



**ESTILOS MOTIVACIONALES EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD, CON O SIN
REDES SOCIALES Y SEGÚN NIVEL DE ESTIMULACIÓN. UN ESTUDIO
EXPLORATORIO DESCRIPTIVO O DE CAMPO.**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA
Y AL TITULO DE PSICOLOGO.**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

POR:

**JAIME ABARCA, DENISE ALISPACH, DANIEL CATALDO, ALVARO CONTRERAS,
CRISTIAN CUELLAR, FERNANDO SAN MARTÍN.**

PROFESOR PATROCINANTE:

JAIME MELENDEZ VERGARA

VALPARAISO, CHILE

ENERO DEL 2007

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas que contribuyeron en la consecución de esta meta.

En primer lugar, quisiéramos agradecer a las Instituciones Hogar de Cristo y Ejército de Salvación que nos abrieron sus puertas y nos permitieron trabajar en la recolección de datos.

Asimismo agradecemos a los Adultos Mayores institucionalizados que nos permitieron indagar sobre sus vidas, abriendo sus corazones y permitiéndonos dimensionar la importancia de contar con personas que se preocupen e interesen por uno.

También merecen nuestra gratitud los alumnos de la Escuela de Psicología de nuestra Universidad quienes colaboraron tanto como sujetos de estudio como aplicando instrumentos a familiares y a amigos.

Del mismo modo, agradecemos a todas aquellas personas que tuvieron la disposición y paciencia de responder a los instrumentos utilizados en este estudio.

Finalmente, merece un agradecimiento especial nuestro profesor guía, Sr. Jaime Meléndez Vergara, por el apoyo y la paciencia que nos entregó en forma constante, manteniendo durante el proceso una actitud jovial de sencillez y ofreciéndonos siempre un trato igualitario y buscando aprender tanto de nosotros como nosotros de él.

A mis padres, por todos estos años de esfuerzo, incondicional entrega y por confiar en mí.

A Lorena, por su amor, inspiración y apoyo en todo momento.

A mis familiares y amigos que con acciones, gestos y palabras contribuyeron en la consecución de esta meta.

Jaime

A mis padres, porque a ellos les debo el haber llegado tan lejos.

A Karina, porque será ella quien me lleve más allá.

Daniel

A mis padres por haberme inculcado la constancia y dedicación por lo realizado estos 5 años.

A mis hermanas por aguantar todas esas horas de silencio en que estudiaba.

A Luty por compartir pacientemente este proceso.

A Vivian por ser mi compañera y amiga desde el primer día de clases.

Y especialmente a Dios quien me acompañó en esos momentos en que necesité a mi familia y que se encontraban tan distantes...

Alvaro

A mis viejos, por inculcarme metas provechosas.

A mis hermanos, por hacerme ver que uno no vive sólo para sí mismo.

A los amigos, por las conversaciones que me aterrizaron e hicieron volar en su momento...

A Candy, por creer en mí, siempre

Cristián

A mi madre por su permanente dedicación y esfuerzo.

A mi querido Nan, mis hermanos y amigos.

Denise

RESUMEN

Se realizó un estudio exploratorio descriptivo, transversal en el tiempo con diseño cuasi experimental, sin manipulación de variable independiente y en donde se utilizaron procedimientos cuantitativos como cualitativos para una muestra intencionada de 96 personas de Valparaíso, considerando que sexo, pertenencia o ausencia de redes sociales, y pertenencia a diferentes grupos étnicos en relación al trabajo. A la muestra se les aplicó el *Índice de Depresión de Beck (I.D.B)* y el *Cuestionario de Modos y Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman*. Junto a estos, se les entrevistó sobre eventos de su vida tanto en el pasado, como en el presente y el futuro, debiendo responder la correspondiente atribución causal de tales sucesos. Se evaluó el impacto de la estimulación psicosocial sobre los niveles motivacionales y cognitivos del Adulto Mayor a través del *Test Stroop palabra-color* y *Calidad de vida*.

Se obtuvo de acuerdo a la variable “calidad de vida” que Adultos Mayores con red social presentaron percepción de calidad de vida más alta que aquellos sin red social. No se observan diferencias estadísticamente significativas por edad en cuanto a estilo Atribucional, pero sí por sexo. Se encontró que Adultos Mayores con pertenencia a red social son menos depresivos que sus pares sin red social. Finalmente se encontró que el Afrontamiento no varía en función de la edad. Adultos mayores presentaron un rendimiento atencional más pobre que los jóvenes, según el Stroop. Se concluye que pertenecer a una Red Social de cualquier tipo que sea está asociado a mejores niveles motivacionales en los Adultos Mayores evaluados y a una percepción de la calidad de vida, a pesar de que la edad es el determinante más significativo del cambio atencional en los ancianos, independiente de su pertenencia a Red Social.

Palabras claves: Tercera edad, Grupo Étnico, Género, Redes Sociales, Estilos de Afrontamiento, Atribuciones, Calidad de Vida y Efecto Stroop.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN	2
1.1. Introducción	2
1.2. Definición del Problema	5
1.3. Objetivos de la Investigación	7
1.3.1. Objetivo General	7
1.3.2. Objetivos Específicos	7
1.4. Relevancia de la Investigación	8
CAPITULO II. ANTECEDENTES GENERALES	10
2. Situación actual del Adulto Mayor	10
2.1. Situación Demográfica	10
2.2. Realidad Socioeconómica	12
CAPITULO III. MARCO TEÓRICO	18
3. Tercera Edad y envejecimiento: Un Fenómeno Biopsicosocial	20
3.1. Dimensión Biológica	20
3.1.1. Relación entre envejecimiento Cognitivo y fisiológico	21
3.1.2. Efecto del nivel de Educación sobre el curso del declinar cognitivo	25
3.1.3. Importancia de las Redes Sociales sobre el Rendimiento Cognitivo	29

3.2. Dimensión Psicológica	30
3.2.1 Depresión	32
3.2.1.1. Depresión en Tercera Edad	34
3.2.2. Atribución Causal	38
3.2.2.1. El Modelo de Bernard Weiner	38
3.2.2.2. Dinámica del proceso de atribución	43
3.2.2.3. Consecuencias del proceso atribucional	45
3.2.2.4. Reacciones afectivas	46
3.2.3. Estilos de Afrontamiento	47
3.2.3.1. Estrés y Afrontamiento	47
3.2.3.2. El concepto de Afrontamiento	49
3.2.3.3. Estilos y estrategias de afrontamiento	51
3.2.3.4. El Modelo de Lazarus y Folkman	52
3.3. Dimensión Social	57
3.3.1. Redes sociales en la tercera edad	58
3.3.2. El proceso de envejecimiento dentro de un contexto social	60
3.3.3. Teorías que explican la relación del individuo y la sociedad	62
3.4. Calidad de vida en el Adulto Mayor	63
3.4.1. Antecedentes	63
3.4.2. Unidimensionalidad v/s Multidimensionalidad	65
3.4.3. Carácter subjetivo v/s carácter objetivo	65
3.4.4. Conceptualización nomotética v/s conceptualización ideográfica	66
3.4.5. Evaluación de la Calidad de Vida	68

CAPITULO IV. METODOLOGÍA	73
4.1. Diseño de la investigación	73
4.2. Población de Estudio	73
4.3. Selección de la Muestra	74
4.4. Procedimiento	75
4.5 Hipótesis de la Investigación	77
4.6 Técnica de recolección de datos	78
4.7. Definición de Variables	85
4.6.1 Variables Independientes	85
4.6.2 Variables Dependientes	85
4.6.3 Definición de Constructos	85
 CAPITULO V. RESULTADOS	 89
5.1. Comprobación de Hipótesis	89
5.1.1 Respuestas a hipótesis relacionadas con Calidad de Vida	90
5.1.2. Respuestas a hipótesis relacionadas con I.D.B.	102
5.1.3. Respuestas a hipótesis relacionadas con Afrontamiento	113
5.1.4. Respuestas a hipótesis relacionadas con Atribución Causal	123
5.1.5. Respuestas a hipótesis relacionadas con Efecto Stroop	146
 CAPITULO VI. CONCLUSIONES	 156
REFERENCIAS	164

APÉNDICES

Apéndice A: Cuestionario

Apéndice B: Test Stroop

CAPITULO I.

INTRODUCCIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

Chile, al igual que Cuba, Argentina, Uruguay y muchos países desarrollados, está viviendo un proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento, lo que ha sido provocado en general, por los cambios socio-culturales de nuestra sociedad occidental y en particular, por los progresos de la medicina preventiva y curativa, vacunas incluidas, por el aumento de la esperanza de vida al nacer, por la baja en la tasa de natalidad y por la adopción de hábitos alimenticios de vida más saludables, como por ejemplo la practica de algún deporte, evitación de una vida muy sedentaria, etc. (a pesar del aumento en la ingesta de la comida chatarra por parte de la población), elementos todos que redundan en un descenso sostenido de la mortalidad desde los años 40 del pasado siglo XX.

Es así como en el año 2002 contábamos con 1.717.478 personas mayores de 60 años, de ellos, 959.429 mujeres y 758.049 hombres, lo cual daba como porcentaje un 11,8 % del total de la población chilena. Esto quiere decir que, hasta esa fecha, teníamos 35 adultos mayores por cada 100 niños y adolescentes cifra que, según proyecciones del INE, aumentará para el año 2020, donde aproximadamente el 20% de la población tendrá 60 años o más, es decir, habrán 70 adultos mayores por cada 100 niños y adolescentes menores de 15 años, o sea, 1 de cada 5 habitantes será un adulto mayor. Además, según las mismas estimaciones, para el año 2034 las cantidades entre jóvenes y adultos mayores tenderán a igualarse, y a partir del 2035, los ancianos superarán en número a los jóvenes. (Instituto Nacional de Estadísticas, 2002)

Estamos hablando entonces de una transición demográfica que conlleva cambios profundos y significativos en la convivencia social y en el enfoque sanitario. A este respecto las autoridades nacionales muestran una mayor preocupación, como lo confirma

la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) el año 2002, sin embargo, no se perciben mayores demostraciones de aceptación y preocupación por parte de la sociedad en general, frente a las demandas de necesidades que los ancianos tienen.

Por otra parte, como se señala en una encuesta realizada el año 2002 por el Comité Nacional para el Adulto Mayor, la mayoría de los jóvenes considera que los adultos mayores son discriminados y que en la actualidad están poco integrados a la sociedad (CONAPAM, 2002).

En lo que refiere a su posicionamiento social, es evidente que los ancianos no son prioridad programática en los medios de comunicación, en donde más bien se resalta la deseabilidad de los rasgos tradicionalmente considerados “juveniles”, como son la belleza y el vigor, provocando una suerte de “invisibilización” de las personas de la tercera edad, tanto de sus necesidades como de las enseñanzas que puedan ofrecer. Esto contrasta un tanto con lo que ocurre en países desarrollados, en donde los adultos mayores se encuentran protegidos por las legislaciones y cubiertos por programas sociales amplios, que no sólo incluyen aspectos de necesidades básicas, sino también de recreación y de esparcimiento, otorgándoles facilidades que van más allá de lo que pudiéramos considerar como derechos básicos, sino que apuntan directamente a la calidad de vida y a hacer que esta etapa sea vivida como un proceso natural, con tranquilidad y dignidad.

En lo que atañe al aspecto laboral, el proceso de modernización también ha provocado cambios importantes. En el pasado, el momento de la jubilación y el retiro servían para prepararse a un buen término de la vida. Actualmente, es el momento de disponerse para una nueva etapa, en la medida en que se ha ampliado el promedio de vida de la población. Debido a que hasta casi un siglo las expectativas de vida de los chilenos no pasaban los 45 años de edad y que en la actualidad este promedio dista mucho del real, se genera en el plano laboral, un gran problema socioeconómico debido a que, según las leyes, el hombre jubila a los 70 años y la mujer a los 65, ocurriendo que a

muchos jubilados se les acaba su pensión dejando de percibir ingresos, a pesar de seguir viviendo.

En cuanto al rol familiar también se percibe que los adultos mayores están en situación de desventaja, pues nuestra sociedad occidental no los valora como fuente potencial de sabiduría, integrándolos a la familia en un rol relevante, sino más bien los rotula como sinónimo de deterioro y de carga social, en el sentido de que los ancianos “viven en el pasado”, son “depresivos” o no aceptan lo nuevo, otorgando una connotación negativa a todo aquello que contraste con lo establecido y sus representaciones sociales. En consonancia a esta percepción se les tiende a aislar en casas de reposo o instituciones de acogida, en donde no se les estimula sus capacidades ni menos aún su potencial influencia sociofamiliar, y donde todavía perdura la idea de que las necesidades básicas satisfechas por sí solas redundan en un bienestar global de la persona, lo cual constituye un error si nos remitimos a la definición de salud que entrega la OMS en 1979, donde se considera como un estado en el que existe una situación óptima de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de una enfermedad.

Ante esta suma de situaciones, que configuran factores de riesgo psicosocial, no es de extrañar que las personas más longevas de nuestra sociedad puedan desarrollar el fenómeno de la “Profecía Autocumplida” o “Efecto Pygmalión”, según el cual, ellas mismas se convencerían de su situación de carencia y deterioro, provocándolo, sin que exista una base fisiológica objetiva que explique esta percepción y posterior conducta en aquellos casos de vejez normal, es decir, en ausencia de enfermedades neurodegenerativas y/o psiquiátricas.

1.2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El fenómeno del envejecimiento ha sido estudiado hasta hace poco tiempo, casi exclusivamente desde una perspectiva biomédica, lo cual ha sido beneficioso pero insuficiente. Por un lado, se ha logrado aumentar el conocimiento de las expresiones biológicas del envejecimiento, ayudando a extender el período de vida de las personas ancianas, pero por otro lado, la actitud frente al anciano se ha visto desfavorecida, presentándolo como sinónimo de decadencia, déficit e involución (Sanhueza et al, 2005). Esto quiere decir que la reducción objetiva de algunas funciones sensoriales, cognitivas y motoras, llevan a la sociedad a identificar al adulto mayor como un sujeto que presenta carencias, estancándolo tanto cognitiva como motivacionalmente, y especialmente, en aquella capacidad que nos permite adaptarnos a situaciones específicas como es la Inteligencia. Esto responde más a un estereotipo que a la realidad objetiva, tal como lo sugieren las bajísimas estadísticas (7,3%) que reúnen en conjunto los trastornos mentales, comportamientos y trastornos al sistema nervioso en la población Adulto Mayor discapacitada en nuestro país (INE, FONADIS, 2006).

Para superar esta forma de reduccionismo biológico, se vuelve necesario el aporte de la Psicología, de las Ciencias Sociales y de las Neurociencias Cognitivas al estudio del enfrentamiento que los adultos mayores hacen a esta etapa de su vida.

De esta forma se define 'Envejecimiento' desde un punto de vista psicosocial y no ajeno a su sustrato biológico como un proceso individual de adaptación a los cambios, que ocurren al interior de los individuos, en su propio organismo, y en sus capacidades de funcionamiento, en sus circunstancias personales y en su entorno social (Barros, 2005).

De acuerdo a esta línea conceptual adoptada, existen ciertos factores relevantes de estudio, como son factores de memoria, aprendizaje y conciencia, afectivos y sociales, que median la consecución de un óptimo estado de salud por parte del Adulto Mayor.

Autores como Folkman y Lazarus (1986) se han dedicado a estudiar los aspectos cognitivos. Para ellos lo crucial no son tanto las circunstancias en que se encuentran los individuos ni los eventos que les ocurren, sino *su capacidad de enfrentar y adaptarse a las situaciones estresantes de modo de recuperar y mantener su bienestar*. De este modo, las personas de la tercera edad son sujetos activos que construyen en parte la calidad de su envejecer dentro de determinadas condiciones sociales, las que son interpretadas como oportunidades y recursos que facilitan o entorpecen el proceso de enfrentamiento (Barros, 2005). Otros autores destacan que *la posibilidad de participar de un entramado social que valide y reconozca al anciano es considerado como favorecedor de la salud cognitiva y emocional de los adultos mayores* (Bassuk et al, 1999; Yeh y Liu, 2003).

Esto último podría sugerir que, en presencia de una adecuada estimulación medioambiental, el deterioro biológico asociado al envejecimiento no marcha a la par con el deterioro cognitivo y motivacional. Debido a esto, se vuelve relevante para nuestro estudio pesquisar las variables psicosociales que influyen en la motivación y el rendimiento cognitivo de los ancianos, como puede ser la *cantidad de roles sociales* (vistas en su relación con el trabajo y la pertenencia o no pertenencia a redes sociales), y *el nivel de estimulación* (operacionalizado en el nivel educacional que ha alcanzado cada cual). Todo esto se expresaría en modos de afrontamiento, los estilos de atribución causal destacando el *locus de control* y la propia percepción subjetiva de calidad de vida. Además, con el objeto de evaluar hasta qué punto son relevantes estas variables psicosociales se coteja al grupo de Tercera Edad (65 y más años) con 2 grupos etéreos control: el de los adolescentes (18-25 años) y adultos (26-64 años), de acuerdo con las mismas variables recién descritas.

De esta manera, el problema de nuestra investigación queda planteado del siguiente modo: ¿Cuál es el impacto que tienen la estimulación social y la estimulación

cognitiva, en la consecución de una adecuada motivación y calidad de vida, en una muestra intencionada de sujetos de la Tercera Edad, de la Provincia de Valparaíso?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Estudiar y Analizar las variables que provocan la consecución de una adecuada motivación y calidad de vida en una muestra intencionada de sujetos en la provincia de Valparaíso.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar el estado de ánimo de aquellos sujetos con red social respecto de los que no presentan pertenencia a red social, de acuerdo a sexo y edad.
- Comparar los mecanismos atribucionales y estilos de afrontamiento entre sujetos ancianos con red social de los sujetos ancianos sin red social.
- Describir el grado de deterioro cognitivo de los sujetos ancianos con y sin red social, estableciendo como grupo control al grupo joven con y sin red social.
- Determinar la influencia del nivel educacional sobre el deterioro cognitivo de los ancianos, de acuerdo a sexo y red social.
- Establecer y analizar las diferencias entre los 3 grupos etáreos respecto a proyección al futuro.

1.4. RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Relevancia Teórica: Esta investigación establece relaciones conceptuales entre variables psicosociales como edad, afrontamiento, atribución causal, depresión, desarrollo cognitivo y calidad de vida, que enriquecen el estudio empírico del tema de la vejez, por cuanto integra las principales dimensiones que median el desempeño adaptativo del individuo a su entorno.

Relevancia Metodológica: Se relaciona con la aplicación de una perspectiva psicosocial a través de una batería de instrumentos que dan cuenta de una variedad de factores que estructuran la vida de los individuos evaluados, además de la inexistencia en nuestro medio de una evaluación con estas características.

Relevancia Práctica: Los resultados obtenidos en este estudio permiten enriquecer y actualizar el cuerpo de conocimientos que se tienen sobre la vejez, lo cual puede ser de utilidad para la implementación de políticas públicas tendientes a mejorar la calidad de vida de las personas de tercera edad, como puede ser, concretamente, en campañas de sensibilización social en torno al tema, estableciendo en ellas información empírica que contrasta los consabidos prejuicios de incapacidad y deterioro, para estimular, eventualmente, una legislación laboral que incluya a los ancianos en trabajos acordes a sus capacidades, fomentando, en definitiva, la integración a la sociedad y no la marginalización de la que han sido víctimas hasta ahora.

En cuanto a la Viabilidad de la Investigación, señalamos que fue plenamente factible pues se contaron con los recursos requeridos, tanto económicos, como humanos, además de ser realizada en los plazos propuestos.

CAPITULO II.

ANTECEDENTES GENERALES

2. SITUACIÓN ACTUAL DEL ADULTO MAYOR.

En este capítulo se presenta un perfil del adulto mayor tanto a nivel nacional, regional y comunal como una forma de dar cuenta del aumento demográfico explosivo que está ocurriendo con este grupo etáreo. Para obtener esta información se recurre a censo 2002 y a la encuesta de caracterización socioeconómica 2003 (CASEN).

2.1. Situación Demográfica:

De acuerdo a la información otorgada por el Servicio Nacional del Adulto Mayor 2003, según datos del Censo 2002 (INE, 2002) en el año 2002, el número de personas mayores de 60 años era de 1.717.478 personas, de los cuales 959.429 son mujeres y 758.049 son hombres que arrojan 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 para el año 2020, es decir, el 20% de la población pertenecerá a este grupo etáreo. Además, según las mismas estimaciones, para el año 2034 la cantidad entre jóvenes y adultos mayores tenderán a igualarse, y a partir del 2035, los adultos mayores superarán en número a los jóvenes (INE, 2002). 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).

Y es que el proceso de transición demográfica avanzada por el cual atraviesa el país se refleja en un aumento de la población de 76 años y más en el total de adultos

mayores. Este fenómeno se aprecia especialmente en las mujeres adultas mayores. Así, mientras en el año 1990, el 22,5% de las mujeres adultas mayores tenían 76 años y más, en 2002 esta cifra asciende a 25,7%.

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. En cambio en la población de 0 a 29 años representan el 49,6% y en la población de 30 a 59 años el 52,0%. A medida que se incrementa la edad de los adultos mayores se incrementa la participación de las mujeres en el total. Así es como, en el 2003 las mujeres representan el 53,5% de los adultos mayores entre 60 y 65 años, el 55,4% de los adultos mayores entre 66 y 75 años y el 61,2% de los adultos mayores de 76 años y más. Lo anterior se relaciona con la mayor esperanza de vida mencionada anteriormente que registra el país.

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.

Este incremento sostenido del promedio de años de vida esperados por la población chilena comienza a hacerse notoria desde la década de los 70, fecha desde la cual se ha presentado una diferencia constante y que favorece prácticamente en 6 años a las mujeres respecto de los hombres.

En lo cuanto a la Quinta región de Valparaíso, ésta posee 1.539.852 habitantes, de los cuales aproximadamente 206.872 son adultos mayores, que se desglosan en 89.200 hombres y 117.672 mujeres. La región 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. A nivel Provincial, se encuentran repartidos de la siguiente manera: Provincia de Valparaíso: 123.347 adultos mayores (50.600 hombres y 72.747 mujeres); Provincia de Los Andes: 10.204 adultos mayores (4.704 hombres y 5.500 mujeres); Provincia de Petorca: 8.468 adultos mayores (4.114 hombres y 4.354 mujeres); Provincia de Quillota: 29.805 adultos mayores (13.603 hombres y 16.202 mujeres); Provincia de San Antonio: 18.526 adultos mayores (8.538 hombres y 9.988 mujeres); Provincia San Felipe de Aconcagua: 16.265 adultos mayores (7.522 hombres y 8.743 mujeres); Provincia de Isla de Pascua: 257 adultos mayores (119 hombres y 138 mujeres).

Dentro de las comunas con mayor población de adultos mayores a nivel nacional, encontramos que Viña del Mar ocupa el primer lugar con un 15,12% y la comuna de Valparaíso el tercer lugar con un 13,94% respecto de sus poblaciones totales.

2.2. 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, en 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.

Dentro de la población adulta mayor se observa que la proporción de mujeres que viven solas es superior a la que se registra en los hombres (12,4% y 8,2%, respectivamente). Esta situación se relaciona con el mayor porcentaje de viudas en las adultas mayores.

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%).

Respecto a los ingresos, mientras mayores son éstos en el adulto mayor, mayor es el promedio de años de estudio. Se debe mencionar que esta situación no solo ocurre en este grupo etáreo, sino también en la población total. Es un hecho que a medida que aumentan los ingresos del hogar se incrementa el promedio de años de escolaridad en sus miembros. La población adulta mayor del quinto quintil registra un promedio de años de estudio de 10,8 años, valor que desciende a 4 años en la población del primer quintil, es decir, la de menores ingresos del país.

En las personas de 60 años y más, la población del quinto quintil supera ampliamente a la población del primero en años de estudio. Estas diferencias son aún más notorias en los hombres de 76 años y más donde los del quinto quintil tienen 3,1 veces los años de estudios de sus pares del primer quintil.

La Salud es otro tema de gran importancia, no solo para el adulto mayor, sino para todas las edades. El 70,7% de las personas comprendidas en el tramo etáreo de 0 a 59

años de edad y el 81,7% de los de 60 y más se encuentran afiliadas al Sistema Público de Salud. Los porcentajes de personas afiliadas a instituciones privadas de salud (ISAPRES) de uno y otro tramo etáreo corresponden a 7,5% y 17,5%, respectivamente, lo que expresan con claridad el hecho de que los adultos mayores acceden al sistema privado de atención de salud en una proporción que es 10 puntos porcentuales inferior al acceso del tramo etáreo más joven. Al momento de consultar donde recurrió cuando necesitó atención de salud frente a una enfermedad o accidente, el 68,5% de los adultos mayores declaró haber consultado en un centro público de salud o en un centro de urgencia público. Alrededor de un 25% consultó en un centro privado de salud o en un centro de urgencia privado.

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%.

En el 2003, el 26,1% de la población de 60 años y más formaba parte de la fuerza de trabajo nacional, eso sí con diferencias muy importantes por tramo de edad. En efecto, la tasa de participación de los adultos mayores entre 60 a 65 años corresponde a 44,7%, cifra que desciende a 20,6% en los adultos mayores de 66 a 75 años y a 6,5% en los adultos mayores de 76 años y más.

Por otra parte, existen importantes diferencias en la tasa de participación de los adultos mayores por sexo, ya que en todos los tramos de edad analizados, la tasa de participación de los hombres adultos mayores es muy superior a la registrada para las mujeres. Esta situación se relaciona principalmente con la jubilación y los quehaceres del hogar en las mujeres.

Finalmente se debe mencionar que dentro de la fuerza de trabajo en el adulto mayor que generalmente se presenta con diferencias entre mujeres y hombres debido a que estos últimos continúan trabajando 5 años más para conseguir su jubilación. El porcentaje de adultos mayores que no busca trabajo por estar jubilado se incrementa con la edad, llegando al 74,6% de la población de 76 años y más.

Entre las mujeres existe una razón que adquiere mucha importancia, especialmente en las mujeres de 60 a 65 años, los quehaceres del hogar. En efecto, el 61,6% de las mujeres de 60 a 65 años declaró que no había buscado trabajo en los últimos dos meses por esta razón. Por el contrario, en los hombres esta razón no se menciona (CASEN, 2003).

CAPITULO III.

MARCO TEÓRICO

El siguiente marco teórico se inclina por un modelo que busca la integración biopsicosocial a la hora de entender el fenómeno de la vejez. Se parte de la base que esta interacción trifactorial existe y que no es correcto parcelar al ser humano en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales y que si se habla por separado de ellos, es solo con fines pedagógicos siendo fenómenos que no se pueden separar al momento de intentar una aproximación al análisis del fenómeno del adulto mayor.

Se observa al envejecimiento como una etapa vital en el desarrollo de un individuo humano que plantea múltiples crisis y tareas que deben ser afrontadas por el individuo en un ambiente físico y social del cual aprende y que también modifica, con el fin de adaptarse a su realidad.

De entre los factores que median en mayor o menor medida al afrontamiento adaptativo, podemos iniciar esta exposición considerando los factores biológicos y posteriormente se incluirán los factores psicosociales.

El envejecimiento en los seres humanos es un proceso que comienza al finalizar la etapa de maduración sexual con lo cual el organismo queda capacitado para procrear y multiplicar la especie. El envejecimiento es un fenómeno que escapa a su voluntad y viene determinado por la biología en tanto ser vivo. En la vejez el cuerpo pierde el vigor de antaño, los sentidos disminuyen su umbral al igual que algunas competencias cognitivas, así como se conservan otras y aumenta la cronicidad de enfermedades.

Estas características objetivas deben ser asumidas de alguna manera por parte del anciano. En este punto los factores psicológicos, en un campo social determinado, nos ayudan a comprender el proceso.

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, es decir, su estilo atribucional, el cual afecta e influye la conducta y motivación de las personas, tanto en presente como a futuro.

De otro lado, su modo o estilo de afrontamiento frente a situaciones medioambientales, alude a otro concepto que aporta a comprender el desempeño adaptativo, por cuanto nos indica el modo de manejar las situaciones estresantes por parte de la persona, señalando, *grosso modo*, si apunta a manejar las situaciones en forma activa, o bien a regular sus emociones en una tendencia pasiva.

Luego de esto, cobran importancia las variables sociales que pueden aparecer como oportunidades u obstáculos en el proceso de adaptación (Barros, 2005). Acotado al tema del anciano, quien debe afrontar las tareas críticas de su etapa de vida, tales como la jubilación, la reducción de las finanzas, la muerte de seres queridos y especialmente del cónyuge, así como la cronicidad de enfermedades que merman su autonomía, se ha planteado como protector para su salud emocional, incluso cognitiva, el hecho de que tenga la oportunidad de disponer de altos niveles de participación en redes sociales con las cuales establezca un intercambio de recursos afectivos e instrumentales (Bassuk et al, 1999).

Como resultado de esta interacción es útil plantear el concepto de *calidad de vida* en las personas de tercera edad. La menor o mayor satisfacción que un anciano tiene con la vida es el resultado de la conjunción de factores objetivos y subjetivos.

De esta manera se advierte como las grandes áreas que estructuran la vida del anciano están en íntima interacción en la vida cotidiana a la hora de enfrentar las tareas

psicosociales propias a su etapa vital. Por esta razón el presente estudio, ha buscado revisar e integrar todos estos conceptos de envejecimiento fisiológico, atribución causal, afrontamiento, calidad de vida, a fin de lograr un análisis más integral de como afecta la estimulación psicosocial en la salud de las personas de la tercera edad considerando las variables anteriormente señaladas.

3. TERCERA EDAD Y ENVEJECIMIENTO: UN FENÓMENO BIOPSIICOSOCIAL.

3.1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA:

Cuando abordamos el tema del envejecimiento desde la dimensión biológica, es importante señalar en primer lugar, según Berger y Thompson (2000), que existe un envejecimiento primario y uno secundario. El primero de ellos hace alusión 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 de los años. El segundo en tanto, es el resultado no de la edad, sino de la enfermedad, y desuso; factores a menudo bajo nuestro propio control. Se refiere a los cambios provocados por enfermedades o afecciones específicas (Berger y Thompson, 2000). Además, el envejecimiento secundario implica cambios que a pesar de ir asociados a la edad se pueden evitar y en ocasiones, cuando aparecen se pueden revertir.

