

neurama
revista electrónica de
psicogerontología

IN THIS ISSUE:

ISSN 2341-4936

Nº

Vol

1

7

- 5 Angel Moreno Toledo
Cuerpos de Lewy y compromiso
multidominio: Presentación y
análisis de un caso
- 15 Farelo Arias, Álvarez Vidal, Pérez López, VVAA
Trastorno Neurocognitivo mayor y
"Síndrome de la bolsa de orina púrpura"

- 21 Ricardo Díaz Castillo, Angelica María Razo
González, VVAA

Validación del test de Propósito Vital
en personas mayores

www.neurama.es
WEBSITE

- 35 Carlos Javier Orosco Goicochea
Creencias y representaciones acerca
del envejecimiento en alumnos
universitarios de Psicología
- 45 Mónica Andrea Villarreal Villa, Javier Hernández
González, VVAA

Bienestar psicológico y
generatividad en adultos mayores
voluntarios

E-MAIL
info@neurama.es

- 58 Beatriz Guadalupe Maza Pérez, Guiana Fernándezde Lara López
Ser un adulto mayor en México

20
JUNIO
20



“No se puede nadar hacia nuevos horizontes hasta
no tener el coraje de perder de vista la costa”

(William Faulkner, 1897-1962)

Director / Editor

Angel Moreno Toledo (Málaga)

Comité Asesor Nacional

Antonio Andrés Burgueño Torijano (Madrid)
José Luis Caamaño Ponte (A Coruña)
Ramona Rubio Herrera (Granada)
David Facal Mayo (A Coruña)
Romina Mouriz Corbelle (Lugo)
Laura Espantaleón Rueda (Madrid)
Belén Bueno Martínez (Salamanca)
Ana María Gonzalez Jimenez (Madrid)
María del Carmen Martínez Sánchez (Madrid)
Estefanía Martín Zarza (Salamanca)
Victor José Aragonés Sánchez (Madrid)
Charo Pita Díaz (A Coruña)
Laura Rubio Rubio (Granada)

Comité Asesor Internacional

Alejandro Burlando Páez (Argentina)
Clara Ling Long Rangel (Cuba)
Anastasia Paschaleri (Reino Unido)
Brenda Avadian (Estados Unidos)
Carrie Peterson (Dinamarca)
Diana Orrego Orrego (Colombia)
Frederique Lucet (Francia)
Gary Glazner (Estados Unidos)
Graham Hart (Reino Unido)
Guillermo Ramírez Hoyos (Colombia)
Hugo Roberto Valderrama (Argentina)
Hugo Sousa (Portugal)
Javiera Sanhueza (Chile)
Joana de Melo E Castro (Portugal)
Joao Marques Texeira (Portugal)
Kerry Mills (Estados Unidos)
Maria Alejandra Ortolani (Argentina)
Ricardo F. Allegri (Argentina)
Marios Kyriazis (Reino Unido)
Mladen Davidovic (Serbia)
Narjes Yacoub (Francia)
Peter Gooley (Australia)
Raúl Andino (Argentina)
Rolando Santana (República Dominicana)
Karina Daniela Ferrari (Argentina)
Salvador Ramos (Estados Unidos)
Stephanie Zeman (Estados Unidos)
Wendy Johnstone (Canadá)





En este número:

- 5 Angel Moreno Toledo

Cuerpos de Lewy y compromiso
multidominio: Presentación y
análisis de un caso

- 15 María Farelo Arias, Vanessa Álvarez Vidal, Nuria Pérez López,
Laura López Rodríguez, Jessica Huerta Marey, Soraya Mazoy
López, Laura Gamonal González, José Caamaño Ponte

Trastorno Neurocognitivo mayor
y "Síndrome de la bolsa de orina
púrpura"

- 21 Ricardo Díaz Castillo, Angelica María Roza
Gonzalez, Carlos Alejandro Flores Monroy, Miriam
Eleany Martínez Mondragon

Validación del test de Propósito
Vital en personas mayores

- 35 Carlos Javier Orosco Goicochea

Creencias y representaciones acerca
del envejecimiento en alumnos
universitarios de Psicología

- 45 Mónica Andrea Villarreal Villa, Javier Hernández
Gonzalez, Catalina Leal Aqueveque, Scarlet
Medina Hernández, Camila Vazquez Sepúlveda

Bienestar psicológico y
Generatividad en adultos mayores
voluntarios

- 58 Beatriz Guadalupe Maza Pérez, Guiana Fernández de Lara López

Ser un adulto mayor en México



Director / Editor

Angel Moreno Toledo

Psicogerontólogo.
Formador y escritor.





Cuerpos de Lewy y compromiso multidominio: Presentación y análisis de un caso

Angel Moreno Toledo ¹

Resumen

Se estudia un caso de paciente de 68 años de edad con demencia por cuerpos de Lewy (DCL) junto a afectación multidominio. Se valoran cada uno de los dominios afectados en los que se muestran déficits (dominios o funciones cerebrales): atención, memoria, capacidades visoconstructivas y lenguaje. La DCL aparece - en la mayoría de los casos- como una entidad infradiagnosticada o indeterminada, enmascarada en un diagnóstico erróneo de enfermedad de Alzheimer. Este tipo de demencia comparte síntomas con la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Parkinson. La DCL representa en torno al 10% de todas las demencias.

Palabras clave: Cuerpos de Lewy, Síndrome Parkinsoniano, demencia, deterioro cognitivo multidominio.

Abstract

Report a case of 68-year-old patient with Lewy bodies dementia (DLB) together with multidomain cognitive impairment. Each one of the affected domains in which deficits are shown (domains or brain functions): attention, memory, visoconstructive capacities and language.

DLB appears – *in most cases*- as an underdiagnosed or undetermined entity, masked in a misdiagnosis of Alzheimer's disease. This type of dementia shares symptoms with both Alzheimer's disease and Parkinson's disease. DLB may represent as much as 10 percent of all dementia

Keywords: Lewy Bodies, Parkinsonian syndrome, Dementia, Multidomain cognitive impairment.

Presentación del caso

Varón de 68 años de edad, institucionalizado.

Antecedentes personales de polio, patología vascular cerebral de pequeño vaso y ca renal (intervenido).

Presenta síndrome Parkinsoniano plus junto deterioro cognitivo multidominio (atencional, visuoespacial y del lenguaje). Trastorno del sueño REM y enfermedad por cuerpos de Lewy (de siete años de evolución).

Precisa supervisión para el desarrollo de las ABVD (trastorno disejecutivo).

No presenta problemas de conducta. Alucinaciones.

Temblor: Temblor reposo leve, paroxístico en ambos MMSS, rigidez leve, sin apraxias.

Deambulación autónoma (marcha lenta y con freezing, giros inestables sin braceo). Desorientación: En espacio y tiempo, no en persona. Comprensión y nominación preservada. Lenguaje poco fluente.

ISSUE Nº1

JUNIO
2020

Recibido:
28/11/2019

Aceptado:
07/02/2020

(1) Psicogerontólogo y formador. Experto en Gestión y dirección de centros geriátricos y de la tercera edad.

Cuerpos de Lewy y compromiso multidominio: Presentación y análisis de un caso

INTRODUCCIÓN

La demencia por cuerpos de Lewy es la segunda forma más común de demencia tras la enfermedad de Alzheimer (McKeith, 2006), se relaciona clínicamente con la EP y representa el 15-20% de los casos, pertenece al grupo de las encefalopatías degenerativas crónicas (Otero y Fontán, 2008). Constituye una de las demencias con patrón mixto cortical / subcortical (Kaufer y Cummings, 1997), la edad media de inicio de los síntomas es a los 68 años (Khotianov y otros, 2002)

Entre sus manifestaciones clínicas destacan el síndrome parkinsoniano, las alucinaciones, fluctuaciones del estado de alerta, los trastornos del sueño, la presencia de deterioro cognitivo, la sensibilidad a fármacos neurolépticos y la confusión junto a deterioro visuoespacial y ejecutivo. Otras características incluyen, siguiendo a Kemp y otros (2017), tendencia a las caídas, disfunción autonómica y la depresión.

El diagnóstico definitivo e inequívoco solo puede hacerse mediante autopsia (Hughes y otros, 1992; Khotianov y otros, 2002). No presenta alteraciones conductuales, únicamente destaca la presencia de alucinaciones ocasionales (visuales), presencia de depresión, de apatía y bradipsiquia. La bibliografía especializada sitúa, por lo general, una rapidez en el avance del deterioro cognitivo en DCL en comparación con pacientes con enfermedad de Alzheimer (Hanyu y otros, 2009, ; Breitve y otros, 2014).

Déficits cognitivos multidominio

Los trastornos cognitivos pueden ocurrir en más de un dominio o áreas y varían en su severidad y etapas de la enfermedad (Goldman y otros, 2015). El impacto clínico de las trabas lingüísticas, ejecutivas, atencionales y memorísticas correlacionan con limitaciones a nivel cognitivo de las cuales, destaca un patrón variable, junto a un descenso progresivo característico. La función ejecutiva es el dominio más afectado en esta condición (Muslimovic y otros, 2005), siendo constatables las limitaciones en atención, función visuoespacial y memoria junto a fluencia verbal. La progresiva merma lingüística

(fluencia, nominación, flujo de ideas ilógicas) dificulta el discurso coherente con la comunicación desde la trama interactiva. La consciencia deteriorada del entorno (fluctuante), la letargia diurna, imposibilita el desarrollo de las ABVD y del funcionamiento diario, junto a la apatía y el enlentecimiento funcional.

Discusión

La rapidez en la evolución del deterioro cognitivo se manifiesta en el descenso del rendimiento en áreas multidominio. Las medidas de MMSE considera un instrumento sensible para registrar tasas de cambio en pacientes con DCL (Lessing y otros, 2012), cubriendo un rango acertado de dominios que podrían estar potencialmente afectados (Hamilton y otros, 2012). Aunque considerar la superposición de ambas entidades neuropatológicas (DCL y EA), ya que comparten sintomatología, manifestaciones adversas y tasas de progresión, siendo la primera fluctuante en su afectación (McKeith y otros, 2005) y reportada en el caso

Las alucinaciones que presenta el paciente corresponden a su formato visual – identificación errónea o alucinaciones simples - exentas de provocar ansiedad o inquietud, si desencadenan obnubilación, ocasionales en este caso. Las alucinaciones visuales suelen tener una prevalencia en DCL del 60 al 80 % (McKeith y otros, 2004; Weintraub y Hurtig, 2007), suelen ser conformadas habitualmente en torno a falsas percepciones de personas, animales u objetos (Aarland y otros, 2001), asociadas a un mayor déficit de acetilcolina cortical (Otero y Fontán, 2008). Los déficits atencionales son característicos de la DCL (Golimstok y otros, 2011), tendiendo a la distractibilidad (moderada a severa), la confusión, periodos de atención breve, con inquietud motora o impulsividad. Las manifestaciones extrapiramidales, junto a dichas contingencias dificultan que el paciente pueda llevar a cabo actividades de estimulación o el correcto desarrollo de las ABVD. A este respecto y siguiendo a Gatier y otros, 2009, el compromiso en funciones ejecutivas, habilidades visuoespaciales, memoria y lenguaje, así como en atención y enlentecimiento, definen el deterioro multidominio

Moreno Toledo

identificado en el caso. Cuando el deterioro es en múltiples dominios, las investigaciones han mostrado alteraciones en funciones corticales posteriores como la fluidez, observada en tareas de evocación léxica formal. Al paciente se le pide que genere tantas palabras como sea posible que comiencen por una determinada letra (ver figuras 1, 2 y 3) y en la memoria semántica y las habilidades visoconstruccionales (Williams y otros, 2013; Williams y otros, 2009) (ver figura 5). También se han dado hallazgos en déficits en tareas de copia de dibujos y memoria visual, válidos predictores de demencia (Song y otros, 2008; Pagonabarraga y otros, 2008). La construcción visual está afectada en estos pacientes, presentan un déficit de memoria (recuerdo libre, reconocimiento visual y descaecimiento en capacidades prácticas (Kemp y otros, 2017).

Sólo un 15 a 20 % de los determinados diagnósticos son los llamados Parkinson plus (Osorno y otros, 2005), de naturaleza progresiva, generan comúnmente discapacidad, minusvalía y comprometen las funciones motoras y cognitivas, dado frecuentemente a diagnósticos erróneos con otras patologías del género. Suelen cursar con un pronóstico desfavorable, una mala respuesta al tratamiento y un inicio temprano de demencia (Sánchez Jerónimo y otros, 2003). Son frecuentes la respuesta menor al tratamiento con Levodopa, un rápido progreso del déficit así como incidencia de inestabilidad postural con frecuentes caídas y apraxia (Cronin-Golomb, 2019); (McGee, 2012). La evaluación neuropsicológica en estos casos, puede resultar un reto diagnóstico (Olmedo y otros, 2013)..

A nivel funcional las características del parkinsonismo del paciente (85% de ocurrencia), siguiendo a Ferman y otros, 2006, imposibilitan la ejecución de tareas motoras simples (apraxia de la marcha).

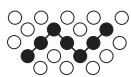
El desorden cognitivo representa un componente importante en la caracterización del DCL (Goldman y otros, 2015) a menudo, denominado como fluctuaciones cognitivas (Mollenhauer y otros, 2010). Es interesante señalar que los déficits cognitivos aparecen junto a los disturbios REM del sueño y a los problemas de memoria y de habilidades visuoespaciales. Siguiendo a Muslimovic y otros, 2005, los déficits atencionales, de memoria explícita y visuoespaciales son a menudo visibles en etapas iniciales de la enfermedad. Considerando en el caso el síndrome disejecutivo, en combinación con la afec-

tación multidominio (en concreto, atención, memoria, lenguaje y función visuoespacial) (Jarvin y otros, 2005), junto a la distractibilidad y la apatía, también destacadas en el caso. Los déficits en atención se manifiestan en capacidades reducidas para la atención sostenida y dividida así como marcadas fluctuaciones de atención (Oda y otros, 2009). Godefroy y otros (2010) lo reportan en torno a una prevalencia del 39-42 % de los casos. Las consecuencias del impacto del síndrome disejecutivo dificultan la predisposición y el desarrollo de las actividades de la vida diaria (Kamei y otros, 2008) y dificultan su calidad de vida.

Destacar rasgos como la apatía como una alteración cognitivo-emocional frecuente en estos pacientes. Subyace como un síndrome frecuente y discapacitante (García-Ramos y otros, 2010, Aarsland y otros, 2009). Muchas ocasiones, el sujeto se muestra desinteresado y emocionalmente ausente en el desarrollo de las ABVD o en actividades ocupacionales. Siguiendo a Lewy y otros (1998) este trastorno reduce significativamente la actividad del individuo en el entorno, tornándose éste pasivo y desmotivado, tendente a la depresión o al trastorno anímico (38%) (Vázquez, 2004). A nivel de trastornos del sueño, la ausencia de un sueño recuperador correlaciona con somnolencia diurna, letargo y fatigabilidad. El desorden del sueño puede manifestarse en sueños vívidos, agitación y despertares frecuentes. Los problemas de sueño son muy comunes en el parkinsonismo atípico (Trenkwalder y otros, 2017).

En el caso, no se advierten problemas conductuales, si deambulación motora (exploración) y alucinaciones (visuales), encontrándose ausente la manifestación de otras conductas difíciles significativas. Siguiendo a Morris y Worsley (2003) los cambios de conducta (perturbadora) están relacionados con la incidencia de alucinaciones, delirios y depresión. El declive funcional incapacita al paciente para abordar el desarrollo autónomo de AIVD y de ABVD. A nivel lingüístico predomina una escasa fluencia, junto a signos de bradipsiquia, discurso irrelevante y compromiso y atención variable lo que dificulta la fijación.

La última puntuación obtenida en la exploración con Minimental arroja un desempeño de 9/30, dictamina un deterioro cognitivo grave / severo. Siendo las áreas de mayor afectación memoria, lenguaje y concentración / atención. Como destacan Mitolo y otros (2014), han sugerido que un número reducido



Cuerpos de Lewy y compromiso multidominio: Presentación y análisis de un caso

de ángulos en la copia del pentágono del Minimental, podría ser un marcador de DCL prodrómico, con un nivel de especificidad del 91%. (ver figura 6). Con la Figura compleja de Rey (1941, adaptado Corwin y Bylsma, 1993), se puede observar el déficit en habilidades de construcción visoespacial y memoria visual.

