



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA ADULTEZ MAYOR DEFINIDA TANTO POR LOS
FUNCIONARIOS COMO POR LOS USUARIOS DEL HOSPITAL GERIÁTRICO “LA PAZ
DE LA TARDE” DE LIMACHE, A PARTIR DE LA INFLUENCIA DE SU CULTURA
ORGANIZACIONAL.**

POR:

VERÓNICA CATALÁN DÍAZ

FELIPE FAÚNDEZ JARA

NOEMY GALLARDO MEZA

CLAUDIA PINO PAREDES

PROFESOR GUÍA: JAIME MELENDEZ VERGARA

**ESTUDIO PRESENTADO A LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE
VALPARAÍSO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO Y
GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

Diciembre, 2012

VALPARAÍSO, CHILE.

ÍNDICE GENERAL

1.	Introducción.....	8
2.	Marco Teórico.....	10
2.1.	Adulto Mayor.....	10
2.1.1.	Envejecimiento.....	11
2.1.1.1.	Cambios neurobiológicos asociados a envejecimiento.....	12
2.1.2.	Edadismo.....	16
2.2.	Depresión en el adulto mayor.....	16
2.2.1.	Prevalencia.....	18
2.3.	Teoría de las Atribuciones y “Locus de control”.....	20
2.3.1.	Locus de control y conceptos asociados.....	21
2.3.2.	Autoatribución y Depresión.....	23
2.4.	Apoyo Social.....	26
2.4.1.	Tipos de Apoyo Social.....	27
2.4.2.	Apoyo Social en el Adulto Mayor	29
2.5.	Soledad.....	31
2.5.1.	Soledad Social en el Adulto Mayor.....	32
2.6.	Representación social.....	33
2.7.	Cultura Organizacional.....	36
2.7.1	Las funciones de la cultura organizacional	38
2.7.2.	Cultura dominante y subculturas.....	39
2.7.3.	Culturas fuertes y culturas débiles.....	40
2.7.4.	La cultura como desventaja.....	40
3.	Fundamentos de la Investigación.....	42
4.	Objetivos.....	43
4.1.	Objetivos Generales.....	43
4.2.	Objetivos Específicos.....	43
5.	Hipótesis.....	44
5.1.	Hipótesis General.....	44
5.2.	Hipótesis Específicas.....	44
6.	Metodología.....	45
6.1.	Diseño de investigación.....	45
6.2.	Muestra.....	45

6.2.1.	Tipo de muestra.....	45
6.3.	Instrumentos de medición.....	46
6.3.1.	Selección de instrumentos.....	46
6.3.2.	Construcción de instrumentos.....	47
6.3.2.1.	Diseño muestral para construcción de instrumento.....	47
6.3.2.1.1.	Construcción de escala likert.....	47
6.3.2.1.2.	Construcción de grupo de discusión	49
6.3.3.	Propiedades psicométricas.....	50
6.3.3.1.	Escala de Locus de Control de Rotter.....	50
6.3.3.1.1.	Validez.....	51
6.3.3.1.2.	Confiabilidad.....	51
6.3.3.2.	Escala de Depresión Geriátrica Yesavage	51
6.3.3.2.1.	Validez	52
6.3.3.2.2.	Confiabilidad	53
6.3.3.3.	Inventario de Depresión de Beck	53
6.3.3.3.1.	Validez.....	54
6.3.3.3.2.	Confiabilidad.....	55
6.3.3.4.	Entrevista de Apoyo Social de Manheim	55
6.3.3.4.1.	Validez.....	56
6.3.3.4.2.	Confiabilidad.....	56
6.3.3.5.	Escala de Soledad de Granada.....	56
6.3.3.5.1.	Validez.....	57
6.3.3.5.2.	Confiabilidad.....	57
6.4.	Procedimiento y análisis de datos.....	58
7.	Resultados y conclusiones.....	59
7.1.	Resultados análisis de entrevistas a funcionarios	59
7.1.2.	Resultados análisis escala psicométrica likert	59
7.2.	Conclusiones.....	70
8.	Discusión.....	76
9.	Referencias.....	77

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1. Porcentaje estimado de población de 60 años o más.....	10
Grafico 2. Dimensiones escala Likert.....	60
Grafico 3. Detalle promedios ítems objetivos de la institución.....	61
Grafico 4. Detalle promedios ítems atención al detalle.....	62
Grafico 5. Detalle promedios ítems innovación y asunción de riesgos.....	63
Grafico 6. Detalle promedios ítems orientación a los resultados.....	64
Grafico 7. Detalle promedios ítems orientación hacia las personas.....	65
Grafico 8. Detalle promedios ítems orientación al trabajo en equipo.....	66
Grafico 9. Detalle promedios ítems energía.....	67
Grafico 10. Detalle promedios ítems estabilidad.....	68
Grafico 11. Detalle promedios ítems adultez mayor.....	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Índice de dependencia demográfica.....	11
Tabla 2. Diferencias entre demencia y pseudodemencia.....	19

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de apoyo social de Caplan.....	28
---	----

AGRADECIMIENTOS

“En primer lugar quiero agradecer a Dios por haberme dado las fuerzas y la sabiduría para terminar este proceso; también agradezco a mi familia por haber sido mi apoyo y sustento durante toda mi carrera... y mi vida; a Daniel, mi novio, por ser mi pilar y haberme alentado a seguir cuando las fuerzas flaqueaban y por siempre creer en mí.

Y por supuesto a mis compañeras de tesis y amigas, Claudia y Noemy; gracias por haber hecho de este largo camino algo más ameno y les deseo desde hoy, el mayor de los éxitos en su vida profesional.

...Simplemente, muchas gracias a todos los que creyeron en mí”.

- **Verónica Catalán Díaz**

“A mi abuelo Juan (Q.E.P.D.)

Por ser un ejemplo a seguir, mi inspiración de vida, con quien inicié este encanto por educarme, situación que nunca hubiera sido posible lograr sin su ayuda, y que si bien no alcanzó a disfrutar esta hermosa etapa junto a mí, sé que sigue contemplando y guiando mis pasos.

A mi padre Raúl

Por ser un apoyo incondicional en este largo proceso académico, por su ejemplo de vida en cuanto a dedicación, perseverancia, responsabilidad y pulcritud en lo que realiza, sin su ayuda no hubiera sido posible ingresar a la Universidad de Valparaíso posterior a mi traslado de institución académica y haber alcanzado este importante momento que estoy viviendo.

A mi abuela Carmen

Por creer en mí con su apoyo incondicional y su motivación, tanto en mis momentos difíciles como en mis triunfos, totalmente agradecida por estar siempre ahí, comprendiendo mis procesos y preocupándose por mi bienestar, que muchas veces descuidaba por las agobiantes cargas académicas.

A mi pareja Percy

Por acompañarme en todo este proceso, comprendiéndome y ayudándome en las buenas y en las malas... valioso apoyo que conforma parte importante de esta gran etapa de mi vida.

A mis otros familiares:

Mis hermanos Felipe, Katia y Matías que me vieron prosperar y siempre me entregaron su apoyo, creyendo en mí. Mi madre Nirza que con su alegría contagiaba mis días difíciles de buenas energías, necesarias para hacer más aguantable este proceso. Mi tía Claudia y mi madrina Rosa por sus ayudas incondicionales, que me entregaban un mejor caminar. Y a todo el resto de mis familiares, que de una u otra forma sentí su apoyo ante este difícil proceso.

A mis amigas y actuales compañeras de Seminario de Título, Claudia y Verónica.

Agradezco a Dios por haberlas puesto en mi camino, momento que más rescato de mi cambio de universidad, largo proceso que se hizo más pasadero con sus presencias. Este Seminario de Título no hubiera tenido el mismo sentido sin ustedes, gracias por trabajar conmigo en este proceso y por entregarme su valiosa amistad”.

- **Noemy Gallardo Meza**

“A mis padres, Jorge y Nancy, por su comprensión, consejo e infinito amor.

A mi novia Daniela, por ayudarme a cumplir muchos sueños y por haber cambiado muchos otros.

A mi hermano Matías, por sus ojitos de sueño que me dieron fuerza y ánimo para continuar.

A mi gran amiga Romina, por el maravilloso accidente que fue coincidir con su existencia.

A Macareno y Annita, por su compañía y techo.

A Jaime Hernández, Eric Honores, Gonzalo Lira, Luis Jara, Jaime Meléndez y Manuel Infante, por sus enseñanzas e invaluable ejemplo.”

- **Felipe Faúndez Jara**

“A mi familia,

A mi padre,

Por su inmenso apoyo y comprensión incondicional. Por siempre tener una palabra de ánimo, sabiduría y por guiarme durante toda mi vida con alegría por la vida, la dedicación al trabajo y al profesionalismo, además de enseñarme la importancia de la excelencia y la humildad como valores personales. Todo mi amor por siempre, sin ti jamás habría llegado al día de hoy. Dedico mi felicidad a tu trabajo.

Erika,

Por toda la simpatía, dedicación, el inmenso apoyo y cariño que siempre puso en su compañía y sus ricas comidas.

A mi hermano patito.

Mis amigas Verónica y Noemy,

Por la risa y la paciencia.

And special thanks to

My friends, Annemie , Lynx, Sam Price and Ashli Tisdale for their amazing support, the laughs and love, their awesomeness, and for being there when I most needed, all my love for you.

Also to the company of Matt Tuck, Jason James, Padge and Moose, Alexi Laiho, Bert McCracken and BFMV, COB, The Used, FYS, Ax7, with their music, inspiring me and giving me strength. You all made my life a lot better.

To Tumblr for keeping me insanely happy.

And the punch of Shaun T., Rachael Z., Ks, Seamus, Leon S. Kennedy and COD”.

- **Claudia Pino Paredes**

1. INTRODUCCIÓN

El desarrollo humano es un proceso integral y continuo de construcción de sujeto individual y social que se da a través del ciclo vital. Es por esto que la vejez es un momento de ajustes, particularmente a los cambios en las capacidades físicas, las situaciones personales y sociales, y las relaciones (Nieto, Cerezo y Cifuentes, 2006). La forma en cómo las personas de éste rango etario, integradas al servicio de salud secundario, experimentan estos cambios desde su estado anímico, cognitivo y social es lo que origina la pregunta que da origen a la presente investigación:

¿Qué representación social de la adultez mayor tienen usuarios y funcionarios, pertenecientes al Hospital Geriátrico “La Paz de la Tarde” de Limache, a partir de la influencia de su cultura organizacional?

En la misma línea surgen otras preguntas, tales como:

¿De qué forma los factores cognitivos y afectivos afectan la relación usuario-profesional dentro de la atención del Hospital Geriátrico “La Paz de la Tarde”?

¿Cómo la cultura organizacional presente en el Hospital Geriátrico “La Paz de la tarde” rige la pauta de atención y colaboración para promover la dirección comunitaria impulsada por el mismo?

Debido a que el desarrollo de la etapa de la adultez mayor se ha extendido significativamente por los cambios de condiciones de vida y salud como también por los factores demográficos, esta requiere que se aborde desde los principales elementos que se ven modificados según las investigaciones al respecto. Es así como se considera que los contextos de atención de salud y el enfoque comunitario que se pretende lograr en éstos, promueve nuevos escenarios en donde los usuarios enfrentan nuevas formas de relación y comunicación que de una manera u otra tienen efectos en la representación social que tienden de sí mismos. A su vez, el concepto de los usuarios que los funcionarios manejan en su desempeño profesional, provee un marco específico en el cual se dirige la atención.

Esta es la dinámica de interdependencia surge como base para el planteamiento de los problemas a resolver mediante el análisis descriptivo de la información recolectada

mediante una investigación no experimental, descriptiva, con un diseño cuantitativo, utilizando técnicas cualitativas y cuantitativas.

Asimismo, se pretende crear la base para la futura resolución de nuevas interrogantes relacionadas con la temática del Adulto mayor dentro de la atención de salud comunitaria, tales como:

¿Hay criterios comunes para la intervención psicosocial en dicha temática?

¿Cuál es el análisis de los niveles de reinserción en el sistema de salud luego del alta médica?

¿Cuál es la real inserción comunitaria que los centros de atención de salud secundaria proveen al usuario?

¿Qué factores influyen en los niveles de reingreso de los adultos mayores a atención psicológica?

Para reunir las respuestas a las interrogantes que actualmente se pretenden resolver, se utilizaron marcos teóricos desde las distintas corrientes psicológicas, sociales y organizacionales que se consideraron relevantes en la investigación; así, desde el apartado social se considera el marco sobre representación social, apoyo social percibido y soledad; desde la mirada clínica, se tomaron en cuenta factores de depresión, desarrollo cognitivo y atribución causal. Y para los elementos organizacionales se considero el concepto de cultura organizacional. Todos ellos reunidos con el fin de cohesionar la mirada del usuario perteneciente al servicio de salud del Hospital Geriátrico “La Paz de la Tarde” desde los mismos actores implicados en el proceso de intervención.

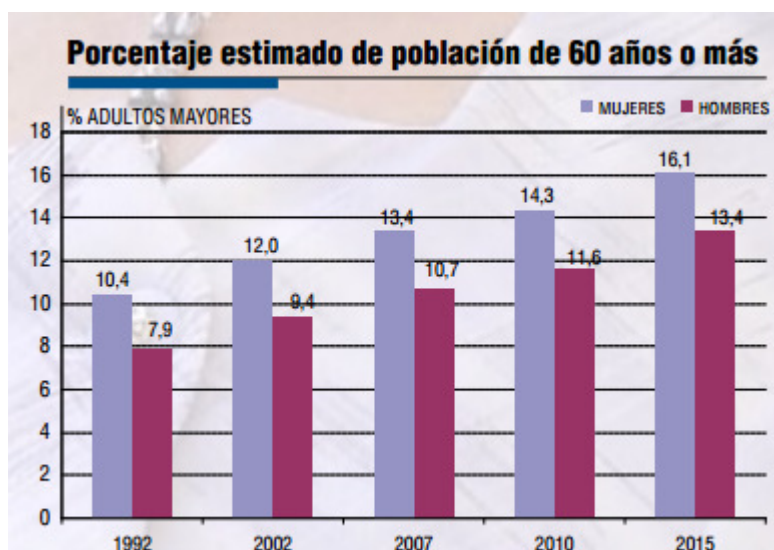
2. MARCO TEÓRICO

2.1. Adulto mayor

Los grandes cambios sociales y económicos verificados a partir de la segunda mitad de este siglo han contribuido a la modificación del perfil demográfico de los países. Chile no escapa de esta tendencia y, a partir de la década de los 80, se encuentra junto con Argentina, Cuba y Uruguay, dentro de la etapa avanzada de transición demográfica hacia el envejecimiento de la población con natalidad y mortalidad moderadamente baja, lo que se traduce en un crecimiento natural del orden del 1,4 por cada cien personas anualmente (Morales, 1999).

La persistente reducción de la mortalidad con la consecuente prolongación de la vida, repercute en un aumento de la proporción de personas de más edad; mientras en el año 2000 el grupo de 75 y más años constituía menos del 2% de la población regional, en el 2025 se acercará al 4%. No obstante su reducida magnitud absoluta, este grupo será el que experimente el mayor ritmo de crecimiento entre los adultos mayores en ese cuarto de siglo (las respectivas tasas medias anuales serán 3.7% y 3.4%). De este modo, se gestará un envejecimiento progresivo de la población adulta mayor que configurará un estrato de “cuarta edad” (75 y más años). En el año 2025 este estrato representará un tercio de las personas de edad en Uruguay y algo más de un cuarto en Chile, donde su número se acrecentará en 250% a lo largo del primer cuarto del siglo XXI. (Instituto Nacional de Estadísticas, 2010).

Gráfico nº 1: Porcentaje estimado de población de 60 años o más, separado por género.



o Nacional
(2010)

Tabla 1: Índice de Dependencia Demográfica.

Chile: Población total estimada al 30 de junio, según grandes grupos de edad e Índice de Dependencia Demográfica. 2007, 2010 y 2015 (Cifras absolutas y relativas)

GRUPO DE EDAD	2007		2010		2015	
	Número	%	Número	%	Número	%
Total	16.598.074	100,0	17.094.270	100,0	17.865.185	100,0
0-14	3.958.354	23,8	3.814.756	22,3	3.745.210	21,0
15-59	10.634.036	64,1	11.066.078	64,7	11.481.644	64,3
60 o +	2.005.684	12,1	2.213.436	13,0	2.638.331	14,7
IDD		56,1		54,5		55,6

IDD = Índice de Dependencia Demográfica (Número de personas menores de 15 y de 60 o más, por cada cien de 15-59 años).

Fuente: INE, Chile: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País: 1990-2050. Agosto 2005.

nstituto
de
as (2010)

De acuerdo con la definición de la OMS, Adulto mayor es el término que surge en nuestro país para denominar a la población de 60 y/o 65 años o más. Así también, se refiere al envejecimiento como el “proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales.” (Quintanar A., 2010)

2.1.1. Envejecimiento

Es un proceso dinámico, progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales interrelacionados entre sí, y que suelen diferenciarse según el estado de salud del adulto mayor. En el plano psicológico, se manifiesta el desmedro de los procesos cognitivos, mal enfrentamiento al estrés, pesimismo y autovaloración negativa (Quintero & Torrijos, 1995, citado por Fernández, Almuiña, Alonso & Blanco, 2001). En el social, se manifiesta la pérdida total de roles sin sustitución, ausencia de apoyo social, presencia de dependencia, soledad, conflictos generacionales e inactividad (Quintero, 1997-1998, citado por Fernández, Almuiña, Alonso & Blanco, 2001). Los puntos anteriores, hacen referencia a estados de envejecimiento patológico o seriedad; sin embargo, en estados más normales de envejecimiento, se revela mayor compensación psicológica y apoyo social, siempre

considerando que ciertos índices se resguardan dentro la expectativa que ellos construyen sobre lo que perciben.

2.1.1.1. Cambios neurobiológicos asociados a envejecimiento

En todo envejecimiento hay cambios generales. Por ejemplo:

1. Cambios morfológicos, que se expresan en atrofia cerebral en 40% ancianos (Junqué y Jurado, 1994), más en hombres que en mujeres (Murphy et al., 1996); si bien hay daños específicos, por ejemplo en la zona temporal, que afecta la memoria, también hay daños en zona prefrontal y límbica (La Rue, 1992), que se expresan en cambios de conducta, mejor dicho, de rasgos de conducta.

2. Lo anterior se refiere a cambios macrobiológicos; a continuación hay que incluir los cambios a nivel de las células y de lo molecular, cambios que están asociados al ADN y al ARN, en que tiene apoyo la teoría del reloj biológico. En este nivel, por ejemplo, obviamente reducción de neurotransmisores, como el caso de la Acetilcolina, neurotransmisor muy importante para los procesos neurocognitivos, especialmente del lenguaje y de la memoria.

3. Uno de los cambios que es más destacados se refiere a los cambios neurofisiológicos: por ejemplo, aumento de la latencia de la respuesta cortical a la estimulación y que se mide en la onda P300 lograda mediante la técnica de potenciales evocados relativos a eventos o estimulaciones y que se refiere a los procesos de atención y concentración.

En el envejecimiento también hay cambios en lo particular, en lo específico, o sea, en las funciones cognitivas, de las que destacamos las siguientes:

Atención

Stankov (1992) incluye diversos procesos en el fenómeno cognitivo de la atención: atención propiamente tal, la concentración o esfuerzo activo de parte del sujeto para focalizar determinadas actividades cognitivo-conductuales; la rapidez perceptiva, la atención dividida/selectiva, etc., que no tienen el mismo rendimiento según la edad.

De ahí se distingue: alerta o atención sostenida, y atención focalizada/dividida, en que participan el Sistema Reticular Activador Ascendente (ARAS) y el llamado Lóbulo prefrontal. En este terreno es importante considerar los estados confusionales de adultos mayores con trastornos neurodegenerativos (ver Mesulam, 1985) y la disminución para inhibir estímulos irrelevantes (Mazaux et al., 1995), por lo general asociado en mayor grado con el género femenino y con niveles educativos bajos.

Varios investigadores destacan que hay afección de la atención focalizada espacialmente (Green-Wood, Parasuraman y Alexander) y la atención dividida (Madden, 1990), en lo que respecta a la adultez mayor.

