en el procesamiento semántico del lenguaje) más afectado que el posterior (relacionado con la atención espacial).

En cuanto a la causa subyacente del bajo rendimiento en tareas de atención dividida, Madden (1990; citado en Román y Sánchez, 1998), señala que las dificultades podrían estar asociadas más con la complejidad de la tarea que con la división de la atención.

Por último, de entre todas las funciones cognitivas, las que menos parecen deteriorarse durante el envejecimiento normal son las relacionadas con el lenguaje, a excepción, por ejemplo, de que exista una pérdida auditiva o cualquier otra alteración importante relacionada con el aparato fonador que produzca cambios en la comunicación. Los únicos problemas que se han observado durante el envejecimiento están relacionados con el acceso a redes léxicas, la fluidez verbal, la comprensión de estructuras gramaticales complejas y con la descripción de objetos.

A pesar de ello, este relativo mantenimiento del lenguaje ha sido explicado por un mayor deterioro fisiológico del hemisferio no verbal (el derecho) que del señalado como el propiamente verbal, a saber, el izquierdo (Román y Sánchez, 1998).

Luego de esta presentación de antecedentes científicos en torno a la relación que profundiza este capítulo, se propone resaltar algunos elementos cualitativos que tienen gran incidencia en la comprensión global del funcionamiento cognitivo en la vejez.

2.2.3. Importancia de las Redes Sociales sobre el Rendimiento Cognitivo.

Las actividades sociales proporcionan el desafío de una comunicación efectiva y la participación en intercambios interpersonales complejos. Por estas razones, el soporte social ha sido pensado como un inhibidor del declinar cognitivo en la ancianidad (Berkman 2000, citado en Yeh y Liu, 2003). Un ambiente dinámico exige la movilización de facultades cognitivas.

Es así como Fratiglioni et al (1999; citado en Yeh y Liu, 2003) encontraron en su estudio longitudinal con ancianos sobre 75 años, durante tres años, que la red social reduce la incidencia de demencia.

Por otro lado, aunque siguiendo con el propósito de investigar la relación entre soporte social y función cognitiva en los ancianos, es que Yeh y Liu (2003), en su estudio

llevado a cabo en Taiwán, encontraron que los ancianos casados y aquellos que perciben soporte positivo de parte de sus amigos (entendidos como la posibilidad de tener un buen amigo con quien conversar) presentaban mejores puntajes en el test neuropsicológico SPMSQ (Cuestionario Portátil Breve del Estado Mental), en comparación a aquellos que no estaban casados y que no recibían ese soporte de parte de sus amigos.

Bassuk et al (1999) postulan que el aislamiento social es un factor de riesgo para el deterioro cognitivo entre personas ancianas. Por el contrario, la conexión social, la cual es definida como la conservación de muchas conexiones sociales y un alto nivel de participación en actividades sociales es vista como un factor que previene o retrasa el declinar cognitivo en la vejez. Esto no sólo porque una interacción social garantiza al menos una mínima movilización de recursos cognitivos, sino además porque la conexión social implica un nexo activo y recíproco entre las personas y sus comunidades. Esto tiene un efecto beneficioso global sobre la persona, en la medida en que se desarrolla un compromiso interpersonal que, según los autores, proporcionaría un sentido de propósito y significado en la vida de los ancianos, que los motivaría a mejores prácticas de autocuidado (ejercicio físico, abstención de cigarrillo, etc.), mejor autoestima y, en consecuencia, un mejor afrontamiento de situaciones estresantes que frenaría la producción de glucocorticoides, hormona implicada en daño hipocampal que provoca descensos medibles en memoria y aprendizaje (Sapolsky, 1992; Seeman, 1997, citados en Bassuk, 1999).

2.3. DIMENSIÓN PSICOLÓGICA.

Al igual que en la dimensión biológica, en este nivel también se desarrollan una serie de cambios que afectan tanto la personalidad así como también las áreas cognitiva, afectiva y motivacional.

En cuanto a los cambios en la personalidad que experimentan las personas de tercera edad, Ardilla (1985) y Moragas (1991), cada uno por su parte, sugieren que existiría una continuidad longitudinal de la personalidad. Ardilla (1985) plantea que “el envejecimiento afecta muy poco la personalidad. Pero en cambio la personalidad sí afecta considerablemente el envejecimiento”. A su vez, Moragas (1991) señala que la personalidad se mantendrá estable a mayor nivel educacional y en la medida que se posea un buen estado de salud, además, señala que las personas que se mantienen activas y con responsabilidades, apenas demuestran cambios de personalidad.

Con respecto al área cognitiva, si bien es cierto que los procesos intelectuales son menos eficientes a medida que transcurren los años, hay una gran variación individual en esta disminución. La distinta capacidad intelectual de las personas, evidente desde la infancia en adelante se acentúa en la vejez. En este período, algunos individuos alcanzan cotas máximas de productividad creativa, mientras muchos otros parecen mantenerlas al mismo nivel que antes, o en algunos casos, acaban sumidos en una cognición que les hace parecer como ausentes (Powell, 1994; en Berger et al, 2000). Con respecto a la memoria, los adultos mayores presentan dificultades para recuperar y almacenar la información a largo plazo (Ardilla, 1985; Belloch, 1994). Se postula que las causas de la pérdida de memoria pueden ser biológicas o debido a factores psicosociales tales como bajo nivel intelectual, falta de actividad, etc.; por lo tanto, y considerando especialmente los factores psicosociales, se puede inferir que la pérdida de memoria no es irreversible o inevitable (Moragas, 1991). Además de las pérdidas de memoria que ocurren con el paso de los años, también se produce un deterioro en las facultades que tienen que ver con la inteligencia. En especial, se ve una declinación en las habilidades espaciales y no así en las habilidades verbales las cuales se mantienen e incluso mejoran en la tercera edad de acuerdo a las pruebas típicas de inteligencia (Ardilla, 1985; Belloch, 1994). De todo lo anterior se desprende que la declinación de las facultades cognitivas puede prevenirse con un medio ambiente estimulante y que apoye al adulto mayor. (Domínguez, 1987; Moragas, 1991).

En lo que concierne al área afectiva, pareciera ser que uno de los trastornos más habituales en la tercera edad es la depresión, lo que se debe principalmente a los acontecimientos que se deben ver enfrentados las personas en esta edad, tales como la pérdida de seres queridos y particularmente cónyuge, la aparición de dificultades físicas que afectan la autonomía y fomentan la dependencia y el aislamiento social, la jubilación, etc. (Belloch, 1994).

En cuanto al área motivacional, se afirma que con el paso de los años ésta disminuye en las personas, pero aparentemente esto se debe más a razones culturales que biológicas. Tal como señalan diversos autores, las condiciones sociales, en especial las creencias negativas o estereotipos asignados a los adultos mayores, influyen en que estos adquieran actitudes de apatía, resignación y desgano. (Domínguez, 1982; Villaseca, 1988; Barros, 1991).

A continuación se incluye dentro de la dimensión psicológica la variable depresión. En este sentido cabe señalar que debido al enfoque que se utiliza para explicar la

depresión (cognitivo) y el inventario utilizado para medir dicha patología es que se incluye este tema en este apartado, no desconociendo la importancia que tienen las variables biológicas y sociales en la incidencia de depresión.

Asimismo, se incluyen en esta dimensión las variables atribución causal y estilos y estrategias de afrontamiento

2.3.1. Depresión.

El trastorno emocional conocido como *depresión* es uno de los problemas de salud mental más frecuentes a nivel mundial. Se estima que al menos el 12% de la población adulta ha presentado o presentará en el futuro un episodio depresivo de importancia clínica suficiente como para necesitar tratamiento (Schuyler y Katz, 1973 citado en Beck, 1983). En Chile, los trastornos depresivos afectan a un 7,5% de la población en general, y casi a un 30% de las personas consultantes del nivel primario de atención, según las cifras del Ministerio de Salud.

Las personas deprimidas sienten a menudo que la vida no tiene nada que ofrecerles, las actividades que antes les parecían placenteras ya no les interesan, se sienten despreciables e indefensas. Pueden estar convencidas de que nadie se preocupa de ellas y a menudo, la idea del suicidio se les hace recurrente. La depresión conlleva cambios físicos tales como falta de energía, trastornos en el ciclo de sueño, cambios en el apetito y en la libido. Por otro lado, la incapacidad para concentrarse y recordar, los movimientos más lentos o una intranquilidad agitada también son signos clásicos de la depresión (Belsky, 2001).

Desde el modelo cognitivo, Beck concibe la depresión como “un estado anormal del organismo manifestado por signos y síntomas de ánimo subjetivo bajo, actitudes nihilistas y pesimistas, pérdida de la espontaneidad y signos vegetativos específicos” (Beck, 1983). La depresión según Beck se define entonces como un desorden del pensamiento y supone que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. La teoría de Beck establece que la depresión no es un desorden exclusivamente afectivo, como podría parecer a primera vista, sino un problema cognitivo.

Beck, explica el sustrato psicológico de la depresión a partir de la tríada cognitiva, los esquemas y los errores en el procesamiento de la información (Beck, 1983). La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al sujeto a

considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrásico. El primer componente se centra en la visión negativa de la persona hacia sí mismo. El sujeto tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. De este modo, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad produciendo generalmente para sucesos negativos una atribución Interna, Estable y Global.

El segundo componente se centra en la tendencia del sujeto a interpretar sus experiencias de manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. De este modo, la persona tiende a construir interpretaciones en dirección negativa aún cuando existen varias alternativas en un sentido más optimista o positivo.

El tercer componente de esta tríada se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus sufrimientos o dificultades actuales continuarán indefinidamente. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso (Beck, 1983).

Con respecto a los esquemas, estos refieren a los patrones cognitivos estables, asunciones implícitas o premisas que se van reforzando en la interacción permanente. De este modo los esquemas ejercen influencias sobre la clase de información a la que se presta atención, cómo se estructura, que importancia se le atribuye y qué sucederá como consecuencia. Para el caso de la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de modo tal que resultan esquemas inadecuados.

Finalmente, los errores en el procesamiento de la información se refieren al modo en que los sujetos piensan. Fundamentalmente aluden a la transformación y procesamiento de estímulos ambientales, mecanismos de búsqueda y almacenamiento, procesos de inferencia y recuperación. Para el caso de sujetos depresivos, Beck señala como errores en el procesamiento la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización minimización, personalización, pensamiento absolutista y dicotómico (Beck et al. 1983), conceptos que se pueden aclarar acudiendo a la obra de Beck.

2.3.1.1. Depresión en Tercera Edad.

Existen diversos estudios que dan cuenta de los trastornos del estado de ánimo en la tercera edad y particularmente de la depresión. Llama la atención la disparidad de resultados obtenidos, pues mientras algunos autores encuentran una asociación positiva, otros trabajos señalan la existencia de una relación negativa y por último, otros trabajos no encuentran diferencias significativas para edad y depresión. La explicación para tales divergencias es atribuible al tipo de instrumentación utilizada, la rigurosidad de los criterios diagnósticos, el tipo de muestra seleccionado, el incluso el período temporal estudiado. Pese a lo anterior, la característica más destacable es la coincidencia en la extraordinaria dimensión que alcanza la depresión dentro de la clínica gerontológica donde, según Blazer y Williams (1980, citados en Buendía, 1994), siguiendo los criterios DSM-III, en una amplia muestra norteamericana, se obtiene que el 14,7% de la población anciana presenta sintomatología disfórica de manera significativa y un 3,7% un trastorno depresivo mayor. (Buendía, 1994). Según Salvarezza (1988), la dolencia más extendida en la tercera edad es la depresión, ya que en esta etapa se produce una separación y/o pérdida de personas y objetos, lo que sería un factor importante en el desarrollo de este trastorno.

En un estudio sociológico realizado en España, Bernard Krief (1982, citado en Buendía, 1994), obtiene un 7,3% de ancianos con elevados niveles de sintomatología depresiva, un 56,4% con niveles intermedios y tan solo un 36,3% sin síntomas depresivos. Posteriormente, Cid Sanz (1986, citado en Buendía, 1994) alude que más de un tercio de las personas mayores de 65 años en España, presentan trastornos psiquiátricos, de los cuales entre el 60 y el 65% son estados depresivos declarados o encubiertos. En este sentido, cabe destacar que a la dificultad inherente a la hora de diagnosticar la depresión, se suma el hecho que una gran cantidad de síntomas depresivos experimentados por los adultos mayores, son atribuidos al propio proceso de envejecimiento, a enfermedad, o a supuestos desajustes del sistema nervioso central.

Otro aspecto importante de señalar es la especial prevalencia de depresión en entornos residenciales, habiéndose llegado a estimar que el 80% de los ancianos que viven en estas instituciones, presentan síntomas depresivos. (Hyer y Blazer, 1982 citado en Buendía 1994). De este modo, la exclusión de los ámbitos institucionales, tanto residenciales como hospitalarios, supone un nuevo sesgo de los estudios epidemiológicos comunes, viniendo por lo tanto a sumarse a las dificultades metodológicas y conceptuales

señaladas anteriormente para la obtención de resultados concluyentes sobre la epidemiología de los trastornos depresivos en la edad avanzada (Buendía, 1994)

En términos generales la depresión no se manifiesta de manera homogénea y unitaria en todas las personas. Consecuentemente, resulta inadecuado pensar en un mismo conjunto de manifestaciones sintomáticas a través de la edad. Tal como señala Belsky (2001) es prácticamente seguro que las cifras dominantes de la depresión en adultos mayores son artificialmente bajas porque muchos síntomas de este trastorno (pérdida de la libido, insomnio, respuestas lentas) coinciden con los cambios típicos de la vejez. En esta edad, pudiera ser que la depresión se manifieste a través de la pérdida de memoria y de molestias somáticas. (Belsky 2001)

Como señala Pitt (1986, citado en Buendía, 1994), una dificultad añadida para el diagnóstico de depresión en ancianos es que con frecuencia las personas de mayor edad no disponen de la preparación suficiente para manifestar sus síntomas si no es a través de manifestaciones somáticas (dificultades para dormir, falta de energía, dolores localizados o inespecíficos, etc.), produciéndose de esta forma un frecuente solapamiento de la depresión con la enfermedad.

Entre los principales aspectos característicos de la depresión en la edad avanzada se ha llegado a un relativo consenso en señalar la presencia de:

1. Episodios más largos y resistentes al tratamiento farmacológico.
2. La frecuente existencia de delirios y alucinaciones psicóticas en la depresión mayor.
3. Mayor riesgo suicida, especialmente en varones y particularmente importante cuando viven solos.
4. Frecuente agitación psicomotriz, normalmente acompañada de una intensa ansiedad o bien inhibición psicomotriz intensa o atípica.
5. Especial relevancia de trastornos del sueño.
6. Frecuentes somatizaciones ansiosas.

A lo largo de los trabajos realizados en las últimas décadas, se ha venido poniendo de manifiesto la importancia relativa de determinados factores sociodemográficos en la incidencia de la depresión. De este modo, factores como condición genérica femenina, pertenencia a clases sociales más desfavorables, y estado civil, pudiesen influir más en la aparición de esta patología en el adulto mayor.

Para las personas mayores, una circunstancia adversa que favorece la depresión es la pérdida del marido o la mujer. A diferencia de lo que suele ser la típica diferencia de género, los investigadores de un estudio epidemiológico descubrieron que los viudos de cualquier raza tienen más del doble de probabilidades de padecer una depresión importante que las viudas (Williams, 1992; citado en Belsky, 2001).

De esta manera, el cuerpo de investigaciones sobre factores psicosociales relacionados con depresión y envejecimiento, ha ido orientándose paulatinamente hacia esquemas más amplios y envolventes, dirigiendo la atención a las formas de interacción existentes entre factores predisponentes, precipitantes y variables moduladoras tales como el "locus de control" (Lefcourt, 1985, Citado en Buendía, 1994), la autoestima (Brown y Harris, 1978, citado en Buendía 1994), las experiencias de autoeficacia y el apoyo social (Pearlin, Lieberman, Menaghan y Mullan, 1981; Sarason y sarason, 1985; citados en Buendía 1994); Buendía y Riquelme (1991, citados en Buendía, 1994).

En este sentido, resulta interesante un estudio realizado por Phifer y Murrell (1986, citado en Buendía, 1994) donde son examinados los efectos aditivos e interactivos de seis factores predisponentes (sexo, edad, nivel cultural, historia de depresión familiar, estado civil y muerte temprana de uno de los padres), tres variables moduladoras (salud funcional, "locus de control" para la salud y apoyo social) y tres categorías de acontecimientos vitales (pérdidas materiales, personales y problemas de salud). Los resultados de este trabajo, donde se intentaba evaluar el papel jugado por las variables de estudio en el desarrollo de la sintomatología depresiva, indicaron efectos especialmente significativos de los niveles de salud funcional, así como la disponibilidad de apoyo social, tanto en forma separada como en su interacción (Buendía, 1994).

Como se puede observar, cabe la necesidad de avanzar en investigación tanto para determinar las características distintivas de la depresión como para avanzar en la comprensión de factores que pudieran estar incidiendo en el pronóstico de la depresión en adultos mayores. En este sentido, no existe una evidencia comúnmente mantenida sobre el papel predictor de determinadas variables, tales como estado civil, satisfacción conyugal, contactos sociales, así como del efecto de tales factores según el sexo, lo cual plantea la necesidad de orientar futuros trabajos al estudio de las claves que puedan aumentar nuestro conocimientos sobre las variables implicadas en el curso de la depresión y su pronóstico en la vejez.

2.3.2. Atribución Causal.

Dentro de la psicología, el área de la motivación es una de las más amplias y con mayor respaldo empírico. Con el tiempo y a raíz de múltiples investigaciones, se han formulado diversas teorías, complementarias entre sí, que pretenden explicar el estado motivacional de los individuos frente a una situación específica, sea ésta rutinaria o novedosa. Es en este contexto, específicamente dentro de las explicaciones cognitivas de la motivación, que surgen diversas teorías que dan cuenta de cómo las creencias y atribuciones sobre los hechos y sus posibles causas influyen sobre ésta.

Se entiende por Atribución Causal, "*la descripción de la forma en que las explicaciones, justificaciones y excusas de los individuos influyen en su motivación y conducta*" (Woolfolk, 1999).

De acuerdo a esta definición, cada individuo se cuestiona las razones de sus éxitos o fracasos, en el intento por comprenderlos. Los individuos pueden atribuirlos a la habilidad, el esfuerzo, el estado de ánimo, el conocimiento, la suerte, la ayuda, el interés, la claridad de las instrucciones, la interferencia de los demás, etc.(Woolfolk, 1999).

2.3.2.1. Las Atribuciones Causales: El Modelo de Weiner.

En la década del 70, Weiner realiza trabajos sobre la *Motivación de Logro*, intentando descubrir las causas por las cuales los individuos atribuyen éxitos o fracasos, y las respectivas consecuencias que tales atribuciones tienen en distintos ámbitos. Para tal objetivo, construye una teoría capaz de dar cuenta de las explicaciones o atribuciones causales que los sujetos realizan con el fin de determinar cual será su motivación y comportamientos futuros (Beltrán, 1987).

Este modelo atribucional afirma que todo individuo tiende a buscar una causa que explique tanto el comportamiento de los otros como el propio, comportamiento que, en el futuro, estará en función del tipo de atribución causal realizado.

En su primera investigación, Weiner (1974) distingue 4 causas, a las que les asigna valores diferenciales, utilizando diversas fuentes de información que afectan la atribución realizada. Estas son:

1) Antecedentes para la inferencia de *Habilidad o Capacidad*. Está determinada por la información que el sujeto posee de ejecuciones pasadas propias o ajenas. Dependiendo de los resultados obtenidos (éxitos o fracasos) el individuo determina si "puede" o "no

puede" realizar determinada tarea. Por lo tanto, la consistencia es una importante señal para la inferencia de habilidad. La información sobre los resultados, en conjunto con parámetros grupales, va a ser utilizada para deducir los niveles de habilidad. Por ejemplo, el éxito en tareas en las que otros fracasaron, propicia que el sujeto sea percibido como alguien muy hábil.

2) Antecedentes para la inferencia de *Esfuerzo o Dedicación*. A menudo se utiliza la información de la ejecución (resultados obtenidos) para inferir cuánto empeño se ha puesto en la tarea. Experimentos realizados por Weiner, señalan que los sujetos exitosos perciben que ellos efectivamente despliegan más esfuerzo que los sujetos no exitosos.

3) Antecedentes para la inferencia de la *Dificultad de la Tarea*. La dificultad subjetiva de la tarea depende en parte, de los resultados obtenidos por el grupo de referencia. De este modo, si muchas personas obtienen éxito en una tarea, entonces ésta es percibida como fácil; por el contrario, si pocos logran un resultado exitoso en ella, entonces es percibida como difícil. Por lo tanto, para la inferencia de dificultad de la tarea el consenso en la información sería el elemento clave. Aparentemente, las características objetivas de la tarea, tales como duración, complejidad y novedad, influyen el juicio inicial respecto de la dificultad de la tarea. Sin embargo, esta información recibe relativamente poco peso en relación con los datos de los resultados obtenidos. Si una tarea es ejecutada correctamente, es de poca importancia si ésta aparece inicialmente como difícil.

4) Antecedentes para la inferencia de *Suerte* experimentada (Buena o Mala). Depende de cómo es descrita la tarea, siendo considerados los resultados obtenidos, en ocasiones como cosa de suerte y en otras de mala suerte. En experimentos realizados, la adscripción a la suerte es usualmente inducida por instrucciones específicas, para lo cual los sujetos son previamente informados que los resultados de la tarea son debidos al azar. Esto sugiere que generalmente el indicador principal para la atribución de suerte, es la estructura de la tarea. De éste modo, algunas tareas son consensualmente descritas como dependientes de la suerte, tales como el lanzamiento de una moneda y los juegos de azar.

Se ha señalado que aún cuando la cantidad y variedad de factores posibles identificados por los sujetos puede ser alta, los 4 factores anteriormente mencionados tienden a sobresalir. Esto revela una economía y simplicidad en el razonamiento causal respecto a su rendimiento, sin restar importancia a la percepción que los individuos posean sobre la existencia de una gran variedad de causas. Más tarde, una vez

identificadas estas cuatro variables, Weiner clasificó las atribuciones a través de tres dimensiones causales: Locus de Control, Estabilidad y Controlabilidad (Weiner 1974).

Weiner (1974) plantea en una segunda parte de su teoría, que cualquier causa percibida por un sujeto es susceptible de ser clasificada en una taxonomía compuesta por tres dimensiones subyacentes:

A) Locus de Control o lugar de causalidad.

Permite clasificar las causas como *internas*, cuando están ligadas intrínsecamente a características propias de la persona (Ej. la habilidad, esfuerzo, inteligencia, atractivo físico, etc.) y *externas*, cuando el origen de éstas se encuentra en otras personas o en las características del medio (tales como: factores ambientales, dificultad de la tarea, popularidad, etc.). Cabe señalar que, el lugar de una causa dentro de estas dimensiones no varía a través del tiempo o entre los sujetos, dependiendo de manera considerable, de la historia personal de cada individuo. Así por ejemplo, un individuo puede llegar a percibir la suerte como un factor interno (“yo soy una persona de suerte”).

Esta dimensión corresponde a la distinción interno-externo señalada por Rotter en 1966 con el locus de control (Beltrán, 1987).

B) Estabilidad.

Esta dimensión hace referencia a si un hecho es atribuible a través del tiempo a la misma causa o varía dependiendo del contexto. En este sentido la causalidad puede ser estable (por ejemplo, las aptitudes o capacidades) o inestable (el esfuerzo o la suerte).

Esta segunda dimensión surge cuando causas con idéntico locus de control provocan reacciones distintas: el fracaso percibido como consecuencia de una falta de capacidad provoca más bajas expectativas que el fracaso debido por la falta de esfuerzo. Aunque ambos son internos, la capacidad es más estable que el esfuerzo.

Como se puede apreciar, esta dimensión está íntimamente ligada a la predicción realizada por quien atribuye, respecto de la presencia o ausencia de una causa determinada en futuros eventos; dicho de otro modo, si un factor causal persiste o cambia a través del tiempo, una causa es percibida como estable cuando quien atribuye estima que ésta siempre estará presente en las futuras acciones o eventos del sujeto, y es percibida como inestable cuando quien atribuye estima que dicha causa puede variar en el futuro o no estar presente (Wong y Weiner, 1981)

C) Globalidad

Esta dimensión alude al hecho de que los sujetos atribuyen una misma causa para todos los casos posibles. Según esta dimensión, las causas son Globales (ej. “siempre fracaso y siempre fracasaré”) o Específicas (ej. “fracasé hoy, pero tendré éxito mañana”)

En síntesis, esta teoría pretende descubrir las leyes o modos por los cuales asignamos causas tanto a nuestra propia conducta como a la ajena, centrándose en cuándo y por qué atribuimos la conducta realizada a causas internas/disposiciones (personalidad, motivación, etc.) o a circunstancias espacio – temporales (por Ej. suerte).

La importancia del Modelo Atribucional de Weiner radica en el énfasis dado a la elaboración cognitiva y su influencia en los afectos, la motivación y conducta, restando importancia a la influencia ambiental.

A partir de las causas percibidas y las dimensiones subyacentes, Weiner (1974) taxonomiza sus hallazgos en un modelo atribucional de la Motivación de Logro, el cual se puede graficar de la siguiente manera:

Diagrama 1: Combinaciones posibles de acuerdo a las dimensiones de locus de control, estabilidad y globalidad. Teoría de la atribución causal de B. Weiner (Modificado, 1974).

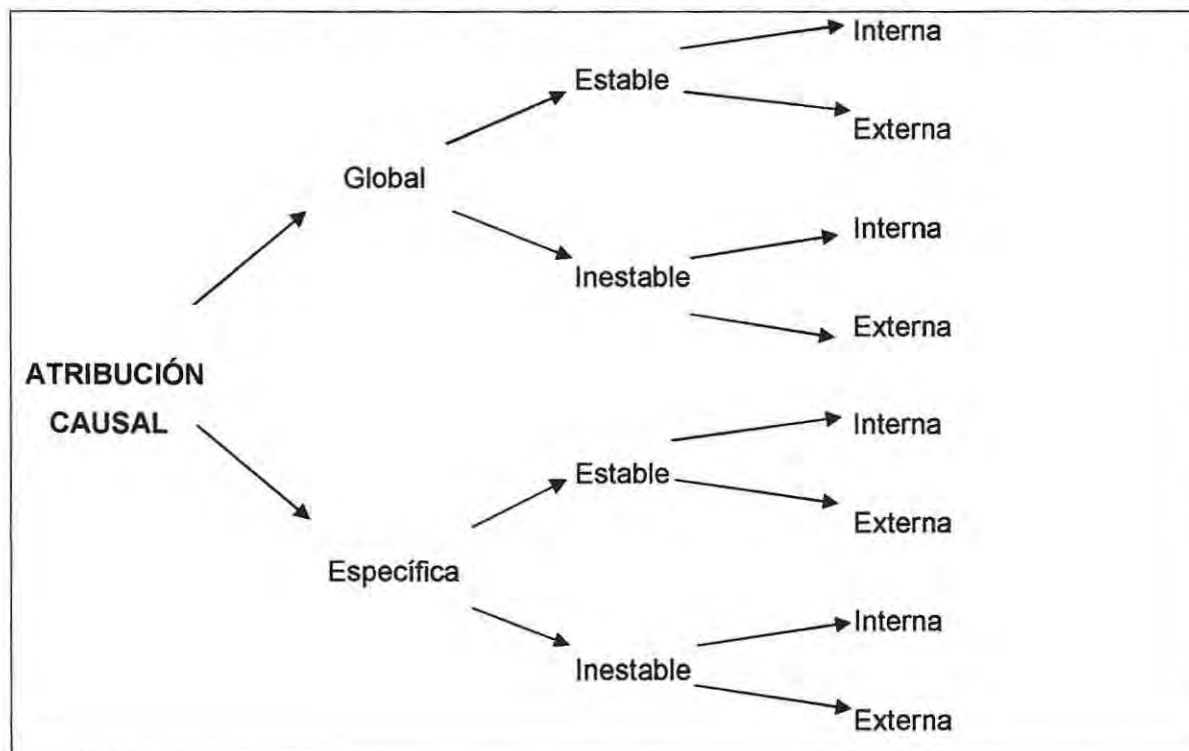


Tabla 1: Causas de éxito o fracaso respecto a las dimensiones atribucionales. Esquema atribucional modificado de Weiner (1974).

	Controlable		Incontrolable	
	Estable	Inestable	Estable	Inestable
Interna	Esfuerzo estable de uno mismo.	Esfuerzo inestable de uno mismo.	Habilidad propia.	Fatiga, humor y cambios en la salud de uno mismo.
Externa	Esfuerzo estable de otros.	Esfuerzo inestable de los otros.	Dificultad de la tarea.	Suerte.

2.3.2.2. Dinámica del proceso de atribución.

El proceso de determinación de causalidades no es un evento que ocurre aisladamente, sino que depende de una serie de variables que interactúan y que influyen en su resultado. A estas variables Weiner las denomina “antecedentes causales” y corresponden a todas aquellas experiencias significativas para el individuo, y que guardan directa relación con el resultado obtenido. Algunas de estas experiencias significativas son: experiencias pasadas, el autoconcepto, etc.

El siguiente esquema es una expresión simplificada del modelo tradicional de la motivación y resume el modo en que se relacionan los conceptos que en ella se consideran.

Tabla 2: Esquema resumen de conceptos principales en modelo tradicional de motivación.

Antecedentes	Causas percibidas	Dimensiones Causales	Consecuencias psicológicas	Consecuencias conductuales
Información específica	Esfuerzo	Locus de Control Interno Externo	Afectos relacionados con la autoestima	Elección
Esquemas causales	Habilidad o aptitud		Expectativas de cambio	Intensidad del comportamiento
Diferencias individuales	Suerte	Estabilidad Estable Inestable	Juicios interpersonales y sentimientos (esperanza, culpa, orgullo, relajación)	Persistencia
Patrones de refuerzo	Dificultad de la tarea	Controlabilidad Controlable Incontrolable		Calidad

Frente a un evento dado, el individuo se pregunta el “por qué” de tal hecho e infiere sus causas. En la primera columna del esquema se observan los antecedentes causales, los que se relacionan fundamentalmente con la historia personal de aprendizaje, y que determinan distintos tipos de atribuciones. Una vez que la causa de un evento es identificada (segunda columna) aparecen las propiedades subyacentes a las causas en términos de las tres dimensiones básicas: lugar de control, estabilidad y controlabilidad. Las dimensiones determinan las consecuencias psicológicas representadas en la cuarta columna: reacciones afectivas y cognitivas, expectativas de futuro, reacciones hacia otros y, consecuentemente, la acción (Betancourt, 1984).

2.3.2.3. Consecuencias del proceso atribucional.

Weiner (1974, 1981) cree que estas tres dimensiones tienen implicancias para el individuo, ya que al realizar atribuciones causales se derivan consecuencias tanto cognitivas como afectivas. Así por ejemplo, el locus Interno/Externo guarda estrecha relación con la autoestima (Weiner, 1974); de este modo, si el éxito o fracaso se atribuyen

a factores internos, entonces el éxito conducirá al orgullo y el aumento de la motivación, mientras que el fracaso disminuirá la autoestima.

Según algunas investigaciones, la controlabilidad percibida sobre una situación particular, tiene influencia directa sobre la *resistencia a la extinción* del comportamiento que se concibe como instrumental en dicha situación. También se piensa que la resistencia a la extinción es una función de *Estabilidad* percibida de las causas durante un periodo de no-reforzamiento. Así por ejemplo, los escolares que atribuyen una causa estable, interna e incontrolable a su bajo rendimiento traen consecuencias nefastas.

Por otra parte, quienes atribuyen sus fracasos a poca habilidad (causa interna, estable e incontrolable) disminuyen la calidad de su desempeño.

En cuanto a la conducta agresiva se ha observado que al atribuir motivaciones internas del otro en contra del individuo, aumenta la respuesta agresiva. También se han establecido relaciones entre incontrolabilidad percibida y conductas de aislamiento social o retraimiento.

Otros estudios respecto de la conducta de ayuda plantean que problemas percibidos como internamente causados y controlables por quien solicita ayuda, conduce a una respuesta negativa por parte de quien eventualmente lo podría ayudar.

Respecto a la propia conducta, las explicaciones que provocan mayores índices de desmotivación, son aquellas que atribuyen el fracaso a factores que están más allá del control del sujeto (falta de habilidad, dificultad de la tarea, etc.) en contraposición a aquellas atribuciones referidas a factores más controlables como por ejemplo el propio esfuerzo (Dweck, 1975).

2.3.2.4. Reacciones Afectivas.

Dentro de las reacciones afectivas, se plantea que la situación determina en gran parte qué emociones van a ser experimentadas. Además de cómo la interpretación de dichas situaciones influencia lo que sentimos, especialmente si se tienen en cuenta las expectativas de vida que tiene el adulto mayor, y las justificaciones que tiene al atribuir los procesos propios de su edad como por ejemplo, el síndrome del "nido vacío", la muerte de la pareja, amigos, etc. Sin duda, el mayor problema en este grupo etáreo y, el más humillante y que más desgasta su motivación, es el que se deriva de atribuir el fracaso a una causa interna, estable y no controlable, como es la falta de capacidad, especialmente en sujetos que se encuentran postrados. Un individuo difícilmente trabajaría por un

objetivo el cual previamente sabe que no puede conseguir o que le cuesta mucho alcanzar, por lo mismo la frustración de los sujetos se puede cambiar, modificando sus atribuciones, conduciéndolos a obtener "causas" más estables y sobre todo controlables.