Conclusión

El paciente se beneficia del entrenamiento cognitivo presente en las actividades diarias de estimulación cognitiva. Tareas de lenguaje verbales y atención, comprensión, están recomendadas en este caso (Coste y otros, 2012). La presencia de fluctuaciones en el estado de alerta, alucinaciones, deterioro cognitivo y apatía, revelan signos clínicos de Parkinsonismo atípico probable enfermedad por cuerpos de Lewy. Aparece como una condición infradiagnosticada o difusa con la EA.

La intervención debe ser global, trabajando múltiples áreas y promoviendo la rehabilitación desde la fisioterapia (para sostener los problemas de movimiento y balanceo).

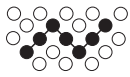
Desde la Terapia ocupacional desarrollar habilidades de desenvolvimiento cotidiano.

En el área de la logoterapia para asistir en problemas frecuentes (discurso y deglución). El asesoramiento debe beneficiar para disminuir el estrés y crear objetivos y planes de acción para empoderar al individuo. Los grupos de ayuda son útiles para dilucidar sentimientos de desolación, proveer apoyo y ofrecer oportunidades de aprendizaje.

Desde la labor valorativa, el seguimiento de los déficits observados nos permitirá determinar variaciones en la naturaleza del déficit multidominio, siendo útiles las tareas que indaguen en dominios como la planificación, memoria, organización secuencial, el trabajo espacial y el entramado atencional.

REFERENCIAS

1. Aarsland, D., Cummings, J.L. and Larsen, J.P. Neuropsychiatric differences between Parkinson's diseases with dementia and Alzheimer's disease. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2001, 16 : 184-191
2. Aarsland, D.; March, L.; Schrag, A. (2009). Neuropsychiatric symptoms in Parkinson's disease. *Mov. Disord.* 24. 2175-2186
3. Breivite MH, Chwiszczuk LJ, Hynninen MJ, Rongve A, Brønnick K, Janvin C, Aarsland D. A systematic review of cognitive decline in dementia with Lewy bodies versus Alzheimer's disease. *Alzheimers Res Ther.* 2014 Sep 16;6(5-8):53. doi: 10.1186/s13195-014-0053-6. eCollection 2014.
4. Costa, A.; Carlesimo, G.A. And Caltagirone, C. (2012). Prospective memory functioning: a new area of investigation in the clinical neuropsychology and rehabilitation of Parkinson's disease and mild cognitive impairment. Review of evidence. *Neurol. Sci.* 20, 965-972
5. Cronin-Golomb, A; Reynolds, G.O; Salazar, R.D and Saint-Hilarie, M.H. 2019. Parkinson's Disease and Parkinson-plus syndromes- The Oxford handbook and adult cognitive disorders.
6. Ferman, T.S; Smith, G.E., Boere, B.F et al. Neuropsychological differentiation of dementia with Lewy Bodies from normal aging and Alzheimer's disease. *Clin. Neuropsychol.* 2006; 20: 623-636
7. García-Ramos, R.; Matías-Guío, J. Apatía en la enfermedad de Parkinson. Vol. 25. Is. 1 J. Feb 2010. 40-50
8. Gatier, I., Nieto, A.; Barroso, I., Lorenzo, J.N. Deterioro del aprendizaje visoespacial en la enfermedad de Parkinson. *Psicothema*, 2009, 21 (1): 21-26
9. Goldman, J.G.; Williams-Gray, C.; Galvin, J.E. The spectrum of cognitive impairment in Lewy Body diseases. *Mov. Disord* 2015 : 29 (5): 608-621
10. Golimstok, A.; Rojas, J.I; Romano, M. and Cristiano, E. Previous adult attention-deficit and hyperactivity disorder symptoms and risk of dementia with Lewy Bodies: A case-control study. *Eur. J. Neurol.* 2011; 18, 78-84
11. Hanyu H. T. Sato K. Hirao H. Kanetaka H. Sakurai T. Iwamoto. Differences in clinical course between dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *Eur J Neurol.* 2009 Feb;16(2):212-7. doi: 10.1111/j.1468-1331.2008.02388.x.
12. Hamilton, J.M., Landy, K.M, Salmon, D.P, Hansen, L.A; Masliah, E., Galasko, D. Early visuospatial deficits predict the occurrence of visual hallucinations in autopsy-confirmed dementia with Lewy Bodies. *Am J Geriatr. Psychiatry*. 2012; 20: 773-781
13. Hughes, A.J; Ben-Shlomo and Daniel, S.E.; Lees, A.J. What features improve the accuracy of clinical diagnosis in Parkinson's disease: a clinicopathologic study. *Neurology*. 1992, 42 (6): 1142-6
14. Janvin, C.C; Aarsland, B., Larsen, J.P. (2005). Cognitive prediction of dementia in parkinson disease: A community-based 4-year longitudinal study. *J Geriatr. Psychiatry Neurol.* 18, 149
15. Kanfer, D.L; Cummings, J.L. Dementia and Delirium: an overview. En Feinberg, T.E; Farah, M.J. *Behavioral Neurology and Neuropsychology*. McGraw-Hill. Nueva York. 1997
16. Kemp, J.; Philippi, N; Phillips, C. et al. Cognitive profile in prodromal dementia with Lewy bodies. *Alz. Res. Therapy*, 9, 19 (2017)



Moreno Toledo

17. Kotianov, N; Singh, R. and Singh, S. Lewy Body Dementia: Case report and Discussion. JABFP. 2002. Vol. 15. N1, 50-54
18. Lessig, S., Nie, D., Xu, R. and Corey-Bloom, J. (2012), Changes on brief cognitive instruments over time in Parkinson's disease. *Mov. Disord.*, 27: 1125-1128. doi:10.1002/mds.25070
19. Lewy, M.L; Cummings, J.L; Fairbanks, L.A, Masterman,D.; Miller, B.L, Craig, A.H. et al. Apathy is not depression. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 10, 1998, pp 314-319
20. McGee, S. R. (2012). Evidence-based physical diagnosis. Philadelphia: Elsevier/Saunders.
21. McKeith, I; Mintzer,J.; Aarsland, D et al. Dementia with Lewy Bodies. *Lancet Neurol*, 2004, 3: 19-28
22. McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, Emre M, O'Brien JT, Feldman H, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Third report of the DLB consortium. *Neurology* 2005; 65: 1863-72.
23. McKeith, I.G. Consensus for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy Bodies (DLB): Report of the consortium on DLB International Workshop. *J Alzheimer's Dis.* 9 (2006), pp 417-423.
24. Mitolo,M.; Salmon, A.P; Gardini, S., Galasko, D., Grossi, E., Caffarra,P. The new qualitative scoring MMSE pentagon test (QSPT) as a valid screening tool between autopsy-confirmed dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *J. Alzheimer's Dis.* 2014, 39 (4): 823-32
25. Mollenhauer B., Förstl H., Deuschl G., Storch A., Oertel W. and Trenkwalder C. (2010) Lewy body and parkinsonian dementia: common, but often misdiagnosed conditions. *Dtsch. Arztebl. Int.* 107, 684– 691.
26. Morris, R. and Norsley, C. (2003). Neuropsychological presentation of Alzheimer's disease and others neurodegenerative disorders. En P. Halligan, V. Kischka y J.C Marshall (Eds). *Handbook of clinical neuropsychology* Oxford: Oxford University Press. 506-527
27. Muslimovic, D.; Post, B; Speelman, J.D., Schmand, B. Cognitive Profile of patients with nwly diagnosed Parkinson Disease. *Neurology.* 2005; 65 (8): 1239-1245 [PubMed]
28. Oda, H.; Yakamoto, Y., Maeda,K. Neuropsychological profile of dementia with Lewy bodies. *Psychogeriatrics.* 2009, 9 (2): 85-90
29. Olmedo,F.; Soto, M.C, Ferre, Y., Ferrer,A., Hernández,A.; Muñoz, D. et al. Alteraciones cognitivas en la enfermedad de Parkinson. *Rev. Mex. Neuroci.* 2013; 14 (5): 237-42
29. Osorno,D.A; Ocampo,J.M y Arango, V.E. Parkinson Plus o Parkinsonimos atípicos. *Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr.* Vol 19. NY, 2005. 859-864
30. Otero,J.L y Fontán,L. Enfermedad con cuerpos de Lewy. *Rev. Med. Uruguay* Vol 24 N3. 2008
31. Pagonabarraga, J.; Kulisevsky, J., Hebaria, G.; García-Sánchez,C.; Pascual-Sedano, B; Gironell,A. Parkinson's disease-cognitive rating scale: a new cognitive scale specific for Parkinson's Disease. *Mov. Disord.* 2008. 23: 998-1005
32. Sanchez Jerónimo,H.; Hernández Salazar, M.; Gonzalez Vázquez, A.; García, S.; Zarate Méndez,A. Parkinson –Plus: un desafío para su diagnóstico y tratamiento. *Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas*, Vol.8, N.2. Mayo-Agosto 2003, pp. 8--14
33. Trenkwalder,C.; Arnulf, I. and Postuma, R. (2017). Parkinsonism. In M, Kryger, T; Roth, & W. Dement (Eds.). *Principles and practice of sleep medicine* (6th. Ed. Pp. 892-902). Philadelphia. PA: Elsevier
34. Vázquez , S.M. Depresión en la demencia: Análisis conceptual y ubicación clínica; pseudodemencia a propósito de un caso. *CAD. Aten. Primera.* 2004; 11: 95-100
35. Weintraub, D.; Hurtig, H.I. Presentation and management of psychosis in Parkinson's disease and dementia with Lewy Bodies. *Am J. Psychiatry*, 2007, 164: 1491-8
36. Williams, C.H, Evans, J.R., Goris, A., Foltynie, T; Ban, M.; Robbins, T.W et al. The distinct cognitive syndromes of Parkinson's disease. 5 year flow-up of the compaign cohort. *Brain*, 2009, 132: 2958-69
37. Williams, C.H, Evans, J.R., Mason, S.L, Foltynie, T; Brayne,C.; Robbins, T.W et al. The compaign study of Parkinson's disease: 10-year out-look in an accident population-based cohort. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2013; 84: 258-64

Cuerpos de Lewy y compromiso multidominio: Presentación y análisis de un caso

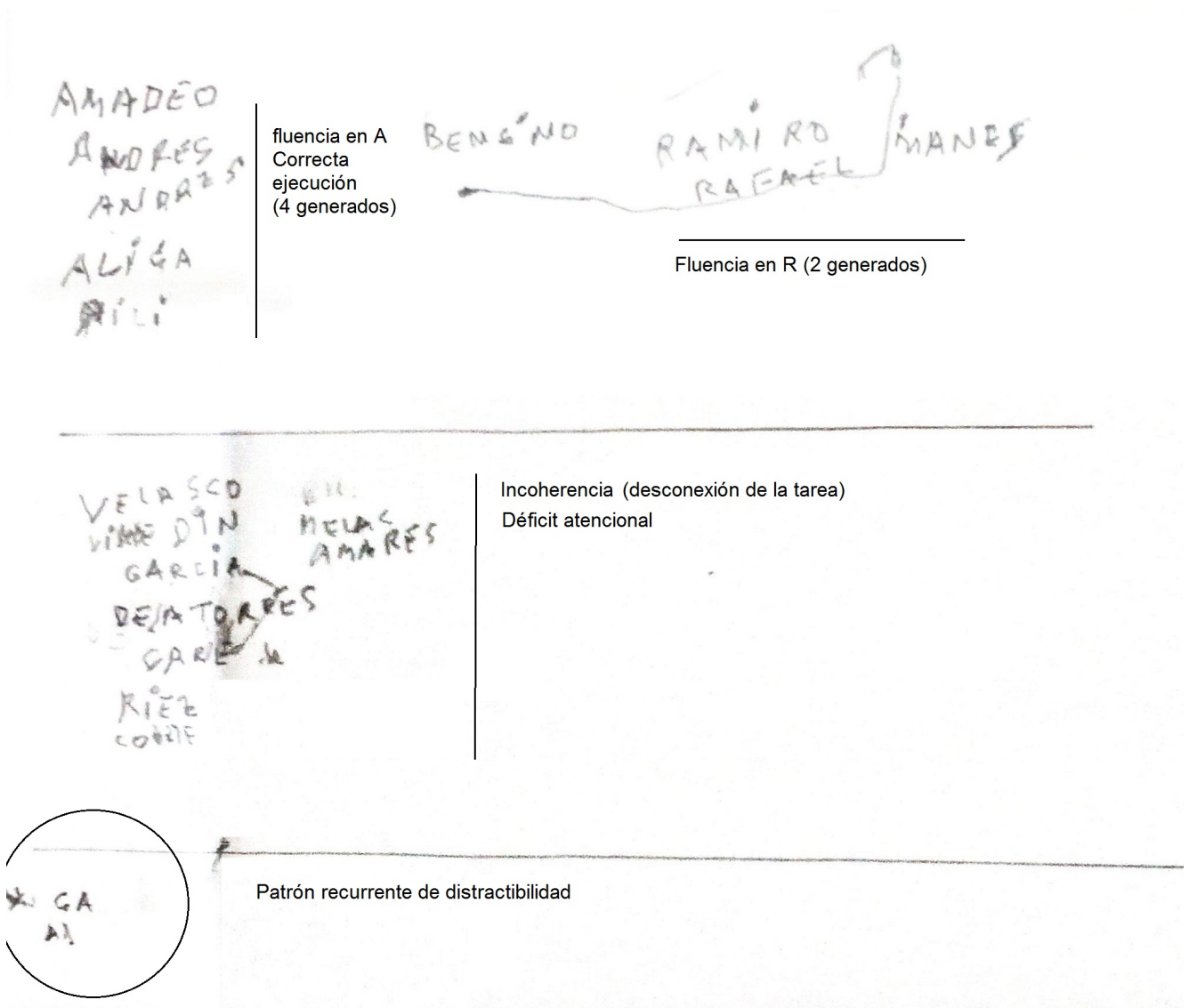


Fig.1. Desempeño en tarea de fluencia verbal (1)

Moreno Toledo

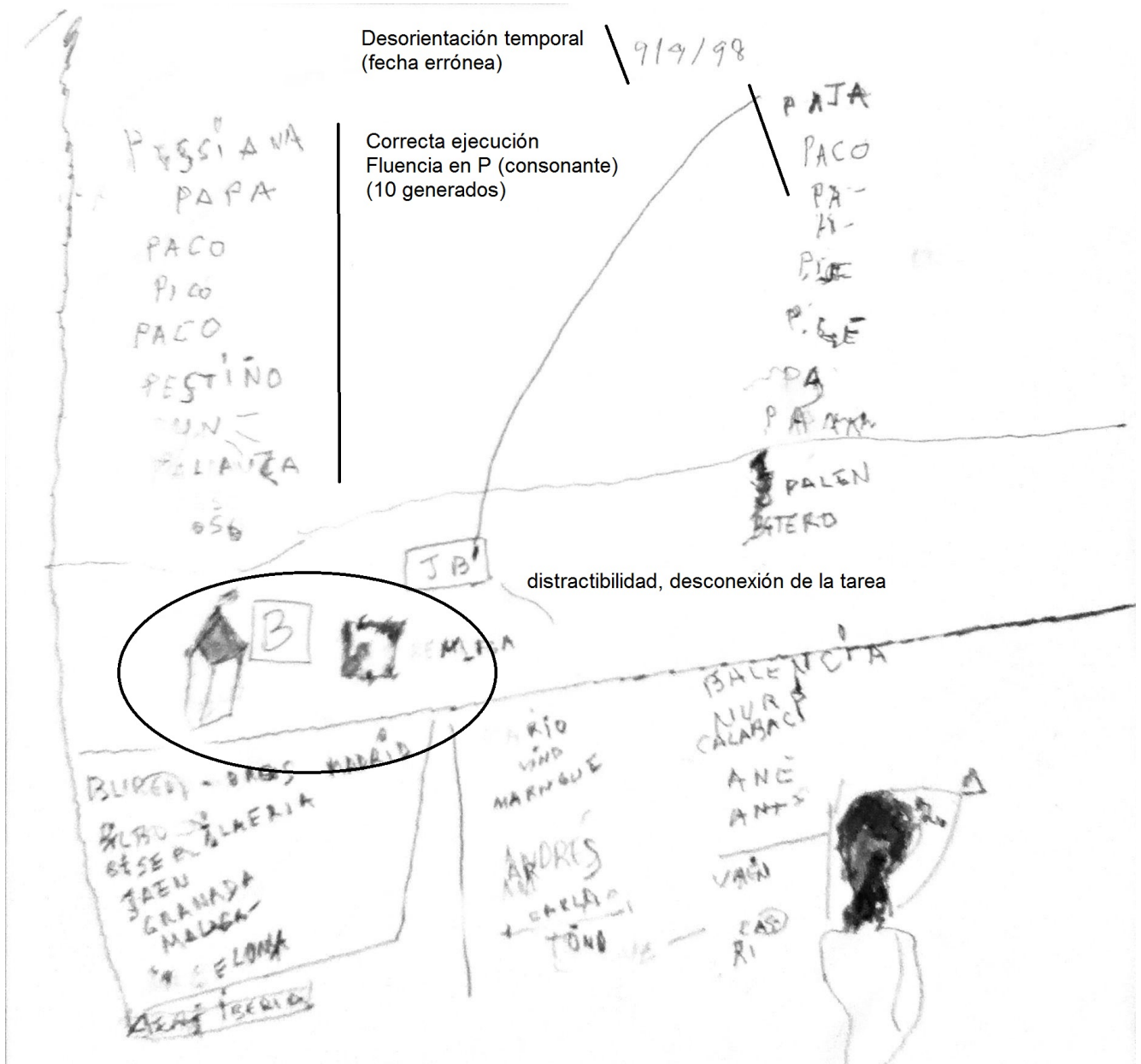


Fig 2. Desempeño en tarea de fluencia verbal (2)