El envejecimiento desde el punto de vista biológico, según Villaseca (1988), es un proceso universal, inherente al hombre, dinámico y de gran variabilidad individual, lo cual no deja de ser una afirmación gratuita, por no considerar el modelo trifactorial: el hombre y algunos animales domésticos son los únicos en alcanzar la vejez. También hay que aclarar que el tema de la tercera edad es un producto social, no siempre válido para todas las épocas y sociedades.

Durante el envejecimiento, ocurren diferentes modificaciones físicas y psicosociales, las cuales aumentan la posibilidad de enfermar del adulto mayor y comprometen la autovalencia 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 más 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, reflejan, o son la “cara visible” de los trastornos corporales que tienen lugar en el resto de sistemas. Además de lo mencionado anteriormente, 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).

Se debe aclarar que enfermedad y envejecimiento no son sinónimos. Sin embargo, 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 a padecer enfermedades puede deberse a los estilos de vida y hábitos que han llevado a las personas a lo largo de su vida y a que los sistemas corporales en esta etapa son menos eficaces debido al envejecimiento primario, léase como deterioro biológico irreversible (Berger y Thompson, 2000).

3.1.1. Relación entre envejecimiento cognitivo y fisiológico.

Tal como se ha mencionado anteriormente en esta investigación, el envejecimiento fisiológico también 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.

No obstante tales conocimientos, este es otro tema específico de la vejez humana que ha sufrido durante mucho tiempo de visiones estereotipadas, basadas en gran parte en el prejuicio, como por ejemplo en afirmaciones que sostienen que los ancianos mayores son “incapaces de pensar con claridad”, que “casi no tienen memoria” o que “viven en el pasado” cuando en verdad la inmensa mayoría de las personas mayores son despiertas, capaces mentalmente y completamente capaces de aprender (Belsky, J. 2001).

Lo anterior queda probado en nuestro país. En Chile 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).

Estas estadísticas, que son bajas para la población con discapacidad, nos pueden sugerir ideas respecto a la población sana, si partimos de la base que en los discapacitados son esperables los más altos niveles de deterioro funcional, desde un plano biopsicosocial, en comparación a aquellos individuos sin discapacidad, entendiendo a esta última como aquella que presenta deficiencias de sus funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en sus actividades y restricciones en su participación, como resultado de la interacción negativa de su condición de salud y los factores contextuales (ambientales y personales) en los que se desarrolla (FONADIS).

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 proporciona a continuación datos actualizados que permitan formarse una opinión más científica respecto a la relación entre envejecimiento cognitivo y fisiológico, dando una revisión a

funciones cognitivas específicas como la inteligencia, la memoria, los procesos atencionales y el lenguaje.

Para el caso de la inteligencia, dependiendo del tipo de estudio, se obtienen distintas edades para el inicio del deterioro de la inteligencia. Los estudios transversales señalan que esta edad corresponde a los 20 años, mientras que los estudios longitudinales la sitúan en la madurez.

Para conocer las capacidades específicas que experimentan deterioro relacionado con la edad señalamos 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. Estos son:

Inteligencia Cristalizada: Definida como 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 novedosas, la cual tiene una base biológica, más independiente de la experiencia de la persona, y por lo tanto menos modificable por la experiencia.

Horn pensaba 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 aumenta con los años. Pero en la vejez esta también disminuye, aunque de manera más lenta que la Inteligencia Fluida. En algún momento de la vida, el efecto de las pérdidas (el trabajo, las relaciones, la salud) provoca que olvidemos más deprisa que adquirimos nuevos conocimientos (Belsky, 2001).

Este último 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 (unas habilidades aumentan mientras que otras disminuyen) y hay 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, como son la velocidad, la salud y la estimulación mental.

Con respecto a las variables que mantienen a la inteligencia bien ajustada, se encuentra:

Efecto de la Velocidad: referida a la velocidad del procesamiento de la información que la persona posee. En un estudio hecho por 2 investigadores españoles (Junqué y Jodar, 1990) se encontró que el envejecimiento no sólo comporta un enlentecimiento en el tiempo de reacción de elección (tiempo perceptivo, de decisión y motor) sino también en el procesamiento cognitivo. Los investigadores pensaban que tal enlentecimiento era debido 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 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 y no sedentaria favorece la salud y la cognición del adulto mayor. Colcombe et al.(2004) comprobaron en un estudio longitudinal de 6 meses

que los adultos mayores que practicaban ejercicio aeróbico se beneficiaban en términos de su salud cerebral, pues en pruebas cognitivas mostraban mayor activación de áreas relacionadas con atención selectiva (lóbulos frontal, prefrontal y parietal) en comparación a los ancianos que no realizaban 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 dendritización 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).

3.1.2. 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 jugaba un rol protector sobre el deterioro cognitivo relacionado con la edad, en un amplio rango de funciones cognitivas.

Encontraron 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 en aquellas funciones cognitivas que tienen un más alto grado de componente aprendido como lo es el lenguaje y la memoria secundaria (referida cronológicamente a minutos, a años), los grupos de más alta educación mantuvieron más “resistencia” al cambio en comparación a los de baja educación. No ocurría lo mismo para funciones con mayor determinación genética y fisiológica como la atención, la memoria implícita y el análisis visoespacial en donde la educación jugaba una relativa poca influencia.

Sus descubrimientos sugieren que el nivel de CI, 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 tuviera más de 50 años y además presentase quejas subjetivas de pérdida de memoria en actividades de la vida diaria, obtuviese un rendimiento en los tests de memoria por debajo de una desviación típica de su grupo normativo, mantuviese preservadas las funciones intelectuales generales y que no presentara demencia. (Crook y cols., 1986; citado en Román y Sánchez, 1998), vale decir que la persona pese a

manifestar una disminución de su memoria no se quejaría de pérdida de sus otras habilidades instrumentales.

Con el propósito de revisar más en detalle como se presenta la memoria en la Tercera edad, se presenta 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: tienen 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.

Refiriéndonos ahora a la Atención, en este caso, hablamos 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 en 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 fluencia verbal, la comprensión de estructuras gramaticales complejas y con la descripción de objetos.

A pesar de ello, este relativo mantenimiento del lenguaje ha sido postulado 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.

3.1.3. 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. Diversos estudios han entregado evidencia a favor de esta relación.

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 reducía 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 percibían 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) encontraron 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 que 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), mejor autoestima y, en consecuencia, un mejor afrontamiento de situaciones estresantes que frenaría la producción de glucocorticoides, las hormonas implicada en daño hipocampal que provoca descensos medibles en memoria y aprendizaje (Sapolsky, 1992; Seeman, 1997, citados en Bassuk, 1999).

3.2. 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) 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 tienen menos agudeza 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 y el interés, 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

3.2.1. 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).

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 despreciadas 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 y cambios en el apetito. 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, 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. En este sentido, espera penas, frustraciones y privaciones interminables. 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)

3.2.1.1. 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, 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 obtenía que el 14,7% de la población anciana presentaba sintomatología disfórica de manera significativa y un 3,7% un trastorno depresivo mayor. (Buendía, 1994).

En un estudio sociológico realizado en España, Bernard Krief (1982, citado en Buendía, 1994), obtenía un 7,3% de anciano 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 directos 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 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 femenina, pertenencia a clases sociales más desfavorables, estado civil pudiesen estar influyendo 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 tenían 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 6 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). El resultado de este trabajo, donde se intentaba evaluar el papel jugado por las variables de estudio en el desarrollo de la sintomatología depresiva sobre una muestra de 1233 personas mayores de 55 años 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.

3.2.2 Atribución Causal.

Dentro de la psicología, el área de la motivación es una de las más amplias y también una de las más estudiadas. Con el tiempo y a raíz de múltiples investigaciones se han conformado diversas teorías, complementarias entre sí, que podrían explicar el estado motivacional de un sujeto o de un grupo frente a una situación específica ya sea rutinaria o novedosa. Es en este contexto y específicamente dentro de las explicaciones cognitivas de la motivación que surgen diversas teorías que dan cuenta de cómo ésta es afectada por creencias y atribuciones sobre lo que sucede y sus causas.

A partir de esto, entenderemos la atribución causal como la descripción de la forma en que las explicaciones, justificaciones y excusas de los individuos influyen en su motivación y conducta (Woolfolk, 1999).

Esta definición parte del supuesto de que todos nos cuestionamos sobre la razón de nuestros éxitos y fracasos en el intento por comprenderlos. La persona los puede atribuir 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).

Heider (1958) fue el primero en proponer una teoría psicológica de la atribución. Ya en la década del cincuenta veía al hombre como alguien que en su vida cotidiana trata de encontrar la explicación y comprensión de lo que le rodea junto con la predicción y el control de lo que inmediatamente le puede ocurrir (Heider, 1958), pero no fue hasta el año 1974 cuando Weiner desarrolló toda una teoría respecto al tema y en la actualidad su investigación se considera uno de los mejores aportes a la Psicología Social.

3.2.2.1. Las Atribuciones Causales: El Modelo de Bernard Weiner.

Weiner trabajó en la década del 70 el tema de la motivación de logro intentando descubrir las causas por las cuales los sujetos atribuyen éxitos y fracasos y las

consecuencias que tendrían en distintos ámbitos. Para esto intenta construir una teoría que sea capaz de dar cuenta de las explicaciones o atribuciones causales que la gente realiza para poder decir cual será la motivación y el comportamiento futuro de ellos (Beltrán, 1987).

Este modelo atribucional afirma que toda persona tiende a buscar una causa que explique tanto el comportamiento de los otros como de sí mismo, y que ese comportamiento será función, en el futuro, del tipo de atribución causal que se haga.

Weiner habla que cuando un estudiante fracasa o tiene éxito en un examen tiende a buscar una causa de su resultado, y la causa a la que el atribuye su conducta influirá fuertemente en su motivación y en su rendimiento para próximos exámenes.

En su investigación Weiner (1974) distingue 4 causas, las cuales se le asignan valores diferenciales utilizando varias fuentes de información afectando el logro de la atribución:

1) Antecedentes para la inferencia de *Habilidad*: Estaría determinada por la información que el sujeto posee de pasadas ejecuciones propias o ajenas. Dependiendo de los resultados obtenidos (éxitos o fracasos) el individuo determinará si “puede” o “no puede”. Por lo tanto la consistencia es una importante señal para la inferencia de habilidad. La información sobre resultados, en conjunto con parámetros grupales van a ser usados 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*: 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 percibieron que ellos desplegaron mas 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. Si muchos obtuvieron éxito en la tarea, entonces la tarea es percibida como fácil, por el contrario, si pocos lograron entonces ésta 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 a los datos de los resultados obtenidos. Si cada uno ejecuta correctamente una tarea, es de poca importancia si ésta aparece inicialmente como dificultosa.

4) Antecedentes para la inferencia de *Suerte* experimentada: Dependerá de cómo sea descrita la tarea, algunas son consideradas como cosa de suerte y otras no. En experimentos realizados la adscripción a la suerte es usualmente inducida por instrucciones específicas, donde los sujetos son previamente informados que los resultados de la tarea son debidos al azar. Esto sugiere que generalmente la señal más saliente para la atribución a la suerte es la estructura de la tarea, 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 recién mencionados tienden a sobresalir. Esto revela una economía y simplicidad en el razonamiento causal respecto a su rendimiento, sin dejar a un lado la percepción que la gente puede poseer sobre la existencia de una variedad de causas. Más tarde y una vez identificado 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 está ligada intrínsecamente a características propias de la persona (Ej. la habilidad, esfuerzo, inteligencia, atractivo físico, etc.) y *externas* cuando el origen reside en otras personas o en las características del medio (factores ambientales, dificultad de la tarea, popularidad, etc.).

Cabe señalar que, el lugar de una causa dentro de estas dimensiones no es invariante a través del tiempo o entre las personas, dependiendo fuertemente de la historia del sujeto. Así por ejemplo, en un caso extremo, una persona puede llegar a percibir la suerte de un factor interno (“yo soy una persona de suerte”).

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

B) Estabilidad.

Esta dimensión hace referencia a si el mismo 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 distinción 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 que quien atribuye realiza respecto de la presencia o ausencia de una causa determinada en futuros eventos, en otras palabras, si un factor causal persistirá o cambiará a través del tiempo. Así, una causa será percibida como estable cuando el atribuidor estima que estará siempre presente en las futuras acciones o eventos del sujeto, y será percibida

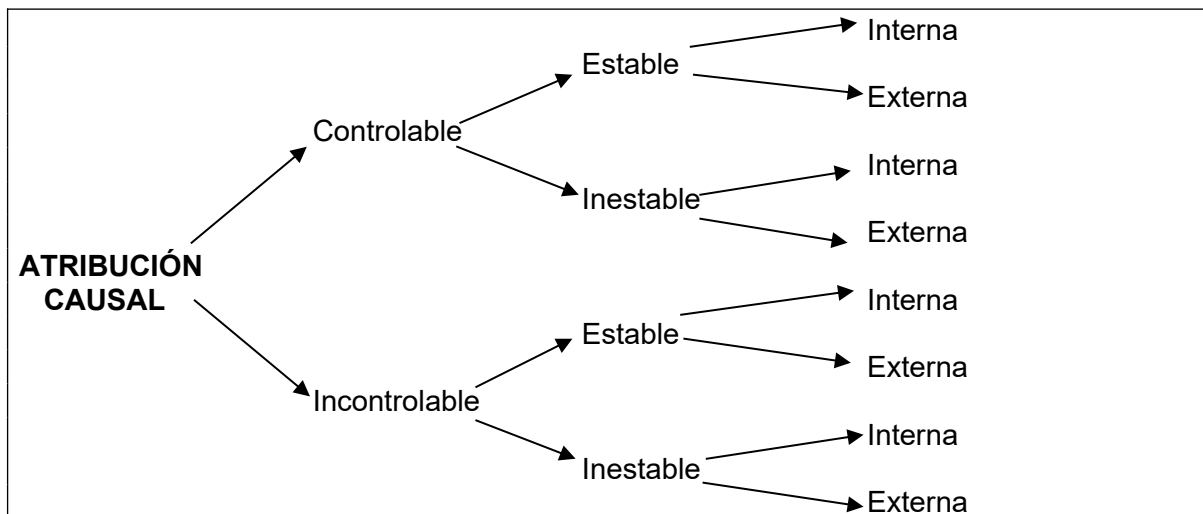
como inestable cuando la persona estime que dicha causa puede variar o no estar presente en el futuro (Wong y Weiner, 1981).

C) El control o Controlabilidad.

Se refiere a la capacidad que el individuo tenga o no para influir o modificar la causa de un evento. Según esta dimensión, las causas podrán ser controlables (por ejemplo el esfuerzo, Autoeficacia) o incontrolables (la aptitud, las acciones de los otros o la suerte).

La controlabilidad se originaría cuando una persona ha tenido experiencias reforzadoras en sus intentos por controlar el medio y le han sido efectivas, por lo tanto se da en el caso de que causas con el mismo locus de control y estabilidad provoca todavía reacciones diferentes: por ejemplo el fracaso atribuido a la falta de esfuerzo merece mayor castigo que el adscrito a la falta de salud, aun cuando los dos son internos y estables. De ahí esta tercera dimensión, la Controlabilidad (Beltrán, 1987).

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



En síntesis, esta teoría pretende descubrir las leyes o la forma por las cuales asignamos causas a nuestra conducta y a la ajena, centrándose primeramente en cuándo y por qué atribuimos la conducta a causas internas/disposiciones (personalidad, motivación, etc.) o a las circunstancias espacio – temporales (por Ej. Suerte).

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, la importancia del modelo atribucional de Weiner es que permite estudiar distintos patrones de comportamiento en distintos ambientes, es decir, desde un punto de vista transcultural, poniendo énfasis en la elaboración cognitiva y su influencia en los afectos, la motivación y la conducta.

Con el conocimiento de las causas percibidas y las dimensiones subyacentes, Weiner (1974) fue capaz de taxonomizar sus hallazgos en un modelo atribucional de la Motivación de logro, donde el esquema resultante es el siguiente:

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.

3.2.2.2. Dinámica del proceso de atribución.

El proceso de establecer causalidades no es un evento que ocurre aisladamente, sino que depende de una serie de variables que interactúan influyendo en su resultado. A estas variables Weiner las denomina “antecedentes causales” y corresponde a todas aquellas experiencias significativas para la persona y que guardan relación relativamente

directa con el resultado obtenido, como son las experiencias pasadas, el autoconcepto, etc.

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

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	Estabilidad Estable Inestable	Expectativas de cambio	Intensidad del comportamiento
Diferencias individuales	Suerte	Controlabilidad Controlable Incontrolable	Juicios interpersonales y sentimientos (esperanza, culpa, orgullo, relajación)	Persistencia
Patrones de refuerzo	Dificultad de la tarea			Calidad

Frente a un evento dado, el individuo se pregunta “el por que” de tal hecho e infiere sus causas. En la primera columna de la tabla se observan los antecedentes causales, los que se relacionan fundamentalmente con la historia personal del aprendizaje y que pueden determinar distintos tipos de atribuciones. Una vez que la causa de un evento es identificada, lo cual se observa en la segunda columna, aparecen las propiedades subyacentes a las causas en términos de las tres dimensiones básicas: lugar de control, estabilidad y controlabilidad. Las propiedades dimensionales 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).

3.2.2.3. Consecuencias del proceso atribucional.

Weiner (1974, 1981) cree que las tres dimensiones tienen implicancia para la persona ya que al realizar atribuciones causales se derivan consecuencias para el individuo, tanto cognitivas como afectivas. Por ejemplo el locus Interno/Externo parece guardar una estrecha relación con los sentimientos de autoestima (Weiner, 1974). 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, tendrían una 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 sería 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 de la persona, 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 plantearon que problemas percibidos como internamente causados y controlables por parte de quien pide, lleva a una respuesta más negativa por parte del potencial dador de ayuda.

Respecto a la propia conducta, las explicaciones que más desmotivan 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 la atribución a factores más controlables como el propio esfuerzo (Dweck, 1975).

Finalmente Betancourt (1982) señala que el control percibido es importante al determinar un compromiso social.

3.2.2.4 Reacciones Afectivas.

Dentro de este marco se ha ido aceptando que la situación determina en gran parte qué emociones van a ser experimentadas. Además de cómo la interpretación de situaciones también 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 síndrome del “nido vacío”, la muerte de la pareja, amigos, etc. Sin duda, el mayor problema en este grupo etáreo, el más humillante y el 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 una persona que se encuentra postrada. La persona difícilmente trabajaría por un objetivo que previamente sabe que no puede o que le cuesta mucho alcanzar, por lo mismo la frustración de la persona se puede cambiar modificando sus atribuciones llevándolo a tener "causas" más estables y sobre todo controlables.

Dentro del modelo cognitivista conductual, las emociones se conciben en una secuencia temporal que involucra cogniciones de complejidad creciente que 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. Encontró que el locus de causalidad de las causas percibidas, generan 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. Postula además que el locus de causalidad asociado con las condiciones de éxito y fracaso, también estarían relacionados con la percepción de Autoeficacia. Lo mismo ocurre con la rabia y la culpabilidad. Por otra parte, se ha estudiado la existencia de una relación entre estabilidad causal y emociones, por Ej., en la depresión se suelen encontrar personas que hacen una atribución al fracaso como interna, estable e incontrolable lo que conlleva a perpetuar su estado anímico.

3.2.3 Estilos de Afrontamiento.

3.2.3.1 Estrés y Afrontamiento.

Los estresores psicosociales a los que nos vemos expuestos 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, 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.

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, 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, formen parte del estudio de las competencias de la personalidad y sobre todo de la inteligencia social.

3.2.3.2. El concepto de Afrontamiento.

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 concepto de “afrontamiento” ha sido revisado de diversas maneras por muchos autores y distintos enfoques, algunos de los cuales se expondrán a continuación.

El modelo psicoanalítico define el “afrontamiento” como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que apuntan a la reducción del estrés y la solución de los problemas. Su elección se encuentra definida por los traumas de la infancia y la etapa del desarrollo de la libido en que se ha detenido el paciente. De hecho,

el interés de Freud en los mecanismos de defensa, se relaciona mucho con lo que hoy se llama afrontamiento. Él creía que algunos mecanismos de defensa eran más saludables o menos regresivos, de la misma manera que suelen considerarse algunos estilos de afrontamiento más saludables que otros. Esta visión supone ver afrontamiento como un estilo o rasgo del sujeto, una forma estable de actuación, desestimando la importancia de las distintas dimensiones que como hemos visto entran en juego en la conducta final del sujeto.

Es el enfoque cognitivo-conductual 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 partir de la 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, ciertos rasgos individuales predisponentes derivan en estilos de afrontamiento estables, y estos 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.

A modo de resumen, existe en la literatura referencias a dos tipos de aproximaciones al concepto de afrontamiento: una relacionada con 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.

3.2.3.3. 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, sí es posible al hacer la distinción entre ambos, 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 (Lazarus y Folkman, 1986) 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 tendemos a responder, lo que a su vez define el tipo de acciones concretas que llevamos a cabo dependiendo de la situación a la que nos enfrentemos y cómo la evaluemos.

3.2.3.4. 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 esta dado por la interpretación que el sujeto realiza de ésta más que por la situación en sí, y como 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, lo que nos deja con 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, 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 e 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 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. Como por ejemplo podemos tener 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) los que son formas cognitivas de afrontamientos dirigidas a la emoción que modifican la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente, atenúan el estrés consiguiendo 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 de afrontamiento Lazarus y Folkman 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.

Se ha dicho mucho con respecto al afrontamiento y a su relación con el bienestar del sujeto, dentro de esto, 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.

3.3. DIMENSIÓN SOCIAL.

El concepto de vejez desde esta perspectiva se considera 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 déficits 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 la 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 que serían específicas de los adultos mayores y en cuyos desempeños estos podrían percibirse útiles y conseguir reconocimiento social.

3.3.1. Redes sociales en la tercera edad.

A nivel macro las redes sociales se pueden conceptualizar como aquel vínculo que establece la persona con sus hijos, familia y amigos.

El efecto de las relaciones sociales sobre la persona se establece mediante diversos mecanismos psicosociales, como el 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, por participación y compromiso social, por contactos personales, así como facilitando el acceso a recursos materiales (dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios). Las redes sociales no sólo constituyen un soporte para suplir carencias de orden material, sino que su mayor 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. coresidencia), 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: La red social primaria, la red comunitaria y las redes institucionales de apoyo del adulto mayor.

A) 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.

B) 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.

C) 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.

3.3.2 El proceso de envejecimiento dentro de un contexto social.

A consecuencia del aumento de vida en la población hay un número mayor de ancianos en edad de ser pensionados y 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 lo contrario, en la sociedad moderna, el anciano se encuentra aislado y marginado ("síndrome de la invisibilidad" 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 asilamiento 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.

3.3.3. 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 de la vejez no eran resultado único de variables

físicas y materiales sino también de variables psicológicas y sociales, tales como status, rol y personalidad.

De lo anterior se desarrollaron 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 en las etapas de su vida van desarrollando actitudes, valores, metas hábitos y comportamientos que retienen 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.

3.4. CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR.

3.4.1. Antecedentes.

“El envejecimiento es en sí 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).

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". 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.

Es un concepto que involucra muchas variables subjetivas como satisfacción, felicidad, autoestima, etc. convirtiéndolo en un constructo muy difícil de medir. Las variables objetivas son de medición más fácil, como es el caso de la economía, el nivel socio – cultural, los déficits funcionales, problemas de salud, etc.

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.

El 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.

El 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: Define 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.

El 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:

3.4.2. 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 inadmisibles. *“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.

3.4.3. 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”.

3.4.4. 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”* .

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 a 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.

3.4.5. Evaluación de la Calidad de vida.

El interés por la "Calidad de Vida" ha existido desde tiempos inmemoriales. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en 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, la expresión "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 (Arostegui, 1998). Los enfoques de investigación de este concepto son variados, pero podrían englobarse en dos tipos:

- **Enfoques Cuantitativos**, cuyo propósito es operacionalizar la Calidad de Vida. Para ello, han estudiado diferentes indicadores: Sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc); Psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); y Ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente) y,
- **Enfoques Cualitativos** que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

A pesar de este aparente falta de acuerdo entre los investigadores sobre la definición de calidad de vida y la metodología utilizada para su estudio, el concepto ha tenido un impacto significativo en la evaluación y planificación de servicios durante los últimos años.

San Martín, H. y Pastor, U. (1990). Autores de "Epidemiología de la Vejez" entre otras muchas obras, buscando obtener indicadores sociales de calidad de vida, han clasificado nueve dominios que representan significativamente los elementos sociales, ambientales, poblacionales que más influyen la calidad de vida y el bienestar de la población y podrían clasificarse en:

- **Aspectos del ambiente físico- biológico**, referidos a los elementos del ambiente natural-ecológico en que se vive: el clima, condiciones geográficas, etc. Los ítemes marcados con el signo (*) se consideran básicos según los autores.

- Elementos del ambiente social * Se refieren a todos los elementos que conforman lo que llamamos “sociedades de tipo humano “que implican estructuras, funciones, actividades, relaciones, familia, convivientes, seguros sociales.
- Bienes y servicios disponibles en relación a la situación económica, personal y familiar: accesibilidad de bienes y servicios.
- Seguridad de las personas.
- Igualdad o desigualdad de oportunidades sociales y grado de participación de la población en los asuntos sociales y comunitarios. *
- La accesibilidad física, geográfica, económica, cultural, educacional, artística, empleo y trabajo, vivienda, etc.
- La percepción objetiva y subjetiva de la calidad de vida y el bienestar por el individuo y la comunidad *
- Situación de salud (nivel-estructura) individual y colectiva *
- Desarrollo de la personalidad, cultura y educación *
- Trabajo y empleo *
- Situación económica, personal y familiar *
- Reposo, deporte, vida cultural y artística, distracciones.
- Nivel de vida de la comunidad: grupos, familias, individuos.
- Modos de vida-estilos de vida: hábitos, costumbres, comportamientos, creencias*

Lo anterior ha hecho necesario incursionar un poco en la temática sobre las características que se presentan en esta etapa de la vida, para que la calidad de vida durante la vejez sea diferente en su conceptualización y medición, porque para considerar el envejecimiento desde el punto de vista del individuo que envejece hay dos tipos de aspectos subjetivos que son pertinentes: Los Cognitivos referidos a los significados que el individuo atribuye a lo que le pasa y a su situación y los afectivo–volitivos referidos a los

sentimientos que motivan a los individuos a estimar sus circunstancias, a los estados de ánimo que las encaran y a su disposición para actuar sobre ellas (Barros, 1991).

En el componente cognitivo se pueden dar tres situaciones: la resignación, la adaptación y la aceptación y búsqueda de vivir la vejez del mejor modo. En esta última las personas descubren su sentido positivo de vida en la reflexión y la comprensión y descubren su compromiso con lo que pasa alrededor, al asumir que, independiente de la edad se sigue siendo un ser en el mundo.

Los individuos deben enfrentar intencionalmente su proceso de envejecimiento. Envejecer bien o mal depende, dentro de los márgenes fijados por el contexto social, de los mismos individuos que envejecen (Barros, 1991).

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Esta investigación es exploratoria descriptiva, de tipo transeccional o transversal; el diseño es cuasi experimental sin manipulación de variable independiente ya que se observa y mide individuos en la realidad, tal cual es percibida por estos. El objetivo de esta investigación es abordar una temática escasamente tratada en el adulto mayor, los

estilos de afrontamientos y sus correspondientes atribuciones, así como la percepción del *locus of control*, de acuerdo a las edades investigadas tratando de establecer una relación respecto a la calidad de vida y los estilos motivacionales percibidos en estos tres grupos etáreos, además de determinar el índice de depresión en la población de estudio.

4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Para el desarrollo de este estudio se estableció una muestra intencionada recurriendo a la colaboración de diversos estudiantes de la carrera de Psicología para conformar el primer y segundo grupo etáreo y familiares de éstos mismos para el segundo y tercer rango con red social. Además cada integrante de este trabajo se preocupó de reunir cuestionarios en los lugares donde se encontraban realizando la práctica profesional al contar en estos lugares, en su mayoría consultorios, con una población variada e idónea para el trabajo a lograr.

También se recurrió a instituciones como el Hogar de Cristo y El Ejército de Salvación para entrevistar a personas sin red social, que viven allegados en estos hogares y que no cuentan con un hogar fijo. Cabe destacar lo difícil que fue la medición en estas instituciones ya que los cuestionarios debían ser tomados en una sola ocasión, por la inestable situación de la mayoría de estas personas, lo que hacía casi imposible ubicarlos en una próxima visita.

4.3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Una vez seleccionadas las variables a trabajar y observando las instituciones y medios que se tenían para conformar la muestra se decidió que ésta estuviera conformada por un total de 96 personas de ambos sexos, 48 hombres y 48 mujeres. Otro criterio acordado para estructurar a estos dos grupos fue el rango de edad de las personas considerando el inicio y fin de la vida laboral establecida socialmente. Para esto se determinaron 3 grupos etáreos, el primero desde los 18 a los 25 años donde por lo

general se encuentra la persona que estudia y se prepara para el mundo laboral, y también los que ya trabajan en forma definida con el objetivo de cumplir alguna meta a corto plazo; el segundo grupo esta constituido desde los 26 a los 64 años donde se concentra la mayor parte de la fuerza laboral; finalmente se encuentra el tercer grupo de 65 años o más donde las personas ya están jubiladas y no participan en el mundo laboral. Un último criterio que se agregó corresponde a la red social respecto a la presencia o ausencia de ésta.

Todo lo anterior conforma una matriz de datos de 3 x 2 x 2 que se observa a continuación, donde cada uno de estos 12 grupos esta conformado por 8 casos.