Dentro del modelo cognitivo-conductual, las emociones se conciben en una secuencia temporal que involucra cogniciones de complejidad creciente, la cual va configurando la valencia y percepción de una emoción determinada. Weiner (1974) reconoce 5 emociones prevaletentes (ira, lástima, culpa, orgullo y vergüenza) que están determinadas por las percepciones de causalidad. Por otra parte, plantea que el locus de causalidad de las causas percibidas, genera afectos distintos en situaciones de éxito y fracaso. Los sentimientos de orgullo y vergüenza son maximizados cuando los resultados son considerados de causa interna, y minimizados en el caso contrario. Weiner (1974) además plantea que el locus de causalidad asociado con las condiciones de éxito y fracaso, también están relacionados con la percepción de Autoeficacia. Esto mismo ocurre con la rabia y la culpabilidad. Por otra parte, se ha estudiado la existencia de una relación entre estabilidad causal y emociones, así por ejemplo, en individuos con depresión, se suele encontrar entre ellos, algunos que realizan una atribución al fracaso como de causa interna, estable e incontrolable, lo que finalmente conlleva a perpetuar su estado anímico.

2.3.2.5. Interacciones Sociales.

En las investigaciones de la atribución, la relación entre ésta y la interacción social cobra relevancia (Kelley, 1972) ya que, tradicionalmente, los teóricos en la materia asumen, implícita o explícitamente, que las atribuciones influyen directamente el comportamiento o median la relación entre otros factores y las conductas. En términos generales, por consiguiente, quien atribuye no está "perdido en sus pensamientos" como han señalado algunos críticos de la teoría atribucional. Más bien, quien atribuye, es influenciado para actuar vía proceso atribucional o, potencialmente, actúa en consecuencia a este proceso. Kelley (1973), articula lo anterior como sigue: *"las atribuciones causales juegan un importante rol al impulsar, tanto la acción como la decisión, entre cursos alternativos de acción"*. Sin embargo, pese a la cantidad de afirmaciones que apuntan a la relación entre atribución causal e interacción social, existen pocas investigaciones que aborden directamente la mencionada relación. Indirectamente, en los años '50 y '60, la evidencia acerca de esta relación es ilustrada por estudios que

exploran cuán variados tipos de estigmas afectan la interacción entre sujetos (Farina et al, 1966; Kleck et al, 1966).

En el estudio realizado por Farina et al. (1966), se consideraron dos grupos dentro de la investigación. El primer grupo es inducido a creer que trabajará con un sujeto mentalmente enfermo, mientras que el otro grupo debe realizar el mismo ejercicio con un sujeto sin este antecedente. Estos investigadores observan que, los sujetos efectivamente entablan menos conversaciones y expresan opiniones menos representativas de sus creencias al trabajar en la tarea con el sujeto supuestamente enfermo mental; en comparación con los sujetos que trabajan en la tarea con el sujeto que no estaba etiquetada como tal.

En otro estudio, realizado por Kleck et al (1966), un grupo de sujetos entabla una breve interacción con una persona físicamente discapacitada (en silla de ruedas), mientras que otro grupo interactúa con una persona sin rasgos de discapacidad física. Este estudio muestra que los sujetos relacionándose con la persona aparentemente discapacitada, terminan la interacción significativamente más rápido que los sujetos interactuando con la persona sin discapacidad.

Las investigaciones que estudian los efectos de la variable *estigma* (tanto física como mental) en el transcurso de la interacción social, sugieren que las atribuciones de los sujetos, respecto de sus patrones interaccionales juegan, al menos, regula el curso de las interacciones.

En una línea similar de trabajo, Zanna y sus asociados (Zanna & Pack 1975, von Baeyer et al 1981) han demostrado que las atribuciones estereotipadas respecto de hombres y mujeres, pueden canalizar la interacción social en forma tal que permiten a los sujetos confirmar conductualmente estos estereotipos. Por ejemplo, von Baeyer et al, descubre que, cuando mujeres que buscan trabajo y saben que serán entrevistadas por un hombre con una visión tradicional de las mujeres, visten y responden en forma más tradicional durante la entrevista, respecto de aquellas mujeres que tienen la creencia de que el entrevistador posee una visión no-tradicional del género femenino.

2.3.2.6. Consecuencias afectivas de las atribuciones relacionadas con el logro.

Teóricos e investigadores en el área de la motivación de logro se han enfocado en los afectos, no como un antecedente de las atribuciones causales, sino como una consecuencia de éstas para éxitos y fracasos. Weiner y sus colegas (Weiner et al., 1978,

1979) proponen y aportan evidencia consistente con la noción de que existen afectos relacionados con las acciones y atribuciones. Específicamente, existe la creencia de que los afectos positivos y negativos están asociados con el éxito y el fracaso, respectivamente, e independientemente de la causa de la acción realizada por el sujeto. Los afectos relacionados con la autoestima dependen de las atribuciones realizadas para las acciones. Así, por ejemplo, las atribuciones de habilidad seguidas de éxito, presumiblemente incrementan los sentimientos de orgullo y competencia, mientras que las atribuciones de habilidad seguidas de fracaso probablemente resulten en sentimientos de incompetencia.

Un estudio realizado por McFarland y Ross (McFarland y Ross, 1982) examina el impacto de las acciones y las atribuciones en los afectos, dentro de un contexto de logro. En este estudio, se les hace creer a un grupo de estudiantes que tienen éxito en un test de precisión social, mientras que a otro grupo de estudiantes se les hace creer que fracasan. Después de recibir la retroalimentación de su desempeño, se les induce a los estudiantes a atribuir sus resultados a la propia habilidad o a la dificultad de la tarea. Los resultados de un análisis factorial, respecto de las reacciones afectivas, revelaron tres factores: un afecto negativo, un afecto positivo y un factor de autoestima. Análisis subsecuentes indican que la naturaleza de la atribución determina los tres tipos de reacciones afectivas. El éxito conllevó a mayores afectos positivos, menos afectos negativos, y mayores sentimientos de autoestima que el fracaso, sólo cuando los estudiantes atribuían el desempeño a la habilidad. Mientras que análisis secundarios revelan alguna evidencia respaldando el afecto dependiente del acto, en general, los resultados del estudio de McFarland & Ross (1982) sugieren que, en contextos de logro, los afectos están determinados principalmente por las atribuciones.

2.3.2.7. Síntomas de Depresión y Soledad.

Teóricos e investigadores han aplicado los conceptos y formulaciones de la atribución en el abordaje de los síntomas clínicos de la depresión (Miller & Norman 1979, Abramson & Martín 1981) y en un problema relacionado con el mencionado trastorno, la soledad (Peplau & Pelman 1981) Una de las teorías atribucionales de la depresión más destacada (Abramson et al 1978), por ejemplo, propone que los individuos que característicamente realizan atribuciones internas, estables y globales para sus actos negativos, son propensos a la depresión. De acuerdo con esta reformulación de la

desesperanza aprendida, atribuciones internas seguidas de fracaso producen baja autoestima mientras que atribuciones estables y globales derivan en un déficit motivacional y de desempeño general crónico característico del síndrome depresivo. Un estilo atribucional patológico similar ha sido identificado para la soledad. Peplau et al (1979) ha señalado que atribuciones internas y estables para el fracaso están asociadas con la soledad.

Al parecer, las atribuciones caracterológicas están asociadas con la depresión (y la soledad). El modelo reformulado de la desesperanza aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) es muy específico respecto de la naturaleza de esta asociación, aludiendo a que el estilo atribucional depresivo *predispose* al individuo a la depresión. La evidencia disponible sugiere, sin embargo, que las atribuciones no jugarían un rol causal en la aparición de síntomas depresivos. En un estudio reciente, Peterson et al (1981) descubrió que los síntomas depresivos en estudiantes correlacionaron con auto-culpa caracterológica. En contraste, el comportamiento de autoculpa correlaciona con una ausencia de síntomas depresivos. Sin embargo, la culpa caracterológica no precede el conjunto de síntomas depresivos 6 o 12 semanas después. Los autores concluyen que las atribuciones a déficit caracterológicos podrían ser un mayor concomitante de la depresión, pero no una causa. Una conclusión similar ha sido destacada por Lewinsohn et al (1981).

2.3.3. Estilos de Afrontamiento.

2.3.3.1. Estrés y Afrontamiento.

Los estresores psicosociales a los que las personas se ven expuestas en la vida cotidiana pueden precipitar un malestar psicológico en el individuo. Sin embargo, la mayoría de las personas expuestas a situaciones estresantes no desarrollan una patología. Entonces, surge la interrogante: ¿por qué algunas personas se ven más afectadas, y pueden llegar a desarrollar algún tipo de cuadro frente a un evento vital estresante, mientras que otras no? La respuesta es compleja; puede involucrar factores genéticos, de personalidad, estilos parentales, experiencias pasadas, redes sociales, y en forma particular, la manera en que las personas afrontan el estrés.

En el año 1926, Hans Selye (citado en Lazarus y Folkman, 1986) introdujo el término "Estrés", definiéndolo como la respuesta del organismo a toda demanda que se le

haga, siendo utilizado para designar tanto la respuesta del organismo como la situación desencadenante o las consecuencias de dicha situación.

Por su parte, el término “afrontamiento” es usado en psicología para especificar conductas que surgen como respuestas de los organismos ante procesos de estrés. El afrontamiento aparece entonces en el ámbito de estudio de las reacciones de los individuos sometidos a situaciones que los ponen a prueba y exigen de ellos un tipo de respuesta. Entendemos entonces, que los procesos de afrontamiento tienen una función adaptativa para el individuo, pues son estrategias, formas de acción definidas que posibilitan la regulación del malestar, producto de la ansiedad que se siente frente a situaciones de la vida cotidiana, esto a través del manejo del problema o la situación a la base del malestar. Por lo tanto, cuando el sujeto evalúa una determinada situación estresante deberá buscar distintas alternativas de solución que según Lazarus son las formas de afrontamiento.

Es posible tener una idea de lo que es y lo que involucra el afrontamiento al conceptualizarlo como un proceso dinámico de adaptación en el que entran en juego el medio externo, el individuo y su conducta frente a éste. Esta forma de ver la relación entre estrés y afrontamiento es coherente con el modelo cognitivo de la “diátesis – estrés”, el cual plantea una relación recíproca entre tres elementos; los eventos o acontecimientos vitales, las cogniciones (pensamientos y emociones) y conductas en la evaluación, y el desarrollo de una situación estresante. De esta forma la acción estaría dada en base a la interpretación del evento que el sujeto realiza basándose en sus esquemas cognitivos subyacentes y en sus experiencias anteriores más que al evento en sí, y esta interpretación a su vez definiría el tipo de conductas o estrategias posibles de realizar, evaluando al mismo tiempo la disponibilidad o carencia de éstas (o la percepción de éstas estrategias). Todo esto influirá directamente en lo amenazante que la situación aparezca ante el sujeto. Se entiende entonces que la relación entre estos elementos es a la vez estable y dinámica, y que las distintas formas que adopten pueden ser el punto de partida a una alteración psicológica en el sujeto, destacando nuevamente la relevancia de la función adaptativa del proceso de afrontamiento.

A pesar de la relación tan estrecha que parece existir entre el concepto de afrontamiento y estrés, se puede decir que las conceptualizaciones han ido evolucionando. En la actualidad el estudio del afrontamiento al estrés ha llevado a entender que las formas de enfrentarse a los problemas considerados estresantes o no, forman parte del estudio de las competencias de la personalidad y sobre todo de la inteligencia social.

2.3.3.2. El concepto de Afrontamiento o “coping”.

En la literatura suelen destacarse dos aspectos fundamentales con respecto a este concepto: por un lado el afrontamiento concebido como proceso, y por el otro la eficacia del mismo. Se plantea que al afrontar, el sujeto pone en marcha estrategias para hacer frente a situaciones estresantes o que suponen algún desafío; y sin embargo, el despliegue de estas estrategias no garantiza el éxito. De esta manera, si el individuo tiene éxito para solucionar la situación problemática presente, repetirá el mismo patrón de conducta ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso. Estamos entonces ante una situación de aprendizaje por ensayo y error, reforzada sobre la base de la propia experiencia. Por lo tanto, más que el éxito o el fracaso, la característica transversal al proceso de afrontamiento es que éste supone siempre la adquisición de un cierto control sobre la situación, que puede ir desde un completo dominio, hasta solamente un control sobre las reacciones emocionales que ésta produce.

El enfoque cognitivo-conductual es el que más ha aportado al concepto de afrontamiento. Se establece una relación entre el aprendizaje de estrategias y el valor emocional que éstas tienen. Se plantean intervenciones orientadas a la modificación conductual de las formas de afrontamiento y el sistema cognitivo de creencias e ideas que las sostienen; a través de lo cual se modifican síntomas y actitudes. Dentro de este mismo enfoque, es posible apreciar diferencias significativas entre los distintos autores. Carver y Scheier (1989) plantean que diferentes tipos de personalidad predisponen a distintos estilos de afrontamiento, así destacan la importancia de la variable de personalidad “optimismo disposicional”, es decir, la creencia de que en la vida ocurren cosas positivas, y plantean una relación entre este optimismo y el tipo de afrontamiento.

Para Houtman (1990, citado en Buendía, 1999) ciertos rasgos individuales predisponentes derivan en estilos de afrontamiento estables, y estos a su vez en estrategias de afrontamiento estables. En concordancia con lo anterior, otros autores, como es el caso de Salvatore Maddi (1990, citado en Buendía, 1999), exponen, de forma contundente, que el afrontamiento representa un sector de funcionamiento personal y es así como debe entenderse. Esto lleva a abogar por una cierta consistencia en el uso, por parte de los sujetos, de estrategias de afrontamiento frente a situaciones específicas. Sin embargo, Lazarus es uno de los autores que considera estos dos aspectos de forma independiente, y plantea que “el afrontamiento hace referencia a un proceso mutable o

inestable a lo largo del día, y a las distintas situaciones vitales” (Lazarus y Folkman, Estrés y Procesos Cognitivos, 1986).

A modo de resumen, existe en la literatura referencias a dos tipos de aproximaciones al concepto de afrontamiento: una referida a un tipo de afrontamiento más estable relacionado con las características de personalidad de los individuos, y otra más ajena a éstas, en la cual el afrontamiento se ve como una variable determinada externamente. Respecto a esta dualidad, se hace necesario distinguir entre las estrategias y los estilos o modos de afrontamiento.

2.3.3.3. Estilos y estrategias de afrontamiento.

Muchas veces, en las revisiones del material científico relativo al estudio del afrontamiento, suelen utilizarse de forma indistinta los conceptos de estrategias y estilos de afrontamiento. Sin embargo, es necesaria una distinción entre ambos términos, ya que, aunque no se puede decir que apunten a dos cosas completamente distintas, es posible comprender la noción de estabilidad dinámica mencionada anteriormente, necesaria para entender la naturaleza y la forma de estos procesos.

Mariartif y Toussieg (1976, citados en Pereira et al, 2002) relacionan el concepto de estilo con diferentes estructuras de personalidad, los cuales reflejarían la tendencia o predisposición de las personas a usar tipos preferentes de afrontamiento. Por otro lado, las estrategias se referirían a las diferentes acciones concretas que lleva a cabo el sujeto dentro de su estilo, y estarían determinadas por la situación desencadenante. De esta conceptualización se desprende que la variable relativa a la personalidad, que es estable en la forma de enfrentar los desafíos en un individuo, estaría expresada en sus estilos de afrontamiento característicos, mientras la variable dependiente del contexto, es decir, de lo específico de la situación, se vincularía a las estrategias de afrontamiento que el sujeto emplea.

Sánchez-Canóvas (1994) destaca la gran riqueza del concepto estilo y lo pone como centro en el enfoque al cambio, ya que plantea que el concepto sirve para reconocer la unidad de la conducta a través de sus cambios, y a su vez permite reconocer que es un mismo individuo el que se comporta, aún a través de manifestaciones distintas, dándole a este concepto una estabilidad no estática que está de acuerdo a la conceptualización dinámica propuesta anteriormente.

Lazarus y Folkman (1986), por otro lado, definen el afrontamiento como un proceso que permite libertad y flexibilidad de cambiar las respuestas según las circunstancias, y utilizan mucho más el concepto de estrategias de afrontamiento. Más adelante, plantearían que "debería reconocerse que en el afrontamiento coexiste tanto la estabilidad como el cambio", retomando de esta forma, el interés en el estudio de ambas dimensiones del afrontamiento.

De esta manera, en la actualidad se reconoce el afrontamiento como un proceso dinámico en el que la personalidad y todos aquellos rasgos más bien estables en la forma de comportarse del individuo determinan la forma general en la que tiende a responder, lo que a su vez define el tipo de acciones concretas que los individuos llevan a cabo dependiendo de la situación a la que se enfrenten y cómo la evalúen.

2.3.3.4. El Modelo de Lazarus y Folkman.

Este trabajo se guía a partir de la conceptualización que hacen Lazarus y Folkman de estos conceptos, específicamente a través de la utilización del "Cuestionario de Modos de Afrontamiento" (Lazarus y Folkman, 1986) al ser éste modelo uno de los primeros y más utilizado que aborda la temática del afrontamiento. Para estos autores el afrontamiento es un conjunto de respuestas cognitivas o conductuales ejecutadas por el individuo ante la situación estresante con la intención de manejarla y/o neutralizarla, reduciendo de algún modo las cualidades aversivas de la situación. Son "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus y Folkman, 1986). No obstante, estos autores son los primeros en plantear la concepción señalada anteriormente de que afrontar no es equivalente a tener éxito, señalando que el afrontamiento debe verse como algo que puede funcionar bien o mal en determinadas personas, contextos u ocasiones. Ponen además un especial énfasis en que lo estresante de una situación particular está dado por la interpretación que el sujeto realiza de ésta más que por la situación en sí, y cómo esto influye en la elección de las estrategias a utilizar.

Estos autores proponen un modelo bidimensional, que considera al afrontamiento al servicio de dos grandes funciones: solucionar el problema generador de tensión y actuar sobre las reacciones emocionales de estrés. A partir de esto, es posible reconocer dos tipos generales de estilos de afrontamiento: los orientados a la solución de problemas y los

orientados a la regulación de la emoción. Estos a su vez pueden subdividirse en 4 modos o estilos generales de afrontamiento. Estos son:

- "Afrontamientos dirigidos o centrados al problema" (ACP) que son las estrategias de afrontamiento utilizadas para la resolución del problema, generalmente dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, considerándolas en base a su costo/beneficio y a su elección y aplicación dirigida a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos y los procedimientos. Por ejemplo, la directiva de una empresa podría considerar acciones como establecer un plan de trabajo, organizar el tiempo y los recursos de los que se dispone frente a la situación, analizar las distintas posibilidades de abordaje con las que se cuenta, etc.

- "Afrontamiento complejo con tendencia al problema" (ACTP) son las estrategias que hacen referencia al interés del sujeto encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos como la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos. Son técnicas que ayudan al individuo a manejar o a resolver el problema, en general, reevaluaciones cognitivas dirigidas al problema. Por ejemplo, frente a una serie de fracasos dentro de una carrera universitaria, una persona puede llegar a reevaluar la motivación que tiene frente a esa carrera y optar por seguir una distinta, considerando metas más factibles en su situación actual.

- "Afrontamiento centrado en la emoción" (ACE), constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional que incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos de los acontecimientos negativos. También está constituido por aquellos procesos cognitivos dirigidos a aumentar el grado de trastorno emocional en aquellos casos en los que se necesita experimentar primero un trastorno intenso antes de comenzar a sentirse mejor. Por ejemplo, el padre que recurre al abuso de alcohol frente a las presiones del trabajo y los problemas familiares, o el adolescente que justifica la violencia de uno de sus padres resignificándola como una muestra de su preocupación.

- "Afrontamiento complejo con tendencia a la emoción" (ACTE), son formas cognitivas de afrontamientos dirigidas a la emoción, que modifican la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente, atenuando el estrés para conseguir cambiar el significado de la situación. Aquí tenemos por ejemplo el caso de que frente a una situación traumática la persona puede seguir adelante como si nada hubiera pasado, negando la situación misma.

Esto nos da una visión de las constituciones más generales y estables de cómo afronta la gente, sin embargo el ámbito más concreto del afrontamiento, como ya se ha señalado, lo constituyen las llamadas estrategias de afrontamiento. Dentro de su cuestionario, Lazarus y Folkman (1986) reconocen las siguientes:

1. "Confrontación" (Escala 1): Describe esfuerzos activos o agresivos para alterar la situación y sugiere algún grado de hostilidad y toma de riesgos.
2. "Distanciamiento" (Escala 2): Describe esfuerzos cognitivos para desprenderse y minimizar la significación de la situación.
3. "Auto-Control" (Escala 3): Describe esfuerzos para regular los propios sentimientos.
4. "Búsqueda de Apoyo Social" (Escala 4): Describe esfuerzos de búsqueda de apoyo informacional, concreto y emocional.
5. "Aceptación de Responsabilidad" (Escala 5): Reconoce el propio papel dentro del problema, con el tema concomitante de tratar de poner las cosas en orden.
6. "Escape- Evitación" (Escala 6): Describe el hacerse ilusiones y esfuerzos comportamentales para escapar o evitar el problema. Los ítems de esta escala contrastan con los de Distanciamiento, lo que sugiere desprendimiento del sujeto frente al problema.
7. "Resolución Planificada de Problemas" (Escala 7): Describe esfuerzos deliberados enfocados en el problema con miras a alterar la situación, junto con una aproximación analítica a la resolución del problema.
8. "Reevaluación Positiva" (Escala 8): Describe esfuerzos para crear significación positiva enfocándose en el crecimiento personal. También tiene una dimensión religiosa.

Con respecto al afrontamiento y a su relación con el bienestar del sujeto, se ha planteado que los estilos de afrontamiento centrados en el problema, tienden a ser característicos de personas más activas y sanas, y por ende, a promover una actitud más esperanzadora y optimista para enjuiciar y afrontar la existencia. Sin embargo, con la revisión bibliográfica del tema, en términos prácticos, se cuestiona que un proceso tan amplio como el afrontamiento pueda ser entendido y operacionalizado de manera tan simple y determinista. Más que el tipo de estrategias que la persona ocupe o no, se debe prestar atención a la forma en que la elección está contextualizada de acuerdo a las demandas que el medio impone. De esta manera, una persona activa, con un estilo centrado en el dominio de los problemas, tal vez obtendría mejores resultados con estrategias centradas en regular la emoción, dependiendo de lo que la situación exija. Este

fenómeno se ha visto en situaciones especialmente intensas y que sobrepasan los recursos que dispone el sujeto en el momento, en las cuales suelen verse mejores resultados por parte de los estilos considerados pasivos (ACE) que de los activos (ACP).

El afrontamiento no es un proceso simple ni mucho menos fácil de conceptualizar y evaluar. En lo anteriormente expuesto se trata de dejar eso en claro al demostrar las distintas dimensiones que entran en juego en su desarrollo, y las formas en que distintos autores han visto este proceso. El tema invita a pensar en las múltiples determinaciones que tiene la conducta humana, donde no solo participan variables internas, sino que éstas se encuentran en constante comunicación con el medio en un estado de aprendizaje y adaptación constante.

2.3.4 Atención Concentración: Tarea Stroop o Test de Interferencia Color-Palabra.

La tarea Stroop fue utilizada por primera vez en 1935, por J. R. Stroop, en la cual, el sujeto debe nombrar el color de la tinta con la que está escrita una palabra que, a su vez, refiere algún color; tal color puede ser el mismo de la tinta o un color diferente (por ej. ROJO; ROJO) García (1991) señala que, desde un punto de vista metodológico, se han elaborado distintas condiciones experimentales con el fin de demostrar la existencia del efecto Stroop, basadas en la relación color-significado de la palabra. Dichas condiciones se definen de la siguiente manera: de *interferencia*, cuando la palabra se imprime en un color de tinta incongruente con el significado de la palabra impresa; de *facilitación*, cuando el significado de la palabra y el color de la tinta con la que está impresa son congruentes; y de "control o neutra", que ocurre cuando el significado de las palabras no guarda relación alguna con el nombre del color en que está impresa.

Los autores señalan, respecto del efecto Stroop, que la palabra coloreada suscita una respuesta verbal automática que requiere utilizar las mismas funciones neuropsicológicas necesarias para nombrar los colores. Además La velocidad de ambas funciones, leer palabras y nombrar colores, se ve afectada debido a que la función lectora utiliza, al mismo tiempo, las vías neuropsicológicas necesarias para el procesamiento de la función nominal del el color (Bausela, 2006). La teoría atencional de Posner, propone la existencia de tres sistemas o redes neuropsicológicas, localizadas en zonas específicas del cerebro, implicadas en la atención selectiva y el control cognitivo, cuyo papel es básico en la construcción de la experiencia consciente (Posner y Raichle, 1994 en Rueda et al. 2000).

Originalmente, el test de Stroop estaba interesado en conocer los efectos de la Interferencia perceptual, principalmente en dilucidar qué efectos tenía esta interferencia sobre el comportamiento (Bausela, 2006). Actualmente, se sitúa a la tarea Stroop dentro de la evaluación de los procesos de Automaticidad (debido a su carácter de interferencia); sin embargo, se discute en cuanto al rol que juega la atención en la tarea Stroop. Al respecto, García (1991) concluye que “el hecho de que la magnitud de los efectos facilitadores o inhibitorios del fenómeno Stroop vengan también determinados por ciertos efectos atencionales, ha facilitado una posición más ecléctica sobre el tema, afirmándose que ciertos componentes de una tarea pueden ser automáticos o controlados, y que la tarea global es una mezcla de ambos. En consecuencia, una tarea relacionada con el paradigma Stroop no puede considerarse totalmente automática.

Los estudios que relacionan la tarea Stroop y envejecimiento, según señalan Persad et al. (2002, en Bausela, 2006), dan cuenta que los procesos inhibitorios continúan en declive con la edad. Asimismo, diversos estudios (Brady, 1999 en Bausela, 2006) sugieren que los adultos mayores experimentan “declives” en la cognición, debido a la incapacidad para inhibir información irrelevante de la conciencia mientras procesan la información (Milham et al. 2002 en Bausela, 2006). Por otra parte, en la comparación desarrollada respecto del substrato neuronal del control atencional en jóvenes y en personas mayores, se obtuvo que las personas mayores mostraron una activación extensiva de las regiones de procesamiento visual – ventral (cortex temporal) y de la corteza anterior inferior prefrontal, lo cual refleja un descenso en la habilidad para inhibir el procesamiento de la información durante la ejecución de tareas irrelevantes. Si bien los autores concuerdan que existe un descenso en la habilidad para interferir los procesos automáticos a medida que se incrementa la edad; García (1991) refiere que se han presentado otras evidencias de la automaticidad del fenómeno Stroop, en la medida que la interferencia producida mediante esta técnica no varía con la edad, fenómeno característico de los procesos automáticos, y que se incrementa a partir de los 50 años (Comalli et al., 1962 en García 1991).

En lo que refiere a las diferentes versiones que se han utilizado en el test Stroop, se señala que la más utilizada es la de papel y lápiz de Goleen (Bausela, 2006). En el ámbito de la investigación neuropsicológica, se han introducido múltiples variantes, denominadas genéricamente, *paradigmas Stroop*. La principal variante ha sido introducida en las versiones computarizadas.

2.4. DIMENSION SOCIAL.

El concepto de vejez desde esta perspectiva es considerado una construcción social, varía de unas sociedades a otras y de unos momentos históricos a otros (López, 1996). Acotando el tema social a nuestro país, las oportunidades que ofrece la sociedad chilena a las personas que envejecen son discriminatorias y dificultan lograr un buen envejecer (Barros, 1991). Esta autora señala cuatro cambios que influyen en las condiciones sociales de vida de los adultos mayores (Barros, 1991).

1. Respuesta social al deterioro biológico propio del envejecer: basada en el “modelo médico tradicional” que conceptualiza la vejez en términos de déficit y de incapacidad, acentuando la percepción de vejez como un proceso degenerativo, lo cual se traduce en que los adultos mayores adopten una actitud fatalista, sentimientos de apatía, resignación y temor, que restan incentivos para buscar formas para mantenerse activos (Barros, 1991).
2. Pérdida de la ocupación, disminución del ingreso y el deterioro de la identidad social: a medida que las personas envejecen se retiran de la fuerza laboral ya sea porque así lo establece la ley, por las fuertes presiones sociales para que los adultos mayores dejen sus puestos de trabajos y/o por discriminación en las contrataciones.
3. Ideología del “viejismo” y desvalorización de la vejez: las respuestas sociales al deterioro biológico y el retiro del trabajo productivo se combinan para constituir los fundamentos de las ideas sobre la vejez y los adultos mayores. Dichas creencias atribuyen a la vejez un conjunto de cualidades como propias, incuestionables e inmodificables, sin sustentarse en una base objetiva.
4. Ausencia de un rol social para el adulto mayor: en la sociedad falta una definición sociocultural del rol o conjunto de actividades específicas de los adultos mayores y en cuyos desempeños estos podrían percibirse útiles y conseguir reconocimiento social.

2.4.1. Red Social.

A nivel macro, las redes sociales se pueden conceptualizar como “aquella práctica simbólico-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico” (Guzmán et al, 2002), cuya importancia varía en el tiempo y espacio: en coyunturas específicas pueden ser muy importantes, pero en otras son menos relevantes (Roberts,



1973 en Oliveira y otros, 1989). Esto se traduce en el vínculo que establece una persona con diversos agentes sociales, principalmente familia, amigos e instituciones de diversa índole en las que desempeña algún rol. La red social no sólo proporciona un rol social específico, además posibilita apoyo social, el cual tiene dos componentes: apoyo emocional (afecto, compañía, empatía, reconocimiento) e instrumental (cuidado, transporte, labores del hogar), facilitando la toma de decisiones y el acceso a la información, mediante la influencia social entre distintos miembros de la red, ya sea por participación y compromiso social o por contactos personales. Además posibilita el acceso a recursos materiales tales como: dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios, etc. Conceptualizadas de este modo, las redes sociales no sólo constituyen un soporte para suplir carencias de orden material, sino que tienen una gran incidencia sobre la calidad de vida del adulto mayor.

Los conceptos centrales en el estudio de las relaciones sociales son las redes sociales y el apoyo social (O'Reilly, 1988). Las primeras se refieren a la estructura de las relaciones sociales, mientras que el segundo se refiere a los vínculos que se crean entre individuos en el seno de las mismas (Due et al, 1999). La estructura de las relaciones sociales, o red social, viene definida por la naturaleza de las relaciones con los individuos que la conforman (diversidad) y por la frecuencia de contactos con esos individuos (fortaleza). El apoyo social es proporcionado mediante la estructura o red social, y se puede materializar en transferencias de espacio (por ej. Co residencia), de bienes materiales (por ej. dinero) y de tiempo (por ej. asistencia, incluyendo cuidados) (House et al, 1988).

Se han distinguido tres niveles de influencia de la red social (Fundación CARITAS, 2005): La red social primaria, la red comunitaria y las redes institucionales.

- "Redes Primarias": La conforman la familia, los amigos y los vecinos. Estas redes atienden a las necesidades: de socialización, entendiéndose por ello a las relaciones interpersonales que se suscitan tanto entre los miembros de la familia, como las que éstos mantienen en el exterior, de cuidado, de afecto y finalmente de sustento económico.
- "Redes Secundarias o extrafamiliares": Son todas aquellas conformadas en el mundo externo a la familia, como los grupos recreativos, los propios grupos de adultos mayores, las organizaciones civiles y sociales que operan en la comunidad (formales o informales), las organizaciones religiosas, así como las relaciones laborales o de estudio. Estas redes tienden a proporcionar servicios asistenciales a

personas en situación de indigencia, abandono, limitación física y mental, soledad, maltrato y abuso, discriminación, así como al desarrollo de programas y proyectos.

- "Redes Institucionales o formales": Integradas por el conjunto de organizaciones del sector público, además de los sistemas judicial y legislativo, en los distintos niveles (estatal, municipal). Las fuentes formales de apoyo comprenden a una diversidad de organismos gubernamentales cuyos programas atienden necesidades en materia de salud, alimentación, recreación, cuidados, económicas.

2.4.1.1. Redes sociales en la tercera edad.

Según Sluzky (1995) el mapa evolutivo de la red social muestra una expansión en las primeras etapas de la vida, luego una estabilización en la adultez, y por último, una retracción o extinción, ya que las relaciones se van desactivando por diferentes motivos (desplazamiento geográfico, enfermedad, muerte de familiares y amigos, etc.).

Durante la etapa de la vejez, este autor observa la coexistencia de tres factores que contraen la red social personal del adulto mayor:

- a) La muerte, migración o debilitamiento de los miembros de la red.
- b) La disminución progresiva de oportunidades así como la motivación para establecer nuevos vínculos, merma la renovación de la red social.
- c) El decrecimiento de la energía necesaria para mantener los vínculos disminuye la posibilidad de conservar la red social.

Antonucci & Jackson (1990; citados en Clemente 2003), manifiestan la importancia del apoyo social prestado por la familia y los amigos (red primaria) y hacen una diferenciación en cuanto a este apoyo. Según estos autores, el apoyo prestado por la familia es fundamental en los periodos de crisis; en cambio, el apoyo prestado por los amigos sirve para reforzar relaciones provechosas y tiende a favorecer la integración social del individuo.

2.4.1.2. El proceso de envejecimiento dentro de un contexto social.

A consecuencia del aumento de la expectativa de vida en la población, hay un número mayor de ancianos en edad de ser pensionados, por lo tanto no productivos y con ingresos insuficientes. Esto explica el derrumbe psicológico del comportamiento del

anciano que se observa con mucha frecuencia en los jubilados que pierden interés por la vida y también por su posición económica y social. En las familias del pasado, el anciano vivía en el núcleo familiar, durante varias generaciones, era respetado por su experiencia y atendido por sus hijos y nietos, además de realizar pequeñas labores domésticas; por el contrario, en la sociedad moderna, el anciano se encuentra aislado y marginado (“Síndrome de la invisibilidad”, en Bazo, 1992).

Dentro de las pérdidas psicosociales asociadas a la vejez podemos mencionar aquellas vinculadas a factores socioeconómicos, principalmente referidos al estado de jubilación tales como: la pérdida de status social, la pérdida de amigos, la pérdida de ingresos económicos así como también la pérdida de asunción de diversos roles (amigo, compañero, rol laboral, etc). Otro tipo de pérdidas asociadas a la vejez es producto de factores sociofamiliares, tales como: la pérdida del cónyuge u otros seres queridos, las situaciones de desarraigo (abuelos “ping pong”) y la disminución de la comunicación e integración familiar. Producto del aislamiento progresivo del adulto mayor a nivel familiar y su invisibilización por parte de la sociedad, aparecen ciertas consecuencias en la esfera psicológica tales como: sentimientos de soledad, inactividad y aburrimiento, sentimientos de inutilidad, ausencia de proyectos y expectativas de futuro, depresión y vulnerabilidad a los trastornos psíquicos en general.