Cuerpos de Lewy y compromiso multidominio: Presentación y análisis de un caso

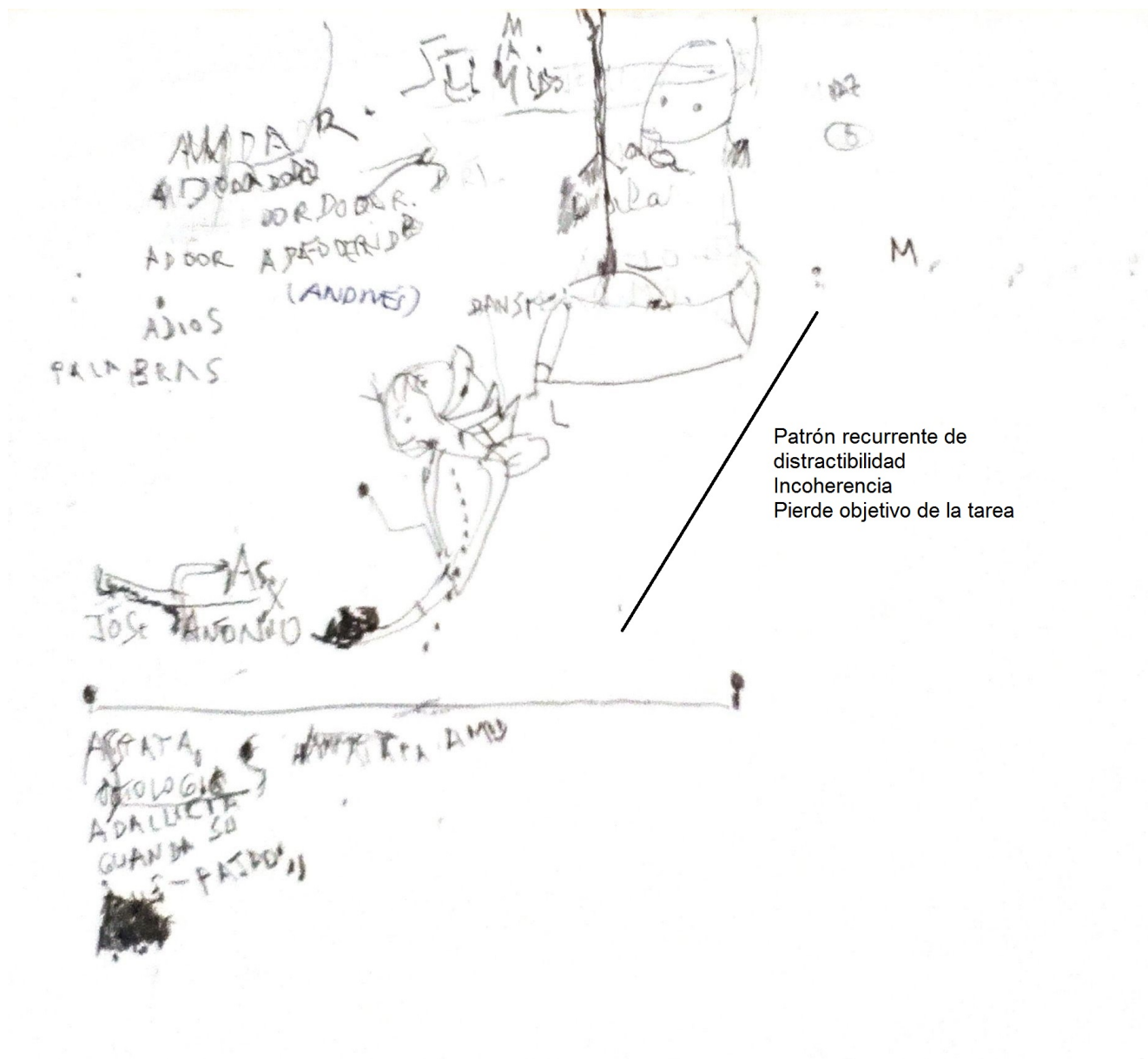


Fig 3. Desconexión y distractibilidad durante el desarrollo de la tarea propuesta.

Moreno Toledo

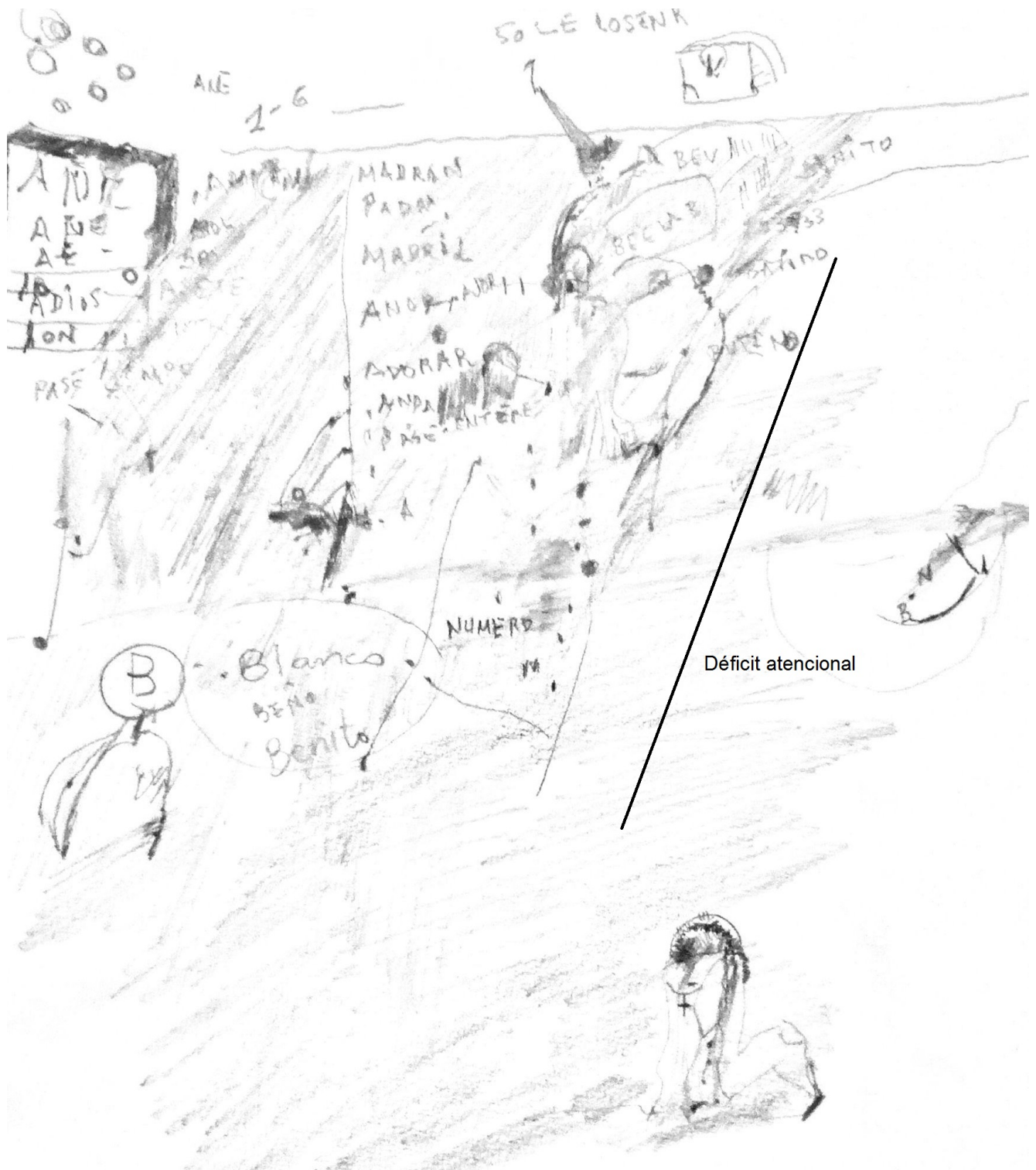


Fig 4. Déficit atencional durante el transcurso de la tarea.

Cuerpos de Lewy y compromiso multidominio: Presentación y análisis de un caso

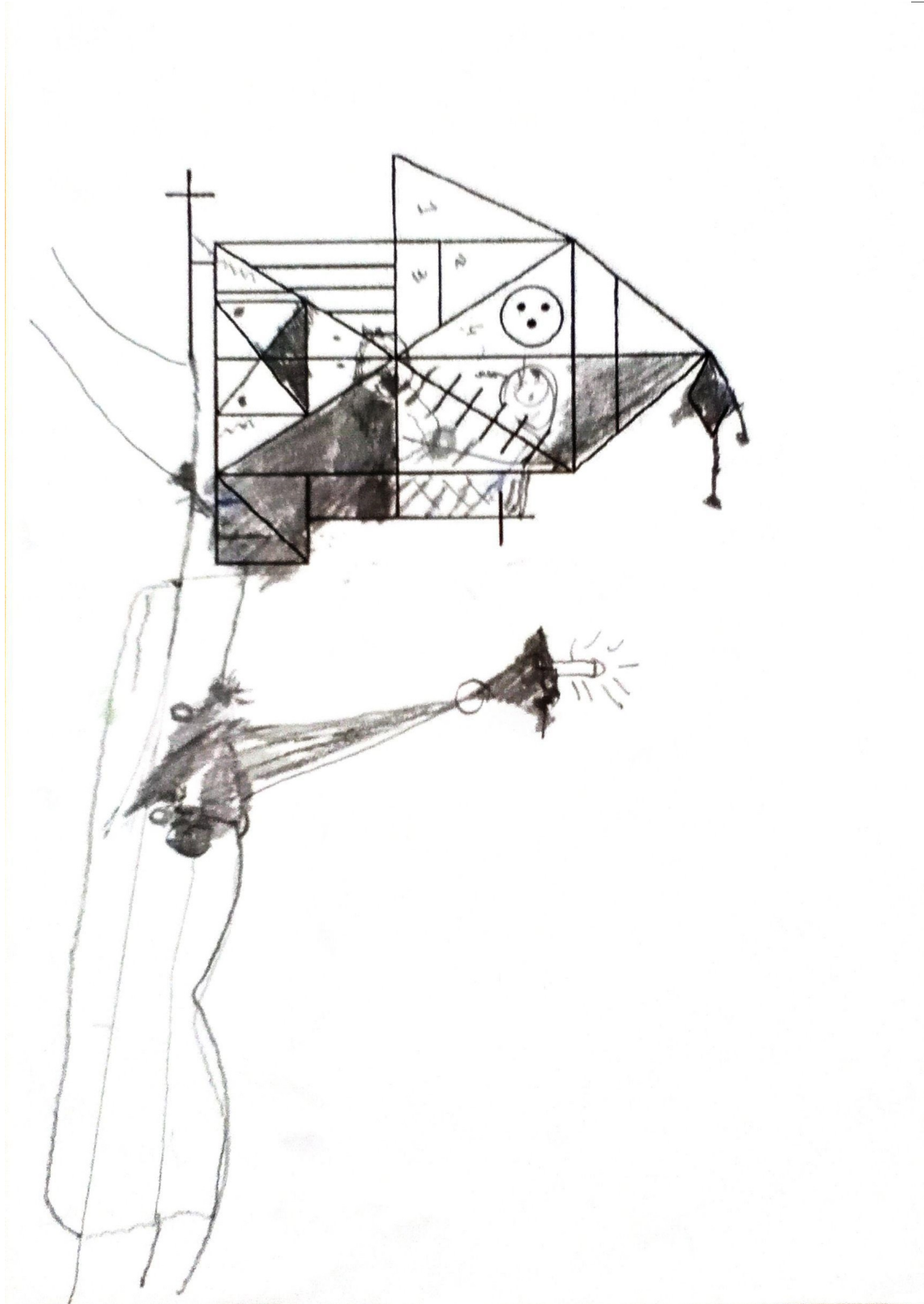


Fig.5. Figura compleja de Rey, Tarea de organización perceptual, memoria visual y construcción. Muestra déficit atencional.



Trastorno neurocognitivo mayor y "síndrome de la bolsa de orina púrpura". Caso clínico

María Farelo Arias ¹, Vanessa Álvarez Vidal ², Nuria Pérez López ¹, Laura López Rodríguez ¹, Jessica Huerta Marey ³, Soraya Mazoy López ³, Laura Gamonal González ³, José Caamaño Ponte ⁴

Resumen

En la evolución del trastorno neurocognitivo mayor se presentan algunos de los principales síndromes geriátricos como las caídas, la incontinencia de esfínteres o la dismovilidad, que favorecen la incidencia de enfermedades agudas como la neumonía por aspiración o las infecciones de las vías urinarias. Presentamos el caso de una mujer de 88 años con una demencia avanzada en la que la coexistencia de diferentes factores de riesgo favorece la presencia de la rara manifestación clínica denominada síndrome de la bolsa de orina púrpura (PUBS, por sus siglas en inglés) que podría ser indicador de fragilidad y mal pronóstico en pacientes con demencia grave.

Palabras clave: Demencia; Fragilidad; Síndrome Bolsa de Orina Púrpura.

Abstract

In the evolution of major neurocognitive disorder (DSM-5) some of the main geriatric syndromes appear, such as falls, sphincter incontinence or dysmobility, which favor the incidence of acute diseases such as aspiration pneumonia, or infections of the urinal tract.

We present the case of an 88-year-old woman with advanced dementia in which the coexistence of different risk factors favors the presence of the rare clinical manifestation called purple urine bag syndrome (PUBS), that could be an indicator of frailty and poor prognosis in patients with severe dementia.

Keywords: Dementia; Frailty; Purple Urine Bag Syndrome

Introducción

El Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM-5, 2013) diseñado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) introduce el término trastorno neurocognitivo mayor para caracterizar aquellas patologías en las que el déficit cognitivo multidominio incide de forma relevante en la capacidad del individuo para mantener su independencia y lo hace de forma continuada y progresiva.

Estos criterios diagnósticos siguen primando el paradigma cognitivo sobre cualquier otro, incluidos los síntomas psicológicos y conductuales asociados a las demencias. En el proceso evolutivo de cualquiera de los subtipos de trastornos neurocognitivos, más allá de la presencia de síntomas neurocog-

ISSUE N°1
JUNIO
2020

Recibido:
06/05/2020

Aceptado:
19/05/2020

(1) Enfermera. Complejo Terapéutico Xerontológico "A Veiga", Pobra de San Xiao, Lámbara, Lugo.