Tabla 3: Tabla de contingencia Sexo x Rango Edad x RED

RED			Rango Edad			Total
			0-25 años	26-64 años	65 años ó más	
Ninguna	Sexo	Masculino	8	8	8	24
		Femenino	8	8	8	24
	Total		16	16	16	48
Alguna	Sexo	Masculino	8	8	8	24
		Femenino	8	8	8	24
	Total		16	16	16	48
TOTAL						96

Finalmente se estableció como criterio de exclusión que todos los participantes de la investigación no presenten antecedentes psiquiátricos ni que tuviesen perturbadas sus facultades mentales, especialmente en el tercer grupo etéreo, donde hay mayor probabilidad que se presenten trastornos neurodegenerativos propios del envejecimiento secundario como es el caso de la Demencia por Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, Arteriosclerosis, etc. que pudieran interferir en los resultados esperados. Para cerciorarse de lo anteriormente expuesto, antes de tomar el cuestionario se realizó una entrevista de

no más de 10-15 minutos de duración donde el investigador pudo realizar un barrido general de la actividad mental de la persona.

4.4. PROCEDIMIENTO.

Al determinar las características que deben tener las personas se procedió a buscar personas interesadas que pudieran colaborar en la investigación, especialmente estudiantes de la carrera de Psicología con el objetivo de llevar a cabo un pilotaje con una muestra pequeña, esperando obtener información especialmente psicométrica respecto a la validez y confiabilidad de los instrumentos a utilizar, además de adquirir información cualitativa respecto de los voluntarios.

Cabe destacar que los primeros cuestionarios utilizados en el pilotaje se encontraban muy incompletos a diferencia de los últimos que se presentaron, por ejemplo al comienzo no se incorporó el Test Palabra-Color de Stroop, ya que el tema de deterioro cognitivo no se había planificado dentro de las primeras líneas de investigación a tratar.

Respecto a la duración de los cuestionarios, en promedio se realizaban en una hora. A eso hay que sumarle la entrevista previa que podría durar unos 20 minutos, teniendo alrededor de hora y media por cuestionario. Muchas veces a los encuestados simplemente se les entregaba el material para que sea completado en la casa como una forma de responder de forma más tranquila. Caso aparte son las personas que colaboraron pertenecientes al Hogar de Cristo y el Ejército de Salvación, donde primero se tuvo que establecer un vínculo inicial que proporcione la confianza básica para que contesten dicho cuestionario. Muchos se mostraban muy colaboradores al momento de “confiar sus historias de vida” a desconocidos, permitiendo a los encuestadores darse cuenta de la carencia que poseen estas personas de otros con quien relacionarse y formar vínculos sociales. Esto facilitó muchísimo la tarea, considerando que el

cuestionario completo lleva mas de una hora, tiempo que varias personas no estuvieron dispuestos a aceptar.

Finalmente todos los datos son procesados mediante los Software estadísticos SPSS 11.5, STATA CORP 9.0 y MICROSOFT EXCEL 2003 e ingresados en escala de likert, razón por la cual se les puede aplicar el programa ANOVA (análisis de varianza), para determinar si las diferencias de las varianzas entre los grupos y en los mismos, son estadísticamente significativas.

Para el análisis estadístico y debido a las características de los datos, se realizaron procedimientos principalmente descriptivos, tales como cálculos de medias, porcentajes y desviación estándar, además de los gráficos correspondientes.

Se debe aclarar que debido a la cantidad de casos que posee la muestra, los datos obtenidos no se podrán extrapolar para resultados a nivel regional ni nacional, pero sí dan el primer paso para posibles futuras investigaciones.

4.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.

Índice de Depresión de Beck

- Personas de la Tercera Edad que no poseen redes sociales presentarán mayor puntaje en cuestionario de Índice de Depresión de Beck que personas que sí poseen redes sociales.

Atribución Causal

- Personas de la Tercera Edad que no poseen redes sociales presentarán mayor respuestas Internas, Estables y Globales para eventos negativos que grupos que poseen redes sociales.

Afrontamiento

- Personas sin redes sociales presentarán mayores puntajes en la escala ACTE que personas con red social.

Stroop

- Personas de 65 o más años con redes sociales presentará mayores puntajes en lámina palabra-color que personas del mismo grupo etáreo, pero sin redes sociales.

Calidad de vida

- Personas que posean redes sociales presentaran mayores puntajes en percepción subjetiva de realización personal, sentido de vida y estilo Atribucional que aquellas personas sin redes sociales.

4.6. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La batería de cuestionarios estuvo compuesta por los siguientes instrumentos:

1) Índice de Depresión de Beck (IDB): Entre 1960 y 1961 Beck y colaboradores empezaron a construir un instrumento para medir sintomatología depresiva, dada la necesidad de establecer diagnósticamente una identificación del caso, especialmente teniendo en cuenta que este cuestionario se basa en un autoinforme de la propia persona.

El autor, obviamente, realizó diversas observaciones operacionales en lo que respecta a características somáticas y actitudinales de pacientes depresivos. A partir de este trabajo confeccionó 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 mayor 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.

Teniendo en cuenta estos estudios y resultados, el instrumento tiene un grado de confiabilidad.

Validez:

Validez de contenido. Este cuestionario fue construido a partir de observaciones clínicas de los síntomas que presentan pacientes psiquiátricos con depresión. Este constructo ha sido cada día mejor definido 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), no hablándose de incremento del apetito, sino de su pérdida; igualmente tanto la agitación psicomotora como la hipersomnolia no son incluidas en el IDB. Beck y colaboradores (1988) justifican la exclusión, destacando que los síntomas contrarios a la hipersomnolia 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 buena validez concurrente. Una buena 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 (sigla en inglés 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 o ítems
- b) factor cognitivo-conductual: 7
- c) factor psicossomático: 4
- d) factor propiamente somático: 1

El coeficiente alpha de Cronbach para cada factor es el siguiente: 0,847; 0,755; 0,6134 y 0,894. 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 bastante válido en lo que se refiere a depresión.

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

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

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

La primera versión de esta escala fue desarrollada por los autores en 1980 y constaba de 68 ítems. Posteriormente, en 1985, la escala fue revisada redefiniendo ítemes y suprimiendo algunos, quedando finalmente en 50 ítemes. En la actualidad, 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 función 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 estrés 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).

3) Test Stroop Palabra-Color: Concepto de Interferencia

El Stroop es un test atencional que se encarga de valorar la capacidad del examinado para evitar generar respuestas automáticas suprimiendo 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).

4) Cuestionario de Atribución Causal

Este instrumento se realizó sólo con fines experimentales y para esta investigación basándose en los aportes de Weiner y Heckhausen, por lo cual, no se encuentra estandarizado. Este cuestionario 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) Items Calidad de Vida.

Con respecto a los items de calidad de vida, se evaluó la percepción subjetiva de realización personal mediante la pregunta N°6 del cuestionario, donde se le solicita al entrevistado que relate si se considera realizado en su vida. Lo anterior, fue categorizado mediante respuestas positivas o negativas. En cuanto a la percepción subjetiva de sentido de vida esto se indagó mediante la pregunta N°7 (¿considera que su vida tiene sentido?). Del mismo modo que en el anterior, las personas se refirieron en forma positiva o negativa. Finalmente, con respecto a la percepción de estilo atribucional se utilizó el cuestionario de atribución causal considerando si en su mayoría atribuían mediante valencias positivas o negativas.

4.7. DEFINICIÓN DE VARIABLES

4.7.1. Variables Independientes:

En la investigación se consideran las siguientes Variables Independientes: Género (masculino y femenino); Grupo Etáreo (1= entre 18 y 25 años; 2= entre 26 y 64 años; 3= 65 años o más); Red social (ausencia o presencia) y Escolaridad (Enseñanza básica y media completa; Universidad o C.F.T.).

4.7.2 Variables Dependientes:

Resultados Índice de Depresión de Beck (IDB)

Resultados cuestionario modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman.

Resultados obtenidos en cuestionario de Atribución causal.

Resultados en Stroop.

Resultados en ítemes calidad de vida.

4.7.3. Definición de Constructos:

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

Redes Sociales

A nivel macro las redes sociales se pueden conceptualizar como aquel vínculo que establece la persona con sus hijos, familia y amigos. La red social proporciona apoyo social al individuo, el cual tiene dos componentes: el 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, por participación y compromiso social, por contactos personales, así como facilitando el acceso a recursos materiales (dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios). 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.

Depresión:

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. 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 afectivo, como podría parecer a primera vista, sino un problema cognitivo.

Atribución Causal:

De acuerdo a Woolfolk (1999), entenderemos la atribución causal como la descripción de la forma en que las explicaciones, justificaciones y excusas de los individuos influyen su motivación y conducta.

El modelo de Weiner en el cual se basa nuestro estudio afirma que toda persona tiende a buscar una causa que explique tanto el comportamiento de los otros como de sí mismo, y que ese comportamiento será función, en el futuro, del tipo de atribución causal que se haga.

Calidad de Vida:

De acuerdo a Palomba (2002) la calidad de vida representa un término multidimensional que significa tener buenas condiciones objetivas de vida y un elevado grado de bienestar subjetivo.

Afrontamiento:

Para Lazarus y Folkman (1986), 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.

Efecto Stroop:

En la tercera lámina, denominada Palabra-color 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).

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

A continuación se presentarán los resultados obtenidos de acuerdo a las hipótesis planteadas y su relación con las variables independientes contempladas en el estudio.

Como una forma de revisar y plantear de manera más ordenada los resultados obtenidos, las hipótesis de trabajo se establecen de acuerdo a temas específicos en el siguiente orden: **Calidad de Vida, Índice de Depresión de Beck, Estilos de Afrontamiento, Atribución Causal, Test Stroop.**

Para el análisis de los datos se realizaron análisis comparativos de medias para los distintos puntajes de las escalas, y se sometió a análisis ANOVA fijando las diferencias significativas de acuerdo a un 95% de confianza.

5.1.1. RESPUESTAS A LAS HIPÓTESIS RELACIONADAS CON CALIDAD DE VIDA.

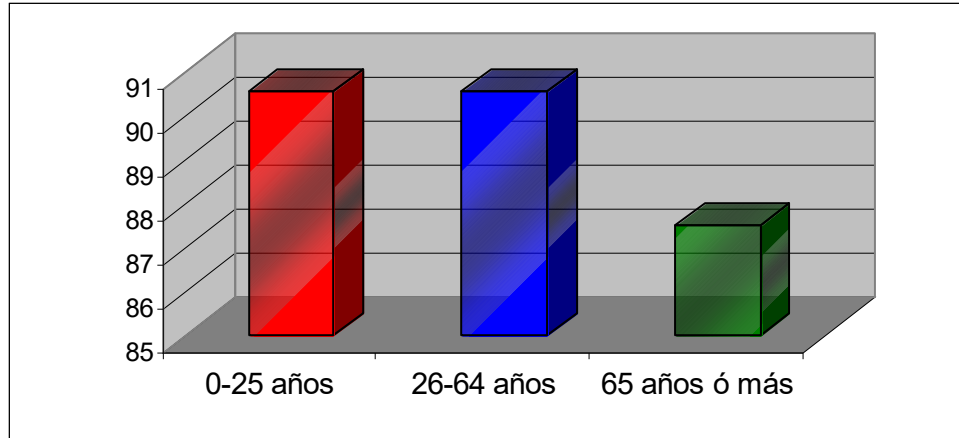
Hipótesis: Personas de la tercera edad presentarán puntajes más bajos en percepción subjetiva de realización personal.

TABLA N° 3: Número y porcentaje de personas con realización personal positiva de acuerdo a grupo etéreo

Rango Edad	Percepción subjetiva realización personal		Total
	sin realización	con realización	
18-25 años	3	29	32
	9,3%	90,6%	100%
26-64 años	3	29	32
	9,3%	90,6%	100%
65 años ó más	4	28	32
	12,5%	87,5%	100%
Total	10	86	96

De lo anterior, se puede señalar que las personas de 65 años y más presentan una percepción subjetiva de realización personal bastante buena en relación con los otros grupos etéreos. Lo anterior, podría deberse a que si bien las personas de la tercera edad tienen carencias sociales y económicas mantienen una percepción positiva de su ambiente. Esto no concuerda con los resultados del IDB, lo que se puede justificar si se piensa en el fenómeno de la deseabilidad social, en este caso las personas respondían lo que creían que el evaluador quiere escuchar.

GRAFICO N°1: Porcentaje de personas con realización personal positiva de acuerdo a grupo etéreo.



En la tabla anterior se puede apreciar que las personas de la tercera edad presentan una percepción subjetiva de realización personal más baja que los otros grupos. Sin embargo, dichas diferencias no son significativas al realizar un análisis de varianza $p = 0.897$.

Dichos resultados mostrarían como las personas de los distintos grupos refieren sentirse en gran medida realizados en sus vidas y con intenciones de un futuro positivo.

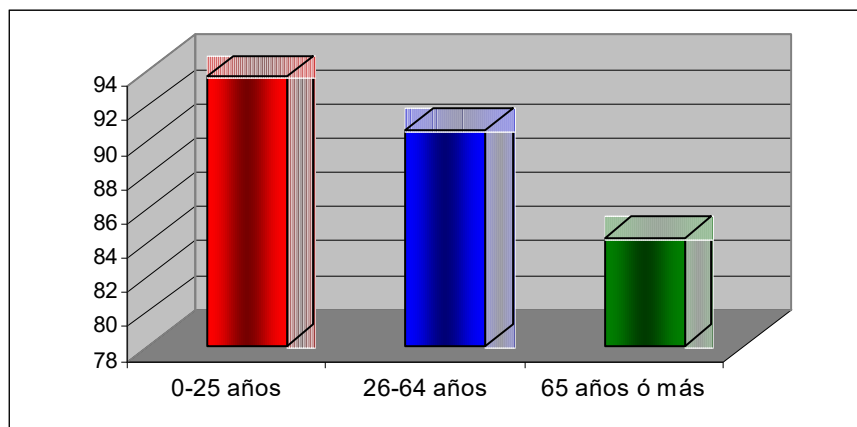
Hipótesis: Personas de la tercera edad presentarán puntajes más bajos en percepción subjetiva de sentido de vida positiva.

TABLA N°4: Número y porcentaje de personas con sentido de vida positivo de acuerdo a grupo etáreo.

Rango Edad	Percepción subjetiva sentido de vida		Total
	sin sentido de vida	con sentido de vida	
18-25 años	2	30	32
	6,2%	93,7%	100%
26-64 años	3	29	32
	9,4%	90,6%	100%
65 años ó más	5	27	32
	15,6%	84,3%	100%
Total	10	86	96

De los datos anteriores, se puede apreciar que las personas de 65 años y más refieren sentir que sus vidas tienen sentido, lo cual les permite ser socialmente positivos frente a los otros individuos de los demás grupos y no mostrarse en desmedro frente a los demás grupos.

GRAFICO N°2: Porcentaje de personas con sentido de vida positivo de acuerdo a grupo etáreo.



De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede apreciar que las personas que relatan tener un peor sentido de vida corresponden al grupo etáreo comprendido entre los

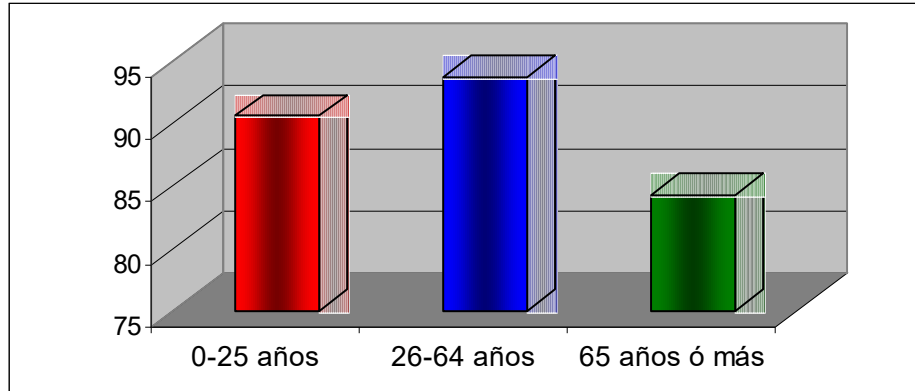
65 años y más, aunque no hay diferencias significativas al realizar un análisis de varianza $p = 0.466$.

Hipótesis: Personas de la tercera edad presentarán puntajes más bajos en percepción subjetiva de estilo atribucional positivo.

TABLA N°5: Número y porcentaje de personas con estilo atribucional positivo de acuerdo a grupo etáreo.

Rango Edad	Percepción subjetiva estilo atribucional		Total
	estilo atribucional negativo	estilo atribucional positivo	
18-25 años	3	29	32
	9,4%	90,6%	100%
26-64 años	2	30	32
	6,3%	93,7%	100%
65 años ó más	5	27	32
	15,6%	84,4%	100%
Total	10	86	96

GRAFICO N°3: Porcentaje de personas con estilo atribucional positivo de acuerdo a grupo etáreo.



De lo anterior se puede inferir que las personas comprendidas entre los 26 y 64 años refieren poseer el mejor estilo atribucional lo que podría deberse a que dichas personas se encuentran en gran parte activos laboralmente lo que les permite atribuir positivamente los hechos pasados así como los eventos futuros. Por otro lado, las personas de la tercera edad obtuvieron el mas bajo porcentaje en atribuir positivamente, lo cual podría suponer que al estar jubilados en su gran mayoría y con pocas actividades sociales aumenta el atribuir en forma negativa. De lo anterior, es necesario destacar además que si bien existen diferencias, estas no alcanzan a ser significativas ($p = 0.466$).

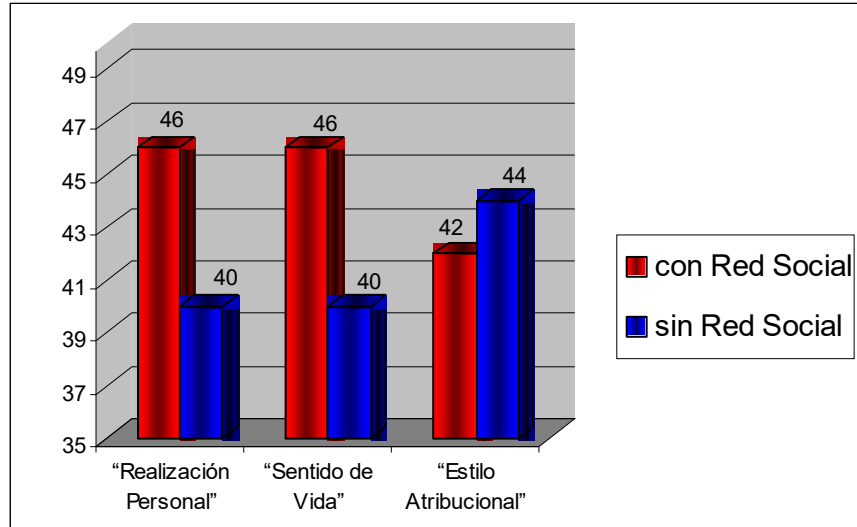
Hipótesis: Personas que posean red social presentaran mayores puntajes en percepción subjetiva de realización personal, sentido de vida y estilo atribucional que aquellas personas sin red social.

TABLA N°6: Cantidad de personas para la Percepción Subjetiva de calidad de vida, según Red Social y Tipo de Red.

PERCEPCIÓN SUBJETIVA	RED SOCIAL Y TIPO DE RED			
	Red 1 (Condición Familiar)		Red 2 (Condición Social)	
	presenta	No presenta	presenta	No presenta
Realización Personal positiva	40	2	42	2
Sentido de Vida positivo	41	1	45	2
Estilo Atribucional positivo	40	2	45	2

De la tabla anterior, es necesario destacar que la gran mayoría de las personas con red (condición familiar) refieren poseer una realización personal, sentido de vida y un estilo atribucional positivo, lo cual corrobora el hecho de que las personas que viven con sus familiares cuentan con una red de apoyo que les permite mantener una mejor calidad de vida. Lo mismo se observa en las personas que presentan redes (condición social) vale decir, participan de clubes, grupos sociales, deportivos, iglesias, etc. que les permite mantenerse activos socialmente entre su grupo de pares y referir del mismo modo sentirse realizados, con sentido de vida y atribuir en forma positiva.

GRAFICO N°4: N° de personas con Percepción Subjetiva de Calidad de Vida de acuerdo a Red Social.



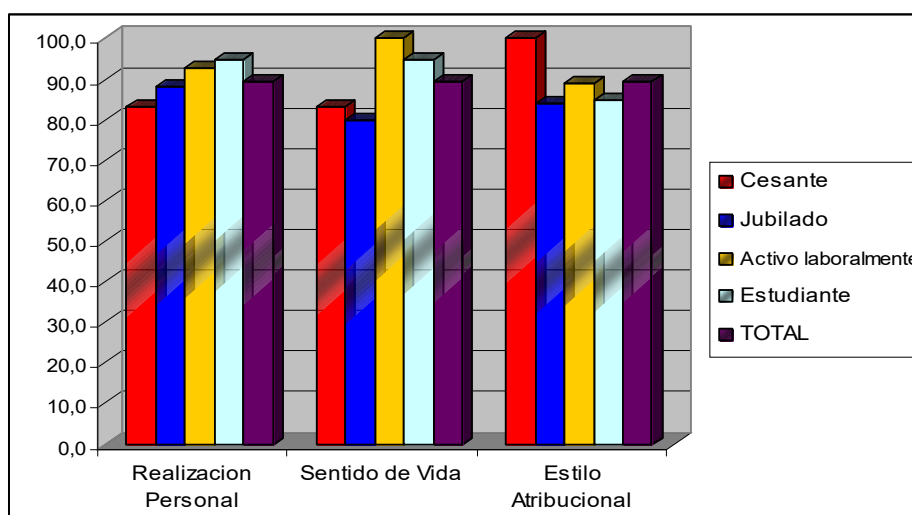
En la Tabla anterior se puede apreciar que, las personas con Red Social Condición Familiar, dijeron tener una buena percepción en "Realización Personal", "Sentido de Vida" y "Estilo Atribucional" que las personas que no pertenecen a una Red Social. Las personas con Red Social específicamente Condición Social señalaron tener una buena percepción en "Realización Personal", "Sentido de Vida" y "Estilo Atribucional" que las personas que no pertenecen a una Red Social.

TABLA N°7: Cantidad de personas para la Percepción Subjetiva de Calidad de vida, según Situación Laboral.

PERCEPCIÓN SUBJETIVA	SITUACIÓN LABORAL			
	Cesante	Jubilado/a	Activo Laboralmente	Estudiante
Realización Personal	20	22	25	19
	83,3%	88%	92,6%	95%
Sentido de Vida	20	20	27	19
	83,3%	80%	100%	95%
Estilo Atribucional	24	21	24	17
	100%	84%	88,9%	85%

Hipótesis: Personas activas laboralmente presentaran una mejor percepción subjetiva de realización personal, de sentido de vida y del estilo atribucional que personas cesantes, jubilados y estudiantes.

GRAFICO N°5: Porcentaje de personas con Percepción Subjetiva de Calidad de Vida de acuerdo a Situación Laboral.



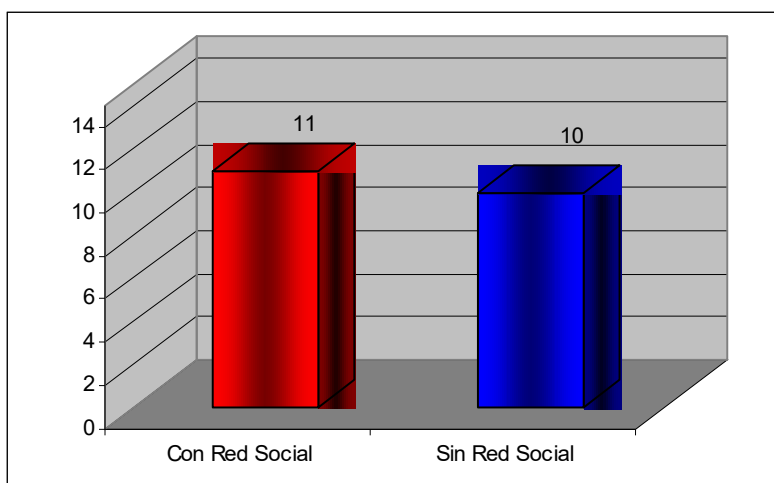
En la tabla anterior se puede apreciar que las personas activas laboralmente y los estudiantes presentan el más alto porcentaje en referir sentirse realizados en sus vidas, lo cual podría deberse a que ambos grupos están activos ya sea trabajando o estudiando. Lo mismo ocurre con respecto al sentido de vida, en el que las personas jubiladas y cesantes presentan porcentajes más bajos, los que al estar en su gran mayoría desocupados disminuyen su percepción de control y de esperanza hacia el futuro.

Finalmente con respecto al estilo atribucional se observa que las personas activas laboralmente. Así como las cesantes aparecen con los porcentajes más altos, es decir, las personas que en su gran mayoría son personas entre los 26 y 64 años.

TABLA N°8: Porcentaje de personas Jubiladas para el Estilo Atribucional, según pertenencia a Red Social.

PERCEPCIÓN SUBJETIVA	PERSONAS JUBILADAS	
	Con Red Social	Sin Red Social
Estilo Atribucional positivo	42,3	38,46

GRAFICO N° 6: N° de personas jubiladas con Estilo Atribucional de acuerdo a Red Social.



En la Tabla anterior se puede apreciar que, las personas Jubiladas que pertenecen a una Red Social presentaron una mejor percepción subjetiva en “Estilo Atribucional” que las personas Jubiladas que no pertenecen a una Red Social.

Hipótesis: Personas del grupo etáreo tres y sin cobertura de salud, presentarán peores puntajes en el sentido de vida que personas del mismo grupo etáreo que sí poseen cobertura tanto del sistema público y privado.

TABLA N°9: Cantidad de personas para el Sentido de Vida según Grupo Etáreo y Cobertura Salud.

GRUPO ETÁREO	Sin Cobertura Salud	FONASA	Isapre
18 – 25 años	9	17	3
	28,5%	21,4%	16%
26 – 64 años	7	16	7
	53,5%	53,5%	76%
65 y más años	6	17	4
	17,8%	25%	8%

GRAFICO N° 7: Porcentaje de Personas con sentido de vida positivo de acuerdo a Grupo Etáreo y sistema de salud.

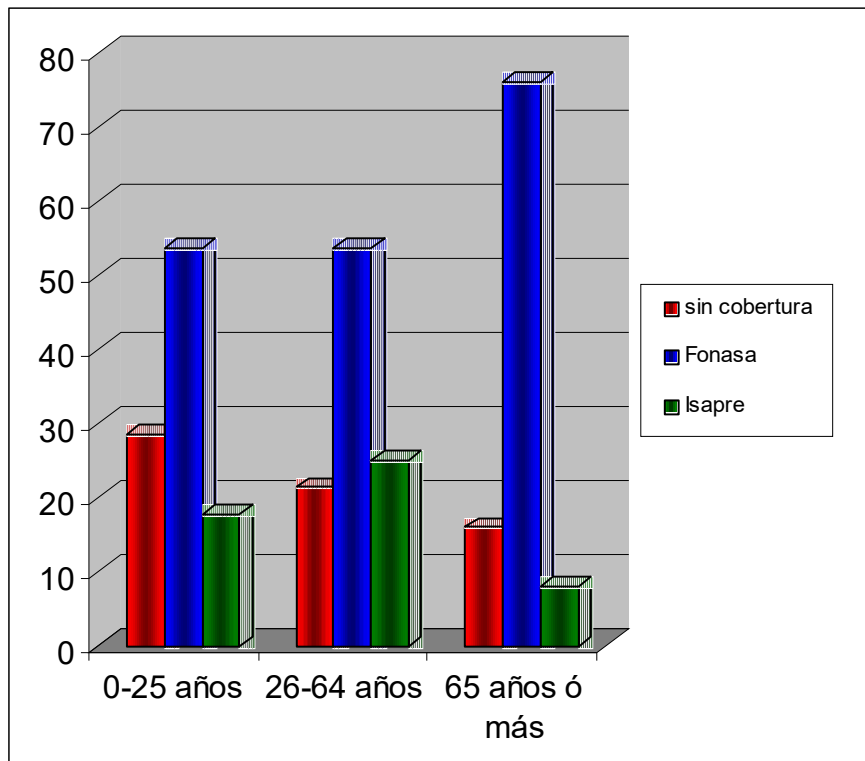
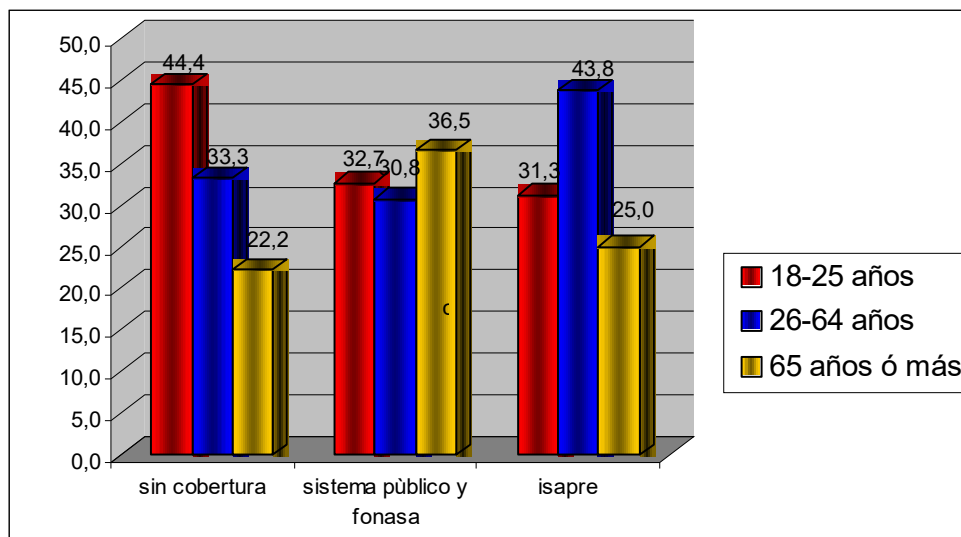


GRAFICO N°8: Porcentaje de Sentido de vida de acuerdo a Cobertura de salud y Grupo Etéreo.