Las investigaciones psicológicas de las últimas décadas coinciden en señalar los siguientes factores como predisponentes a la aparición de vivencias de soledad y desesperanza, señalados en un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1959):

1. El anciano ya no es en el hogar objeto del mismo respeto y cariño que antaño se tributaba a la figura del abuelo.
2. Se aplica inexorablemente la jubilación, sin discriminar al anciano capaz de seguir trabajando del decrepito e incapaz.
3. La imposición de un régimen de inactividad forzosa produce en el anciano bien conservado un sentimiento de frustración y una especial vulnerabilidad para los trastornos psíquicos.
4. El rápido incremento de la frecuencia relativa de los trastornos psíquicos en el anciano se debe a la abundancia de estos factores sociales nocivos: el aislamiento o la soledad afectiva; la subestimación social; la inactividad profesional y la inseguridad económica.

5. Estos factores operan también como agentes activadores del proceso de envejecimiento, e intensifican los cambios negativos propios del mismo en las esferas de la inteligencia, el carácter y la vitalidad.

2.4.1.3. Teorías que explican la relación del individuo y la sociedad.

La base fundamental para el desarrollo de las principales teorías sociales es el descubrimiento de que las pérdidas en la vejez no son resultado único de variables físicas y materiales, sino también de variables psicológicas y sociales, tales como status, rol y personalidad. De lo anterior se desarrollan teorías tales como la de roles (Rosow, 2000), que establece que debido a una serie de cambios especialmente asociados a la tecnología y a la modernización a que se exponen las personas de edad avanzada, se va afectando su posición en la sociedad arriesgando una pérdida de roles. Este autor considera que el proceso de socialización, mediante el cual la sociedad asigna posiciones a las personas, especifica los roles y status de estas posiciones. Como resultado de los cambios previamente mencionados, la edad avanzada se convierte en una etapa de vida sin roles. Las personas durante diferentes etapas de su vida van asumiendo roles determinados los que van disminuyendo en la edad avanzada, como por ejemplo ser padre o madre, trabajador, trabajadora, entre otros. Todos estos cambios traen como consecuencia que la posición de la persona de edad avanzada en la sociedad se devalúe, y esto es observable en las actitudes que prevalecen en las sociedades modernas manifestadas en indiferencia y exclusión de participación social.

Por otro lado, aparece la teoría de la continuidad (Bernice Neugarten, 2003), la cual se basa en la premisa de que los individuos durante las distintas etapas de su vida van desarrollando actitudes, valores, metas hábitos y comportamientos que mantienen en cierta forma durante la vejez. Los hábitos, gustos y estilos personales adquiridos y elaborados durante la vida, persisten y se mantienen en la vejez, de este modo, la pérdida de roles o actividades se maneja mediante la consolidación y redistribución de actividades y roles afines según sea la experiencia de vida.

A continuación, se presenta fuera de las dimensiones biológica, psicológica y social la variable Calidad de Vida, debido a que por definición este constructo incluye al mismo tiempo aspectos subjetivos y objetivos.

2.4.2. Calidad de Vida en el adulto mayor.

2.4.2.1. Antecedentes.

“El envejecimiento es en si mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital” (Arostegui, 1998, citado en Gomez-Vela, 1991).

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan y se satisfacen en tres contextos: en relación con uno mismo, en relación con el grupo social y en relación con el medio ambiente. La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada “Calidad de Vida” y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social.

Entre los investigadores no hay consenso en la definición de “calidad de vida” debido a la complejidad del concepto. La OMS (1994; citado en Schwartzmann, 2003) define calidad de vida como *“la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.”* El aporte de esta última es enfatizar la importancia para la auto-evaluación de los factores culturales.

Para Palomba (2002; citado en Barros, 2005) la calidad de vida representa un término multidimensional que significa tener buenas condiciones objetivas de vida y un elevado grado de bienestar subjetivo. Otros autores que hacen referencia a la complejidad del término son Minayo, Hartz, Buss (2000), quienes plantean que si bien el concepto remite a la dimensión individual (cómo la persona siente y se ve a si misma, independientemente de que esta evaluación sea o no compartida por los demás), éste se encuentra dentro de tres marcos de referencia:

1. Histórico: Cada sociedad tiene parámetros distintos de calidad de vida en distintos momentos históricos.
2. Cultural: Los distintos pueblos tienen parámetros distintos en virtud de sus propias tradiciones culturales, a partir de los cuales se van construyendo los valores y las necesidades.
3. Clase social a la que se pertenece: Las expectativas que cada uno tiene en relación a su vida tienen una estrecha relación con la clase social a la que se pertenece.

En este sentido, Espinoza Henao (citado en Aranibar, 2001) plantea que “...calidad de vida es un constructo histórico y cultural de valores, sujeto a las variables de tiempo, espacio e imaginarios, con los singulares grados y alcances de desarrollo de cada época y sociedad...(razón por la cual)...resulta pretencioso aspirar a unificar un único criterio de calidad de vida. Los valores, apetencias e idearios varían notoriamente en el tiempo y al interior de las esferas y estratos que conforman las estructuras sociales.”

El siguiente diagrama desarrollado por Sharon Word, da cuenta de la complejidad del concepto y de la interrelación entre las distintas variables que lo componen.

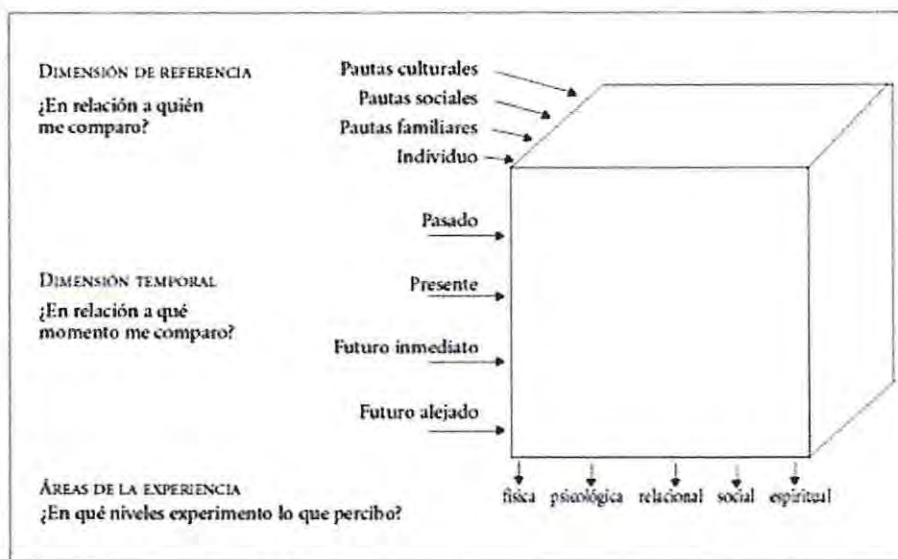


Figura 1. Dimensiones en calidad de vida.

Figura desarrollada por Sharon Word, en Schwartzmann, L. 2003

De esta manera, al involucrar distintas variables subjetivas como la satisfacción y percepción que tiene el sujeto sobre su propia vida en distintos dominios se convierte en un constructo muy difícil de medir desde esta dimensión. No es el caso de las variables objetivas, de más fácil medición, como es el caso del ingreso económico, educación, el nivel socio – cultural, déficit funcionales, problemas de salud, etc.

Sin embargo, para entender el concepto de calidad de vida, es necesario diferenciar entre el modo de vida, nivel de vida, condiciones de vida y estilos de vida.

Modo de vida: Incluye toda la actividad socializada, sistemática y necesaria (vital) que vincula de forma activa los grupos humanos al modo de producción. El modo de vida está integrado por actividades, tales como trabajo, estudio, nutrición, sueño, actividades físicas, recreativas, sexuales, religiosas, relaciones humanas, etc. Si una parte considerable de

estas actividades se realiza de forma favorable a la buena regulación psicobiológica y dentro de parámetros bien estimados por la sociedad y el individuo, deben favorecer la salud, la longevidad y la felicidad.

Nivel de vida: Se refiere sólo a aspectos económicos y materiales en que se desenvuelve la vida: incluye salario, propiedades, equipamiento, vivienda, en fin, la capacidad de consumo en su sentido más amplio. Este indicador puede tener expresiones contradictorias; es necesario un mínimo de nivel de vida que garantice pleno acceso a la satisfacción de las necesidades de las personas, pero puede tener una expresión enajenada cuando las personas subordinan su vida al consumo con un sentido competitivo, no reconociendo sus verdaderas necesidades.

Condiciones de vida: Definido como el contexto material, espiritual y de actividad en que transcurre la vida de las personas. Es un concepto globalizador, y generalmente se le relaciona con fenómenos económicos y sociológicos; su contenido puede extenderse hasta la individualidad psicológica y espiritual. Se puede decir que es el contexto modulador de la vida y la salud.

Estilo de vida: Es la expresión de lo social a través de la actividad individual de la personalidad. Todas las personas realizan actividades de acuerdo al modo de vida, pero la personalidad de cada individuo le otorga sentido a determinadas actividades o aspectos de ellas, las jerarquiza y al ejecutarlas le incorpora características personales, resultando un conjunto de actividades condicionadas por la personalidad, por lo que constituye un estilo de vida personal”.

El carácter controversial del concepto se ha traducido en amplios debates de cuyo análisis es posible obtener luces de lo que es la “Calidad de Vida”. Entre los aspectos más debatidos encontramos:

2.4.2.2. Unidimensionalidad v/s Multidimensionalidad.

En lo más primario, es posible diferenciar dos aproximaciones básicas: la que concibe la calidad de vida como una entidad unitaria, y la que la considera como un constructo compuesto por una serie de dominios. Esta controversia ha sido ampliamente superada en la literatura. Prácticamente existe consenso en la condición multidimensional de la calidad de vida, pues cualquier reducción de la calidad de vida a un concepto monofactorial de salud, ingreso o posición social resulta inadmisibile. *“La vida es antológicamente multidimensional y la evaluación de su calidad habrá de serlo también”*

(Fernández Ballesteros, 1992). Lo anterior implica que, así como consideramos factores personales a la salud, las actividades de ocio, la satisfacción con la vida, las relaciones sociales y las habilidades funcionales, también habremos de considerarlos como factores socio ambientales, o externos, ya que la salud está íntimamente asociada con los servicios sociales existentes y disponibles, las actividades de ocio con la calidad del ambiente, la satisfacción con factores culturales, las relaciones sociales con el apoyo social y las habilidades funcionales con las condiciones económicas de los individuos.

2.4.2.3. Carácter subjetivo v/s carácter objetivo.

Otro tema de debate se refiere al carácter subjetivo u objetivo de la calidad de vida. Al respecto existe consenso en identificar cuatro modelos conceptuales de calidad de vida, según los cuales: a) se define la calidad de las condiciones de vida de una persona, b) como la satisfacción experimentada por la persona en dichas condiciones vitales, c) como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, finalmente, d) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Gómez-vela et al, 2002).

Siguiendo a Fernández Ballesteros (1998), se considera que “un modo de calidad de vida reduccionista - ya sea exclusivamente subjetivo o exclusivamente objetivo – únicamente logrará empobrecer e invalidar un concepto que, por propia naturaleza, es extraordinariamente diverso. La vida establece unas condiciones objetivas y la existencia humana proporciona conciencia y reflexión, es decir, subjetividad. No se puede ignorar ningún tipo de condición en ninguna consideración de la calidad de vida de un sujeto o de un grupo de sujetos determinados. Por ejemplo, mientras que podríamos considerar como incuestionable el ingrediente de apoyo social del cual disfruta un individuo, se refiere a un hecho objetivo, es decir, al número de relaciones que un sujeto dado establece o mantiene en un período de tiempo determinado; no menos importante, sin embargo, es la condición subjetiva de la satisfacción que siente el sujeto en sus relaciones sociales”.

2.4.2.4. Conceptualización nomotética v/s conceptualización ideográfica.

Otra cuestión implicada en la definición conceptual de calidad de vida se refiere a si es deseable establecer un concepto nomotético, o general, de calidad de vida que sea aplicable a todos los individuos o, si mas bien se trata de una construcción ideográfica, es decir que debería ser el propio sujeto quien definiera el concepto. *“Dado que la calidad de vida se refiere a los aspectos subjetivos, algunos autores mantienen que solo el sujeto puede decidir los elementos que determinan la calidad de su vida (...) dado que las necesidades humanas básicas son bastante generales es bastante improbable que los componentes de calidad de vida señalados por dos seres humanos diferentes, difieran en gran medida; lo que es probable es que ciertos componentes tengan mas peso que otros en determinados momentos o en determinadas situaciones”.* (Fernandez Ballesteros, 1992)

Es a partir de estas controversias que en las sociedades que envejecen a ritmo creciente, promocionar la calidad de vida en la vejez y en la vejez dependiente es el reto más inmediato de las políticas sociales. El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas en la familia, los cambios en el status de las mujeres, etc. han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés.

La calidad de vida en la vejez dependiente implica necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, siendo cuidadas en familia, para que puedan seguir haciéndolo, al tiempo que siguen desarrollando todas sus potencialidades hasta el último momento. Eso conlleva el apoyo material y afectivo por parte de los familiares que, con distintos grados de implicación, participan en la acción de cuidar.

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir, la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. Ello ha dado lugar al análisis de los diferentes momentos del ciclo evolutivo, en donde encontramos algunas teorías, especialmente la teoría psicosocial de Erikson. De acuerdo a Erikson (1971) cuando los adultos entran en una etapa final de la vida, su tarea consiste en contemplarla en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida tal como la han vivido y creer que hicieron lo mejor posible en sus circunstancias. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego. La cual sólo puede obtenerse tras haber luchado contra la

desesperación. Cuando ésta domina, la persona teme la muerte, y aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando la posibilidad de volver a vivirla. Cuando impera la integridad, la persona posee la fuerza propia de su edad: la sabiduría. Con la sabiduría el adulto sabe aceptar las limitaciones. El adulto sabio sabe cuándo aceptar el cambio y cuándo oponerse al mismo, cuándo sentarse en silencio y cuándo luchar.

El paso a la tercera edad no pone fin a la generatividad de una persona. A medida que la categoría de las personas mayores aumenta, Erikson predice que éstas permanecerán implicadas en los asuntos del mundo durante mucho más tiempo (Erikson, 1971). Contempla la tercera edad como un período más productivo y creativo que en el pasado, encontrando que un artista de 80 años, escritor o músico, ya no serán algo excepcional.

Erickson al respecto dice: "Las personas que han tenido éxito en esta tarea integradora final construyendo sobre los resultados de las siete crisis previas, ganan un sentido más amplio del orden y del significado de sus vidas dentro de un ordenamiento social más grande, pasado, presente y futuro. La 'virtud' que se desarrolla durante esta etapa es la sabiduría, 'un despreocupado e informado interés por la vida de cara a la muerte en sí misma'; incluye aceptar lo vivido, sin arrepentimientos importantes sobre lo que pudo haber sido diferente, implica aceptar a los padres como las personas que hicieron lo mejor que podía y por tanto merecen amor, aunque no fueran perfectos, aceptar la propia muerte como el fin inevitable de la vida.

2.4.2.5. Evaluación de la Calidad de vida.

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos remotos, sin embargo, la preocupación por la evaluación sistemática y científica de ella es relativamente reciente, hoy en día es un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

En un primer momento, el término Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos

indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos (Arostegui, 1998).

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocó el proceso de diferenciación entre estos y la Calidad de Vida. Así el término Calidad de Vida comienza a definirse como concepto integrador, de carácter multidimensional que comprende todas las áreas de la vida y hace referencia tanto a condiciones objetivas, variables externas al sujeto, como a componentes subjetivos, es decir, la apreciación personal que el sujeto tiene acerca de su calidad de vida.

Ambos enfoques suponen, necesitan y requieren una operativización rigurosa para cuantificar la realidad, objetiva o subjetiva; ambos enfoques requieren de una metodología estricta y rigurosa, y se complementan. El primero de los enfoques, fundamentalmente sociológico y económico, ha tratado de establecer el bienestar social de una población a partir de los datos cuantitativos y objetivables, utilizando preferentemente la metodología de los indicadores sociales (Bauer, 1966). Este enfoque no deja de lado los aspectos cualitativos de la vida real sino que trata de elaborar los modelos teóricos correspondientes que sirvan para atrapar los hechos reales. El uso de los indicadores sociales en áreas como salud, educación, bienestar social y seguridad ciudadana permitiría establecer la calidad de vida de una población en un momento dado y la incidencia en ella de programas sociales y políticos, o bien efectuar comparaciones entre diferentes estratos de una misma población (Blanco y Chacón, 1985, en Moreno, 1996). Este enfoque tiene ventajas y limitaciones. Los indicadores sociales expresan datos y hechos vinculados al bienestar social de una población, pero no reflejan necesariamente el grado de satisfacción y felicidad que esa población puede gozar. Los indicadores materiales y objetivos pueden ser elementos necesarios, pero no suficientes para dar cuenta del bienestar subjetivo de los pueblos y de los individuos. ((Blanco y Chacón, 1985, en Moreno, 1996, pag. 1052). Debido a ello, la investigación sobre el tema ha tratado de elaborar las metodologías y los instrumentos que permitan la apreciación subjetiva del nivel de satisfacción global o de áreas parciales como la satisfacción política o familiar. Por lo tanto es importante utilizar ambos tipos de medidas.

Los métodos actuales de evaluación de Calidad de Vida en relación a la salud se han desarrollado sobre todo a partir de tres tradiciones de investigación (Angermeyer, MC.; Killian, R., 2000, en Schwartzmann, 2003).

1. La investigación de la *felicidad*, proveniente de la tradición psicológica, definida en 1953 (Jones, citado en Schwartzmann, 2003) como un constructo psicológico posible de ser investigado. La primera investigación en los EE.UU. en 1960 (Gurin y cols, citado en Schwartzmann, 2003) mostró que la "felicidad y el bienestar" no podían reducirse solamente al grado de humor positivo experimentado. Estudios posteriores evidenciaron la independencia de los afectos positivos y negativos relacionados con el bienestar. Estudios como los de Costa y Mc Crae (1980, citado en Schwartzmann, 2003) y Abbey y Andrewes (1985, citado en Schwartzmann, 2003) mostraron la relación del afecto positivo con el control interno, la tendencia a la acción, el apoyo social y la extraversión, mientras los afectos negativos muestran mayor asociación con el estrés, la depresión y la neurosis. La demostración por parte de los psicólogos de que las respuestas subjetivas (sentimientos, deseos) podían evaluarse de modo confiable y válido, a través de tests, contribuyó a jerarquizar este campo del conocimiento y llevó al desarrollo importante de la psicometría como soporte técnico de las evaluaciones (2000, Barge-Schaapveld, Nicolson, Deslepaul y De Vries, citado en Schwartzmann, 2003).
2. La investigación en *indicadores sociales*, proveniente de las ciencias sociales, que se centró en los determinantes sociales y económicos del bienestar. En 1930 se realiza la primera evaluación de bienestar material y en los años 50 aparece por primera vez el término *calidad de vida* (Ordway, 1953, citado en Schwartzmann, 2003), siendo utilizado por influyentes políticos de la época. Los estudios posteriores comenzaron a mostrar la escasa o nula relación entre indicadores objetivos de satisfacción con la vida y las apreciaciones subjetivas. A partir de entonces, las líneas de investigación en el campo social divergen, desde las que continúan centrándose en indicadores objetivos a las que se concentran en indicadores subjetivos. Dentro de esta línea, diversos investigadores siguen discutiendo si la satisfacción debe medirse globalmente o en relación a distintos ámbitos de la vida específicos (Feist, Bodner, Jacobs, Miles y Tan, 1995, citado en Schwartzmann, 2003). Los distintos modelos teóricos sobre necesidades humanas, desarrollados por filósofos, antropólogos, científicos sociales y políticos, incluyen, a pesar de sus diferencias teóricas las siguientes categorías de necesidades (Angermeyer y Killian, 2000, citado en Schwartzmann, 2003):
 - I. Necesidades fisiológicas (alimentación, agua, aire, cobijo de las fuerzas de la naturaleza, etc.).
 - II. Necesidad de relación emocional con otras personas.

III. Necesidad de aceptación social.

IV. Necesidad de realización y de sentido.

3. En el área de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue pionera en el futuro desarrollo de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, al definirla, ya en 1948, como "... un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad". Sin embargo, esta definición de avanzada no pasó de ser una expresión de deseos y la práctica médica así como las evaluaciones poblacionales de salud fueron alejándose cada vez más de este concepto.

Desde la perspectiva de la psicología, la medida de calidad de vida tiene como objetivo principal medir los efectos de las intervenciones en el cuidado de la salud entendida como forma global y positiva, evaluar la calidad de tal cuidado, estimar las necesidades de la población, mejorar las decisiones clínicas y consecuencias del estatus de la salud (Ware, Brook, Davies y Lohr, 1981, citado en Schwartzmann, 2003).

En el presente seminario se utilizará la definición de calidad de vida que realiza Palomba (2002), donde representa un "término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida objetivas y un alto grado de bienestar subjetivo, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades". Entonces se medirá la calidad de vida *en* sus dos dimensiones principales:

- a) Una evaluación del nivel de vida basada en indicadores "objetivos";
- b) La percepción individual de esta situación, a menudo equiparada con el término de bienestar. Para ello se utilizarán algunos ítems de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener (Diener, 1985, en Cabañero et al, 2004).

Para ello se utilizará la Escala de Satisfacción con la Vida (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985, en Cabañero et al, 2004): Esta es una escala unidimensional de cinco ítems positivos que se responden con una escala likert de cinco puntos (Totalmente de Acuerdo, De Acuerdo, Indiferente, En Desacuerdo y Totalmente en desacuerdo). Para obtener el puntaje directo se suma las respuestas dadas (TA: 5; DA: 4; I: 3; ED: 2, TD: 1). Los ítems de la Escala son los siguientes:

- El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar
- Las condiciones de mi vida son excelentes

- Estoy satisfecho con mi vida
- Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida
- Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual

2.5. MODIFICACION CONDUCTUAL.

2.5.1. Antecedentes.

Según Labrador (1995), cabe definir la modificación de conducta como “aquella orientación teórica y metodológica, dirigida a la intervención que, basándose en los conocimientos de la psicología experimental, considera que las conductas normales y anormales están regidas por los mismos principios, que trata de desarrollar estos principios y aplicarlos a explicar conductas específicas, y que utiliza procedimientos y técnicas que somete a evaluación objetiva y verificación empírica, para disminuir o eliminar conductas desadaptadas e instaurar o incrementar conductas adaptadas”. En el ámbito de la modificación de conducta existe un enfoque netamente cognitivo -Ellis y Beck- y un enfoque conductual-cognitivo -Mahoney y Meichenbaum.

Las principales técnicas enmarcadas en la modificación de conducta cognitiva son:

- Técnicas de reestructuración cognitiva, cuyo objetivo es identificar y cambiar creencias irracionales o pensamientos distorsionados.
- Técnicas de manejo de situaciones, cuyo objetivo es enseñar al sujeto habilidades cognitivas y motoras eficaces para hacer frente al estrés, dolor, etc.
- Técnicas de solución de problemas, cuyo objetivo es enseñar al paciente a definir y plantear problemas en términos concretos y buscar todas las posibles soluciones.

Dentro de este enfoque se encuentran tres grandes grupos de terapias cognitivo conductuales (Carrera, 1999), entre ellas podemos mencionar:

- Terapias racionales o de reestructuración cognitiva: se centran en identificar y reemplazar los patrones cognitivos desadaptativos del paciente, por otros más adaptativos para superar los trastornos emocionales.
- Terapias de habilidades de afrontamiento: se centran en las cogniciones específicas desadaptativas con las que el sujeto enfrenta las situaciones estresantes, se intenta por tanto, desarrollar en el paciente nuevas cogniciones y habilidades que permiten hacer frente a dichas situaciones.

- Terapia de resolución de problemas: apuntan al desarrollo de estrategias generales en el paciente, para solucionar de un modo sistemático, un amplio rango de problemas personales considerando las variables cognitivas involucradas.

2.5.2. Entrenamiento en competencias de Afrontamiento y Terapia Cognitiva Conductual.

El grupo de competencias de afrontamiento que se describirá a continuación es una forma de psicoterapia grupal breve y estructurada en la que se enseña a las personas una variedad de técnicas cognitivo-conductuales utilizadas para reducir la ansiedad y la depresión, y para afrontar con mayor eficacia los problemas y el estrés de la vida diaria (Shaffer, 1993, citado en Labrador 1995).

Dentro del modelo de entrenamiento en competencias de afrontamiento los autores plantean que se debe “enseñar al cliente estrategias generales que pueden ser aplicadas no sólo a sus problemas actuales sino también a aquellas dificultades que puedan surgir en el futuro, entrenando por lo tanto al cliente para ser su propio consejero”.

Los autores también han identificado otra corriente importante dentro de la terapia cognitivo-conductual, el acercamiento psico-educacional, el rasgo más sobresaliente de este modelo, en palabras de los autores, es su oposición al modelo médico tradicional de “psicopatología” y psicoterapia, los defensores de este modelo contemplan su función no en términos de anormalidad-diagnóstico-prescripción-terapia-curación”, sino en términos de “la enseñanza de actitudes y competencias personales e interpersonales que el individuo puede aplicar para resolver problemas psicológicos presentes y futuros y para potenciar su satisfacción vital. El rol del psicoterapeuta que trabaja con el modelo psicoeducacional es análogo al de un profesor. Los clientes en psicoterapia psicoeducacional son contemplados como estudiantes capaces de aprender y comprender las experiencias enseñadas... y no como pacientes cuyos síntomas necesitan ser retirados por un experto sanador (Brown, 1980, citado en Labrador 1995). Lo que diferencia al psicoterapeuta que enseña competencias de afrontamiento del profesor es la “naturaleza afectiva-conductual-interpersonal de lo que enseña” y del modelo médico se diferencia en que la atención no está puesta en la psicopatología, sino que en “los problemas prácticos de cómo pueden las personas cambiar su propio comportamiento para afrontar de una manera más satisfactoria los problemas de su vida” (Shaffer, 2000).

2.5.3. Entrenamiento en competencia de afrontamiento en grupos.

Aunque comenzaran como psicoterapias individuales tanto la terapia cognitiva como la terapia conductual han hecho un amplio uso de los grupos; incluso al principio del entrenamiento en competencias de afrontamiento los grupos parecen haber constituido una regla más que una excepción.

Dentro de las ventajas de este tipo de intervención se puede mencionar que permite mostrar a los clientes que no son los únicos que tienen problemas, otra ventaja se relaciona con el hecho de que las explicaciones e instrucciones son más fáciles dadas a los clientes en un formato grupal; además dado que la terapia cognitiva-conductual requiere que el cliente tome conciencia de sus cogniciones inadaptativas, el terapeuta puede ser ayudado por comentarios y sugerencias de otros miembros del grupo. Por último ciertas técnicas conductuales auxiliares utilizadas en la terapia cognitiva-conductual como el ensayo conductual y la toma de riesgos, requieren el formato de grupo (Shaffer, 2000).

Lo primordial de este programa es que provee al cliente con un marco complementario de técnicas cognitivas y conductuales que este pueda utilizar para afrontar un amplio universo de problemas, para ello se enseña al cliente como emplear las técnicas cognitivo-conductuales de reestructuración cognitiva, resolución de problemas, relajación y asertividad.

Las técnicas de relajación intentan hacer que los miembros del grupo se sientan a gusto con la experiencia sin hacer que suene como si fuera a consistir todo en un entretenimiento. Estas técnicas se realizan durante la primera sesión principalmente para reunir a un grupo de extraños que trabajará durante algún tiempo en el programa.

La reestructuración cognitiva defiende que los estados de humor inadecuadamente negativos no son resultados de circunstancias externas sino que son un producto de los pensamientos o actitudes que mantiene el individuo en esas circunstancias.

En el modulo de resolución de problemas se presentan y explican los componentes específicos de la resolución de problemas, para que luego cuando surja un problema, pueda reconocerlos, sin negarlos y logre poner en marcha los siguientes pasos de resolución de problemas, estos pasos son:

1. "Identificación del problema": se requiere que el paciente contemple los antecedentes del problema: su historia de recurrencia y los intentos de resolución anteriores.

2. "Formulación de metas": la persona debe responder ¿qué significaría la resolución de este problema?
3. "Generar alternativas": se le pide a la persona que genere una "lluvia de ideas" de alternativas, generando tantas soluciones alternativas al problema como le sea posible.
4. "Evaluar alternativas": la persona intenta evaluar las probables consecuencias de las pautas de acción sugeridas en el paso anterior. Estas alternativas son evaluadas atendiendo tanto a su dimensión positiva como negativa, intentando determinar una puntuación (de 1 a 5 por ejemplo).
5. "Toma de decisiones": En base a las evaluaciones realizadas en el paso anterior la persona decide qué alternativa(s) tienen más probabilidades de resolver el problema.
6. "Verificación": el paciente debe preguntarse si la alternativa seleccionada en el paso anterior llevará a la resolución del problema, si la respuesta es negativa, deberá volver al paso 3 y repetir el proceso desde ahí. Si la respuesta es positiva, procede al siguiente paso.
7. "Preparación para la implementación": la persona identifica el curso de acción necesario para implementar la acción identificada en el paso 5 y verificada en el paso 6
8. "Implementación y resultado": El último paso especifica el resultado del curso de acción ejercido atendiendo a los términos del problema y objetivos, definidos en este proceso (Lawrence y Shaffer, 1993, citado en Labrador, 1995).

Luego se expone un ejemplo de un problema mientras los terapeutas realizan un rol-playing del proceso de resolución. Los miembros del grupo habrán de describir sus objetivos particulares para este módulo y considerar en qué áreas de su vida podría resultar también conveniente aplicar esta competencia.

El entrenamiento en asertividad, es un elemento común en la terapia conductual, en la terapia cognitiva-conductual y en los programas de competencias de afrontamiento. Los terapeutas presentan el concepto de asertividad, lo distinguen del de pasividad y agresión, luego se presentan diversos pensamientos disfuncionales y déficit conductuales para ilustrar en qué consiste el pensamiento no asertivo y luego se practican las habilidades aprendidas.

Finalmente Lange y Jakubowski (1976, citado en Labrador, 1995) dan las siguientes razones para preferir el entrenamiento en grupo frente a las sesiones individuales:

- Los fundamentos teóricos y los ejemplos proporcionados por otros miembros del grupo favorecen la asertividad de sus derechos.
- El grupo proporciona una oportunidad para la exhibición de comportamientos agresivos y no asertivos.
- La oportunidad para practicar respuestas asertivas con diferentes personas.

CAPITULO TERCERO
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

La presente investigación es experimental, cuyo diseño es factorial de 2x2x2x2, ya que *“manipula dos o más variables independientes e incluye dos o más niveles de presencia en cada una de las variables independientes”* (Sampieri, Collado y Lucio 2003) Con esto, se manipula intencionalmente las variables independiente, midiendo posteriormente el efecto provocado en ésta por tal manipulación.

El objetivo de esta investigación es probar la hipótesis de que la estimulación en las áreas cognitiva (resolución de problemas), motivacional (atribución causal y modos de afrontamiento) y de redes sociales (psicoeducación en tipos de redes sociales y el rol que las personas desempeñan en ellas), conlleva a un cambio en la calidad de vida de las personas de la tercera edad; además de determinar en qué medida incide tal estimulación los niveles de depresión de la población objetivo.

3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Para la realización de esta investigación, se estableció una muestra intencionada de adultos mayores de la quinta región: hombres y mujeres; de 60 ó más años; considerando el nivel educacional (preparatoria incompleta/ preparatoria completa); y la presencia o ausencia de redes sociales.

3.3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Identificadas y determinadas las variables a considerar en la investigación, se incluyen en la muestra a un total de 40 adultos mayores, dividida de acuerdo a los siguientes criterios: edad, 60 años o mas; sexo, 20 hombres y 20 mujeres; nivel educacional, preparatoria completa y preparatoria incompleta (la preparatoria completa equivale haber cursado hasta 6° año básico); y presencia o ausencia de Red Social.

La siguiente tabla grafica la distribución de la muestra según los criterios anteriormente descritos, la cual conforma una matriz de datos de 2 x 2 x 2 x 2 descrita a continuación, donde cada uno de estos 16 grupos esta conformado por 5 casos.

Tabla 3: Tabla de distribución muestral por: sexo, nivel educacional, red social, pre - post taller.

Pre Taller			Post Taller		
Hombres (20)	Preparatoria Incompleta (10)	Red Social 1° (+) (5)	Hombres (20)	Preparatoria Incompleta (10)	Red Social 1° (+) (5)
		Red Social 1° (-) (5)			Red Social 1° (-) (5)
	Preparatoria Completa (10)	Red Social 1° (+) (5)		Preparatoria Completa (10)	Red Social 1° (+) (5)
		Red Social 1° (-) (5)			Red Social 1° (-) (5)
Mujeres (20)	Preparatoria Incompleta (10)	Red Social 1° (+) (5)	Mujeres (20)	Preparatoria Incompleta (10)	Red Social 1° (+) (5)
		Red Social 1° (-) (5)			Red Social 1° (-) (5)
	Preparatoria Completa (10)	Red Social 1° (+) (5)		Preparatoria Completa (10)	Red Social 1° (+) (5)
		Red Social 1° (-) (5)			Red Social 1° (-) (5)

Un último criterio definido para la selección de la muestra, corresponde a la ausencia de cualquier antecedente psiquiátrico o trastorno neurodegenerativo que, comúnmente, afecta a la población de estudio, los que podrían interferir en los resultados de esta investigación.