(2) MIR de Geriátria. Servicio de Geriátria, Complejo Hospitalario Universitario Lucus Augusti. Lugo.

(3) Geriatra. Servicio de Geriátria, Complejo Hospitalario Universitario Lucus Augusti. Lugo.

(4) Médico. Complejo Terapéutico Xerontológico "A Veiga", Pobra de San Xiao, Lámbara, Lugo.

Trastorno neurocognitivo mayor y "síndrome de la bolsa de orina púrpura". Caso clínico

neurocognitivos, más allá de la presencia de síntomas psiquiátricos o del déficit funcional progresivo (Caamaño, 2010; López-Álvarez & Agüera-Ortiz, 2015), coexistirán factores de fragilidad y se producirán algunos de los denominados grandes síndromes geriátricos; nos referimos a las caídas, la incontinencia de esfínteres o las úlceras por presión que empeoran el pronóstico, incrementan el consumo de recursos y determinan las opciones de institucionalización (Pinzón-Pulido et al., 2016).

En paralelo con ellos se presentan enfermedades de elevada prevalencia como las cardiopatías, la hipertensión, la diabetes o el cáncer que pueden descompensarse en presencia de procesos agudos. Así, de forma excepcional aparecen manifestaciones clínicas asociadas a procesos infecciosos agravados por la existencia de factores de riesgo como la inmovilidad, la incontinencia urinaria o el estreñimiento. Este es el caso del síndrome de la bolsa de orina púrpura objeto de este trabajo.

Descrito por Barlow y Dickson en 1978, el Purple Urine Bag Syndrome (PUBS) es una complicación de infecciones del tracto urinario en pacientes que precisan sonda urinaria, de presentación infrecuente y visualmente muy llamativa debida al color púrpura de la orina depositada en el tubo y la bolsa colectora.

Poco presente en la literatura científica, la prevalencia comunicada es altamente variable desde el 8.3 % al 42.1% en pacientes con necesidad de sondaje vesical prolongado (Kalsi, Ward, Lee & Handa, 2017). Existen diferentes factores de riesgo que se muestran en la tabla 1 (Khan, Chaudhry & Qureshi, 2011). Asociados a éstos, la etiología está relacionada con la presencia de bacterias productoras de sulfatasas y fosfatasas como *Providencia stuartii*, *Providencia rettgeri*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*, *Escherichia coli*, *Morganella morganii*, *Pseudomonas aeruginosa*, entre otras (Lin, Huang, Chien, Tzeng & Lung, 2008). El mecanismo de producción se relaciona con una infección de vías urinaria y la necesidad de sondaje vesical por la reacción química del material de sondaje, cloruro de polivinilo (PVC), que se produce por el contacto y la degradación de aminoácidos en presencia de bacterias productoras de sulfatasa/fosfatasa (Al Montasir & Al Mustaque, 2013; Worku, 2019). De esta forma, la de-

gradación del indoxil sulfato urinario procedente del metabolismo de aminoácidos aromáticos de la dieta (triptófano, fenil-alanina) por aquellas bacterias que poseen la enzima indoxil sulfato fosfatasa-sulfatasa presentes en la orina podría ser la hipótesis más aceptada. La mezcla de los productos de la degradación del indoxil sulfato, índigo (azul) e indirrubina (rojo) produciría las tonalidades púrpura presentes en la bolsa y el catéter (Nobukuni, Kawahara, Nagare & Fujita, 1995; Sancho, Guisado & Díaz, 2010).

Caso clínico

Historia personal

Mujer, 88 años, casada, una hija, residente en área rural de la provincia de Lugo (Galicia). Lateralidad diestra, nivel de estudios básico, de profesión agricultora.

Historia médica

Antecedentes de Ictus subagudo, Demencia mixta con síntomas psicológicos y conductuales severos, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Neumonía Neumocócica, Infección respiratoria aspirativa, Malnutrición calórico-proteica, Deshidratación hipernatrémica por baja ingesta oral, Déficit de vitamina B12 y ácido fólico, Estreñimiento, Insuficiencia renal crónica, Osteoporosis, Infección urinaria de repetición, Hernia crural derecha incarcerada intervenida quirúrgicamente.

Historia de la enfermedad

Evaluación al ingreso

Institucionalizada en centro gerontológico tras alta hospitalaria por Neumonía Neumocócica.

Examen físico: Temperatura (T^a) 36.5°. Saturación O₂ (SO₂): 97%. Presión arterial (T.A.): 110/60 mmHg. Peso: 33,1 Kg. Escasamente colaboradora. Hipoprosexia. Lenguaje disgregado e incoherente. Deterioro cognitivo multimodal severo. Agitación física y verbal. Pupilas isocóricas, normorreactivas. Hipoacusia. Carótidas y temporales laten rítmicas, no soplos. Cardiovascular: ritmo sinusal a 68 lpm. Tórax: murmullo vesicular conservado. Abdomen: delgadez, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible sin algia o defensa. Pulsos conservados. ROT vivos y simétricos. Reflejos plantares flexores. Desviación del eje de muñeca derecha. Índice frágil -

Farelo, Álvarez, Pérez, López, Huerta, Mazoy, Gamonal, Caamaño

VIG= 0.60. Valoración social: Escala de recursos sociales (OARS)= 3 (recursos sociales ligeramente deteriorados).

Psicometría: Mini-Examen Cognitivo (MEC)= 3. Neuropsychiatric Inventory (NPI-NH)= 46 (destacando agitación y conducta motora sin finalidad). Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)= 100 (conducta física agresiva= 43, conducta verbal agresiva= 7, conducta física no agresiva= 30, conducta verbal no agresiva= 20). Clinical Dementia Rating (CDR)= 3. Valoración funcional: Índice Barthel= 30. Escala de Tinetti equilibrio-marcha: 9/7= 16 (riesgo alto). Test Up & Go (Movilidad y riesgo de caídas)= 3 (Riesgo de caídas).

Tratamiento farmacológico al ingreso: Ácido Acetil Salicílico 100, Omeprazol 20, Bromuro de Ipratropio, Cianocobalamina, Calcio y Vitamina D, Trazodona 100, Rivastigmina 9.5.

Índice frágil - VIG: 0.60

Evolución durante la institucionalización:

Dos semanas después de su llegada al centro se acentúa su deterioro general de forma brusca y se exacerba su cuadro conductual, presenta fiebre, se sospecha de una posible infección urinaria (ITU), se realiza tira reactiva de orina +, es tratada empíricamente con Fosfomicina, resolviéndose el cuadro clínico.

Posteriormente presenta recidiva de ITU, se realiza urocultivo positivo a *Corynebacterium* sensible a Gentamicina. Tras interconsulta programada con el Servicio de Geriatria del hospital de referencia se diagnostica anemia por déficit de folato que es tratada ajustándose la pauta farmacológica indicada para los SCPD, pautándose Mirtazapina 15, Fluvoxamina 50, Quetiapina 25. En los 2 años siguientes la evolución sigue un curso oscilante en lo conductual que requiere modificaciones terapéuticas y ajustes periódicos de dosis.

Cognitiva y funcionalmente persiste el deterioro progresivo con incremento del nivel de dependencia y las dificultades nutricionales, con episodios de deshidratación, constipación y anemia ferropénica (según analíticas sanguíneas de seguimiento) que se tratan o se suplementan, presentándose nuevas infecciones urinarias (leucocitos/campo 20-30, nitrito +, esterasas leucocitarias ++) tratadas con Amoxicilina o Fosfomicina con eficacia terapéutica.

En las primeras semanas del mes de Julio de 2019 se produce un nuevo deterioro del estado general, se muestra delirante y agitada, con negativa a la ingesta y riesgo de aspiración, no colabora en el examen físico, permanece afebril, SO₂ 91%, Frecuencia cardíaca 84 lpm, T.A. 89/53 mmHg, se pauta sueroterapia (glucosalina) endovenosa, se solicitan analítica sanguínea con los siguientes resultados K 3.07, Proteínas totales 4.8, Albúmina 3.38, CK 358, Fe 24, Ferritina 518.2, PCR 18.88, Hematíes 3.67, Hemoglobina 11.5, Hematocrito 34.0. Serie leucocitaria dentro de los valores de referencia. Valoración IF-VIG 0.80.

Los controles de enfermería de la última semana del mes de Julio advierten de “ingestas nulas o escasas, anuria, estreñimiento, sin seguimiento de pauta oral de tratamiento”. Se sugiere sondaje vesical manteniendo sueroterapia. Tras 2 días con sonda se modifica el color de la orina describiéndose como “oscuro, entre negro y morado” en la bolsa. Se vacía y se realiza lavado vesical aclarándose el color de la orina. Tras examen clínico se procede a administrar enema de limpieza. Se realiza tira de orina reactiva (positiva) y se recoge muestra para cultivo, es tratada empíricamente con Fosfomicina y tras 2 días con orina de color púrpura persistente, se indica nuevo cambio de sonda y lavado vesical mostrando adecuada diuresis y orina clara sin sedimento, permaneciendo así. El resultado del urocultivo mostró Leucocitos + y < 10.000 ufc/mL de flora saprofita uretral.

Discusión

Se trata de una paciente pluripatológica con una demencia severa y manifestaciones psicoconductuales asociadas de difícil manejo, en la que dado su delicada situación basal se ha realizado un abordaje individualizado, evitando encarnizamiento diagnóstico y terapéutico, primando confortabilidad y con objetivos de cobertura de necesidades en el que participaba activamente personal de enfermería, adopción de medidas preventivas y control de

Trastorno neurocognitivo mayor y "síndrome de la bolsa de orina púrpura". Caso clínico

enfermedades intercurrentes.

La institucionalización de pacientes con trastorno neurocognitivo, implica que los protocolos de valoración busquen primariamente conocer la reserva cognitiva, las posibles dificultades de convivencia generadas por las alteraciones psicoconductuales y la capacidad funcional con el fin de adaptar las necesidades del cliente a los programas de intervención al uso (Arriola et al., 2001; Facal et al., 2015; Facal, Mouriz, Caamaño & Dosil, 2018).

Sin embargo en aquellos casos en los cuales el deterioro cognitivo y funcional es avanzado, las intervenciones han de tener un perfil preventivo desde el punto de vista del equipo médico y de enfermería ante la gran prevalencia de síndromes geriátricos que acentúan la fragilidad de la persona y el riesgo de dismovilidad y sus consecuencias (Dinamarca, 2012). De esta forma, la atención a necesidades básicas como nutrición, hidratación, eliminación, integridad de la piel o prevención y tratamiento precoz de procesos infecciosos pasan a ser el centro de los cuidados.

El síndrome de la bolsa de orina púrpura, aunque de presentación excepcional, representa el paradigma de cuidados esenciales al anciano frágil institucionalizado en situación paliativa.

En el caso que presentamos se dan algunos de los principales factores de riesgo descritos por la literatura en casos similares, sexo femenino, demencia evolucionada, estreñimiento, déficit nutricional e infección de tracto urinario (tabla 1). Aunque la paciente fue institucionalizada en una situación de fragilidad, la evolución en 2 años con trastorno psicoconductual de muy difícil manejo por la baja adherencia terapéutica, unido a la escasa colaboración en la alimentación y los cuidados básicos, limitó el ajuste dietético o su eficaz control e implicó un potencial déficit de respuesta inmunitaria ante agentes bacterianos con incidencia incrementada de procesos infecciosos de tracto urinario. Asumimos que la presentación de PUBS en la residente (figuras 1 y 2) está en consonancia con las principales hipótesis etiopatogénicas relacionadas con la degradación del indoxil sulfato procedente de aminoácidos aromáticos de la dieta en presencia de determinadas bacterias, y su conversión en índigo e

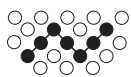
indirrubina, aunque no hayamos podido realizar ninguna técnica de detección de indicanuria. Por otra parte, la hipótesis de una posible coluria secundaria a fármacos no ha sido demostrada pues sólo alguno de ellos como amitriptilina, metoclopramida, indometacina, prometazina, metronidazol o nitrofurantoína pueden lograr una tonalidad azulada, pero en ningún caso de color púrpura (Raymond & Yarger, 1988), además de que en este caso, los fármacos Quetiapina y Trazodona administrados a la paciente están excluidos en un principio de efecto colúrico.

Los hallazgos en la analítica de sangre parecen mostrar deshidratación incipiente, asociada a hábito de eliminación muy limitado con necesidad de enema de limpieza que justificaría la asociación de ambos factores y la influencia de la lentitud de absorción intestinal en la fisiopatología del síndrome (Lam, Au & Fun, 2009; Zanetti, Ku, Ruíz & González, 2012). Creemos que la referida asociación con la insuficiencia renal puede ser descartada ante la presencia de unos parámetros de función renal que no mostraron alteración significativa.

A pesar de la preocupación inicial que puede suponer la sorpresa del llamativo color púrpura, el PUBS no suele revestir gravedad solucionándose con tratamiento antibiótico específico ante el que las bacterias involucradas en la infección muestren sensibilidad según urocultivo acompañado de lavado vesical y cambio de material de sondaje (Lee 2007; Magallanes & Notario, 2017) como ha ocurrido en el caso que presentamos. Sin embargo, sí podría servir como indicio de mal pronóstico para la paciente dados los factores de riesgo asociados.

Conclusión

Aunque inusual y de escasa repercusión clínica, el síndrome de la bolsa de orina púrpura podría ser un indicador semiológico de mal pronóstico en pacientes con demencia avanzada.



Farelo, Álvarez, Pérez, López, Huerta, Mazoy, Gamonal, Caamaño

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-V. Editorial Médica Panamericana, 2013.
2. Caamaño Ponte J. Trastornos Psicológicos y Conductuales. Gerontología y Geriatria. Valoración e Intervención. Millán Calenti. 2010. Editorial Médica Panamericana. 269-283.
3. López-Álvarez J., Agüera-Ortiz, F. Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría* 2015; 5 (1): 3-14.
4. Pinzón-Pulido S., Garrido Peña F., Reyes Alcázar V., Lima-Rodríguez JA., Raposo Triano Medicina Paliativa MF., Martínez Domene M., Alonso Trujillo F. Factores predictores de la institucionalización de personas mayores en situación de dependencia en Andalucía. *Enferm Clin.* 2016(1): 23-30.
5. Barlow GB, Dickson JA. Purple urine bags. *Lancet.* 1978; 311:220-1.
6. Kalsi DS, Ward J, Lee R, Handa A. Purple Urine Bag Syndrome: A Rare Spot Diagnosis. *Dis Markers.* 2017; 2017:9131872. doi:10.1155/2017/9131872.
7. Khan F., Chaudhry M. A., Qureshi N. Purple urine bag syndrome: an alarming hue? A brief review of the literature. *International Journal of Nephrology.* 2011; 2011:3.
8. Lin CH, Huang HT, Chien CC, Tzeng DS, Lung FW. Purple urine bag syndrome in nursing homes: ten elderly case reports and a literature review. *Clin Interv Aging.* 2008;3(4):729-734.
9. Worku DA. Purple urine bag syndrome: An unusual but important manifestation of urinary tract infection. Case report and literature review. *SAGE Open Med Case Rep.* 2019.
10. Sancho Zamora MA., Guisado Vasco P., Díaz Álvaro A. Síndrome de la bolsa de orina púrpura. *Med Pal (Madrid)* Vol 17, nº1; 6-8, 2010.
11. Medina-Chavez, J. (2015). Envejecimiento de la población y necesidad de intervención interdisciplinaria. *Revista de Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*.23(1), 1-2. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151a.pdf> (6 de octubre de 2019).
12. Nobukuni K, Kawahara S, Nagare H, Fujita Y. Study on purple pigmentation in five cases with purple urine bag syndrome. *Kansenshogaku Zasshi* 1995; 69: 1269-71
14. Facal D., Mouriz R., Balo-García A., González-Abraldes I., Caamaño J., Dosil C., Millán-Calenti J. Estudio exploratorio sobre el uso de instrumentos de evaluación cognitiva y neuropsicológica en centros de personas mayores de Galicia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología.* Vol. 50. Núm. 2, páginas 62-70 (Marzo - Abril 2015).
15. Facal Mayo D., Mouriz Corbelle R., Caamaño Ponte J., Dosil Díaz C. Estrategia de abordaje de los comportamientos exigentes “challenging behaviours” en centros gerontológicos. *Neurama. Revista Electrónica de Psicogerontología.* Nº 2. Vol 5. Diciembre, 2018.
16. Dinamarca Montesinos JL. Dismovilidad en Geriatria: Una década definiendo un concepto clínico. *Bol. Hosp. Viña del Mar* 2012, 68 (2).
17. Raymond JR & Yarger WE. Abnormal urine color: Differential diagnosis. *South Med J.* 1988; 81: 837-41.
18. Lam TSK, Au CWK, Fun HT. Two cases of the purple urine bag syndrome. *Hong Kong J Emerg Med* 2009; 16:155-8.
19. Zanetti M., Ku V., Ruiz J. & González e. Síndrome de la bolsa de orina púrpura. Presentación de un caso. *Cuad. Med, Forense*, vol 18, nº 3-4, Málaga jul/dic. 2012.
20. Lee J. Images in clinical medicine. Purple urine. *N Engl J Med* 2007; 357 (13) e 14.
21. Magallanes Gamboa, Jeffrey & Notario Barba, Verónica. (2017). Síndrome de la orina púrpura. *Revista Clínica de Medicina de Familia.* 10. 205 – 207.