Velocidad de procesamiento

Se subraya, por lo general, el enlentecimiento en general, o sea, sensorial, motor y cognitivo) ha sido muy aceptado (Fisher y Glaser, 1996), Esta hipótesis no tiene mucho apoyo empírico (Salthouse, 1996), pues el enlentecimiento podría estar asociado a las exigencias de las tareas (Swearer y Kane, 1996), pues en muchas investigaciones se da cuenta de mejoría de la velocidad de procesamiento después de entrenamiento.

Se necesitan más investigaciones que den cuenta de los modelos del enlentecimiento general, del modelo de dominio específico y del modelo del proceso específico.

Memoria

No puede dejarse a un lado el cuadro normal de quejas de problemas de memoria (48% de la población etaria, según Snowdon y Lane, 1994) incluso en adultos mayores sanos, así como la presencia de componente depresivo (Hupper, 1991) y otros factores, como deficiencias de salud, bajo CI y nivel educativo (Román y Sánchez, 1998). La presencia de depresión puede influir notoriamente en los rendimientos mnésicos.

También hay distinguir los cambios en la en la memoria a corto plazo (MCP) primaria (pasiva) o secundaria (activa: "working memory" o memoria de trabajo), sufriendo la primera leve descenso (Craik, Anderson, Kerr y Li, 1995). Para el caso de la segunda hay más deterioro del ejecutivo central (Craik et al., 1995), ligado al deterioro de los lóbulos frontales, que influye en la MCP (ver Baddeley y Hitch 1974).

Cambios y perjuicios en la memoria a largo plazo (MLP) en cuanto a memoria declarativa (Squire, 1992) o explícita (Schacter, 1999), que la memoria procedural o implícita (Craik et al., 1995), aunque aquél deterioro está ligado más al deterioro de la organización perceptiva (Hashtroudi et al., 1996). Por último, se observa más compromiso de la memoria episódica que la semántica.

Llama la atención que en la memoria remota existe un mejor recuerdo de sucesos remotos que recientes (Sagar, 1990), posiblemente por mayor importancia motivacional y emocional, que puede ser explicado por razones motivacionales o por mayor consolidación al uso continuo.

Memoria prospectiva, es decir, planear actividades para el futuro, se ve afectada por el contexto (Einstein et al., 1995). O sea, mediante la adquisición de técnicas y ejercitación (además de la típica agenda) es posible una mejoría en el rendimiento de este tipo de memoria.

El déficit de memoria de debe envejecimiento cerebral especialmente de cortezas temporal y frontal (Parkin y Walter, 1992), pero todo ello depende del propio estado de salud de la persona, así como su permanente estimulación o aprendizaje, y su relación social interactiva con otras personas.

Funciones Ejecutivas

Se refiere, según Godwin (1989), a las capacidades que posibilitan la formulación de metas, su planificación, el llevarlas a cabo y lograr el objetivo, dando cierre a esta conducta motivada. También incluyen la formación de conceptos, el razonamiento lógico y abstracto, la flexibilidad cognitiva, la solución de problemas y el procesamiento inhibitorio, que permite el control emocional. El perjuicio destaca la falta de flexibilidad cognitiva en el adulto mayor, así como que su conducta puede llegar a ser estereotipada y perseverativa. Se insiste que mucho de estos déficits corresponden al cuadro de un adulto mayor que sufra de un trastorno neurodegenerativo o de ausencia de estimulación, por falta de recursos y redes sociales.

Funciones Visoespaciales

Menor rendimiento en adultos mayores que en individuos jóvenes en las funciones visoperceptivas (La Rue, 1992; Schaie, 1994). Igual caso para funciones visoconstructivas (integración de lo visoespacial y visoperceptivo) (La Rue, 1992).

Lezak (1995) considera que este déficit está ligado al hemisferio derecho, especialmente su región posterior (parieto-occipital).

Lenguaje

Las mayores dificultades ligadas al envejecimiento están relacionadas con el acceso a las redes léxicas (Bowles y Poon, 1985), la disminución de la fluencia verbal (Kozora y Cullum, 1995; La Rue, 1992) y las dificultades en la comprensión de las estructuras gramaticales complejas (Huff, 1990).

El mayor compromiso se encuentra en la denominación (“tener la palabra en la punta de la lengua” o anomia). Este fenómeno, así como los déficits anteriores son propios del adulto mayor, incluso sano, y no necesariamente interfieren en la interacción social o en la propia salud mental. Obviamente que cualquier déficit, por menor que sea, puede ser aumentado y producir dificultades en las cogniciones y en la conducta misma, dependiendo del tipo de personalidad y la propia historia de déficits u oportunidades que ha tenido en su vida el adulto mayor.

Para finalizar este acápite es importante destacar que es muy importante profundizar el estudio genético de las cogniciones y de la conducta, todo ello en un contexto de la plasticidad neuronal, pues en muchos casos el psicólogo se encuentra con la dificultad de no saber con precisión si está frente a un adulto mayor que está empezando un cuadro demencial o simplemente si se trata de un problema emocional o social y de ausencia de estimulación.

2.1.2. Edadismo

Presencia de estereotipos y actitudes negativas y/o discriminación de una persona en función de su edad, pudiendo favorecer la realización de prácticas discriminatorias por parte de los profesionales. Se encuentra presente en la sociedad en general, desde los profesionales, hasta las mismas personas mayores, pasando por los medios de comunicación (Lozada, 2004).

Según Gordillo (2010), existe una responsabilidad ética de los organismos nacionales e internacionales en cuanto a la mejora de la situación de salud de la población envejecida, puesto que sin el apoyo suficiente, difícilmente lograrían un nivel de satisfacción que esté de acuerdo con sus características personales y sociales; sin embargo, existe una mantenida tendencia a utilizar el concepto de “viejismo”, cuyo significado está orientado a conceptualizar al adulto mayor como un ser no valiente, sin capacidades, que cada día va sumergiéndose en una mayor decadencia (Fornos, 1996, citado en Gordillo, 2010), provocando la llamada “Profecía Autocumplida” o “Efecto Pigmalión” que convence a este grupo etéreo de esta conceptualización que no le permite lograr sus metas y continuar su desarrollo.

El edadismo produce consecuencias en el adulto mayor, como pérdida prematura de independencia, mayor discapacidad, mayor índice de depresión, ansiedad, reducción del sentimiento de autoeficacia, disminución del rendimiento, estrés cardiovascular, maltrato y/o negligencia hacia las personas mayores, y mortalidad anticipada (Montorio, Izal, Sánchez y Lozada, 2002, citado en Lozada, 2004).

2.2. Depresión en el adulto mayor

Aun existe mucho debate acerca de si la depresión aumenta o no con la edad. Los estudios que usan escalas de screening para determinar la presencia de síntomas depresivos informan de un aumento de los síntomas, sobre todo a partir de los 70 años de edad. Sin embargo, los efectos de la edad parece que se deben sobre todo a los problemas de salud física y a la discapacidad. La enfermedad crónica se ha implicado como una fuente principal de depresión en afroamericanos urbanos. Por tanto, los estudios que se basan en entrevistas de diagnóstico clínico no parecen encontrar un aumento notable de la depresión con el aumento de la edad (Schaie y Willis, 2003).

La depresión a menudo se enmascara con síntomas físicos para los que no se encuentra una causa concreta. Tales síntomas pueden constituir un trastorno mental en sí mismo que se conoce como hipocondría, pero la mayoría de las veces, ésta se encuentra muy relacionada con la depresión. El individuo (a menudo un adulto mayor) se queja de dolor intenso y constante, generalmente dolor de cabeza o espalda; sin embargo, el examen médico no descubre problemas físicos. La persona a menudo manifiesta algunos síntomas de depresión (entrecejo fruncido, bajo nivel de actividad), pero niega sentirse triste (Schaie y Willis, 2003).

Algunas teorías sugieren que los síntomas depresivos se deben a un aporte insuficiente de ciertos neurotransmisores (noradrenalina y la serotonina) o a desequilibrios más generales de éstos en el cerebro. Parece que la edad influye en algunos sistemas de neurotransmisores. El hecho de que los síntomas depresivos en los ancianos con frecuencia respondan al tratamiento farmacológico también indica que el problema puede ser bioquímico (Schaie y Willis, 2003).

Es importante destacar que, los adultos mayores deprimidos no siempre presentan anhedonia, tristeza y labilidad emocional. Frecuentemente, la depresión se enmascara en manifestaciones físicas exageradas, en cansancio excesivo o síntomas somáticos de difícil diagnóstico y ansiedad o nerviosismo que pueden llegar a la inquietud y agitación. En la esfera cognitiva, el pensamiento puede estar enlentecido y aparecer ideas de indignidad y minusvalía, de culpa, de desamparo y de falta de sentido en la vida e ideas suicidas. También, son frecuentes las alteraciones en las funciones cognitivas como la atención, concentración y memoria.

Los cambios motivacionales giran alrededor de la incapacidad para actuar o por el deseo de escapar o evitar el entorno, que se expresa en apatía o indiferencia y en casos más graves en intentos suicidas.

La depresión puede alterar el apetito con baja de peso, el sueño (insomnio o somnolencia exagerada), la función digestiva (estreñimiento), la psicomotilidad (enlentecimiento de los movimientos) y sensación de fatiga frente el menor esfuerzo (Ministerio de Salud, 2006).

Las personas con depresión a menudo se quejan de soledad o aislamiento social o emocional y puede que tener un apoyo social fuerte disminuya las probabilidades de

aparición de una depresión reactiva después de una pérdida. No obstante, el aislamiento no está fuertemente asociado con la depresión severa en los ancianos. En la mayoría de los casos, parece que son más importantes las relaciones personales estrechas que el contacto social en sí. Aunque el ánimo bajo y los niveles bajos de satisfacción con la vida no se pueden igualar con la depresión, la investigación sugiere que están relacionados. Parece razonable pensar que el aislamiento puede contribuir a las altas tasas de depresión leve observadas entre los ancianos (Schaie y Willis, 2003).

2.2.1. Prevalencia

La prevalencia en la comunidad de depresión entre mayores de 65 años se ubica entre el 2 y 3 % en Estados Unidos, en tanto la prevalencia en Santiago de Chile alcanza al 5,6%, lo cual es más bajo que para la población general. Sin embargo, en instituciones tales como casas de reposo u hogares de ancianos la prevalencia de depresión se eleva hasta un 17-20%, con un 28 a 40% de los internos con síntomas depresivos. De acuerdo con los criterios diagnósticos más usados, la prevalencia total de la depresión en los adultos mayores, no difiere de la de otros grupos etarios, sin embargo, durante el envejecimiento, los síntomas depresivos leves son más frecuentes, y las formas de presentación pueden parecer muy diferentes (Mella, 2004).

Por otra parte, según estudios de seguimiento, la presencia de depresión en pacientes geriátricos hospitalizados por causas no psiquiátricas sería un factor de riesgo para morir 30 meses después del diagnóstico (Mella, 2004).

Entre los ancianos con depresión, entre un 18 y un 57% presenta un síndrome pseudodemencial que desaparece una vez que remite el cuadro depresivos. Este tipo particular de “demencia reversible”, o “pseudodemencia depresiva” como también ha sido denominada, se asociaría con un riesgo 4 a 5 veces mayor de presentar demencia irreversible a 34 meses que aquellos que presentan un cuadro depresivo puro. Para complicar un poco más la situación se debe agregar que alrededor de 1/3 de los cuadros demenciales coexisten con depresión (Mella, 2004).

Tabla 2: Diferencias entre demencia y pseudodemencia

Pseudodemencias	Demencias
Historia Clínica y Evolución	
La familia siempre es consciente de los trastornos y su gravedad.	La familia no siempre es consciente de los trastornos.
Comienzo preciso.	Comienzo impreciso.
Los trastornos existen desde hace poco tiempo.	Los trastornos existen desde hace mucho tiempo.
Deterioro rápido.	La evolución es lenta.
Antecedentes psiquiátricos.	Raros los antecedentes psiquiátricos.
Cualquier edad.	Rara antes de los 40 años.
Alegaciones y Comportamiento	
Se preocupan mucho por su déficit intelectual (quejas cognitivas).	Se preocupan poco por su déficit intelectual.
Detallan sus síntomas.	Los síntomas son vagos
Exageran" su incapacidad.	Minimizan" su incapacidad.
Exageran" sus fracasos.	Están" satisfechos" con su conducta.
Poco esfuerzo en cumplir con tareas sencillas.	Se esfuerzan mucho en cumplir tareas sencillas.
No tratan de mantener un buen nivel.	Mantienen un buen nivel, cuentan con sus notas para ello.
Intensa angustia, sufrimiento interno.	Parecen despreocupados.
El cambio de humor suele ser invasivo.	Humor lábil y superficial.
La pérdida de las habilidades sociales es precoz y predominante.	Habilidades sociales conservadas.
El comportamiento no está relacionado con la gravedad de los trastornos cognitivos, es incongruente	El comportamiento está relacionado con la gravedad del trastorno cognitivo.
La acentuación nocturna de los trastornos es poco frecuente.	Frecuente la acentuación nocturna.

Trastornos de la memoria y de las funciones superiores	
La atención y concentración conservadas.	Atención y concentración alteradas.
Las respuestas tipo "no sé", o "no lo sé hacer" son típicas.	Las respuestas aproximadas son frecuentes.
Los pacientes dan con frecuencia respuestas tipo "no sé" en las pruebas de orientación.	Los pacientes dan con frecuencia respuestas inusuales en la orientación.
Trastorno de memoria reciente y remota.	Mayor pérdida de memoria reciente.
Las lagunas mnésicas sobre períodos o hechos específicos son frecuentes.	Las lagunas mnésicas sobre períodos específicos son poco usuales.
Variabilidad de rendimiento en tareas con igual grado de dificultad.	Bajo rendimiento constante en las tareas con igual grado de dificultad.

Fuente: Pérez, J. (2001). Pseudodemencias depresivas.

2.3. Teoría de las Atribuciones y “Locus de control”

La teoría de locus de control fue establecida por Rotter en 1966, a partir sus estudios acerca de la relación existente entre los objetivos personales, necesidades personales y valores, y el reforzamiento, basadas en el trabajo de Heider (1958) concluyendo que si la persona percibe que el acontecimiento es contingente con su conducta o sus características relativamente permanentes, se ha dicho que es una creencia en el control interno; en cambio, se sostiene que “cuando un refuerzo es percibido como siguiendo alguna acción personal, pero no siendo enteramente contingente con ella, es típicamente percibido, en nuestra cultura, como el resultado de la suerte (...), y en este sentido se ha dicho que es una creencia en el control externo” (Heider, 1958). Dicho en otras palabras, las personas se plantean dos ejes para explicar los éxitos y los fracasos en la vida cotidiana; en el primero de ellos, consideran que sus éxitos y fracasos se deben a su propio esfuerzo, a la manera en que trabajan, estudian o se desarrollan en el día a día; dichas personas tienen un locus de control interno. En el segundo eje, las personas suponen que los éxitos y fracasos se vinculan a Dios, a la suerte, al destino y otros imponderables; en este caso se considera que tienen un locus de control externo (Vera et al., 2009).

En cuanto al locus de control en adultos mayores, los datos actuales indican que las personas tienden a la externalidad a medida que aumenta la edad, por lo que debería suponerse que los adultos mayores deberían tener un locus de control externo cada vez más acentuado (Vera, Batista, Laborín, Morales y Torres, 2002). Este estilo atribucional asociado a un rendimiento cognitivo pobre se asocia con la desesperanza aprendida y con la aparición de un estado de ánimo depresivo (Heckhausen y Schulz, 1995).

2.3.1. Locus de control y conceptos asociados

Con respecto a las investigaciones realizadas de parte de Seligman (1975) a partir de la experimentación con animales de laboratorio, observó que los perros a los que les era imposible evitar una serie de descargas eléctricas aprendían un patrón de conductas a las que inicialmente denominó “sensación de desamparo”. Además observó que cuando estos mismos animales eran sometidos a otra situación donde podían escapar del castigo fácilmente, no intentaban hacerlo. Seligman llamó a esta resignación pasiva “Desamparo Aprendido” y afirmó que la percepción constante de que las respuestas son insuficientes o inútiles para controlar una situación adversa a la cual se está expuesto, provoca sentimientos de desvalimiento, déficit cognitivo, motivacional y emocional (Pereyra, 1995).

En los seres humanos podría ocurrir lo mismo: Cuando un individuo siente que no puede hacer nada para modificar algún aspecto importante de su medio o predecir un acontecimiento futuro, pierde el deseo y la voluntad de cambiar otros aspectos del ambiente que son posibles de ser modificados. Esto lleva a una ejecución poco efectiva tanto a nivel cognitivo como conductual y a la aparición de signos de indefensión, depresión y desesperanza (Boggiano, 1998; Regehr, Cadell y Jansen, 1999; Terry y Hynes, 1998). Esto se ha producido de forma experimental en seres humanos, sometiéndolos a experiencias como estímulos aversivos ineludibles (descargas eléctricas o ruidos intensos) o problemas sin solución (Hiroto y Seligman, 1975; Thornton y Jacobs, 1971; Roth y Kubal, 1875). En todas estas investigaciones, la experiencia con lo incontrolable produjo deficiencias de aprendizaje de una tarea posterior que consistía en aprender a evitar una respuesta o a resolver un problema cognoscitivo. El caso común es que los sujetos con desamparo aprendido hacen mucho menos intentos por responder y adoptan un estado general de pasividad que se asemeja a la depresión.

Estudios sobre el locus de control y la salud, han indicado que el locus de control interno amortigua el efecto de síntomas físicos y emocionales de la enfermedad

(Jennings, 1990; Pilisuk, Montgomery, Parks y Acredolo, 1993). Por el contrario, el locus de control externo puede tomarse como predictor de enfermedades (Hoon, Hoon, Rand y Johnson, 1991; McNaughton, Patterson, Smith y Grant, 1995), baja satisfacción laboral (Jain, Lall, McLaughlin y Johnson, 1996), peor ajuste emocional (Kliewer y Sandler 1992; St. Yves, Freeston, Godbout y Poulin, 1989) y mayor percepción de amenaza (Grassi, Righi, Sighinolfi, Makoui y Ghinelli, 1998; Oros, 2000). Langer (1981) por su parte, argumenta que muchos ancianos son pasivos no porque sean seniles, sino porque las dificultades de la vida los empujan a percibir un locus de control externo, lo que provocaría que la motivación de éstos disminuya.

Por otra parte se ha propuesto que el locus de control puede estar mediando la relación entre apoyo social y salud en situaciones de estrés (Lefcourt, 1985; Johnson y Sarason, 1978; Kobasa, 1982). Desde este punto de vista, Sandler y Lakey (1982), señalan que las personas con locus de control interno, son las más beneficiadas en el mantenimiento de relaciones proveedoras de apoyo social. Sin embargo, pese a que se han realizado bastantes esfuerzos por determinar las implicaciones recíprocas entre apoyo social locus de control y salud, la relación entre estas variables, presentan aun una extrema complejidad. Para Revicky y May (1985), los trastornos depresivos estarían moderados directamente por el apoyo social e indirectamente por la influencia del locus de control sobre el apoyo social (Riquelme, 1997).

Además, se ha planteado que el locus de control presenta aisladamente factores amortiguadores sobre el estrés, como señala Krausse (1987), al encontrar que los ancianos con locus de control interno tienen menos probabilidades de sufrir los efectos negativos del estrés, que aquellos que presentan una orientación externa del locus de control (Riquelme, 1997).

En cualquier caso, existe suficiente evidencia para mantener que tanto apoyo social como locus de control, presentan de forma separada una estrecha relación con la salud en situaciones de estrés, y que por otra parte, son las personas que presentan una orientación interna del locus de control quienes más se pueden beneficiar de la provisión de apoyo, aunque como señalan algunos autores (Krausse, 1987), la relación establecida entre locus de control y apoyo social no parece seguir necesariamente una asociación lineal, lo cual podría llevar a que un nivel excesivamente alto de apoyo pudiera ser incluso contraproducente en sujetos que presentan un funcionamiento interno respecto del locus de control (Riquelme, 1997).