En la Tabla anterior se puede apreciar que las personas sin cobertura de salud, mayores de 65 años, refieren tener la peor percepción subjetiva de calidad de vida en lo que respecta a sentido de vida. En cuanto a las personas pertenecientes a FONASA los grupos se muestran bastantes similares en sus resultados, mientras que en los pertenecientes a ISAPRE, se observa claramente que el grupo comprendido entre los 26 y 64 años presentan una mejor percepción subjetiva de calidad de vida en el sentido de vida. Para concluir podemos decir que en todos los grupos etéreos refieren tener una mejor percepción de calidad de vida en sentido de vida son las personas pertenecientes a FONASA. Lo anterior podría explicarse a que gran parte de las personas encuestadas estaban cubiertas por el sistema de salud FONASA.

Hipótesis: Personas sin cobertura de salud, presentaran puntajes más altos en el total de IDB y en el sentido de vida que personas con una cobertura de salud, tanto de sistema público como privado.

TABLA N°10: Cantidad de personas para el Sentido de Vida y Total IDB, según Grupo Étáreo y Situación Salud.

PERCEPCIÓN SUBJETIVA	SITUACIÓN SALUD				
	Sin Cobertura	FONASA	Isapre	Consultorio / Hospital	Otra
Sentido de Vida	22	50	14	No hay Registros	No hay Registros
Total IDB	14,91	12,19	11,71	No hay Registros	No hay Registros

En la Tabla anterior se puede apreciar que, las personas que no tienen una cobertura de salud señalan tener una buena percepción en “Sentido de Vida” con respecto a las personas con situación de salud ISAPRE, y menor que las personas con sistema de salud FONASA. En cuanto al Total IDB, las personas sin cobertura de salud presentaron un mayor puntaje en IDB que las personas afiliadas a FONASA e ISAPRE.

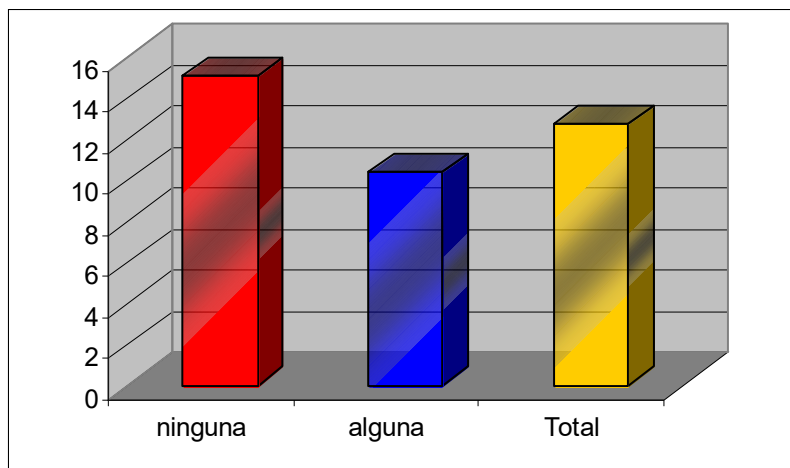
De lo anterior se puede inferir que las personas que no se encuentran afiliadas a algún sistema de salud presentan mayores índices de depresión lo cual influye en su calidad de vida y confirma la hipótesis planteada en este trabajo.

5.1.2. RESPUESTAS A HIPÓTESIS RELACIONADAS CON INDICE DE DEPRESIÓN DE BECK (I.D.B).

A continuación se presentan las hipótesis relativas a Inventario de Depresión de Beck y su relación con las diferentes variables en estudio.

Hipótesis: Personas que poseen red social presentarán menor puntaje en cuestionario de Índice de Depresión de Beck que personas que no poseen red social.

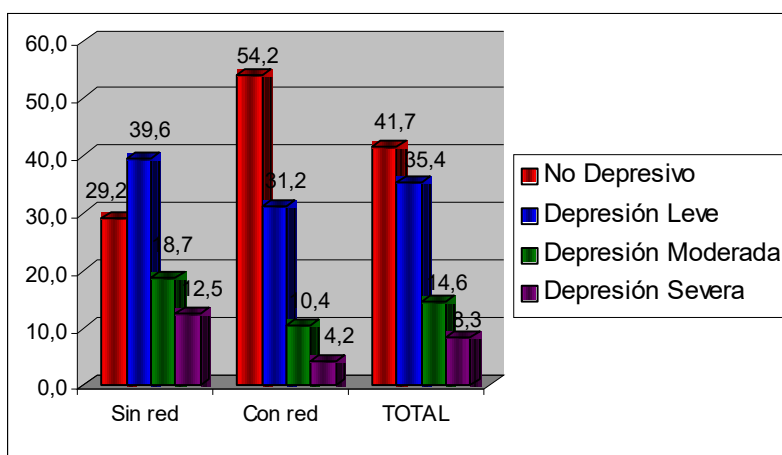
GRAFICO N°9: Puntajes promedios de IDB según red social.



Al comparar las medias de los puntajes obtenidos en función de la pertenencia o no a red social, podemos apreciar que las medias para sujetos sin pertenencia a redes sociales son de 15,06 puntos mientras que para sujetos que poseen red social es de 10,40. El nivel de significancia observado para las puntuaciones IDB en función de la pertenencia o no a red social, es de $p=0.011$, por lo tanto, existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos y de este modo se cumple la hipótesis planteada al inicio de nuestro estudio demostrándose que sujetos con red social presentan menores índices depresivos que sujetos con red social.

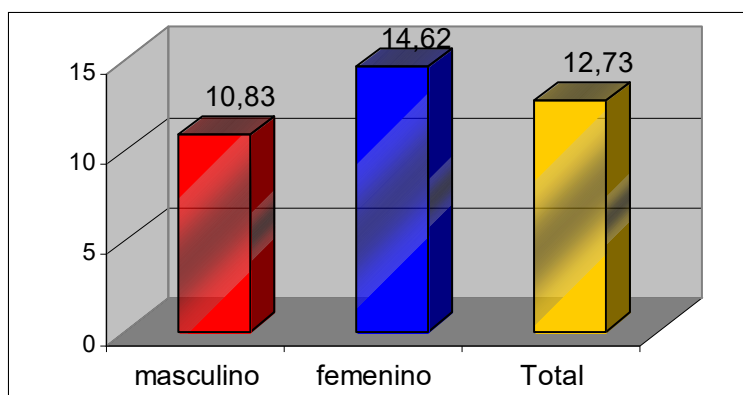
A continuación se presenta un gráfico que permite apreciar que personas sin redes sociales, presentan mayores índices de depresión para las categorías leve, moderada y severa. A partir de lo anterior, es posible observar, que existe un mayor porcentaje de personas con red social que se encuentra sin ningún diagnóstico de depresión de acuerdo a IDB.

GRAFICO N°10: Porcentaje de categorías diagnósticas de I.D.B. por Red Social.



HIPOTESIS: Mujeres presentarían mayor puntaje en Índice de Depresión de Beck que hombres.

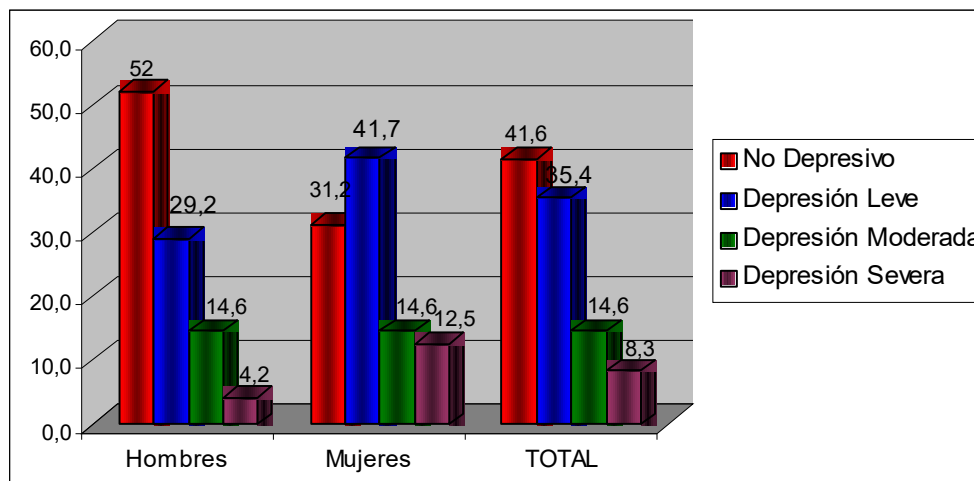
GRAFICO N°11: Puntajes promedios de IDB según sexo.



Al comparar las medias obtenidas para las puntuaciones IDB en función del sexo, podemos observar que las medias para sujetos pertenecientes al sexo femenino, es de 14,62, mientras que para sujetos del sexo masculino es de 10,83. El nivel de significancia observado para la relación entre puntajes IDB en función de sexo, es de $p=0.040$, por lo que existe una diferencia estadísticamente significativa. De este modo, se cumple la hipótesis alternativa que sujetos del sexo femenino presentan mayores índices depresivos que sujetos del sexo masculino rechazando la hipótesis de nulidad.

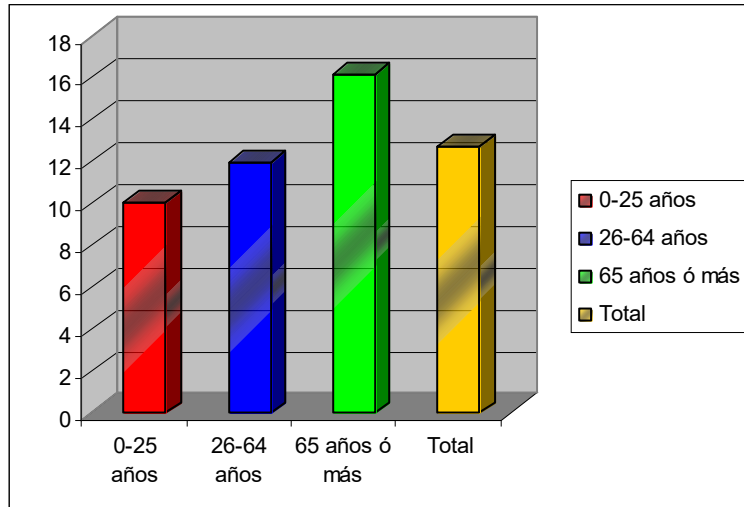
El siguiente gráfico nos permite aseverar que el sexo femenino tiende a obtener índices más elevados de depresión de acuerdo a las diferentes categorías diagnóstica proporcionadas por los resultados del cuestionario IDB. Concretamente, es posible observar que el sexo femenino, tiende a presentar mayores índices de depresión en la categoría diagnóstica depresión severa. De la misma manera, presenta mayores índices de depresión en la categoría diagnóstica depresión leve. Lo opuesto, se observa para la categoría no depresivo. Finalmente, es posible observar una igual distribución para la categoría depresión moderada.

GRAFICO N°12: Porcentaje de categorías diagnóstica de I.D.B. por Sexo.



HIPOTESIS: Personas pertenecientes al grupo etáreo 3 (65 años o más) presentarán mayor puntaje en el Índice de Depresión de Beck que los grupos etáreos 1 (entre 18 y 25 años) y 2 (entre 26 y 64 años).

GRAFICO N°13: Promedios IDB según Rango de Edad.



Si observamos los gráficos anteriores, es posible apreciar que las medias para sujetos pertenecientes al grupo etáreo 1 corresponde a 10.06, mientras que para sujetos del grupo etáreo 2 la media es de 11.97, finalmente, la media para sujetos del tercer grupo etáreo alcanza los 16.16 puntos, lo que nos muestra una tendencia ascendente en las puntuaciones totales del IDB desde el primer grupo etáreo hasta el último. El análisis de la varianza nos muestra un nivel de significancia de $p=0.021$, lo que nos indica que existen diferencias estadísticamente significativas para la relación entre resultados de puntuaciones IDB en función de los distintos grupos etáreos. De este modo, se ve confirmada nuestra hipótesis inicial, que plantea que sujetos del tercer grupo etáreo presentaran mayores índices depresivos que sujetos de los grupos 1 y 2.

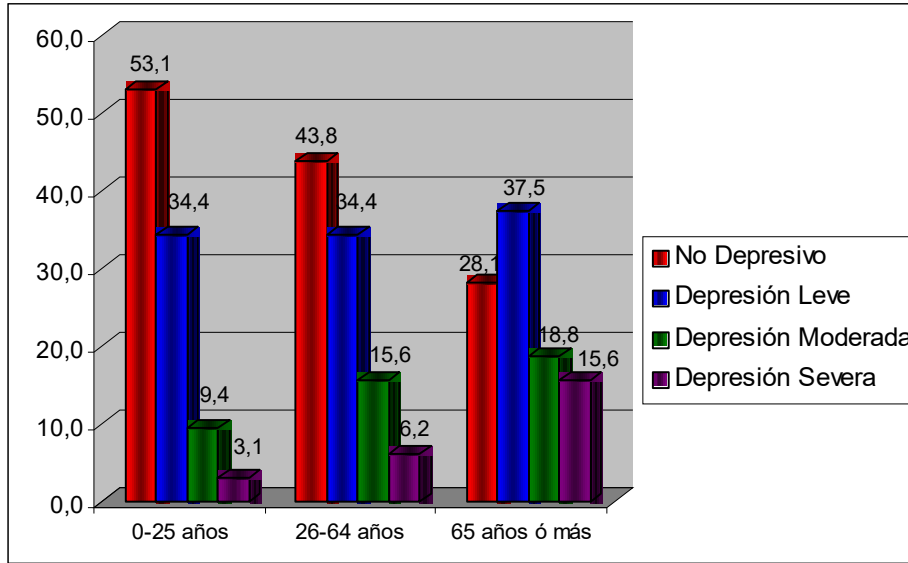
TABLA N° 11: Categoría Diagnóstica IDB por rango edad.

Rango Edad	No Depresivo	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Severa
0-25 años	53,1	34,4	9,4	3,1
26-64 años	43,8	34,4	15,6	6,2
65 años ó más	28,1	37,5	18,8	15,6
TOTAL	41,7	35,4	14,6	8,3

De acuerdo a la tabla anterior, es posible apreciar a modo general, que se observa una tendencia hacia índices depresivos más altos, a medida que avanza la edad. En este sentido, se observa que para la categoría diagnóstica depresión severa, existe un 3,1% que corresponde al grupo etáreo 1, un 6,2% correspondiente al grupo 2 y un 15,6% correspondiente al grupo de 65 años o más. Una relación similar, en el sentido de ascendente, se puede observar para la categoría diagnóstica depresión moderada.

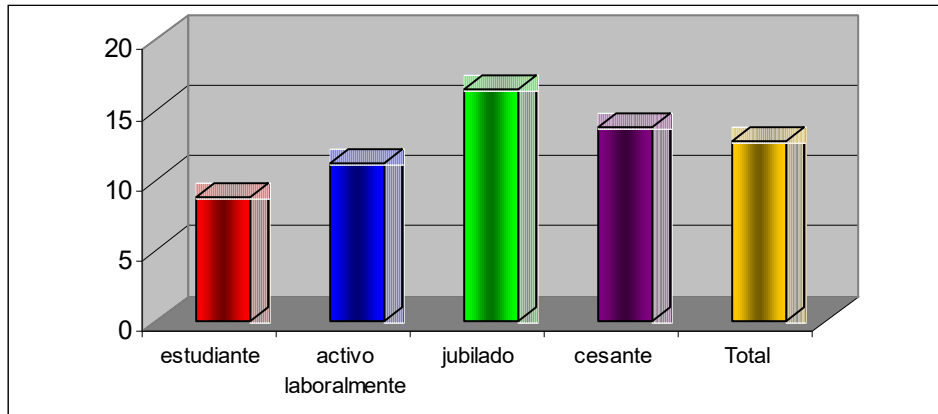
A continuación, se presenta un gráfico que resume el porcentaje de personas según grupo etáreo que se encuentra en las diferentes categorías diagnósticas, donde se aprecia claramente una línea ascendente para las categorías moderada y severa partiendo desde el grupo etáreo 1 hasta llegar al grupo etáreo 3.

GRAFICO N°14: Porcentaje de categorías diagnósticas de I.D.B. por Grupo Etéreo.



HIPOTESIS: Sujetos con situación laboral 1 y 2 (estudiantes y laboralmente activos respectivamente) presentarán menores puntajes en Índice de Depresión de Beck que sujetos con situación laboral 3 y 4 (jubilados y cesantes respectivamente).

GRAFICO N° 15: Puntajes promedio de IDB según Situación Laboral.

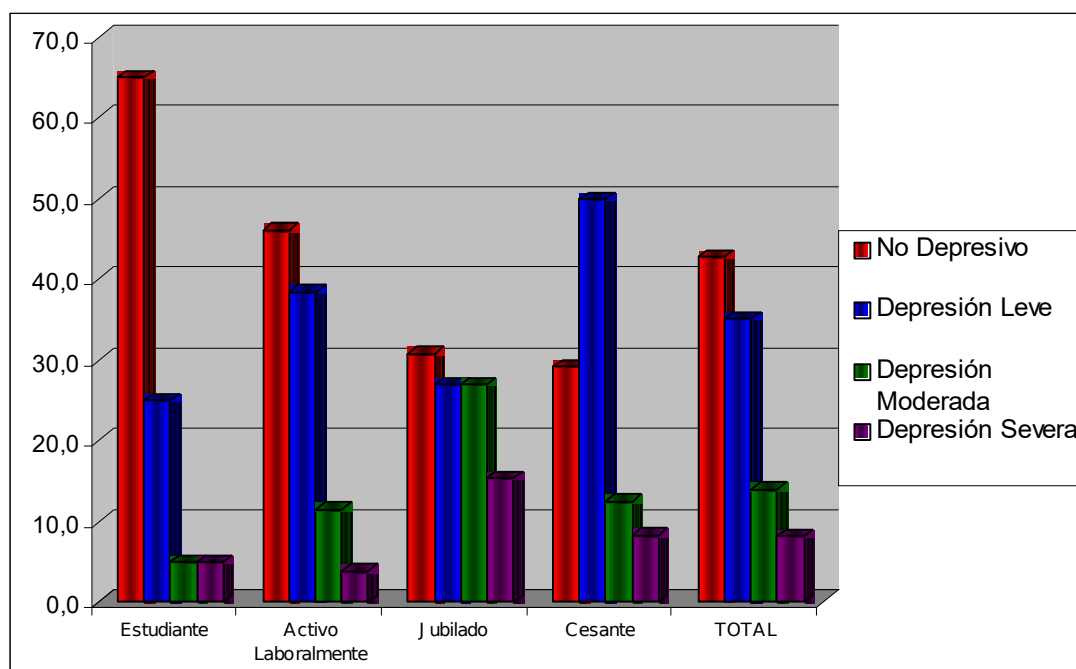


El análisis estadístico de las puntuaciones totales de IDB en función de la situación laboral nos muestra una media para sujetos estudiantes de 8.75, mientras que para sujetos activos laboralmente nos da una media de 11.15. Por otra parte, para sujetos

jubilados y cesantes se observa una media de 16.42 y 13.75 respectivamente. De este modo, se aprecia una diferencia más baja en las medias para estudiantes y activos laboralmente respecto a jubilados y cesantes. El nivel de significancia observado para estos grupos en relación a las puntuaciones de IDB, nos arroja un $p= 0.024$, lo que es estadísticamente significativa, por lo tanto, se acepta la hipótesis, demostrando de este modo que sujetos activos laboralmente y estudiantes presentan menores índices de depresión que sujetos cesantes o jubilados.

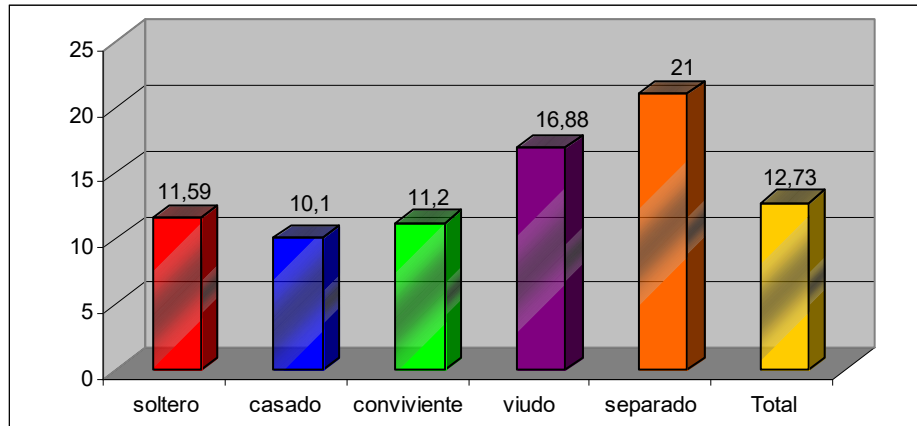
A continuación, se presenta un gráfico comparativo de las diferentes categorías diagnósticas de acuerdo a la situación laboral respectiva. En éste, se observa una elevación para las categorías diagnósticas severa y moderada para sujetos jubilados y cesantes respectivamente, en comparación con sujetos estudiantes y activos laboralmente. Asimismo, resalta la elevación de depresión leve para cesantes y la elevación para la categoría no depresión por parte de estudiantes.

GRAFICO N°16: Porcentaje de categorías diagnósticas de I.D.B. por Situación Laboral.



HIPOTESIS: Personas con situación civil 1, 2 y 3 (soltero, casado y conviviente) presentarán menor puntajes en Índice de Depresión de Beck que personas separadas.

GRAFICO N°17: Promedios IDB según Situación Civil.

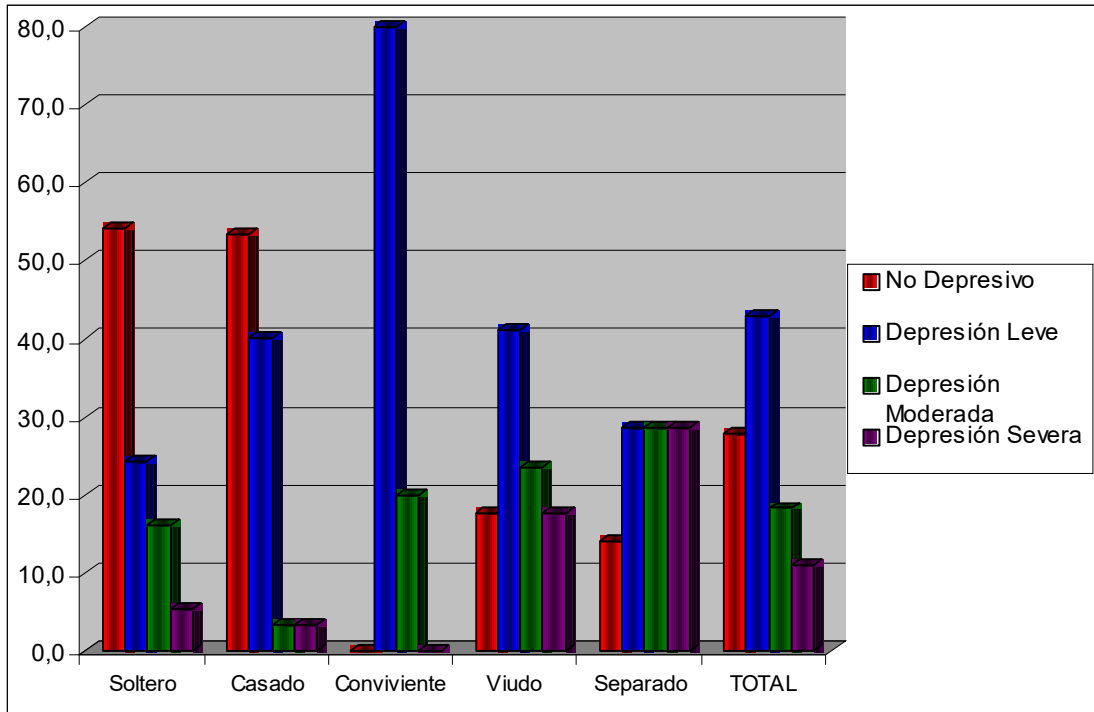


Al observar los gráficos anteriores, es posible apreciar que las medias para las puntuaciones IDB en sujetos solteros, casados y convivientes son de 11.59, 10.10, y 11.20 respectivamente, mientras que para sujetos viudos y separados es de 16.88 y 21.00 respectivamente. El análisis estadístico nos muestra un $p= 0.011$, por lo cual, se demuestra que existen diferencias estadísticamente significativas que permiten aceptar la hipótesis alternativa de que los sujetos solteros, casados y convivientes presentan menores índices depresivos que sujetos separados.

Como se observa en el siguiente gráfico, el mayor porcentaje de sujetos, se encuentra en la categoría depresión leve. En general, aquellas personas separadas y viudas, presentan índices más elevados de depresión que las personas solteras y viudas para las categorías severa y moderada. Para la categoría depresión leve, se observa un porcentaje similar tanto para solteros y separados como para casados y viudos respectivamente; sin embargo, es notable el hecho que un 80% de los sujetos convivientes se encuentra en la categoría depresión leve, superando a todas las demás

clasificaciones para esta categoría diagnóstica. Finalmente, se observa un mayor número de sujetos sin estado depresivo pertenecientes a solteros y casados.

GRAFICO N°18: Porcentaje de categorías diagnósticas de I.D.B. por Situación Civil.



Como podemos observar a partir del análisis de los datos anteriormente expuestos, es posible advertir que la gran mayoría de las hipótesis planteadas al inicio de este estudio en lo que refiere a resultados del inventario de depresión de Beck, han sido cumplidas. Para analizar dichas hipótesis se ha realizado en su gran mayoría a través de un análisis de varianza (ANOVA) con un alfa de 0.05%. Por otro lado, se han revisado informes donde se entrega en detalle la comparación de las medias, lo que nos permite además, ver si el "N" de sujetos que da el indicador de la varianza nos permite asegurar que los datos sean representativos.

El análisis de dichos datos, en primer lugar, nos permite comprobar que, dentro de las variables consideradas como independientes, una de las que más influye sobre los

resultados del inventario de Beck, es la pertenencia o no a red social (Ver gráfico 9 y 10). En este sentido, cabe destacar que la participación de diversas instancias sociales tales como el trabajo, iglesia, estudios, etc., permite a los individuos beneficiarse de múltiples factores que estarían influyendo en índices más bajos de depresión. Es importante destacar que en nuestro país a medida que una persona avanza en edad, menos posibilidades de integración social posee ya que la mayor instancia de este tipo en nuestra sociedad es el trabajo y el consumo. De este modo, cuando un adulto mayor se encuentra jubilado, pierde un sinnúmero de redes sociales, como es el caso de áreas vinculadas a factores socioeconómicos, donde se pierde el status social, pérdida de amigos, pérdida de ingresos económicos, así como también la pérdida de diversos roles (amigo, compañero laboral, etc.) Además, cabe considerar que se producen pérdidas familiares (cónyuge) lo que en su conjunto produce un aislamiento progresivo del adulto mayor a nivel familiar y su invisibilización por parte de la sociedad, y de este modo se podría explicar 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.

Con respecto al análisis de los resultados IDB en función de la variable sexo, se observa que las mujeres presentan niveles más altos de depresión en comparación a los hombres (ver gráfico 11 y 12). En general, este hecho confirma los numerosos estudios que existen a la fecha y que dan cuenta de una prevalencia mayor de depresión en las mujeres en comparación a los varones.

Los datos encontrados sobre IDB en función de los diferentes grupos etáreos nos demuestran que a medida que avanza la edad, es posible encontrar índices mayores de depresión. Cabe señalar que dichas diferencias son menores entre los grupos etáreos 1 y 2, no ocurriendo lo mismo entre los grupos 1 y 3; 2 y 3. (Ver gráfico 13, 14 y tabla 11). Es decir, la mayor diferencia en términos IDB la presentan sujetos del tercer grupo etáreo

quienes son los que presentan mayores índices. En este sentido, cabe señalar una explicación muy consecuente con la expuesta respecto a redes sociales, donde se enfatizaba sobre la importancia que tiene en nuestro país el estar trabajando, y no sólo por los beneficios económicos, sino que por todos los beneficios secundarios que esta actividad otorga, como por ejemplo, amigos, compañeros, convivencias, apoyo emocional, actividad, etc. Sin embargo, al considerar que el análisis de varianza se desarrollo con las puntuaciones totales, es posible señalar que el tercer grupo etéreo puede presentar mayores puntuaciones debido a malestares somáticos que son propios del envejecimiento primario. No obstante, dicho análisis, nos arroja diferencias estadísticamente significativas, reflejando que las oportunidades presentadas para los grupos etéreos 1 y 2 en términos de integración social, no son las mismas que para el grupo etéreo 3. Esta afirmación es corroborada por el nivel de significancia estadísticamente significativo que arroja la variable situación civil en función de resultados IDB, donde se observa un $p=0,024$, lo que indica que sujetos activos laboralmente y estudiantes presentan mayores índices de depresión que aquellos sujetos que se encuentran jubilados y cesantes (Ver gráfico 15 y 16). Al analizar en más detalle los porcentajes de sujetos y la categoría diagnóstica en que se encuentran, es posible observar un alto número de sujetos cesantes para la categoría depresión leve, lo que se puede explicar debido a que estos individuos probablemente se encuentran en un estado de depresión leve debido a su estado laboral actual y que se supone es transitorio, en oposición a los adultos mayores quienes arrojan puntuaciones más elevadas para depresión moderada y severa.