3.4. PROCEDIMIENTO.

Definidas y delimitadas las características consideradas en los criterios de selección, se da inicio a la primera fase de reclutamiento, para la cual fue necesario gestionar la colaboración de distintas instituciones de la región que trabajan con personas de la tercera edad. Las instituciones que accedieron a colaborar con este estudio son Ejército de Salvación, Valparaíso; Hogar de Cristo “La Asunción”, Peñablanca; Asociación de Jubilados y Montepiadas de Ferrocarriles, Valparaíso; Centro de Salud “Profesor Eugenio Cienfuegos”, Viña del Mar; Comunidades de Vida Cristiana, Valparaíso.

Posteriormente, se utiliza el Minimental State Examination (MMSE, validado para población chilena mayor de 65 años) como filtro de patología psiquiátrica y/o trastornos neurodegenerativos. Luego, los sujetos seleccionados son evaluados en varias sesiones con 5 instrumentos psicométricos (Índice de Depresión de Beck; Escala de Calidad de Vida de Diener; Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus & Folkman; Cuestionario de Estilos Atribucionales; Test Palabra – Color de Stroop)

Una vez finalizadas las mediciones, se implementa un taller de estimulación cognitiva y social, en las áreas correspondientes a: estilos atribucionales, modos de afrontamiento, resolución de problemas y psicoeducación en redes sociales.

Al término del taller, nuevamente son evaluados los sujetos de la muestra, utilizando para ello los mismos instrumentos aplicados previamente a la implementación del taller, con el objetivo de determinar si efectivamente hubo cambio o no en las distintas áreas evaluadas.

Finalmente, los datos son procesados con los softwares SPSS (version 11.5) y Microsoft Excel 2003. Se aplica un ANOVA factorial (Análisis Operacional de la Varianza Factorial), con el fin de identificar el nivel de interacción de mayor significancia de las variables independientes, y el efecto de ésta, sobre cada una de las variables dependientes. Luego se aplica una prueba T para muestras independientes, con el fin de mostrar si las diferencias entre las medias en ambos grupos (pre y post taller) son estadísticamente significativas.

Todo lo anterior permite concluir si el efecto esperado sobre las variables dependientes, corresponde a las interacciones de las variables o al efecto de cada una por separado.

3.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.

3.5.1. Índice de Depresión de Beck

- H1:** Mujeres de la Tercera Edad con preparatoria incompleta, sin red social, obtienen puntajes más elevados que Mujeres de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en el Índice de Depresión de Beck; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H2:** Mujeres de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y red social, obtienen puntajes igual o más elevados que Mujeres de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en el Índice de Depresión de Beck; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H3:** Mujeres de la Tercera Edad con preparatoria completa, sin red social obtienen puntajes igual o más elevados que Mujeres de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en el Índice de Depresión de Beck; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H4:** Mujeres de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, obtienen puntajes menores o iguales que Mujeres de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y red social, en el Índice de Depresión de Beck; tanto en la medición previa a la implementación del taller, como en la medición posterior
- H5:** Hombres de la Tercera Edad con preparatoria incompleta, sin red social, obtienen puntajes más elevados que Hombres de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en el Índice de Depresión de Beck; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H6:** Hombres de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y red social, obtienen puntajes igual o más elevados que Hombres de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social en el Índice de Depresión de Beck; en la medición previa a la implementación del taller.
- H7:** Hombres de la Tercera Edad con preparatoria completa y sin red social, obtienen puntajes igual o más elevados que Hombres de la Tercera Edad con preparatoria

completa y red social en el Índice de Depresión de Beck; en la medición posterior a la implementación del taller.

H8: Hombres de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, obtienen puntajes menores o iguales que Hombres de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, en el Índice de Depresión de Beck, tanto en la medición previa, como en la medición posterior a la implementación del taller.

3.5.2. Afrontamiento

H9: Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, obtienen mayor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la escala ACE; en la medición posterior a la implementación del taller.

H10: Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, obtienen mayor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la escala ACTE; en la medición posterior a la implementación del taller.

H11: Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, obtienen menor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la escala ACP; en la medición posterior a la implementación del taller.

H12: Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, obtienen mayor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la escala "Distanciamiento"; en la medición posterior a la implementación del taller.

H13: Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, obtienen menor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la escala "Autocontrol"; en la medición posterior a la implementación del taller.

H14: Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, obtienen menor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la escala "Búsqueda de Apoyo Social"; en la medición posterior a la implementación del taller.

H15: Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, obtienen menor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la escala "Aceptación de Responsabilidad"; en la medición posterior a la implementación del taller.

- H16:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, obtienen mayor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la escala "Escape"; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H17:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, obtienen menor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la escala "Resolución Planificada del Problema"; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H18:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, obtienen menor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la escala "Reevaluación Positiva"; en la medición posterior a la implementación del taller.

3.5.3. Atribución Causal

- H19:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, presentan con mayor frecuencia un perfil "internalidad – estabilidad – globalidad" para eventos negativos que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H20:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y red social, presentan con igual o mayor frecuencia un perfil "internalidad – estabilidad – globalidad" para eventos negativos que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H21:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y sin red social, presentan con igual o mayor frecuencia un perfil "internalidad – estabilidad – globalidad" para eventos negativos; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H22:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, presentan con igual frecuencia un perfil "internalidad – estabilidad – globalidad"; tanto en la medición previa, como en la medición posterior a la implementación del taller.

3.5.4. Calidad de vida

- H23:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, obtienen menor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en el ítem "el tipo de vida que llevo hasta ahora se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar"; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H24:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, presentarán menor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en el ítem "las condiciones de mi vida son excelentes"; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H25:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, presentarán menor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en el ítem "Estoy satisfecho con mi vida"; en la medición previa a la implementación del taller.

3.5.5. Interferencia Cognitiva.

- H26:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, presentarán mayor efecto de interferencia que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la medición posterior a la implementación del taller.
- H27:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa, sin red social; presentarán igual o mayor efecto de interferencia que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la medición previa a la implementación del taller.

3.6. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La batería de cuestionarios estuvo compuesta por los siguientes seis instrumentos:

1) M. M. S. E. (Mini Mental State Examination)

Examen neuropsiquiátrico y psicológico abreviado, diseñado por Folstein et al en 1975. Se trata de una Mini escala capaz de discriminar rápidamente deterioro cognitivo en personas de edad avanzada. Aunque en sí misma no constituye diagnóstico, presenta

ventajas que la hacen indispensable para una valoración de entrada del deterioro cognitivo.

Se trata de una herramienta breve, de uso universal, que evalúa diferentes esferas de la cognición, su aplicación requiere un mínimo entrenamiento, la sensibilidad y especificidad es razonablemente alta y está normalizada para población hispana. Es necesario, de todas maneras, la precaución de utilizar normas de corrección adecuadas a la edad y escolaridad del paciente. El puntaje máximo es de 30 y de acuerdo a la validación realizada para Chile el diagnóstico de deterioro cognitivo se realiza cuando el sujeto tiene un puntaje menor o igual a 21 (Quiroga, 2002).

EL MMSE proporciona un diagnóstico grueso de la orientación de la persona en el tiempo y en el espacio, de la memoria reciente, el registro y la capacidad aritmética y cuya confiabilidad y validez han sido demostradas (MC DOWELL I, NEWELL C; 1996, citado en Quiroga, 2002). Fue diseñado como una ayuda para ser aplicado en la evaluación cognitiva de pacientes ancianos en la práctica clínica. Se le denominó mini porque se concentra sólo en aspectos cognitivos de la función mental excluyendo ánimo y conductas mentales anormales; mide 8 de los 11 principales aspectos del estado cognitivo: orientación, registro, memoria reciente, atención / concentración, lectoescritura, habilidad visual/espacial, comprensión y lenguaje, omitiendo abstracción, juicio y apariencia.

Estudios previos demuestran que el test posee una sensibilidad para detectar demencia de entre el 79% y el 100% y la especificidad entre 78% y 100%. Sin embargo, es importante tomar en consideración la influencia de la educación en el resultado del test y por lo tanto en su validez.

2) Índice de Depresión de Beck (IDB):

Instrumento construido entre los años 1960 y 1961 por Beck y colaboradores, con la intención de medir sintomatología depresiva, dada la necesidad de establecer diagnósticamente una identificación del caso, especialmente teniendo en cuenta que este cuestionario se basa en un autorreporte del propio sujeto.

El autor realizó diversas observaciones operacionales en lo que respecta a características somáticas y actitudinales de pacientes depresivos. A partir de dichas observaciones elaboró un cuestionario compuesto por 21 ítems, donde cada uno posee una puntuación que va de 0 a 3 puntos reflejando el grado de severidad del síntoma.

Cuando los resultados son altos, existe una presencia mayor de sintomatología depresiva siendo significativo de algún síntoma o actitud (Beck et al, 1961).

Este cuestionario posee las siguientes características psicométricas:

Confiabilidad:

Consistencia Interna (ver Beck et al, 1988). En un análisis de 25 estudios para la población psiquiátrica y no psiquiátrica. Para la primera población, los coeficientes alpha oscilaron entre 0,76 y 0,95, con una media de 0,86. Por su parte Bernal y colaboradores (Bernal et al, 1995) realizaron igual estudio, obteniendo un coeficiente alpha de Cronbach de 0,89.

Beck y colaboradores (ver Beck et al, 1988) analizaron 10 estudios en los que se usó el método test-retest. La variación fluctúa entre 0,48 y 0,86 para pacientes psiquiátricos, mientras que para pacientes no psiquiátricos, la fluctuación oscila entre 0,60 y 0,83.

Validez:

Validez de contenido. Este cuestionario fue construido a partir de observaciones clínicas de los síntomas que presentan pacientes psiquiátricos con depresión. La definición de este constructo se ha ido desarrollando progresivamente en los DSM de la American Psychiatric Association, así como por el propio Beck y sus colaboradores (Beck et al. 1988), en consonancia con la APA. De esta forma, el IDB tiene 6 de los 9 criterios que aparecen en el DSM III (APA, 1980), excluyendo el aumento del apetito. Igualmente se excluyen la agitación psicomotora y la hipersomnia. Beck y colaboradores (1988) justifican la exclusión, destacando que los síntomas contrarios a la hipersomnia son más prevalentes y que la agitación sólo es observada por alguien externo y no por el propio paciente que realiza su autorreporte.

Constructo. El IDB detecta relaciones positivas entre variables fisiológicas, cognitivas y conductuales. Beck y colaboradores (1988) destacan los siguientes hallazgos:

- a. Relación inversa entre Depresión y latencia del sueño REM, de acuerdo a la electroencefalografía del sueño (Atiskal et al, 1982, citado en Lazarus & Folkman, 1986).
- b. Concordancia de diversos síntomas psicósomáticos con cuadros depresivos, tales como cefaleas, algias estomacales, etc. (Armstrong et al, 1980, citado en Lazarus & Folkman, 1986). Hay otros cuadros que correlacionan positivo con los resultados del IDB.
- c. Correlación positiva de 0,14 entre los resultados del IDB y autorreportes de ansiedad (Beck, 1967).

En cuanto a la validez concurrente con otros instrumentos, tenemos correlación entre 0,61 y 0,86 para sujetos psiquiátricos entre el IDB y la Escala de Depresión de

Hamilton (HRDS), mientras que para sujetos no psiquiátricos, la correlación fluctuó entre 0,73 y 0,80, lo cual es un índice de aceptable validez concurrente. Una adecuada correlación ($r = 0,76$ para pacientes psiquiátricos y $0,60$ para no pacientes psiquiátricos) también se observa entre el IDB y los resultados de la Escala de Depresión (D) del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI). Al respecto se puede encontrar información más detallada en Beck et al (1988).

Validez Factorial.

En Beck et al (1988) se presentan trece estudios de análisis factorial del IDB, encontrándose de 3 a 7 factores en el IDB, dependiendo de los métodos de extracción. Bernal et al (1995, citados en De la Maza et al, 1997) sugieren la presencia de 4 factores, a saber;

- a) actitudes negativas: 9 reactivos.
- b) factor cognitivo-conductual: 7 reactivos.
- c) factor psicossomático: 4 reactivos.
- d) factor propiamente somático: 1 reactivos.

El coeficiente alpha de Cronbach para cada factor es el siguiente: 0,847; 0,755; 0,6134 y 0,894, respectivamente. Debido a la poca diferencia de lo psicossomático con lo somático, este puede considerarse un factor único. Por lo demás, los resultados indican que el cuestionario es válido en lo que se refiere a depresión.

No obstante, para el caso de este estudio, se recomienda hacer un análisis factorial confirmatorio, teniendo presente que la depresión puede ser una reacción vital depresiva (como en el caso del duelo), una forma de personalidad (distimia) o un cuadro francamente con componentes psicóticos (como ocurre en el trastorno bipolar, antigua psicosis maniaco-depresiva).

3) Cuestionario de Modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986, revisado):

Este Instrumento describe gran variedad de estrategias cognitivas y conductuales que las personas usan para manejar demandas internas o externas en situaciones estresantes específicas. Consta de 67 ítems estructurados como afirmaciones que surgen luego de varios estudios, así como por las propias investigaciones de los autores Lazarus y Folkman (1986).

En el año 1980 los autores desarrollan la primera versión de la que constaba de 68 ítems. En 1985, la escala fue revisada redefiniendo ítems y suprimiendo otros, para quedar finalmente en 50 ítems. Actualmente la escala contiene dos escalas derivadas racionalmente: afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción. El afrontamiento orientado al problema tiene como objeto manejar la fuente de estrés, mientras que el afrontamiento orientado a la emoción se dirige a regular las emociones estresantes, esto es, reducir o manejar el distrés emocional asociado a la situación.

Lazarus y Folkman (1986) a partir de las dos escalas iniciales, derivaron, por medio de análisis factorial, ocho subescalas: Confrontación, Distanciamiento, Autocontrol, Búsqueda de apoyo social, Aceptación de la Responsabilidad, Escape-Evitación, Planificación de Solución de Problemas y Reevaluación positiva. Los ítems se factorizaron utilizando el método alfa y el de factores principales aplicándoles una rotación oblicua y ortogonal. Los resultados del análisis obtuvieron ocho factores que explican el 46,2% de la varianza (Soriano y Zorroza, 1999). Los índices de fiabilidad alfa para las distintas subescalas son los siguientes: Confrontación $\alpha=0,70$; Distanciamiento $\alpha=0,61$; Autocontrol $\alpha=0,70$; Búsqueda de apoyo social $\alpha=0,76$; Aceptación de la Responsabilidad $\alpha=0,66$; Escape-Evitación $\alpha=0,72$; Planificación de solución de problemas $\alpha=0,68$ y Reevaluación positiva $\alpha=0,79$ (Folkman, Lazarus, Dunkel, DeLongis y Gruen, 1986). Según los propios autores, se produce una correlación moderada-baja entre las escalas (siendo $r = 0,39$ la más alta).

4) Cuestionario de Atribución Causal

El presente cuestionario fue aplicado específicamente para esta investigación basándose en los aportes teóricos de Weiner y Heckhausen y la operacionalización de Meléndez (2006), por lo cual, no se encuentra estandarizado. Busca la medición de atribuciones causales realizadas por las personas en siete sucesos considerados como vitales, de los cuales tres son hacia el pasado, uno en el presente y tres hacia el futuro. Además se indaga la valencia que se le da a cada uno y la distancia en el tiempo en que se encuentran, tanto para el pasado como el futuro.

Dentro de las Atribuciones Causales se evalúan tres dimensiones: Internabilidad/ Externabilidad, Estabilidad/ Inestabilidad y Globalidad/ Especificidad. A partir de lo último se busca establecer a *grosso modo* un patrón atribucional en las personas estudiadas.

5) Escala de Satisfacción con la Vida (Diener et al., 1985)

Escala unidimensional, compuesta de 5 ítems que se responden mediante una escala likert de 5 puntos (donde 1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= indiferente, 4= de acuerdo, 5= totalmente de acuerdo). Los puntajes se distribuyen desde: totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (5), obteniendo el puntaje total a través de la sumatoria de lo asignados a cada ítem.

La confiabilidad resultante de un estudio realizado en mujeres embarazadas y puéperas (Cabañero et. al.; 2004) es alta (alfa de Cronbach de 0,87), correlación test-retest de 0,82 a los dos meses y correlaciones item-test entre 0,57 y 0,75. Por otra parte, el análisis factorial extrajo un único factor que explicaba el 66% de la varianza.

Presenta una alta dependencia entre los cinco ítems, lo que se explica a partir del resultado obtenido en la prueba de esfericidad de Barlett (Chi-cuadrado= 976,13; $p < 0,0001$) (ver Cabañero et al., 2004).

Con relación a la validez de constructo, Alarcón (2000) utiliza el análisis factorial para su evaluación, y de ello los Métodos de Componentes Principales y la Rotación Viramax. En ella se advierte que la escala está formada por dos factores, y no uno como se plantea en su origen (Diener et al, 1985, en Cabañero et al., 2004).

Sin embargo, otros estudios (Richard et al., 2004; Arridell et al., 1999; Atienza et al., 2000; Pavot et al., 1991; Pons et al., 2000) muestran la presencia de un único factor, confirmando el resultado obtenido por Diener (1985, en Cabañero et al., 2004) sobre este instrumento. El factor extraído explicaría el 58.6% de la varianza (ver Richard et al., 2004)

En estudio realizado por Cabrero et al. (2004) se evalúa la validez del instrumento en relación con las láminas COOP-WONCA y el Perfil de Salud de Nottingham. Las correlaciones obtenidas con el primero son estadísticamente significativas, mientras que con el segundo instrumento, de las 6 dimensiones correspondientes a este último, cinco correlacionan significativamente.

En estudios con poblaciones diversas se han mostrado resultados similares: estudios con personas de la tercera edad (Pavor et al., 1991; Pons, Atienza, Balaguer y García-Merita, 2000), adolescentes (Atienza, Pons, Balaguer, García-Merita, 2000; Pons et al., 2000), universitarios (Harrington y Loffredo, 2001, Kafka y Kozma, 2002; Diener, Lucas y Suh, 1996; Pavot et al., 1991; Diener y Pavot, 1993; Reig, Cabrero, Ferrer y Richart, 2001), adultos jóvenes (Arridell, Heesink y Feij, 1999) y varones y mujeres adultos (Baerger y McAdams, 1999).

6) Test Stroop Palabra-Color: Concepto de Interferencia

Test atencional que valora la capacidad del sujeto para suprimir respuestas automáticas evadiendo la interferencia de estímulos habituales a la hora de controlar procesos reflejos o automáticos en favor de otros estímulos menos habituales.

El sujeto debe inhibir el mecanismo de lectura, dando paso a la denominación, una tarea menos automatizada.

El test consta de tres láminas de dimensiones DIN-A4 cada una de las cuales contiene cinco columnas de 20 elementos separadas entre sí por unos tres centímetros (Arial, 12).

La tercera lámina, habitualmente llamada lámina palabra-color o PC, examina el efecto "Interferencia Color Palabra". En esta lámina "se pide a los sujetos nombrar el color de la tinta en que está escrita la palabra, el tiempo aumenta en casi un 50% en relación al tiempo necesario en la lámina en que se debe designar sólo colores (lámina C). Esta fuerte disminución en la velocidad de identificación de colores se conoce como efecto interferencia". (Golden, 1994)

La interferencia en el Stroop se relaciona con interferir el proceso verbal. Este efecto se observa típicamente en personas con daño frontal y en el contexto de síndrome disejecutivo, debido a que una de las funciones del lóbulo frontal es la inhibición de respuestas (Kolb y Whishaw, 1986), y por tanto un daño en esta zona mermaría la función de inhibición descrita.

En cuanto a cualidades psicométricas de la prueba, el autor informa lo siguiente (Golden, 1994):

- Confiabilidad test – retest (con intervalos entre 1 minuto a 10 días):
- Golden, 1975: 0.89, 0.84 y 0.73 para P, C y PC, respectivamente.
- Validez de constructo: solución factorial de 3 factores que explican la mayor porción de varianza, tal como se esperaba.

Interpretación de Resultados Test Stroop:

Es necesario destacar dos situaciones que llevan a tomar con cautela los resultados obtenidos mediante la aplicación de la prueba Stroop.

En primer lugar, en esta investigación se optó por omitir la corrección psicométrica prescrita por el autor de la versión del test que se utilizó en este estudio. No se realizó el cálculo de la puntuación de Interferencia mediante la fórmula de corrección de puntajes

directos para pasarlos a puntajes T. Esto debido a que sólo interesa indagar el "Efecto Interferencia" evaluado en la tercera lámina del test, como un indicador grueso de la atención selectiva de los sujetos evaluados. De este modo sólo se tabula el número total de palabras leídas en la tercera lámina palabra-color, y a esos resultados se les aplican los procedimientos estadísticos de cálculo de media y análisis de la varianza (ANOVA de un factor).

En segundo lugar, la aplicación del test Stroop formó parte de un estudio piloto ideado en una fase avanzada de nuestra investigación, debido a lo cual por razones de escasez de tiempo y de encuestados, el N total de evaluados con la prueba (26 personas) fue menor que el número total de la investigación. Situación que vuelve muy poco representativa a la muestra examinada. No obstante se intenta aportar un índice de deterioro cognitivo en la tercera edad, cotejando este grupo Etéreo con el grupo control joven, de acuerdo a una serie de variables psicosociales como edad, red social, nivel de educación, índice de Beck y género.

Interferencia:

La interferencia en el Stroop se relaciona con interferir el proceso verbal. Una palabra activa en forma natural y automática una respuesta verbal que interfiere el nombramiento de colores; por lo tanto, en la lámina PC, se debería inhibir la lectura de palabras para designar el color de la tinta (Wheeler, 1977, en Golden, 1994).

3.7. DEFINICIÓN DE VARIABLES.

3.7.1. Variables Independientes y Dependientes:

En la investigación se consideran las siguientes Variables Independientes: sexo (masculino y femenino); Red Social (ausencia o presencia), Escolaridad (Preparatoria Incompleta y Preparatoria completa) y Taller (Previa y Posterior).

En cuanto a las variables Dependientes se encuentran los: Resultados Índice de Depresión de Beck (IDB); Resultados Cuestionario Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman; Resultados Cuestionario de Atribución Causal; Resultados Test Stroop; Resultados Escala de Calidad de Vida,

3.7.2. OPERACIONALIZACION DE CONSTRUCTOS

A continuación se describe la operacionalización de los constructos utilizados en esta investigación, las cuales están a la base de las variables dependientes a medir:

Redes Sociales

En la presente investigación, se cuantifica la presencia o ausencia de red social en la muestra, mediante información obtenida a través de entrevistas semiestructuradas. En éstas, se consideran datos como número de hijos, si vive con algún pariente o si alguno lo visita, y si estos le confieren un rol dentro del sistema familiar. A partir de lo anterior, se entiende como presencia de red social, la existencia de relaciones con personas de su entorno inmediato, las que le permiten desempeñar uno o más roles.

Depresión:

La medida de los niveles de depresión en la población de estudio, se obtienen mediante los resultados del Inventario de Depresión de Beck. De acuerdo a este instrumento, los puntajes se separan por rangos que responden al nivel de presencia del rasgo: de 0 a 9 puntos, estado no depresivo; de 10 a 18 puntos, estado de "depresión leve"; de 19 a 29 puntos, estado de "depresión moderada"; de 30 a 63 puntos, estado de "depresión severa".

Afrontamiento:

Los modos de afrontamiento para cada sujeto, se infieren a través de los resultados obtenidos en el Cuestionario de Modos de Afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1986) Este cuestionario consta de 67 reactivos, cada uno de los cuales mide 4 estilos y 8 estrategias de afrontamiento. Del total más alto del conjunto de reactivos que miden estilos y modos, se logra una aproximación al modo que posee el sujeto para afrontar problemas o situaciones.

Atribución Causal:

La operacionalización del constructo "Atribución Causal", se infiere mediante los resultados obtenidos en el Cuestionario de Estilos Atribucionales. En este cuestionario, los sujetos describen sucesos vitales, en los que hayan desempeñado un rol activo, su valencia y el tiempo en que estos suceden. En cada suceso vital, deben clasificar en una

escala lickert, la causa de los sucesos en las dimensiones de atribución: Externabilidad/ Internabilidad; Variabilidad/ Estabilidad; Especificidad/ Globalidad. Esta escala gradúa de 1 a 7 las dimensiones, donde 1 representa Externabilidad, Variabilidad y Especificidad; y 7 representa Internabilidad, Estabilidad y Globalidad. El estilo atribucional se deduce al considerar el conjunto de reactivos que miden cada una de las dimensiones por separado, primando finalmente la dimensión con mayor puntaje.

Calidad de Vida:

El constructo "Calidad de Vida" es evaluado mediante la Escala de Calidad de Vida de Diener. Consta de cinco reactivos, presentados en escala lickert graduada en 5 puntos, que grafican el acuerdo o desacuerdo con el reactivo presentado (1: totalmente en desacuerdo; 5: totalmente de acuerdo) Los reactivos miden aspectos tales como tipo de vida, condiciones de vida, nivel de satisfacción, consecución de metas. El nivel de calidad de vida se infiere al observar los puntajes totales obtenidos en la escala: Altos puntajes, se traducen en altos niveles de calidad de vida subjetivos.

Efecto Stroop:

El nivel de atención-concentración se infiere del resultado obtenido en el Test Palabra-Color Stroop. Consta de tres hojas, cada una de las cuales presenta 100 reactivos. Un alto nivel de atención-concentración se deduce de la mayor cantidad de reactivos rendidos por el sujeto en 45 segundos, por cada hoja.

CAPITULO CUARTO
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se presentan los resultados de la investigación, de acuerdo a las hipótesis planteadas, la interacción entre las variables independientes, junto con el efecto de éstas sobre cada una de las variables dependientes contempladas en el estudio.

Las hipótesis se presentan en el siguiente orden: Índice de Depresión de Beck; Test Stroop; Modos de Afrontamiento; Estilos de Atribución Causal; y Calidad de Vida.

Los datos se procesan mediante ANOVA Factorial y Prueba T para muestras independientes, considerando un 0,05% de margen de error.

4.1 CONTRASTACION DE HIPOTESIS.

4.1.1. Índice de Depresión de Beck

- H1:** Mujeres de la Tercera Edad con preparatoria incompleta, sin red social, obtienen puntajes más elevados que Mujeres de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en el Índice de Depresión de Beck; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H2:** Mujeres de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y red social, obtienen puntajes igual o más elevados que Mujeres de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en el Índice de Depresión de Beck; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H3:** Mujeres de la Tercera Edad con preparatoria completa, sin red social obtienen puntajes igual o más elevados que Mujeres de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en el Índice de Depresión de Beck; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H4:** Mujeres de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, obtienen puntajes menores o iguales que Mujeres de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y red social, en el Índice de Depresión de Beck; tanto en la medición previa a la implementación del taller, como en la medición posterior
- H5:** Hombres de la Tercera Edad con preparatoria incompleta, sin red social, obtienen puntajes más elevados que Hombres de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en el Índice de Depresión de Beck; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H6:** Hombres de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y red social, obtienen puntajes igual o más elevados que Hombres de la Tercera Edad con preparatoria

completa y red social en el Índice de Depresión de Beck; en la medición previa a la implementación del taller.

H7: Hombres de la Tercera Edad con preparatoria completa y sin red social, obtienen puntajes igual o más elevados que Hombres de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social en el Índice de Depresión de Beck; en la medición posterior a la implementación del taller.

H8: Hombres de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, obtienen puntajes menores o iguales que Hombres de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, en el Índice de Depresión de Beck, tanto en la medición previa, como en la medición posterior a la implementación del taller.

4.1.1.1 RESULTADOS ANOVA FACTORIAL.

Tabla 4: Resultados ANOVA FACTORIAL para IDB.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	Gl	Media cuadrática	F	Significació n
Modelo corregido	9,800(a)	15	,653	2,091	,022
Intercept	16,200	1	16,200	51,840	,000
SEXO	,800	1	,800	2,560	,115
ESCOLARI	4,050	1	4,050	12,960	,001^(*)
RED	2,450	1	2,450	7,840	,007^(**)
TALLER	,450	1	,450	1,440	,235
SEXO * ESCOLARI	,450	1	,450	1,440	,235
SEXO * RED	,050	1	,050	,160	,690
ESCOLARI * RED	,200	1	,200	,640	,427
SEXO * ESCOLARI * RED	,800	1	,800	2,560	,115
SEXO * TALLER	,050	1	,050	,160	,690
ESCOLARI * TALLER	,200	1	,200	,640	,427
SEXO * ESCOLARI * TALLER	,000	1	,000	,000	1,000
RED * TALLER	,200	1	,200	,640	,427
SEXO * RED * TALLER	,000	1	,000	,000	1,000
ESCOLARI * RED * TALLER	,050	1	,050	,160	,690
SEXO * ESCOLARI * RED * TALLER	,050	1	,050	,160	,690
Error	20,000	64	,312		
Total	46,000	80			
Total corregida	29,800	79			

(*) Significancia $p \leq 0.005$

(**) Significancia $p \leq 0.001$

4.1.1.2 RESULTADOS PRUEBA T PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES.

Tabla 5: Resultados Prueba T para IDB.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	GI	Sig. (Bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	95% intervalo de confianza para la diferencia		
Total IDB	Se han asumido varianzas iguales	0,208	0,649	2,04	78	0,045	2,35	1,153	0,055	4,645
	No se han asumido varianzas iguales			2,04	77,912	0,045	2,35	1,153	0,055	4,645

Tabla 6: Resultados Prueba T para IDB según escolaridad

	Escolaridad	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Total IDB	Preparatoria incompleta	40	10,58	5,198	,822
	Preparatoria completa	40	6,73	4,624	,731

Prueba de muestras independientes							
IDB	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Total IDB Pre-taller	3,169	36,29	0,003	4,68	1,47	1,68	7,67
Total IDB Post-taller	2,13	34,89	0,040	3,31	1,55	0,16	6,45

Tabla 7: Resultados Prueba T para IDB según red social

	Red Social	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Total IDB	Presencia Red social	40	10,03	5,976	,945
	Ausencia Red Social	40	7,28	4,051	,641

	Red Social	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Total IDB	Presencia Red social	40	10,03	5,976	,945
	Ausencia Red Social	40	7,28	4,051	,641

4.1.1.3 ANALISIS DE LOS DATOS.

Existe una diferencia estadísticamente significativa entre las medias muestrales de los puntajes totales del IDB, entre los grupos pre y post taller. De acuerdo al ANOVA factorial, esta diferencia no se debe a la interacción entre las variables independientes, sino que al efecto simple de las variables “RED SOCIAL” y “ESCOLARIDAD”; con un nivel

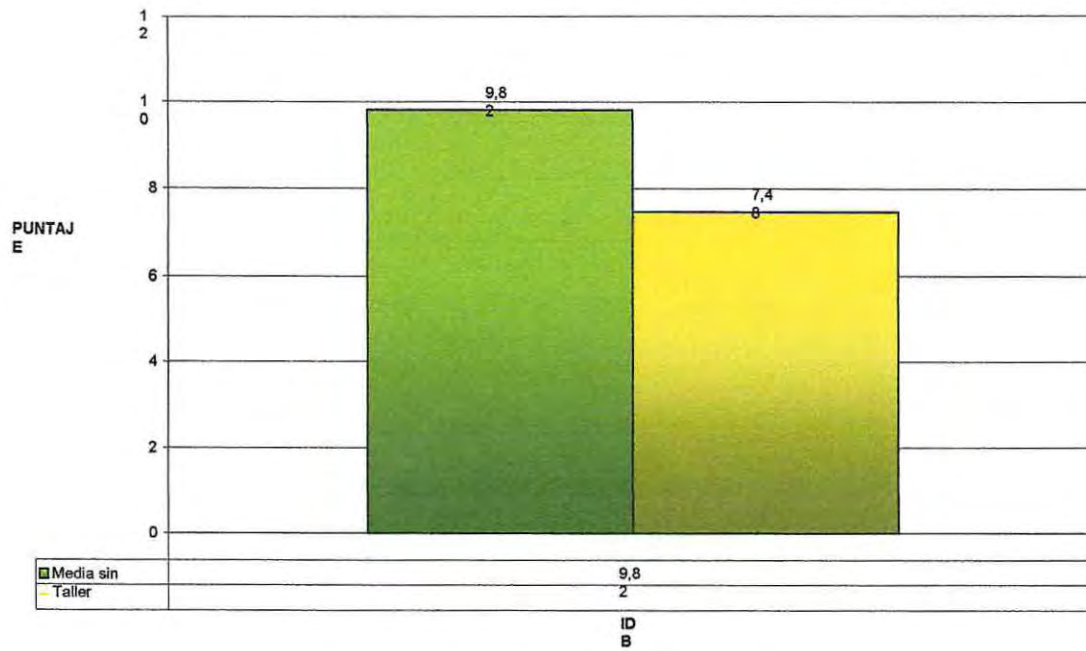
de significancia de 0,01% y 0,03% respectivamente. Por lo tanto, se rechazan todas las hipótesis planteadas con relación a la variable dependiente "IDB".

A partir de la comparación entre las medias intragrupos, no se encuentra una diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de la variable "RED SOCIAL"; encontrándose una diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de la variable "ESCOLARIDAD", en la medición posterior a la intervención, con un nivel de significancia del 4%.

De acuerdo a lo anterior, se acepta la hipótesis alternativa: *"Sujetos de la tercera edad con escolaridad completa, obtienen puntajes menores en el IDB que sujetos con preparatoria incompleta, en la medición posterior al taller"*

A continuación, se presenta el análisis de los factores cognitivos, emocionales y fisiológicos de la depresión.