No por esto, necesariamente toda atribución interna es positiva y toda externa es negativa: Al interpretar las distintas atribuciones, deben analizarse de manera holística. Uno de ellos implica determinar si las atribuciones se han realizado frente a sucesos de éxito o de fracaso. Una atribución interna para el éxito puede ser beneficiosa y saludable, mientras que una atribución interna para el fracaso puede resultar desventajosa, sobre todo, si es estable en el tiempo. Así, Bulman y Wortman (1977, citados en Darley, Glucksberg y Kinchla 1990) descubrieron otro aspecto importante a tener en cuenta para interpretar las distintas respuestas de atribución. Mediante el estudio sobre la atribución y el afrontamiento en personas que habían sido víctimas de accidentes traumáticos, encontraron que quienes afrontaban mejor esas situaciones se imputaban la responsabilidad de las mismas, haciendo por lo tanto atribuciones internas frente al fracaso. Al respecto, Janoff y Bulman (1979) y Miller y Porter (1983, citados en Darley et al. 1990) plantearon la existencia de dos tipos diferentes de internalidad para el fracaso que podrían dar explicación a estos hallazgos: (a) la autoacusación de conducta y (b) la autoacusación de disposición. La primera implica un conjunto específico de conductas realizadas por el sujeto que explican lo que le sucedió en la cual el sujeto sabe que puede controlar la situación. Si no vuelve a realizar las mismas conductas, evitará las consecuencias negativas. La segunda hace referencia a características intrínsecas y estables que la persona cree tener, generalmente creencias irracionales. Cuando hay una autoacusación de este tipo, los eventos se consideran fuera del control del individuo. Por el contrario, cuando hay una autoacusación de conducta el sujeto siente que tiene dominio sobre las circunstancias y las afronta de una manera más favorable. Esto muestra que la interpretación del locus de control debe contemplar otros aspectos más allá de lo puramente interno o externo.

2.3.2. Autoatribución y Depresión.

Seligman sostiene en su formulación original del desamparo que la creencia de la persona, su expectativa acerca de la propia ejecución en alguna tarea va a influir en su conducta y en su estado de ánimo. Este modelo se inspira en la teoría del locus de control que distingue un tipo de pensamiento que lleva a considerar los acontecimientos como imprevisibles con lo que escapan al control del sujeto (locus de control externo), y un estilo de pensamiento que percibe los acontecimiento como consecuencia del comportamiento del propio individuo (locus de control interno). La tesis básica propugnada

por Seligman es que una persona deprimida ha aprendido a considerar que los acontecimientos son independientes de sus propias acciones.

Cuando un individuo se enfrenta a una situación incontrolable, muestra tres tipos de déficits: 1) Cognitivo, que implica incapacidad para apreciar las relaciones de contingencia entre sus respuestas y los resultados; 2) motivacional, que consiste en el retraso de las respuestas voluntarias; y 3) emocional, quedando perturbado el equilibrio emocional existente y apareciendo indicadores de depresión y ansiedad (Abramson y Seligman, 1978).

La teoría del desamparo aprendido explica estas perturbaciones cognitivas, motivacionales y emocionales, postulando que la exposición a la imposibilidad para controlar la situación presente, genera expectativas de incontrolabilidad en el futuro. Como resultado de estas expectativas se producen los referidos déficits de la sintomatología depresiva.

Las insuficiencias de esta teoría para explicar la depresión llevaron al surgimiento de una revisión de esta a manos de Abramson, Seligman y Teasdale (1978), incluyendo la pérdida de autoestima y la teoría de la atribución como moduladores de las expectativas de incontrolabilidad. El Modelo Revisado del Desamparo Aprendido (RDA) sugiere que la gente se torna desvalida cuando atribuye sus fracasos y otros resultados negativos a causas internas, estables y generales. Algunas de las teorías al respecto se realizaron en universitarios de primer ingreso, examinando sus respuestas a sucesos desagradables que experimentaban al comienzo del ciclo. Quienes atribuyeron sus problemas a causas internas, estables y generales terminaron con menores calificaciones, a pesar del hecho que no dejaron de ser brillantes. Estas calificaciones inferiores se relacionaron con haber respondido de manera pasiva a sus problemas (Peterson y Barret, 1987).

La atribución interna, entendida como autoatribución, tiene efectos en el bienestar psicológico aparte de sus repercusiones en el desamparo aprendido. Una de las aplicaciones del concepto del desamparo aprendido radica en el estudio de la depresión, en un comienzo poniendo acento en la autoatribución para luego ser ampliada a que las personas que hacen atribuciones internas, estables y generales de los fracasos y otros resultados negativos se deprimen.

Las investigaciones en este ámbito apuntan a que estas atribuciones son “depresogénicas”, es decir, que contribuyen al desarrollo de depresión (Horneffer y Fincham, 1996).

Un estudio característico que sustenta el modelo RDA examinó los síntomas depresivos y el estilo de atribución de escolares que fueron estudiados en el curso de un año. Se descubrió que quienes explicaban los acontecimientos negativos en términos de causas internas, estables y generales eran más proclives a mostrar síntomas depresivos durante el año y, también, en alcanzar menores niveles de logro académico (Nolen-Hocksema, Seligman y Girgus, 1986). Otro estudio, con estudiantes universitarios llegó a la conclusión que el ánimo deprimido de los estudiantes se atribuía nada más a las calificaciones; sin embargo, las reacciones depresivas a largo plazo fueron determinadas tanto por las calificaciones como por atribuciones internas, estables y generales (Metalsky, Halberstadt y Abramson, 1987). Un estudio reciente mostró que las personas diagnosticadas con depresión hacen atribuciones pesimistas solo para ellos y no por los hechos positivos o negativos ocurridos a amistades cercanas o a la gente en general. Lo que difiere es su interpretación de la propia conducta y sus resultados (Schlenker y Britt, 1996).

Aunque el modelo revisado del desamparo aprendido tiene este respaldo, ha sufrido ciertas modificaciones. Una de ellas afirma que atribuir los sucesos negativos a causas estables y generales es crucial para generar “desamparo” y, por tanto, depresión, en tanto que atribuirlos también a causas internas añade como secuela una autoestima baja. El argumento sugiere que la depresión se torna más probable cuando los sucesos negativos se consideran importantes (Abramson, Alloy y Metalsky, 1986). Otra adición al modelo indica que la depresión es probable sólo cuando las causas internas, estables y generales de los acontecimientos negativos se consideran también incontrolables (Brown y Siegel, 1988)

La teoría reformulada postula al mismo tiempo que la atribución del desamparo a causas que son relativamente estables, produce expectativas de larga duración de desamparo futuro, mayores que cuando se atribuye a causas menos estables. La atribución a factores estables produce déficits crónicos, lo que implica que en el futuro el individuo volverá a experimentar falta de control ante los sucesos: mientras que las causas inestables producen déficits transitorios. La dimensión estable-inestable es por tanto predictora de la consistencia del desamparo a través del tiempo. Finalmente cuando

los eventos incontrolables son atribuidos a causas globales, se producen déficits cognitivos y motivacionales más generalizados que cuando son atribuidos a causas específicas, los síntomas del desamparo no se generalizarán. Esta tercera dimensión atribucional global-específica determina de igual forma el futuro desamparo.

La nueva visión de la depresión nos muestra que las personas que tienen las expectativas de desamparo y que hacen atribuciones estables, globales e internas del fracaso presentan un mayor riesgo de padecer sintomatología depresiva. También se sugiere que una tendencia a hacer atribuciones externas, inestables y específicas para los acontecimientos positivos aumentaría la aparición de trastornos depresivos.

De las tres dimensiones de la explicación causal, la internalidad sería la causante directa de la pérdida de autoestima, la estabilidad daría lugar a la cronicidad de la depresión, y la globalidad sería la causa de la generalidad de la depresión.

2.4. Apoyo Social

Desde el inicio de la década de los setenta proliferan diversas definiciones de apoyo social. En general, cada autor trabaja con una definición y un instrumento distinto para evaluarlo, lo que dificulta enormemente la labor de síntesis de los diferentes estudios (Gracia, Herrero y Musitu, 1995, citado en Jaguas, 2006).

Los pioneros en el concepto de apoyo social, lo definen como aquellos lazos entre los individuos que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona al promover el dominio emocional, ofrecer consejo y proporcionar retroalimentación sobre la propia identidad y el desempeño. El apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de los sucesos de vida estresantes, tales como el aislamiento social, la depresión, las enfermedades cardiovasculares; es considerado como la información que permite a las personas creer que se preocupan por ellos, les quieren, son estimados, valorados y pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas (Fernández y Manrique-Abril, 2010).

Frey (citado en Fernández y Manrique-Abril, 2010) estableció que apoyo social es un componente de interacción social con la familia, amigos, vecinos y otras personas con quienes se llega a tener contacto personal. Menciona que el apoyo social es definido teóricamente como un intercambio de afecto positivo, un sentido de integración social, interés emocional y ayuda directa o de servicios entre dos personas.

El apoyo social se relaciona con la calidad de vida e incluye el conjunto de funciones instrumentales y expresivas (percibidas o recibidas) proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis (Lin y Ensel, 1989, citado en Gracia, 1997). Las funciones instrumentales hacen referencia a los actos que la persona emprende para lograr objetivos o metas, tales como ayuda en el cuidado del hogar, obtener un préstamo, ayuda en arreglo de algo, ayuda en el cuidado del adulto mayor, entre otros. Las funciones expresivas hacen referencia a las relaciones sociales tanto como un fin en sí mismas, y como un medio por las que el individuo satisface necesidades emocionales y afiliativas, tales como sentirse amado, compartir sentimientos o problemas emocionales, sentirse valorado y aceptado por los demás, resolver frustraciones, entre otros.

2.4.1 Tipos de Apoyo Social

Caplan (1974, citado en García, 2002) realiza la distinción entre el apoyo social percibido (subjetivo) y el apoyo social recibido (objetivo), como dos componentes que revelan lo cognitivo y lo conductual, respectivamente. El apoyo social percibido, se refiere a los recursos, provisiones o transacciones reales de ayuda producidas entre los miembros de una relación, a los cuales la persona puede recurrir en el caso de necesitarlos. El apoyo social recibido, se refiere a la dimensión evaluativa que lleva a cabo la persona acerca de la ayuda con la que cree contar, propone que la verdadera naturaleza del apoyo social se encuentra en los procesos perceptivos de los sujetos implicados; es decir, la previsión de que se obtendrá apoyo llegado el momento, ayuda a enfrentar de forma ventajosa las situaciones difíciles, independientemente de que se acceda o no a los recursos que se crean disponibles. Esta diferenciación llevó a este autor a distinguir entre la transacción y lo transferido, en donde la consideración de lo objetivo y lo subjetivo se refiere a la transacción, y lo tangible o instrumental (dinero, servicios, objetos, etc.) y lo psicológico (pensamientos y emociones esencialmente) a lo transferido. (Ver Figura 1)

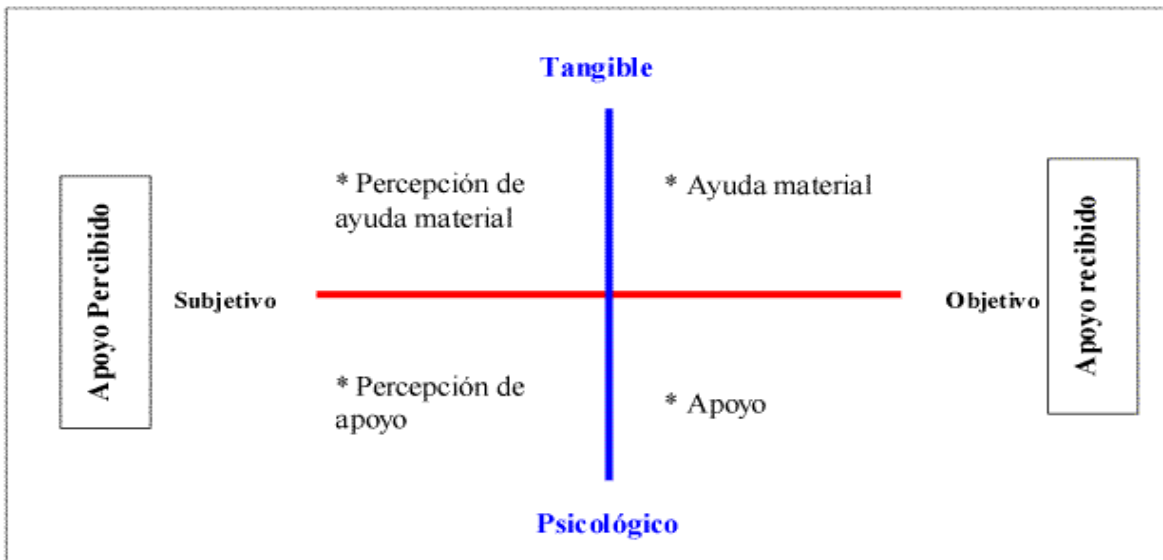


Figura 1: Modelo de Apoyo Social de Caplan. Fuente Caplan (1976, citado en García, 2002)

Considerando los distintos tipos de apoyo social, Veiel (1987) menciona que existen cuatro funciones de apoyo social: psicológico cotidiano, psicológico en crisis, instrumental cotidiano y instrumental en crisis. El apoyo social psicológico cotidiano es aquel que ocurre en la interacción habitual y en la integración de la persona en el ambiente social. El apoyo social psicológico en crisis es aquel en donde la persona se ve afectada por una situación conflictiva o estresante, en donde poco es lo que puede hacer para cambiar el evento en si mismo, pero en las que se necesita una adaptación a la situación crítica. El apoyo social instrumental cotidiano es aquel que entrega acciones de ayuda material o tangible ejercida hacia las personas en situaciones diarias que son convenientes de recibir, pero si llegase a faltar aquellas no traería mayores consecuencias. El apoyo social instrumental en crisis es aquel que requiere esencialmente de asistencia material o tangible en situaciones prototípicas de crisis. Sluzki (1998, citado en Clemente, 2003) define de la misma manera estas funciones de apoyo social, pero los distingue como apoyo psicológico diario, apoyo psicológico de crisis, apoyo instrumental diario, y apoyo instrumental en crisis, respectivamente.

El apoyo social puede tener un efecto directo y un efecto amortiguador. El efecto directo es el principal de apoyo social que sugiere que las personas están protegidas o preparadas positivamente para enfrentarse con un evento estresante por las relaciones de apoyo previas que se poseen antes de que ocurra el hecho que motivó el estrés. La

asociación positiva entre apoyo social y bienestar se atribuye a un efecto beneficioso global del apoyo social; con este efecto directo se espera que, a mayor nivel de apoyo social menos malestar psicológico, y a menor nivel de apoyo social mayor incidencia de trastornos psicológicos. El efecto amortiguador o protector del apoyo social sugiere que las relaciones sociales ayudan a las personas en el afrontamiento de crisis durante y posterior a los eventos; con este efecto amortiguador se espera que, cuando las personas se encuentran expuestas a estresores sociales, éstos tendrán efectos negativos sólo entre los sujetos cuyo nivel de apoyo social sea bajo (García, 2002).

2.4.2 Apoyo social del Adulto Mayor.

Ramos y Salinas (2010) definen el apoyo social en el adulto mayor como “atención y dialogo necesarios para mantener una vida de continuidad personal a partir de un grado mínimo de seguridad y confianza sobre el medio en que se vive”. Ante esto, se considera relevante la intervención psicosocial, como una manera de empoderar este apoyo.

Según Montero (2006), la intervención psicosocial se debe centrar en el acompañamiento que se hace a los sujetos sociales en su proceso de comprensión y transformación de sus realidades, en sus condiciones de vida en concreto y dentro del marco de sus derechos humanos, sociales y ciudadanos. Por tanto, como menciona Blanco (1988, citado en Gracia, 1997), la programación de “sistemas de apoyo comunitario” y el desarrollo y potenciación de redes informales de apoyo pueden considerarse intervenciones proveedoras de apoyo social decisivas para el ajuste psicológico y social del individuo, especialmente en los adultos mayores como parte de la comunidad que se encuentra muchas veces más desasistida, más deprivada y más alejada de los servicios sociales y de salud (atendida ésta como bienestar social y calidad de vida).

Para Gottlieb (1992, citado en Gracia, 1997), las intervenciones basadas en el apoyo social, independiente de la estrategia que se adopte, difieren de otro tipo de intervenciones puesto que su objetivo fundamental es la creación de un proceso de interacción con el entorno social que sea capaz de satisfacer las necesidades psicosociales de las personas; éstas se pueden dar tanto en situaciones cotidianas como en crisis o estrés, en las que el propósito de la intervención es la creación de un proceso

de interacción que optimice el ajuste entre las necesidades psicosociales de la persona (que surgen de las distintas demandas a las que se tiene que hacer frente) y las provisiones sociales y emocionales que se reciben.

La población de la adultez mayor no es un grupo homogéneo, sino que variable a medida que la edad de las personas se incrementa (Rapoport et al, 1977, citado en Gracia, 1997), lo cual no es proporcional a su nivel de capacidad física o intelectual; es decir, no necesariamente tiene mayor deterioro, una persona de más edad en relación con una de menos edad. Sin embargo, inevitablemente se manifestará en algún grado su capacidad funcional deteriorada producto de los años transcurridos, lo cual produce que el adulto mayor empiece a necesitar de mayor apoyo y ayuda para realizar las actividades de la vida cotidiana, cuya dependencia tiene lugar en cuatro áreas: económica, física, mental y social (Blenker, 1977, citado en Gracia, 1997).

Debido al deterioro funcional que padece el adulto mayor producto de los años transcurridos, empieza a depender y apoyarse de un otro para poder desenvolverse mejor; sin embargo, puede presentar dificultades en el acceso a este apoyo y ayuda, debido a que su red social experimenta cambios que se reflejan en una reducción significativa de fuentes de apoyo, como pérdida de relaciones sociales procedentes del ámbito laboral, distancia geográfica de parientes, fallecimiento de miembros de la familia o amistades, entre otros (Salzinger, 1993, citado en Gracia, 1997); esto es lo que, en definitiva, motiva a que la persona anciana sea institucionalizada, cuya población se lidera de mujeres, ya que son ellas las que tienen mayor probabilidad de ser viudas, divorciadas, que vivan solas o padezcan de una enfermedad crónica (Minkler y Stone, 1985; Victor, 1989; Jani-Le Bris, 1993; Restrepo y Rozental, 1994, citado en Gracia, 1997). Por consiguiente, se produce una disminución de dos mecanismos fundamentales determinantes del ajuste psicosocial del adulto mayor, las habilidades de afrontamiento (físicas, emocionales y psicológicas) y la red de apoyo social (Biegel et al, 1984, citado en Gracia, 1997), lo cual hace que su camino posterior este teñido de mucha incertidumbre e impredecibilidad.

No obstante, para la intervención psicosocial, este continuo de pérdidas (tanto de habilidades como de apoyo) y el estrés que le provocan, le constituyen un importante foco de atención, debido a que se les percibe como una población que se encuentra en

desventaja en cuanto a disponibilidad de redes de apoyo social; por lo tanto, esta intervención se intenta interponer de manera mediatizadora en esta situación que genera malestar en la persona anciana producto a las limitaciones y necesidades que presenta, en cuanto a reducción en el futuro del apoyo familiar producto al desborde por estrés que supone su cuidado, fragmentación de los sistemas informales de apoyo en cuanto a la falta de coordinación entre familiares, vecinos y amistades, entre otros., en donde se busca un cambio social realizando una planificación que involucre la participación activa, tanto los adultos mayores como los sistemas informales, generando alternativas de solución que den respuesta a estos problemas que se detectan a través del diagnóstico que realiza el interventor y de la información expresada por las mismas personas (Castro, 2010).

2.5. Soledad

El apoyo de las redes sociales con el sentimiento de ser partícipe de las mismas contribuye al bienestar físico y psicológico, de tal manera que las personas con una escasa red social son propensas a contraer enfermedades y tener sentimientos de soledad.

La Real Academia Española (2001) define soledad como “carencia voluntaria o involuntaria de compañía”, como “pesar y melancolía que se sienten por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o de algo”.

En un estudio realizado por la Universidad de Granada (Rubio y Alexander, 2001, citado en Rubio, 2009), definen este constructo como “Ausencia de personas”, “Sufrimiento”, “No tener a quien acudir”, “Angustia”, “Insatisfacción”, “Miedo”.

La experiencia de soledad es la sensación de no tener el afecto necesario deseado, lo cual produce sufrimiento, desolación, insatisfacción, angustia, entre otros, si bien se puede distinguir entre aislamiento y desolación, es decir, entre la situación de encontrarse en compañía y la conciencia de deseo de la misma, de añorar personas o situaciones (Rubio, 2009).