Finalmente, se comprueba nuestra hipótesis en relación a la situación civil, donde sujetos solteros, casados y convivientes presentan menores índices de depresión que sujetos viudos o separados (Ver gráfico 17 y 18). De este hecho se puede inferir que los sujetos casados y convivientes cuentan con redes primarias de apoyo social, lo que les permite satisfacer tanto necesidades de socialización, entendiendo por ello a las

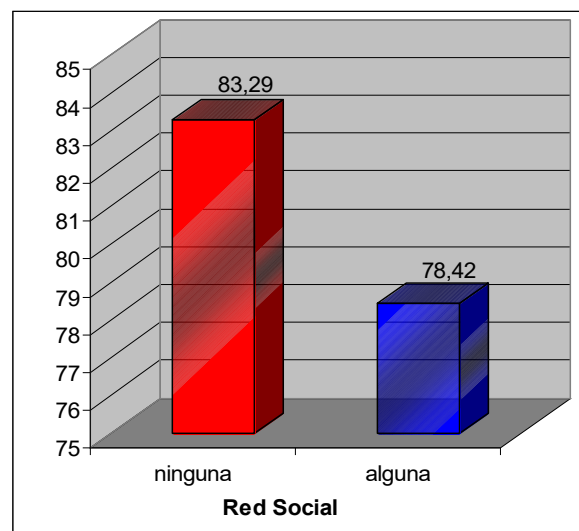
relaciones interpersonales que se suscitan ya entre los miembros de la familia, o como las que éstos mantienen en el exterior, como necesidades de cuidado, de afecto y finalmente de sustento económico. Es en este mismo sentido que sujetos solteros cuentan en su mayoría con esta red de apoyo, ya que por las características de nuestra muestra la mayoría de los sujetos solteros viven con sus familias nucleares y se encuentran estudiando. Lo opuestamente contrario ocurre con sujetos viudos y separados, quienes ya han perdido en su gran mayoría el apoyo primario.

5.1.3. RESPUESTAS A HIPÓTESIS RELACIONADAS CON AFRONTAMIENTO.

Dada la presentación de los datos, y la relativa independencia entre las escalas contempladas, se describirán las hipótesis principales de acuerdo a la variable independiente asociada, y se presentarán las conclusiones generales al final.

Hipótesis: Personas sin red social presentarán mayores puntajes en la escala ACTE que personas con red social.

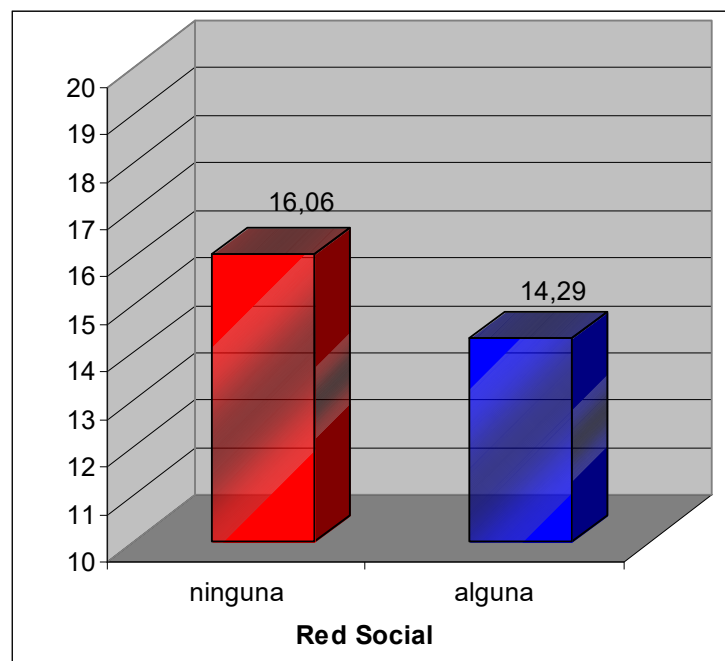
GRAFICO N°19: Promedio de Afrontamiento Centrado en el tipo de emoción de acuerdo a Red Social.



El análisis de las medias en los puntajes para la escala ACTE para personas sin red social (78.42) y con red social (83.29), muestra una diferencia significativa al realizar un análisis de varianza ($p= 0.044$). Estos datos confirman la hipótesis de que personas sin pertenencia a redes sociales van a mostrar una tendencia al afrontamiento a través de estilos centrados en el control de la emoción.

Hipótesis: Personas sin red social presentarán mayores puntajes en la escala Distanciamiento que personas con red social.

GRAFICO N°20: Promedio de Distanciamiento de acuerdo a Red Social.

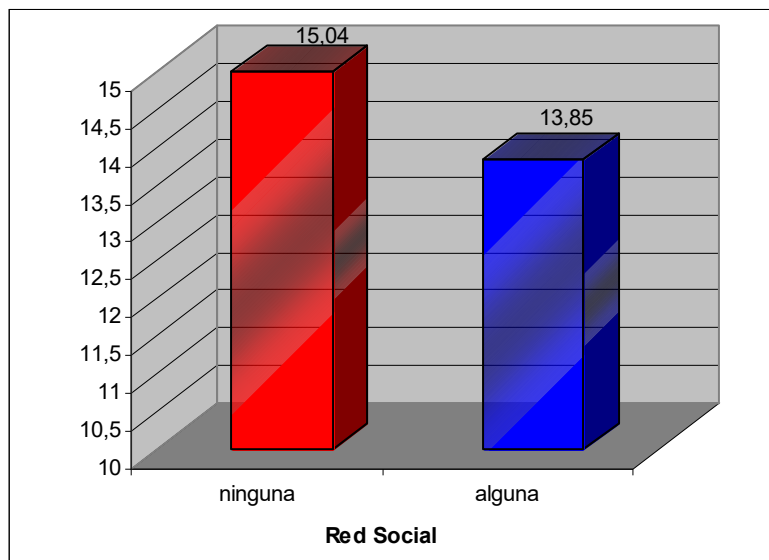


El análisis de datos con respecto a la utilización de la estrategia de afrontamiento distanciamiento mostró una diferencia para las personas con red social (14.29) y sin red social (16.06), que mostró ser altamente significativa ($p= 0.007$) al realizar un análisis de varianza. Se confirma entonces la hipótesis de que las personas en ausencia de red

social van a tender a la utilización de estrategias de afrontamiento concretas centradas en el control emocional y alejamiento del problema que a la acción directa sobre éste.

Hipótesis: Personas sin red social presentarán mayores puntajes en la escala de Aceptación de Responsabilidad que personas con red social.

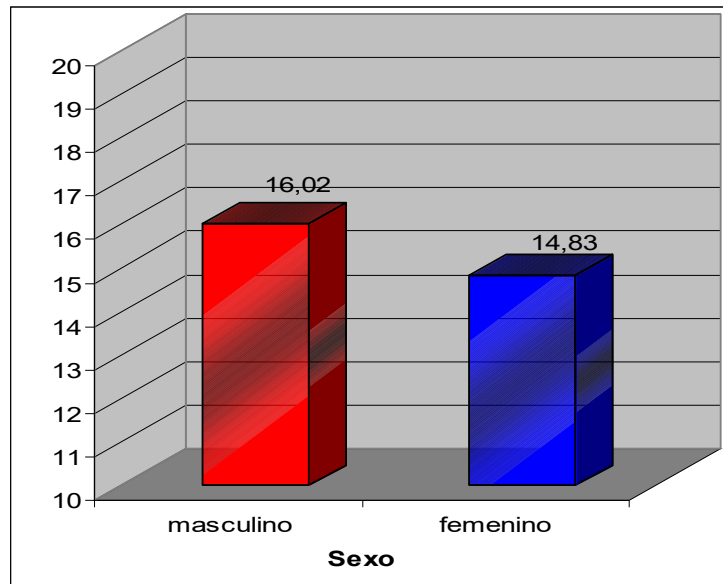
GRAFICO N°21: Promedio de Aceptación de Responsabilidad de acuerdo a Red Social.



La relación entre los puntajes promedios obtenidos en la escala Aceptación de Responsabilidad para personas con redes sociales (13.85) y sin redes sociales (15.04), mostró ser significativa ($p= 0.049$). Se confirma la hipótesis, indicando una tendencia por parte de una persona sin redes sociales a asumir las responsabilidades y consecuencias de sus actos, posiblemente debido a la falta o un menor apoyo de tipo social, que los llevaría a asumir para sí el peso de su acción.

Hipótesis: Personas de sexo masculino presentarán mayores puntajes en la escala Confrontación que personas de sexo femenino.

GRAFICO N°22: Promedio de Confrontación de acuerdo a Sexo.

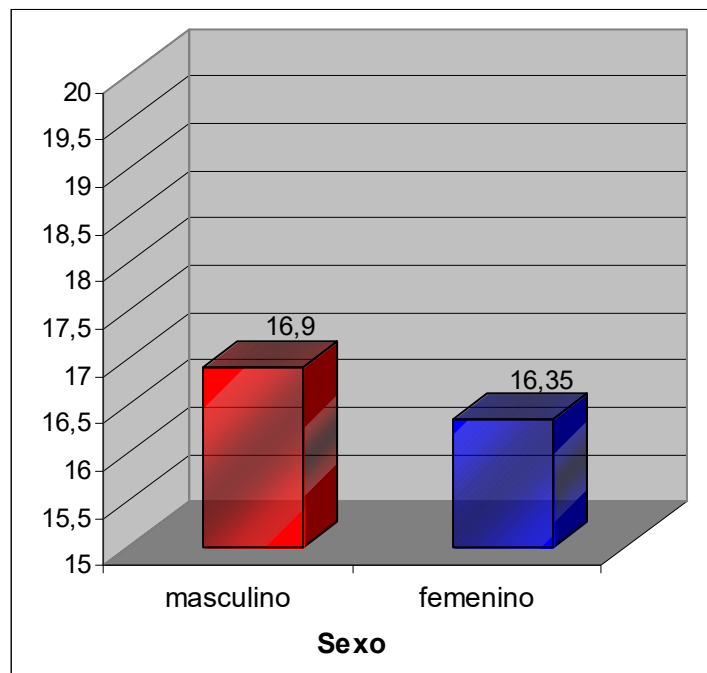


Mediante la comparación de las medias entre hombres (16.02) y mujeres (14.83) se aprecia una diferencia entre las medias de estos grupos, con respecto a la utilización de la estrategia de afrontamiento confrontación. Esta diferencia no llega a ser significativa ($p= 0.129$), por lo tanto refutando nuestra hipótesis de que los hombres tenderían a la utilización de estrategias más activas destinadas a la modificación directa de las situaciones problemáticas. Este resultado podría deberse a muchos factores, entre los que tenemos el hecho de que al formular nuestra hipótesis se partió desde una concepción más tradicional de la diferencia en los comportamientos de hombres y mujeres, asumiendo al primero siempre como un ente más activo y agresivo, mientras la mujer se veía relegada a un plano de sumisión y aceptación. Está de más decir que la sociedad ha sufrido numerosos cambios en los últimos tiempos sobre todo en el tema de la igualdad de oportunidades y derechos para personas de ambos sexos, lo podría estar a

la base de que las diferencias esperadas para hombres y mujeres no hayan sido lo acusadas que se suponía serían.

Hipótesis: Personas de sexo femenino presentarán mayores puntajes en la escala Búsqueda de Apoyo Social que personas de sexo masculino.

GRAFICO N°23: Promedio de Búsqueda de Apoyo Social de acuerdo a Sexo.

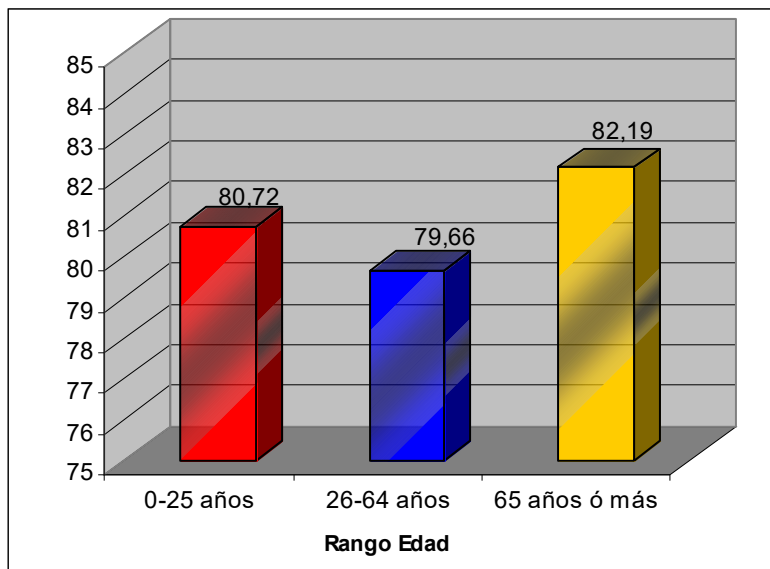


A través del análisis de las medias entre hombres (16.9) y mujeres (16.35), se observa una leve tendencia, que no llega a ser significativa ($p= 0.439$) por parte de personas sexo femenino a afrontar a través de la utilización de la estrategia búsqueda de apoyo social, refutando, de este modo, la hipótesis propuesta, de que las mujeres tenderían a la búsqueda y el establecimiento de redes de apoyo que le permitirían hacer frente a determinadas situaciones. Una posible explicación para estos resultados es, por un lado, los cambios que las concepciones de género tradicionales han ido sufriendo, en los cuales solía verse al hombre como un ser autosuficiente y en el cual, la más ligera

muestra de una necesidad de apoyo externo, era vista como señal de debilidad; mientras en la mujer esto era algo completamente natural y esperable.

Hipótesis: Personas pertenecientes al tercer grupo etáreo presentarán mayores puntajes en la escala ACTE que personas pertenecientes a los otros grupos etáreos.

GRAFICO N°24: Promedio de Afrontamiento Centrado en el tipo de emoción de acuerdo a Grupo Etáreo.

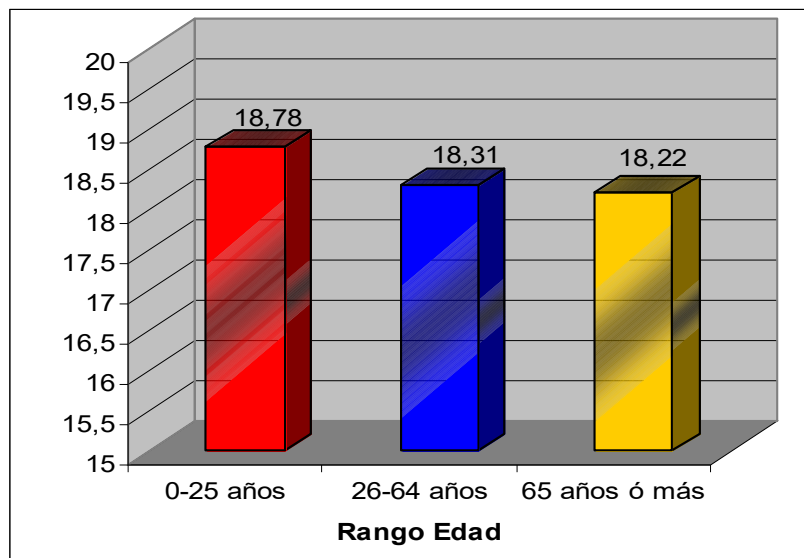


El análisis de los puntajes para el primer (80.72), segundo (79.66) y tercer (82.19) grupo etáreo muestra que se cumple una tendencia a la utilización por parte de personas pertenecientes al último grupo de ACTE. Sin embargo, se observa una baja significación ($p= 0.698$), por lo que se refuta entonces la hipótesis que supone en los adultos mayores una tendencia a la utilización de estilos centrados en la emoción dado que muchas veces no se encontrarían en condiciones de cambiar las situaciones que viven. Esta situación, la incapacidad por parte de los adultos mayores de cambiar las circunstancias que les toca vivir, puede estar dada por muchos factores, ya sean físicos, como económicos y sociales. Es un hecho que nuestra sociedad actual no ofrece muchas posibilidades de

acción a un adulto mayor, por lo tanto, sería esperable que estos tendieran a responder a través de estrategias que les permitieran un mejor manejo emocional frente a situaciones que muchas veces no pueden cambiar. Por lo tanto, aunque esta hipótesis no se cumple, sí se aprecia una pequeña diferencia a favor de este grupo, diferencia que podría llegar a ser mayor, pero que distintos problemas, como tal vez la construcción o lo limitado de la muestra, podrían estar influyendo en los resultados obtenidos.

Hipótesis: Personas pertenecientes al primer grupo etéreo presentarán mayores puntajes en la escala Escape-Evitación que personas pertenecientes a los otros grupos etéreos.

GRAFICO N°25: Promedio de Escape/Evitación de acuerdo a Grupo Etéreo.



Se plantea la hipótesis de una mayor utilización de estrategias de escape-avoidance por parte de personas del primer grupo etéreo (18.78) frente al segundo (18.31) y al tercero (18.22), que indicaría una tendencia por parte de personas pertenecientes a este grupo a la participación en actividades que les permitan evadirse de los problemas. Esta relación demuestra una muy baja significación ($p= 0.799$), y por lo tanto, se refuta la hipótesis planteada. Estos resultados pueden aludirse a problemas de muestreo por

nuestra parte, que harían que la diferencia no fuese tan significativa entre estos grupos, o también hay la posibilidad de que se trate de que en realidad gente de distintos grupos etéreos no usa en mayor o menor medida estrategias que le permitan evadirse de las situaciones o los problemas, sino que es tal vez el caso de que para la gente joven estas acciones tienden sólo a ser más notorias y esperables (por ejemplo fiestas, carretes), que en el caso de los grupos más adultos.

Analizando los resultados obtenidos se pueden extraer varios datos en relación a las respuestas de afrontamiento de los encuestados. En principio, se puede observar la diferencia en la influencia que cada una de las variables independientes parece tener sobre la variable afrontamiento.

De las tres variables independientes comprendidas en nuestro estudio, la que muestra una mayor importancia a la hora de afrontar es la variable Red Social. Esto puede explicarse si tenemos en cuenta que la pertenencia de un sujeto a una o más instancias de desarrollo e integración social reporta para éste un sinnúmero de beneficios, de entre los cuales no sólo se tiene la importancia del apoyo emocional, sino que además se cuenta con el desarrollo y disponibilidad de herramientas, y nuevas formas de responder frente a las contingencias. Entendiendo el problema de esta manera, no es difícil prever que la pertenencia de una persona a alguna de estas instancias tendrá un gran impacto sobre su repertorio conductual, y sobre la forma en que interpreta y evalúa las situaciones que le ocurren. De hecho, es posible observar en los datos cómo las personas, en ausencia de red social van a tender a presentar, de manera más marcada, formas de enfrentar las situaciones desde lo emocional o desde el alejamiento, que mediante acciones concretas destinadas a atacar la raíz del problema.

La variable independiente sexo muestra, por otro lado, una influencia menor frente a la forma de afrontar de los encuestados. Sin embargo, es posible apreciar leves

diferencias en la forma de responder de ambos sexos frente a las distintas situaciones. Por ejemplo, se observó en los hombres una ligera tendencia a afrontar mediante estrategias más activas frente a los problemas, aún cuando las hipótesis se vieron refutadas. Las diferencias nunca llegan a ser tan evidentes como se había supuesto. Como un intento de entender estos resultados, es posible decir que se podrían explicar mejor si se consideran las diferencias relativas al sexo como variables dependientes de la cultura, ya que ésta presupone y establece formas de conducta aceptadas y valoradas socialmente para las personas dependiendo si es hombre o mujer, asumiéndolas como algo efectivo y presente, y no como una construcción social. Es muy posible que esta visión culturalmente mediada haya influido sobre lo que se esperaba encontrar en esta área de la investigación, mientras que lo que se encontró fue que en la práctica, esta relación tan evidente desde lo social, no parece serlo tanto. Además, en un mundo como el que vivimos actualmente, con igualdad de derechos y oportunidades para todos (en teoría), tal vez, ciertos viejos prejuicios deberían ser reevaluados.

Se observa, por último, la variable independiente relativa al rango etéreo de los encuestados. El análisis de los datos obtenidos mostró inmediatamente que se trataba de la variable con menos influencia al momento de afrontar. Con respecto a esta variable, se partió de la base que los grupos más jóvenes y más activos, estarían en mejores condiciones para afrontar en forma activa las distintas situaciones a las que se ven enfrentados; mientras que se asumía lo contrario para el grupo de más edad, generalmente expuesto a situaciones de mayor impotencia. Sin embargo, lo que se vio fue una casi completa homogeneidad en las respuestas al comparar los tres grupos observándose diferencias tan pequeñas, que serían mejor explicadas por problemas en la constitución de la muestra, que por diferencias reales y apreciables en la forma de respuesta de los tres grupos. Puede ser el caso también que el afrontamiento sea en sí una variable que no se vea afectada por la edad, lo que por otro lado significaría que

gente de mayor edad a la hora de afrontar no se encontraría en desmedro con respecto a gente más joven.

No se puede olvidar, por otro lado, que todas estas conclusiones y los resultados a partir de los cuales se infieren pueden estar mediados por una gran cantidad de factores intervinientes en su obtención. Uno de ellos es que toda investigación esta sujeta a errores, en este caso, tal vez lo limitado de la muestra escogida no nos permitió alcanzar resultados con una mayor significancia. Por otro lado, siempre está la posibilidad de que la medición misma haya estado sujeta a errores, y apoyando esto, está el hecho de que muchos de los encuestados manifestaban fatiga y aburrimiento a la hora de responder a este cuestionario, dada su extensión, situación que podría estar afectando sus respuestas.

5.1.4. RESPUESTAS A HIPÓTESIS RELACIONADAS CON ATRIBUCIÓN CAUSAL.

Hipótesis: Hombres atribuirán de manera mas interna, Estable y Global en comparación a mujeres.

TABLA N°12: Puntajes promedios obtenidos de atribuciones Internas, Estables y Globales según Sexo.

Sexo	Tendencias a atribuir respuestas		
	Internas	Estables	Globales
Hombres	34.84%	80.95%	66.68%
Mujeres	32.17%	74.88%	57.14%
TOTAL	33.5%	78%	62%

Se puede observar a partir de la tabla anterior que en general los hombres atribuyen de forma más Interna, Estable y Global que las mujeres. Esta diferencia se hace mas notoria en la dimensión Globalidad y Estabilidad, donde los hombres obtienen más de 9.5 y 6 puntos porcentuales de diferencia por sobre las mujeres respectivamente.

Un dato que llama la atención es que tanto hombres como mujeres atribuyen un alto porcentaje de respuestas estables (80,95% y 74,88% respectivamente) y globales (66,8% y 57,14% respectivamente), a diferencia de la dimensión Internabilidad donde existe una baja preferencia por ésta, dando como resultados que aproximadamente un 65% de los encuestados atribuyen los sucesos a situaciones tanto externas a su persona como de causalidad compartida.

Otro dato no menor es el aumento progresivo de atribuciones Internas, Estables y Globales a medida que los sucesos se encuentran más hacia el futuro, es decir, el promedio de las atribuciones en los tres sucesos hacia el futuro presenta un porcentaje mayor que el de los tres sucesos hacia el pasado. Este fenómeno se observa en el total de la muestra y comprueba la hipótesis que afirma que las personas tendrían la sensación

de Locus de control sobre sucesos que aun no ocurren. Lo relevante de esta información es que incluye a sujetos con altos puntaje en IDB. y con un historial lleno de sucesos negativos, los cuales podrían, como efecto de lo anterior, adquirir una desesperanza respecto a los sucesos futuros.

Los siguientes gráficos presentan tanto el porcentaje promedio y la tendencia de los sucesos, como el promedio general de cada dimensión Atribucional por Sexo:

GRAFICO N°26 Porcentaje de Internabilidad por cada suceso y su total de acuerdo a Sexo.

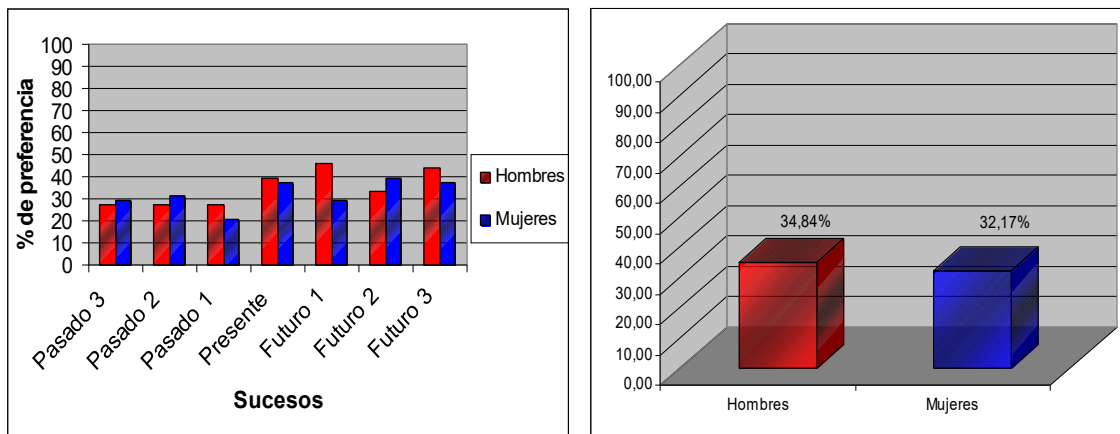


GRAFICO N°27: Porcentaje de Externabilidad por cada suceso y su total de acuerdo a Sexo.

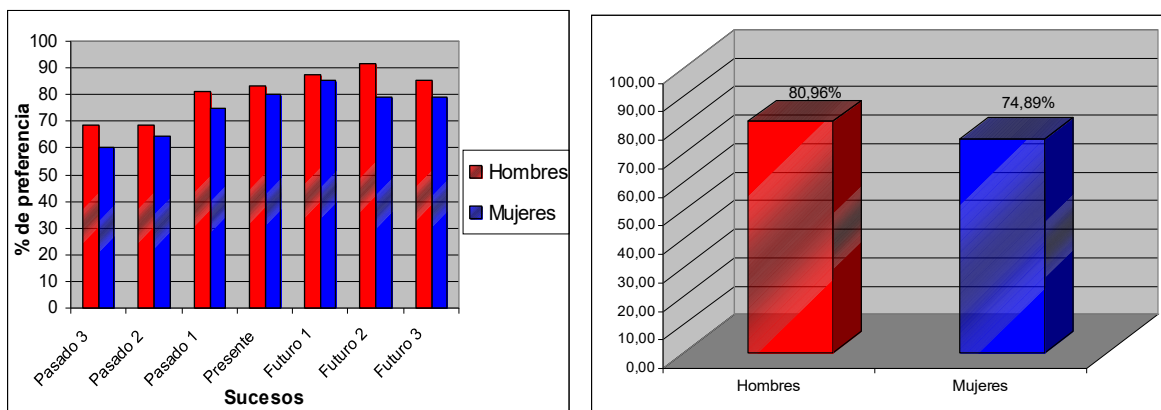


GRAFICO N°28: Porcentaje de Globalidad por cada suceso y su total de acuerdo a Sexo.

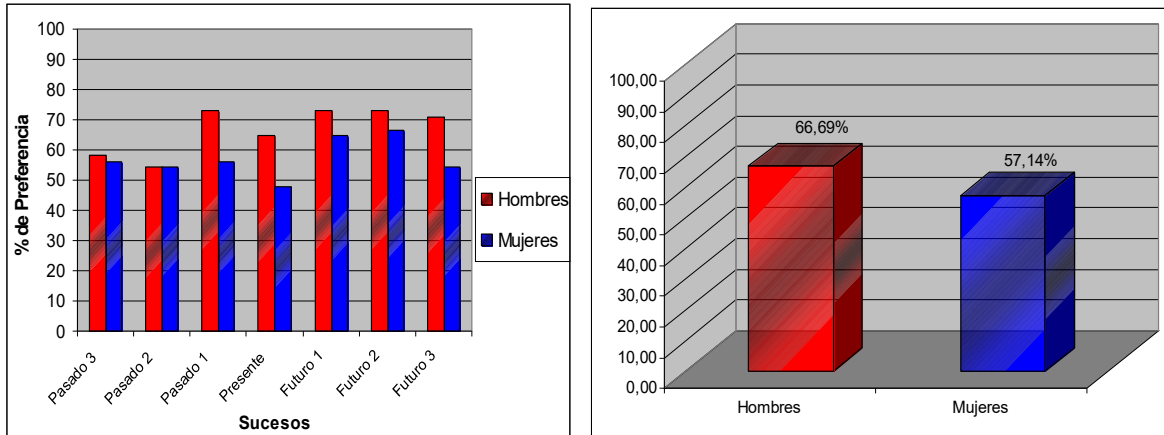


TABLA N°13: Puntajes promedios obtenidos de atribuciones Internas, Estables y Globales según Grupo Etéreo.

Condición Social	Tendencias a atribuir respuestas		
	Internas	Estables	Globales
18 - 25 años	46.44%	78.6%	60.3%
26 - 64 años	30.38%	76.8%	63%
65 y más	23.67%	78.6%	62.5%
TOTAL	33.5%	78%	62%

Por grupo etéreo se observa que la tendencia atribuir de forma Interna va disminuyendo porcentualmente a medida que aumenta la edad, de tal forma que los jóvenes del primer grupo etéreo doblan sus preferencias de atribución interna respecto al grupo etéreo 3. En el grafico que sigue a continuación se puede observar un dato que afirma lo anterior, ya que los jóvenes dicen tener casi 70% de Internabilidad frente al primer suceso futuro. Esto se debería a la sensación de controlabilidad que actualmente poseen los jóvenes sobre los sucesos que los rodean y que en el adulto mayor estarían disminuidos, producto de los reforzadores negativos que socialmente pueden percibir.

Respecto a las atribuciones Estables se observa, al igual que con la variable Sexo y Red Social, que un 78% de las personas entrevistadas proporcionaban respuestas estables en el tiempo lo que, desde un punto de vista conductual, da cuenta de la existencia de un cierto tipo de repertorio conductual limitado, o de una serie de estrategias que los sujetos han utilizado en el pasado y que les resultaron exitosas adaptándolas para eventos futuros, tanto positivos como negativos. Esto queda al descubierto en el grupo etáreo 3 y 1, ambos con un 78,6% de estabilidad. En el primero existen estrategias de afrontamientos estables consolidadas y corregidas con el pasar de los años y en segundo, aún se encuentran en periodo de aprendizaje y corrección de estrategias a futuro.

Sin embargo, si se observa el gráfico de estabilidad suceso por suceso se puede destacar la existencia de una leve curva que iría en aumento desde los sucesos del pasado teniendo un máximo porcentaje en el suceso futuro 1 para después descender en forma leve. Este descenso indicaría que si bien las personas tendrían una estabilidad en el primer suceso futuro, esto podría sufrir una leve inestabilidad para los sucesos posteriores.

La dimensión causal de Globalidad muestra una homogeneidad en su preferencia frente a los sucesos, ya que los porcentajes correspondientes son 60,3% para el primer grupo etáreo; 62,97% para el segundo grupo etáreo y un 62,51% para el adulto mayor.