4.1.1.4 GRÁFICO 1: COMPARACIÓN ENTRE MEDIAS DEL IDB



4.1.1.5 RESULTADOS ANOVA FACTORIAL DE LOS INDICADORES COGNITIVOS, EMOCIONALES Y FISIOLÓGICOS.

Tabla 8: Resultados ANOVA Factorial para el Indicador Cognitivo de la Depresión.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	Gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	6,333(a)	15	,422	2,277	,012
Intercept	9,815	1	9,815	52,934	,000
SEXO	,470	1	,470	2,537	,116
ESCOLARI	,330	1	,330	1,781	,187
RED	2,367	1	2,367	12,768	,001^(*)
TALLER	,894	1	,894	4,821	,032^(**)
SEXO * ESCOLARI	,124	1	,124	,669	,416
SEXO * RED	,182	1	,182	,980	,326
ESCOLARI * RED	,289	1	,289	1,559	,216
SEXO * ESCOLARI * RED	,578	1	,578	3,115	,082
SEXO * TALLER	,028	1	,028	,150	,700
ESCOLARI * TALLER	,523	1	,523	2,819	,098
SEXO * ESCOLARI * TALLER	,251	1	,251	1,351	,249
RED * TALLER	,077	1	,077	,417	,521
SEXO * RED * TALLER	,003	1	,003	,017	,898
ESCOLARI * RED * TALLER	,152	1	,152	,817	,369
SEXO * ESCOLARI * RED * TALLER	,077	1	,077	,417	,521
Error	11,867	64	,185		
Total	28,000	80			
Total corregida	18,200	79			

(*) Significancia $p \leq 0.005$

(**) Significancia $p \leq 0.001$

Tabla 9: Resultados ANOVA Factorial para el Indicador Emocional de la Depresión.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	Gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	3,067(a)	15	,204	,782	,692
Intercept	16,331	1	16,331	62,462	,000
SEXO	,067	1	,067	,258	,614
ESCOLARI	,005	1	,005	,021	,885
RED	,232	1	,232	,888	,349
TALLER	,042	1	,042	,159	,691
SEXO * ESCOLARI	,022	1	,022	,084	,773
SEXO * RED	1,321	1	1,321	5,052	,028^(**)
ESCOLARI * RED	,005	1	,005	,021	,885
SEXO * ESCOLARI * RED	,550	1	,550	2,103	,152
SEXO * TALLER	,215	1	,215	,821	,368
ESCOLARI * TALLER	,215	1	,215	,821	,368
SEXO * ESCOLARI * TALLER	,042	1	,042	,159	,691
RED * TALLER	,042	1	,042	,159	,691
SEXO * RED * TALLER	,182	1	,182	,695	,407
ESCOLARI * RED * TALLER	,182	1	,182	,695	,407
SEXO * ESCOLARI * RED * TALLER	,042	1	,042	,159	,691
Error	16,733	64	,261		
Total	36,000	80			
Total corregida	19,800	79			

(**) Significancia $p \leq 0,001$

Tabla 10: Resultados ANOVA Factorial para el Indicador Fisiológico de la Depresión.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	Gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	8,171(a)	15	,545	3,223	,001
Intercept	11,825	1	11,825	69,965	,000
SEXO	,015	1	,015	,086	,770
ESCOLARI	3,334	1	3,334	19,727	,000^(*)
RED	2,118	1	2,118	12,529	,001^(*)
TALLER	,007	1	,007	,041	,840
SEXO * ESCOLARI	,002	1	,002	,013	,911
SEXO * RED	,320	1	,320	1,891	,174
ESCOLARI * RED	1,660	1	1,660	9,821	,003^(*)
SEXO * ESCOLARI * RED	,159	1	,159	,940	,336
SEXO * TALLER	,131	1	,131	,773	,383
ESCOLARI * TALLER	,007	1	,007	,041	,840
SEXO * ESCOLARI * TALLER	,131	1	,131	,773	,383
RED * TALLER	,007	1	,007	,041	,840
SEXO * RED * TALLER	,131	1	,131	,773	,383
ESCOLARI * RED * TALLER	,007	1	,007	,041	,840
SEXO * ESCOLARI * RED * TALLER	,131	1	,131	,773	,383
Error	10,817	64	,169		
Total	31,000	80			
Total corregida	18,987	79			

4.1.1.6. RESULTADOS PRUEBA T PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES DE LOS INDICADORES COGNITIVOS, EMOCIONALES Y FISIOLÓGICOS.

Tabla 11: Resultados Prueba T para Muestras Independientes.

Prueba de muestras independientes							
	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Indicador Cognitivo de la Depresion	1,87	78,00	0,07	0,80	0,43	-0,05	1,65
Indicador Emocional de la Depresion	1,26	78,00	0,21	0,58	0,46	-0,33	1,48
Indicador Fisiológico de la Depresion	1,82	78,00	0,07	1,15	0,63	-0,10	2,40
	1,87	77,12	0,07	0,80	0,43	-0,05	1,65
	1,26	77,58	0,21	0,58	0,46	-0,33	1,48
	1,82	77,79	0,07	1,15	0,63	-0,10	2,40

Tabla 12: Resultados Prueba T para muestras independientes del Indicador Emocional de la Depresión según interacción Red Social * Sexo

	Red Social	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
IndicadorEmocDepre Post	Red social primaria	20	1,70	1,625	,363
	Ausencia Red Social Primaria	20	2,30	2,250	,503
Indicador Emocional de la Depresion	Red social primaria	20	2,45	1,986	,444
	Ausencia Red Social Primaria	20	2,70	2,273	,508

Prueba de muestras independientes							
IED	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
IED Pre-taller	-0,37	37,32	0,71	-0,25	0,67	-1,61	1,11

Prueba de muestras independientes							
IED	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
IED Pre-taller	1,44	35,34	0,15	0,95	0,65	-0,38	2,28
IED Post-taller	0,15	37,57	0,87	0,10	0,62	-1,17	1,37
IED Post-taller	-0,96	34,58	0,34	-0,60	0,62	-1,86	0,66

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Indicador Emocional de la Depresion	hombre	20	3,05	2,350	,526
	mujer	20	2,10	1,774	,397
IndicadorEmocDe prePost	hombre	20	2,05	2,089	,467
	mujer	20	1,95	1,877	,420

Tabla 13: Resultados Prueba T para muestras independientes del Indicador Fisiológico de la Depresión según interacción Escolaridad * Red Social

	Escolaridad	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Indicador Fisiológico de la Depresión	Preparatoria incompleta	20	5,76	2,914	,636
	Preparatoria completa	20	3,21	2,250	,516
Indicador FisiolDeprePost	Preparatoria incompleta	20	4,43	2,657	,580
	Preparatoria completa	20	2,26	2,423	,556

Prueba de muestras independientes							
IFD	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. De la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
IFD Pre-taller	3,11	37,13	0,004	2,55	8,19	0,89	4,21
IFD Post-taller	2,69	37,99	0,010	2,17	0,80	0,53	3,79

	Red Social	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Indicador Fisiológico de la Depresión	Red social primaria	20	5,55	3,268	,731
	Ausencia Red Social Primaria	20	3,55	2,089	,467
Indicador FisiolDepre Post	Red social primaria	20	4,55	2,892	,647
	Ausencia Red Social Primaria	20	2,25	2,074	,464

Prueba de muestras independientes							
IFD	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. De la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
IFD Pre-taller	2,30	32,30	0,028	2,00	0,86	0,23	3,76
IFD Post-taller	2,89	34,45	0,007	2,30	0,79	0,68	3,91

4.1.1.7. ANALISIS DE LOS DATOS.

No existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias de los grupos pre y post taller, en los indicadores del IDB. Sin embargo, existe un efecto de interacción entre las variables "SEXO*RED SOCIAL" sobre el IED, con una significancia del 0,28%; y entre las variables "ESCOLARIDAD*RED SOCIAL" sobre el IFD, con un nivel de significancia del 0,03%. Además, existe un efecto simple sobre la variable dependiente IFD por parte de la variable "ESCOLARIDAD" y "RED SOCIAL", con un nivel de significancia del 0% y 0,01% respectivamente; por parte de la variable "RED SOCIAL" y "TALLER" sobre el ICD, con una significancia del 0,01% y 0,32% respectivamente.

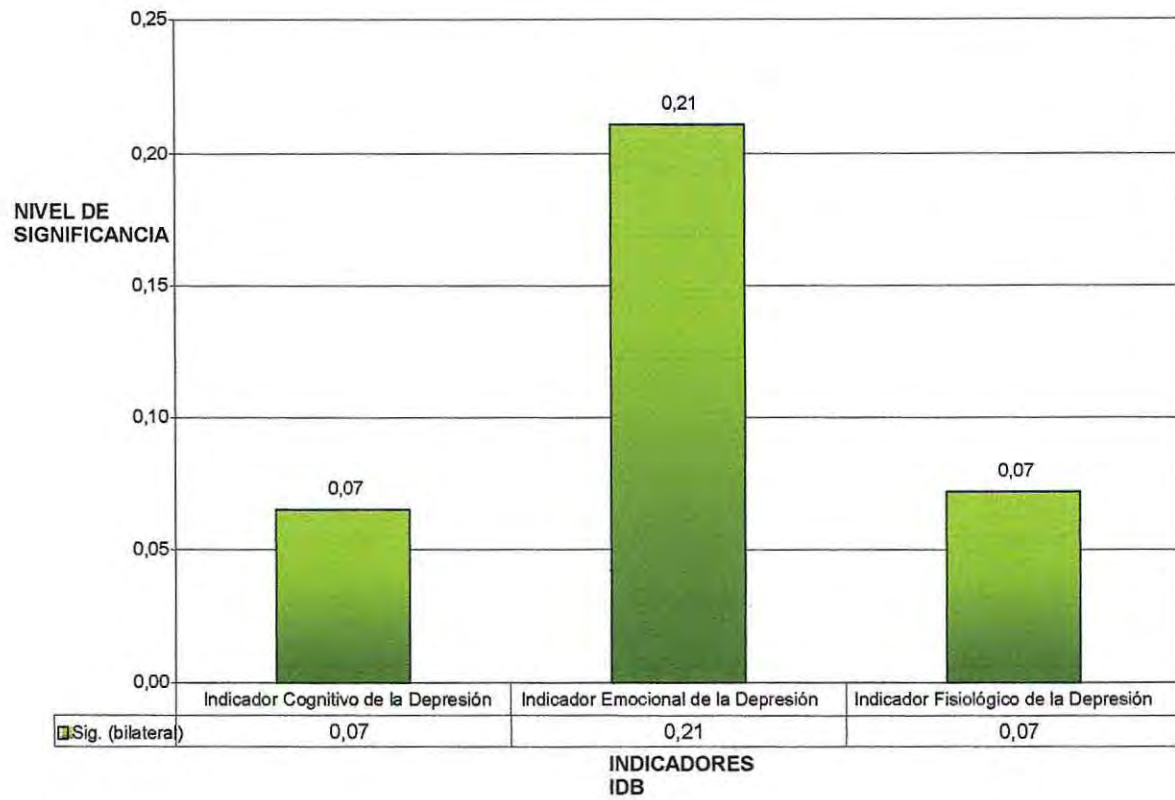
A partir de la comparación entre las medias intragrupos, no se encuentra una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de la interacción entre las variables "SEXO*RED SOCIAL" sobre el IED.

Sin embargo, existe una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de la interacción entre las variables "ESCOLARIDAD*RED SOCIAL" sobre el IFD, en la medición posterior a la intervención, con un nivel de significancia del 0,7%; existiendo un nivel de significancia del 1% y 7% en las variables "ESCOLARIDAD" y "RED SOCIAL" respectivamente.

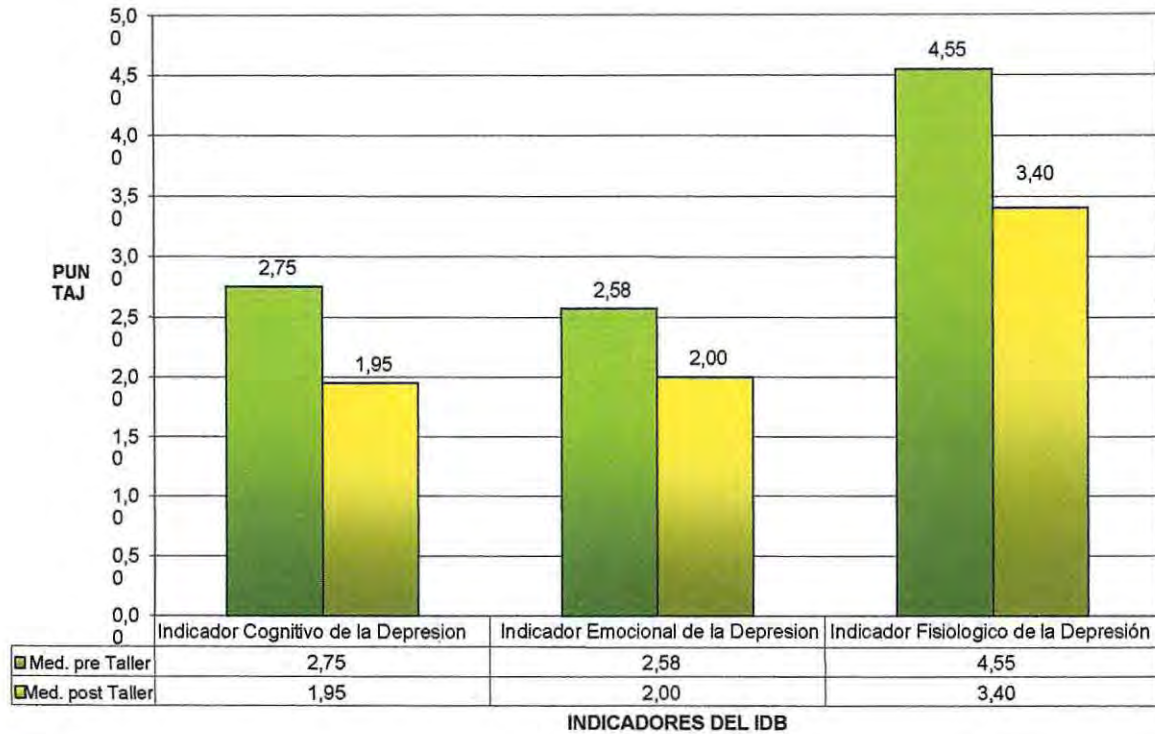
Además, existe una diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de la variable "RED SOCIAL" y "TALLER" sobre el ICD, con un nivel de significancia del 1,8% y 0,32% respectivamente. Los niveles de significancia anteriormente descritos corresponden a la medición posterior a la implementación del taller.

De acuerdo a lo anterior, se aceptan las hipótesis alternativas: *"Sujetos de la tercera edad con preparatoria completa y red social, obtienen mayor puntaje en el IFD, que sujetos con preparatoria incompleta y sin red social, en la medición posterior al taller"; "Sujetos de la tercera edad con red social, obtienen mayor puntaje en el ICD, que sujetos sin red social, en la medición posterior al taller".*

4.1.1.8. GRÁFICO 2: SIGNIFICANCIA DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LAS MEDIAS DE LOS INDICADORES IDB



4.1.1.9. GRÁFICO 3: COMPARACIÓN ENTRE MEDIAS DE LOS INDICADORES DEL IDB



4.1.2. Afrontamiento

- H9:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, obtienen mayor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la escala ACE; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H10:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, obtienen mayor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la escala ACTE; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H11:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, obtienen menor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la escala ACP; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H12:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, obtienen mayor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la escala "Distanciamiento"; en la medición posterior a la implementación del taller.

- H13:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, obtienen menor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la escala "Autocontrol"; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H14:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, obtienen menor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la escala "Búsqueda de Apoyo Social"; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H15:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, obtienen menor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la escala "Aceptación de Responsabilidad"; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H16:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, obtienen mayor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la escala "Escape"; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H17:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, obtienen menor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la escala "Resolución Planificada del Problema"; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H18:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, obtienen menor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la escala "Reevaluación Positiva"; en la medición posterior a la implementación del taller.

4.1.2.1 RESULTADOS ANOVA FACTORIAL.

Tabla 14: Resultados ANOVA Factorial para el Modos de Afrontamiento Centrado en la Emoción.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	6,088(a)	15	,406	1,015	,452
Intercept	525,312	1	525,312	1313,281	,000
SEXO	,112	1	,112	,281	,598
ESCOLARI	,013	1	,013	,031	,860
RED	2,112	1	2,112	5,281	,025^(**)
TALLER	,112	1	,112	,281	,598
SEXO * ESCOLARI	,113	1	,113	,281	,598
SEXO * RED	1,013	1	1,013	2,531	,117
ESCOLARI * RED	,113	1	,113	,281	,598
SEXO * ESCOLARI * RED	,312	1	,312	,781	,380
SEXO * TALLER	,612	1	,612	1,531	,220
ESCOLARI * TALLER	,012	1	,012	,031	,860
SEXO * ESCOLARI * TALLER	,012	1	,012	,031	,860
RED * TALLER	,613	1	,613	1,531	,220
SEXO * RED * TALLER	,613	1	,613	1,531	,220
ESCOLARI * RED * TALLER	,013	1	,013	,031	,860
SEXO * ESCOLARI * RED * TALLER	,313	1	,313	,781	,380
Error	25,600	64	,400		
Total	557,000	80			
Total corregida	31,688	79			

(**) Significancia $p \leq 0.001$

Tabla 15: Resultados ANOVA Factorial para el Modos de Afrontamiento Complejo con Tendencia a la Emoción.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significació n
Modelo corregido	1,988(a)	15	,133	,471	,947
Intercept	19,012	1	19,012	67,600	,000
SEXO	,312	1	,312	1,111	,296
ESCOLARI	,113	1	,113	,400	,529
RED	,612	1	,612	2,178	,145
TALLER	,013	1	,013	,044	,834
SEXO * ESCOLARI	,013	1	,013	,044	,834
SEXO * RED	,113	1	,113	,400	,529
ESCOLARI * RED	,113	1	,113	,400	,529
SEXO * ESCOLARI * RED	,613	1	,613	2,178	,145
SEXO * TALLER	,012	1	,012	,044	,834
ESCOLARI * TALLER	,012	1	,012	,044	,834
SEXO * ESCOLARI * TALLER	,012	1	,012	,044	,834
RED * TALLER	,012	1	,012	,044	,834
SEXO * RED * TALLER	,012	1	,012	,044	,834
ESCOLARI * RED * TALLER	,013	1	,013	,044	,834
SEXO * ESCOLARI * RED * TALLER	,012	1	,012	,044	,834
Error	18,000	64	,281		
Total	39,000	80			
Total corregida	19,988	79			

Tabla 16: Resultados ANOVA Factorial para el Modos de Afrontamiento Centrado en el Problema.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significaci3n
Modelo corregido	6,288(a)	15	,419	1,048	,421
Intercept	437,112	1	437,112	1092,781	,000
SEXO	,612	1	,612	1,531	,220
ESCOLARI	,013	1	,013	,031	,860
RED	1,012	1	1,012	2,531	,117
TALLER	1,513	1	1,513	3,781	,056
SEXO * ESCOLARI	,013	1	,013	,031	,860
SEXO * RED	1,512	1	1,512	3,781	,056
ESCOLARI * RED	,112	1	,112	,281	,598
SEXO * ESCOLARI * RED	,112	1	,112	,281	,598
SEXO * TALLER	,112	1	,112	,281	,598
ESCOLARI * TALLER	,313	1	,313	,781	,380
SEXO * ESCOLARI * TALLER	,013	1	,013	,031	,860
RED * TALLER	,312	1	,312	,781	,380
SEXO * RED * TALLER	,312	1	,312	,781	,380
ESCOLARI * RED * TALLER	,312	1	,312	,781	,380
SEXO * ESCOLARI * RED * TALLER	,012	1	,012	,031	,860
Error	25,600	64	,400		
Total	469,000	80			
Total corregida	31,888	79			

Tabla 17: Resultados ANOVA Factorial para el Modos de Afrontamiento Complejo con Tendencia al Problema.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	8,688(a)	15	,579	,996	,470
Intercept	515,112	1	515,112	886,215	,000
SEXO	1,513	1	1,513	2,602	,112
ESCOLARI	2,113	1	2,113	3,634	,061
RED	,313	1	,313	,538	,466
TALLER	,313	1	,313	,538	,466
SEXO * ESCOLARI	,012	1	,012	,022	,884
SEXO * RED	,112	1	,112	,194	,661
ESCOLARI * RED	1,512	1	1,512	2,602	,112
SEXO * ESCOLARI * RED	1,012	1	1,012	1,742	,192
SEXO * TALLER	,012	1	,012	,022	,884
ESCOLARI * TALLER	,312	1	,312	,538	,466
SEXO * ESCOLARI * TALLER	,313	1	,313	,538	,466
RED * TALLER	,012	1	,012	,022	,884
SEXO * RED * TALLER	,112	1	,112	,194	,661
ESCOLARI * RED * TALLER	,012	1	,012	,022	,884
SEXO * ESCOLARI * RED * TALLER	1,013	1	1,013	1,742	,192
Error	37,200	64	,581		
Total	561,000	80			
Total corregida	45,888	79			

4.1.2.2 RESULTADOS PRUEBA T PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES.

Tabla 18: Resultados Prueba T para muestras independientes.

Prueba de muestras independientes							
Modos Afronta- miento	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
ACE	- 0,50	77,44	0,62	-0,63	1,25	-3,11	1,86
ACTE	- 0,07	70,85	0,94	-0,17	2,42	-5,01	4,66
ACP	- 2,23	76,85	0,03	-2,38	1,06	-4,49	-0,26
ACTP	- 0,71	74,8	0,48	-1,03	1,45	-3,91	1,86

Tabla 19: Resultados Prueba T para muestras independientes del Modo de Afrontamiento Centrado en la Emoción según Red Social

	Red Social	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Centrado en la Emoción	Red social primaria	20	30,90	4,128	,923
	Ausencia Red Social Primaria	20	28,90	6,282	1,405
Centrado en la EmociónPost	Red social primaria	20	32,75	5,270	1,178
	Ausencia Red Social Primaria	20	28,30	5,592	1,250

Prueba de muestras independientes							
	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error ttp. De la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
ACE Pre	1,19	32,83	0,24	2,00	1,68	-1,42	5,42
ACE Post	2,59	37,86	0,014	4,45	1,71	0,97	7,92

4.1.2.3 ANALISIS DE LOS DATOS.

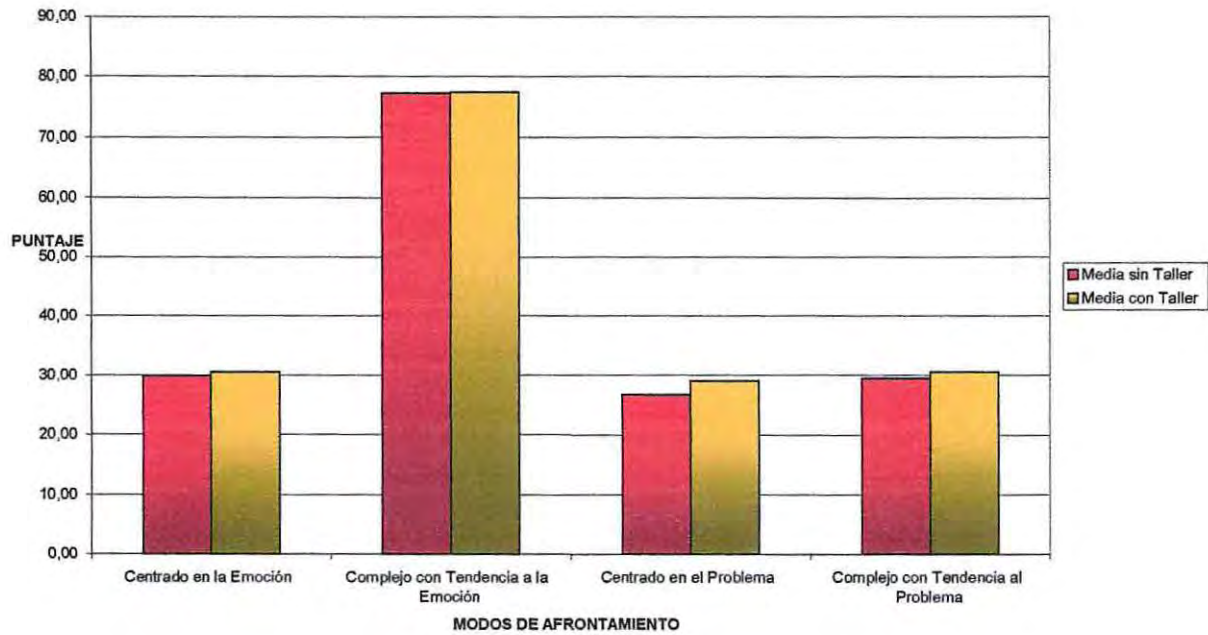
Respecto del Modo de Afrontamiento Centrado en la Emoción, no existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. Sin embargo, la variable "RED SOCIAL" tiene un efecto simple sobre esta variable dependiente, con un nivel de significancia del 2,5%. En relación a los Modos de Afrontamiento: Complejo con Tendencia a la Emoción, Centrado en el Problema y Complejo con Tendencia al Problema, no existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos pre y post taller; tampoco se encuentra interacción ni efectos simples por parte de las variables independientes sobre las tres variables dependientes anteriormente mencionadas.

A partir de la comparación entre las medias intragrupos, se encuentra una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de la variable "RED SOCIAL", con un nivel de significancia del 1,4% en la medición posterior a la intervención.

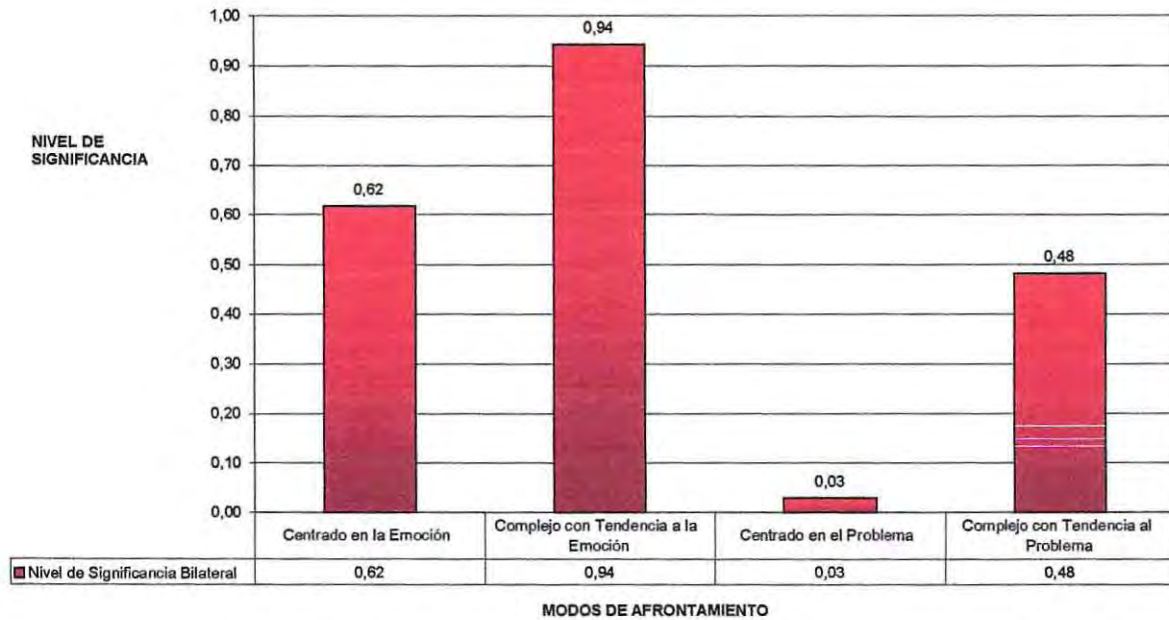
De acuerdo a lo anterior, se rechazan todas las hipótesis de investigación, aceptando la hipótesis alternativa: *"Sujetos de la tercera edad con red social obtienen mayor puntaje en la escala ACE, que sujetos con preparatoria incompleta, en la medición posterior al taller"*

A continuación, se presenta el análisis de las ocho estrategias de afrontamiento.

4.1.2.4 GRÁFICO 4: COMPARACIÓN ENTRE MEDIAS DE LOS MODOS DE AFRONTAMIENTO



4.1.2.5 GRÁFICO 5: SIGNIFICANCIA DE LAS DIFERENCIA ENTRE LAS MEDIAS DE LOS MODOS DE AFRONTAMIENTO



A continuación, se presenta el análisis de las ocho estrategias de afrontamiento.

4.1.2.6 RESULTADOS ANOVA FACTORIAL.

Tabla 20: Resultados ANOVA Factorial de la Estrategias de Afrontamiento “Confrontación”.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significaci6n
Modelo corregido	3,288(a)	15	,219	,923	,544
Intercept	10,512	1	10,512	44,263	,000
SEXO	,012	1	,012	,053	,819
ESCOLARI	,112	1	,112	,474	,494
RED	1,513	1	1,513	6,368	,014^(**)
TALLER	,113	1	,113	,474	,494
SEXO * ESCOLARI	,113	1	,113	,474	,494
SEXO * RED	,013	1	,013	,053	,819
ESCOLARI * RED	,012	1	,012	,053	,819
SEXO * ESCOLARI * RED	,012	1	,012	,053	,819
SEXO * TALLER	,012	1	,012	,053	,819
ESCOLARI * TALLER	,112	1	,112	,474	,494
SEXO * ESCOLARI * TALLER	,313	1	,313	1,316	,256
RED * TALLER	,313	1	,313	1,316	,256
SEXO * RED * TALLER	,612	1	,612	2,579	,113
ESCOLARI * RED * TALLER	,013	1	,013	,053	,819
SEXO * ESCOLARI * RED * TALLER	,012	1	,012	,053	,819
Error	15,200	64	,237		
Total	29,000	80			
Total corregida	18,487	79			

(**) Significancia $p \leq 0.001$

Tabla 21: Resultados ANOVA Factorial de la Estrategias de Afrontamiento “Distanciamiento”.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	3,200(a)	15	,213	,853	,617
Intercept	12,800	1	12,800	51,200	,000
SEXO	1,250	1	1,250	5,000	,029^(**)
ESCOLARI	,450	1	,450	1,800	,184
RED	,050	1	,050	,200	,656
TALLER	,200	1	,200	,800	,374
SEXO * ESCOLARI	,200	1	,200	,800	,374
SEXO * RED	,000	1	,000	,000	1,000
ESCOLARI * RED	,200	1	,200	,800	,374
SEXO * ESCOLARI * RED	,050	1	,050	,200	,656
SEXO * TALLER	,050	1	,050	,200	,656
ESCOLARI * TALLER	,050	1	,050	,200	,656
SEXO * ESCOLARI * TALLER	,200	1	,200	,800	,374
RED * TALLER	,450	1	,450	1,800	,184
SEXO * RED * TALLER	,000	1	,000	,000	1,000
ESCOLARI * RED * TALLER	,000	1	,000	,000	1,000
SEXO * ESCOLARI * RED * TALLER	,050	1	,050	,200	,656
Error	16,000	64	,250		
Total	32,000	80			
Total corregida	19,200	79			

^(**) Significancia $p \leq 0.001$

Tabla 22: Resultados ANOVA Factorial de la Estrategias de Afrontamiento “Autocontrol”.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	4,600(a)	15	,307	1,291	,234
Intercept	16,200	1	16,200	68,211	,000
SEXO	,450	1	,450	1,895	,173
ESCOLARI	,800	1	,800	3,368	,071
RED	,000	1	,000	,000	1,000
TALLER	,050	1	,050	,211	,648
SEXO * ESCOLARI	,050	1	,050	,211	,648
SEXO * RED	2,450	1	2,450	10,316	,002
ESCOLARI * RED	,000	1	,000	,000	1,000
SEXO * ESCOLARI * RED	,050	1	,050	,211	,648
SEXO * TALLER	,000	1	,000	,000	1,000
ESCOLARI * TALLER	,050	1	,050	,211	,648
SEXO * ESCOLARI * TALLER	,000	1	,000	,000	1,000
RED * TALLER	,450	1	,450	1,895	,173
SEXO * RED * TALLER	,200	1	,200	,842	,362
ESCOLARI * RED * TALLER	,050	1	,050	,211	,648
SEXO * ESCOLARI * RED * TALLER	,000	1	,000	,000	1,000
Error	15,200	64	,237		
Total	36,000	80			
Total corregida	19,800	79			

Tabla 23: Resultados ANOVA Factorial de la Estrategias de Afrontamiento “Búsqueda de Apoyo Social”.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	619,000(a)	15	41,267	1,970	,032
Intercept	16936,200	1	16936,200	808,411	,000
SEXO	4,050	1	4,050	,193	,662
ESCOLARI	,200	1	,200	,010	,922
RED	460,800	1	460,800	21,995	,000^(*)
TALLER	28,800	1	28,800	1,375	,245
SEXO * ESCOLARI	11,250	1	11,250	,537	,466
SEXO * RED	22,050	1	22,050	1,053	,309
ESCOLARI * RED	9,800	1	9,800	,468	,496
SEXO * ESCOLARI * RED	31,250	1	31,250	1,492	,226
SEXO * TALLER	6,050	1	6,050	,289	,593
ESCOLARI * TALLER	28,800	1	28,800	1,375	,245
SEXO * ESCOLARI * TALLER	1,250	1	1,250	,060	,808
RED * TALLER	1,800	1	1,800	,086	,770
SEXO * RED * TALLER	6,050	1	6,050	,289	,593
ESCOLARI * RED * TALLER	,800	1	,800	,038	,846
SEXO * ESCOLARI * RED * TALLER	6,050	1	6,050	,289	,593
Error	1340,800	64	20,950		
Total	18896,000	80			
Total corregida	1959,800	79			

^(*) Significancia $p \leq 0.005$

Tabla 24: Resultados ANOVA Factorial de la Estrategias de Afrontamiento “Aceptación de Responsabilidad”.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significació n
Modelo corregido	4,750(a)	15	,317	1,369	,190
Intercept	14,450	1	14,450	62,486	,000
SEXO	,450	1	,450	1,946	,168
ESCOLARI	1,800	1	1,800	7,784	,007^(**)
RED	,050	1	,050	,216	,644
TALLER	,000	1	,000	,000	1,000
SEXO * ESCOLARI	,000	1	,000	,000	1,000
SEXO * RED	1,250	1	1,250	5,405	,023^(**)
ESCOLARI * RED	,800	1	,800	3,459	,067
SEXO * ESCOLARI * RED	,200	1	,200	,865	,356
SEXO * TALLER	,000	1	,000	,000	1,000
ESCOLARI * TALLER	,050	1	,050	,216	,644
SEXO * ESCOLARI * TALLER	,050	1	,050	,216	,644
RED * TALLER	,000	1	,000	,000	1,000
SEXO * RED * TALLER	,000	1	,000	,000	1,000
ESCOLARI * RED * TALLER	,050	1	,050	,216	,644
SEXO * ESCOLARI * RED * TALLER	,050	1	,050	,216	,644
Error	14,800	64	,231		
Total	34,000	80			
Total corregida	19,550	79			

(**) Significancia $p \leq 0,001$

Tabla 25: Resultados ANOVA Factorial de la Estrategias de Afrontamiento "Escape".