2.5.1 Soledad Social en el adulto mayor

Si bien se ha intentado entregar una aproximación a la definición de soledad, muchos autores la consideran como multidimensional, en donde se entregan descripciones como sentimiento de desagrado o de duda, un desencuentro entre lo deseado y lo vivido, la falta de intercambio con el otro, la falta de relaciones estrechas donde afloran otras sensaciones como tristeza, miedo, ansiedad, temor, nostalgia; es decir, la soledad puede ser una opción si se quiere reflexionar sobre sí, o una imposición que en la vejez se hace más difícil de sobrellevar (Pérez, 1997, citado en Cardona et al, 2010).

La soledad tiende a mostrar un aspecto negativo en el adulto mayor, ya que se entrelaza con eventos dolorosos, pérdidas y cambios que lo llevan a aislarse y a no encontrarle sentido a la vida, generándoles sentimientos de desamparo e indefensión que puede ser producto a la pérdida de la pareja, el abandono del hogar por parte de los hijos y/ la jubilación (Cardona y Villamil, 2006, citado en Cardona et al, 2010).

Rubio y Rico (2001, citado en Cardona et al, 2010) hacen una distinción entre sentir la soledad y estar solo. Sentir la soledad, es una situación compleja y paradójica, ya que puede ocurrir incluso cuando se encuentre la persona en compañía, que se relaciona a una experiencia subjetiva que se produce cuando no se siente satisfecho o cuando sus relaciones no son suficientes o no son como se esperan que fueran (Bermejo, 2005, citado en Rubio, 2009), lo cual revela la ausencia y la tristeza como un sentimiento interno y doloroso. Estar solo, se relaciona con la carencia de compañía, tanto de contactos sociales como familiares, que en reiteradas ocasiones la persona tiende a buscar como una necesidad de darse un espacio que desean para sí mismo; por tanto, no constituye un problema para las personas.

Iglesias (2003, citado en Cardona et al, 2010) distingue entre soledad objetiva y soledad subjetiva. La soledad objetiva, se refiere a las relaciones débiles que se establecen con los otros, que fomenta la falta de compañía, donde están el 14% de las personas mayores que residen en sus domicilios y que no siempre implica una vivencia desagradable, sino que puede ser una experiencia buscada y enriquecedora, aunque la mayoría de estas personas se han visto obligadas a ello. La soledad subjetiva, se refiere al sentirse solo, mediante un sentimiento doloroso y temido por el 22% de las personas mayores, el cual nunca ha sido una situación buscada.

Weiss y Loneliness (2003, citado en Cardona et al, 2010) distinguen entre soledad emocional y soledad social, en donde la primera se refiere a cuando no se tiene compañía cercana, indicando que los lazos familiares se rompen con el paso del tiempo, y la segunda, a cuando no se tiene con quien compartir, ni sentido de pertenencia a un grupo.

El empobrecimiento progresivo de todos los refuerzos sociales, familiares, culturales, la propia involución, la vulnerabilidad frente a las enfermedades, órganos de los sentidos, funciones intelectuales, entre otros, desencadenan una inestabilidad y sentimientos de indefensión. Ello hace que la experiencia subjetiva de la soledad sea tanto más intensa cuanto más presente este la enfermedad y la necesidad de otros por diferentes límites impuestos por el deterioro que acompaña al envejecimiento.

Por otro lado, la soledad puede tener graves consecuencias negativas para la salud. En nivel psicológico, influye en la baja autoestima, y puede ser la antesala de otros problemas como la depresión con posible acompañamiento de ideas suicidas; la pérdida de la pareja y/o del trabajo, son las que más aumentan la posibilidad de desencadenar depresión. En el nivel social, tiene repercusiones sobre algunas conductas, como el uso de los teléfonos e internet, como una de las formas de mantenerse más en contacto. (Bermejo, 2005, citado en Rubio, 2009).

2.6. Representación Social

La representación social es una guía de acción y marco de lectura de la realidad, significaciones que permiten interpretar el curso de los acontecimientos y las actuaciones sociales. Expresan las relaciones que las personas mantienen con el mundo y con los otros, las que son forjadas en la interacción y el contacto con los discursos que circundan en el espacio público. En consecuencia, las representaciones sociales se enfocan en el conocimiento social, y por eso los procesos de memoria, percepción, obtención de información y de disonancia trabajan juntos para proporcionar el conocimiento real dentro de un contexto social; además, este conocimiento se nutre de valores, historias, mitos, convenciones y símbolos que se adquieren a través de la experiencia directa, principalmente de las relaciones con el grupo de amigos y amigas, los padres y madres, la escuela, las organizaciones, los grupos religiosos, las iglesias, los medios de comunicación y la calle (Vergara, Vélez, Vidarte et al, 2007, citado en Vergara, 2008), lo

que lo hace en muchos aspectos un conocimiento socialmente elaborado y compartido. A la vez, se considera a este conocimiento como práctico, debido a que dominar el entorno, explicar y comprender los hechos e ideas que pueblan el universo de la vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarse respecto a ellas, responder a las preguntas que tiende a plantear el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de la vida, entre otros (Moscovici, 1999).

La noción de representación social desprende dos constelaciones tan banales como necesarias. Por una parte, se define un contenido (informaciones, imágenes, opiniones, actitudes, etc.) que se relaciona con un objeto (un trabajo a realizar, un acontecimiento económico, un personaje social, etc.). Por la otra, es la representación social de un sujeto (individuo, familia, grupo, clase, etc.), en relación con otro sujeto. De esta forma, la representación es tributaria de la posición que ocupan los sujetos en la sociedad, la economía, la cultura. Por tanto, “toda representación social es representación de algo y de alguien”, no es el duplicado de lo real ni de lo ideal, ni la parte subjetiva del objeto, ni la parte objetiva del sujeto, sino que constituye el proceso por el cual se establece su relación con el mundo y con las cosas (Moscovici, 1999)

Para Jodelet (1989, citado en Moscovici, 1999), el concepto de representación social designa una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. La caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación ha de referirse a las condiciones y a los contextos en los que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante a las que circundan y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y con los demás.

EL juego de las relaciones intergrupales determina la dinámica de las relaciones sociales: las interacciones modificando las relaciones que los miembros tienen de sí mismos, del grupo, de los otros grupos y de sus miembros. Estas representaciones permiten regular las relaciones sociales.

Según Moscovici (1999), los procesos a través de los cuales se construyen las representaciones sociales son el anclaje y la objetivación. El anclaje supone un proceso de categorización con el que se clasifica y se le da nombre a las cosas y a las personas, cuyo proceso permite transformar lo desconocido en un sistema de categorías propio de

las personas. La objetivación es un proceso de transformación de entidades abstractas en algo concreto y material, los productos de pensamiento en realidades físicas, los conceptos en imágenes.

A partir de lo anterior, se puede decir que las tres funciones básicas de la representación son: función cognitiva de integración de la novedad, función de interpretación de la realidad, y función de orientación de las conductas y de las relaciones sociales. El proceso de anclaje permite comprender cómo se confiere el significado al objeto representado, cómo se utiliza la representación en tanto que sistema de interpretación del mundo social, marco e instrumento de conducta y cómo se opera su integración dentro de un sistema de recepción y la conversión de los elementos de este último relacionados con la representación (Nieto, Cerezo y Cifuentes, 2006).

Lo que permite clasificar de sociales a las representaciones no son los soportes individuales o grupales, sino el hecho de que sean elaboradas durante los intercambios comunicativos y la interacción de las instituciones.

En el proceso de explicar y comprender las relaciones del hombre con su mundo, se construyen conceptos relacionados con situaciones concretas, tales como las experiencias vitales de bienestar y malestar, procesos de curación, envejecimiento y muerte. Cada una de las formas de vida asumidas y representadas por un grupo social constituyen unidades complejas, sistemas dinámicos de interacción en los que participan los diferentes subsistemas que comporta el sistema social: político, económico, jurídico, cultural y organización social (Nieto, Cerezo y Cifuentes, 2006).

De la cultura, principalmente, es que dependen todo tipo de relaciones dinámicas y variables, por lo que es tanto un proceso histórico de construcción social de un sistema de significados, como el producto que aceptado y asimilado colectivamente por un grupo, interviene en la transformación de su vida cotidiana, le entrega una identidad, determina una forma de vida. La cultura es un sistema simbólico que oscila entre la tradición y la renovación, construido por el hombre en tanto sujeto social y cultural para conocer, interpretar su mundo y desarrollar en él su experiencia vital.

Según Badilla (2006, en Abric, 1994, citado en Becerra y Cabcic, 2007), las representaciones sociales se pueden agrupar en tres grandes categorías: 1) Saber: las representaciones permiten comprender y explicar la realidad, adquirir conocimientos,

integrarlos a un cuadro asimilable y comprensible para el grupo social, y el sentido común, 2) Orientación, las representaciones sociales guían los comportamientos, intervienen de modo directo en la definición de la finalidad de una situación, y 3) Justificación: las representaciones sociales permiten a los sujetos explicar y fundamentar sus comportamientos y tomas de posición ante una situación o con relación a los participantes en ella.

2.7. Cultura Organizacional

El término Cultura Organizacional constituye una importante herramienta de estudio e intervención en la realidad institucional de las organizaciones, pues permite una perspectiva de estudio más profunda para observar la organización posibilitando entender la organización en forma holística, para comprender la importancia de los símbolos y finalmente comprender la relación entre ésta y su entorno (Rodríguez, 2001)

Constituyen usos habituales del término Cultura Organizacional:

- Comportamientos observados de forma regular en la relación entre individuos.
- Normas que se desarrollan en los grupos de trabajo.
- Valores dominantes aceptados por la organización.
- Filosofía que orienta la política de la empresa respecto a sus empleados o clientes.
- Reglas del juego que operan en la empresa.
- Clima laboral

Si bien, todos los sentidos aludidos reflejan la cultura de la organización, ninguno es la esencia de ella. En este sentido, el término "Cultura" debiese reservarse para el nivel más profundo de las presunciones básicas y creencias que comparten los miembros de una organización. (Rodríguez, 2001) Según Demichelli (2009), la "Cultura" se refiere a estructuras más bien invisibles, pero no por ellos menos influyentes en el comportamiento de los individuos y en el funcionamiento global de la organización. (Demichelli, G. 2009)

Estas estructuras o presunciones operan de forma inconsciente y definen la visión que la empresa tiene de sí misma y del entorno. Estas presunciones y creencias son respuestas que el grupo ha aprendido ante sus problemas de subsistencia en el medio externo y ante sus problemas de integración interna. (Rodríguez, 2001)

Es necesario precisar que sostener que la cultura consta sólo de respuestas que han demostrado históricamente su eficiencia, nos puede llevar a pensar que si un determinado rasgo cultural tiene lugar en una organización, es porque es necesario y conveniente, por lo que resultaría altamente inconveniente modificarlo. No obstante la historia del estudio de las culturas está llena de ejemplos que demuestran no sólo lo ineficaz, sino lo dañino de algunas costumbres fuertemente enclavadas en culturas determinadas. (Rodríguez, 2001) En este sentido quizás debiésemos matizar el concepto de “Cultura Organizacional”, señalando que no todo elemento en una cultura organizacional es positivo, ni necesario, ni indispensable. La principal implicancia de lo anterior, es la posibilidad de realizar un análisis crítico de las culturas organizacionales con miras a la proposición de los cambios que estimemos convenientes. De no ser así, caeríamos en la grave contradicción de proponer modos de intervención y cambio de algo que no sería conveniente modificar. (Rodríguez, 2001)

Para los alcances de la presente investigación, Cultura Organizacional se ha definido como el conjunto de premisas básicas sobre las que se construye el decidir organizacional. Dichas premisas aparecen como indecibles e indecididas, es decir, como que si ellas mismas no fueran producto de una decisión. (Rodríguez, 2001) Consecuentemente, estas premisas que constituyen el saber organizacional no sugieren ser fáciles de cambiar deliberadamente, ni tampoco se tiene conciencia clara de la forma en la que cambian a través del tiempo. No obstante, lo cierto es que estas premisas varían conforme la organización va derivando en acoplamiento estructural con su entorno. La cultura organizacional, por consiguiente constituye una expresión del estar de la organización en el mundo. Cambiará, por lo tanto, toda vez que varíe el devenir de la organización en su entorno, cada vez que cambien las interpretaciones que la organización tenga como válidas para este devenir; y también cada vez que se produzca un cambio en los mecanismos autorreflexivos de la organización. (Rodríguez, 2001)

La literatura sugiere un amplio acuerdo en que la Cultura Organizacional se refiere a un particular sistema de significado compartido entre sus miembros, y que distingue a una organización de las otras. Al examinar más de cerca a este sistema de significados compartidos, vemos un conjunto de característica clave que la organización tiene en alta estima. La investigación sugiere las siguientes siete características principales, que, en conjunto, captan la esencia de la cultura de una organización:

- Innovación y asunción de riesgos. Grado hasta el cual se alienta a los empleados a ser innovadores y a asumir riesgos.
- Atención al detalle: Grado hasta donde se espera que los empleados demuestren precisión, análisis y atención al detalle.
- Orientación a los resultados: Grado hasta donde la administración se enfoca en los resultados o consecuencias, más que en las técnicas y procesos utilizados para alcanzarlos.
- Orientación hacia las personas: Grado hasta donde las decisiones administrativas toman en cuenta el efecto de los resultados sobre las personas dentro de la organización.
- Orientación al equipo: Grado hasta donde las actividades del trabajo están organizadas en torno a equipos, en lugar de hacerlo alrededor de los individuos.
- Energía: Grado hasta donde la gente es energética y competitiva, en lugar de calmada.
- Estabilidad: Grado hasta donde las actividades organizacionales prefieren el mantenimiento del statu quo en lugar de insistir en el crecimiento.

Cada una de estas características existe en un continuo de bajo a alto. De modo que la evaluación de la organización a partir de estas siete características permite bosquejar un cuadro integrado de la cultura organizacional. Este cuadro se convierte en la base de la percepción del conocimiento compartido que tienen los miembros respecto de la organización, la forma en cómo se realizan las cosas y la forma como se supone deben comportarse los miembros. En este sentido, la Cultura Organizacional se ocupa de la forma como los empleados perciben las características de la cultura de una organización, independientemente si les agradan o no. Es decir, es un término descriptivo.

2.7.1. Las funciones de la cultura organizacional

Dentro de una organización la cultura desempeña diversas funciones:

- a. Delimitación de límites: Se encarga de crear las diferencias entre una organización y las demás.
- b. Conlleva un sentido de Identidad de los miembros de la organización.
- c. Facilita la generación del compromiso con algo más grande que el interés personal del individuo.

- d. Mejora la estabilidad del sistema social: La cultura es el pegamento social que ayuda a mantener unida a la organización, al proporcionar normas apropiadas sobre lo que deben hacer y decir los empleados.
- e. Constituye un mecanismo de control y de sensatez: Guía las actitudes y el comportamiento de los empleados (Robbins, 1996)

“La cultura es difícil de definir, es intangible, es implícita y se da por establecida. Pero cada organización perfecciona un conjunto central de supuestos, conocimientos y reglas implícitas que gobiernan el comportamiento diario en el lugar de trabajo” (Rodríguez, 2001)

2.7.2. Cultura dominante y subculturas

Se ha establecido que la Cultura Organizacional representa la percepción común que posee los miembros de la organización. Esto se vuelve explícito cuando definimos la Cultura como un sistema de significado compartido. Por tanto, podemos esperar que los individuos con distintos antecedentes o en distintos niveles de la organización tiendan a describir la cultura de la organización en términos similares. Sin embargo, el reconocimiento de que la cultura organizacional tiene propiedades comunes no significa que no puedan existir subculturas dentro de una cultura determinada. La mayoría de las grandes organizaciones tiene una cultura dominante y numerosos conjuntos de subculturas. (Robbins, 1996)

Una “cultura dominante” expresa los valores centrales que comparten la mayoría de los miembros de la organización. Cuando hablamos de la cultura de una organización, nos referimos a su cultura dominante. Esta macrovisión de la cultura es la que le da a la organización su personalidad distintiva. Las subculturas tienden a formarse en las grandes organizaciones para reflejar problemas, situaciones o experiencias comunes que enfrentan los miembros. Es probable que estas subculturas se definan por designaciones departamentales y por separación geográfica. (Rodríguez, 1996) Incluirá los valores centrales de la cultura dominante, más valores adicionales específicos de los miembros del departamento específico. De manera parecida, una oficina o unidad de la organización que está separada físicamente de las operaciones principales de ésta, puede desarrollar una personalidad o cultura diferente.

2.7.3. Culturas fuertes y culturas débiles

Cada vez se populariza más la diferenciación entre las culturas fuertes y las culturas débiles. La razón de esto es que se ha establecido que las culturas fuertes tienen un mayor impacto sobre el comportamiento de los empleados y están relacionadas directamente con una menor rotación de personal. (Rodríguez, 2001)

En una cultura fuerte se sostienen con intensidad y se comparten ampliamente los valores centrales de la organización. (Rodríguez, 2001) Cuántos más miembros aceptan los valores centrales y mayor es su compromiso con los mismos, más fuerte es la cultura. De acuerdo con esta definición, una cultura fuerte tendrá una gran influencia sobre el comportamiento de sus miembros porque la intensidad y el alto grado en que se comparte crea un clima interno de mucho control conductual. (Robbins, 2004)

A pesar de que las culturas corporativas se pueden ver como una serie de valores compartidos por los miembros de una organización, el grado en que los distintos miembros evalúan cada valor así como la proporción en que se acepta el conjunto de valores, no son uniformes. Al observar una organización cualquiera ésta puede exhibir una Cultura Organizacional homogénea o heterogéneamente compartida por los miembros de la organización, de allí se puede inferir que el nivel de compenetración de los miembros del equipo estará afectado por la homogeneidad con que comparten los valores culturales. (Centeno R., Serafin, A. 2006) Luego, el desempeño de un equipo no sólo estará restringido por la predisposición cultural de la empresa a trabajar en proyectos, sino que esa disposición previa debe ser compartida homogéneamente por los miembros para garantizar los mejores resultados posibles del trabajo de un equipo cualquiera. (Centeno, R., Serafín, A. 2006)

2.7.4. La cultura como desventaja

Hasta ahora, se ha destacado que la cultura organizacional mejora el compromiso organizacional e incrementa la consistencia del comportamiento del empleado, con los consecuentes beneficios para la organización. Ahora bien, desde el punto de vista del empleado, la cultura es también sumamente valiosa, puesto que reduce la ambigüedad al indicar el modo en que se hacen las cosas.

Sin embargo, en este momento es menester también tener señalar los aspectos potencialmente disfuncionales de la cultura, en especial una que sea fuerte, sobre la eficacia del funcionamiento organizacional.

a. Barrera al cambio: La cultura es una desventaja cuando los valores compartidos no van de acuerdo con los que harán progresar la eficacia de la organización. Este hecho es particularmente evidente cuando el ambiente de la organización es particularmente dinámico o se encuentra en un período de transición. Para muchas organizaciones con culturas fuertes, las prácticas que llevaron a éxitos anteriores pueden conducir al fracaso cuando estas prácticas ya no se vinculan bien con las necesidades ambientales.

b. Barrera a la diversidad: Las culturas fuertes imponen bastante presión para que se amolden los empleados. Limita los campos de valores y estilos que son aceptables.

c. Barrera a las funciones y adquisiciones: Tradicionalmente, los factores claves que observaba la administración al tomar decisiones de fusión o adquisición estaban relacionados con las ventajas financieras o la sinergia de los productos. Sin embargo, en años recientes, la compatibilidad cultural se ha convertido en la preocupación principal. (Rodríguez, 2001)

3. FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Con el pasar del tiempo, la Psicología se ha ido diversificando en diferentes especialidades como la psicología clínica, educacional y social, y ha ido avanzando de acuerdo al desarrollo de las sociedades y la generación de nuevas necesidades. Es en torno a esta evolución que las escuelas de Psicología, en nuestro país, han ido formando a sus alumnos, entregándoles una de las menciones nombradas con la cual salir al mercado laboral. Sin embargo, el trabajo del psicólogo en la sociedad sigue siendo integral; el profesional debe adecuarse a las necesidades de la institución en la cual trabaja, por lo que muchas veces la formación especializada que se ha recibido por parte del centro educativo se torna insuficiente.