GRAFICO N°29: Porcentaje de Internalidad por suceso de acuerdo a Grupo Etéreo.

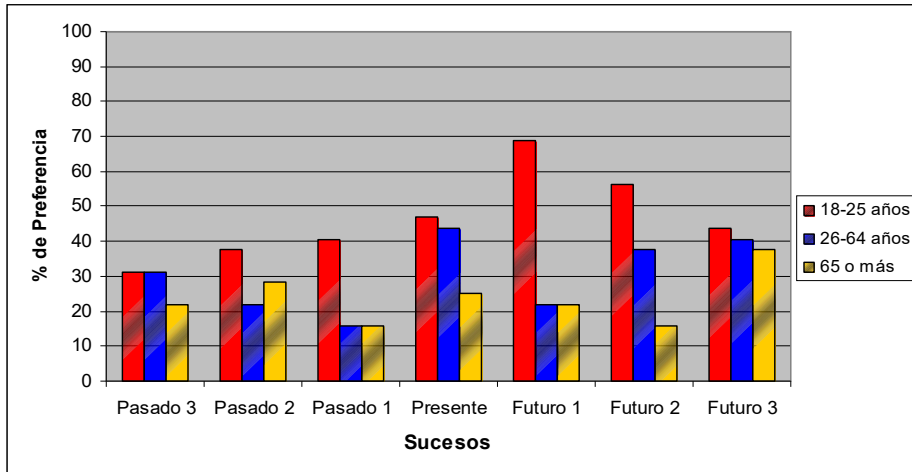


GRAFICO N°30: Porcentaje total de Internalidad de acuerdo a Grupo Etéreo.

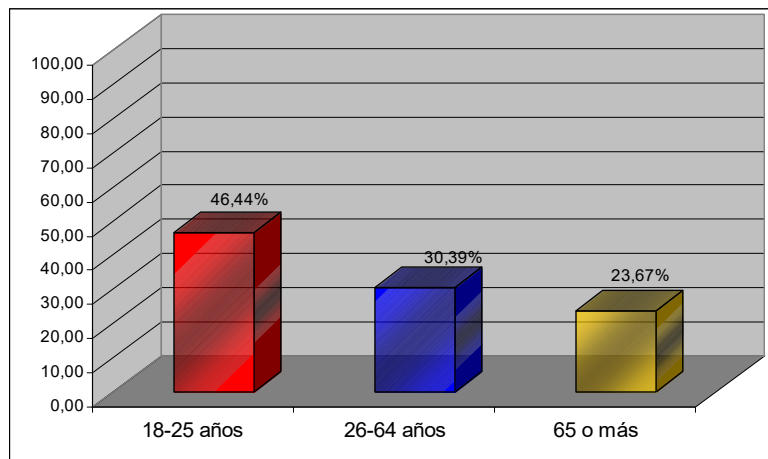


GRAFICO N°31: Porcentaje de Estabilidad por suceso de acuerdo a Grupo Etéreo.

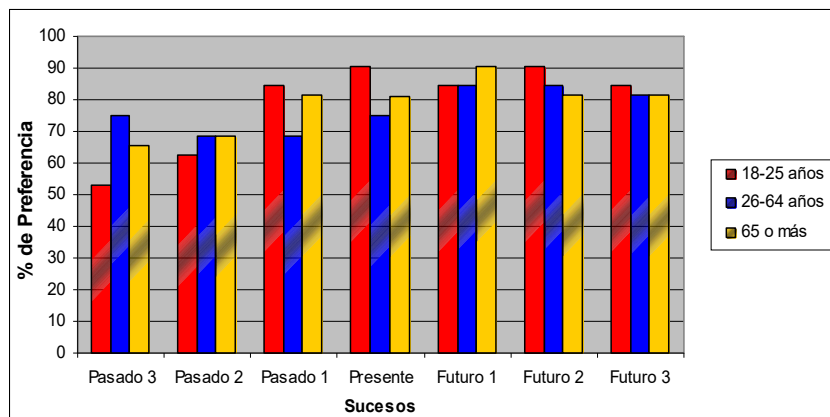


GRAFICO N°32: Porcentaje de Globalidad por suceso de acuerdo a Grupo Etáreo.

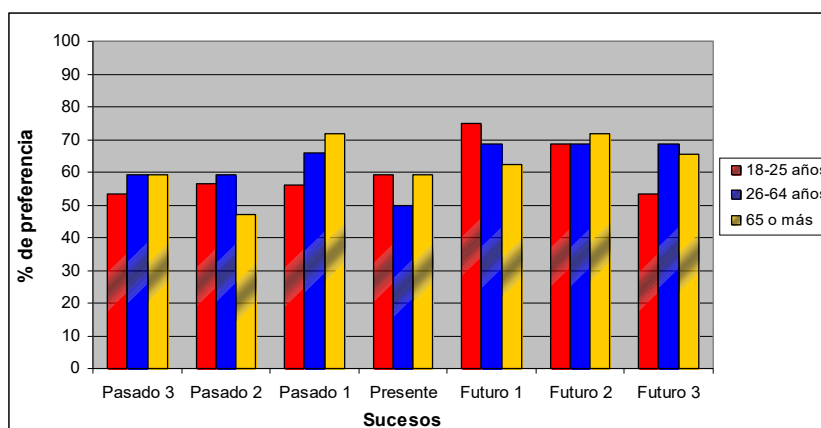


TABLA N°14: Puntajes promedios obtenidos de atribuciones Internas, Estables y Globales según Red Social.

Red Social	Tendencias a atribuir respuestas		
	Internas	Estables	Globales
No poseen red social	33.64%	77.4%	62.5%
Si poseen red social	33.34%	78.6%	61.3%
TOTAL	33.5%	78%	62%

Se puede observar a través de la tabla anterior que no existe diferencia significativa entre personas que poseen y no poseen red social en lo concerniente a dimensiones causales de Internabilidad, Estabilidad y Globalidad. Además se mantiene el aumento en la estabilidad y la globalidad respecto a la primera dimensión de Internabilidad aunque sin mayores variaciones. De lo anterior se puede inferir que la presencia o ausencia de redes sociales no determinan una mayor influencia para las diferentes formas de atribución.

GRAFICO N°33: Porcentaje de Internabilidad por sucesos de acuerdo a red social.

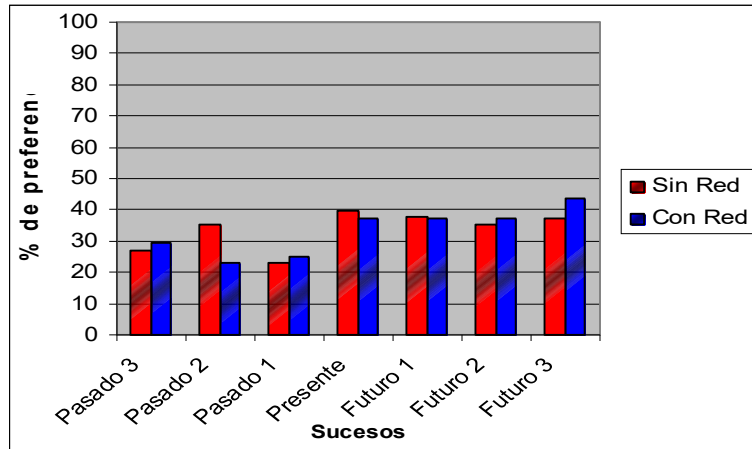


GRAFICO N°34: Porcentaje de Estabilidad por sucesos de acuerdo a red social.

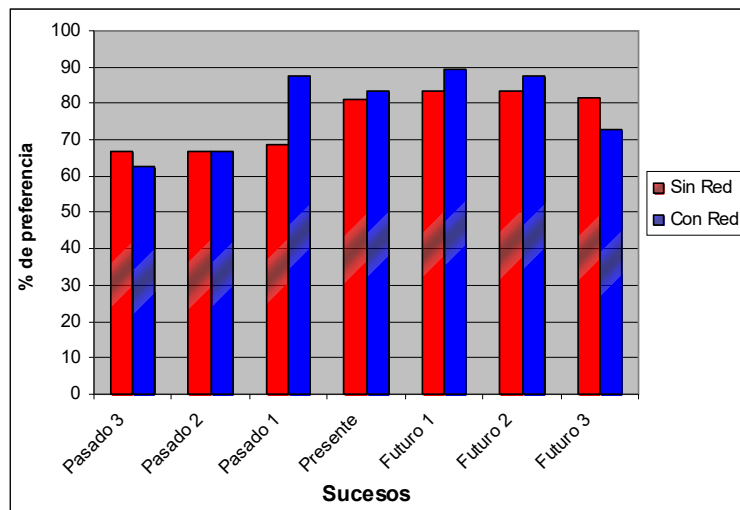
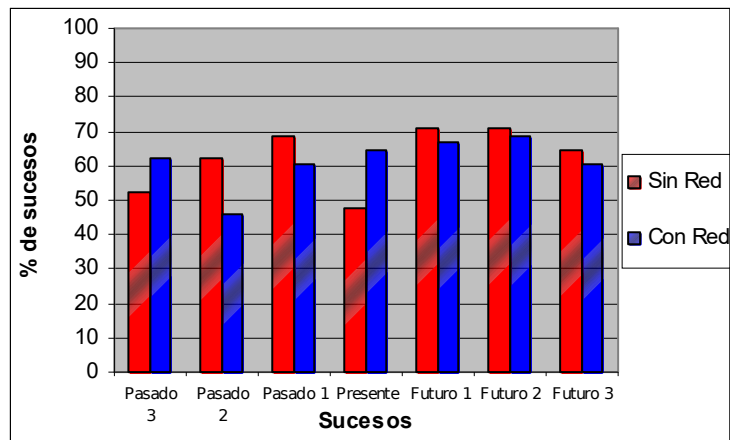


GRAFICO N°35: Porcentaje de Estabilidad por sucesos de acuerdo a red social.



Hipótesis: Mujeres realizarán una mayor proyección en el tiempo para eventos futuros que los hombres.

TABLA N°15: Promedio de tiempo (en meses) en que ocurren sucesos vitales pasados y futuros mencionados en relación al Sexo.

SEXO	Tiempo pasado	Tiempo futuro
Hombres	339,4	108,7
Mujeres	321,3	155,2
TOTAL	330,3	131,9

Como se observa en la tabla anterior, los hombres poseen un promedio de 9 años y medio (339,4 meses) en los sucesos mencionados hacia el pasado, mientras que las mujeres obtuvieron un promedio de 8 años con 11 meses (321,3 meses).

Con respecto a los sucesos hacia el futuro, los hombres proyectaban sucesos importantes con un promedio de tres años (108,7 meses), mientras que las mujeres lo hacían en cuatro años con cuatro meses respectivamente, lo cual corrobora la hipótesis donde se propone que las mujeres se proyectan a mas largo plazo en el futuro que los hombres sobre sucesos significativos. Esto debido a una creencia que se fue estableciendo en el transcurso del estudio donde se observaba que las mujeres poseían más metas a largo plazo y que tenían relación con el área afectiva, mientras que los hombres, a pesar que de igual manera tenían metas, éstas se relacionaban con el área académica o el desarrollo profesional, siendo de carácter mas inmediatista no sobrepasando mas allá de los tres años para su realización.

En total, para los sucesos pasados se obtuvieron un promedio de 9 años con tres meses, mientras que para los sucesos futuros los resultados fueron de 3 años y ocho meses. Esto respalda las hipótesis planteadas donde se afirma que en general las

personas evocan muchos recuerdos del pasado fijándose temporalmente en ellos y se proyectan muy poco impidiendo un desarrollo equilibrado de la temporalidad en la persona, teniendo mas bien todo esto un carácter inediatista centrando los problemas o las situaciones importantes en el aquí y ahora del sujeto.

GRAFICO N°36: Promedio de meses para los sucesos Pasados respecto a Sexo.

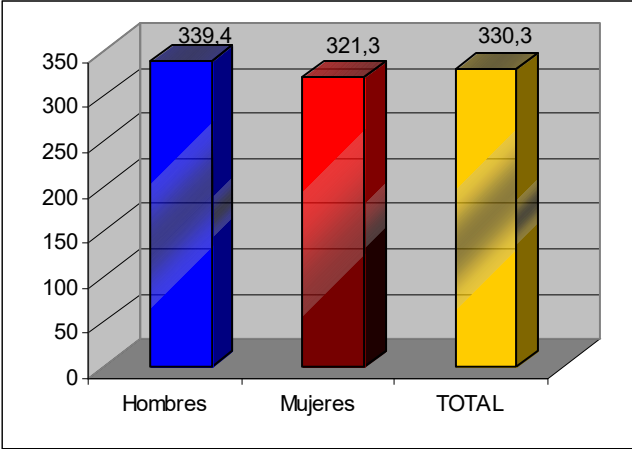
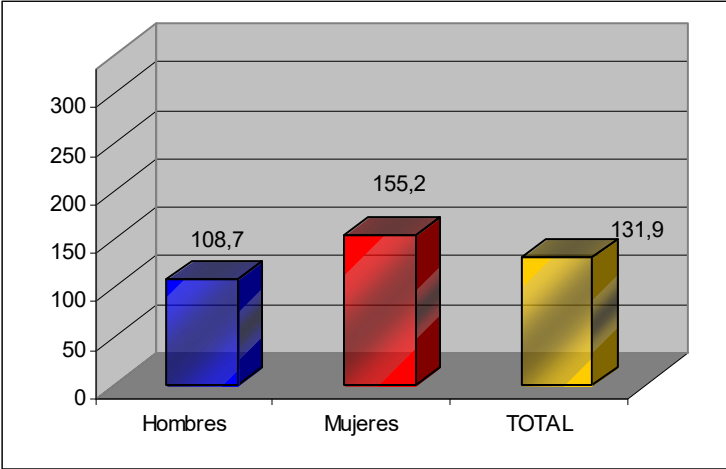


GRAFICO N°37: Promedio de meses para los sucesos Futuros respecto a Sexo.



Hipótesis: Sujetos pertenecientes al grupo etéreo 1 denotarán una menor proyección en el tiempo para eventos futuros que los sujetos del grupo 2 y 3; y sujetos pertenecientes al grupo etéreo 3 mencionará sucesos vitales pasados más distantes en el tiempo en comparación con los grupos 1 y 2.

TABLA N°16: Promedio de tiempo (en meses) en que ocurren sucesos vitales pasados y futuros mencionados en relación a Grupo etéreo.

Grupo Etéreo	Promedio en meses de tiempo pasado	Promedio en meses de tiempo futuro
18 - 25 años	125,9	152,2
26 - 64 años	275,7	131,1
65 y más	589,5	112,4
TOTAL	330,3	131,9

Es al observar los datos por grupo etéreo donde se puede concluir que gran parte de los meses que resultan de promedio para los eventos pasados, se encuentran distribuidos de manera tal que los adultos mayores aportan con gran parte de los meses a considerar. Se puede comprobar que efectivamente el grupo etéreo 3, es decir, el grupo de rango de edad entre los 65 y más años menciona, como se esperaba a nivel de hipótesis, sucesos vitales pasados más distantes en el tiempo al obtener un promedio entre los tres sucesos de 589.5 meses, es decir, cada suceso mencionado se remonta a 16 años con 4 meses como promedio. Se observa además que dobla en meses al grupo de entre 26 a 64 años sobre pasando mucho más aun al grupo de entre 18 a 25 años de edad.

En cuanto al tiempo futuro, la tabla nos muestra que el grupo de individuos pertenecientes al rango de edad entre 18 y 25 años muestra la mayor proyección en el

tiempo, presentando un promedio de 4 años y 2 meses (152.2 meses) para eventos futuros, lo cual no es mucho si se considera como el grupo de menor edad y que tiene toda una vida por delante. Lo anterior es confirmado al observar que los sucesos mencionados, por lo general, tienen relación con el área académica como es el caso de la obtención de una profesión o de tenerla, continuar con estudios de post grado, etc.

Los resultados demuestran que la proyección en los sucesos va disminuyendo a medida que la persona posee más edad.

En conclusión, se puede rechazar la hipótesis de que el grupo etéreo 1 denota una menor proyección, pues como se observa en los gráficos siguientes es el grupo que obtuvo mayor promedio en proyección para eventos futuros. Lo que efectivamente se cumple es que el grupo 3 denota menor proyección en el tiempo a diferencia de los otros dos grupos.

GRAFICO N°38: Promedio en meses de tiempo Pasado respecto a Grupo Etéreo.

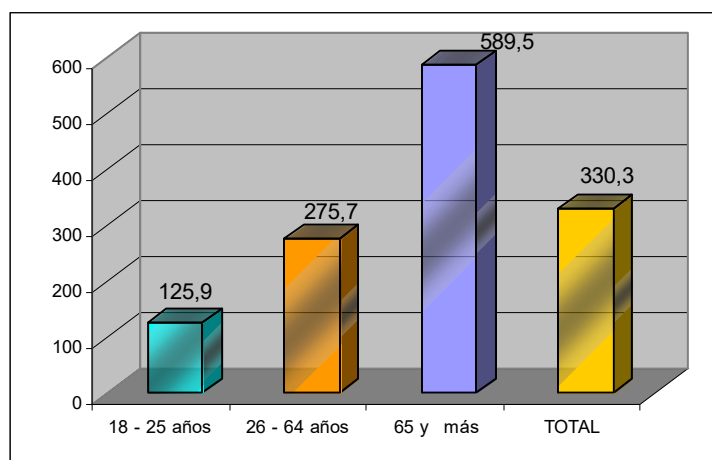
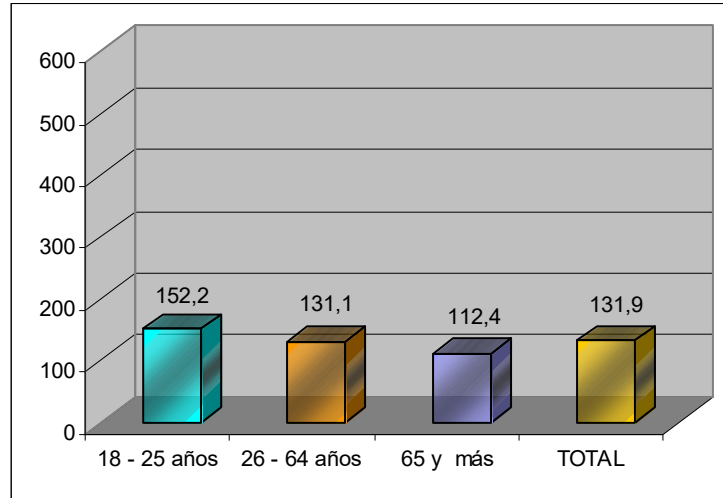


GRAFICO N°39: Promedio en meses de tiempo Futuro respecto a Grupo Etáreo.



Hipótesis: Personas que no poseen red social denotarán una menor proyección en el tiempo tanto para eventos futuros como pasados respecto a los sujetos que sí poseen red social.

TABLA N°17: Promedio de tiempo (en meses) en que ocurren sucesos vitales pasados y futuros mencionados en relación a la existencia o no de Redes Sociales.

Red Social	Promedio en meses de tiempo pasado	Promedio en meses de tiempo futuro
Sin red	317,5	130,4
Con red	343,2	133,4
TOTAL	330,3	131,9

De acuerdo a los datos arrojados por la tabla, se comprobaría la hipótesis planteada, en donde las personas que no poseen red social mostrarían una menor proyección en el tiempo tanto para eventos futuros como pasados respecto a las personas que sí poseen red social. Esto se demuestra al obtener las personas sin red un promedio

de 8 años y 9 meses (317,5 meses), inferior al presentado por las personas con red social, las cuales mencionan sucesos pasados con un promedio de 9 años y 6 meses (343 meses).

De igual manera, en los sucesos a futuro, las personas con red social presentan un promedio superior aunque en forma mínima (1 mes de diferencia por suceso) respecto a los sujetos sin red social. Esto sustenta la idea de que la persona sin red social posee la percepción de desmedro posiblemente expresada en forma depresiva de acuerdo a su situación actual producto de todo su historial, lo que conlleva a recordar sucesos para él significativos a más corto plazo en las proyecciones que realice.

GRAFICO N°40: Promedio en meses de tiempo Pasado respecto a Red Social.

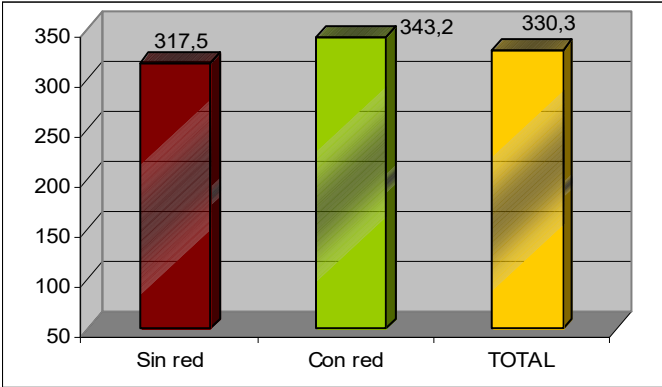
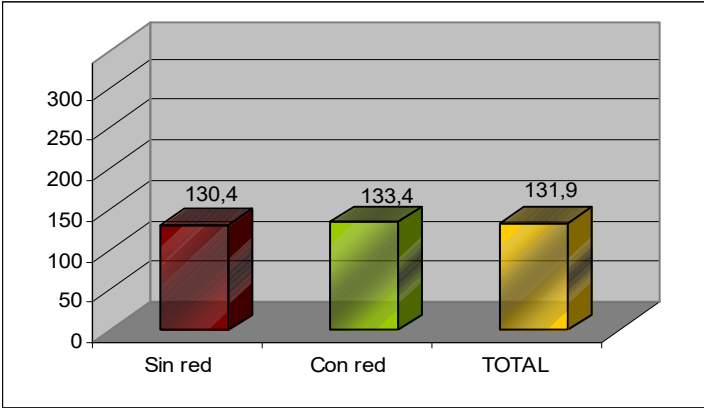


GRAFICO N°41: Promedio en meses de tiempo Futuro respecto a Red Social.



Hipótesis: Mujeres, a diferencia de los hombres, mencionarán más sucesos de tipo negativo, tanto en el pasado como en el futuro.

TABLA N°18: Promedio de valencias (positivas/negativas) y su total frente a cada suceso de acuerdo a Sexo.

Valencias/ sucesos	Hombres		Mujeres	
	Negativos	Positivos	Negativos	Positivos
Val. Pas 3	33,3	66,7	54,2	45,8
Val. Pas 2	37,5	62,5	54,2	45,8
Val. Pas 1	22,9	77,1	52,1	47,9
Val. Pres	33,3	66,7	29,2	70,8
Val. Fut 1	4,2	95,8	0	100
Val. Fut 2	6,3	93,8	2,1	97,9
Val. Fut 3	16,7	83,3	14,6	85,4
TOTAL	22,03	77,99	29,49	70,51

De acuerdo al promedio de valencias asignadas a los sucesos, las mujeres mencionan más sucesos de tipo negativos que los hombres (29,49% y 22,03% respectivamente). Esta confirmación de la hipótesis planteada tiene un referente anímico y motivacional, ya que efectivamente las mujeres arrojan puntajes más altos en Índice de Depresión de Beck por lo cual se espera que mencionen una mayor cantidad de sucesos negativos.

En cuanto a los sucesos al pasado, las mujeres mencionan un 53,5% de sucesos negativos mientras que los hombres un 31,2%. En el futuro las valencias negativas disminuyen de manera importante llegando a un 9% en los hombres mientras que las mujeres tienen un 5,5%, el cual es afectado principalmente por el tercer suceso donde en general aumentaron las valencias negativas, probablemente ante la incertidumbre de un suceso tan lejano.

Un dato que resulta de lo anterior, es el aumento de valencias positivas para los sucesos presente y futuro donde llegan incluso al 100% de preferencia en las mujeres, es decir, las personas además de atribuir de forma Interna, Estable y Global hacia el futuro, lo hacen de manera positiva.

GRAFICO N°42: Porcentaje de preferencias a Sucesos Positivos por sucesos, de acuerdo a Sexo.

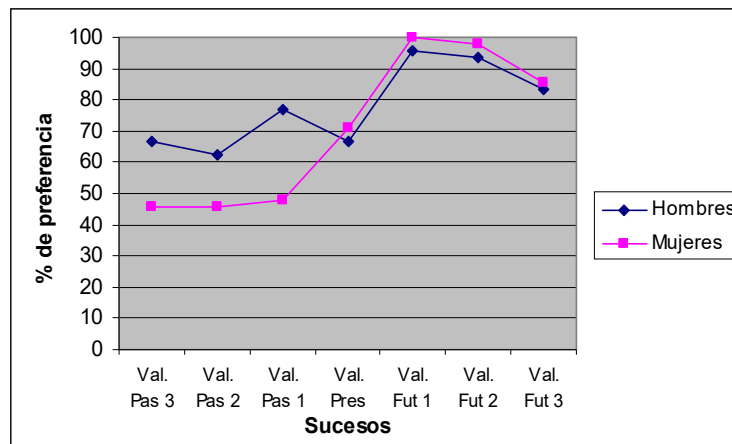
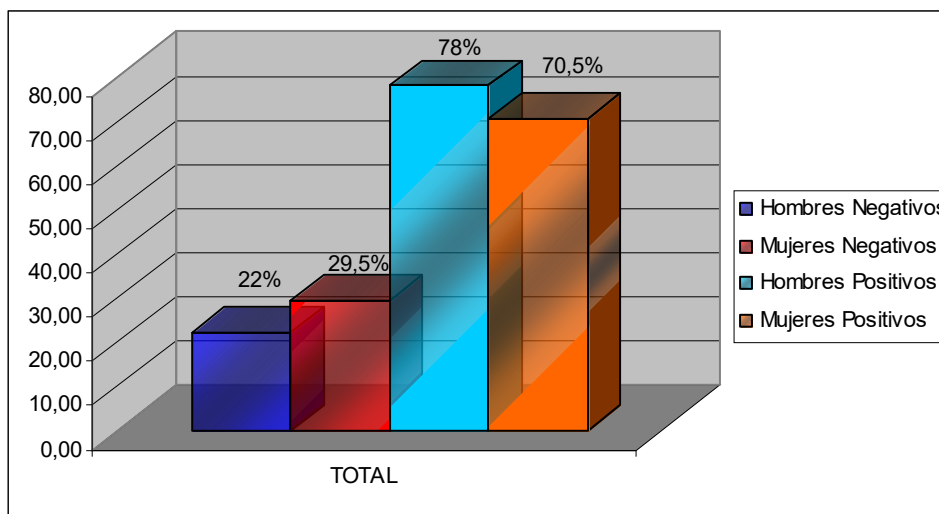


GRAFICO N°43: Total de porcentaje de preferencias a Sucesos de acuerdo a Sexo.



Hipótesis: Grupo etéreo 3 proporcionará mas sucesos negativos que los otros grupos etéreos.

TABLA N°19: Promedio de valencias (positivas/negativas) y su total frente a cada suceso de acuerdo a Grupos Etéreos.

Valencias/ sucesos	18-25 años		26-64 años		65 o más	
	Negativos	Positivos	Negativos	Positivos	Negativos	Positivos
Val. Pas 3	46,9	53,1	34,4	65,6	50	50
Val. Pas 2	31,3	68,8	37,5	62,5	68,8	31,3
Val. Pas 1	37,5	62,5	40,6	59,4	34,4	65,6
Val. Pres	34,4	65,6	31,3	68,8	28,1	71,9
Val. Fut 1	3,1	96,9	0	100	3,1	96,9
Val. Fut 2	0	100	6,3	93,8	6,3	93,8
Val. Fut 3	6,3	93,8	9,4	90,6	31,3	68,8
TOTAL	22,79	77,24	22,79	77,24	31,71	68,33

En los Grupos Etéreos, efectivamente como lo propone la hipótesis de estudio, las personas de 65 años o mas presentan el mayor porcentaje de valencias negativas con un 31,71%; mientras que el grupo desde los 18 a 25 años y el grupo de 26 a 64 años obtienen el mismo porcentaje: 22,79%.

Respecto al pasado, el primer grupo presenta un 61,4% de eventos positivos, el segundo un 62,5% y el tercero un 48,9%.

Nuevamente se observa un aumento de la mención de sucesos positivos a partir del suceso presente hacia el futuro. Con la excepción de las personas con 65 años o mas donde la preferencia de proyecciones positivas disminuye drásticamente desde el segundo suceso (93,8%) al tercero (68,8%), esto debido a la falta de esperanza frente a eventos que se encuentran ubicados en 4 o 5 años más, ya que por lo general muchas personas de este grupo etéreo mencionaban sucesos relacionados con su muerte o la

generación de diversas enfermedades que los llevaban de una u otra manera a su deceso. Con respecto a los otros grupos etáreos igualmente se produce este aumento de sucesos negativos pero en forma mas leve.

GRAFICO N°44: Porcentaje de preferencias a Sucesos Positivos de acuerdo a Grupo Etáreo.