Trastorno neurocognitivo mayor y "síndrome de la bolsa de orina púrpura". Caso clínico

Tabla 1. Factores de riesgo para el síndrome de la bolsa de orina púrpura (PUBS)

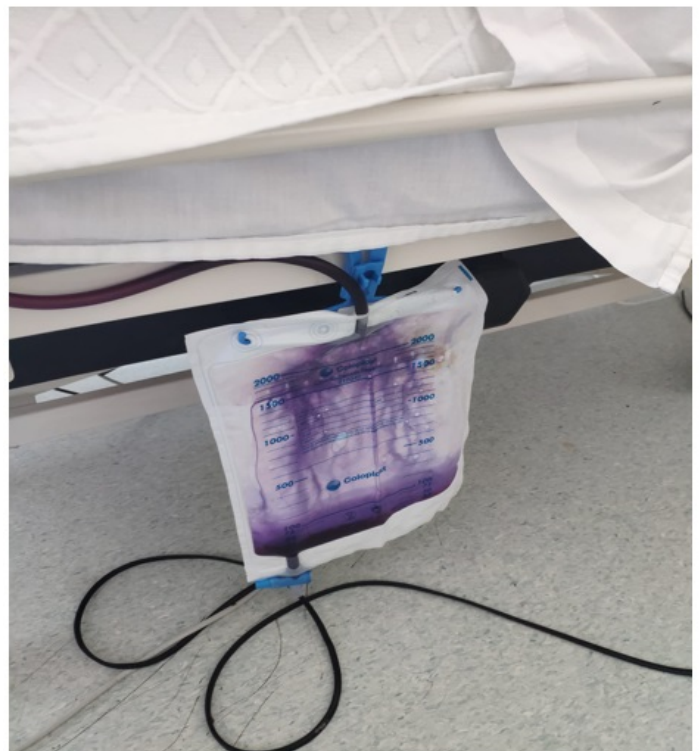
Factor de riesgo	Mecanismo
Género femenino	Anatomía predisponente por uretra corta
Edad avanzada	Disminución de reserva orgánica
Demencia	Deterioro cognitivo y SPCD
Dismovilidad	Disminución funcional general
Incremento de triptófano en la dieta	Sustrato facilitador de conversión por dieta
Orina alcalina	Facilidad para indoxil-oxidación
Historia de estreñimiento severo	Aumento del tiempo de sustrato bacteriano
ITUs recurrentes	Empapadores y sustrato bacteriano
Bacterias productoras de fosfatasas y sulfatasas	Proximidad uretral – anal
Cateterismo crónico	Anuria
Fallo renal	Relación con aclaramiento de indoxil sulfato

Modificado de Khan, Chaudhry & Oureshi, 2011.

Figura 1. Tubo con orina púrpura.



Figura 2. Tubo y bolsa con orina púrpura.





Validación del test de Propósito Vital en personas mayores

Ricardo Díaz-Castillo, Angélica María Razo González, Carlos Alejandro Flores Monroy, Mariam Eleany Martínez Mondragón ¹

Resumen

El sentido de vida es uno de los constructos más complejos e interesantes de la investigación con población general, pero particularmente en personas adultas mayores. Una herramienta para su valoración es el Test de Propósito Vital, el cual ha sido validado en distintas poblaciones, pero no con adultos mayores mexicanos. Los antecedentes dan cuenta que, de acuerdo con los contextos y características de las poblaciones estudiadas, el test muestra estructuras factoriales distintas. Objetivo: Analizar las propiedades psicométricas de dicho Test, particularmente en una muestra de adultos mayores mexicanos. Método: Se trabajó con 185 personas mexicanas mayores de 60 (promedio = 67.8) años de edad. Se utilizó el Test de Propósito Vital y el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Resultados: Se encontró una estructura factorial confirmatoria integrada por 13 ítems, distribuidos en tres factores; 1) Sentido reflexivo sobre la vida; 2), Sentido hedónico-direccional de la vida y 3) Sentido de una vida con significado. Tanto la escala total como sus factores cuentan con adecuados índices de confiabilidad, así como validez intrínseca y convergente. Discusión: El Test de Propósito Vital mostró ser una herramienta adecuada para evaluar el propósito de vida y sus dimensiones en personas adultas mayores mexicanas, a partir de esto se puede continuar con la investigación de un tema de relevancia para el estudio del envejecimiento.

Palabras clave: Adultos mayores; Test de Propósito Vital; Propiedades psicométricas; Validación mexicana

Abstract

The meaning of life is one of the most complex and interesting constructs of research with the general population, but particularly in older adults. A tool for its assessment is the Vital Purpose Test, which has been validated in different populations, but not with Mexican older adults. The background shows that, according to the contexts and characteristics of the populations studied, the test shows different factor structures. Objective: To analyze the psychometric properties of said Test, particularly in a sample of Mexican

older adults. Method: We worked with 185 Mexican people over 60 (average = 67.8) years of age. The Vital Purpose Test and the Quality of Life Questionnaire of the World Health Organization were used. Results: A confirmatory factor structure composed of 13 items was found, distributed in three factors; 1) Reflective sense about life; 2), Hedonic-directional sense of life and 3) Meaning of a life with meaning. Both the total scale and its factors have adequate reliability indices, as well as internal and convergent

ISSUE N°1
JUNIO
2020

Recibido:
22/06/2019

Aceptado:
26/07/2019

(1) Cuerpo Académico "Calidad de Vida, Género y Envejecimiento"; Licenciatura en Gerontología; Universidad Estatal del Valle de Ecatepec.
Contacto de autor responsable: Dr. Ricardo Díaz Castillo: Tel.: 55-39060221; correo: psi.diaz.castillo@gmail.com; orcid.org/0000-0003-2208-4914.

Validación del test del Propósito vital en personas mayores

validity. Discussion: The Vital Purpose Test proved to be an adequate tool to evaluate the purpose of life and its dimensions in older Mexican adults, from this it is possible to continue the investigation of a topic of relevance for the study of aging.

Keywords: Older adults; Purpose in Life Test; Psychometric properties; Mexican validation

INTRODUCCIÓN

El Sentido de Vida (SV) es uno de los constructos más complejos e interesantes de la investigación en personas adultas mayores, en el Programa de Investigación sobre el Envejecimiento para el Siglo XXI, presentado en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento a través del Foro de Valencia, el SV de las personas mayores fue señalado como un punto prioritario en el ámbito de investigación en Calidad de Vida (ONU, 2002:62). De hecho, la investigación sobre el SV en la vejez plantea un reto frente a la imagen de deterioro y enfermedad de los imaginarios sociales occidentales, para la vejez “encontrar su sentido equivale a decirle ¡Sí a la vida!, alcanzar la integridad a la que se refiere Erickson en la última etapa de la vida. Es posible encontrar el Sentido en la vejez, y esto equivale a vivir en plenitud y ser feliz, aunque se vivan desgracias, sufrimientos o angustias que son propias en todo momento de la existencia” (Acosta Ocampo, 2011:99). Así que, las preguntas esenciales de toda investigación sobre el tema son ¿qué es el sentido de vida? y ¿cuáles son sus dimensiones?

Para Frankl (2004) el ser humano se relaciona y se centra siempre en algo diferente de sí mismo, “es así que el hombre se orienta hacia el mundo que está ahí fuera, y estando en ese mundo, se interesa por dar sentido a las cosas”, busca la auto trascendencia que es, al final de cuentas, “la esencia de la existencia humana” (Frankl, 2004:184). En consecuencia, la búsqueda por el sentido de la vida es una capacidad humana, es decir, el individuo pone en marcha todos sus recursos, internos y externos, para encontrarle un sentido a la propia vida, aún en los momentos más difíciles. Para Gengler (2009) existen dos sentidos en el SV, uno es el Sentido Ontológico, visto desde un contexto amplio, que trata de responder la pregunta al porqué existe algo, que puede ser solamente respondida por “el creador de una cosa”. El otro es el Sentido Existencial, que se refiere a la situación con-

creta de cada persona, “es la mejor respuesta disponible, que un ser humano puede dar a su situación concreta” y surge cuando se responde a la pregunta por el fin de la propia vida (Gengler, 2009:202). Es este sentido existencial el que interesa mayormente cuando se investiga sobre el SV. En conclusión, el SV es una capacidad humana más allá de los elementos contextuales y, por tanto, es un concepto multidimensional.

Grondin (2011) resume, “reconocerle un sentido a la vida es reconocerse en las esperanzas que nos hacen vivir y que son más universales de lo que solemos creer, sabiendo muy bien que se trata de un sentido esperado, el de una vida sentida o <juzgada>” y destaca cuatro “sentidos del Sentido”:

- El Sentido Sensitivo: capacidad de sentir y disfrutar la vida en forma hedónica. Así que se relaciona con el presente. Las cosas que disfruta de la vida, los gustos, las personas, las situaciones.

- El Sentido Direccional: un cursus, desde el nacimiento y hasta la muerte, hacia donde las personas se dirigen, más relacionada con el futuro. Los propósitos, metas y planes de vida.
- El Sentido Significante: lo que la vida otorga, contiene momentos buenos, pero también de dolor. Es decir, encontrar el sentido al sinsentido de la vida. Las cosas que le importan a una persona, lo que lo impulsa a seguir adelante a pesar de las circunstancias.
- El Sentido Reflexivo: la capacidad de “juzgar la propia vida” y si ésta ha valido la pena, lo que implica una revisión del pasado. Los logros, la satisfacción con lo vivido y las decisiones que ha tomado en la vida.(Grondin,2011:35-42).

En su validación sobre el PIL, Martínez, Trujillo & Trujillo proponen un modelo de tres factores, para una población de adultos y adultos mayores (20-70 años) colombianos. Estos factores son: 1) Sentido desde el componente hedónico de la vida, que se ajusta a la propuesta de Sentido Sensitivo de Grondin; 2) Sentido desde la capacidad de establecer metas, relacionado con el Sentido Direccional; y, 3) Sentido desde la sensación del logro, lo que puede ser una mezcla de el Sentido Reflexivo y el Sentido Significante desarrollados por Grondin.

En otro estudio, llevado a cabo en Argentina con adultos y adultos mayores (15-79 años), los autores demostraron que la varianza total explicada y el gráfico de sedimentación indicaron la existencia de

Díaz-Castillo, Roza González, Flores Monroy, Martínez Mondragón

3 factores que explican el 40.92% de la variabilidad de la varianza total (Gottfried, 2016). Los tres factores son: 1) Percepción de Sentido; 2) Vivencia de Sentido; y, 3) Actitud ante la Muerte, este último abarca cuestiones sobre cómo la persona se posiciona frente al deseo de no nacer, la posibilidad del suicidio y la muerte como destino inevitable. En contraste, Magaña, Zavala, Ibarra, Gómez y Gómez (2004), definieron también 3 factores, determinados a partir de una muestra de 723 mexicanos adultos jóvenes (16 a 27 años), con ello obtuvieron alta consistencia interna del PIL, alfa de Cronbach de 0.90. Su análisis factorial exploratorio arrojó un modelo trifactorial que explicó el 50% de la varianza, los factores son: 1) Percepción de sentido y significado de la vida; 2) Satisfacción por la propia vida y libertad; y, 3) Control de la propia vida. Tal parece que los factores se agrupan dependiendo de los componentes contextuales y culturales de los sujetos, considerando que pueden existir estas variaciones, el objetivo del presente estudio es analizar las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez del PIL en una muestra de adultos mayores mexicanos.

MÉTODO

Se realizó una investigación de campo, observacional-descriptiva de corte transversal (Kerlinger y Lee, 2002; Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2014).

Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional a conveniencia y participaron 185 personas mexicanas mayores de 60 años de edad, que en México se consideran Personas Adultas Mayores (PAM). En promedio tenía 67.8 años de edad, siendo los hombres ($x = 69.35$) más viejos que las mujeres ($x = 67.23$), sin presentarse diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($t = 1.84$; $p = .07$). Participaron 133 (71.9%) mujeres y 67 hombres (28.1%), la mayoría (78.4%) eran residentes del municipio de Ecatepec en el Estado de México, el resto eran de municipios aledaños. Respecto a los datos sociodemográficos, la mayoría de los participantes reportaron que su estado civil es casado ($n = 95$; 51.4%), seguido de viudo ($n = 52$; 28.1%), soltero ($n = 27$; 14.6%) y divorciado ($n = 11$; 5.9%). La mayoría tenían sólo estudios básicos de primaria ($n = 88$; 47.6%) y secundaria ($n = 41$; 22.2%), 20 (10.8%) tenían estudios del nivel medio superior, 15

(8.1%) tenían estudios universitarios, 8 (4.3%) estudiaron un posgrado y 13 (7%) personas no tenían estudios, aunque sabían leer y escribir.

Instrumentos

Se utilizó el Test de Propósito Vital (PIL) desarrollado por Crumbaugh y Maholick (1964). Está conformado por 20 ítems desarrollados para evaluar el sentido de vida o su contra parte vacío existencial. Los ítems están desarrollados en un diferencial semántico de 7 opciones, sin embargo, en esta versión sólo se utilizaron 5 opciones para facilitar las respuestas a las personas mayores. Además, con el objetivo de obtener la validez de criterio convergente, se aplicó el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQoL, por sus siglas en inglés; OMS, 1991). Es un cuestionario que evalúa la percepción de calidad de vida, a través de 26 preguntas tipo Likert, con 5 opciones de respuesta, son dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 distribuidas en cuatro factores: 1) Salud física, 2) Aspectos psicológicos, 3) Relaciones sociales y 4) Medioambiente. Las puntuaciones mayores indican que hay mejor percepción de la propia calidad de vida. En el presente estudio se obtuvo una alfa de Cronbach de 0.89, que se considera adecuada.

Procedimiento

El estudio se deprendió de un proyecto de investigación, el cual fue sometido a revisión por el Comité de Investigación y Ética de la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec y aprobado para su ejecución.