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	2,750(a)	15	,183	,698	,777
Intercept	14,450	1	14,450	55,048	,000
SEXO	,800	1	,800	3,048	,086
ESCOLARI	,050	1	,050	,190	,664
RED	1,250	1	1,250	4,762	,033
TALLER	,050	1	,050	,190	,664
SEXO * ESCOLARI	,200	1	,200	,762	,386
SEXO * RED	,000	1	,000	,000	1,000
ESCOLARI * RED	,050	1	,050	,190	,664
SEXO * ESCOLARI * RED	,200	1	,200	,762	,386
SEXO * TALLER	,000	1	,000	,000	1,000
ESCOLARI * TALLER	,050	1	,050	,190	,664
SEXO * ESCOLARI * TALLER	,000	1	,000	,000	1,000
RED * TALLER	,050	1	,050	,190	,664
SEXO * RED * TALLER	,000	1	,000	,000	1,000
ESCOLARI * RED * TALLER	,050	1	,050	,190	,664
SEXO * ESCOLARI * RED * TALLER	,000	1	,000	,000	1,000
Error	16,800	64	,262		
Total	34,000	80			
Total corregida	19,550	79			

Tabla 26: Resultados ANOVA Factorial de la Estrategias de Afrontamiento “Resolución Planificada del Problema”.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	3,088(a)	15	,206	,890	,578
Intercept	9,112	1	9,112	39,405	,000
SEXO	,612	1	,612	2,649	,109
ESCOLARI	,113	1	,113	,486	,488
RED	,313	1	,313	1,351	,249
TALLER	,313	1	,313	1,351	,249
SEXO * ESCOLARI	,012	1	,012	,054	,817
SEXO * RED	,012	1	,012	,054	,817
ESCOLARI * RED	,112	1	,112	,486	,488
SEXO * ESCOLARI * RED	1,012	1	1,012	4,378	,040^(**)
SEXO * TALLER	,013	1	,013	,054	,817
ESCOLARI * TALLER	,312	1	,312	1,351	,249
SEXO * ESCOLARI * TALLER	,013	1	,013	,054	,817
RED * TALLER	,012	1	,012	,054	,817
SEXO * RED * TALLER	,112	1	,112	,486	,488
ESCOLARI * RED * TALLER	,013	1	,013	,054	,817
SEXO * ESCOLARI * RED * TALLER	,113	1	,113	,486	,488
Error	14,800	64	,231		
Total	27,000	80			
Total corregida	17,887	79			

(**) Significancia $p \leq 0.001$

Tabla 27: Resultados ANOVA Factorial de la Estrategias de Afrontamiento “Reevaluación Positiva”.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significació n
Modelo corregido	3,800(a)	15	,253	1,013	,454
Intercept	16,200	1	16,200	64,800	,000
SEXO	,050	1	,050	,200	,656
ESCOLARI	,200	1	,200	,800	,374
RED	,000	1	,000	,000	1,000
TALLER	,050	1	,050	,200	,656
SEXO * ESCOLARI	,050	1	,050	,200	,656
SEXO * RED	,450	1	,450	1,800	,184
ESCOLARI * RED	1,800	1	1,800	7,200	,009^(**)
SEXO * ESCOLARI * RED	,450	1	,450	1,800	,184
SEXO * TALLER	,000	1	,000	,000	1,000
ESCOLARI * TALLER	,450	1	,450	1,800	,184
SEXO * ESCOLARI * TALLER	,000	1	,000	,000	1,000
RED * TALLER	,050	1	,050	,200	,656
SEXO * RED * TALLER	,200	1	,200	,800	,374
ESCOLARI * RED * TALLER	,050	1	,050	,200	,656
SEXO * ESCOLARI * RED * TALLER	,000	1	,000	,000	1,000
Error	16,000	64	,250		
Total	36,000	80			
Total corregida	19,800	79			

^(**) Significancia $p \leq 0.001$

4.1.2.7 RESULTADOS PRUEBA T PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES.

Tabla 28: Resultados Prueba T para muestras independientes de las Estrategias de Afrontamiento.

Prueba de muestras independientes							
Estrategias afrentamiento	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Confrontación	- 0,23	76,16	0,82	-0,18	0,75	-1,67	1,32
Distanciamiento	1,27	76,14	0,21	0,88	0,69	-0,50	2,25
Autocontrol	0,19	74,98	0,85	0,15	0,81	-1,46	1,76
Búsqueda Apoyo Social	- 1,08	76,53	0,28	-1,20	1,11	-3,42	1,02
Aceptación responsabilidad	- 0,36	77,44	0,72	-0,23	0,62	-1,46	1,01
Escape	- 0,55	73,65	0,58	-0,52	0,95	-2,42	1,37
Resol. Planif. Problema	- 0,97	75,55	0,33	-0,80	0,82	-2,44	0,84
Reevaluación Positiva	- 0,81	76,21	0,42	-0,80	0,99	-2,76	1,16

Tabla 29: Resultados Prueba T para muestras independientes de la Estrategia Búsqueda de Apoyo Social según Red Social

	Red Social	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Búsqueda de Apoyo Social	Red social	20	16,50	3,220	,720
	Ausencia Red Social	20	11,40	4,441	,993
Búsqueda de Apoyo SocialPost	Red social	20	17,40	5,215	1,166
	Ausencia Red Social	20	12,90	4,471	1,000

Prueba de muestras independientes							
Búsqueda de Apoyo Social	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Pre	4,15	34,65	0,000	5,10	1,22	2,60	7,59
Búsqueda Apoyo Social Post	2,93	37,13	0,006	4,50	1,53	1,38	7,61

Tabla 30: Resultados Prueba T para muestras independientes de la Estrategia Confrontación según Red Social

	Red Social	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Confrontación	Red social	20	14,95	2,762	,618
	Ausencia Red Social	20	13,70	4,281	,957
ConfrontaciónPost	Red social	20	15,20	3,518	,787
	Ausencia Red Social	20	13,80	2,484	,555

Prueba de muestras independientes							
Confrontación	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Pre	1,09	32,48	0,28	1,25	1,139	-1,06	3,56
Confrontación Post	1,45	34,16	0,15	1,40	0,96	-0,55	3,35

Tabla 31: Resultados Prueba T para muestras independientes de Estrategia Distanciamiento según Sexo

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Distanciamiento	hombre	20	17,15	3,200	,716
	mujer	20	14,85	3,083	,689
Distanciamiento Post	hombre	20	15,40	3,050	,682
	mujer	20	14,85	2,641	,591

Prueba de muestras independientes							
	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Distanciamiento Pre	2,31	37,54	0,026	2,30	0,99	0,28	4,31
Distanciamiento Post	0,61	37,23	0,54	0,55	0,90	-1,27	2,37

Tabla 32: Resultados Prueba T para muestras independientes de la Estrategia Aceptación de la Responsabilidad según Escolaridad

	Escolaridad	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Aceptación Responsabilidad	Preparatoria incompleta	20	9,62	3,170	,692
	Preparatoria completa	20	10,37	2,543	,583
Aceptación Responsabilidad Post	Preparatoria incompleta	20	9,48	2,600	,567
	Preparatoria completa	20	11,00	2,517	,577

Tabla 33: Resultados Prueba T para muestras independientes de la Estrategia Reevaluación Positiva según Escolaridad

Prueba de muestras independientes							
	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Acept Resp. Pre	-0,82	37,49	0,41	-0,75	0,90	-2,58	1,08
Acept. Resp. Post	-1,88	37,81	0,06	-1,52	0,81	-3,16	0,11

Prueba de muestras independientes							
	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Reev. Positiva Pre	-1,19	36,50	0,24	-1,79	1,49	-4,82	1,25
Reev. Positiva Post	-0,12	36,95	0,90	-0,16	1,30	-2,80	2,48

Tabla 34: Resultados Prueba T para muestras independientes de la Estrategia Reevaluación Positiva según Red social

	Red Social	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Reevaluación Positiva	Red social primaria	20	19,95	3,993	,893
	Ausencia Red Social Primaria	20	18,70	5,411	1,210
Reevaluación PositivaPost	Red social primaria	20	20,90	3,640	,814
	Ausencia Red Social Primaria	20	19,35	4,392	,982

Prueba de muestras independientes							
	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Reev. Positiva Pre	0,83	34,96	0,41	1,25	1,50	-1,80	4,30
Reev. Positiva Post	1,21	36,73	0,23	1,55	1,27	-1,03	4,13

Tabla 35: Resultados Prueba T para muestras independientes de la Estrategia Aceptación de la Responsabilidad según Sexo

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Aceptación Responsabilidad	hombre	20	10,90	2,789	,624
	mujer	20	9,05	2,724	,609
Aceptación Responsabilidad Post	hombre	20	10,95	2,564	,573
	mujer	20	9,45	2,564	,573

Prueba de muestras independientes							
	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Aceptación Responsabilidad	2,12	37,97	0,04	1,85	0,87	0,08	3,61
Aceptación Responsabilidad Post	1,85	38,00	0,07	1,50	0,81	-0,14	3,14

Tabla 36: Resultados Prueba T para muestras independientes de la Estrategia Aceptación de la Responsabilidad según Red Social

	Red Social	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Aceptación Responsabilidad	Red social primaria	20	10,15	2,277	,509
	Ausencia Red Social Primaria	20	9,80	3,427	,766
Aceptación Responsabilidad Post	Red social primaria	20	10,65	2,621	,586
	Ausencia Red Social Primaria	20	9,75	2,653	,593

Prueba de muestras independientes							
	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Aceptación Responsabilidad	0,38	33,04	0,70	0,35	0,92	-1,52	2,22
Aceptación Responsabilidad Post	1,07	37,99	0,28	0,90	0,83	-0,78	2,58

Tabla 37: Resultados Prueba T para muestras independientes de la Estrategia Resolución Planificada de Problemas según Sexo

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Resol Planificada de Problemas	hombre	20	17,45	4,430	,991
	mujer	20	15,95	3,471	,776
Resol Planificada de ProblemasPost	hombre	20	17,80	3,592	,803
	mujer	20	17,20	3,122	,698

Prueba de muestras independientes							
	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Resol Planificada Probl.	1,19	35,94	0,24	1,50	1,25	-1,05	4,05
Resol Planificada Probl. Pst	0,56	36,27	0,57	0,60	1,06	-1,55	2,75

Tabla 38: Resultados Prueba T para muestras independientes de la Estrategia Resolución Planificada de Problemas según Escolaridad

	Escolaridad	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Resol Planificada de Problemas	Preparatoria incompleta	20	15,71	4,002	,873
	Preparatoria completa	20	17,79	3,809	,874
Resol Planificada de ProblemasPost	Preparatoria incompleta	20	17,48	3,124	,682
	Preparatoria completa	20	17,53	3,642	,836

Prueba de muestras independientes							
	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Resol Planificada Probl.	-1,68	37,89	0,10	-2,08	1,23	-4,57	0,42
Resol Planificada Probl. Pst	-0,04	35,70	0,96	-0,05	1,07	-2,23	2,13

Tabla 39: Resultados Prueba T para muestras independientes de la Estrategia Resolución Planificada de Problemas según Red Social

Prueba de muestras independientes							
	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Resol Planificada Probl.	-0,54	32,22	0,58	-0,70	1,27	-0,30	1,90
Resol Planificada Probl. Pst	-0,18	37,46	0,85	-0,20	1,06	-2,36	1,96

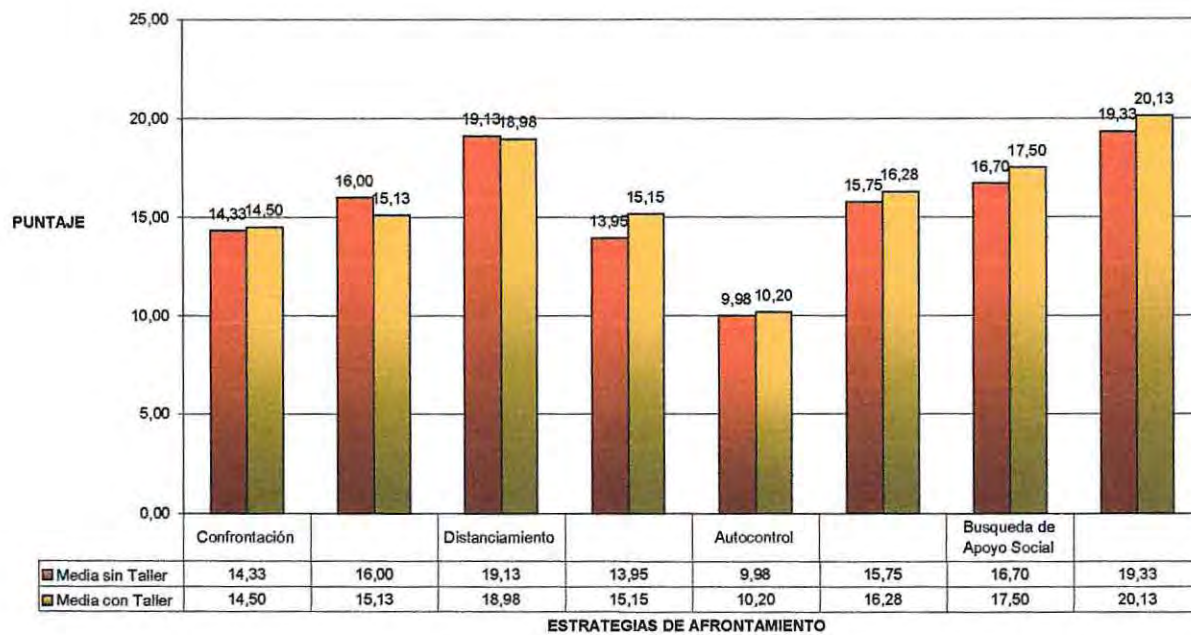
4.1.2.8 ANALISIS DE LOS DATOS.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos pre y post taller. Sin embargo, la variable "RED" tiene un efecto simple sobre las variables "Búsqueda de apoyo social" y "Confrontamiento", con un nivel de significancia de 0% y 1,4% respectivamente; la variable "SEXO" tiene un efecto sobre la variable "Distanciamiento", con un nivel de significancia del 2,9%; la variable "ESCOLARIDAD" tiene un efecto simple sobre la variable "Aceptacion de la responsabilidad", con un nivel de significancia del 0,7%. Respecto de la interacción de las variables independientes "ESCOLARIDAD*RED", ésta tiene un efecto sobre la variable "Reevaluación positiva", con un nivel de significancia del 0,9%; la interacción entre las variables "SEXO*RED" tiene un efecto sobre la variable "Aceptación de la responsabilidad", con un nivel de significancia del 2,3%; la interacción entre las variables "SEXO*ESCOLARIDAD*RED", tiene un efecto sobre la variable "Resolución planificada del problema", con un nivel de significancia del 4%. Por otra parte, no se encuentra efecto de interacción ni efectos simples sobre las variables dependientes "Autocontrol" y "Escape".

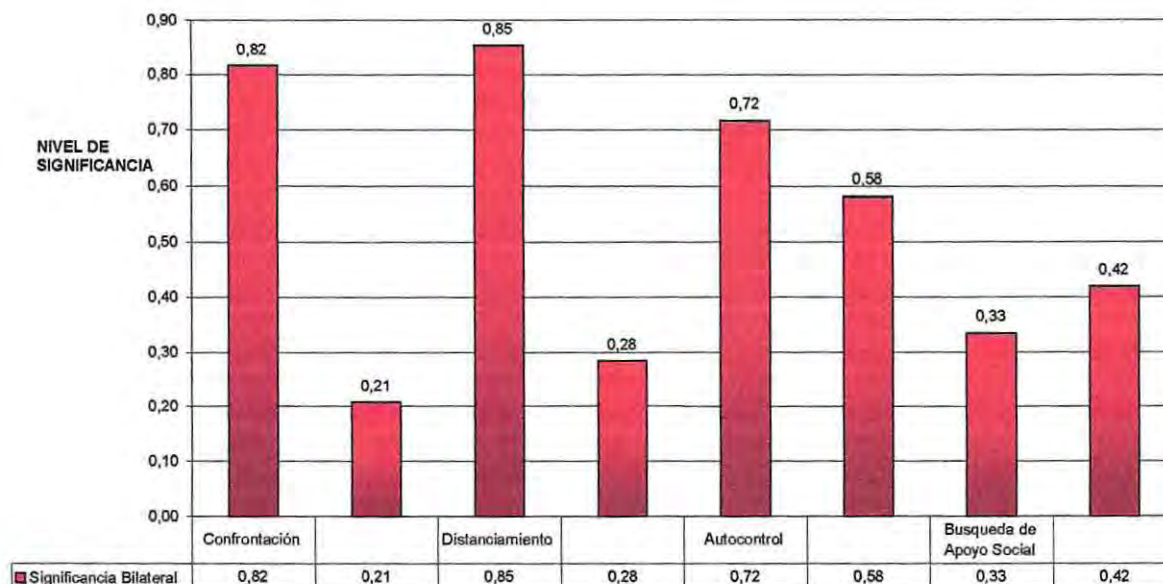
A partir de la comparación entre las medias intragrupos, se encuentra una diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de la variable "RED SOCIAL" sobre la variable "Búsqueda de Apoyo Social", con un nivel de significancia del 0,6%; no encontrándose diferencia sobre la variable "Confrontamiento". No se encuentran además diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de las variables "SEXO", "ESCOLARIDAD", la interacción entre las variables "SEXO*RED" y "SEXO*ESCOLARIDAD*RED", sobre la variable "Distanciamiento".

De acuerdo a lo anterior, se rechazan todas las hipótesis de investigación, aceptando la hipótesis alternativa: *“Sujetos de la tercera edad con red social, obtienen mayor puntaje en la estrategia “Búsqueda de Apoyo Social”, en la medición posterior a la intervención”*

4.1.2.9 GRÁFICO 6: COMPARACIÓN ENTRE MEDIAS DE LAS 8 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO



4.1.2.10 GRÁFICO 7: SIGNIFICANCIA DE LA DIFERENCIA ENTRE LAS MEDIAS DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO



4.1.3. Atribución Causal

- H19:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, presentan con mayor frecuencia un perfil “internalidad – estabilidad – globalidad” para eventos negativos que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H20:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y red social, presentan con igual o mayor frecuencia un perfil “internalidad – estabilidad – globalidad” para eventos negativos que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H21:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y sin red social, presentan con igual o mayor frecuencia un perfil “internalidad – estabilidad – globalidad” para eventos negativos; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H22:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, presentan con igual frecuencia un perfil “internalidad – estabilidad – globalidad”; tanto en la medición previa, como en la medición posterior a la implementación del taller.

4.1.3.1 RESULTADOS ANOVA FACTORIAL.

Tabla 40: Resultados ANOVA Factorial para el Estilo Atribucional Internalidad/Externalidad.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	1,150(a)	15	,077	,279	,996
Intercept	11,250	1	11,250	40,909	,000
SEXO	,000	1	,000	,000	1,000
ESCOLARI	,000	1	,000	,000	1,000
RED	,050	1	,050	,182	,671
TALLER	,050	1	,050	,182	,671
SEXO * ESCOLARI	,450	1	,450	1,636	,205
SEXO * RED	,000	1	,000	,000	1,000
ESCOLARI * RED	,000	1	,000	,000	1,000
SEXO * ESCOLARI * RED	,050	1	,050	,182	,671
SEXO * TALLER	,000	1	,000	,000	1,000
ESCOLARI * TALLER	,000	1	,000	,000	1,000
SEXO * ESCOLARI * TALLER	,050	1	,050	,182	,671
RED * TALLER	,450	1	,450	1,636	,205
SEXO * RED * TALLER	,000	1	,000	,000	1,000
ESCOLARI * RED * TALLER	,000	1	,000	,000	1,000
SEXO * ESCOLARI * RED * TALLER	,050	1	,050	,182	,671
Error	17,600	64	,275		
Total	30,000	80			
Total corregida	18,750	79			

Tabla 41: Resultados ANOVA Factorial para el Estilo Atribucional Estabilidad/Variabilidad.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significaci6n
Modelo corregido	2,750(a)	15	,183	,698	,777
Intercept	14,450	1	14,450	55,048	,000
SEXO	,450	1	,450	1,714	,195
ESCOLARI	1,250	1	1,250	4,762	,033^(**)
RED	,450	1	,450	1,714	,195
TALLER	,050	1	,050	,190	,664
SEXO * ESCOLARI	,050	1	,050	,190	,664
SEXO * RED	,050	1	,050	,190	,664
ESCOLARI * RED	,050	1	,050	,190	,664
SEXO * ESCOLARI * RED	,050	1	,050	,190	,664
SEXO * TALLER	,050	1	,050	,190	,664
ESCOLARI * TALLER	,050	1	,050	,190	,664
SEXO * ESCOLARI * TALLER	,050	1	,050	,190	,664
RED * TALLER	,050	1	,050	,190	,664
SEXO * RED * TALLER	,050	1	,050	,190	,664
ESCOLARI * RED * TALLER	,050	1	,050	,190	,664
SEXO * ESCOLARI * RED * TALLER	,050	1	,050	,190	,664
Error	16,800	64	,263		
Total	34,000	80			
Total corregida	19,550	79			

(**) Significancia $p \leq 0.001$

Tabla 42: Resultados ANOVA Factorial para el Estilo Atribucional Globalidad/Especificidad.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significació n
Modelo corregido	3,988(a)	15	,266	1,063	,407
Intercept	19,012	1	19,012	76,050	,000
SEXO	,313	1	,313	1,250	,268
ESCOLARI	,012	1	,012	,050	,824
RED	1,013	1	1,013	4,050	,048^(**)
TALLER	,012	1	,012	,050	,824
SEXO * ESCOLARI	1,013	1	1,013	4,050	,048
SEXO * RED	,613	1	,613	2,450	,122
ESCOLARI * RED	,012	1	,012	,050	,824
SEXO * ESCOLARI * RED	,312	1	,312	1,250	,268
SEXO * TALLER	,012	1	,012	,050	,824
ESCOLARI * TALLER	,312	1	,312	1,250	,268
SEXO * ESCOLARI * TALLER	,012	1	,012	,050	,824
RED * TALLER	,012	1	,012	,050	,824
SEXO * RED * TALLER	,113	1	,113	,450	,505
ESCOLARI * RED * TALLER	,113	1	,113	,450	,505
SEXO * ESCOLARI * RED * TALLER	,113	1	,113	,450	,505
Error	16,000	64	,250		
Total	39,000	80			
Total corregida	19,987	79			

^(**) Significancia $p \leq 0.001$

4.1.3.2 RESULTADOS PRUEBA T PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES.

Tabla 43: Resultados Prueba T para los Estilos Atribucionales.

Prueba de muestras independientes							
Atribución Causal	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Int./Ext.	0,27	74,25	0,79	-0,50	1,87	-4,23	3,23
Est./Var.	0,78	77,84	0,44	-1,98	2,53	-7,01	3,06
Glob./Esp.	0,15	75,30	0,88	-0,32	2,21	-4,73	4,08

Tabla 44: Resultados Prueba T para muestras independientes del Estilo Atribucional Estabilidad/Variabilidad según Escolaridad

	Escolaridad	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Total AtribCausalEstVar	Preparatoria incompleta	20	22,86	9,243	2,017
	Preparatoria completa	20	28,95	12,209	2,801
Total EstabVarPost	Preparatoria incompleta	20	24,33	10,002	2,183
	Preparatoria completa	20	31,47	12,267	2,814

	Escolaridad	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Total AtribCausalEstVar	Preparatoria incompleta	20	22,86	9,243	2,017
	Preparatoria completa	20	28,95	12,209	2,801
Total EstabVarPost	Preparatoria incompleta	20	24,33	10,002	2,183
	Preparatoria completa	20	31,47	12,267	2,814

Tabla 45: Resultados Prueba T para muestras independientes del Estilo Atribucional Globalidad/Especificidad según Red Social

	Red Social	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Total AtribCausal GlobEsp	Red social	20	34,55	12,829	2,869
	Ausencia Red Social	20	31,35	8,318	1,860
Total GlobEspPost	Red social	20	35,95	8,224	1,839
	Ausencia Red Social	20	30,60	8,958	2,003

Prueba de muestras independientes							
	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Atrib Causal Glob/Esp.	0,93	32,57	0,35	3,20	3,41	-3,75	10,15
Atrib Causal Glob./Espec. Post	1,96	37,72	0,05	5,35	2,71	-1,15	10,85

Tabla 46: Resultados Prueba T para muestras independientes del Estilo Atribucional Globalidad /especificidad según Sexo

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TotalAtribCausalGlobEsp	hombre	20	34,65	11,240	2,513
	mujer	20	31,25	10,331	2,310
TotalGlobEspPost	hombre	20	35,65	8,356	1,868
	mujer	20	30,90	9,014	2,016

Prueba de muestras independientes							
	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Atrib Causal Glob/Esp.	0,99	37,73	0,32	3,40	3,41	-3,51	10,31
Atrib Causal Glob./Espec. Post	1,72	37,78	0,09	4,75	2,74	-0,81	10,31

Tabla 47: Resultados Prueba T para muestras independientes del Estilo Atribucional Globalidad/Especificidad según Escolaridad

	Escolaridad	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
TotalAtribCausal GlobEsp	Preparatoria incompleta	20	32,76	10,549	2,302
	Preparatoria completa	20	33,16	11,344	2,603
Total GlobEspPost	Preparatoria incompleta	20	30,57	8,755	1,911
	Preparatoria completa	20	36,26	8,299	1,904

Prueba de muestras independientes							
	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Atrib Causal Glob/Esp.	-0,11	36,87	0,91	-0,40	3,47	-7,43	6,64
Atrib Causal Glob./Espec. Post	-2,11	37,90	0,04	-5,69	2,69	-11,15	-0,23

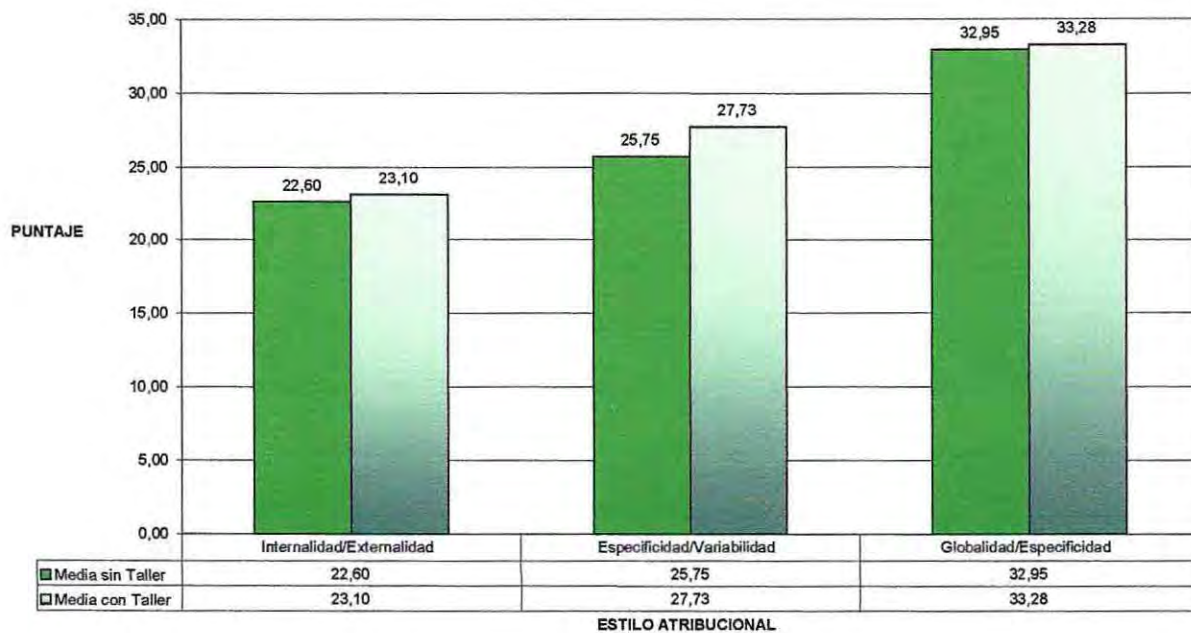
4.1.3.3 ANALISIS DE LOS DATOS.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los estilos atribucionales. Tampoco la interacción entre las variables independientes, ni cada una por si sola, tienen un efecto sobre la variable dependiente "Internalidad/Externalidad". Sin embargo, la variable independiente "ESCOLARIDAD" tiene un efecto simple sobre la variable dependiente "Estabilidad/Variabilidad", con un nivel de significancia del 3,3%; la variable independiente "RED SOCIAL" y la interacción entre las variables "SEXO*ESCOLARIDAD", tienen un efecto sobre la variable dependiente "Globalidad/Especificidad", con un nivel de significancia del 4,8% en ambas.

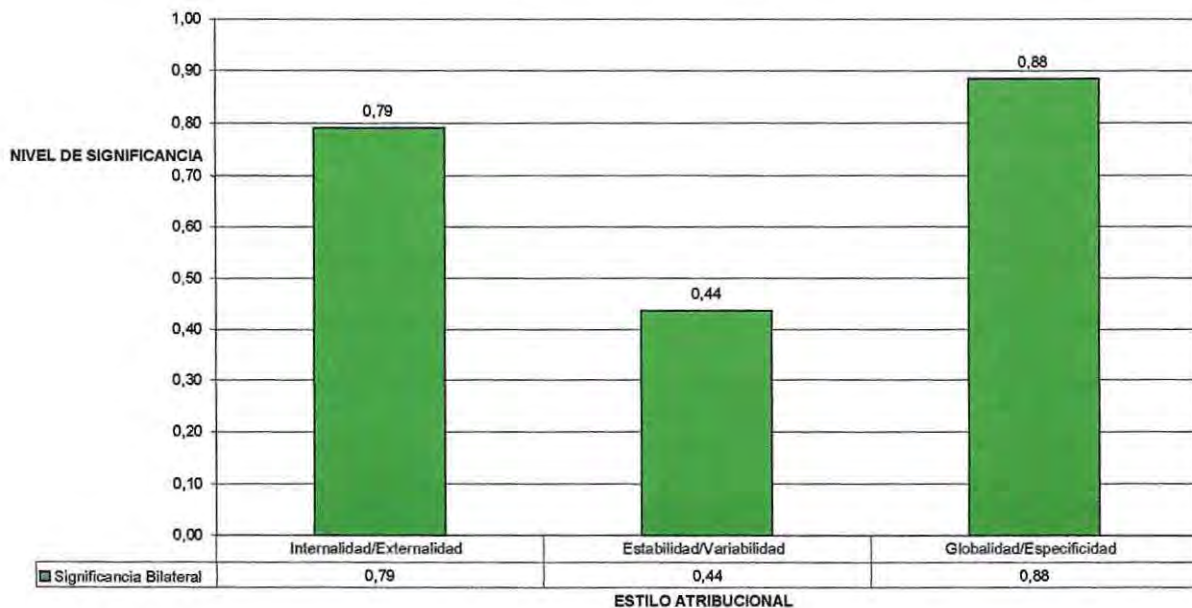
A partir de la comparación entre las medias intragrupos, no se encuentra una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de la interacción entre las variables "ESCOLARIDAD" y "RED SOCIAL", sobre las variables "Estabilidad/Variabilidad" y "Globalidad/Especificidad" respectivamente. Sin embargo, se encuentra una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de la interacción entre las variables "SEXO*ESCOLARIDAD" sobre la variable "Globalidad/Especificidad", con un nivel de significancia del 4,1%.

De acuerdo a lo anterior, se rechazan las hipótesis de investigación, aceptando la hipótesis alternativa: *“Sujetos de la tercera edad con escolaridad completa, obtienen mayor puntaje en la dimensión “Globalidad” para eventos positivos, en la medición posterior a la implementación del taller”*

4.1.3.4 GRÁFICO 8: COMPARACIÓN ENTRE LAS MEDIAS DE LOS ESTILOS ATRIBUCIONALES



4.1.3.5 GRÁFICO 9: SIGNIFICANCIA DE LA DIFERENCIA ENTRE LAS MEDIAS DE LOS ESTILOS ATRIBUCIONALES



4.1.4. Calidad de vida

- H23:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, obtienen menor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en el ítem “el tipo de vida que llevo hasta ahora se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar”; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H24:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, presentarán menor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en el ítem “las condiciones de mi vida son excelentes”; en la medición posterior a la implementación del taller.
- H25:** Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, presentarán menor puntaje que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en el ítem “Estoy satisfecho con mi vida”; en la medición previa a la implementación del taller.

4.1.4.1 RESULTADOS ANOVA FACTORIAL.

Tabla 48: Resultados ANOVA Factorial para Evaluación Global de la Calidad de Vida.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	6,350(a)	15	,423	2,053	,025
Intercept	14,450	1	14,450	70,061	,000
SEXO	,800	1	,800	3,879	,053
ESCOLARI	,800	1	,800	3,879	,053
RED	,800	1	,800	3,879	,053
TALLER	,050	1	,050	,242	,624
SEXO * ESCOLARI	,050	1	,050	,242	,624
SEXO * RED	,050	1	,050	,242	,624
ESCOLARI * RED	2,450	1	2,450	11,879	,001^(*)
SEXO * ESCOLARI * RED	,000	1	,000	,000	1,000
SEXO * TALLER	,200	1	,200	,970	,328
ESCOLARI * TALLER	,200	1	,200	,970	,328
SEXO * ESCOLARI * TALLER	,050	1	,050	,242	,624
RED * TALLER	,200	1	,200	,970	,328
SEXO * RED * TALLER	,450	1	,450	2,182	,145
ESCOLARI * RED * TALLER	,050	1	,050	,242	,624
SEXO * ESCOLARI * RED * TALLER	,200	1	,200	,970	,328
Error	13,200	64	,206		
Total	34,000	80			
Total corregida	19,550	79			

^(*) Significancia $p \leq 0.005$

4.1.4.2 RESULTADOS PRUEBA T PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES.

Tabla 49: Resultados Prueba T para Evaluación Global de la Calidad de Vida.