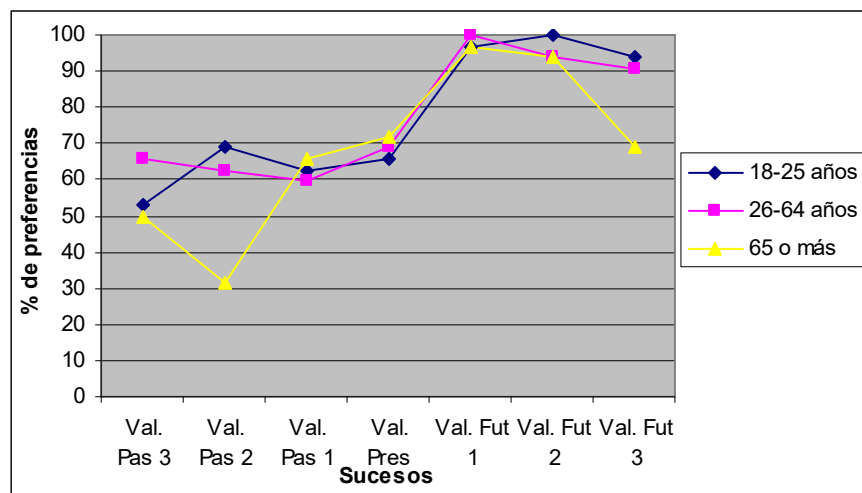
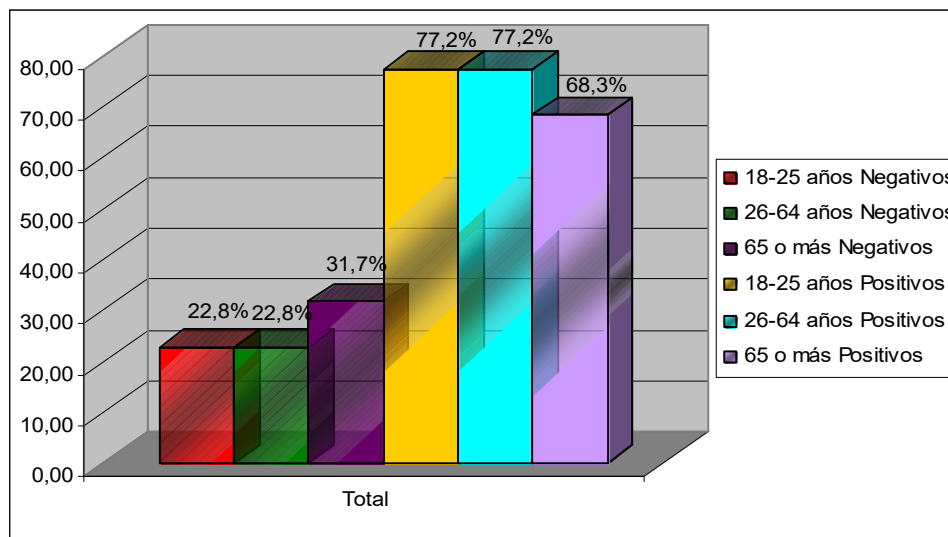


GRAFICO N°45: Total de porcentaje de preferencias a Sucesos de acuerdo a Grupo Etáreo.



Hipótesis: Personas que no poseen red social mencionarán más sucesos de tipo negativo que personas que sí poseen red social.

TABLA N°20: Promedio de valencias (positivas/negativas) y su total frente a cada suceso de acuerdo a la existencia o no de Red Social.

Valencias/ sucesos	Sin Red		Con Red	
	Negativos	Positivos	Negativos	Positivos
Val. Pas 3	43,8	56,3	43,8	56,3
Val. Pas 2	43,8	56,3	47,9	52,1
Val. Pas 1	41,7	58,3	33,3	66,7
Val. Pres	33,3	66,7	29,2	70,8
Val. Fut 1	2,1	97,9	2,1	97,9
Val. Fut 2	6,3	93,8	2,1	97,9
Val. Fut 3	16,7	83,3	14,6	85,4
TOTAL	26,81	73,23	24,71	75,30

De acuerdo a la tabla, las personas que no poseen red social mencionan levemente más sucesos negativos que las personas con red social. De esta manera se confirma la hipótesis entendiendo que la presencia de una red social es un factor importante a la hora de mencionar sucesos positivos o negativos y por consiguiente lo que pueda surgir de ello en las proyecciones de vida pudiendo mejorar incluso la calidad de ésta.

GRAFICO N°46: Porcentaje de preferencias a Sucesos Positivos de acuerdo a Red Social.

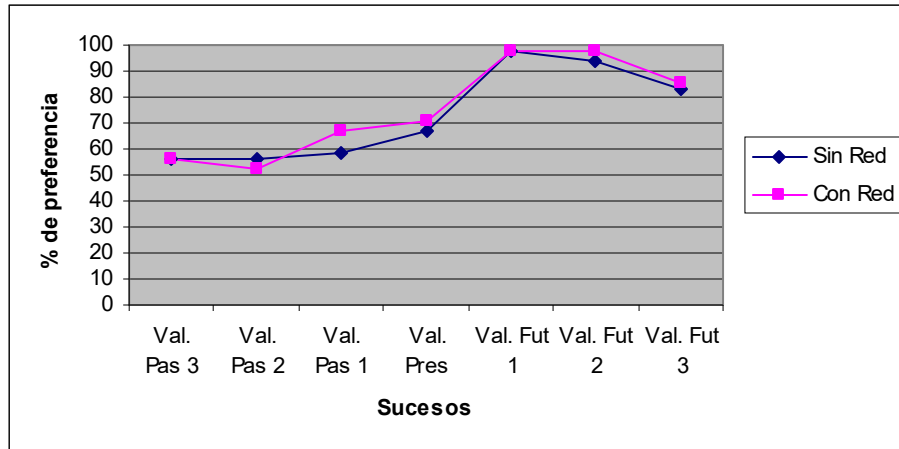
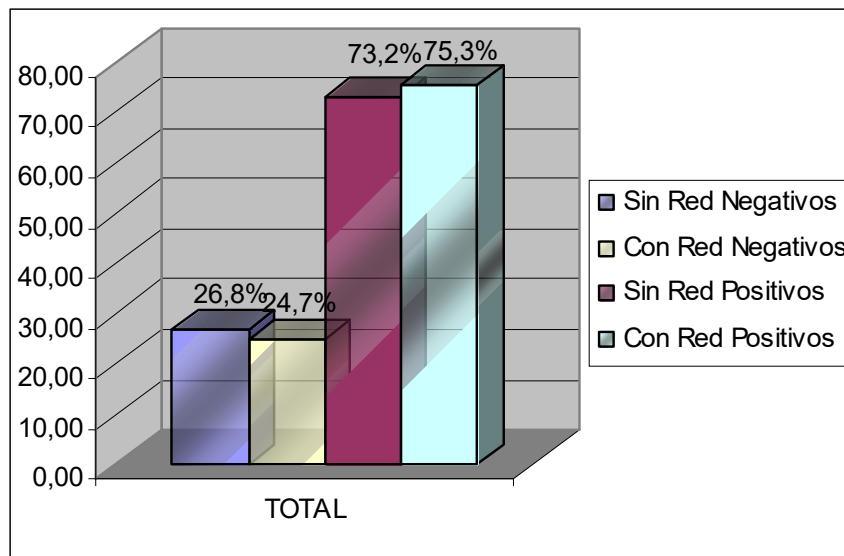


GRAFICO N°47: Total de porcentaje de preferencias a Sucesos de acuerdo a Redes Sociales.



Hipótesis: Sujetos con puntajes significativos en Índice de Depresión de Beck presentarán tendencia a atribuir de forma Interna, Estable y Global.

TABLA N°21: Promedio de valencias (positivas/negativas) y su total frente a cada suceso de acuerdo a Categorías diagnósticas de Índice de Depresión de Beck.

Valencias/ sucesos	No Depresivo		Depresión Leve		Depresión Moderada		Depresión Severa	
	Negativos	Positivos	Negativos	Positivos	Negativos	Positivos	Negativos	Positivos
Val. Pas 3	40	60	47,1	52,9	50	50	37,5	62,5
Val. Pas 2	30	70	50	50	64,3	35,7	75	25
Val. Pas 1	25	75	52,9	47,1	35,7	64,3	37,5	62,5
Val. Pres	17,5	82,5	41,2	58,8	35,7	64,3	50	50
Val. Fut 1	2,5	97,5	0	100	7,1	92,9	0	100
Val. Fut 2	2,5	97,5	2,9	97,1	7,1	92,9	12,5	87,5
Val. Fut 3	10	90	20,6	79,4	14,3	85,7	25	75
TOTAL	18,21	81,79	30,67	69,33	30,60	69,40	33,93	66,07

La tabla muestra las tendencias generales de los sucesos por las categorías diagnósticas del IDB. En esta se puede observar el aumento de la mención de los sucesos negativos a medida que se obtiene una depresión mas elevada y como sí existe una diferencia en la mención de sucesos negativos tanto para personas que no tienen depresión como las que la poseen en algún grado, reafirmando la imagen social que se tiene de los éstos como personas con una visión negativa y pesimista de su situación actual, la cual se puede generalizar para los recuerdos que mencionen y las proyecciones que tengan.

GRAFICO N°48: Porcentaje de preferencias a Sucesos positivos de acuerdo a Categoría Diagnóstica de Beck.

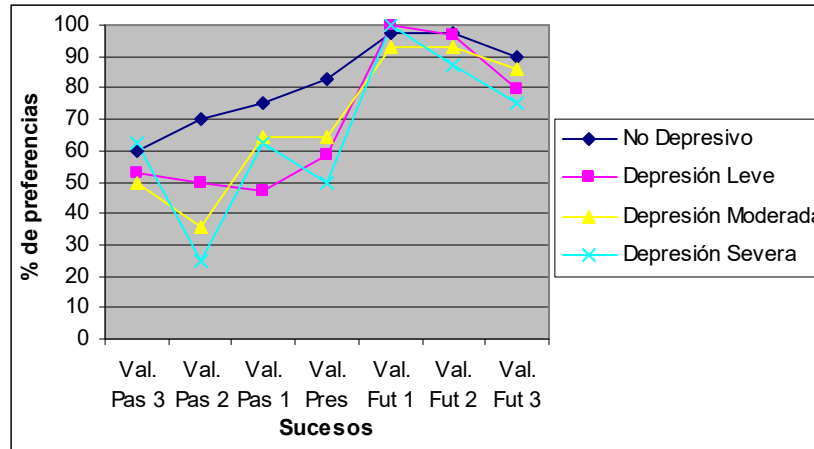
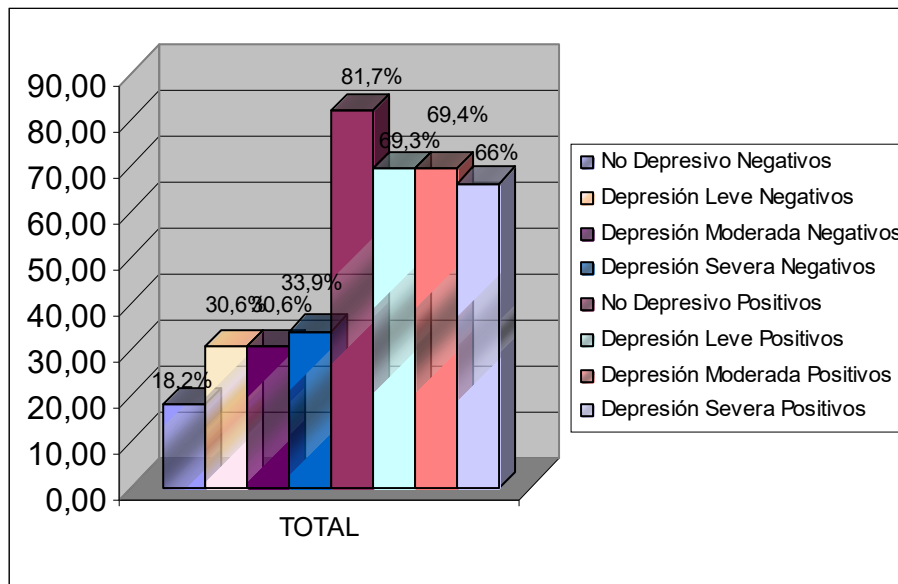


GRAFICO N°49: Total de porcentaje de preferencias a Sucesos de acuerdo a Categoría diagnóstica de Beck.



Hipótesis: Sujetos con puntajes significativos en Índice de Depresión de Beck presentarán tendencia a atribuir de forma Interna, Estable y Global.

TABLA N°22: Tendencias de atribución en relación a puntajes significativos en IDB.

Puntaje IDB	Tendencias a atribuir respuestas		
	Interna	Estable	Global
Rango puntaje			
2	35.71%	92.86%	78.57%
3	12.5%	100%	62.5%
Total	27.27%	95.45%	72.72%

Se observa mediante la tabla anterior que efectivamente los sujetos con puntajes significativos en IDB (Depresión Moderada y Depresión Severa) presentan una tendencia a atribuir respuestas Estables y Globales, lo que queda expresado por el 95.45% y el 72.72% de ellos. Lo contrario sucede con atribuir repuestas Internas, ya que sólo el 27.27% de estos sujetos presentaron la tendencia. El 35.71% de los individuos que obtuvo puntaje de rango 2, clasificado como Depresión moderada atribuyen respuestas internas y el 12.5% de los individuos, clasificados con Depresión Severa tienden a atribuir la misma respuesta. Estos datos comprueban la hipótesis que afirma que los sujetos con depresión moderada y severa atribuirán de manera Interna, Estable y Global antes los eventos que les sucedan y que por lo general tendrán una valencia negativa. Esto se basa en lo observado en los pacientes con este trastorno, los cuales incurren, desde un modelo cognitivo, en ciertas distorsiones en el procesamiento de la información teniendo una atención selectiva a los eventos significativos para ellos como negativos, maximizándolos

y generalizándolos, sin tomar en cuenta y dejando a un lado los logros que pudieran obtener.

Hipótesis: Personas que no poseen red social presentarán mayor respuestas Internas, Estables y Globales para eventos negativos que grupos que poseen red social.

TABLA N°23: Tendencias de atribución según condición social.

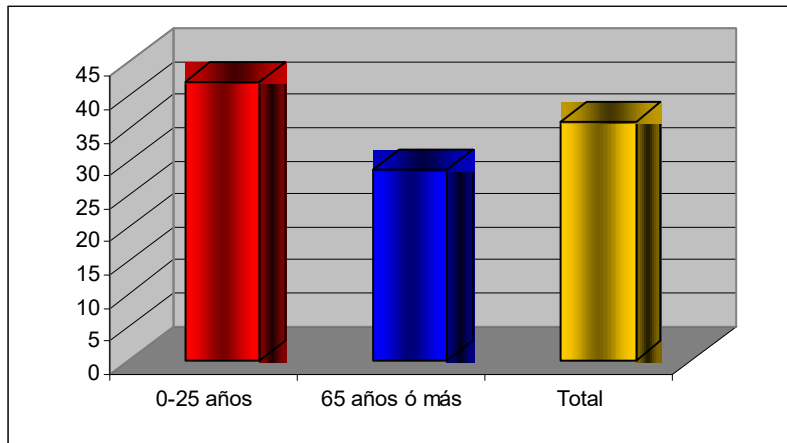
Condición Social	Tendencias a atribuir respuestas		
	Internas	Estables	Globales
No poseen red social	46.42%	100%	92.85%
Si poseen red social	31.25%	96.87%	78.13%

Se puede observar a través de la tabla anterior que efectivamente aquellas personas que no poseen red social presentan, en comparación con el grupo que si posee red social a atribuir respuestas internas, estables y globales para aquellos eventos pasados que consideran negativos, es decir, si se encuentra influyendo la red social al momento de atribuir eventos negativos. Esta se encontraría cumpliendo el rol de proteger al individuo y de desarrollar estrategias de afrontamiento a la hora de enfrentar eventos que los sujetos signifiquen como negativos.

5.1.5. RESPUESTAS A HIPÓTESIS RELACIONADAS CON EFECTO STROOP.

Hipótesis: Personas de 18 a 25 años presentarán mayores puntajes en lámina palabra-color que personas de 65 años o más.

GRAFICO N° 50: Puntajes promedios prueba Stroop, de acuerdo a rango etareo.

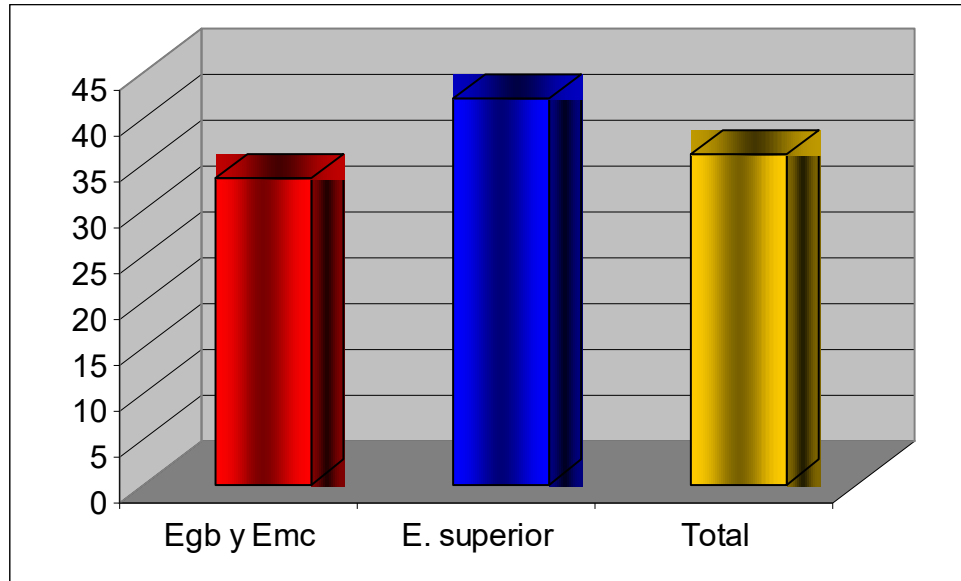


Como se observa en el gráfico, las personas de 18 a 25 años presentan un puntaje promedio mayor (42,07) en el número total de palabras leídas en la tercera lámina del Stroop, que el grupo etáreo de 65 años ó más (28,92). Según análisis de varianza realizado, la diferencia de puntajes en ambos grupos es altamente significativa ($p= 0,002$), de acuerdo al nivel de confianza al 95%.

Esta diferencia en el rendimiento debido a la edad puede interpretarse tomando el cuenta el hecho biológico de que los jóvenes tienen mejor conservadas las capacidades frontales de inhibición a la interferencia, mientras que los adultos mayores muestran un deterioro fisiológico de esas áreas (Kolb y Whishaw, 1986), por lo tanto un rendimiento más pobre en actividades que involucren la capacidad de reaccionar selectivamente a los estímulos del entorno.

Hipótesis: Personas con educación superior, es decir Universidad o CFT, presentarán mayores puntajes en lámina palabra-color que personas con educación básica y media completa.

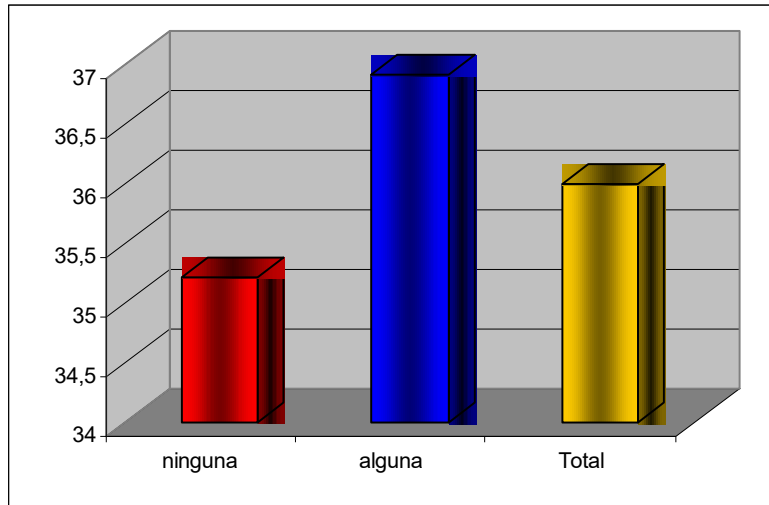
GRAFICO N° 51: Puntajes promedios prueba Stroop de acuerdo a nivel educacional.



Como se observa en el gráfico, las personas con alto nivel educacional presentaron un puntaje promedio mayor (42) que las personas con bajo nivel educacional (33,33). La diferencia encontrada no es significativa ($p= 0,08$). El hecho de que las personas con nivel educacional alto tengan un mejor rendimiento en la lámina que evalúa efecto interferencia, podría interpretarse desde la perspectiva de que poseer un mayor nivel de estimulación cognitiva ayudaría a las personas a tener mejor capacidad de procesar información compleja.

Hipótesis: Personas con redes sociales presentarán mayores puntajes en la lámina palabra-color que los grupos sin redes sociales.

GRAFICO N°52: Puntajes promedios de prueba Stroop de acuerdo a red social.

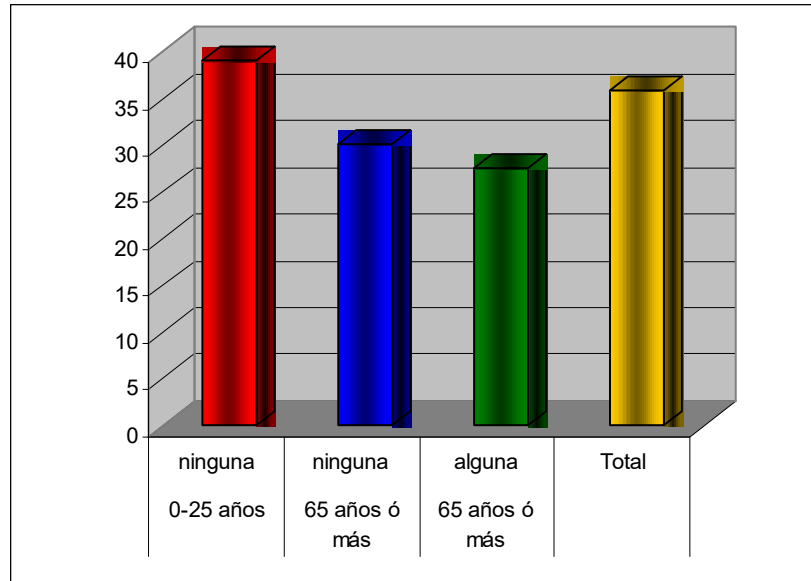


Los grupos sin redes sociales obtuvieron un promedio de respuestas de 35,21 en la prueba Stroop, mientras que los grupos que sí poseían red social una media de 36,92. Se observa una diferencia de 1,71 puntos en los promedios. Esta diferencia no es significativa ($p= 0,71$).

Al parecer, la variable red social no ejerce una influencia significativa sobre el rendimiento en la lámina que mide el efecto interferencia, lo cual podría explicarse por las características de la muestra de estudio, especialmente por el hecho de que no es representativa de la población a la que evalúa, partiendo con un número total bajo ($N=26$) el cual fue mas bien escogido de manera intencionado, impidiendo establecer generalizaciones a partir de los datos encontrados.

Hipótesis: Personas de 18 a 25 años, sin redes sociales presentarán mayores puntajes en lámina palabra-color que Grupo Etáreo 3.

GRAFICO N°53: Puntaje promedio prueba Stroop rango etáreo 1 sin red social en comparación a promedios rango etáreo 3.

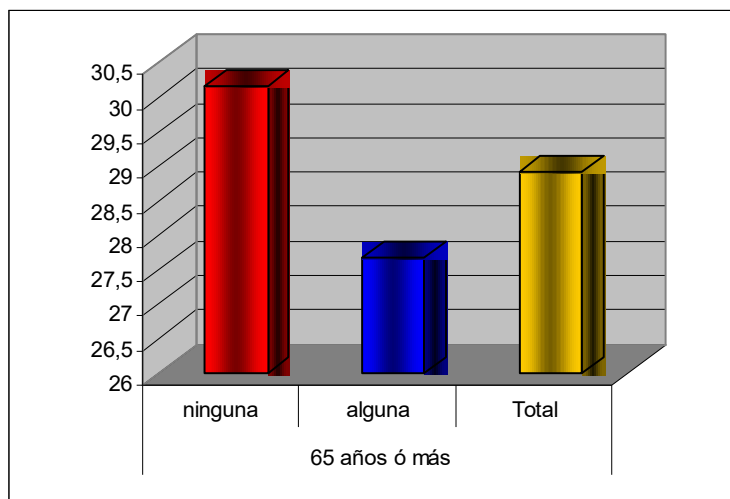


Se aprecia que el rango 0-25 años, sin red social, obtiene un promedio de 39,00 puntos en la lectura de palabras en la lámina palabra-color, mientras que el rango etáreo 65 años y más, con red social, una media de 30,17. Finalmente, los ancianos sin red social obtuvieron el promedio de 27,67. Se realizó un análisis de la varianza, existiendo una diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.002$) entre el primer y tercer grupo etáreo de acuerdo a su rendimiento en la prueba Stroop. La hipótesis anterior pone de manifiesto que la variable red social por sí sola no influye significativamente el rendimiento de los examinados en el test stroop, sin embargo cuando se agrega la variable edad, y se cruza con variable red social, los resultados se vuelven altamente significativos, debido a lo cual en esta investigación se confirma un deterioro cognitivo asociado al envejecimiento en lo que refiere a las capacidades de inhibición a la interferencia, o lo que es lo mismo,

en nuestra muestra de estudio se observó un menoscabo de la atención selectiva de los ancianos debido a causa biológica. Se intentó determinar el efecto modulador o protector que la red social tuviera sobre este deterioro cognitivo, no obstante este impacto no fue estadísticamente significativo, por lo cual se añadió la variable nivel de educación, la cual pudo indicar una tendencia en la explicación de la diferencia en los rendimientos de los Adultos Mayores con y sin red social, no obstante esta diferencia tampoco fue significativa, desde un punto de vista estadístico.

Hipótesis: Personas de 65 años o más, con redes sociales presentarán mayores puntajes en lámina palabra-color que personas del mismo grupo etáreo sin redes sociales.

GRAFICO N°54: Promedios prueba Stroop en personas de 65 años o más, de acuerdo a red social.



Los sujetos del rango de 65 años ó más, sin pertenencia a red social, obtuvieron un promedio de respuestas mayor (30,17) a aquellos individuos del mismo rango, pero con pertenencia a redes sociales (27,67). Se observa una diferencia de 2,5 puntos en el promedio a favor de los ancianos sin red social, sin ser significativa.

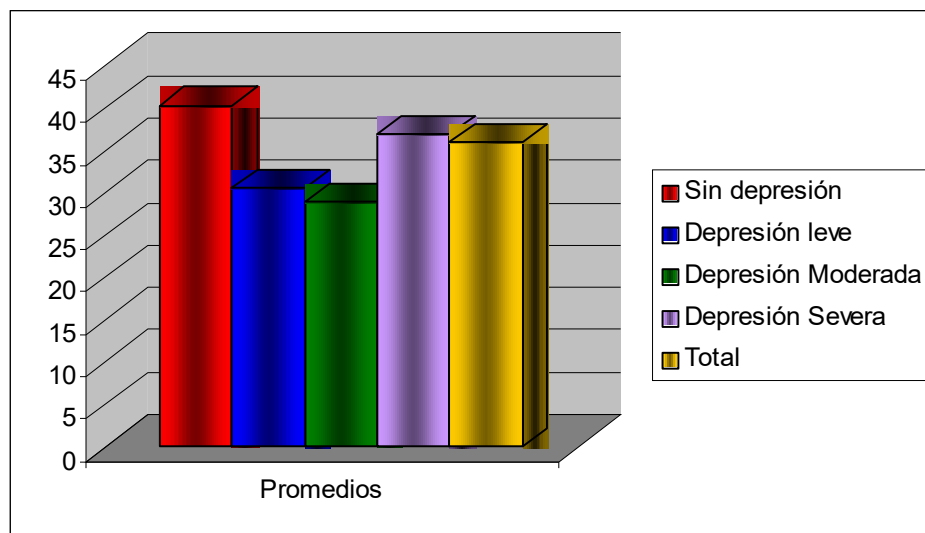
Como se advierte, no se cumple la hipótesis de que al interior del grupo de los adultos mayores tendrán mejor conservadas sus capacidades frontales aquellos que posean red social en el presente. Más bien se advierte una tendencia de mayor conservación de capacidades frontales (inhibición de la interferencia) a favor de los ancianos sin red, lo cual no concuerda con investigaciones recientes que sindicaron a la pertenencia y participación en redes sociales como protector de la salud cognitiva de los ancianos (Ring, 1994; Bassuk et al, 1999; Yeh y Liu, 2003). Si en la muestra no se evidencia el impacto de la red social, se debe recurrir a otra variable que pudiese estar afectando el desempeño de los ancianos en la prueba stroop, a saber, el nivel de educación o estimulación previa. De este modo, en la muestra se advierte un idéntico nivel educacional tanto para los ancianos con red social como para los ancianos sin red social, básicamente ambos grupos se encontraban en la categoría de bajo nivel educacional (Educación general Básica y Educación Media Completa), con lo cual varios de los ancianos sin red social examinados mediante la prueba stroop tenían su educación media completa o incompleta. Se habla de un posible efecto protector del nivel educacional sobre el curso del declinar cognitivo en la vejez, sin embargo no se pretende caer en reduccionismos y encasillar a la historia educacional de una persona como el factor primordial para la conservación de sus capacidades ejecutivas. De hecho, se plantea que el efecto protector de la educación en la vejez se da especialmente en las capacidades cognitivas “aprendidas” como el lenguaje en lugar de aquellas determinadas más biológicamente como la atención o el análisis visoespacial (Leibovici et al, 1996).

Existen otras variables, como el ejercicio físico, especialmente el cardiovascular (Colcombe et al, 2004) o factores afectivo-motivacionales que requieren de mayor estudio científico para precisar sus impactos sobre la conservación de la flexibilidad cognitiva en los ancianos. Poniendo este antecedente en perspectiva, resalta la gran importancia que en el pasado tenía la preparación de nivel secundario, la cual con la complejidad de la

sociedad, fue disminuyendo para ser sustituida por una mayor especialización actual de los procesos y las tecnologías de la información, exigiendo sucesivas actualizaciones académicas por parte de los individuos. Por último, reconocemos otra forma de explicar este aparente efecto paradójico del bajo impacto que tuvo la red social sobre el rendimiento en stroop. La escasa representatividad de nuestra muestra de estudio pudo haber provocado que un ascenso particular de uno de los evaluados provocara un aumento del promedio total del grupo al que pertenecía.

Hipótesis: Menores índices de Beck relacionarán con puntajes altos de lámina palabra-color.

GRAFICO N°55: Promedios de puntajes Stroop de acuerdo a categoría diagnóstica IDB.