Para el desarrollo de la versión mexicana del test, se tomó como referencia las versiones colombiana y argentina. En la versión colombiana (Martínez, Trujillo y Trujillo, 2012), las preguntas se dividen en tres factores; 1) Sentido de la Capacidad de Establecer Metas; 2) Sentido desde el Componente Hedónico de la vida; y, 3) Sentido desde la Sensación de Logro. De acuerdo con los autores, el primer factor hace referencia a la proyección que las personas tienen sobre sí mismas y como se visualizan, así como el valor que le otorgan a sus experiencias. El segundo verifica un sentido afectivo o emocional del sentido que se le otorga a la propia vida y cotidianidad. Y el tercero hace referencia a la sensación de haber logrado algo en la vida, pero des-

Validación del test del Propósito vital en personas mayores

desde un análisis de la misma. Permitiendo tener una definición del sentido de vida de forma que contenga factores cognitivos, afectivos y comportamentales por medio de estos tres factores. En la versión argentina también se divide en tres factores. De acuerdo con Gottfried (2016) el primer factor se denomina Percepción de Sentido, ya que incluye temas sobre la captación de sentido, en el cual, por medio de la libertad y la responsabilidad, la persona percibe que ha progresado en su vida. El segundo factor se denomina Vivencia de Sentido, ya que incluye temas vinculados a la vivencia emocional (entusiasmo, placer, satisfacción y novedad en contraposición a aburrimiento, pesar, rutina y apatía), que la persona tiene de su vida en situaciones cotidianas y de su vida en general. Y el tercer factor se le denomina Actitud ante la Muerte, ya que considera cuestiones sobre cómo la persona se posiciona frente a la posibilidad de haber o no nacido, su actitud ante el suicidio y ante la muerte como destino inevitable. Es importante señalar que dichas versiones fueron utilizadas como referencia de la traducción del Test, sin embargo, se realizó la propia adaptación al español mexicano y se realizó el piloteo de versión resultante. Ya con la versión final del Test, un grupo de estudiantes de la Licenciatura en Gerontología de la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, miembros del Cuerpo Académico de Calidad de Vida, Género y Envejecimiento, fueron capacitados para su aplicación. La recolección de datos se llevó a cabo en el Municipio de Ecatepec, para ello, los estudiantes contaban con baterías de instrumentos conformados por la carta de consentimiento informado, el cuestionario ha doc de datos sociodemográficos, el Test de Propósito Vital y el Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS. Las personas fueron invitadas a formar parte de la investigación, aquellas que accedieron a participar de forma voluntaria firmaron la carta de consentimiento informado, la cual se les leyó en voz alta. En ella, se les informó sobre sus derechos, como la confidencialidad de la información, posteriormente respondieron la batería de instrumentos a manera de entrevista cara a cara. Después de la aplicación de los instrumentos se realizó una base de datos en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, versión 20).

Análisis de datos

Primeramente, se realizaron análisis descriptivos de las características sociodemográficas de los participantes, específicamente distribución de frecuen-

frecuencias y de medidas de tendencia central y de dispersión.

En seguida, se llevaron a cabo diversos análisis para comprobar la pertinencia de los datos para el análisis factorial (Pérez & Medrano, 2010), de esta manera, se procedió con el análisis de discriminación de ítems por tres métodos: distribución de frecuencias, sesgo y curtosis, y diferencias entre grupos extremos. Después, se calculó la consistencia interna por Alfa de Cronbach (Reyes-Lagunes & García, 2008). A continuación, se realizó el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), con rotación ortogonal tipo Varimax y extracción de Máxima Verosimilitud considerando pesos factoriales superiores a .40 y autovalores superiores a uno (Hair Anderson, Tatham y Black, 2004; Ledesma, Ferrando y Tosi, 2019). Además, se consideró la medida de adecuación muestral (KMO) superior a .80 y la prueba de esfericidad de Bartlett significativa (Kaiser, 1961; 1974; Ledesma et. al., 2019). Posterior al AFE, se probaron modelos de Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) considerando los siguientes índices de bondad de ajuste del modelo (Bentler, 1990; Bollen, 1989; Brooke, Russell y Price, 1988; Browner y Crudeck, 1993; Hayduck, 1987; Joreskog y Sorbom, 1982): los índices absolutos; X^2 dividida entre grados de libertad ($CMIN/DF \leq 2$), índice de bondad de ajuste ($GFI \geq .90$), índice de bondad de ajuste corregido ($AGFI \geq .85$) y la raíz del residuo cuadrático promedio ($RMSEA \leq .06$). Los índices incrementales; índice de ajuste comparativo ($CFI \geq .90$); índice de ajuste normalizado ($NFI \geq .90$). Y los índices de ajuste de parsimonia; índice de ajuste comparativo de parsimonia ($PCFI \geq .50$), el índice de bondad de ajuste de parsimonia ($PGFI \geq .50$) y el índice de ajuste normado de parsimonia ($PNFI \geq .50$). Una vez confirmada la estructura final de la escala se calculó la consistencia interna por Alfa de Cronbach tanto para la escala definitiva como para cada uno de sus factores. Posteriormente, utilizando la prueba *r* de Pearson, se analizó la relación interna entre factores y con el total del Test de Propósito Vital. Finalmente, con la misma prueba, se analizó la relación con el Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS.

RESULTADOS

Discriminación de ítems con el objetivo de identificar la distribución de las respuestas de los participantes, se realizaron tres pruebas. Primero, se analizó la distribución de las opciones de respuesta, ésta señaló

Díaz-Castillo, Roza González, Flores Monroy, Martínez Mondragón

señaló que 11 ítems contenían más del 50% de las respuestas en una sola de las opciones posibles. Posteriormente, el sesgo indicó que sólo un ítem rebasó el umbral sugerido (>2), mientras la curtosis indicó que 10 ítems rebasaron el umbral (Reyes-Lagunes et al., 2008). Tras el análisis de sesgo y curtosis, se realizó el análisis de discriminación, para ello se obtuvo una puntuación total de la escala, se formaron cuartiles y se comparó la puntuación de cada ítem entre los cuartiles extremos, se encontró que todos los ítems discriminan. Finalmente, se analizó la consistencia interna por Alfa de Cronbach, obteniendo las puntuaciones de la correlación ítem-total, así como el valor de Alfa si algún ítem (elemento) fuera eliminado. El análisis exhibió que, salvo el ítem 15, todos tienen una correlación con el total de la escala de al menos 0.40, lo que indica la importancia que tiene cada ítem para la evaluación del constructo. Así mismo, señaló que la consistencia interna de Test de Propósito Vital con 20 ítems tiene un valor Alfa de 0.90 y que la eliminación de cualquier de ellos la reduciría, confirmando la importancia de cada ítem (Tabla 1). Considerando los análisis mencionados, se incluyeron los 20 ítems en el AFE

Análisis factorial exploratorio

En el AFE se obtuvo, que la prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obtuvo un valor de .87, y la prueba de esfericidad de Bartlett de 1436.86 ($p < 0.0001$), esto indica que la muestra fue suficiente para realizar el análisis. Se realizó un análisis por ejes principales con el cual se obtuvo una estructura de tres factores que agruparon a 16 ítems con cargas superiores a .40 y autovalores superiores a uno, que explican el 42.36% de varianza, fueron eliminados cuatro ítems por presentar carga menor a .40 en los factores señalados. En la Tabla 2, se puede observar la estructura y las cargas factoriales de la escala.

Análisis factorial confirmatorio

Se probó un primer modelo diseñado a partir de la selección de 13 ítems que presentaron cargas factoriales mayores a .50 en el AFE. En los índices absolutos de bondad de ajuste, se encontró discrepancia entre el modelo hipotetizado y los datos ($X^2 = 294.30$; $p < .01$), además, un cociente X^2/gl hipotetizado de 2.23, mayor al criterio de 2, un NFI de 0.85, menor al criterio de 0.90, igual que el RMSEA de 0.08 menor a .06. Todo lo anterior indica un ajuste moderado. Respecto a los índices incrementales, el GFI y el CFI del modelo hipotetizado fueron de 0.90

y 0.91, respectivamente, que se encuentran dentro del criterio 0.90, lo cual indica un buen ajuste. Igual que los índices de ajuste de parsimonia, que indicaron un buen ajuste del modelo. El PCFI, el PGFI y PNFI del modelo hipotetizado fueron de 0.72, 0.61 y 0.68, respectivamente, mayores al criterio de 0.50. Con ajustes moderados en los índices absolutos, el modelo hipotetizado de tres factores no fue satisfactorio de acuerdo con los criterios (Tabla 3). Por lo anterior, se procedió con una re-especificación del mismo con base en los índices de modificación que sugeridos por el Software, después de conectar los residuos de los ítems se probaron dos modelos más, se obtuvo un modelo re-especificado con adecuados índices de bondad de ajuste, que confirmó la estructura de tres factores con 13 ítems, respetándose la estructura original de modelo hipotetizado.

Así, los resultados del modelo re-especificado indicaron un buen ajuste. En los índices absolutos, también se encontró discrepancia entre el modelo hipotetizado y los datos ($X^2 = 95.20$; $p < .03$), sin embargo, el cociente X^2/gl del modelo fue de 1.69, menor al criterio de 2. El GFI fue de 0.93, mayor al criterio de 0.90. El AGFI fue de 0.88, mayor al criterio de 0.85. El RMSEA fue de 0.06 indicativo de un buen ajuste.

Los índices incrementales, también indicaron un buen ajuste del modelo con los datos. El CFI y el NFI del modelo re-especificado fueron 0.96 y 0.90 dentro del criterio de 0.90. Finalmente, los índices de ajuste de parsimonia, también indicaron un buen ajuste del modelo re-especificado con los datos. El PCFI, PGFI y el PNFI del modelo fueron de 0.71, 0.59 y 0.67 respectivamente, mayores al criterio de 0.50. Con un buen ajuste en los índices absolutos, incrementales y de ajuste de parsimonia, se confirma que la bondad de ajuste del modelo re-especificado de 13 ítems distribuidos en tres factores es adecuada (Tabla 3). De esta manera, el factor 1) agrupó seis ítems, el factor 2) cuatro ítems y el factor 3) tres ítems (Figura 1).

Consistencia interna

Una vez confirmada la estructura de tres factores, se analizó la consistencia interna por Alfa de Cronbach tanto del PIL total como de cada uno de los factores. Los resultados señalan que, pese a que la escala global perdió 7 ítems, de la versión original a la confirmada, la consistencia interna con 13 ítems, disminuyó tres décimas, de 0.90 a 0.87, y se sigue considerando como adecuada.

Validación del test del Propósito vital en personas mayores

Respecto a los factores de la escala, se observó mayor consistencia en el factor Sentido reflexivo sobre la vida ($\alpha = 0.84$), seguida de Sentido de una vida con significado ($\alpha = 0.76$), y Sentido hedónico-direccional de la vida ($\alpha = 0.70$), respecto a estos valores que la consistencia interna se considera de aceptable a adecuada.

Validez interna y convergente Para probar la validez de la escala, se analizó la relación entre su puntuación total del PIL con cada uno de sus factores, así como la relación entre los mismos factores. Este análisis señala que los tres factores están altamente relacionados entre sí, lo que evidencia su validez interna (Tabla 4). Posteriormente, se analizó la relación tanto de la escala total como de sus factores, con el Cuestionario de Calidad de Vida (OMS, 1991), en este análisis se observó que existe una alta relación entre el sentido de vida y sus factores con la calidad de vida y los suyos, sobre todo considerando la calidad de vida global, la salud física y los aspectos psicológicos, estos resultados evidencia la validez convergente de la PIL (Tabla 5).

Análisis descriptivos

Se realizó un análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas por los participantes. En la Tabla 6 se puede observar que, en promedio, los participantes obtuvieron una puntuación total del PIL de 4.18 (DE = 0.78). Específicamente por factores se obtuvieron puntuaciones mayores en los factores Sentido de una vida con significado ($x = 4.37$; DE = 0.74) y Sentido reflexivo sobre la vida ($x = 4.36$; DE = 0.69). Mientras que en el caso del WHOQoL la puntuación promedio fue de 3.54 (DE = 0.50), siendo el factor con mayor puntuación el de Aspectos psicológicos ($x = 3.76$; DE = 0.59). Es importante señalar que las puntuaciones están tabuladas en valores de 1 a 5, por lo que, de acuerdo con los resultados, se puede observar que las personas adultas mayores en estudio, presentan mayor sentido de vida que calidad de vida, incluso en la evaluación de la calidad de vida, el factor Aspectos psicológicos, que en una de sus preguntas considera el mismo sentido de vida, fue el de mayor puntuación. Así, destacan el sentido de vida como uno de los fenómenos psicogerontológicos el cual requiere mayor estudio.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo obtener las

propiedades psicométricas del PIL en una muestra de personas adultas mayores mexicanas. En este sentido, la Test mostró tener cualidades psicométricas adecuadas, además de ser válida para su uso con población mayor mexicana.

Originalmente, los autores que desarrollaron el instrumento no tuvieron como objetivo su agrupación en diferentes factores, sin embargo, el test ha mostrado que puede agruparse dando la posibilidad de proponer modelos factoriales para diferentes poblaciones. En la versión Argentina, (Gottfried, 2016) un factor importante fue la Actitud ante la Muerte compuesto por los ítems (6, 10, 15 y 16), sin embargo en la presente versión para Adultos Mayores Mexicanos, los ítems 15 y 16, referentes a la muerte y al suicidio, quedaron fuera de la estructura factorial. Mientras que el ítem 6 se agrupó en el “Sentido de una vida con significado” y el ítem 10, con el “Sentido reflexivo sobre la vida”. Tal diferencia podría explicarse por factores intrínsecos de los sujetos, para la versión argentina la muestra abarcaba adultos jóvenes, adultos maduros y adultos mayores, mientras que la muestra mexicana era sólo de adultos mayores, además los contextos culturales en relación a la muerte pueden estar influyendo entre ambas poblaciones.

Otro punto que puede dar evidencia de cómo influye la etapa del desarrollo vital, de acuerdo con la teoría de Erikson, es la diferencia en el agrupamiento de los factores entre adultos jóvenes (Magaña-Valladares, Zavala, Ibarra-Tarango, Gómez-Medina, & Gómez-Medina, 2004) y adultos mayores que se evidenció en la presente investigación. A pesar de que ambas poblaciones son mexicanas, en el análisis factorial de Magaña-Valladares y cols, la escala distribuye los ítems de la siguiente manera: “Percepción de Sentido y Significado de la Vida” (1,2,3,4,5,7,8,9,10, 13,17,19 y 20); “Satisfacción por la Vida Propia” (6,11,12, 16 y 18) y, “Miedo a la Muerte — Libertad y Control de Vida” (14 y 15) que tienen relación con estar preparado para morir y sentirse libre de tomar sus propias decisiones, cuestiones que se muestran débilmente en los jóvenes. Además, en cuanto a la distribución de frecuencias, con base en los baremos aplicados, encontraron que el 33.3% de los estudiantes se ubican en la zona de indefinición del “Sentido de Vida” y, que el 11.2% con los puntajes más bajos que muestra falta de “Sentido de Vida”.

En la presente investigación se puede observar cómo, en el caso de esta población de adultos mayores mexi-

Díaz-Castillo, Roza González, Flores Monroy, Martínez Mondragón

mexicanos, los reactivos que dan cuenta del Sentido Sensitivo (Hedónico) y del Sentido Direccional, (2, 5, 3, 8 y 7) se agrupan en un solo factor. Cómo si en esta etapa del desarrollo vital las metas y planes se viviesen con un sentido de disfrute por el presente. Mientras que el Sentido Reflexivo agrupa 8 reactivos (17, 10, 14, 20, 9, 11, 13 y 16) y tienen relación con pensar en la vida, las capacidades y la toma de decisiones. Y, tres reactivos se agruparon en torno a las cosas que dan sentido a la existencia personal, incluyendo la elección de las tareas que dan significado a la vida. Otro aspecto notable con esta población lo constituye el hecho de que cuatro reactivos quedaron fuera de estructura factorial exploratoria (18, 15, 1 y 12) relacionadas con el control sobre la propia vida, la confusión sobre las metas, estar preparado para morir y el aburrimiento o entusiasmo por la vida. Lo que bien puede deberse a que son aspectos que dejan de ser relevantes en esta etapa vital.

Finalmente, es importante destacar que el Test definitivo quedó constituido por 13 ítems, cuando el original estaba conformado por 20, lo anterior sucedió porque como se mencionó, en el análisis factorial exploratorio quedaron fuera cuatro ítems, y el modelo de análisis factorial confirmatorio se diseñó considerando los ítems con mayores cargas factoriales, es decir con los 13 definitivos, de esta manera, ahora se cuenta con un instrumento con adecuadas propiedades psicométricas que con un número reducido de ítems, es capaz de evaluar el sentido de vida global y en tres dimensiones.

Financiamiento

Esta investigación fue financiada por la Universidad Estatal de Valle de Ecatepec, a través del proyecto titulado “Relación entre calidad de vida y sentido de vida desde la percepción de los adultos jóvenes, adultos maduros y los adultos mayores del municipio de Ecatepec”, dirigido por la Dra. Angélica María Razo González, líder del Cuerpo Académico “Calidad de Vida, Género y Envejecimiento”.