Prueba de muestras independientes							
Total Calidad de Vida	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
	-						
	0,61	77,59	0,54	-0,65	1,05	2,75	1,45

Tabla 50: Resultados Prueba T para muestras independientes de la Evaluación Global de Calidad de Vida según Escolaridad

	Escolaridad	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Item 1 CV	Preparatoria incompleta	20	2,90	1,446	,316
	Preparatoria completa	20	3,37	1,383	,317
Item 2 CV	Preparatoria incompleta	20	3,29	1,521	,332
	Preparatoria completa	20	3,42	1,121	,257
Item 3 CV	Preparatoria incompleta	20	3,76	1,300	,284
	Preparatoria completa	20	3,84	1,385	,318
item1CVPost	Preparatoria incompleta	20	3,14	1,459	,318
	Preparatoria completa	20	3,42	1,539	,353
item2CVPost	Preparatoria incompleta	20	3,10	1,261	,275
	Preparatoria completa	20	3,84	,958	,220
item3CVPost	Preparatoria incompleta	20	3,81	1,167	,255
	Preparatoria completa	20	3,89	1,243	,285

Prueba de muestras independientes							
	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. De la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Item 1 CV	-1,03	37,87	0,307	-0,46	0,44	-1,37	0,44
Item 2 CV	-0,32	36,98	0,852	-0,08	0,42	-0,98	0,71
Item 3 CV	-0,18	36,98	0,85	-0,08	0,42	-0,94	0,78
Item 1 CV Post	-0,58	37,09	0,56	-0,28	0,47	-1,24	0,68
Item 2 CV Post	-2,12	36,95	0,041	-0,75	0,35	-1,46	-0,033
Item 3 CV Post	-0,22	36,99	0,82	-0,09	0,38	-0,86	0,68

Tabla 51: Resultados Prueba T para muestras independientes de la Evaluación Global de Calidad de Vida según Red Social

Prueba de muestras independientes							
	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. De la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Item 1 CV	-1,03	37,87	0,307	-0,46	0,44	-1,37	0,44
Item 2 CV	-0,32	36,98	0,852	-0,08	0,42	-0,98	0,71
Item 3 CV	-0,18	36,98	0,85	-0,08	0,42	-0,94	0,78
Item 1 CV Post	-0,58	37,09	0,56	-0,28	0,47	-1,24	0,68
Item 2 CV Post	-2,12	36,95	0,041	-0,75	0,35	-1,46	-0,033
Item 3 CV Post	-0,22	36,99	0,82	-0,09	0,38	-0,86	0,68

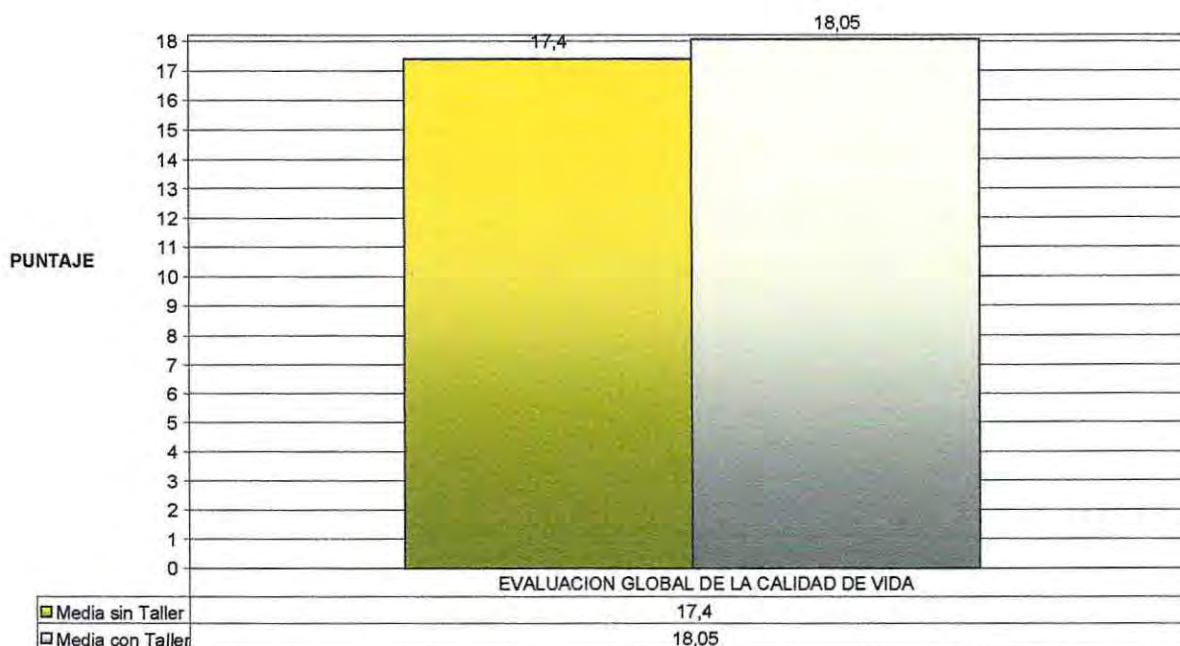
Prueba de muestras independientes							
	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. De la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Item 1 CV	-1,03	37,87	0,307	-0,46	0,44	-1,37	0,44
Item 2 CV	-0,32	36,98	0,852	-0,08	0,42	-0,98	0,71
Item 3 CV	-0,18	36,98	0,85	-0,08	0,42	-0,94	0,78
Item 1 CV Post	-0,58	37,09	0,56	-0,28	0,47	-1,24	0,68
Item 2 CV Post	-2,12	36,95	0,041	-0,75	0,35	-1,46	-0,033
Item 3 CV Post	-0,22	36,99	0,82	-0,09	0,38	-0,86	0,68

4.1.4.3 ANALISIS DE LOS DATOS.

No existe una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de los ítems 1, 2 y 3 de la Evaluación Global de la Calidad de Vida. Sin embargo, existe un efecto de interacción entre las variables independientes “ESCOLARIDAD*RED SOCIAL” sobre la variable dependiente, con un nivel de significancia del 0,1%.

A partir de la comparación entre las medias intragrupos, no se encuentra una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de la interacción entre las variables “ESCOLARIDAD*RED SOCIAL”. De acuerdo a lo anterior, se rechazan las hipótesis de investigación, aceptando la hipótesis nula: *“Sujetos de la tercera edad, presentarán igual puntaje en los ítems 1, 2 y 3 de la Escala de Evaluación Global de la Calidad de Vida, tanto en la medición previa como posterior al taller”.*

4.1.4.4 GRÁFICO 10: COMPARACIÓN ENTRE LAS MEDIAS DE LA EVALUACIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD DE VIDA



4.1.5. Interferencia Cognitiva.

H26: Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria incompleta y sin red social, presentarán mayor efecto de interferencia que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la medición posterior a la implementación del taller.

H27: Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa, sin red social; presentarán igual o mayor efecto de interferencia que Sujetos de la Tercera Edad con preparatoria completa y red social, en la medición previa a la implementación del taller.

4.1.5.1. RESULTADOS ANOVA FACTORIAL.

Tabla 52: Resultados ANOVA Factorial para Interferencia Cognitiva.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	7,100(a)	15	,473	2,408	,009
Intercept	17,971	1	17,971	91,433	,000
SEXO	,003	1	,003	,013	,909
ESCOLARI	,211	1	,211	1,075	,304
RED	1,902	1	1,902	9,676	,003^(*)
TALLER	,316	1	,316	1,606	,210
SEXO * ESCOLARI	,211	1	,211	1,075	,304
SEXO * RED	,211	1	,211	1,075	,304
ESCOLARI * RED	,003	1	,003	,013	,909
SEXO * ESCOLARI * RED	,003	1	,003	,013	,909
SEXO * TALLER	,211	1	,211	1,075	,304
ESCOLARI * TALLER	,942	1	,942	4,791	,033^(**)
SEXO * ESCOLARI * TALLER	,316	1	,316	1,606	,210
RED * TALLER	,942	1	,942	4,791	,033^(**)
SEXO * RED * TALLER	,003	1	,003	,013	,909
ESCOLARI * RED * TALLER	,316	1	,316	1,606	,210
SEXO * ESCOLARI * RED * TALLER	,942	1	,942	4,791	,033
Error	11,400	58	,197		
Total	37,000	74			
Total corregida	18,500	73			

(*) Significancia $p \leq 0.005$

(**) Significancia $p \leq 0.001$

4.1.5.2 RESULTADOS PRUEBA T PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES.

Tabla 53: Resultados Prueba T para muestras independientes en Interferencia Cognitiva.

Prueba de muestras independientes							
Inter. = PC – PC	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
	0,18	62,39	0,86	0,44	2,40	-4,36	5,23

Tabla 16: Resultados Prueba T para muestras independientes en Interferencia Cognitiva según Red social * Taller

	Red Social	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Interf=PC-PC'	Presencia Red social	40	-,543	7,1942	1,1375
	Ausencia Red Social	40	9,595	11,0264	1,9492

Prueba de muestras independientes							
	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. De la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Interf=PC- PC'	-5.67	17.99	0.000	-19.09	3.36	-26.16	-12.01
Interf=PC- PC' Post	-3.43	21.32	0.002	-8.57	2.49	-13.76	-3.38

Prueba T para muestras independientes en Interferencia Cognitiva según interacción Escolaridad* Taller

	Escolaridad	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Interf=PC-PC'	Preparatoria incompleta	40	4,260	9,7625	2,5207
	Preparatoria completa	40	6,583	15,6622	4,3439
Interf=PC-PC' Post	Preparatoria incompleta	40	,169	6,9288	1,5120
	Preparatoria completa	40	6,798	9,7453	2,2357

Prueba de muestras independientes							
	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. De la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Interf=PC-PC'	-0,46	19,54	0,64	-2,32	5,02	-12,81	8,16
Interf=PC-PC' Post	-2,45	32,17	0,020	-6,63	2,69	-12,12	-1,13

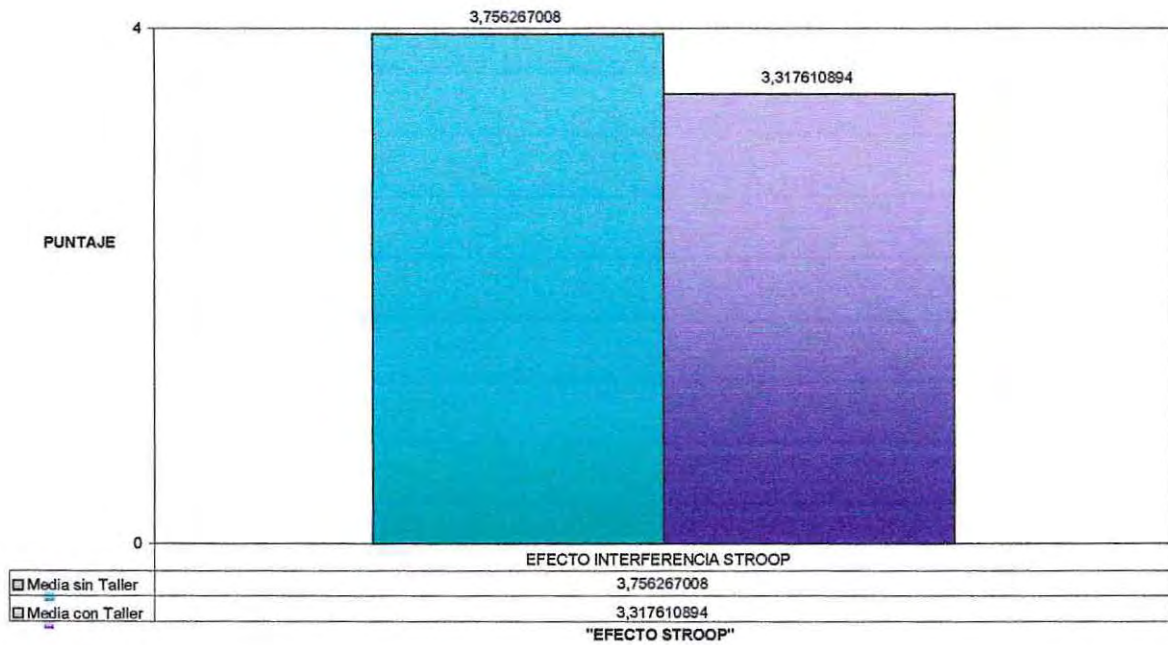
4.1.5.3 ANALISIS DE LOS DATOS.

No existe diferencia estadísticamente significativa ente las medias del nivel de interferencia en el test palabra-color STROOP. Sin embargo, la variable independiente "RED SOCIAL", junto con la interacción entre las variables "ESCOLARIDAD*TALLER" y "RED SOCIAL*TALLER", tienen un efecto sobre la variable dependiente, con un nivel de significancia de 0,03%, 0,33% y 0,33% respectivamente.

A partir de la comparación entre las medias intragrupos, se encuentra una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de la interacción entre las variables "ESCOLARIDAD*TALLER" y "RED SOCIAL*TALLER", con un nivel de significancia del 2% en ambas, en la medición posterior a la intervención.

De acuerdo a lo anterior, se acepta la hipótesis de investigación: *"Sujetos de la Tercera Edad con red social y preparatoria completa; presentarán menor nivel de interferencia, en la medición posterior a la implementación del taller"*.

4.1.5.4. GRÁFICO 11: COMPARACIÓN ENTRE LAS MEDIAS DEL EFECTO DE INTERFERENCIA



CAPITULO QUINTO
DISCUSION Y CONCLUSIONES

A partir de la revisión de los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede afirmar lo siguiente:

Se observa un descenso en los niveles de Depresión de los sujetos en la medición posterior a la intervención, debido al nivel de escolaridad, pues sujetos con preparatoria completa se muestran menos depresivos que sujetos con preparatoria incompleta. Esto indica que un mayor nivel de estimulación cognitiva, predispone a una mayor resistencia a desarrollar sintomatología depresiva, debido a la variedad de recursos disponibles y a la habilidad con que enfrenta los problemas vitales.

Por otra parte, si bien existe una diferencia en los niveles de Depresión en las mediciones previas y posteriores a la implementación del taller, ésta no se debe a la intervención misma, por lo que se infiere que tal diferencia se debería a variables intervinientes no consideradas en la presente investigación.

En cuanto al *Indicador Cognitivo del Índice de Depresión de Beck*, éste es afectado por la presencia de red social y la intervención. En este sentido, se puede decir que la red social incide positivamente, respecto de los roles sociales ejercidos por los sujetos, dado su carácter interaccional con otros y el medio, les permiten desarrollar nuevas estrategias frente a cada desafío, modificar las creencias irracionales y, de esta forma, comprender la conexión entre las ideas, creencias y formas de actuar frente a cada situación o problema.

En relación con el *Indicador Emocional de Depresión*, éste se ve afectado por la interacción entre sexo y red social; de este modo, las redes sociales deterioradas se asocian con síntomas depresivos, pues es probable que la percepción de pérdida de amigos, familiares y contactos sociales intensifique los sentimientos depresivos en las personas; además, las mujeres experimentan un mayor número de síntomas depresivos y, en algunos casos, manifiestan más ansiedad y síntomas somáticos, padecen episodios depresivos más largos y son más propensas a padecer el trastorno en forma crónica (Brown *et al.* 1996, Sherbourne y Wells 1997).

En cuanto al *Indicador Fisiológico de Depresión*, se relaciona con la escolaridad y la red social; en este sentido, las personas con mayor escolaridad presentan mayor participación en las redes sociales, lo que a su vez permite el desempeño de un rol activo en la sociedad, influyendo positivamente en su bienestar social y mental. Entonces, niveles más bajos de escolaridad y una pobre red social pueden interpretarse como una mayor vulnerabilidad a los diversos factores que inciden en la depresión.

Por otra parte, la *Interferencia Cognitiva* se relaciona con la red social, taller y escolaridad, lo que se explica por la influencia que tienen los requerimientos de la

educación, tales como dirigir los recursos atencionales a tareas específicas e incorporar sistemáticamente nuevos conocimientos; asimismo afecta positivamente mantener relaciones sociales amplias y estables, de la misma manera, la intervención realizada estimula la interacción con los pares y demanda activamente un estado de vigilancia y alerta. Además, se evidencia una variación en las mediciones previas y posteriores a la intervención, en cuanto a la *Interferencia cognitiva*, presentando menor interferencia los sujetos con red social y preparatoria completa en las segundas mediciones. Ello se debe, a que tales sujetos administran eficientemente sus recursos atencionales y su capacidad para incorporar nuevos conocimientos y la socialización de estos.

Respecto de los *Modos de Afrontamiento*, la red social ejerce influencia sobre el *Afrontamiento Centrado en la Emoción*, debido a que este tipo de afrontamiento se vincula directamente con las relaciones interpersonales, en cuanto la interacción permanente con otros; además, favorece la autorregulación emocional al enfrentar dificultades, lo que se convierte en un recurso y a la vez en una estrategia para enfrentar los problemas.

En relación con los *Afrontamientos Complejo con Tendencia a la Emoción, Centrado en el Problema y Complejo con Tendencia al Problema*, ninguna variable en interacción o por sí misma afectan dichos modos de afrontamiento. Tales resultados no permiten inferir relaciones causales.

En cuanto a las *Estrategias de Afrontamiento*, la red social incide en la estrategia "*Confrontamiento*", debido a que la red social se constituye como un espacio propicio para el aprendizaje de conductas adaptativas frente a diversos problemas. Además, permite desarrollar habilidades sociales para enfrentar activamente el estrés generado por las dificultades, influyendo también en la estrategia "*Búsqueda de Apoyo Social*", ya que el hecho de contar con redes posibilita la búsqueda de ayuda para enfrentar los problemas. El sexo, a su vez, afecta considerablemente a la estrategia "*Distanciamiento*", debido al carácter sociocultural de las diferencias de género al tratar un problema. Por otra parte, la escolaridad y la interacción entre sexo y red social inciden en la estrategia "*Aceptación de la Responsabilidad*". Por una parte, la escolaridad afecta a dicha estrategia, ya que parte del proceso de escolarización consiste en la socialización e interiorización de normas, cuyo resultado es vislumbrar y asumir las consecuencias de los propios actos. Respecto del efecto de la interacción, ésta se debe a la relación que existe entre la identidad de género (masculinidad y feminidad), y la función que ejerce cada uno dentro de la red social.

Con relación al efecto de la interacción entre sexo, escolaridad y red social sobre la estrategia "*Resolución Planificada del Problema*", es posible afirmar que tal efecto se debe a que, en virtud de la construcción de identidad de género, existen distintas maneras de resolver problemas; la cual es determinada por la interacción entre la estimulación cognitiva y la estimulación social, dada por la escolaridad y las redes sociales respectivamente.

El efecto de la interacción entre la escolaridad y red social sobre la estrategia de afrontamiento "*Reevaluación Positiva*", se explica por cuanto la red se constituye como un factor protector y la escolaridad favorece el aprendizaje de una mayor variedad de posibilidades de acción. Por tanto, al interactuar, facilita la elección dentro de una gama de posibilidades para resolver el problema, bajo una perspectiva optimista de la situación.

El Estilo Atribucional "*Estabilidad/Variabilidad*" se relaciona con la escolaridad, ya que durante el proceso de aprendizaje el sujeto diferencia las causas de éxito o fracaso en las situaciones presentadas como problema.

La red social y el sexo tienen un efecto sobre el Estilo Atribucional "*Globalidad/Especificidad*". Por una parte, al propiciar relaciones interpersonales, la red social favorece los intercambios de experiencias; por tanto, amplía la perspectiva del sujeto y entrega mayor información acerca de los eventos, lo cual influye en la atribución causal que pudiera realizar.

La evaluación global de satisfacción de la "Calidad de vida" se relaciona con la escolaridad y red social. Sobre ello, se puede decir que las redes sociales son un factor protector que propicia un ambiente estimulante para el adulto mayor, lo que se traduce en un alto sentido de pertenencia y agencia; dados por la posibilidad de desempeñar distintos roles dentro de su contexto social inmediato. Ello genera un sentido de control sobre la propia vida y, por ende, más oportunidades de tomar decisiones informadas y concientes, contando con un apoyo social significativo.

De la presente investigación, se puede inferir que el taller no tiene un efecto simple ni de interacción significativo sobre las variables dependientes. Este resultado se puede atribuir al nivel de profundidad de la intervención, en cuanto a cantidad de sesiones, temáticas abordadas y número de participantes por grupo.

Un hallazgo importante guarda relación con una alta frecuencia de la influencia de la red social, sobre la mayoría de las variables dependientes consideradas. Esto, da cuenta de la importancia de la estimulación social, en cuanto apoyo afectivo y material, en el bienestar cognitivo del Adulto Mayor; ya que provee un contexto de constante

estimulación en diversas áreas (Modos de Afrontamiento y Estilos Atribucionales), dado por el rol que otorga al sujeto en su entorno inmediato; lo que se traduce en una mejora de la evaluación global de la calidad de vida. Además, se observa una diferencia considerable respecto de la proyección a futuro manifestada por los sujetos con red social, en comparación con quienes carecen de ésta. Desde lo observado, esta diferencia se justifica, en gran medida, por los roles desempeñados, junto con los reforzadores sociales que potencian tales desempeños; además, quienes poseen red social, manifiestan un mayor grado de satisfacción con sus vidas que aquellos sin red social. Contribuyen a acentuar tal diferencia, los espacios donde se desarrollan las intervenciones; ya que las instituciones a las cuales pertenecen los sujetos sin red, poseen diversas limitaciones en cuanto a infraestructura y recursos materiales, no así los espacios de los sujetos con red social. No es posible soslayar esta limitación (realizando la intervención en un espacio único para todos los grupos, por ejemplo), debido a la imposibilidad de los sujetos para trasladarse fuera de sus instituciones, ya sea por condiciones institucionales o por razones personales. Cabe destacar, respecto de las diferencias entre sujetos con y sin red social, en cuanto a las expectativas de vida, se observan contradicciones respecto de tales expectativas en los sujetos sin red social, por cuanto expresan no proyectarse, pero realizan conductas previsoras con respecto al futuro.

Desde la primera aproximación hasta las mediciones finales en la población de estudio, con relación a las variables intervinientes sin control, se encuentran diferencias entre los enfoques de cada institución, en cuanto al nivel de las necesidades abordadas; del marco contextual de cada institución (horario, permanencia de las personas, actividades extraprogramáticas e infraestructura); así como de las limitaciones físicas y de salud de algunos miembros de la muestra.

Dentro de las variables independientes consideradas en este estudio, con respecto al sexo, durante la implementación del taller, se observa una mayor participación y proactividad por parte de los hombres, manifestada en una mayor iniciativa, compromiso con las actividades y perseverancia en la realización de las mismas. Pese a las condiciones objetivas bajo las cuales se encuentran los sujetos sin red social, la intervención es considerada significativa, al ser estimulados y reforzados en cuanto a los logros en cada una de las actividades.

Por otra parte, para los sujetos de estudio, la intervención se constituye como un espacio significativo, por cuanto los temas abordados son de su interés, e identifican la necesidad de actividades dirigidas a este grupo etéreo.

En ambos grupos, con y sin red social, la salud física es una preocupación relevante en sus vidas. Cualquier dolencia es de gran importancia y es percibida como un indicador de minusvalía que merma sus expectativas de vida y que, a su vez, influye negativamente en el desempeño cotidiano.

Respecto del desempeño en las diferentes actividades, en los sujetos con red social se observa una mayor motivación para la realización de las tareas, verificada en la cantidad de intentos y la constancia para la resolución de los distintos problemas. Además, no atribuyen el error a características personales, sino a características propias de la tarea.

Al aplicar las baterías psicométricas, luego de la implementación del taller, se observa una mayor motivación y mejor disposición frente a la situación de prueba, ya que los sujetos evaluados establecen un vínculo con los evaluadores.

En conclusión, la población chilena tiende al envejecimiento, lo que conlleva diversos cambios y desafíos, en el ámbito social (cambio de políticas sociales), psicológico (repercusiones en la proyección a futuro) y biológico (aumento de la expectativa de vida) Uno de los desafíos más importantes es asegurar la calidad de vida del adulto mayor en el futuro; para lo cual, es fundamental conocer qué elementos interactúan y cuáles son más relevantes al momento de diseñar una intervención, logrando abordar al individuo desde su totalidad.

La presente investigación da cuenta y distingue qué variables independientes tienen efecto sobre aquellas determinadas como dependientes. Las principales variables independientes que interactúan, son las de red social y escolaridad (estimulación cognitiva), ejerciendo mayor efecto sobre las variables dependientes; por ende, en la medida que los sujetos poseen una red social mas amplia y mayor nivel de escolaridad, las áreas de calidad de vida y motivación se ven fortalecidas. Por tanto, una intervención dirigida a la población del Adulto Mayor debe abordar estos aspectos.

En relación con las diferencias encontradas en la variable sexo, la investigación abre nuevas interrogantes, en cuanto a la influencia del rol de género sobre las variables dependientes.

Para futuras investigaciones, se sugiere indagar en intervenciones que guarden relación con la red social, dada la importancia de ésta como contexto protector de las funciones cognitivas del Adulto Mayor, además de implementar en forma sistemática, intervenciones basadas en el modelo cognitivo-conductual, ya que la estimulación

constante y sistemática otorgan mayor agencia y autonomía a las personas de la Tercera Edad.

Finalmente se sugiere ampliar la investigación, específicamente en metodologías de aproximación al adulto mayor, en los ámbitos psicoeducativos y modelos de intervención clínicos específicos para la tercera edad, ya que debido al contexto sociodemográfico, urgen intervenciones efectivas para resguardar la calidad de vida de la población de estudio.

ANEXOS

ANEXO 1

Taller de Modificación Cognitivo Conductual para Personas de la Tercera Edad

El presente taller se enmarca dentro del enfoque cognitivo conductual, se utilizan técnicas de reestructuración cognitiva, de resolución de problemas y psicoeducación, referida principalmente a redes sociales.

El taller tiene como objetivo general enseñar y explicar temáticas acerca de redes sociales, ejercicio cognitivo, estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, para mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad abarcando al individuo como un ser integral, con sus emociones y sentimientos, integrando la mente y el cuerpo, permitiendo reconocer en sí mismo la falta de conciencia del autocuidado y la importancia de las influencias familiares, culturales y socioeconómicos que determinan sus hábitos actuales.

Está dirigido a personas mayores de 60 años, jubiladas. Los monitores son siete alumnos tesistas de la carrera de Psicología de la Universidad de Valparaíso, divididos en subgrupos de dos y tres personas.

El taller tiene una duración de 4 sesiones, de 105 minutos cada una.

Sesión 1: Introducción y Presentación

Objetivos de la sesión

- Exponer los temas a tratar a lo largo del taller.
- Realizar un primer acercamiento entre monitores y usuarios.
- Promover un clima de confianza entre usuarios y monitores.

Actividades

- Dinámica de Presentación: Bola de estambre
- Presentación del tema

Sesión 2: Redes Sociales

Objetivos de la sesión

- Entregar información respecto de los diferentes tipos de redes sociales existentes.
- Facilitar el reconocimiento de las redes sociales en las que se encuentran insertos los usuarios.
- Resaltar la importancia del trabajo en equipo.

Actividades

- Dinámica "Clip-Clap".
- Construcción de puzle en grupos.
- Psicoeducación en el tema de Redes Sociales.
- Dinámica Círculos Concéntricos
- Plenario de la actividad
- Cierre.

A partir de la primera dinámica se pretende evidenciar la importancia y los efectos positivos del trabajo en equipo. Desde el tema de trabajar en equipo se introduce al tema de redes, luego se expone información acerca de redes sociales (definición de red social, tipos de red, formas de utilizar las redes, etc). A continuación se realiza la dinámica de los "círculos concéntricos", en la cual se espera que los usuarios reconozcan las redes que tienen a su disposición, el uso que hacen de ellas y logren identificar nuevas redes y/o nuevos beneficios que puedan obtener de ellas.

Sesión 3: Estimulación Cognitiva y Estrategias de Afrontamiento.

Objetivos de la sesión

- Promover la importancia del ejercicio cognitivo en la vida diaria.
- Estimular y potenciar diferentes habilidades cognitivas como atención/concentración, memoria, lenguaje, resolución de problemas, etc.
- Evidenciar estrategias de afrontamiento existentes en los usuarios y reconocimiento de nuevas estrategias de afrontamiento.

Actividades

- Dinámica "El Bingo de las personas".
- Psicoeducación acerca de estimulación cognitiva.
- Dinámica de los puntos.
- Plenario

A través del bingo de las personas se resalta la importancia de realizar actividades en las cuales utilicen procesos cognitivos como pensamiento, memoria, lenguaje, etc., para mantenerse cognitivamente activos. A continuación se realiza la dinámica de los puntos y a través de ella se conversará y reflexionará acerca de las diferentes formas de afrontar los problemas y de cómo las personas generalmente utilizan una forma determinada ante la mayoría de las dificultades, dejando de lado otras estrategias de afrontamiento que pudieran ser útiles para las diferentes situaciones.

Sesión 4: Resolución de problemas

Objetivos de la sesión

- Explicar los componentes de la resolución de problemas.
- Identificar y promover la aplicación de diferentes formas de resolución de problemas en la vida cotidiana.

Actividades

- Dinámica de ingenio con palos de fósforos.
- Preguntas acerca de cómo resolvieron el problema (juego con palos de fósforos)
 - Como te sentiste y qué pensaste ante el problema.
 - Como te sentiste y qué pensaste al resolver el problema.
 - Como te sentiste y qué pensaste al ver que otro resolvió el problema.
 - A qué cree que se debe que lo haya logrado o no.
- Exposición de los pasos para la resolución de un problema.

A través de la dinámica se pretende que los usuarios resuelvan un problema presentado como juego, a continuación reconocen los pasos que siguieron para llegar

a la solución, cuáles de ellos fueron importantes para la resolución final y cuales les obstaculizaron la consecución de la meta.

A continuación se exponen los pasos de la resolución de problemas, ellos son:

- Identificación del problema.
- Formulación de metas.
- Generar alternativas.
- Evaluar alternativas.
- Toma de decisiones.
- Verificación.
- Preparación para la implementación.
- Implementación y resultado.

Finalmente se genera un plenario donde se discutirá y se reflexionará acerca de la actividad realizada y cómo se puede aplicar el modelo de resolución de problemas en la vida diaria.

ANEXO 2

MMSE (m)

Fecha: / /

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas para ver cómo está su memoria y concentración.

Item	Si	No	No	Respuesta
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>¿Cuánto tiempo ha pasado desde que se le dijo el nombre de cada uno de los objetos siguientes? (una hora, una semana, un mes, un año, dos años, tres años, cuatro años, cinco años, seis años, siete años, ocho años, nueve años, diez años)</p>				
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Le voy a nombrar 3 objetos. Después que los diga quiera que Ud. los repita. Recuerde cuáles son, porque voy a volver a preguntar en algunos momentos más. Nombré los 3 objetos siguientes demorando 1 segundo para decir cada uno: árbol, mesa, avión.

11	árbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1 punto por cada respuesta correcta en el primer intento y punto al número de veces repite. Si se repite de nuevo, deducir en el primer intento, resta todos los puntos que quedan a la persona los siguientes (máximo 5 repeticiones). Registrar el número de repeticiones y si el total son correctas en el primer intento.

NÚMERO RESPUESTAS CORRECTAS
NÚMERO DE REPETICIONES

¿Puede usted restar 7 de 100 y después restar 7 de la cifra que usted obtuvo y seguir restando 7 hasta que ya lo distingue? (Si 1 punto por cada respuesta correcta. Distintos de restar 7 a respuestas. Cuanto 1 como cuando la diferencia entre los números es 7)

14a	93	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15a	86	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16a	79	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17a	72	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18a	65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ahora voy a decir un número de 5 dígitos y quiero que usted repita los dígitos al revés. El número es 4-3-5-7-9. (Repita el número si es una sola vez, luego después de haber comenzado a decirlo, de un punto por cada dígito correcto). Resta 1,3,5,7,9

14b	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15b	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16b	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17b	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18b	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ahora, ¿cuáles eran los 3 objetos que yo le pedí que recordara?

19	árbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Muestre un lápiz de plástico (entre 7 y 8 cm de largo)

22	¿Qué es esto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
----	---------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Muestre un lápiz (entre 7 y 8 cm de largo)

23	¿Cómo se llama esto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	Me gustaría que me dijera los nombres de esta frase (repetir de 1 a 3 veces por cada palabra). Tres perros en un árbol. (Repetir de 1 a 3 veces)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Muestre la foto con la frase "Clavo los ojos". ¿Cuánto le recuerda sobre la foto?

25a	¿Cuáles son las palabras en esta foto y qué hacen que se llame "clavo"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-----	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Muestre una foto de un hombre leyendo un periódico.

25b	¿Me recuerda a alguien que se llama "clavo"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-----	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

(1 punto si responde reconociendo a alguien)

26. Le voy a dar un papel. Cuando se lo desee, tome el papel por su medio.

26	Después, escriba por la mitad con un lápiz la parte superior y inferior en una línea. (1 punto si se describe cómo hacer esto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
----	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

27. Escriba una palabra cualquiera en este papel por la mitad.

27	(La palabra debe tener un sufixo y un verbo, y tener sentido. No considere los nombres de antropía o geografía.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
----	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Aquí hay dos dibujos. Por favor copie los dibujos en el mismo papel.

(Este cuadro se divide en dos partes. En la 1.ª parte se debe hacer una figura de 4 lados y al menos 4 vértices. Algunas de las figuras se forman al marcar los círculos de los agujeros con una punta de lápiz.)

28a	Triángulos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28b	Círculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PUNTAJE TOTAL MMSE (m)

MMSE (m) (versión revisada) - (Módulo) versión de Mayo 1975 (m)
©Copyright 1975, 1984, 1988

ANEXO 3
INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (I.D.B.)

Instrucciones:

En este cuestionario aparecen varios conjuntos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellas. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus estados de ánimo durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo o tarje la letra que corresponda a aquella afirmación que mejor le interpreta. ASEGÚRESE DE HABER LEIDO TODAS LAS AFIRMACIONES DENTRO DE CADA GRUPO ANTES DE HACER LA ELECCIÓN.