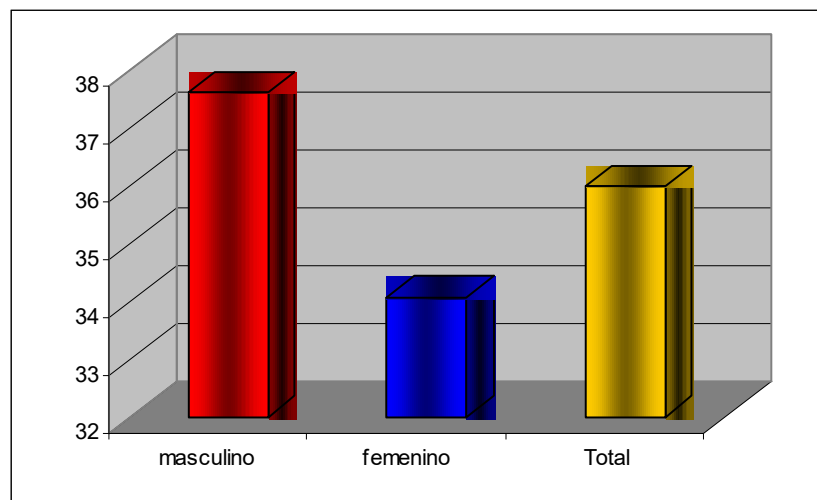


Se observa que para la categoría diagnóstica “sin depresión” el promedio de respuestas en la lámina palabra-color fue de 40,36; mientras que para la categoría diagnóstica “depresión leve” fue 30,67; en tanto que para la categoría diagnóstica “depresión moderada” fue 29. Por último, el promedio de respuestas en la lámina palabra-color para la categoría diagnóstica “depresión severa” tuvo un alza a 37 puntos promedio.

En general, se aprecia una disminución clara y evidente de los puntajes en la prueba Stroop en la medida en que el índice de depresión se agudiza, pese a que esta tendencia se ve bruscamente interrumpida en la última categoría, donde se observa un salto de 8 puntos hacia arriba respecto a la categoría “depresión moderada”. Esto último queda explicado por el simple hecho de que en la categoría “depresión severa” sólo hay una persona examinada con la lámina palabra color, con lo cual elevó por sí sola el promedio de esta categoría. Luego de esto, resalta el hecho de que la hipótesis se vio confirmada, lo cual concuerda con estudios anteriores que identifican en los casos severos de depresión una alteración en los procesos de atención-concentración (DSM-IV, 1994), lo cual se debería a la irrupción de pensamientos depresivos en el campo de conciencia de la persona que impedirían un adecuado rendimiento intelectual (Capponi, 1987).

Hipótesis: Hombres relacionarán con altos puntajes en lámina palabra-color y mujeres relacionarán con puntajes bajos en la misma lámina.

GRAFICO N°56: Promedios prueba Stroop de acuerdo a género.



Los hombres obtuvieron un promedio de 37,64 puntos en la lectura de palabras en la lámina palabra-color, mientras que las mujeres alcanzaron una media de 34,08 en igual tarea, resultando todo en una diferencia de 3,56 puntos con alza para los hombres. Diferencia no significativa de acuerdo al análisis de varianza realizado.

En torno a esta diferencia observada por sexo en el rendimiento en la lámina palabra-color del test Stroop, la literatura no muestra un consenso al respecto. Stroop (1935) halló una ligera diferencia de rendimiento a favor de los hombres, mientras que Golden (1974) encontró diferencias significativas a favor de las mujeres en la tercera lámina. Pese a estas diferencias de opinión, Golden (1974) plantea que son pequeñas y sin trascendencia en el trabajo clínico o de investigación, incluso cuando son estadísticamente significativas.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

El objetivo a la base en este seminario fue conocer y aplicar el método científico, abordando una temática de alta relevancia social en los tiempos actuales, que ha sido poco investigada por la Psicología, y que estudiamos desde un Modelo Trifactorial que agrupa las variables biológicas, psicológicas y sociales en el estudio del Adulto Mayor.

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el impacto que la estimulación psicosocial tiene en la adaptación de los Adultos Mayores a los cambios y desafíos que se les imponen en esta etapa de la vida.

En términos generales, la variable independiente que mayor impacto tuvo, de entre las estudiadas, fue la pertenencia o no pertenencia a redes sociales. Aclaramos de antemano que “no pertenecer a redes sociales” no quiere decir que una persona tenga una carencia absoluta de relaciones sociales, sino que con fines de tipificación las personas disponían o no de redes sociales primaria (familia, amigos) y secundaria (trabajo, religión, clubes sociales).

Asimismo, con respecto al tema del Afrontamiento, fue posible observar la relevancia que la variable red social tuvo, destacándose como la más importante con respecto a la forma en que la gente responde a las situaciones que enfrenta.

A la luz de los datos arrojados por la investigación, llamó la atención la baja correlación que se dio entre esta última variable, y el rango etáreo de los encuestados, lo que llevó a concluir entonces que, a medida que aumenta la edad, no existe variación en las formas de afrontamiento, luego se refleja una tendencia a la mantención de esta variable a lo largo de la vida.

En lo que a Calidad de Vida del adulto mayor se refiere, lo más importante fue la posibilidad de contar con redes sociales tanto primarias como secundarias, junto con estar activo laboralmente, lo que lleva a percibir una mejor percepción de calidad de vida. Si

bien existen otras variables objetivas, en este estudio ejercen un escaso impacto en la percepción de calidad de vida, tal como lo indica la variable cobertura de salud, la cual no influye. Esto adquiere importancia al considerar que los ancianos que se encuentran institucionalizados tanto en el Hogar de Cristo como en el Ejército de Salvación no tienen mayor apoyo que ellos mismos, lo cual es insuficiente a la hora de realizar actos tan simples como establecer una conversación, dado el alto índice de personas con deterioro cognitivo cayendo en un círculo vicioso que impide un mayor desarrollo y mantenimiento de habilidades sociales. Lo preocupante de lo anterior es la alta demanda que sufren estas instituciones, sin mencionar la alta rotación y aumentos que se producen, lo que de una u otra manera indica el status que adquieren los adultos mayores cuando comienzan a presentar problemas complejos de abordar desde la perspectiva netamente familiar.

Desde este punto de vista destacamos el privilegio que constituyó el conocer personas mediante técnicas de entrevista que trascienden lo meramente cuantitativo, pasando a dimensiones de orden cualitativo en donde pudimos acceder a la intimidad y emocionalidad de los entrevistados, especialmente de los Adultos Mayores sin red social, todo lo cual nos lleva a reafirmar nuestra convicción de la relevancia de poseer un buen apoyo social que acompañe en el camino de la vida.

En la variable Atribución Causal, se aprecia que las personas en general, se proyectan con un alto locus de control al tener respuestas Internas, Estables y Globales positivas con una proyección de aproximadamente cuatro años. Los jóvenes y los adultos entre 26 y 64 años no se quedan "pegados" en el pasado, a diferencia de las personas de la tercera edad que lógicamente tienen una mayor experiencia vital. Específicamente, los adultos mayores se proyectan al futuro un promedio aproximado de 2 años, mientras que hacia el pasado lo hacen con un promedio de 10 años. Esto pudiera estar reflejando que las personas de la tercera edad aun cuando disponen de mejores oportunidades preventivas y de tratamiento desde el punto de vista de la enfermedad física, carecen de

la motivación y buena disposición anímica necesaria para generar proyectos hacia el futuro.

En este sentido, en nuestro estudio se observa que los individuos de la Tercera Edad presentan índices de depresión mayores que los sujetos más jóvenes. De igual manera para esta variable, la red social representó el factor con mayor correlación.

A la hora de consignar la situación laboral, y considerando nuestra realidad como país, al momento de jubilar los sujetos pierden una gran cantidad de interacciones en instancias sociales, de este modo se aprecia una disminución en el contacto con sus pares, pérdida de roles (pérdida de compañeros de trabajo, amigos, etc.) incidiendo esto directamente en el bienestar psicológico. Por otro lado, las consecuencias directas de la pérdida de trabajo inciden en un menor ingreso económico, lo que produce una pérdida de status social.

Finalmente cabe destacar la importancia de las redes primarias, lo que queda demostrado en los puntajes del I.D.B donde los viudos y separados obtienen puntajes más altos que los solteros, convivientes y casados. Lo anterior se explicaría si se considera que en esta etapa del ciclo vital se observa el fallecimiento de la pareja y amigos cercanos que llevan a la persona a enfrentar duelos, por lo que sus estilos de afrontamiento y sus atribuciones respecto a una determinada situación, van a estar teñidos por la emocionalidad del momento.

En lo que a desempeño cognitivo se refiere, se encontró que la variable red social no ejerció el impacto esperado sobre el rendimiento cognitivo de los Adultos Mayores, lo cual en un primer momento nos causó extrañeza debido a que existe una creciente literatura científica que ha demostrado el impacto positivo que tiene el contar con relaciones sociales sobre el rendimiento cognitivo en la Tercera Edad, sin embargo, llegamos a concluir que en nuestro estudio resultó ser mucho más protector para conservar la atención selectiva el disponer de estimulación educacional. Este hallazgo

reafirma la importancia de estimular cognitivamente a las personas en su infancia y juventud, ya que esta estimulación medioambiental sería un factor protector del declinar atencional en los días futuros de la vejez.

Es importante destacar que la validez y el aporte de este estudio sólo puede ser confirmado en la medida que se desarrollen nuevas investigaciones empíricas que revisen y profundicen más variables psicosociales que pudiesen influir en los niveles motivacionales del Adulto Mayor en estudio, tales como el estrato social, aspectos de funcionalidad del adulto mayor, nivel educacional y procesos cognitivos más íntimos al paso del tiempo, tales como el lenguaje, memoria secundaria, etc.

A partir de los resultados y principalmente, a partir de nuestra percepción y experiencia en el contacto directo con Adultos Mayores, a continuación se sugieren algunos elementos que, a nuestro juicio, debieran incluirse en un plan de intervención psicosocial orientado a mejorar la adaptación y la calidad de Vida de los Adultos Mayores.

Lo anterior no significa que el Estado deba adoptar una postura asistencialista, que trate y catalogue a los ancianos como sujetos carentes que merecen un “buen trato” antes de morir, sino que los conceptualice como sujetos en una nueva etapa de vida, tan igual como las anteriores. En última instancia, el apoyo social desde el Estado debería establecerse como una forma de fomentar la autonomía y la realización personal de los ancianos.

1) Fomentar percepción de control del Adulto Mayor: en términos atribucionales: sería deseable reforzar la Internalidad y Controlabilidad en aquellos aspectos donde manifiesten tener escaso control, como puede ser en lo que refiere a las enfermedades, la búsqueda de actividades para mitigar el ocio y tiempo libre, de tal manera que ejerzan un rol protector en términos psicológicos. En nuestro trabajo directo con los adultos mayores, nos pudimos percatar que mostraban una actitud de pasividad en cuanto a lo anterior, por

cuanto se quejaban de estar aislados y poco visitados, sin mostrar la iniciativa para revertir lo anterior.

2) Potenciar el uso de los canales de comunicación ya existentes: actualmente las personas de la tercera edad cuentan con mayores oportunidades de apoyo social, como es el caso del Servicio Nacional del Adulto Mayor el año 2002 (SENAMA), sin embargo no se observan altos niveles de participación en estas redes sociales, especialmente de aquellos senescentes que carecen de éstas, específicamente por desconocimiento. Se vuelve necesario entonces que las autoridades promuevan y estimulen la adecuada información en aquellas instituciones comunitarias que son más accesibles para las personas, como juntas de vecinos, clubes deportivos, consultorios de atención primaria, iglesias, etc.

3) Asegurar por la vía legal un trato digno a los Adultos Mayores institucionalizados: reiteramos aquí nuestra experiencia práctica de investigación en hogares de acogida. Pudimos advertir la escasa prioridad que tiene la estimulación cognitiva y social de los adultos mayores que ahí habitaban, donde aparece como única distracción mirar televisión, salir a caminar por la calle y comidas organizadas en fechas especiales, todo lo cual incidía negativamente en sus niveles motivacionales para realizar y planificar actividades, así como también en su calidad de vida, tal como se pudo registrar en la investigación, con niveles bajos y medios de percepción subjetiva de calidad de vida.

Lo anterior, lleva a sugerir que el Estado debe adjudicarse un rol protagónico a la hora de fiscalizar estas Instituciones, estableciendo entonces como prioridad un mayor favorecimiento de la calidad de vida del anciano. Esto implicaría mayor inyección de recursos financieros con el propósito de capacitar recursos humanos y realizar modificaciones e implementaciones estructurales que sean pertinentes al fin último de favorecer una buena calidad de vida en el anciano.

4) No podemos finalizar esta investigación sin antes referirnos al rol del Psicólogo en el tema de la Tercera Edad, que no es menor, como se ha visto, al rescatar y destacar las variables psicosociales que median en la consecución de un óptimo estado de salud Integral por parte de cualquier individuo.

Actualmente, se están realizando mayores investigaciones en el área de la psicología del Envejecimiento, las cuales dan un paso importante en el aumento de conocimientos y la mayor especialización en el tema, sin dejar de lado el importante aporte de otras disciplinas científicas, como la Sociología, Antropología, Medicina, Trabajo Social, etc.

El papel que le toca al Estado en esta cruzada no puede dejar de subrayarse. Resulta incongruente que al aumentar la edad, aumenten los problemas de salud física y mental, y disminuyan los recursos, ya sea porque los planes de salud se tornan más caros, o las pensiones se vuelven cada vez más exiguas, con la disminución del poder adquisitivo asociado al paso del tiempo, También como tarea del Estado, se deberían asumir compromisos con este grupo etéreo, en el sentido de proporcionar apoyo, subvenciones e incentivos a proyectos provenientes desde este segmento de la población, como una forma de potenciar la creatividad y aprovechar la experiencia que puedan transmitir aquellos que nos anteceden en el camino de la vida.

Como reflexión final, podemos concluir que el proceso de envejecimiento es la consecuencia lógica del existir ligado al paso del tiempo, lo que conlleva a un progresivo incremento de la vulnerabilidad y disminución de la viabilidad del organismo, con una mayor susceptibilidad a contraer enfermedades; asociado todo ello con una creciente dificultad en las posibilidades de adaptación. Esta antesala que conduce a la muerte, no ha sido lo suficiente y profundamente dimensionada, debido tal vez a que las perspectivas de vida fueron aumentando a causa de los avances en la ciencia médica, sin considerar que esta dualidad cartesiana entre mente y cuerpo en algún minuto le iba a pasar la

cuenta a la sociedad. Es así como el camino hacia el bienestar físico sufrió el divorcio del camino hacia el bienestar psicosocial, convirtiéndose la brecha que los separaba en un abismo cada vez más grande; hasta el punto en que hoy, debemos detenernos a pensar y a preocuparnos como seres humanos, en cuál es el papel que responsablemente debemos asumir al asimilar, tras las evidencias, de que somos un todo integrado, y como tales debemos desarrollarnos y también como tales debemos ser abordados.

Finalmente, mencionamos algunos aspectos que llevan a tomar con cautela los resultados que exponemos en nuestra investigación.

La muestra no es representativa de la población total. Además fue intencionada, debido a que se estableció un número fijo de personas para cada una de las variables. No es probabilística, ya que no todas las personas tuvieron la misma probabilidad de ser encuestados.

Los resultados y conclusiones obtenidas en este estudio sólo se aplican a la muestra particular en la que se basaron, y no sería correcto desde un punto de vista estadístico, extrapolar a la población chilena Adulto Mayor.

Por otro lado, creemos que para futuras investigaciones debieran tomarse en cuenta los siguientes aspectos con el propósito de mejorar el resultado final de los trabajos.

Pudimos apreciar un Agotamiento al momento de la medición en las personas evaluadas. La duración total del cuestionario resultó extensa, siendo no inferior a 1 hora, lo que a largo plazo y como se pudo observar, se traduce en una disminución de la disposición del evaluado para responder los ítemes. Operamos de esta manera debido a que en las instituciones difícilmente era posible ubicar nuevamente a la persona entrevistada debido a la alta rotación de estos lugares y como una forma de ahorrar tiempo. No obstante en futuras investigaciones se podría recoger esta enseñanza y

planificar sesiones duales, una de conocimiento interpersonal con el encuestado y otra de evaluación. Todo con el propósito de no influir en los resultados de éste.

Pasamos ahora a un aspecto de orden más formal. La no disponibilidad de asesoramiento estadístico pertinente en nuestra Escuela de Psicología.

Nuestro estudio se abocó, en primera instancia a un análisis descriptivo de los datos, sin embargo, el no disponer de asesoramiento estadístico de avanzada nos obligó a recurrir a un estadístico particular para la realización de los procedimientos estadísticos de mayor complejidad. En particular, los datos obtenidos por nuestra investigación pudiesen haber sido mucho más elaborados mediante estadísticos Inferenciales, como por ejemplo el análisis de MANOVA. Sin embargo, por el obstáculo antes descrito lo anterior no fue posible.

Frente a esto, consideramos relevante contar con este apoyo en la propia escuela para futuras investigaciones.

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, N° 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. Beck, A.; Ward, C.; Mendelson, M.; Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of general psychiatry, 4, 561-571.
11. Beck, A (1983). Terapia Cognitiva de la Depresión. Desclee de Brouweir, S.A.
12. 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.
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. 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.
15. Belsky, J. (2001) Psicología del Envejecimiento, Thomson Editores, Paraninfo S.A España.

16. Beltrán, M. (1987). Estudios sobre la familia española. Ministerio del trabajo, Madrid, España.
17. Berger, K. y Thompson, R. (2000). Psicología del Desarrollo: Adulthood and aging. Madrid: Ed. Panamericana.
18. Blau, Zena (1973). Old Age in a Changing Society. New York: New Viewpoints, Div. Of Franklin Waltz.
19. 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.
20. Buendía, J. (1999) "Familia y Psicología de la Salud". Ediciones Pirámides S.A. Madrid, España.
21. Buettner, R. "Coping mechanisms used by rural principals" SSTA Research Centre Report. #95-13.
22. 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.
23. Capponi, R. (1987). "Psicopatología y Semiología Psiquiátrica". Psicopatología de la Atención y Concentración. Editorial Universitaria S.A, Santiago de Chile.

24. 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._
25. 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
26. 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.
27. 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.
28. 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._
29. Domínguez, O. (1982). La Vejez, nueva edad social. Santiago: Editorial Andrés Bello.

30. 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.
31. DSM-IV-TR (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Masson S.A, España.
32. 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.
33. 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.
34. Erikson, E (1971) Identidad, Juventud y crisis. Buenos Aires, Paidós.
35. Escobar, C. y Marín, P. (1993). Situación demográfica en Chile. En tiempo nuevo para el adulto mayor. Enfoque interdisciplinario. Stgo: Ed. Sandoz.
36. 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.
37. 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.

38. 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.
39. Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1988). "Manual for the ways of coping questionnaire". Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
40. Godoy, V. y Moreno, J.E. "Afrontamiento del estrés y neuroticismo en relación con la severidad del asma". Archivos de Alergia e Inmunología Clínica 2002; Vol.33; 2: 53-55.
41. Golden, Ch. (1994). Stroop: Test de Colores y Palabras (Manual). TEA Ediciones, S.A. España 1994.
42. 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>.
43. Ham Chande, R. "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.
44. Hall Lomnitz, L., Redes Sociales, cultura y poder: ensayos de antropología latinoamericana, Editorial Porrúa, México, 1996

45. Hewstone, Miles (1992). La Atribución Causal. Editorial Paidós, 1ª Edición. España.
46. House, J.; Landis, K.; Umberson, D. (1988): "Social relationships and Health" *Science* 241, pp.540-545.
47. Instituto Nacional de Estadística (INE). Síntesis censal. Censo 2002.
www.ine.cl.
48. Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2000) Chile y los Adultos Mayores en la Sociedad del 2000. Chile (En Red) www.senama.cl
49. Junqué, C. y Jodar, M. (1990) Velocidad de procesamiento cognitivo en el envejecimiento, revista *anales de psicología*, 6 (2) pág. 199-207.
50. Kohn, Robert (1978). Principles of Mamaliang Aging. New Jersey: Prentice.
51. Kolb, B; Whishaw, I. (1986) Fundamentos de neuropsicología humana. Editorial Labor. Barcelona, España.,
52. Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986) "El concepto de Afrontamiento" en "Estrés y procesos cognitivos", Ediciones Martínez Roca. S.A., Barcelona, España.
53. 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.

54. Martínez de la Pera, Alberto (1980). La vida afectiva y social en una nueva residencia para personas mayores. Bilbao: Elexpuru Hnos.
55. Moragas, R. (1991) Gerontología Social. Barcelona: Editorial Herder.
56. Neugarten, Bernice L. 1968. Middle Age and Aging: A Reader in Social Psychology. Chicago: University of Chicago Press.
57. 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,
58. OMS (1959), Problèmes de santé mentale relatifs à la senescence et aux personnes âgées, Ginebra, VI-Rapport.
59. O'Reilly, P. (1988): "Methodological issues in social support and social network research", *Social Science and Medicine* 26, pp.863-873.
60. 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.
61. 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.

62. Rosow, J.M. (2000) Changing Attitude to Work and Life Estyle. Resumen ERIC.

63. Ruiz Olabuenaga, JI, (1999). Metodología cuantitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.

64. Ságrera, Martín (1989). El edadismo contra jóvenes y viejos. La discriminación universal. Madrid: Fundamentos.

65. Salamon, Michael J. (1986). A basic guide to working with the elderly. New York: Free Press.

66. San Martín, H.; Pastor, V. (1990) "Epidemiología de la vejez". En Medicina y Sociedad. Editorial interamericana, México. _

67. 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.

68. Sánchez Hidalgo, Efraín y Lidia A. (1989). Psicología de la vejez. Río Piedras: Editorial de la U. de Puerto Rico.

69. Sánchez Salgado, Carmen D. (1990). Trabajo social y vejez. Buenos Aires: Humanitas.

70. Sandoval Ferrer, Juan; Carbonell Estacholi, Concepción; Bayarre Veá, Héctor. “Algunas variables vinculadas al estrés en sujetos alcohólicos” Revista Cubana de Psicología. Vol 17, No. 2, 2000.
71. 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
72. 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
73. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Chile.
www.senama.cl
74. 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>.
75. 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.
76. Villaseca, P. (1998). Senescencia I. CEAP: Documento de trabajo N° 36. Santiago: Universidad de Chile.

77. Weiner, B. (1974). An Attributional Interpretation of expectancy value theory. Cognitive views of human motivation. Academic Press, Inc. New York
78. Wong, P. y Weiner, B. (1981). When people ask "Why" questions an the heuristics of attributional search. *Journal of Personality and social psychology*. Vol. 40, N° 4, 650-663.
79. Woolfolk, A. (1999). Psicología Educativa Cap. 10: Motivación: temas y explicaciones. Editorial Prentice Hall. 7ª edición. México.
80. 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

APENDICES

**APENDICE A:
CUESTIONARIO**

**PROTOCOLO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE SUCESOS VITALES
CONSIDERADOS IMPORTANTES EN LA VIDA, TANTO POSITIVOS COMO NEGATIVOS**

NOTA: Toda persona que participe en esta entrevista y conteste este cuestionario lo hace voluntariamente y con entera libertad. Su participación está garantizada de acuerdo a normas éticas, esto es, sus respuestas son anónimas, guardándose celosamente su identidad, y sin hacer uso vicioso de su información. En caso de queja, puede hacerla en contra de profesor PS. Jaime Meléndez V., profesor de la Escuela de Psicología y responsable de esta investigación, domiciliado en Brasil 2140, Valparaíso.

Nombre o clave: _____

Sexo: Masculino (1) Femenino (2) **Edad:**

Situación civil 1-Soltero/a 2-Casado/a 3-Conviviente 4-Viudo/a 5-Separado/a

Situación laboral 1-Estudiante 2-Activo laboralmente 3-Jubilado/a 4-Cesante

Estudios: 1-EGBi 2-EGBc 3-EMi 4-EMc 5-CFT_IP 6-Uni

Hijos/as (cuánto/as): **Nietos/as** (cuánto/as):

Cobertura Salud: 0-sin cobertura 1-Consultorio-Hospital 2-Fonasa 3-Isapre 4-Otra

Condición familiar: 1-Vive con familia/pareja 2-transitoriamente solo(a) 3-Vive allegado
4-Vive solo 5-Vive en institución

Red social: 0-Pertenencia a ninguna institución 1-Iglesia 2-Junta de Vecinos
3-Cualquiera

RED SOCIAL: 0-Ninguna 1-Alguna

OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR:

Duración de la entrevista:

Desarrollo de la entrevista:

Nombre y Fecha del Entrevistador:

AUTORREPORTE DEL ENTREVISTADO:

1. Destaque aquellos rasgos o características personales que le han sido beneficiosas en su vida:

2. Destaque aquellos rasgos o características personales que le han sido para peor en su vida:

3. Destaque aquel suceso o evento considerado por Ud. el más importante en su pasado

4. Destaque aquel suceso o evento considerado por Ud. el más importante en su presente

5. Destaque aquel suceso o evento considerado el más importante a lograr en el futuro

6. Escriba sobre su realización personal: ¿Considera que la va a lograr, la está logrando o la logró en el pasado?

7. ¿Considera que su vida tiene sentido?

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.

1. 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.

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. Confíe 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) responsa- ble (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 conside- rarla 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 encon- trado 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 dema- siado con otras cosas.....1	2	3	4
55. Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o La forma cómo me sentía1	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 diría1 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)_____

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 la 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):

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

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.

I1. ¿Cuál ha sido para Ud. el último suceso importante (puede ser positivo o negativo) en su vida?

I2. ¿Hace cuánto tiempo fue eso?

Subraye si el suceso es positivo o negativo

I3. ¿Dependió tal suceso totalmente de Ud. o dependió más de otras personas o circunstancias?(**)

1	2	3	4	5	6	7
No dependió de mí: dependió de otras personas o circunstancias					Dependió totalmente de mí	

I4. ¿Tiene aún la causa de ese suceso alguna importancia para Ud.? (***)

1	2	3	4	5	6	7
Nada en absoluto					Absolutamente, Incluso me es siempre eficaz	

(*) Se puede usar escala analógica, donde se pueda imponer número en regla ad hoc. Esto es más recomendable, pues muchos tarjan el dígito del medio.

(**) Dimensión internalidad-externalidad.

(***) Dimensión estabilidad/variabilidad.

I5. Si el suceso y su causa se repitiera, ¿se comportaría de la misma forma o de manera distinta? (****)

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

II1. Si desde ese suceso Ud. examina hacia atrás en el tiempo, ¿ha tenido antes otro suceso importante (positivo o negativo) en su vida?

II2. ¿Cuándo 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?

1	2	3	4	5	6	7
Dependió de otras personas o circunstancias				Dependió totalmente de mí		

II4. ¿Tiene aún la causa de ese suceso alguna importancia para Ud.?

1	2	3	4	5	6	7
Nada en absoluto				Absolutamente, incluso me es siempre eficaz		

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

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente distinto				Totalmente igual		

III1. Si desde este suceso Ud. examina hacia aun más atrás en el tiempo, ¿ha tenido otro suceso importante (positivo o negativo) en su vida?

.

III2 ¿Cuándo ocurrió ese tercer suceso?

Subraye si el suceso es positivo o negativo

(****) Globalidad/especificidad

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

1	2	3	4	5	6	7
No dependió de mí: dependió de otras personas o circunstancias				Dependió totalmente de mí		

III4. ¿Tiene aún la causa de ese suceso importancia para Ud.?

1	2	3	4	5	6	7
Nada en absoluto				Absolutamente, incluso me es siempre eficaz		

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

1 2 3 4 5 6 7
Totalmente distinto Totalmente igual

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

Subraye si el suceso es positivo o negativo

IV3. ¿Depende tal suceso totalmente de Ud. o más de otras personas o circunstancias?

1 2 3 4 5 6 7
Depende de otras personas Depende totalmente de mí
o circunstancias

IV4. ¿Tiene la causa de ese suceso importancia para Ud.?

1 2 3 4 5 6 7
Nada en absoluto Absolutamente, incluso
me es siempre eficaz

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

1 2 3 4 5 6 7
Totalmente distinto Totalmente igual

V1. ¿Cuándo espera Ud. que será el próximo suceso importante (positivo o negativo) en su vida?

V2. ¿Cuál podría ser?

Subraye si el suceso es positivo o negativo

V3. La causa de ese suceso futuro ¿dependerá totalmente de Ud. o de otras personas o circunstancias?

1 2 3 4 5 6 7
No dependerá de mí: dependerá Dependerá totalmente de mí
de otras personas o circunstancias

V4. ¿Tendrá la causa de ese suceso alguna importancia para Ud.?

1	2	3	4	5	6	7
Nada en absoluto					Absolutamente, incluso me es siempre eficaz	

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

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente distinto					Totalmente igual	

VI1. A partir de aquel suceso recién nombrado, ¿cuál cree Ud. que será el próximo suceso importante (positivo o negativo) en su vida futura?

VI2. ¿Cuándo cree que ocurrirá?

Subraye si el suceso es positivo o negativo

VI3. La causa de ese acontecimiento futuro ¿dependerá totalmente de Ud. o de otras personas o circunstancias?

1	2	3	4	5	6	7
No dependerá de mí: depende de otras personas o circunstancias					Dependerá totalmente de mí	

VI4. ¿Tendrá la causa de ese suceso alguna importancia para Ud.?

1	2	3	4	5	6	7
Nada en absoluto					Absolutamente, incluso me es siempre eficaz	

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

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente distinto					Totalmente igual	

VII1. Por último, ¿es posible que nombre un tercer suceso más remoto en el futuro, después de los dos antes mencionados?

VII2. ¿Cuándo cree que ocurrirá?

Subraye si el suceso es positivo o negativo

VII3. La causa de ese acontecimiento futuro ¿dependerá totalmente de Ud. o de otras personas o circunstancias?

1	2	3	4	5	6	7
No dependerá de mí: dependerá de otras personas o circunstancias					Dependerá totalmente de mí	

VII4. ¿Tendrá la causa de ese suceso importancia para Ud.?

1	2	3	4	5	6	7
Nada en absoluto					Absolutamente, incluso me es siempre eficaz	

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

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente distinto					Totalmente igual	

Muchas gracias por su tiempo y colaboración.

JMV/2006

APENDICE B:
TEST STROOP

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' = 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

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

XXXX

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