Conflicto de intereses

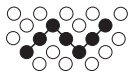
Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Se agradece los estudiantes colaboradores del cuerpo académico, quienes se encargaron del trabajo de campo de la presente investigación, por lo que sin su apoyo no hubiera sido posible el presente estudio. También, se agradece a los participantes del estudio quienes brindaron su confianza al momento de ser cuestionados sobre su sentido y su calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Acosta Ocampo, C. (2011). El sentido de la vida humana en adultos mayores: enfoque socioeducativo. Colombia: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
2. Bentler, P. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*(107), 238-246.
3. Bollen, K. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York : John Wiley & Sons.
4. Brooke, P., Russell, D., & Price, J. (1988). Discriminant validation of measures of job satisfaction, job involvement, and organizational commitment. *Journal of Applied Psychology*(73), 139-145.
5. Browner, M., & Crudeck, R. (1993). *Alternative ways of assessing model fit*. Newbury Park, Ca. Sage: K. A. Bollen & J. S. Long (Eds).
6. Crumbaugh, J., & Maholick, L. (1964). An experimental study in existentialism: the psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*(20), 589-596.
7. Erikson, E. (2011). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.
8. Frankl, V. E. (2004). *El hombre en busca del sentido último*. México: Paidós.
9. Gengler, J. (2009). *Análisis Existencial y Logoterapia: Bases Teóricas para la Práctica Clínica*. Psiquiatría y Salud Mental, XXVI(3-4), 200-209.
10. Gottfried, A. (2016). Adaptación Argentina del PIL Test (Test de Sentido en la Vida) de Crumbaugh y Maholick. *Revista de Psicología*, 23(12), 49-65.
11. Grondin, J. (2011). *Del sentido de la vida. Un ensayo filosófico*. España: Herder.
12. Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (2004). *Análisis Multivariante*. México: Prentice-Hall.
13. Hayduck, L. (1987). *Structural equation modeling with LISREL: Essentials and advances*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
14. Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, L., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta. ed.). México: Mc Graw Hill.
15. Joreskog, K., & Sorbom, D. (1982). Recent developments in structural equation modeling. *Journal of Marketing Research*(19), 404-417.



Validación del test del Propósito vital en personas mayores

16. Kaiser, H. (1961). A note on Guttman's lower bound for the number of common factors. *Multivariate Behavioral Research*(1), 249-276.
17. Kaiser, H. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*(39), 31-36.
18. Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw Hill / Interamericana.
19. Ledesma, R., Ferrando, P., & Tosi, J. (2019). Uso del análisis factorial exploratorio en RIDEP. Recomendaciones para autores y revisores. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 52(3), 173-180. doi:<https://doi.org/10.21865/RIDEP52.3.13>
20. Magaña-Valladares, L., Zavala, M., Ibarra-Tarango, I., Gómez-Medina, M., & Gómez-Medina, M. (julio-diciembre de 2004). El sentido de vida en estudiantes de primer semestre de la Universidad de la Salle Bajío. *revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle*, 6(22), 5-13.
21. Martínez, E., Trujillo, A., & Trujillo, C. (abril de 2012). Validación del Test Propósito Vital (pil test - purpose in life test) para Colombia. (F. Aiglé, Ed.) *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI(1), 85-93.
22. ONU. (2002). Programa de investigación sobre el envejecimiento para el siglo XXI* Presentado en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento a través del Foro de Valencia. (D. d.-A. Gerontología, Ed.) *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(S2), 57-64.
23. Organización Mundial de la Salud. (23 de octubre de 1991). Calidad de vida de la OMS-BREF (WHOQOL-BREF). Obtenido de http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/
24. Pérez, E., & Medrano, L. (2010). Análisis factorial exploratorio: Bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*,(2), 58-66.
25. Reyes-Lagunes, I., & García y Barragán, L. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. En S. Rivera-Aragón, R. Díaz-Loving, R. Sánchez-Aragón, & I. Reyes-Lagunes, *La Psicología Social en México Vol. XII* (págs. 625-631). México: AMEPSO.

Díaz-Castillo, Roza González, Flores Monroy, Martínez Mondragón

Tabla 1. Análisis de discriminación de *ítems* del Test de Propósito Vital.

<i>Ítems</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Sesgo</i>	<i>Curtosis</i>	<i>t</i>	<i>r</i> ($\geq .40$)	α ($\leq .90$)
			(≤ 2)	(≤ 2)	($p \leq .05$)		
1. Generalmente soy:	4.02	1.01	-.95	.43	7.50***	.50	.89
2. La vida me parece:	3.49	1.38	-.58	-.88	10.18***	.47	.89
3. Para mi vida:	3.61	1.38	-.64	-.85	7.18***	.40	.90
4. Mi existencia personal:	4.39	.97	-1.91	3.51	9.00***	.65	.88
5. Cada día es:	3.83	1.36	-.98	-.32	9.29***	.51	.59
6. Si pudiera escoger, preferiría:	4.44	.82	-1.88	4.33	7.07***	.49	.59
7. Después de jubilarme, me gustaría:	4.14	1.12	-1.46	1.54	6.77***	.47	.59
8. En alcanzar la metas de mi vida:	4.15	1.02	-1.56	2.22	7.95***	.62	.88
9. Mi vida está:	4.24	1.01	-1.65	2.76	9.35***	.69	.88
10. Si muriera hoy, consideraría que mi vida:	4.49	.89	-2.16	4.74	7.15***	.62	.88
11. Al pensar en mi vida:	4.38	.91	-1.71	2.81	6.70***	.54	.88
12. Al considerar al mundo con relación a mi vida, el mundo:	4.14	1.09	-1.58	2.06	7.90***	.44	.89
13. Yo soy:	4.51	.72	-1.49	1.94	6.47***	.43	.89
14. En cuanto a la libertad del hombre para tomar su propias elecciones, creo que el hombre es:	4.28	1.08	-1.72	2.34	7.83***	.42	.88
15. En cuanto a la muerte:	3.91	1.32	-1.13	.09	5.81***	.22	.90
16. En cuanto al suicidio:	4.35	1.12	-1.72	1.86	6.19***	.44	.89
17. Considera que mi capacidad para encontrar un sentido o propósito en la vida:	4.40	.98	-1.95	4.31	8.53***	.61	.88
18. Mi vida está:	4.21	1.07	-1.52	1.71	9.46***	.54	.88
19. Enfrentarme a mis tareas diarias es:	4.28	.93	-1.51	2.32	9.24***	.66	.88
20. Yo:	4.36	.83	-1.40	1.86	8.71***	.65	.88

DE: Desviación Estándar; t de Student; r de Pearson; α de Cronbach; ***: .0001

Validación del test del Propósito vital en personas mayores

Ítems	Sentido reflexivo sobre la vida VE = 33.22% CI = 0.85	Sentido hedónico- direccional de la vida VE = 5.37% CI = 0.71	Sentido de una vida con significado VE = 3.77% CI = 0.76
PIL17	.670	.473	.268
PIL10	.664	.353	.448
PIL14	.626	.289	.222
PIL20	.606	.411	.335
PIL9	.588	.528	.479
PIL11	.572	.352	.189
PIL13	.493	.240	.136
PIL16	.456	.272	.279
PIL2	-.042	.705	.283
PIL5	.224	.616	.401
PIL3	.281	.582	.093
PIL8	.521	.517	.308
PIL7	.433	.435	.185
PIL19	.490	.375	.704
PIL6	.295	.315	.637
PIL4	.492	.579	.602
PIL18	.397	.372	.326
PIL15	.148	.112	.051
PIL1	.233	.320	.350
PIL12	.378	.382	.114

VE: Varianza explicada; CI: Consistencia interna

Tabla 2. Estructura factorial exploratoria del Test de Propósito Vital.

Tabla 3. Índices de bondad de ajuste del Test de Propósito Vital.

Modelos	X ² P	CMIN/ DF	GFI	AGFI	RMSEA	CFI	NFI	PCFI	PGFI	PNFI
	≥ .05	≤ 2	≥ . 90	≥ .85	≤ .06	≥ .90	≥ .90	≥ .50	≥ .50	≥ .50
Hipotetizado	.000	2.27	.90	.85	.08	.91	.85	.72	.61	.68
Re-especificado	.001	1.69	.93	.88	.06	.96	.90	.71	.59	.67

Díaz-Castillo, Roza González, Flores Monroy, Martínez Mondragón

Tabla 4. Validez interna del Test de Propósito Vital

	PIL Total	Sentido reflexivo sobre la vida	Sentido hedónico- direccional de la vida	Sentido de una vida con significado
PIL Total	-	.88***	.83***	.82***
Sentido reflexivo sobre la vida	-	-	.53***	.66***
Sentido hedónico- direccional de la vida	-	-	-	.57***

**. .001

Tabla 5. Validez convergente del Test de Propósito Vital con la Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS.

	PIL Total	Sentido reflexivo sobre la vida	Sentido hedónico- direccional de la vida	Sentido de una vida con significado
Cuestionario de calidad de vida de la OMS	.63***	.50***	.55***	.58***
Salud física	.50***	.41**	.42**	.46**
Aspectos psicológicos	.58***	.50***	.43**	.59***
Relaciones sociales	.38**	.30**	.35**	.33**
Medioambiente	.51***	.39**	.49**	.44**

. .01; *. .001

Validación del test del Propósito vital en personas mayores

Tabla 6. Análisis descriptivo del Test de Propósito Vital en una muestra de adultos mayores.

Medidas	PIL	F1. PIL	F2. PIL	F3. PIL	WHO- QoL	F1. WHO- QoL	F2. WHO- QoL	F3. WHO- QoL	F4. WHO- QoL
Media	4.18	4.36	3.77	4.37	3.54	3.58	3.76	3.55	3.29
Mediana	4.31	4.50	4.00	4.67	3.62	3.71	3.83	3.67	3.38
Moda	5.00	5.00	4.00	5.00	3.73	4.00	3.83	3.67	3.38
Desviación Estándar	.66	.69	.93	.74	.50	.66	.59	.75	.60
Varianza	.44	.48	.87	.55	.25	.43	.34	.56	.36
Asimetría	-1.19	-1.38	-.78	-1.64	-.65	-.57	-.44	-.46	-.40
Curtosis	1.59	1.85	.08	3.42	.75	-.05	.13	.69	.55
Rango	3.46	3.33	4.00	4.00	2.81	3.14	3.00	4.00	3.50
Mínimo	1.54	1.67	1.00	1.00	2.00	1.71	2.00	1.00	1.50
Máximo	5.00	5.00	5.00	5.00	4.81	4.86	5.00	5.00	5.00

PIL: Test de Propósito de Vida; F1. PIL: Sentido reflexivo sobre la vida; F2. PIL: Sentido hedónico-direccional de la vida; F3. PIL: Sentido de una vida con significado; WHO-QoL Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS; F1. WHO-QoL Salud Física; F2. WHO-QoL Aspectos Psicológicos; F3. WHO-QoL Relaciones Sociales; F4. WHO-QoL: Medioambiente.



Díaz-Castillo, Roza González, Flores Monroy, Martínez Mondragón

ANEXO

Tes de Propósito Vital

A continuación, hay una serie de afirmaciones sobre varios aspectos de la vida. Cada una tiene 5 respuestas posibles. Por favor, marque el número que mejor exprese su respuesta. Los números 1 y 5 indican las respuestas extremas. Dese cuenta que los espacios van desde un sentimiento extremo hasta su contrario. Si contesta “<exactamente en medio>” significa que no puede inclinarse hacia ninguno; intente utilizarlo lo menos posible. Por favor, dé sólo una respuesta por cada pregunta.

1. La vida me parece:				
1	2	3	4	5
Completamente rutinaria			Siempre emocionante	
2. Para mi vida:				
1	2	3	4	5
No tengo ninguna meta fija			Tengo metas bien definidas	
3. Mi existencia personal:				
1	2	3	4	5
No tiene significado			Siempre me pasa	
4. Cada día es:				
1	2	3	4	5
Exactamente idéntico			Constantemente nuevo	
5. Si pudiera escoger, preferiría:				
1	2	3	4	5
No haber nacido			Vivir mil veces más una vida idéntica a esta	
6. En alcanzar las metas de la vida:				
1	2	3	4	5
No he progresado nada			He progresado como para estar completamente satisfecho	

Validación del test del Propósito vital en personas mayores

7. Mi vida está:				
1	2	3	4	5
Vacía, desesperada			Llena de cosas buenas y emocionantes	
8. Si muriera hoy, consideraría que mi vida				
1	2	3	4	5
No valió la pena para nada			Valió la pena	
9. Al pensar en mi vida:				
1	2	3	4	5
Me pregunto a menudo ¿por qué existo?			Siempre veo una razón por la que estoy aquí	
10. En cuanto a la libertad del hombre para tomar sus propias elecciones, creo que el hombre es:				
1	2	3	4	5
Completamente ilimitado por su herencia y ambiente			Totalmente libre para elegir	
11. Considero que mi capacidad para encontrar un sentido o propósito en vida:				
1	2	3	4	5
Es nula			Es muy grande	
12. Enfrentarme a mis tareas diarias es:				
1	2	3	4	5
Una experiencia aburrida y penosa			Una fuente de placer y satisfacción	
13. Yo:				
1	2	3	4	5
No he descubierto ningún sentido, ni propósito en mi vida			Tengo metas muy bien delimitadas y sentido de la vida que me satisface	

Factor 1) Sentido reflexivo sobre la vida. Ítems: 7, 8, 9, 10, 11, 13.

Factor 2) Sentido hedónico-direccional de la vida. Ítems: 1, 2, 4, 6.

Factor 3) Sentido de una vida con significado. Ítems: 3, 5, 12.



Creencias y representaciones del envejecimiento en alumnos universitarios de Psicología

Carlos Javier Orosco Goicochea ¹

Resumen

La siguiente investigación cualitativa tiene por objetivo explorar y comparar de ideas, creencias y representaciones en torno al envejecimiento en estudiantes universitarios de los primeros ciclos, intermedios y avanzados de la carrera de psicología pertenecientes a una universidad privada de Lima, Perú. Se realizó un focus group con los distintos grupos de alumnos y se aplicó el cuestionario “Mi Envejecer” (CME) de Zarebski (2011). Los resultados muestran que las creencias, ideas y representaciones en los estudiantes universitarios varían de un año a otro, en tanto, exhiben una percepción más positiva frente a este grupo generacional, lo cual se relaciona a la adquisición de mayor conocimiento de su profesión.

Palabras clave: Envejecimiento / Ideas / Creencias / Representaciones

Abstract

The purpose of the present research is to explore and compare ideas, beliefs and representations about aging in students of the first, intermediate and advanced levels of psychology degree at a private university in Lima, Peru. In this way, a focus group was carried out with the different groups of students and the questionnaire “Mi Envejecer” (CME) of Graciela Zarebski (2011) was applied. The results show evidence that beliefs, ideas and representations in university students change, while they exhibit a more positive perception of this generation group, which is related to a greater knowledge of their profession. Keywords: Aging, Ideas, Beliefs, Representations.

Introducción

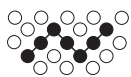
El envejecimiento, es decir, el aumento del porcentaje de las personas de 60 y más años de edad, es uno de los fenómenos de mayor impacto surgidos de los cambios en la estructura demográfica a nivel mundial. La tendencia a la baja de la fecundidad y el incremento sustancial en la supervivencia de las personas de edades avanzadas originan una serie de desafíos en todos los ámbitos de la vida social. Estas atañen a tres planos fundamentales: el mercado, la sociedad y el estado (INEI, 2013). El Perú en las dos últimas décadas ha experimentado un paulatino envejecimiento de su población, precisamente cuando el país vivía las peores épocas de crisis económica,

ISSUE N°1
JUNIO
2020

Recibido:
07/02/2020

Aceptado:
19/03/2020

(1) Magister en psicogerontología por la universidad Maimónides en Buenos Aires. Licenciado en Psicología de la Universidad de Lima y actualmente realizando estudios de doctorado en la Universidad Iberoamericana de México (Unini) .