Es por este motivo que se torna atingente la generación de este seminario de título, el cual integra las principales áreas de la psicología, creando un trabajo más cercano a la realidad y a las labores propias de un psicólogo en el mundo laboral. Este seminario se estructura como una instancia complementaria a la formación del psicólogo especializado, entregando herramientas en las menciones en las que no ha profundizado durante su formación académica.

Por otra parte, se considera relevante el considerar la actual realidad sociodemográfica de Chile, como es el envejecimiento de su población, debido a la disminución en la tasa de natalidad y el aumento en las expectativas de vida. Actualmente, no se están generando los suficientes cambios y avances en todos los ámbitos necesarios que se correspondan con el fenómeno del envejecimiento de la población chilena y es por esto, que se tornan necesarias investigaciones del tipo que en este seminario de título se proponen, los cuales exponen puntos relevantes dentro de la población de adultos mayores y se tornan como un aporte para futuras investigaciones que contribuyan a desarrollar cambios en pos de la calidad de vida de este grupo etario.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Describir la representación social del concepto de “adulto mayor” que utilizan, tanto los funcionarios, como los usuarios del Hospital Geriátrico “La Paz de la tarde” de Limache y la relación de ésta con la cultura organizacional de la institución.

4.2. Objetivos específicos

Describir las concordancias y diferencias entre las representaciones sociales del concepto de adulto mayor, que se obtienen en los funcionarios de la institución, así como del propio grupo etario.

Describir la relación entre la cultura organizacional y la representación social de adulto mayor.

Describir la relación entre la representación de adulto mayor y las tasas de depresión descritas por la escala de depresión geriátrica Yesavage y el cuestionario de depresión de Beck.

Describir la relación entre soledad social y las tasas de depresión descritas por la escala de depresión geriátrica Yesavage y el cuestionario de depresión de Beck.

5. HIPÓTESIS

5.1. Hipótesis general

La representación social del concepto de adulto mayor se encontraría relacionada con la cultura organizacional del Hospital Geriátrico “La Paz de la Tarde”.

5.2. Hipótesis específicas

En los adultos mayores, el Locus de control, medido a través de la escala de Rotter, tendería hacia el polo de control externo.

En los adultos mayores, debería existir una relación entre los niveles de apoyo social, soledad social y depresión.

Existirían divergencias entre la representación social de adulto mayor, concebida por los funcionarios del hospital geriátrico y los usuarios de la institución.

6. METODOLOGÍA

6.1. Diseño de investigación

Investigación de tipo **no experimental**, ya que se observa un fenómeno tal y como se da en su contexto natural, para después analizarlo (Hernández, R. 2003). En este tipo de investigación, las variables independientes ya han ocurrido y no es posible manipularlas. Es **transeccional o transversal descriptivo**, pues tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables.

Cuantitativo, ya que se utiliza el diseño para analizar la certeza de las hipótesis formuladas en un contexto específico.

6.2. Muestra

La muestra está compuesta por 46 adultos mayores, 41 sujetos de sexo femenino y 5 de sexo masculino, pertenecientes al centro comunitario del Hospital Geriátrico “La Paz de la Tarde”, bajo los siguientes criterios de inclusión:

Tener 60 años o más.

Ser usuario regular del Hospital Geriátrico “La Paz de la Tarde”.

No padecer demencia en grado severo, según criterio MMSE.

Haber firmado el consentimiento informado de participación en investigación.

Además, la muestra se encuentra compuesta por 60 funcionarios de la misma institución, cuyo requisito de inclusión es mantener contacto con los adultos mayores de la muestra.

6.2.1. Tipo de muestra

Muestra no probabilística de sujetos voluntarios.

6.3. Instrumentos de medición

6.3.1. Selección de instrumentos

Con el fin de llevar a cabo de forma eficiente la investigación propuesta y en concordancia con los objetivos propuestos, se han seleccionado los siguientes instrumentos:

En el área clínica:

- Cuestionario de depresión geriátrica Yesavage (15-GDS)
- Inventario de depresión de Beck
- Mini mental state examination (MMSE)
- Escala de Locus de control de Rotter

En el área social organizacional:

- Escala likert de dimensiones de la cultura organizacional del hospital geriátrico “La paz de la tarde”

En el área social comunitaria:

- Entrevista de Apoyo Social de Manheim (MISS). Adaptación argentina (EMAS)
- Escala de Soledad de Granada. Nueva adaptación española de Escala de Soledad Social de Granada (ESTE II).
- Grupo de discusión con respecto al concepto de adultez mayor.

6.3.2. Construcción de instrumentos

6.3.2.1. Diseño muestral para la construcción de instrumentos

A la fecha de la investigación, el Hospital “La Paz de la Tarde”, contaba con un total de 130 funcionarios, de los cuales, 60 accedieron a contestar la encuesta.

La primera etapa procedimental en el método de investigación, contempla una fase de entrevista semi- estructurada, cuyo objeto fue detectar las principales dimensiones o características que los integrantes del grupo en estudio identifican en relación a los distintos aspectos de Cultura Organizacional de su institución.

En efecto, se realizaron 20 entrevistas a una muestra aleatoria constituida en términos estratificados en tres categorías: funcionarios profesionales, técnicos y administrativos.

Más allá del procedimiento antes descrito y tratándose de una fase cualitativa indagatoria dentro de la metodología global empleada, con esta opción no se buscó “representatividad estadística”, sino por el contrario, éste procedimiento derivó del propósito de tener representación de la diversidad funcionaria sobre la base de la estructura institucional y de las categorías indicadas anteriormente, a modo de acercamiento y exploración a las distintas especificidades que le otorgan un carácter propio e individual al hospital.

6.3.2.1.1. Construcción de escala likert

La segunda fase de este estudio, consistió en la creación de un cuestionario Exploratorio tipo Likert, el cual se desarrolló a partir del análisis de la transcripción de cada una de las entrevistas realizadas. Las transcripciones entregaron aquellos conceptos más recurrentes en el discurso de los funcionarios del hospital, los cuales estaban referidos no sólo a su percepción de las distintas características organizacionales del Hospital, sino que también, a su percepción sobre el concepto de la adultez mayor y el impacto de su trabajo sobre los usuarios pertenecientes a este grupo etario.

Los reactivos de la Escala fueron contruidos a partir de la clasificación de Rodríguez (2001) “Dimensiones comunes de la Cultura Organizacional”. Dicha clasificación especifica 9 factores o dimensiones, que en su conjunto darían cuenta de la

Cultura del Hospital, y que guiaron la creación de las distintas afirmaciones del cuestionario. A excepción claro, de los reactivos que exploraban la percepción de los funcionarios sobre la adultez mayor, los cuales se desprendían del análisis del discurso de los consultados durante la entrevista.

La última fase del procedimiento, consistió en la distribución del Cuestionario de Cultura Organizacional, a los funcionarios del Hospital PAZ DE LA TARDE, los que fueron respondidos por un total de 60 personas. (El % de la población funcionaria de la organización)

Tabla n° 3: Factores de análisis para conformación Escala Likert.

Conocimiento de la orientación de la Institución	Grado en el cual la misión y la visión de la organización es conocida y compartida por los empleados de la misma.
Innovación y asunción de riesgos	Grado hasta el cual se alienta a los empleados a ser innovadores y a asumir riesgos.
Atención al detalle	Grado hasta donde se espera que los empleados demuestren precisión, análisis y atención al detalle.
Orientación a los resultados	Grado hasta donde la administración se enfoca en los resultados o consecuencias, más que en las técnicas y procesos utilizados para alcanzarlos.
Orientación hacia las personas	Grado hasta donde las decisiones administrativas toman en cuenta el efecto de los resultados sobre las personas dentro de la organización.
Orientación hacia el equipo	Grado hasta el cual las actividades del trabajo están organizadas en torno a equipos, en lugar de hacerlo alrededor de los individuos.
Energía	Grado hasta donde la gente es energética y competitiva, en lugar de calmada (referido a la proactividad e iniciativa)
Estabilidad	Grado hasta donde las actividades organizacionales prefieren el mantenimiento del statu quo en lugar de insistir en el crecimiento.

Fuente: Rodríguez, M. (2001). Gestión Organizacional. Elementos para su estudio.

6.3.2.2. Construcción de grupo de discusión

Para la realización del grupo de discusión se estructuró el concepto de adulto mayor, en base a las siguientes dimensiones:

- Redes sociales (¿Cuáles son las personas que más lo acompañan en este momento?)
- Apoyo gubernamental (¿Creen que el Gobierno ha invertido suficientes recursos en los adultos mayores?)
- Proyecciones de vida (¿Tienen metas a futuro?)
- Nivel de actividad (¿Qué actividades realizan actualmente? ¿Se sienten tan activos como antes?)
- Cómo creen que son concebidos por el resto de la sociedad (¿Cómo creen que los ve la sociedad?)

El grupo de discusión se realizó en una sesión de una hora, con dos moderadores y 8 participantes. Inicia con la pregunta base ¿qué es ser adulto mayor?, para proseguir con los tópicos en la medida en que son mencionados por los participantes. Si alguna de las temáticas propuestas no fuese mencionada por los participantes, será propuesto en forma de pregunta directiva por uno de los moderadores.

6.3.3. Propiedades psicométricas

6.3.3.1. Escala de Locus de Control de Rotter (1966), Adaptación Argentina (2009).

El LOC hace referencia a una expectativa generalizada de control sobre los refuerzos, pudiéndose clasificar los sujetos, en función de ésta, en internos o externos (Rotter, 1966, en Linares, 2001). Para medir ésta se utiliza la Escala de Locus de Control de Rotter, que proporciona una medida del LOC percibido en distintas situaciones de la vida cotidiana.

Esta escala fue desarrollada por Rotter en 1966 y la versión española que más suele utilizarse es la de Pérez García (Pérez, 1984). Para realizar la adaptación se llevaron a cabo los procedimientos de traducciones independientes y back translation, lo cual arribó a dos versiones de la escala que fueron aplicadas en un grupo piloto, del cual como resultado se llegó a una versión experimental de la escala, la cual consta de 29 ítems, 23 dirigidos a evaluar expectativas generalizadas de control sobre los refuerzos y 6 ítems distractores dirigidos a hacer más ambiguo el propósito de la prueba, y en conjunto la puntuación obtenida se refiere al grado de externalismo (Pérez, 1984).

Cada ítem se compone de dos frases, una relativa a expectativas de control externo y la otra a las expectativas de control interno, en cada ítem el sujeto debe optar por una de estas frases, al final de la cual se extrae una puntuación total a partir de la suma de los ítems contestados en la dirección externa, por lo que a mayor puntuación en la escala, mayor control externo.

En cuanto a los resultados en torno a la validación de esta escala a la versión argentina se encontró una tendencia a que las mujeres posean un LOC más externo que los varones. También la existencia de diferencias según el nivel de instrucción del entrevistado; a menor nivel de instrucción, los sujetos presentan una mayor externalidad. En cuando a los niveles de autoeficacia y afrontamiento, las personas con un LOC más externo tienen un mejor nivel en estos ámbitos, con una modalidad emocional y conductual de tipo pasivo.

6.3.3.1.1. Validez

A través de la validez de constructo por la medida de adecuación muestral indicó la posibilidad de factorización con un KMO de 0.67_(Brenlla y Vázquez, 2009).

Para evaluar la validez, se calculó a través de la convergencia y divergencia con la escala de afrontamiento y la escala autoeficacia. En relación con la autoeficacia, se obtuvo una correlación negativa de 0.306 con una significación de 0.01, es decir, las personas con un locus de control externo, tienen menor nivel de autoeficacia (Brenlla y Vázquez, 2009)

6.3.3.1.2. Confiabilidad

Desde Rotter (Linares, 2001; Brenlla y Vázquez, 2009) la confiabilidad que tiene el test I-E presenta un Alfa entre 0.69 y 0.76, de acuerdo a los datos en la adaptación original.

En la adaptación para Argentina, que realizaron Brenlla y Vázquez (2009), encontraron una confiabilidad del instrumento a través del análisis de consistencia interna por el índice de Alpha de Cronbach de 0.652, también realizaron al cálculo mediante la fórmula de Kuder Richarson, el cual arrojó un resultado de 0.6468. El Alpha no mejora significativamente con la eliminación de ningún elemento.

6.3.3.2. Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (15-GDS) (1982). Versión Española Abreviada (2002).

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato si-no (Hoyl, 2000), diseñado en su versión original para ser autoadministrado, aunque se admite también la aplicación heteroadministrada.

En 1986, Sheikh y Yesavage (Brink et. al., 1982) desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de la administración. Un puntaje de 5 o más respuestas positivas sugiere depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95% dependiendo de la población estudiada (Hoyl, 2000).

Recientemente se realizó un estudio de la evaluación de la efectividad como instrumento de tamizaje de la versión de 5 ítems de la misma en nuestro país, arrojando niveles aceptables de validez y confiabilidad, demostrando ser efectiva en población clínica ambulatoria, por lo que es ampliamente utilizada en la atención de salud chilena.

Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano.

La adaptación realizada del GDS (GDS-VE) se realizó con el estudio 249 personas mayores de 65 años, con media de edad de 74,3 años, el 67,5% mujeres y un 65% analfabetos o sin estudios. La fiabilidad intraobservador ha sido del 0,95 y la interobservador del 0,65, con una consistencia interna de 0,99. Asimismo, se obtuvo un área bajo la curva de 0,835. La sensibilidad alcanzada ha sido del 81,1% y la especificidad del 76,7% para un punto de corte de 5 o más puntos (Martínez et. al., 2002).

Noventa casos (36,1%) se diagnosticaron de depresión, tras la entrevista psiquiátrica. La puntuación media obtenida en la escala GDS-VE fue de 4,7 (DE: 3,5, rango: 0-14), superior en la mujeres (5,5; DE: 3,6) que en los hombres (2,9; DE: 2,4), sin detectarse diferencias en relación a los grupos de edad ni nivel de estudios (Martínez et. al., 2002).

6.3.3.2.1. Validez

La validez convergente alcanzó un coeficiente de correlación de Spearman de 0,618 ($p < 0,001$) al comparar el GDS-VE con los resultados del cuestionario de Montgomery-Asberg.

En la validez discriminante, que se obtuvo al correlacionar la puntuación del GDS-VE con la obtenida con el SPMSQ-VE, el coeficiente de correlación de Spearman fue de 0,235 ($p < 0,001$).

Los resultados según expresados según la curva ROC del cuestionario validado, obtuvo un área bajo la curva de 0,835 (IC:0,78-0,89), obteniéndose la mejor relación sensibilidad/especificidad para un punto de corte de 5.

Posteriormente se agruparon los casos en función de que presentaran o no algún grado de alteración cognitiva: En el grupo de pacientes con alteración cognitiva (n=57), el área bajo la curva obtenida fue de 0,745 (IC:0,616-0,874).

En el grupo de pacientes sin alteración cognitiva (n=192) el área obtenida fue de 0,865 (IC:0,809-0,921). En ambos casos el punto de corte con mayor área bajo la curva se sitúa en 5.

Al analizar los resultados de cada una de las preguntas de forma aislada, se ha podido observar que las preguntas 3 y 4 son las que obtienen mayor área bajo la curva (0,726 y 0,697 respectivamente), y las de menor área las preguntas 9 y 11 (Martínez et. al., 2002).

6.3.3.2.2. Confiabilidad

La confiabilidad interobservador e intraobservador, medidas a través del índice de Kappa ponderado, obtuvo valores de 0,655 ($p<0,001$) y 0,951 ($p<0,001$) respectivamente, para un punto de corte de 5 o más.

La consistencia interna alcanzó un valor de 0,994 (Martínez et. al., 2002).

6.3.3.3. Inventario de Depresión de Beck.

El inventario de Depresión de Beck es un instrumento de autoinforme ampliamente utilizado en el campo clínico por ser breve y fácil de administrar (Beck, 1974; Beck y Beck, 1974). El IDB consiste de 21 reactivos de selección múltiple sobre una categoría específica de síntomas y signos asociados a la depresión. Cada reactivo consiste de cuatro oraciones autoevaluativas con puntuaciones que fluctúan entre 0 y 3. La puntuación total fluctúa entre 0 y 63.

A mayor la puntuación en el inventario mayor es la sintomatología depresiva. A base de muestras estadounidenses, las puntuaciones pueden ser categorizadas en niveles de depresión: 0-9 estado no depresivo, 10-18 sintomatología depresiva leve, 19-29 moderada y 30-63 severa (Beck y colaboradores, 1988). El IDB pretende identificar niveles de depresión, provee una evaluación inmediata (eje: suicidio), indica cualquier cambio importante en sintomatología y ayuda a evaluar la efectividad de las intervenciones (Beck, 1974; Beck y Beck, 1974).

El IDB está diseñado para medir actitudes y síntomas específicos que son consistentes con las descripciones de la depresión en la literatura psicológica y psiquiátrica, sin reflejar ninguna teoría específica con la relación a la etiología de la depresión (Beck y Beamesderfer, 1974; Lorente, 1988).

Se utilizan diversos criterios para agrupar los reactivos de IDB en categorías de síntomas con el objetivo de establecer la estructura factorial e interna de dicho instrumento y de reconocer diferencias sintomatológicas entre distintos grupos.

Welch, Hall y Walkey (1990), identificaron cuatro categorías de síntomas en su análisis de factores mientras que otros investigadores han encontrado solo tres (Beck y Beamesderfer, 1974; Cambell, Burgees y Finch, 1984). Más recientemente Vázquez y Sanz (1991) encontraron cuatro factores intercorrelacionados (cognoscitivos, anhedonia, síntomas somáticos/energía y pérdida de peso). En resumen, los análisis factoriales sobre el instrumento sugieren que éste posee una estructura multifactorial.

En el estudio original de la construcción de esta medida, Beck y colaboradores (1961) encontraron un índice de confiabilidad de 0.93, determinado a través del método de división en mitades de una muestra de 97 pacientes psiquiátricos. También se han encontrado asociaciones significativas entre el IDB y la evaluación clínica de la depresión (Bumbery, Oliver y McClure, 1978) y se han informado asociaciones significativas entre el IDB y otros instrumentos para evaluar depresión (Davies, Bumows y Payton, 1975). Luego de más de 25 años de investigación con este instrumento, consistentemente se ha informado que posee buenas propiedades psicométricas con muestras anglosanjonas y españolas (Reynolds y Grould, 1981; Gallagher, Nies y Thompson, 1982; Beck, Steer y Garbin, 1988; Vázquez y Sanz, 1991).

6.3.3.3.1. Validez

Los resultados sugieren la presencia de cuatro factores de IDB: actitudes negativas, cognitivo-conductual, biológico y somático. La variabilidad explicada por los cuatro factores fue de 0,49.

En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0.55 y 0.96 (media 0.72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0.55 y 0.73 (Sanz y Vázquez, 1998).

6.3.3.3.2. Confiabilidad

La confiabilidad interna fue evaluada mediante el índice de consistencia Cronbach Alfa, que ofrece información acerca del grado de homogeneidad entre los reactivos que constituyen un instrumento. El índice alfa obtenido para el IDB fue 0.8948. Los valores de la matriz de correlación obtenida entre los reactivos de este instrumento fluctuaron entre 0.03 y 0.50.

Los reactivos que en promedio estuvieron más correlacionados con los demás reactivos del IDB son los siguientes: tristeza (0.48), pesimismo (0.39), sentimientos de fracaso (0.30), sentimientos de culpa (0.33) y autodecepción (0.36).

Su correlación con los otros veinte reactivos del IDB fluctuó entre 0.27 y cero.