01. 0) No me siento triste

- 1) Me siento triste
 - 2) Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
 - 3) Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
-

02. 0) No me siento especialmente desanimado de cara al futuro

- 1) Me siento desanimado de cara al futuro
 - 2) Siento que no hay nada por que luchar
 - 3) El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán
-

03. 0) No me siento como un fracasado

- 1) He fracasado más que la mayoría de las personas
 - 2) Cuando miro atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro
 - 3) Soy un fracaso total como persona (Me considero un...)
-

04. 0) Las cosas me satisfacen tanto como antes (me producen tanta satisfacción...)

- 1) No disfruto tanto de las cosas como antes
 - 2) Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas (Ya no siento ninguna...)
 - 3) Estoy insatisfecho y aburrido con respecto a todo
-

05. 0) No me siento especialmente culpable (No tengo sentimiento de culpabilidad)

- 1) Me siento culpable en bastantes ocasiones
 - 2) Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones (... de los casos)
 - 3) Me siento culpable constantemente (Siempre me siento culpable)
-

06. 0) No creo que esté siendo castigado (No siento ser castigado)

- 1) Siento que quizás esté siendo castigado
 - 2) Espero ser castigado (Siento por lo general que soy castigado)
 - 3) Siento que estoy siendo castigado (Siempre siento que soy castigado)
-

07. 0) No estoy descontento de mí mismo

- 1) Estoy descontento de mí mismo
- 2) Estoy [muy] a disgusto conmigo mismo
- 3) Me detesto

08. 0) No me considero peor que cualquier otro

- 1) Me autocritico por mi debilidad o mis errores
- 2) Continuamente me culpo por mis faltas
- 3) Me culpo por todo lo malo que sucede

09. 0) No tengo ningún pensamiento de suicidio

- 1) A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré (... pero no llevaré a efecto)
 - 2) Desearía poner fin a mi vida
 - 3) Me suicidaría si tuviese la oportunidad
-

10. 0) No lloro más de lo normal

- 1) Ahora lloro más que antes
 - 2) Lloro continuamente
 - 3) No puedo dejar de llorar, aunque me lo proponga
-

11. 0) No estoy especialmente irritado

- 1) Me molesto o irrito más fácilmente que antes
 - 2) Me siento irritado continuamente
 - 3) Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban (Ahora todo me irrita)
-

12. 0) No he perdido el interés por los demás

- 1) Estoy menos interesado en los demás que antes
 - 2) He perdido gran parte del interés por los demás
 - 3) He perdido todo el interés por los demás.
-

13. 0) Tomo mis propias decisiones igual que antes

- 1) Evito tomar decisiones más que antes
 - 2) Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
 - 3) Me es imposible tomar decisiones
-

14. 0) No creo tener más mal aspecto que antes (No creo tener peor aspecto que...)

- 1) Estoy preocupado porque parezco más envejecido (a) y poco atractivo (a)
 - 2) Noto cambios constantes en mi aspecto físico, que me hacen parecer poco atractivo (a)
 - 3) Creo que tengo un aspecto horrible
-

15. 0) Trabajo igual que antes (mis cosas las hago como siempre: no me es más fácil o más difícil)

- 1) Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo
 - 2) Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo
 - 3) Soy incapaz de llevar a cabo cualquier tarea (Soy incapaz de realizar algo)
-

16. 0) Duermo tan bien como siempre

- 1) No duermo tan bien como antes
- 2) Me despierto 1 – 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir
- 3) Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir

17. 0) No me siento más cansado de lo normal (... de lo habitual)

- 1) Me canso más que antes
- 2) Me canso en cuanto hago cualquier cosa
- 3) Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. 0) Mi apetito no ha disminuido (Mi apetito es tan bueno como siempre)

- 1) No tengo tan buen apetito como antes
- 2) Ahora tengo mucho menos apetito
- 3) He perdido completamente el apetito

19. 0) No he perdido peso últimamente

- 1) He perdido más de 2 kilos
- 2) He perdido más de 4 kilos
- 3) He perdido más de 7 kilos

Estoy tratando intencionalmente de perder peso, comiendo menos:

- Sí
 No

20. 0) No estoy preocupado por mi salud

- 1) Me preocupan los problemas físicos, tales como dolores, el malestar de estómago, los resfríos, etc.
- 2) Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas
- 3) Estoy (siempre) tan preocupado por las enfermedades, que soy incapaz de pensar en otras cosas

21. 0) No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo

- 1) Mi relación sexual me atrae [me interesa] menos que antes
- 2) Estoy mucho menos interesado en el sexo que antes
- 3) He perdido totalmente el interés por el sexo.

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO (REVISADO)

Lazarus & Folkman, 1986.-

Este instrumento está constituido por 67 ítems, estructurados como afirmaciones que describen las estrategias cognitivas y conductuales que las personas usan para manejar demandas internas o externas en situaciones estresantes específicas. Estos ítems fueron sugeridos por varios estudios, así como por las propias investigaciones de los autores Lazarus & Folkman (1986).

INSTRUCCIONES:

Lea, por favor, cada uno de los ítems que se indican a continuación y rodee con un círculo la categoría que exprese en qué medida actúa frente a cada una de las situaciones descritas a continuación (o en qué medida me enfrento a situaciones estresantes)

1	2	3	4
Nada en absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida

01. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación (en el próximo paso).	1	2	3	4
02. Me gusta analizar todo problema para comprenderlo mejor.	1	2	3	4
03. Me dediqué por entero al trabajo u otra actividad para olvidarme de todo lo demás.	1	2	3	4
04. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.	1	2	3	4
05. Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de (toda) la situación.	1	2	3	4
06. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.	1	2	3	4
07. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.	1	2	3	4
08. Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.	1	2	3	4
09. Me critiqué o me sermoneé a mí mismo (a).	1	2	3	4
10. No intenté quemar mis naves, sino que dejé alguna posibilidad abierta (Nunca cierro todas las opciones para resolver un problema).	1	2	3	4
11. Confié en que ocurriera un milagro.	1	2	3	4
12. Seguí adelante con mi destino (simplemente a veces tengo mala suerte).	1	2	3	4

13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.	1	2	3	4
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos.	1	2	3	4
15. Busqué algún resto de esperanza, por así decirlo, intentando mirar las cosas por su lado bueno.	1	2	3	4
16. Dormí más de lo habitual en mí (más de 8 hrs.).	1	2	3	4
17. Manifesté mi enojo a la (s) persona (s) responsable (s) del problema	1	2	3	4
18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.	1	2	3	4
19. Me dije a mí mismo (a) cosas que me hicieron sentir mejor.	1	2	3	4
20. Me sentí inspirado (a) para hacer algo creativo.	1	2	3	4
21. Intenté olvidarme de todo.	1	2	3	4
22. Busqué la ayuda de un profesional.	1	2	3	4
23. Cambié, maduré como persona.	1	2	3	4
24. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.	1	2	3	4
25. Me disculpé o hice algo para compensar.	1	2	3	4
26. Desarrollé un plan de acción y lo seguí.	1	2	3	4
27. Acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería.	1	2	3	4
28. De algún modo expresé mis sentimientos.	1	2	3	4
29. Me di cuenta que yo fui la causa del problema.	1	2	3	4
30. Salí de la experiencia mejor de lo que entré.	1	2	3	4
31. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.	1	2	3	4
32. Me alejé del problema por un tiempo, intenté descansar o tomarme unas vacaciones.	1	2	3	4
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc.	1	2	3	4
34. Tomé una decisión importante o hice algo arriesgado.	1	2	3	4
35. Intenté no actuar demasiado de prisa o dejarme llevar por mi primer impulso.	1	2	3	4
36. Tuve fe en algo nuevo.	1	2	3	4
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.	1	2	3	4
38. Redescubrí lo que es importante en la vida.	1	2	3	4

39. Cambié algo para que las cosas fueran bien.	1	2	3	4
40. Evité estar con la gente en general.	1	2	3	4
41. No permití que me venciera, rehusé pensar en el problema mucho tiempo.	1	2	3	4
42. Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.	1	2	3	4
43. Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas.	1	2	3	4
44. No tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio.	1	2	3	4
45. Le conté a alguien cómo me sentía.	1	2	3	4
46. Me mantuve firme y peleé por lo que quería.	1	2	3	4
47. Me desquité con los demás.	1	2	3	4
48. Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar.	1	2	3	4
49. Sabía lo que había que hacer, así que redoblé mis Esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.	1	2	3	4
50. Me negué a creer lo que me había ocurrido.	1	2	3	4
51. Me prometí a mí mismo (a) que las cosas serían distintas la próxima vez.	1	2	3	4
52. Propuse un par de soluciones distintas al problema.	1	2	3	4
53. Lo acepté, ya que no podía hacer nada al respecto.	1	2	3	4
54. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con otras cosas.	1	2	3	4
55. Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma cómo me sentía	1	2	3	4
56. Cambié algo en mí.	1	2	3	4
57. Soñé o imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.	1	2	3	4
58. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo.	1	2	3	4
59. Fantaseé e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas.	1	2	3	4
60. Recé.	1	2	3	4
61. Me preparé para lo peor.	1	2	3	4
62. Repasé mentalmente lo que haría o diría.	1	2	3	4
63. Pensé cómo dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como ejemplo.	1	2	3	4

64. Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.	1	2	3	4
65. Me recordé a mí mismo (a) cuánto peor podrían ser las cosas.	1	2	3	4
66. Troté o hice otro ejercicio.	1	2	3	4
67. Intenté algo distinto de todo lo anterior (Por favor, descríballo) _____	1	2	3	4

ANEXO 5
CUESTIONARIO SOBRE ESTILO ATRIBUCIONAL

INSTRUCCIONES.

Trate de representarse mentalmente de la manera más vívida posible los sucesos de su vida que le serán preguntados más adelante, sean positivos o negativos. Trate de responder, por favor, de la manera más espontánea posible, sin pensarlo mucho, sobre la pregunta acerca del origen y el efecto de aquellos sucesos mencionados.

En cada pregunta escriba su respuesta en el espacio en blanco que viene a continuación de la pregunta.

Para el resto de las preguntas, haga una cruz a aquel número que represente mejor su opinión respecto de aquella realidad en cuestión.

A modo de ejemplo (destacar un acontecimiento):

Depende totalmente de otras personas o circunstancias	1	2	3	4	5	6	7	Depende totalmente de mí. (*)
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

Si Ud. hace una cruz al número 5, esto significa que el suceso depende más de Ud. que de otras personas o circunstancias, aunque no totalmente.

11. Dentro de los últimos cinco años. ¿Cuál ha sido para ud. el último suceso importante, frente al cual tuvo que desempeñar un rol activo en su vida (positivo o negativo)?

12. ¿Hace cuánto tiempo fue eso? (expresado en años y meses). Subraye si el suceso es positivo o negativo.

13. ¿Dependió tal suceso totalmente de ud. o dependió más de otras personas o circunstancias? (Internalidad/Externalidad)

Depende totalmente de otras personas o circunstancias	1	2	3	4	5	6	7	Depende totalmente de mí. (*)
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

14. Refiérase a la causa de este suceso, y si la atribuye totalmente a características personales constantes en su vida o totalmente a características personales variables a lo largo de su vida.

Causa del suceso: _____

Totalmente a características personales variables en el tiempo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente a características personales constantes en el tiempo
--	---	---	---	---	---	---	---	---

15. Si el suceso y su causa se repitiera, ¿se comportaría de la misma forma o de manera distinta?

Totalmente de forma distinta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de la misma forma
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------

II1. Si desde ese suceso ud. examina hacia atrás, los últimos diez años. ¿Ha ocurrido antes en su vida otro suceso importante, frente al cual tuvo que desempeñar un rol activo (positivo o negativo)?

II2. ¿Hace cuánto tiempo (expresado en años y meses) ocurrió ese segundo suceso? Subraye si el suceso es positivo o negativo

II3. ¿Dependió tal suceso totalmente de ud. o dependió más de otras personas o circunstancias?

Depende totalmente de otras personas o circunstancias	1	2	3	4	5	6	7	Depende totalmente de mí. (*)
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

II4. Refiérase a la causa de este suceso, y si la atribuye totalmente a características personales constantes en su vida, o totalmente a características personales variables a lo largo de su vida.

Causa del suceso: _____

Totalmente a características personales variables en el tiempo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente a características personales constantes en el tiempo
--	---	---	---	---	---	---	---	---

II5. Si el suceso y su causa se repitiera, ¿se comportaría de la misma forma o de manera distinta?

Totalmente de forma distinta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de la misma forma
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------

III1. Si desde ese suceso, ud. examina toda su vida, ¿ha tenido otro suceso importante (positivo o negativo) en su vida?

III2. ¿Hace cuánto tiempo (expresado en años y meses) ocurrió ese segundo suceso? Subraye si el suceso es positivo o negativo

III3. ¿Dependió tal suceso totalmente de ud. o dependió más de otras personas o circunstancias?

Depende totalmente de otras personas o circunstancias	1	2	3	4	5	6	7	Depende totalmente de mí. (*)
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

III4. Refiérase a la causa de este suceso, y si la atribuye totalmente a características personales constantes en su vida o totalmente a características personales variables a lo largo de su vida.

Causa del suceso: _____

Totalmente a características personales variables en el tiempo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente a características personales constantes en el tiempo
--	---	---	---	---	---	---	---	---

III5. Si el suceso y su causa se repitiera, ¿se comportaría de la misma forma o de manera distinta?

Totalmente de forma distinta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de la misma forma
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------

IV1. Nombre un suceso importante que le esté ocurriendo ahora (positivo o negativo)

IV2. ¿Hace cuánto tiempo (expresado en años y meses) ocurrió ese segundo suceso? Subraye si el suceso es positivo o negativo

IV3. ¿Dependió tal suceso totalmente de ud. o dependió más de otras personas o circunstancias?

Depende totalmente de otras personas o circunstancias	1	2	3	4	5	6	7	Depende totalmente de mí. (*)
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

IV4. Refiérase a la causa de este suceso, y si la atribuye totalmente a características personales constantes en su vida o totalmente a características personales variables a lo largo de su vida.

Causa del suceso: _____

Totalmente a características personales variables en el tiempo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente a características personales constantes en el tiempo
--	---	---	---	---	---	---	---	---

IV5. Si el suceso y su causa se repitiera, ¿se comportaría de la misma forma o de manera distinta?

Totalmente de forma distinta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de la misma forma
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------

V1. ¿Cuándo cree ud. que será el próximo suceso importante en su vida, dentro de los próximos cinco años (positivo o negativo)?

V2. ¿Cuál podría ser? Subraye si el suceso es positivo o negativo

V3. ¿Dependió tal suceso totalmente de ud. o dependió más de otras personas o circunstancias?

Depende totalmente de otras personas o circunstancias	1	2	3	4	5	6	7	Depende totalmente de mí. (*)
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

V4. Refiérase a la causa de este suceso, y si la atribuye totalmente a características personales constantes en su vida o totalmente a características personales variables a lo largo de su vida.

Causa del suceso: _____

Totalmente a características personales variables en el tiempo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente a características personales constantes en el tiempo
--	---	---	---	---	---	---	---	---

V5. Si el suceso y su causa se repitiera, ¿se comportaría de la misma forma o de manera distinta?

Totalmente de forma distinta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de la misma forma
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------

VI1. A partir del suceso recién mencionado, ¿cuál cree ud. que será el próximo evento importante en su vida futura, dentro de los próximos diez años (positivo o negativo)?

VI2. ¿Cuándo cree que ocurrirá? Subraye si el suceso es positivo o negativo

VI3. ¿Dependió tal suceso totalmente de ud. o dependió más de otras personas o circunstancias?

Depende totalmente de otras personas o circunstancias	1	2	3	4	5	6	7	Depende totalmente de mí. (*)
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

VI4. Refiérase a la causa de este suceso, y si la atribuye totalmente a características personales constantes en su vida o totalmente a características personales variables a lo largo de su vida.

Causa del suceso: _____

Totalmente a características personales variables en el tiempo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente a características personales constantes en el tiempo
--	---	---	---	---	---	---	---	---

VI5. Si el suceso y su causa se repitiera, ¿se comportaría de la misma forma o de manera distinta?

Totalmente de forma distinta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de la misma forma
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------

VII1. Por último, Mencione un tercer suceso en el futuro, después de los dos anteriormente señalados

VII2. ¿Cuándo cree que ocurrirá? Subraye si el suceso es positivo o negativo

VII3. ¿Dependió tal suceso totalmente de Ud. o dependió más de otras personas o circunstancias?

Depende totalmente de otras personas o circunstancias	1	2	3	4	5	6	7	Depende totalmente de mí. (*)
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------

VII4. Refiérase a la causa de este suceso, y si la atribuye totalmente a características personales constantes en su vida o totalmente a características personales variables a lo largo de su vida.

Causa del suceso: _____

Totalmente a características personales variables en el tiempo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente a características personales constantes en el tiempo
--	---	---	---	---	---	---	---	---

VII5. Si el suceso y su causa se repitiera, ¿se comportaría de la misma forma o de manera distinta?

Totalmente de forma distinta	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de la misma forma
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------

Muchas gracias por su tiempo y colaboración.

ANEXO 6
STROOP

Test de Colores y Palabras

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

PARA USO DEL PROFESIONAL

	PD	PT
P		
C		
PC		
$P * C$ = PC'		
$P + C$		
$PC - PC' = \text{INTERF}$		

ROJO	AZUL	VERDE	ROJO	AZUL
VERDE	VERDE	ROJO	AZUL	VERDE
AZUL	ROJO	AZUL	VERDE	ROJO
VERDE	AZUL	ROJO	ROJO	AZUL
ROJO	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	AZUL	VERDE	ROJO
ROJO	AZUL	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	AZUL
AZUL	VERDE	VERDE	AZUL	VERDE
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	ROJO
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	AZUL
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	VERDE
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
ROJO	VERDE	VERDE	AZUL	AZUL
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
ROJO	VERDE	AZUL	ROJO	VERDE
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	AZUL
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	VERDE	VERDE	AZUL

ROJO	AZUL	VERDE	ROJO	AZUL
VERDE	VERDE	ROJO	AZUL	VERDE
AZUL	ROJO	AZUL	VERDE	ROJO
VERDE	AZUL	ROJO	ROJO	AZUL
ROJO	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	AZUL	VERDE	ROJO
ROJO	AZUL	VERDE	AZUL	VERDE
AZUL	VERDE	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	AZUL
AZUL	VERDE	VERDE	AZUL	VERDE
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	ROJO
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	AZUL
VERDE	ROJO	AZUL	ROJO	VERDE
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
ROJO	VERDE	VERDE	AZUL	AZUL
AZUL	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
ROJO	VERDE	AZUL	ROJO	VERDE
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	AZUL
ROJO	AZUL	ROJO	VERDE	ROJO
VERDE	ROJO	VERDE	AZUL	VERDE

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ardilla, R. (1985). El mundo psicológico de los ancianos. Encuentro sobre el proceso de envejecimiento y vejez. Medellín: Susaeta Ediciones.
2. Arostegui, I. (1998) Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. Universidad de Deusto. España.
3. American Psychiatric Association (1981), Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III), Editorial Masson. Barcelona, España.
4. Baddeley, A. (1999). Memoria Humana: Teoría y práctica. Ed. MacGraw-Hill. Madrid 1999.
5. Barros, C; Burmester, M; Zegers, B. (1990). La familia que envejece. En C. Barros y Asoc. Viva la vida: un nuevo tiempo para el adulto mayor.
6. Barros, C (1991). Viviendo el envejecer. Santiago: PUCCH
7. Barros, C. (2005): Calidad de Vida del Adulto Mayor, en revista Cuestiones Sociales y Económicas, año III, Nº 6, Págs. 15-33, Pontificia Universidad Católica Argentina.
8. Bassuk, S; Glass, T; Berkman, L. (1999) Social Disengagement and Incident Cognitive Decline in Community-Dwelling Elderly Persons, Society of Internal Medicine, 1999; 131:pp 165-173.
9. Bazo, M. (1992), La ancianidad del futuro. Barcelona, Fundación Caja de Madrid.
10. Bausela, E. (2006) "Utilidad del Stroop en la Psicología Clínica". Avances en Salud Mental Relacional, Vol.5, núm.1. Universidad de León. España. En <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0501/uti0501.pdf>
11. Beck, A.; Ward, C.; Mendelson, M.; Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of general psychiatry, 4, 561-571.
12. Beck, A (1983). Terapia Cognitiva de la Depresión. Desclee de Brouweir, S.A.
13. Beck, A.; Steer, R. y Harbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty five years of evaluation. Clinical Psychology Review. 8, 77-100.
14. Beck, A.; Steer, R. y Harbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty five years of evaluation. Clinical Psychology Review. 8, 77-100.

15. Belloch, A. (1994). Aspectos psicológicos del envejecimiento. En E. Anzola, D. Galinsky, F. Morales, A. Salas y M. Sánchez (Eds.) La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington: Editorial O.P.S.
16. Belsky, J. (2001) Psicología del Envejecimiento, Thomson Editores, Paraninfo S.A España.
17. Beltrán, M. (1987). Estudios sobre la familia española. Ministerio del trabajo, Madrid, España.
18. Berger, K. y Thompson, R. (2000). Psicología del Desarrollo: Adulthood and Aging. Madrid: Ed. Panamericana.
19. Blau, Zena (1973). Old Age in a Changing Society. New York: New Viewpoints, Div. Of Franklin Waltz.
20. Buendía, J. (1994) "Envejecimiento y Psicología de la Salud", cap. 11 "Aspectos Sociales de la Depresión de los Ancianos" de Jeffrey Ring. Ed. Siglo XXI, España.
21. Buendía, J. (1999) "Familia y Psicología de la Salud". Ediciones Pirámides S.A. Madrid, España.
22. Buettner, R. "Coping mechanisms used by rural principals" SSTA Research Centre Report. #95-13.
23. Calderón, C. (1996). "Estudio exploratorio de atribuciones causales y su relación con la adaptación a la enfermedad y la adherencia terapéutica en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis". Tesis presentada a la escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso para optar al título profesional de Psicóloga y al grado de licenciado en psicología.
24. Cabañeros, M. (2004) "Fiabilidad y Validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener". *Psicothema*, vol 16 n. 3.
25. Capponi, R. (1987). "Psicopatología y Semiología Psiquiátrica". *Psicopatología de la Atención y Concentración*. Editorial Universitaria S.A, Santiago de Chile.
26. Carver, C.; Séller, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a Theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 pag. 267-283.
27. Clemente, M. (2003). "Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica". *Interdisciplinaria*, vol 20 n 1, pag 31-60

28. Comité Nacional para el Adulto Mayor (2002): "Encuesta: Imagen de la Vejez" Encuesta sobre la Imagen del Envejecimiento, aplicada a 164 estudiantes de tercero medio de 5 colegios de la Región Metropolitana: (En Red) www.senama.cl
29. Correa, M. (1991) "Estrategias de sobrevivencia de un grupo de ancianos en un sector de pobreza urbana: una experiencia en la población Germán Riesco". Santiago: PUCCh.
30. Colcombe, S; Kramer, A; Erickson, K; Scalf, P; McAuley, E; Cohen, N. (2004) "Cardiovascular fitness, cortical plasticity, and aging", PNAS vol. 1 no. 9 pág. 3316-3321 (En Red). www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0400266101.
31. De la Maza, R; De la Cerda, P (1997). Aplicación y evaluación de un modelo de intervención Cognitivo Conductual en caso de depresión enmascarada. Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso para optar al título profesional de Psicólogo y al grado de licenciado en psicología.
32. Domínguez, O. (1982). La Vejez, nueva edad social. Santiago: Editorial Andrés Bello.
33. Domínguez, O. (1987). Estudio de las necesidades de la población adulta mayor de 60 años en Chile. Simposio internacional sobre el "envejecimiento ante el fenómeno del desarrollo: aspectos multidisciplinarios". Santiago: UNATIONS.
34. DSM-IV-TR (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Masson S.A, España.
35. Due, P.; Holstein, B.; Lund, R.; Modvig, J.; Avlund, K. (1999): "Social relations: network, support and relational strain" *Social Science & Medicine* 48, pp. 661-673.
36. Dweck, C. (1975). "The role of expectations and attributions in the alleviation of learned helplessness". *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 31, 674-685.
37. Erikson, E (1971) Identidad, Juventud y crisis, Buenos Aires, Paidós.
38. Escobar, C. y Marín, P. (1993). Situación demográfica en Chile. En tiempo nuevo para el adulto mayor. Enfoque interdisciplinario. Stgo: Ed. Sandoz.
39. Fernández-Ballesteros, Rocío (1991): "Valoración de programas de intervención social en la vejez". III Jornadas de Psicología de la Intervención Social. INSERSO. ISBN: 84-88896-30-0.
40. Fernández Ballesteros, R.; Izal, M; Montorio, I.; Gonzalez, J.L. y Díaz, P. (1992): Evaluación e intervención psicológica en la vejez, Barcelona: Ed. Martinez Roca. ISBN: 84-270-1573-9.

41. Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel, C., DeLongis, A. Y Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 50, 992-1003.
42. Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1988). "Manual for the ways of coping questionnaire". Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
43. Folkman, S. y Lazarus, R. S (1986). "Estrés y procesos cognitivos". Ediciones Martínez Roca, España.
44. Fundación Cáritas para el Bienestar del Adulto Mayor I.A.P, (2005) "Redes de las redes sociales de apoyo de los adultos mayores". Mexico.
45. García, J. (1991). "Paradigmas experimentales en las teorías de la automaticidad". En Anales de psicología, n 7 vol 1, pag 1-30,. En http://www.um.es/analesps/v07/v07_1/01-07_1.pdf
46. Godoy, V. y Moreno, J.E. (2002) "Afrontamiento del estrés y neuroticismo en relación con la severidad del asma". Archivos de Alergia e Inmunología Clínica 2002; Vol.33; 2: 53-55.
47. Golden, Ch. (1994). Stroop: Test de Colores y Palabras (Manual). TEA Ediciones, S.A. España.
48. Gómez-Vela, Maria y Sabeh, Eliana (2001): Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su influencia en la investigación y en la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. <http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>.
49. Guzmán , José Miguel, (2002): Redes de apoyo social de las personas mayores. Documento expuesto CEPAL, 2002, Santiago de Chile. En http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/14200/lclq2213_p2.pdf
50. Ham Chande, R. (2002) "Calidad de vida y redes de apoyo social de las personas en edades avanzadas en la Ciudad de México", Documento presentado en la reunión de expertos en redes de apoyo social a la personas mayores, CEPAL, 9 al 12 de diciembre del 2002, Santiago de Chile.
51. Hall Lomnitz, L., Redes Sociales, cultura y poder: ensayos de antropología latinoamericana, Editorial Porrúa, México, 1996
52. Hewstone, Miles (1992). La Atribución Causal. Editorial Paidós, 1ª Edición. España.
53. House,J.; Landis, K.; Umberson, D. (1988): "Social relationships and Health" Science 241, pp.540-545.
54. Instituto Nacional de Estadística (INE). Síntesis censal. Censo 2002.

www.ine.cl.

55. Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2000) Chile y los Adultos Mayores en la Sociedad del 2000. Chile (En Red) www.senama.cl
56. Junqué, C. y Jodar, M. (1990) Velocidad de procesamiento cognitivo en el envejecimiento, revista *anales de psicología*, 6 (2) pág. 199-207.
57. Kecskes, I.; Rihmer, Z. y Szadoczky, E. *et al.* (2003) "¿Influyen el sexo y la ansiedad en el resultado del tratamiento de la Depresión?". *Eur. J. Psychiat. Ed. esp.* vol. 17, n. 1, pp. 17-21. En http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2003000100002&lng=es&nrm=iso. ISSN 1579-699X.
58. Kohn, Robert (1978). Principles of Mamaliang Aging. New Jersey: Prentice.
59. Kolb, B; Whishaw, I. (1986) Fundamentos de neuropsicología humana. Editorial Labor. Barcelona, España.,
60. Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986) "El concepto de Afrontamiento" en "Estrés y procesos cognitivos", Ediciones Martínez Roca. S.A., Barcelona, España.
61. Labrador, F. (1995) "Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta" Ed. Pirámide. España.
62. Leibovici, D; Ritchie, K; Ledésert, B; Touchon, J. (1996) Does education level determine the course of cognitive decline? en *Revista Age and Aging* 25: pág. 392-397.
63. Martínez de la Pera, Alberto (1980). La vida afectiva y social en una nueva residencia para personas mayores. Bilbao: Elexpuru Hnos.
64. Moragas, R. (1991) Gerontología Social. Barcelona: Editorial Herder.
65. Neugarten, Bernice L. 1968. Middle Age and Aging: A Reader in Social Psychology. Chicago: University of Chicago Press.
66. Neugarten, B. (2003) "Dinámica de la Transición desde la mediana edad a la Vejez". Adaptación y ciclo vital. Material bibliográfico, Post-grado en Gerontología Social, Universidad Maimónides de Buenos Aires,
67. OMS (1959), Problèmes de santé mentale relatifs a la senescente et aux personnes âgées, Ginebra, VI-Rapport.
68. O'Reilly, P. (1988): "Methodological issues in social support and social network research", *Social Science and Medicine* 26, pp.863-873.
69. Palomba, R. (2002) "Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de las personas adultas mayores". CEPAL, Santiago, Chile.

70. Pereira, Y.; N'guyen D.; Diaz, I. (2002). La autovaloración y los estilos de afrontamiento: determinantes psicológicos de la calidad de vida percibida vivenciada. Trabajo de diploma para optar al título de licenciado de psicología. Universidad de Oriente. Santiago de Cuba.
71. Quiroga, P. (2004). "Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile" Rev Méd Chile, n 132 pag. 467-478.
72. Roman Lapuente, F. y Sanchez Navarro, J.P (1998) Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal, revista anales de Psicología, vol. 14, N° 1, pág. 27-43, Publicaciones Universidad de Murcia, España, 1998 (En Red) http://www.um.es/analesps/v14/v14_1/mv04v14-1.pdf.
73. Rosow, J.M. (2000) Changing Attitude to Work and Life Estyle. Resumen ERIC.
74. Ruiz Olabuenaga, JI, (1999). Metodología cuantitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.
75. Rueda, M.; Tudela, P. y Lupiañez, J. (2000). "Efecto de facilitación semántica en la tarea Stroop. Implicaciones para el estudio del control atencional. En Psicothema, v.12 n 2, pag 216-222. En <http://www.psicothema.com/pdf/280.pdf>
76. Ságrera, Martín (1989). El edadismo contra jóvenes y viejos. La discriminación universal. Madrid: Fundamentos.
77. Salamon, Michael J. (1986). A basic guide to working with the elderly. New York: Free Press.
78. Sampieri, R. (2003). "Metodología de la Investigación". Mc Graw Hill. Mexico.
79. San Martín, H.; Pastor, V. (1990) "Epidemiología de la vejez". En Medicina y Sociedad. Editorial interamericana, México.
80. Sánchez-Cánovas, J., y M. P., Sánchez López (1994): "Personalidad, Estrés y Salud". En Psicología Diferencial: Diversidad e Individualidad Humanas, Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A. Madrid, España.
81. Sánchez Hidalgo, Efraín y Lidia A. (1989). Psicología de la vejez. Río Piedras: Editorial de la U. de Puerto Rico.
82. Sánchez Salgado, Carmen D. (1990). Trabajo social y vejez. Buenos Aires: Humanitas.
83. Sandoval Ferrer, Juan; Carbonell Estacholi, Concepción; Bayarre Veá, Héctor. (2000) "Algunas variables vinculadas al estrés en sujetos alcohólicos" Revista Cubana de Psicología. Vol 17, No. 2.

84. Sanhueza, M; Castro, M; Merino, J. (2005) Adultos Mayores Funcionales: un nuevo concepto en salud, en revista Ciencia y Enfermería XI (2): pág. 17-21, 2005. (En Red) www.scielo.cl
85. Secretaría de Prensa de la República de Chile (2002) Palabras de S.E. el Presidente de la República, D. Ricardo Lagos Escobar, al promulgar ley que crea el Servio Nacional del Adulto Mayor. Chile
86. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Chile. <http://www.senama.cl>.
87. Sluzki, C. (1995). "De cómo la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social", en Dabas, E. "Redes: El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil". Ed Paidós, Buenos Aires.
88. Schade, N; Gutiérrez, B; Uribe, M; Sepúlveda, C; Reyes, C. (2003). Comparación entre Adultos Mayores y Adultos: emoción, nivel socio-cultural, percepción de la capacidad de la memoria y ejecución entre tareas de Memoria, en revista de Psicología de la Universidad de Chile, Vol. XII, N° 1: Pág. 97-110. 2003 (En Red) <http://csociales.uchile.cl/psicologia/publicaciones.htm>.
89. Shaffer, D. (2000). "Psicología del desarrollo". Ed. Thomson. Madrid, España.
90. Soriano, J y Zorroza, J. (1999). Análisis comparativo de tres cuestionarios de afrontamiento al estrés: CSI, CM, y WOC. *Boletín de Psicología*, 63, 77-79.
91. Villaseca, P. (1998). Senescencia I. CEAP: Documento de trabajo N° 36. Santiago: Universidad de Chile.
92. Weiner, B. (1974). An Attributional "Interpretation of expentancy value theory. Cognitive views of human motivation". Academic Press, Inc. New Cork
93. Wong, P. y Weiner, B. (1981). "When people ask "Why" questions an the heuristics of atributtional search". *Yournal of Personality and social psychology*. Vol. 40, N° 4, 650-663.
94. Woofolk, A. (1999). "Psicología Educativa" Cap. 10: Motivación: temas y explicaciones. Editorial Prentice Hall. 7ª edición. México.
95. Yeh, S. y Liu, Y. (2003) "Influence of social support on cognitive function in the elderly", en revista BMC Health Services Research (En Red) www.biomedcentral.com/1472-6963/3/9
96. Del Popolo, Fabiana. (2001) "Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina". CEPAL.



97. MINSAL (2007) “Manual de orientación en atención integral con enfoque familiar.”
Departamento Ciclo Vital, En www.minsal.com