6.3.3.4. Entrevista de Apoyo Social de Manheim (MISS) H. O. F. Veiel (1987). Adaptación argentina (EMAS) Carla Sacchi y Maria Cristina Richaud de Minzi (2002)

Posee importantes ventajas para el estudio de las redes de apoyo en la vejez y es en particular útil al ofrecer diferentes niveles de análisis: figuras de apoyo, frecuencia del contacto, tamaño del apoyo, y actitud del entrevistado hacia la búsqueda y recepción del apoyo (Méndez, Tomás, Navarro, 2007). Ofrece una descripción completa de la red social y sus funciones, lo cual es importante para los programas de prevención e intervención. (Sachi, Richard, 2002)

Tal y como describen Badía, Salamero y Alonso (2002), la versión española, está compuesta por 22 preguntas, tanto abiertas como de tipo Lickert, divididas en tres partes. La primera parte explora los tipos de apoyo que quedan definidos desde la perspectiva funcional, analizando las personas que están proporcionando apoyo psicológico o instrumental en situaciones tanto cotidianas como de crisis. La segunda parte, recoge aspectos de la perspectiva estructural, proporcionando información descriptiva y evaluativa acerca de las personas mencionadas en la primera parte y permitiendo una definición más detallada de las fuentes de apoyo y del foco de evaluación, que son elementos descriptivos (frecuencia de contacto, tamaño de red de apoyo, etc.). En la tercera parte se evalúa la actitud del entrevistado hacia la búsqueda y recepción del apoyo social

6.3.3.4.1. Validez

La validez convergente de la MISS se obtuvo a partir de la correlación de sus resultados con los de la Escala de Soledad de UCLA revisada (Russell, Peplau y Cutrona, 1980, citado en Sachi y Richard, 2002), el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) y la Escala de Apoyo Social Percibido (Procidano y Heller, 1983, citado en Sachi y Richard, 2002). Las correlaciones en la muestra de estudiantes fueron bastante bajas: el valor en Satisfacción de la MISS correlacionó con la Escala de Soledad de UCLA en 0,42, con el Inventario de Depresión de Beck en -0,30 o menos (moderado, posiblemente debido a la ausencia de componentes subjetivos evaluativos en la MISS), y en la Escala de Apoyo Social Percibido en 0,35 a 0,52 sustanciales con todas las variables relativas a los parientes, mientras que las relativas a las amistades correlacionaron en 0,00 a 0,19, no resultando significativas.

6.3.3.4.2. Confiabilidad

Este cuestionario arrojó una confiabilidad test- retest de un 0.80, coeficiente que es aceptable en cuanto su estabilidad en los casos de Tamaño de la red, Frecuencia del Contacto y Apoyo Cotidiano, tanto en parientes como en no parientes, y en Apoyo Instrumental frente a la crisis sólo en parientes; en cambio, los coeficientes correspondientes a Apoyo de no parientes frente a la crisis no fueron particularmente satisfactorios y oscilaron entre 0,65 y 0,70. En el caso de los parientes, las correlaciones mostraron una disminución de alrededor 0,20, con la excepción de Apoyo de no parientes frente a la Crisis y Tamaño de la red de parientes, lo que era esperable dado el mayor tiempo transcurrido entre test y retest.

6.3.3.5. Escala de Soledad de Granada (ESTE I) por Ramona Rubio Herrera y Manuel Aleixandre Rico (1999). Nueva adaptación española de Escala de Soledad Social de Granada (ESTE II) por Rubio, Pinel & Rubio (2010)

La Escala de Soledad Social analiza la percepción que tiene el sujeto del contenido social y la vivencia que el mismo experimenta. Es la continuación de la Escala Este I, creada en 1999 por Rubio y Aleixandre (Rubio y Aleixandre, 1999; Rubio, 2000; Rubio y Aleixandre, 2001, citado en Rubio, 2009) a través de un proyecto de investigación con INMERSO, y

recientemente revisada y actualizada. La Escala Este I mide cuatro factores (Soledad Conyugal, Soledad Familiar, Soledad Existencial y Soledad Social), mientras que la Este II se centra en la profundidad en el factor de Soledad Social.

6.3.3.5.1. Validez

Para certificar la validez de este instrumento, se realizó un estudio experimental con 780 mayores de más de 65 años de la provincia de Granada, con quienes se contactó por vía telefónica.

Se realizó un análisis factorial de los componentes principales de la escala mediante la prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de Bartlett. La versión aplicada de la escala constaba de cinco factores teóricos y 17 ítems, pero al haber eliminado dos ítems y tras la extracción de cinco factores, alguno de ellos quedaba conformado sólo por 1 ítem, por lo que se propuso extraer un total de 3 factores, que explicarían el 42,86% de la varianza. Los tres componentes extraídos contienen, en resumen, los siguientes ítems, y podrían denominarse de la siguiente manera:

- Percepción de apoyo social (Factor 1): ítems 1, 5, 6, 8, 9, 10, 11 y 12.
- Uso de nuevas tecnologías (Factor 2): ítems 15, 16 y 17.
- Índice de participación social subjetiva (Factor 3): ítems 4, 7, 13 y 14.

Con esto, la validación de la escala ESTE II mostró su reproductividad con un coeficiente de correlación de Spearman 0.69.

6.3.3.5.2. Confiabilidad

Se analizó la fiabilidad de la escala utilizando el estadístico Alfa de Cronbach como medida de la consistencia interna obteniéndose un coeficiente de 0.66 para los 17 ítems que presenta la escala. Tras el análisis de fiabilidad de todos los ítems de la escala, se establece que el ítem “Es usted quien llama o escribe a otra gente” tiene una correlación de -0,187. Al eliminar este ítem la fiabilidad de la escala aumentó a 0,69. Como el ítem “Suele esperar a que otras personas le llamen o escriban” muestra una correlación -0,096, por lo que también decidió eliminarse, con lo que la fiabilidad de la escala aumentó a 0,72.

La versión final de la escala consta de 15 ítems con un Alfa de Cronbach de 0,72.

6.4. Procedimiento y análisis de datos

El primer contacto con la institución se realizó a través de correo electrónico con la psicóloga a cargo del programa de Salud mental del Hospital Paz de la Tarde, Marcela Cerda.

Cuando se contó con la autorización necesaria para ingresar se efectuó una visita al Hospital para conocer su funcionamiento, la cantidad de profesionales a cargo, las áreas de atención y la posibilidad de contactar a los usuarios. Según esto se estructuró una planificación de visitas en las que pudiéramos integrar nuestra intervención investigativa en las actividades de éstos.

Luego se realizó la gestión de la reunión informativa a los usuarios, con la encargada del Centro Comunitario del Adulto Mayor del Hospital de la tarde, quien informó de las posibilidades horarias y de espacio.

El primer encuentro con los usuarios del Centro Comunitario del Adulto Mayor del Hospital de la tarde consistió en la explicación del propósito de la investigación, la entrega de los consentimientos informados y la información respecto a los instrumentos a aplicar. Debido a la cantidad de personas que lo integraban, se organizó una división en la cual, cada uno de los cinco examinadores evaluaba a tres personas por sesión, una vez a la semana hasta alcanzar la totalidad de usuarios disponibles. Una vez finalizadas el período de evaluaciones, se realizó un grupo de discusión con 8 voluntarios del grupo, con la finalidad de realizar un análisis de discurso.

Paralelamente a la evaluación de usuarios, se realizaron las gestiones necesarias para hacer la entrevista semi-estructurada a los funcionarios, para indagar los constructos necesarios para la realización de la escala Likert de Cultura Organizacional. Cuando fue posible tener acceso, los examinadores realizaron las entrevistas mencionadas, para luego transcribirlas y establecer las categorías relevantes para la construcción de la Escala Likert de Cultura Organizacional; aplicándosela a los funcionarios dispuestos a contestarlas.

De los datos obtenidos se realizó el análisis a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 20.

7. Resultados y conclusiones

7.1. Resultados análisis de entrevistas a funcionarios

La transcripción completa de las entrevistas realizadas a los distintos funcionarios del Hospital Geriátrico, tanto profesionales como no profesionales, nos permitió un primer acercamiento sobre aquellos aspectos característicos del actuar institucional; particularmente aquellos vinculados a la labor clínica y la atención con el adulto mayor, aspectos que en su conjunto, constituirían la génesis, de los reactivos que se diseñarían e incorporarían en el Cuestionario Likert, parte de la segunda fase metodológica.

Tal como se detalló con anterioridad, el Análisis del Contenido del discurso de los funcionarios, fue realizado a través del software *Atlas Ti v5.0*, programa profesional utilizado para análisis cualitativo de datos.

La codificación y el posterior análisis de las transcripciones de cada uno de los archivos de trabajo, correspondientes a las compilaciones de las entrevistas, arrojaron un total de 230 unidades de análisis, correspondientes a frases, oraciones o pequeños párrafos del discurso de los funcionarios referidos al desarrollo o conclusión de alguna idea relacionada con algún aspecto de la Institución que a juicio de los entrevistados, resultase interesante de destacar durante la entrevista.

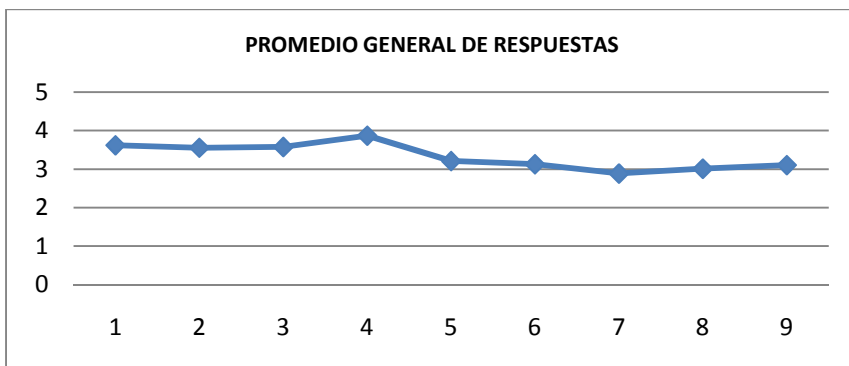
7.1.2. Resultados análisis escala psicométrica likert para medir aspectos de la cultura organizacional en Hospital Geriátrico “La Paz de la Tarde”.

A partir de la aplicación de la Escala Psicométrica fue posible precisar aquellos puntos de acuerdo entre las percepciones individuales de cada funcionario entrevistado, que emergieron durante la Fase de Análisis de Contenido del discurso realizada previamente.

En el análisis de la Escala Likert, se optó por considerar la sumatoria de cada uno de los ítems, de manera de contar con un mejor reflejo de las diferencias individuales, y establecer así, una clasificación en función de la medida en que aumenta la varianza de cada uno de ellos, respecto al promedio general.

El gráfico n° 1 expone cada uno de las Dimensiones de Cultura Organizacional tratadas en este estudio junto al promedio de sus afirmaciones constituyentes.

Gráfico n° 2: Dimensiones escala Likert



En el eje X se encuentran cada una de las 9 Dimensiones de CO exploradas en el Cuestionario. En el eje Y se detalla el continuo de 1 a 5 que representa la variación desde una posición de Total Desacuerdo al Completo Acuerdo

Tal como puede apreciarse, la media de los promedios de cada una de las dimensiones corresponde a 3.59.

A continuación, se detallan en función de su dimensión correspondiente, aquellos reactivos cuya calificación, se encuentra sobre o bajo el promedio de respuestas (3.59) señalando puntos de gran acuerdo o gran desacuerdo con la afirmación respectivamente.

a. Objetivos de la Institución.

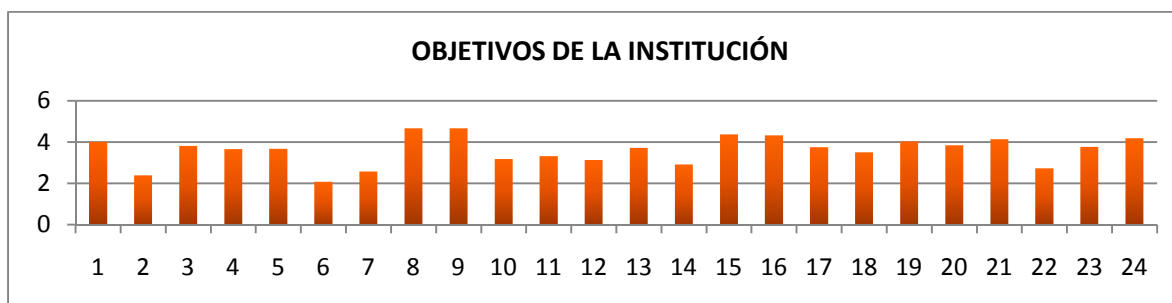
En esta dimensión, las afirmaciones que alcanzan un mayor nivel de acuerdo, entendido esto como un mayor número de respuestas: “Muy de Acuerdo” o “Acuerdo” corresponden a:

	PROMEDIO
La tarea de mejorar la calidad de vida del adulto mayor, es tarea de todos.	4,69
Hacen falta más hospitales como éste.	4,69
El trato al adulto mayor se hace desde el respeto y el afecto.	4,38
Podríamos decir que el objetivo siempre es: lograr la rehabilitación integral de los pacientes	4,35

Por otra parte, las afirmaciones que en consenso, generan un menor nivel de acuerdo, entendiendo este, como un mayor número de respuestas: “En desacuerdo” o “Muy en desacuerdo” corresponden a:

	PROMEDIO
La medicina no sólo puede ser medicación farmacológica	2,10
El hospital se enfoca exclusivamente en la recuperación física de los pacientes internos	2,40
Las prioridades de la dirección, son las prioridades de todo el hospital.	2,59
Las intervenciones se realizan más en función a los objetivos del hospital, que a las necesidades de los pacientes.	2,75

Gráfico n°3: Detalle promedios ítems objetivos de la institución



b. Atención al detalle.

En esta dimensión, las afirmaciones que alcanzan un mayor nivel de acuerdo, entendido esto como un mayor número de respuestas: “Muy de Acuerdo” o “Acuerdo” corresponden a:

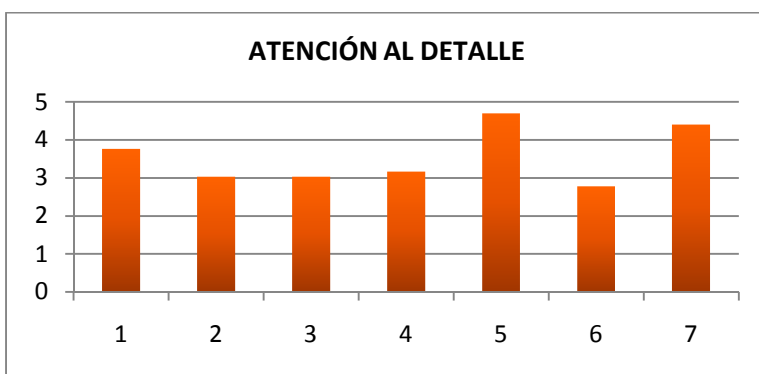
	PROMEDIO
Me preocupo de prestar el máximo de atención posible a mi trabajo	4,70
Las instancias de reunión de equipo son esenciales para la atención de los pacientes.	4,41

Pareciera ser que estamos haciendo las cosas bien	3,77
---	-------------

Por otra parte, las afirmaciones que en consenso, generan un menor nivel de acuerdo, entendiendo este, como un mayor número de respuestas: “En desacuerdo” o “Muy en desacuerdo” corresponden a:

	PROMEDIO
En el hospital se ha mantenido una forma de organización que percibo funcional y que no cambiaría.	2,78

Gráfico n° 4: Detalle promedios ítems atención al detalle



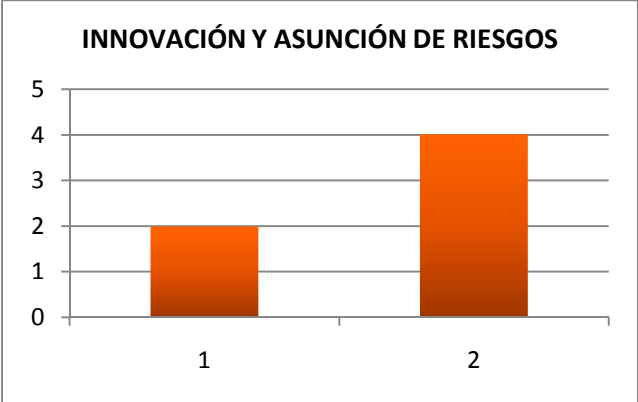
c. Innovación y Asunción de riesgos.

En esta dimensión, las afirmaciones que alcanzan un mayor nivel de acuerdo, entendido esto como un mayor número de respuestas: “Muy de Acuerdo” o “Acuerdo” corresponden a:

	PROMEDIO
De ser necesario, busco soluciones más allá de mis labores clínica, en respuesta al requerimiento de un usuario.	4,02

En esta dimensión, no aparecen afirmaciones que en consenso, generen un nivel de desacuerdo, bajo el promedio general de las respuestas encontradas.

Gráfico n° 5: Detalle promedios ítems innovación y asunción de riesgos



d. Orientación a los resultados.

En esta dimensión, las afirmaciones que alcanzan un mayor nivel de acuerdo, entendido esto como un mayor número de respuestas: “Muy de Acuerdo” o “Acuerdo” corresponden a:

	PROMEDIO
El grado de satisfacción de los usuarios es bastante alto	4,42

En esta dimensión, no aparecen afirmaciones que en consenso, generen un nivel de desacuerdo, bajo el promedio general de las respuestas encontradas.

Gráfico n° 6: Detalle promedios ítems orientación a los resultados



e. Orientación hacia las personas.

En esta dimensión, las afirmaciones que alcanzan un mayor nivel de acuerdo, entendido esto como un mayor número de respuestas: “Muy de Acuerdo” o “Acuerdo” corresponden a:

	PROMEDIO
Cuando tengo una duda, sé a quién dirigirme	4,27
En realidad, no creo que mi opinión sea valorada en mi trabajo	4,22
En general, las decisiones son consensuadas antes que impuestas	3,90

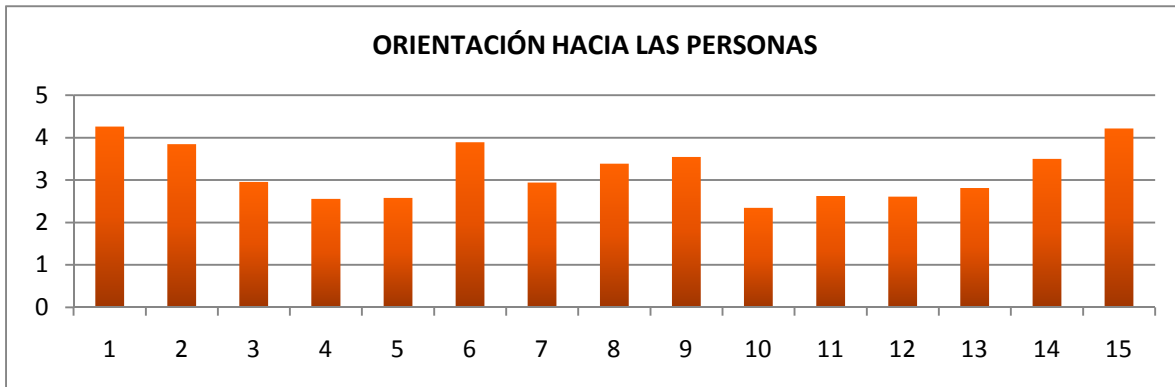
Por otra parte, las afirmaciones que en consenso, generan un menor nivel de acuerdo, entendiendo este, como un mayor número de respuestas: “En desacuerdo” o “Muy en desacuerdo” corresponden a:

	PROMEDIO
Mi opinión es considerada en caso de existir un cambio importante en la institución.	2,35
Siempre es necesaria la presencia de un líder involucrado directamente con el trabajo clínico.	2,56

Las críticas desde la dirección suelen ser constructivas y siempre en un marco de respeto.

2,59

Gráfico n°7: Detalle promedios ítems orientación hacia las personas



f. Orientación al equipo:

En esta dimensión, las afirmaciones que alcanzan un mayor nivel de acuerdo, entendido esto como un mayor número de respuestas: “Muy de Acuerdo” o “Acuerdo” corresponden a:

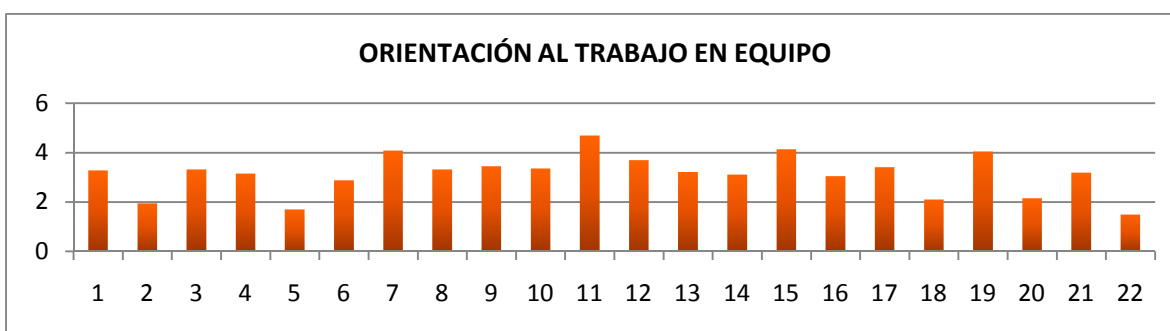
	PROMEDIO
La comunicación entre el personal es tremendamente necesaria.	4,70
Estoy abierto a críticas constructivas en mi trabajo por parte de mis compañeros	4,14
A mis compañeros no les agrada trabajar conmigo	4,08
Los casos que van ingresando son analizados por todo el equipo	4,05

Por otra parte, las afirmaciones que en consenso, generan un menor nivel de acuerdo, entendiendo este, como un mayor número de respuestas: “En desacuerdo” o “Muy en desacuerdo” corresponden a:

PROMEDIO

Sólo me relaciono con funcionarios con el mismo cargo o grado que el mío	1,70
Creo que mi trabajo no sería posible sin la colaboración de mis compañeros de trabajo	1,95
Si no existe integración entre los funcionarios, la motivación por el trabajo decae	1,49

Gráfico n° 8: Detalle promedios ítems orientación hacia el equipo



g. Energía:

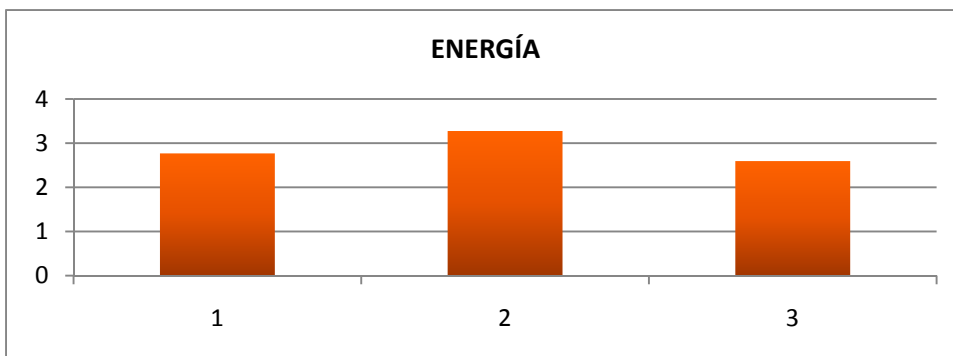
En esta dimensión, las afirmaciones que alcanzan un mayor nivel de acuerdo, entendido esto como un mayor número de respuestas: “Muy de Acuerdo” o “Acuerdo” corresponden a:

	Promedio
Existe en el hospital un ambiente general de colaboración.	3,70

Por otra parte, las afirmaciones que en consenso, generan un menor nivel de acuerdo, entendiendo este, como un mayor número de respuestas: “En desacuerdo” o “Muy en desacuerdo” corresponden a:

	PROMEDIO
Me parece sentir competencia más que apoyo por parte de mis compañeros.	2,78
Percibo cierta competitividad entre mis compañeros de servicio	2,60

Gráfico n° 9: Detalle promedios ítems energía



f. Estabilidad:

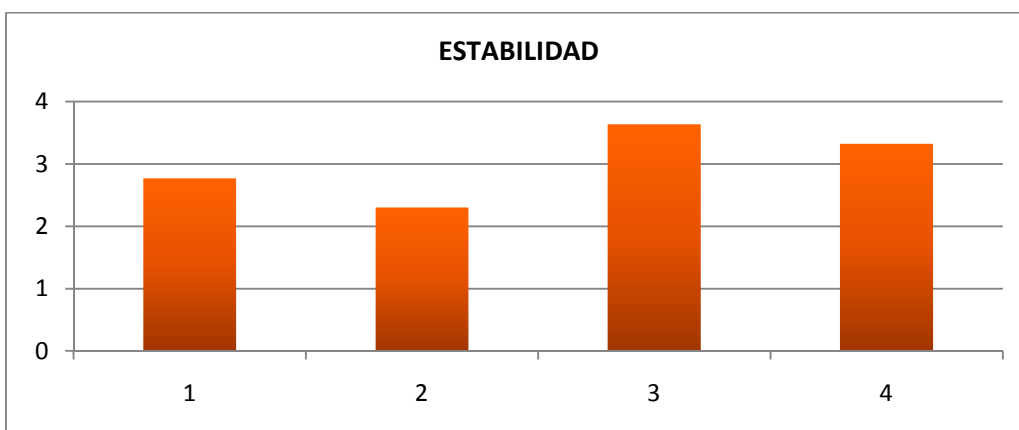
En esta dimensión, las afirmaciones que alcanzan un mayor nivel de acuerdo, entendido esto como un mayor número de respuestas: “Muy de Acuerdo” o “Acuerdo” corresponden a:

	PROMEDIO
Los cambios en la dirección siempre traen consigo, incertidumbre y preocupación	3,64

Por otra parte, las afirmaciones que en consenso, generan un menor nivel de acuerdo, entendiendo este, como un mayor número de respuestas: “En desacuerdo” o “Muy en desacuerdo” corresponden a:

	PROMEDIO
Suelo sentir incertidumbre sobre mi futuro en la institución	2,78
Las cosas en el trabajo se han mantenido iguales desde que entré a trabajar aquí	2,31

Gráfico n° 10: Detalle promedios ítem estabilidad



g. Adultez Mayor:

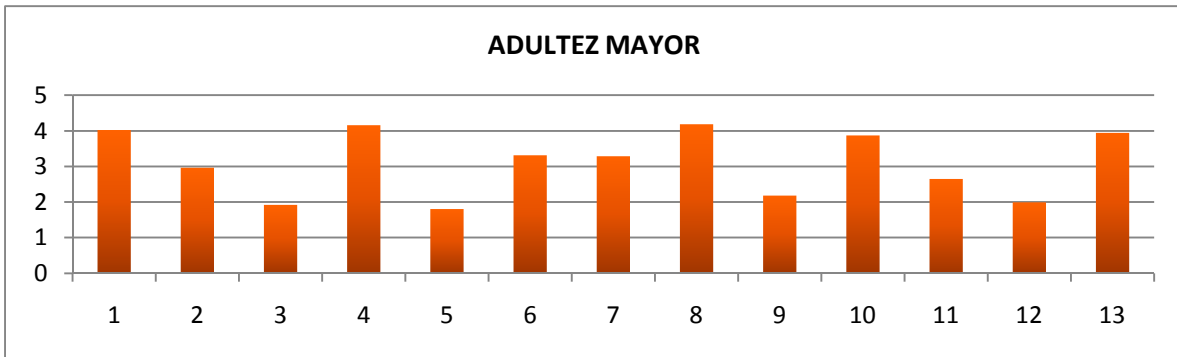
En esta dimensión, las afirmaciones que alcanzan un mayor nivel de acuerdo, entendido esto como un mayor número de respuestas: “Muy de Acuerdo” o “Acuerdo” corresponden a:

	PROMEDIO
La mayoría de los adultos mayores del hospital tienen un pronóstico desalentador	4,19
Creo que de aquí a algunos años, el trato al adulto mayor será mejor	4,17
La población mayor del hospital es bastante heterogénea	4,04

Por otra parte, las afirmaciones que en consenso, generan un menor nivel de acuerdo, entendiendo este, como un mayor número de respuestas: “En desacuerdo” o “Muy en desacuerdo” corresponden a:

	PROMEDIO
Tengo pánico de envejecer	2,19
Francamente, quisiera morir, antes que ser viejo	2,00
Ser viejo es atroz	1,93
En el fondo todos los abuelitos son iguales	1,81

Grafico n° 11: Detalle promedios ítem adultez mayor



7.2. Conclusiones

A partir de la investigación realizada, es posible extraer las siguientes conclusiones:

Es posible apreciar una relación directa entre funcionamiento cognitivo y sentimiento de soledad social, en donde se revelaría que estos adultos mayores presentan capacidades que posibilitan su integración al entorno, lo cual ayuda a la consecución de los objetivos que cada uno propone para sus vidas. Sin embargo, dentro del logro de estos objetivos, toman importancia los cambios sociales que deben experimentar estas personas, en cuanto a las nuevas tecnologías, las nuevas constituciones familiares, las nuevas costumbres, el nido vacío, la jubilación, etc. junto a los cambios físicos, sociales y económicos que se asocian a mayores esfuerzos por parte de ellos en lo referente a su adaptación, para así sentirse considerados, tanto por sus familias como por la sociedad en general. Al tener su capacidad cognitiva más alta, son capaces de percibir con mayor claridad estos cambios sociales que ocurren a su alrededor, lo que explicaría la relación descrita en un principio.

Frente a esto, los adultos mayores podrían estar sintiendo soledad social, al no ser suficiente la relación con sus generaciones descendientes más cercanas, dentro de las cuales serían los nietos –líderes de su centro de atención- los que tienden a adaptarse más fácilmente a los diversos cambios que impone la sociedad, incorporando a los padres y el resto de generaciones a lo mismo, lo que estaría estableciendo cierta brecha diferencial en sus maneras de interactuar con sus abuelos, prefiriendo éstos buscar sus propios espacios de esparcimientos con características similares a ellos -como unirse al policlínico del hospital geriátrico, a la iglesia, a los centros de madres, a las asociaciones de jubilados y montepiados, entre otros-, que les permite sentirse acogidos y útiles, compartir estilos de vida y, especialmente, sobrellevar los sentimientos negativos hacia los cambios que le están aconteciendo (que no le permiten tener equidad en la relación con sus significativos), promoviendo así un envejecimiento más activo.

Por otra parte, se pudo apreciar una relación directa entre sentimientos de soledad social con depresión en cuanto a la evaluación del estado afectivo de los adultos mayores de esta investigación. Estos adultos mayores se encuentran en una etapa de vida de constantes cambios importantes, que de una u otra forma están afectando su estado afectivo, dentro de los que se pueden mencionar pérdida del cónyuge, problemas de salud, jubilación, entre otros, que podrían estar ocasionándoles sintomatología depresiva.

En consecuencia, estos cambios influyen de manera importante en la forma que tienen de afrontar el mundo, sintiéndose inútiles e insatisfechos con lo que pueden aportar.

La depresión en estos adultos mayores podría generar sentimientos de soledad, en especial, soledad social, posiblemente producto a la sensación de insatisfacción que tienen frente a la vida que están llevando, en donde sus ciertas incapacidades físicas no les permiten ser funcionales como antes, siendo en ocasiones hasta dependientes de sus generaciones descendientes, lo que les puede estar causando baja autoestima y desánimo por la vida al percibirse como una preocupación para su entorno que antes no se contemplaba, situación por la que tienden a aislarse o buscar nuevos espacios de interacción para poder distraerse, ya que en esta instancia de la vida han perdido aquellas redes que solían participar.

También es posible concluir a partir de los datos existentes, la relación inversa a la anteriormente expuesta; es decir, la percepción de soledad social podría producir sintomatología depresiva. La etapa de la vida que se encuentran viviendo los adultos mayores, se ve envuelta por los cambios anteriormente expuestos, por lo que la percepción de soledad social en este grupo etario es alta; al no sentirse adaptados e incorporados a la sociedad que los rodea, se generaría sintomatología depresiva.

Estas conclusiones son también avaladas por la relación entre la escala de soledad y el cuestionario de Beck, en la cual se observa el mismo tipo de relación entre soledad y depresión.

Teniendo en cuenta que la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage mide depresión en adultos mayores, los resultados de ésta escala se elevan en el mismo sentido que la Escala de Locus de Control de Rotter, posiblemente esto se deba a que, según algunas teorías cognitivistas, la depresión considera un defecto en la aplicación de un sesgo en el que la persona tendería a hacer atribuciones externas cuando las cosas le van bien, y atribuciones internas cuando le van mal (Ibañez, 2004).

En un contexto natural, con un fuerte énfasis en las variables históricas y lingüísticas de las explicaciones que damos de la conducta de otros y de nuestra propia conducta, se ha demostrado que las atribuciones son mecanismos sociales compartidos que se conforman sobre la base de una determinada ideología social, que considera a los individuos como únicos y últimos responsables de sus actos y que hace de esta

interpretación una justificación para el mantenimiento de relaciones sociales injustas, es decir, la atribución que realiza está directamente relacionada con el mundo social de la persona. El mundo de una persona con depresión tiende a caracterizarse por una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Beck, 1979 citado por De Grado, 1997). Cuando una persona sufre de depresión generalmente sus diferentes áreas de funcionamiento, tales como su vida laboral, afectiva, relacional y personal, se ven alteradas negativamente ya que la persona pierde el interés en las actividades que realiza diariamente.

Esto hace que la dirección de ambas tienda a comprometerse; ambos elementos están profundamente relacionados, y la existencia de uno hace inmensamente probable la aparición del siguiente, como parte de sus características principales, aunque no exista una claridad en cual origina el otro.

Se concluye también que la relación existente entre la sintomatología depresiva y los trastornos cognoscitivos puede ser múltiple, entre ellas existe tanto que, los síntomas afectivos sean los primeros síntomas de una demencia, que los síntomas afectivos sean un síntoma más largo de la evolución de una demencia, bien de forma reactiva o como complicación evolutiva de la misma, que las alteraciones cognoscitivas sean una manifestación de un proceso psiquiátrico, que estas alteraciones cognoscitivas se pueden manifestar simulando inicialmente un trastorno afectivo, y que los síntomas afectivos se pueden manifestar simulando una demencia.

Teniendo en cuenta las posibilidades expresadas, el elemento cognitivo y afectivo está estrechamente involucrado en el adulto mayor e influye indudablemente en el desarrollo de su calidad de vida.

La alta puntuación en la escala Minimental, denota un bajo deterioro de las funciones cognitivas y por tanto, un adecuado funcionamiento de estas según su edad; una alta puntuación en la Escala de Depresión Beck indica la presencia de sintomatología depresiva, colindando con los criterios necesarios para establecer los marcos de una pseudemencia.

A pesar de esto, existe una alta discusión bibliográfica en torno a la utilidad de la psicometría en el diagnóstico de la pseudodemencia, sugiriéndose que el pseudodemente

conserva las funciones como la repetición, el cálculo, la comprensión del lenguaje y las funciones prácticas, mientras que en el demente se encuentran perturbadas.

En la práctica, sin embargo, la psicometría es de poca utilidad, principalmente en los cuadros más graves en los cuales el déficit cognitivo y las alteraciones del comportamiento y de las relaciones del pseudodemente son tan intensos que impiden evaluar las funciones cognitivas con pruebas normalizadas (Perez, 2001).

A partir del análisis de discurso del grupo de discusión realizado a los adultos mayores posible concluir que los elementos reunidos integran una visión más bien proactiva en torno al adulto mayor, donde existe una búsqueda activa de espacios de desarrollo tanto emocional como funcional, constituyéndose desde las posibilidades físicas, y no desde la negatividad hacia la sociedad.

En general, prevalece el descontento con el aparato gubernamental al no recibir un apoyo desde las redes terciarias para poder seguir abriendo y avanzando en la incorporación activa de éstos.

Además, las redes sociales en las que participan les ayudan a tener un envejecimiento más activo, fomentándoles motivación por interactuar con más personas que se encuentran situadas en sus mismos estilos de vida, evitando así disminuir la apreciación de sí mismo.

El análisis de las entrevistas realizadas al personal del Hospital, así como de la tabulación de los resultados entregados por la Escala Psicométrica Likert, nos ha permitido configurar un primer acercamiento a la realidad institucional del Hospital Geriátrico “La Paz de la Tarde”. Este acercamiento preliminar ha sido construido a partir de la representación de la cultura organizacional por parte de los funcionarios de la organización y su relación con la representación que los mismos poseen sobre la adultez mayor; representación generada y reforzada a través de su interacción con esta población, bajo los esquemas de trabajo y de relación propios del Hospital.

Los principales hallazgos que se desprenden del análisis y la integración de las diversas fases del trabajo son los siguientes:

Existe entre los funcionarios entrevistados un conocimiento compartido respecto de los objetivos que la organización persigue, particularmente en lo referido al

cumplimiento de la Misión y la Visión Institucional, su relación con la atención integral del adulto mayor; sello distintivo del hospital, así como de la responsabilidad de todos de llevar dichos objetivos a cabo. En relación al punto anterior, adquiere especial recurrencia en el discurso, la idea de trabajo integral en la atención clínica. En el cuál, la atención hospitalaria busca el cumplimiento de las distintas necesidades de los pacientes, más allá de la problemática que originó su ingreso al sistema, a través de la movilización de recursos humanos y materiales que permitan la entrega de soluciones completas enfocadas en las características y demandas particulares del usuario.

Precisamente en la búsqueda de esta atención integral, el discurso refiere la disposición del hospital al trabajo sinérgico, mediante la colaboración entre funcionarios de distintas áreas y especialidades. La retroalimentación entre colaboradores es vista como una instancia tremendamente necesaria y fundamental en el desarrollo del trabajo institucional. Por otra parte, la comunicación permanente; tanto vertical como horizontalmente, es considerada un valor esencial y la vía hacia la interdisciplinariedad y el trabajo colaborativo entre funcionarios. Sin embargo, existe recurrencia en la percepción de subestimación por parte de la dirección sobre las inquietudes del resto de los funcionarios y de la escasa participación de estos últimos en las decisiones definitivas del hospital.

Se sugiere una gran influencia de la dirección del hospital en la actividad de los demás funcionarios, siendo percibida como un elemento motivador y conductor del quehacer institucional.

Existe una reivindicación de la adultez mayor como etapa de la vida, que no debe entenderse necesariamente, como período de privaciones y dificultades, sino por el contrario, como una etapa de continuo crecimiento y enriquecimiento personal. Se deriva la responsabilidad de entregar un servicio sanitario que permita a los usuarios del sistema recuperar o potenciar su autovalencia y funcionalidad, más allá de la atención en la minusvalía específica que genera su ingreso a la institución. Se reconoce a los adultos mayores como grupo heterogéneo, con individuos que poseen inquietudes y necesidades, tanto físicas como psicológicas diferenciadas, y que por tanto, requieren de una atención apropiada a estos requerimientos, y que se constituya más allá de los estereotipos prevalecientes en la sociedad que encapsulan al adulto mayor como un ser dependiente y disfuncional.

La dificultad de lograr una real reinserción del adulto mayor, es entendida a partir de las carencias de oportunidades a nivel social, que disminuirían y en algunos casos, incluso anularían los esfuerzos y avances logrados mediante la intervención realizada por el equipo del hospital. Lo anterior, reflejado principalmente en el elevado número de reingreso de casos que presenta la institución.

No obstante lo anterior, existe en el ideario colectivo del hospital, la noción de un futuro más alentador, que brinde mayores oportunidades a nivel social y sanitario. Sobre todo considerando el fenómeno social de envejecimiento de la población que se desarrolla en nuestro país. La noción que prevalece en los funcionarios entrevistados, refiere un profunda convencimiento en la importancia su trabajo y en el actuar mismo del hospital, como institución sanitaria y social. La búsqueda de la entrega de una atención integral de calidad, como sello distintivo de la institución, refuerza el trabajo en equipo y la colaboración sinérgica entre los equipos de trabajo. Asimismo, la percepción del adulto mayor como un individuo lleno de potencial y capacidades, más allá de sus minusvalías particulares, genera el convencimiento en los funcionarios y en la institución misma, de entregar un trato hacia el adulto mayor desde el respeto y la comprensión.

A partir de estas conclusiones es posible determinar que la representación social del adulto mayor tiende a converger entre la visión de los funcionarios y usuarios del Hospital Geriátrico “La Paz de la Tarde”. Dicha representación está asociada a una etapa donde se sigue siendo activo, aunque las actividades diarias cambian desde el foco del trabajo y la mantención del hogar, hacia la socialización y el desarrollo personal. El adulto mayor es concebido como desprotegido socialmente, ya que las políticas de Gobierno se tornan, según lo percibido, como insuficientes para cubrir las actuales necesidades del grupo etario.

Un punto también relevante dentro de la representación social recabada, es la heterogeneidad del grupo de adultos mayores; se rechaza la concepción de que “todos los adultos mayores son iguales” y se defiende la postura de que cada miembro de este grupo es un ser humano único, el cual tiene necesidades que han de ser atendidas de manera particular y que deben ser los servicios públicos de salud quienes deben cubrir, en parte, estos puntos, sin olvidar que la otra parte debe ser entregada por las redes sociales directas de cada persona, en este caso la familia o los amigos. Usuarios y

funcionarios reconocen que en este último punto aun existen muchas falencias y que en ocasiones los esfuerzos por parte de la institución se tornan insuficientes.

8. Discusión

Como hemos mencionado a lo largo de esta investigación, aun existen pocos programas o instituciones que se preocupen de la problemática del adulto mayor. Sin embargo, se han impulsado propuestas para trabajar en esta temática, como el centro donde hemos llevado a cabo este seminario, los que han buscado la reinserción y la rehabilitación integral del adulto mayor y aunque han logrado algunos de los objetivos propuestos como entidad, han presentado algunas dificultades en esta reintegración, dadas principalmente por la falta de ecología que tiene el método de trabajo de la institución; si bien los adultos mayores encuentran un punto de encuentro, socialización e integración social, este se extiende solo por el tiempo en que permanecen dentro del centro comunitario, por lo que, al regresar a sus hogares se sigue perpetuando las dinámicas de soledad o abandono que se intentan precisamente disminuir. A través de las entrevistas y pruebas aplicadas a esta muestra, se hicieron patentes los puntos anteriormente expuestos y cabe dejar abierto el debate acerca de cuál es la mejor manera de prevenir la reinternación de los adultos mayores al hospital geriátrico, ¿Se trata precisamente de entregarles un lugar comunitario donde se puedan reunir? ¿Se debe seguir interviniendo de esta forma o es preciso generar cambios desde la raíz en la intervención hacia los adultos mayores?

La investigación que hemos llevado a cabo con en este grupo, es reflejo de un fenómeno que se ha intentado combatir, pero que aún no se ha logrado sortear efectivamente, por lo que este trabajo se enmarca como base para futuras investigaciones que permitan aportar a lo que hemos descubierto en este seminario.

Cabe destacar que el presente seminario se estructura como un estudio con alcance limitado solo para este grupo, debido a que la construcción de instrumentos fue realizada solo en base a esta muestra, aunque su estructuración proviene de un modelo estandarizado. Sin embargo, este estudio aporta los lineamientos en el abordaje del estudio de la población de adultos mayores en Chile, que pueden ser relevantes en futuras investigaciones sobre el tema.

9. REFERENCIAS

Amate, E. y Vásquez, A. (2006). Discapacidad: lo que todos debemos saber. Organización Panamericana de la Salud, nº 616.

Asociación americana de psiquiatría (APA) (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta edición. Texto revisado.

Bassuk, S., Glass, T. y Berkman, I. (1999). Social Disengagement and Incident Cognitive Decline in Community-Dwelling Elderly Persons, *Society of Internal Medicine*, 131, pp. 165-173.

Becerra, C. y Cabib, N. (2007). Calidad de Atención y Representaciones Sociales. Programa del Adulto Mayor en la Atención Primaria de la Salud. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar, Universidad Austral, marzo-mayo. Recuperado el 21 de septiembre, 2012, desde <http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%2007/Programa%20del%20adulto%20mayor%20en%20la%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20de%20la%20Salud.pdf>

Beck A., Ward, C. y Mendelson, M. (1961). An Inventory of Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, pp. 53-63.

Beck, A. (1974). Short form of depression inventory: Crossvalidation. *Psychological Reports*, 34, pp. 1184-1186.

Beck, A., Beamesderfer, A. (1974). Assessment of depression: The depression inventory. *Modern problems in pharmacopsychiatry*, 7, pp. 151-169.

Beck, A., Beck, R. (1974). Screening depressed patients in family practice: A rapid technique. *Postgrad Medicina*, 52, pp. 81-85.

Beck, A. T., Steer, R. A., Garbin, M.C. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty five year of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, pp. 77-100.

Bernal, C., Bonilla, J., y Santiago J. (1995). Confiabilidad y validez de construcción lógica de dos instrumentos para medir sintomatología psicológica en una muestra clínica: El

Inventario de Depresión de Beck y la lista de cotejo de síntomas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, pp. 207–229.

Bumberry, W., Oliver, J., McClure, J. (1978). Validation of the Beck depression inventory in a university population using psychiatric estimate as the criterion. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, pp.150-155.

Campbell, I., Burgees, P., Finch, S. (1984). A factorial analysis of IDB scores. *Journal of Clinical Psychology*. 40, pp. 992-996.

Cardona, J., Villamil, M., Henao, E. y Quintero. A. (2010) Validación de la escala ESTE de soledad en la población adulta. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, Universidad de Antioquia, Medellín, vol. 28, nº3. Recuperado el 20 de mayo de 2012 desde <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=105215721012>

Castro, F. (2010). *Intervención Psicosocial en la Comunidad*. Centro de BogotaCundinamarca. Recuperado el 11 de abril, 2012, desde <http://es.scribd.com/doc/57460592/8/capitulo-2-modelos-de-intervencion-psicosocial>

Centeno, R., Serafín, A. (2006): Relación entre la cultura organizacional y el éxito en la ejecución de proyectos: Modelo SPV. Tomado de: “Fifth LACCEI International Latin American and Caribbean Conference for Engineering and technology (LACCEI’2007) “Developing Entrepreneurial Engineers for the Sustainable Growth of Latin America and the Caribbean: Education, Innovation, Technology and Practice” 29 May – 1 June 2007, Tampico, México.

Clemente, M (2003). Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. *Revista de psicología y Ciencias Afines*, Buenos Aires: Interdisciplinaria, Vol. 20, nº 1. Recuperado el 12 de agosto, 2012 desde <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/180/18020103.pdf>

Davies, B. Burrows, G., Poynton, C. (1975). A comparative study of four depression rating scales. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 9, pp.21-24.

Demichelli, G. (2009) *Actitudes y creencias de los miembros de una universidad chilena en relación con los principales atributos culturales de ésta*. Tesis para doctorado en Psicología Social. Universidad de Granada. pp. 64.

Feldberg, C., Dorina, S. (2009). Locus de control, Autoeficacia para la Memoria Episódica Verbal y Rendimiento en Adultos Mayores No Dependientes. Recuperado el 24 de marzo, 2012, desde <http://www.scielo.org.pe/pdf/rip/v12n1/a02v12n1.pdf>

Fernández, S., Almuiña, M., Alonso, O. y Blanco, B. (2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "10 de Octubre", Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, La Habana, vol. 39, nº 2. Recuperado el 9 de abril, 2012 desde http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol39_2_01/hie01201.pdf.

Gallagher, D. Nies, G. Thompson, L. (1982). Reliability of the beck Depression Inventory with older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, pp. 152-153.

Ghio, R., Olave, S. (2001) Estudio de cultura organizacional del Hospital Doctor Gustavo Fricke: Creencias y actitudes de los funcionarios técnicos paramédicos de los servicios clínicos. Tesis para optar al título de Psicólogo Clínico. Universidad de Valparaíso, 2001.

Gobierno de Chile. (2006). Conceptos generales relacionados con envejecimiento. Recuperado el 2 de Julio, 2012, desde <http://www.ingerchile.cl/vistas/conceptos.html>

Gordillo, Y. (2010). Programa de apoyo para aumentar la funcionalidad de adultos mayores. Interpsiquis, 11º Congreso Virtual de Psiquiatría, Febrero-Marzo. Recuperado el 6 de agosto, 2011, desde <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/922/1/17cof545453.pdf>

García, M. (2002). Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte. *Revista Digital*, Universidad de Málaga, Buenos Aires, nº 51, agosto. Recuperado el 29 de julio, 2012, desde <http://www.efdeportes.com/efd51/bien.htm>

Gracia, E. (1997). El apoyo social en la intervención comunitaria. Buenos aires: Paidós.

Harriet, A., McGuffin, P., Farmer, E. (2008). Estilo de Atribución y Depresión. *British Journal of Psychiatry*. ICCN 192(4):275-278. Recuperado el 20 de diciembre, 2012 desde <http://bjp.rcpsych.org/>

Heider, F (1958): *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: Wiley.

Hernández, R. (2003). Metodología de la Investigación. Editorial McGraw- Hill. Tercera Edición. pp. 157 – 231.

Hiroto, D., Seligman, M.(1975): Generality of learned helplessness in man. *Journal of Personality and Social Psychology*. Pp. 311-327.

Huff, F.J. (1990). Language in normal aging and age-related neurological diseases. En F. Boller y J. Grafman (Eds.), *Handbook of Neuropsychology*, vol. 4 (pp. 251-264). Amsterdam: Elsevier.

Huppert, F. (1991). Age-related changes in memory: Learning and remembering new information. En F.Boller y J. Grafman (Eds.), *Handbook of Neuropsychology*, 5 pp. 123-147. Amsterdam: Elsevier.

Ibañez, T. (2004). *Introducción a la Psicología Social*. Pp. 304-306. Editorial UOC. Primera Edición.

Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2010). Población adulta mayor en el bicentenario. *Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadísticas*. Recuperado el 4 de Julio, 2012, desde http://estudios.sernam.cl/documentos/?eMTQyNzg0NA==Poblaci%C3%B3n_Adulta_Mayor_en_el_Bicentenario.

Jaguas, J. (2006) Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Premio IMSERSO “Infanta Cristina”, Madrid. Recuperado el 20 de mayo, 2012 desde <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/yanguas-analisis-01.pdf>.

Junqué, C. y Jurado, M. (1994). *Envejecimiento y demencias*. Barcelona: Martínez Roca.

Kozora, E. Y Cullum, C. (1995). Generative naming in normal aging: Total output and qualitative changes using phonemic and semantic constraints. *Clinical Neuropsychologist* pp. 313-320.

La Rue, A. (1992): *Aging and neuropsychological assessment*. New York/London: Plenum Press.

Lezak, M. (1995): *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.

Lorente, A. (1988). *La depresión*. Barcelona. Editorial Martínez Roca.

Lozada, A (2004) Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. Portal Mayores, nº 14. Abril. Recuperado el 10 de abril, 2012 desde <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>.

Madden, D. (1990): Adult age differences in attentional selectivity and capacity. Special Issue: Cognitive gerontology. *European Journal of Cognitive Psychology*, 2, 229-252.

Mazaux, J., Dartigues, J., Letenneur, L., Darriet, D., Wiart, L., Gagnon, M., Commenges, D. & Boller, F.(1995). Visuo-spatial attention and psychomotor performance in elderly community residents: Effects of age, gender, and education. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 17, 71-8.

Meléndez, J., Tomas, J. y Navarro, E. (2007) Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Mannheim. *Salud pública, México*, vol. 49, nº 6. noviembre-diciembre. Recuperado el 17 de abril, 2012 desde http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342007000600007&script=sci_arttext.

Mella, R., González, I., D' Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A. y Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psykhé*, 13-1, pp. 79-89. Recuperado el 9 de junio, 2004, desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-22282004000100007&script=sci_arttext

Mesulam, M. (1985). *Principles of Behavioral Neurology*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Ministerio de Salud (2006). *Guía Clínica de Depresión*. Serie de Guías Clínicas, XX, 1º edición.

Montero, M. (2006). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria, la tensión entre comunidad y sociedad. La psicología social comunitaria como disciplina orientada hacia el cambio social*. Buenos Aires: Paidós, ed.3. pp. 173 – 179.

Morales, I. y Villalón, J. (1999). Chile y los adultos mayores impacto en la sociedad del 2000. Recuperado el 3 de julio, 2012, desde http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/mayor2000.pdf.

Moscovici, S. (1999). *Psicología Social, II: Pensamiento y vida social - Psicología social y problemas sociales*. España: Paidós, vol. 2, pp. 131 – 144.

Murphy, D.G., DeCarli, C., McIntosh, A.R., Daly, E., Mentis, M.J., Pietrini, P., Szczepanik, J., Schapiro, M.B., Grady, C.L., Horwitz, B. y Rapoport, S.I. (1996): Sex differences in human brain morphology and metabolism: An in vivo quantitative magnetic resonance imaging and positron emission tomography study on the effect of aging. *Arch. Gen. Psychiatry*, 53, 585-594.

Nieto, E., Cerezo, M. y Cifuentes, O. (2006). Representaciones de la vejez con el proceso salud-enfermedad en un grupo de ancianos. Septiembre. Recuperado el 21 de septiembre, 2012, desde http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011_11.pdf

Oros, I. (2005). Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. XIV-1, pp. 89-98. Recuperado el 23 de abril, 2012, desde <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/rdp/article/viewfile/17338/18077>.

Parkin, A.J. y Walter, B. (1992). Recollective experience, normal aging, and frontal dysfunction. *Psychology and Aging*, 7, 290-298.

Pérez, I. (2009). Posibilidades y alcances de la reinserción social: una mirada desde el discurso de los adolescentes. *El Observador*, 3. Recuperado el 18 de abril, 2012, desde <http://trabajosocial.uahurtado.cl/wp-content/uploads/2012/02/posibilidades-y-alcances-de-los-procesos-de-reinserci%C3%B3n-social-una-mirada-desde-los-discursos-de-los-adolescentes.pdf>.

Pérez, J. M. (2001). Pseudemencias Depresivas. Recuperado el 21 de diciembre, 2012, desde http://www.janssen.es/bgdisplay.jhtml?itemname=dem_biblio_enc_fijo

Pilisuk, M., Montgomery, M., Parks, S., Acredolo, C. (1993): Locus of Control, Life Stress, and Social Networks: Gender Differences in the Health Status of the Elderly. *Sex Roles*, Vol. 28, Nos. 3/4, 1993.

Quintanar, A. (2010). Análisis de la calidad de vida en adultos mayores, del municipio de Tetepango Hidalgo, a través del instrumento Whoqol – Bref. Tesis para optar al título de Licenciatura en Psicología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México. Extraído el 25 de Octubre desde

http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf

Ramos, J. y Salinas, R. (2010) Vejez y apoyo social. Revista de educación y desarrollo, n° 15. octubre-diciembre Recuperado el 5 de abril, 2012 desde http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/15/015_Ramos.pdf

Real Academia Española (2001): Diccionario de la lengua española. ed. 22, recuperado el 21 de mayo, 2012 desde <http://lema.rae.es/drae/?val=soledad>

Regehr, C., Cadell, S., Jansen, K. (1999): Perception of control and long-term recovery from rape. American Journal of Orthopsychiatry, 69 (1): 110-115.

Reynolds, W., Gould, J. (1981). A psychometric investigation of the standard and shor from Beck Depression Inventory. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, pp.306-307.

Riquelme, A. (1997). Depresión en residencias geriátricas: Un estudio empírico. Recuperado el 24 de abril, 2012, desde <http://books.google.cl/books?id=zgeebisnd0gc&pg=pa78&dq=locus+de+control+ancianos&hl=es&sa=x&ei=7joyt7jocitegqfjw-hxdbg&ved=0cdeq6aewaa#v=onepage&q=locus%20de%20control%20ancianos&f=falso>.

Robbins, S. (2004): Comportamiento Organizacional: Teoría y práctica. Capítulo 17. 10° Edición. Pearson Educación. México, 2004.

Rizzo, A. (Junio, 2009): Aproximación teórica a la intervención psicosocial. Revista Electrónica de Psicología Social "Poiésis", N° 17.

Robbins, S. (2004): Comportamiento Organizacional: Teoría y práctica. Capítulo 17. 10° Edición. Pearson Educación. México, 2004.

Rodríguez, M. (2001) Gestión Organizacional. Elementos para su estudio. Capítulo 11. 2da Edición. Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago. 2002.

Roth, S., Kubal, L. (1875): Effects of non-contingent reinforcement on tasks of differing importance: Facilitation and learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, pp. 680- 691.

Rotter, J (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs*, 80, Whole No. 609.

Rubio, R. (2009) La soledad en los mayores: una alternativa de medición a través de la escala Este. Universidad de Granada. Recuperado el 22 de mayo, 2012 desde <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>.

Sachi, C. Y Richard, M. (2002) Adaptación argentina de la Entrevista Manheim de apoyo social. *Sociedad interamericana de Psicología*, Austin, *Latinoamericanistas*, vol. 36, nº 1-2. Recuperado el 11 de abril, 2012 desde <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03609.pdf>

Sanhueza, M., Castro, M. y Merino, J. (2005). Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y Enfermería*, XI(2), pp. 17-21. Recuperado el 5 de Junio, 2005 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532005000200004&script=sci_arttext.

Sagar, H. (1990). Aging and age-related neurological disease: remote memory. En F. Boller y J. Grafman (Eds.), *Handbook of neuropsychology*, Amsterdam: Elsevier. vol. 4: 311-324.

Salthouse, T. (1996). The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychological Review*, 103, 403-428.

Sanz, J., Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, Validez y Datos Normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 1998. Vol. 10, nº 2, pp. 303-318. ISSN 0214 – 9915. Universidad Complutense de Madrid.

Schachter, DL (1999): En busca de la memoria. El cerebro, la mente y el pasado. Barcelona: Ediciones B.

Schaie, K. y Willis, S. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson, ed.5

Seeman, M. (1997). Psychopathology in women and men: Focus on female hormones. *AMJ Psychiatry*, 154(12), pp. 1641-1647.

Seligman, M. (1975): *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W.H. Freeman. (Paperback reprint edition, W.H. Freeman, 1992)

Sontag, S. (1979). *The Double Standard of Aging*. En Williams, J. (Ed.). *Psychology of Women*, Academic Press, pp. 462-478.

Snowdon, J. y Lane, F. (1994). A longitudinal study of age-associated memory impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 779-787.

SQUIRE, LR (1992): Declarative and non declarative memory: Multiple brain systems supporting learning and memory. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 4, pp. 232-243.

Swearer, J., Kane, K. (1996). Behavioral slowing with age: Boundary conditions of the generalized slowing model. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 51, pp. 189-200.

Trujillo, S., Tobar, C. y Lozano, M. (2007). *El anciano conformista ¿Un optimista con experiencia? Resonancias de una investigación sobre lo psicológico en la calidad de vida con personas mayores en Soacha y Sibate*. Pontificia Universidad Javietana, Bogotá, Colombia, nº 6. mayo-agosto. Recuperado el 19 de abril, 2012 desde <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64760206>

Vásquez, C., Sanz, J. (1991). Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck. Comunicación presentada en el III Congreso de Evaluación Psicológica. Barcelona.

Vásquez, C., Sanz, H. (1978). *Adaptación española del inventario de depresión de Beck: Propiedades psicométricas y clínicas en muestras clínicas y en población general*. Madrid: Universidad Complutense, Facultad de psicología. Citado por: Vázquez C., Jiménez F. *Depresión y manía*. En: Bulbena A., Berrios G., Fernández de Larrinoa P. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson S.A. 2000, pp. 291-293.

Veiel, H. (1987). *Dimensions of social support: a conceptual Framework for Research Social Psychiatry*. *Patterns of social support among suicide attempters: an analytic*

approach. En B. Cooper (edit.) *Psychiatric Epidemiology: Progress and Prospects*, pp. 156-162.

Vera, J., Laborín, J., Domínguez, M., Parra, E. y Padilla, M. (2009). Locus de control, Autoconcepto y orientación al éxito en adultos mayores del norte de México. Recuperado el 10 de marzo, 2012, desde <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/292/29214109.pdf>

Vera-cuesta, H., Vera-acosta, H., Leon-Benito, A. y Maderos I. (2006). Prevalencia y factores de riesgo del trastorno de la memoria asociado a la edad en un área de salud. *Rev. Neurol*, 43 (3), pp. 137-142.

Vergara, M. (2008). La naturaleza de las representaciones sociales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, Universidad de Manizales, Vol. 6, nº 1, pp.55-80, enero-febrero. Recuperado el 21 de septiembre, 2012, desde <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77360103>.

Visdómine, J. y Luciano, C. (2006). Locus de control y autorregulación conductual: Revisiones conceptual y experimental. Recuperado el 10 de marzo, 2012, desde <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33760313.pdf>

Welch, G. Hall, A. Walkey, F. (1990). The replicable dimensions of the Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical psychology*, 40, pp. 817-827.

Worchel, S. y Cooper, J. (2002). *Psicología social*. Recuperado el 23 de abril, 2012, desde <http://books.google.cl/books?id=pa0-lvf858oc&printsec=frontcover&dq=psicolog%c3%ada+social+by+stephen+worchel,+joel+cooper&hl=en&sa=x&ei=a5myt8h5fouk8qsv8oj3bq&ved=0cduq6aewaa#v=onepage&q=psicolog%c3%ada%20social%20by%20stephen%20worchel%2c%20joel%20cooper&f=false>