Creencias y representaciones acerca del envejecimiento en alumnos universitarios de Psicología

por lo que es muy importante conocer cuál es la situación demográfica, social y económica de la población de 60 y más años de edad. El problema de la población adulta mayor, al igual que la población de los niños y adolescentes, plantea la revisión y redefinición del papel institucional, social y familiar que se debe tener en cuenta con respecto al conjunto de la población de este grupo de edad (INEI, 2013). Existen dos concepciones bien marcadas en cualquier contexto socioeconómico. Por una parte, se argumenta que esta población es dependiente fisiológica, económica y emocionalmente, calificándose como una "carga", llegando al caso extremo de hacerles sentir como "estorbos" en el entorno familiar, haciendo que sus últimos años los pasen en una casa de ancianos. Por otra parte, en algunos contextos su participación social y económica es considerada como un recurso de la sociedad que en muchos casos no es valorado, pero sí sobreutilizado (INEI, 2013).

La vejez es considerada según Fernández – Ballesteros (2004) como un periodo crítico de la vida que conlleva a una serie de situaciones conflictivas como son: la jubilación, la pérdida de seres queridos, la marcha de los hijos, enfermedades crónicas, la proximidad a la muerte, entre otros; y a todo ello se le suman otros eventos negativos que ocurren casi inevitablemente. Estas situaciones críticas podrían producir en los adultos mayores reacciones afectivas negativas, la depresión por ejemplo. Esto hace que el envejecimiento sea temido y no deseado por la mayoría de las personas y que además constantemente se relacione únicamente con aspectos negativos. Es en base a lo expuesto en los párrafos anteriores, se plantea la siguiente interrogante:

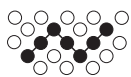
¿Cuáles son las ideas, creencias y representaciones en torno al envejecimiento predominantes en un grupo de alumnos universitarios pertenecientes a los primeros ciclos, ciclos intermedios y últimos ciclos de la carrera de psicología? y ¿Se evidencian diferencias significativas en función del ciclo?

La relevancia de la presente investigación radica en que el conocimiento de las ideas, representaciones y creencias de un grupo de alumnos universitarios de la carrera de psicología permitirá indagar más sobre las representaciones sociales que se tiene sobre los adultos mayores en el Perú, en un grupo de futuros profesionales orientados a la salud psíquica. Este aspecto supondrá un avance en el estudio de esta población, el cual es muy limitado y poco explorado

desde una perspectiva psicogerontológica. Asimismo, será la base a partir de la cual se podrá continuar con estudios posteriores sobre esta problemática. Según Salvarezza (2002) la vejez es un tema conflictivo, no sólo para el que la vive en sí mismo, sino también para aquellos que, sin ser viejos aún, diariamente la enfrentan desde sus roles profesionales de médico, psicólogo, asistente social, enfermero, o como hijo, colega, socio, vecino o simple participante anónimo.

El grado de conflicto que representa para cada uno y las conductas defensivas que se adopten para evitarlo, estarán determinados por la historia personal de los participantes, la cual habrá ido sedimentando a través de sucesivas experiencias, fantasías y represiones en una ideología general sobre lo que es la vejez, cuáles son sus causas y consecuencias, y cuál es la mejor manera de comportarse frente a ella (Salvarezza 2002).

Butler (citado en Salvarezza, 2002, p.21) dice: “el viejismo, el prejuicio de un grupo contra otro, se aplica principalmente al prejuicio de la gente joven hacia la gente vieja.” Subyace en el viejismo el espantoso miedo y pavor de envejecer, y por lo tanto el deseo de distanciarse de las personas mayores que constituyen un retrato posible de uno mismo en el futuro. Se observa a los jóvenes temiendo envejecer y a los viejos envidiando a la juventud. El viejismo no sólo disminuye la condición de las personas mayores, sino de todas las personas en su conjunto. Por último, por detrás del viejismo se encuentra un narcisismo corrosivo, la incapacidad de aceptar el destino futuro. La persona está enamorada de sí misma como joven”. En base a lo expuesto por Salvarezza y Butler (2002) en los párrafos anteriores, nace la preocupación de anticiparse a aquellos factores de riesgo que pueden interferir en el desarrollo de un envejecimiento normal. Pareciera que la falta de una mirada psicogerontológica en Lima- Perú, no permite trabajar en espacios de prevención en los cuales los adultos puedan expresar su discurso en relación a su propio envejecimiento. Esto dificulta la tarea profesional de contribuir en el proyecto de un buen envejecer. Por otra parte, la dominancia del modelo médico de diagnóstico puede llevar erróneamente a que los distintos profesionales de la salud se dediquen sólo a dar etiquetas diagnósticas a los adultos sin interesarse en la subjetividad de ellos. De esta manera, se deja de lado la verdadera labor profesional que es trabajar desde la prevención. Es por ello que estudiar las ideas, creencias y representaciones en tor-



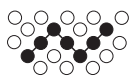
Orosco Goicochea

torno al envejecimiento en alumnos de los ciclos iniciales, intermedios y avanzados de la carrera de psicología pertenecientes a una universidad privada de Lima Perú permitirá conocer en la población de adultos jóvenes de la ciudad de Lima, cómo es que perciben el envejecimiento y su propio envejecer a fin de contar con datos que reflejen las representaciones sociales que se tienen sobre los adultos mayores. La representación social permite comprender y explicar cómo piensa la gente y cómo organiza su vida cotidiana, tanto privada como pública. Por medio de ella se explica la creación del conocimiento colectivo, que se va construyendo a través de la conversación, el discurso y la comunicación. Es un conocimiento social que se transforma con el devenir histórico, por ello es colectivo, efímero, con tiempos y espacios socialmente definidos (Gastrón 2003). Las representaciones sociales, en la definición de Moscovici (citado en Gastrón, 2003) se refieren a un conjunto de conceptos, proposiciones y explicaciones que se originaron en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interpersonales. Grosso modo equivalen, en la sociedad de hoy en día, a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades y comunidades tradicionales; puede ser vistas como una versión contemporánea del sentido común. Implican un modo de entender y de comunicarse particular, propio de una sociedad o de un grupo humano específico, mediante las cuales se construyen subjetivamente la realidad y el conocimiento de la cotidianidad; son modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación y el dominio del entorno social, material e ideal. Como forma de pensamiento colectivo en la vida cotidiana, ellas permiten dotar de cierto orden a los eventos sociales y, al ofrecer un marco interpretativo de la realidad que nos rodea, posibilitan una forma de interacción con el medio a fin de orientar la conducta. Por estas razones las representaciones sociales son una importante categoría para el estudio de la capacidad operativa de los grupos sobre la realidad. La interiorización de los estereotipos sociales que existen en cada grupo humano hacia las personas ancianas (Levy, citado en Sánchez, 2004) y las actitudes negativas que están en la base para la marginación por motivos de edad, se adquieren durante los primeros años de la vida (Isaacs y Bearison, citado en Sánchez, 2004). Tales actitudes y

estereotipos contribuyen a que la edad se convierta en la clave característica de la vejez y que esta incida en la identidad social y en las propias autopercepciones según Bazo y Wilson (citado en Sánchez, 2004). Sin embargo, se ha demostrado que la edad avanzada de un sujeto es un indicador insuficiente de su estado de salud y funcional, del rendimiento intelectual, así como de la adaptación a los cambios experimentados (Busse y Maddox, citado en Sánchez 2004). A pesar de ello, “ser viejo” se convierte con frecuencia en un hándicap para las personas, porque hace que la sociedad les plantee determinadas expectativas de comportamiento, que se orientan generalmente hacia las representaciones tradicionales estereotipadas. Como consecuencia, los sujetos mayores intentan en muchas ocasiones comportarse de acuerdo con esas expectativas, mediante una adaptación a esas pautas de comportamiento marcadas por la sociedad, y con ello, dificultan su adaptación al proceso de envejecimiento, que es individual y que depende de una multiplicidad de aspectos personales y de condicionantes psicosociales, así como de las experiencias vitales previas (Palacios, citado en Sánchez, 2004).

Los estudios que recogen la imagen social de las personas ancianas empiezan a surgir a mediados del siglo pasado, en una serie de trabajos realizados por profesionales de la medicina y la psiquiatría con personas que fueron seleccionadas generalmente a partir de las consultas médicas, de los hospitales y de los centros psiquiátricos (Lehr, 1980). Por lo tanto, estos casos no representaban a la generalidad de la población de personas mayores, sino que eran, más bien, exponentes de la vejez patológica. No obstante, de los resultados de estos trabajos se infirieron unas conclusiones para el conjunto de la población mayor, lo que ha favorecido un patrón generalizado de rasgos considerados normativos en la vejez. Éstos obedecen a los estereotipos negativos hacia la vejez y coinciden con los de enfermedad, deterioro mental, rigidez de pensamiento, dependencia y problemas sociales y económicos (Thornton, 2002). Es decir, podría considerarse que la mayor parte de los estereotipos sociales de la vejez abarcan áreas como el deterioro de la salud física y mental, la pérdida de la motivación y la de los intereses vitales.

Lo importante de este conjunto de rasgos negativos es



Creencias y representaciones acerca del envejecimiento en alumnos universitarios de Psicología

desde un análisis de la misma. Permitiendo tener una definición del sentido de vida de forma que contenga factores cognitivos, afectivos y comportamentales por medio de estos tres factores. En la versión argentina también se divide en tres factores. De acuerdo con Gottfried (2016) el primer factor se denomina Percepción de Sentido, ya que incluye temas sobre la captación de sentido, en el cual, por medio de la libertad y la responsabilidad, la persona percibe que ha progresado en su vida. El segundo factor se denomina Vivencia de Sentido, ya que incluye temas vinculados a la vivencia emocional (entusiasmo, placer, satisfacción y novedad en contraposición a aburrimiento, pesar, rutina y apatía), que la persona tiene de su vida en situaciones cotidianas y de su vida en general. Y el tercer factor se le denomina Actitud ante la Muerte, ya que considera cuestiones sobre cómo la persona se posiciona frente a la posibilidad de haber o no nacido, su actitud ante el suicidio y ante la muerte como destino inevitable. Es importante señalar que dichas versiones fueron utilizadas como referencia de la traducción del Test, sin embargo, se realizó la propia adaptación al español mexicano y se realizó el piloteo de versión resultante. Ya con la versión final del Test, un grupo de estudiantes de la Licenciatura en Gerontología de la Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, miembros del Cuerpo Académico de Calidad de Vida, Género y Envejecimiento, fueron capacitados para su aplicación. La recolección de datos se llevó a cabo en el Municipio de Ecatepec, para ello, los estudiantes contaban con baterías de instrumentos conformados por la carta de consentimiento informado, el cuestionario ha doc de datos sociodemográficos, el Test de Propósito Vital y el Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS. Las personas fueron invitadas a formar parte de la investigación, aquellas que accedieron a participar de forma voluntaria firmaron la carta de consentimiento informado, la cual se les leyó en voz alta. En ella, se les informó sobre sus derechos, como la confidencialidad de la información, posteriormente respondieron la batería de instrumentos a manera de entrevista cara a cara. Después de la aplicación de los instrumentos se realizó una base de datos en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, versión 20).

continúan teniendo vigencia en todos los grupos de la población. Por ejemplo, Hummert, Garstka, Shaner y Strahm (1994) encontraron que tanto las personas jóvenes como las de mediana edad y los adultos mayores compartían la mayoría de los estereotipos sociales de la vejez. Además, Aristizábal, Morales, Salas y Torres (2009) realizaron un estudio en la ciudad de Bogotá, donde el objetivo de identificar los estereotipos negativos hacia los adultos mayores en una muestra de estudiantes del quinto semestre de la Universidad El Bosque. Dicha identificación se realizó a través de un muestreo estratificado por afijación proporcional. Se seleccionaron 61 participantes y se aplicó el Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE). Los resultados evidenciaron posiciones intermedias en cuanto al nivel de estereotipos negativos. Así bien, el 52% tiene un nivel bajo y el 43%, un nivel alto; en los extremos se encuentra el 3%, que presenta un nivel muy bajo y el 2%, un nivel muy alto. Los niveles intermedios también se dieron en cada una de las tres dimensiones que mide el CENVE. En cuanto al análisis del peso de los factores, se empleó un análisis factorial para determinar cuál de ellos puntuó más alto. Los resultados mostraron que la dimensión salud determina que hay un estereotipo negativo con respecto a las otras dos dimensiones que puntuaron menos. Con base en los hallazgos, los estudiantes tienen un el nivel intermedio del estereotipo negativo hacia los adultos mayores, lo cual sugiere que hay que trabajar en la modificación de dichos estereotipos, especialmente en aquellos que cursan carreras relacionadas con la salud, pues, en su desempeño profesional, atenderán directamente a la población de 60 años o más.

Castellano y Negredo (2011) también llevaron a cabo una investigación en la Universidad de la Laguna en España, acerca de las percepciones del envejecimiento y la vejez, en 112 ancianos (94 mujeres y 18 hombres) que vivían en la comunidad. Este estudio presenta las estructuras factoriales contemporáneas de ambos y se comparan con las estructuras originales, aportando además datos de consistencia interna, validez convergente y estabilidad transtemporal. Los factores cognitivos del viejismo se agruparon en torno a las dos caras de Jano explicando un 63% de varianza y

Orosco Goicochea

con alfas de Cronbach de 0.63 para el superfactor de actitudes positivas y 0.46 para el de actitudes negativas. Es en esta última gran área donde aparecieron diferencias intergénero, puntuando más alto las mujeres. Estos resultados apoyan la viabilidad y vigencia de lo “viejo” para evaluar lo contemporáneo y proporcionan evidencia de la dualidad y multifactorialidad de los estereotipos viejistas.

Del mismo modo, Cerquera, Alvarez y Saavedra, 2010 en la Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga. Efectuaron una investigación cualitativa que tuvo como objetivo describir estereotipos y prejuicios hacia la vejez presentes en una comunidad educativa de Floridablanca (Santander).

La población fue seleccionada aleatoriamente: se trabajó con cinco infantes, cinco preadolescentes, cinco adolescentes, cinco adultos jóvenes y cinco adultos medios de género masculino y femenino teniendo como criterio de inclusión estar vinculados a la institución educativa, José Elías Puyana de Floridablanca. Se partió de la aplicación de una entrevista semi estructurada a profundidad, la cual buscaba indagar diferentes tópicos de la vejez como: desarrollo físico y cognitivo, sexualidad, trabajo, relaciones interpersonales, muerte, salud y envejecimiento. Simultáneamente, se organizaron los datos obtenidos y se analizaron a través del sistema Atlas Ti. Entre los principales hallazgos se identificó que cada generación asoció la vejez con decadencia, enfermedad, pérdida, deterioro e incapacidad. No obstante, se determinó, aunque con menor frecuencia, algunos estereotipos que favorecen la visión de la vejez al considerarla como un momento en el que se disfruta de experiencia y sabiduría. Según diferentes autores (Bazo, Maiztegui, Fernández Ballesteros, Freixas, Hausdorff, Levy, Wei, Lehr, Palmore, Pinillos, Stuart-Hamilton, citado en (Sánchez, 2004) estas imágenes sociales de la vejez pueden entrar en discrepancia, no solamente con la imagen que las personas tienen de sí mismas, sino también con lo que los otros esperan de ellas y con la idea que se hacen de los deseos y capacidades de las personas

ancianas. De esta forma, los estereotipos pueden influir negativamente en las actitudes hacia las personas mayores de forma generalizada, y facilitar el que acaben exhibiendo las características de profecías de autocumplimiento. En base a estos estereotipos es que se requiere profesionales de la salud que puedan comprender las características reales de los adultos mayores, con el objetivo de brindarles una adecuada atención tanto a nivel físico como emocional. Es así que, Campos y Salgado (citado en Yáñez - Galecio, 2005) señalan las competencias profesionales del psicólogo, quien es que debe encargarse de este grupo generacional. Entre éstas se incluyen conocimientos, habilidades y actitudes para atender las necesidades psicosociales de las personas en sus diferentes etapas del ciclo de vida. La creciente población de personas adultas mayores, hace necesario que los estudiantes que se forman en programas académicos de psicología, adquieran tales competencias, siendo este un campo de ejercicio profesional que cada vez cobra más importancia. Los programas de formación académica para optar por el bachillerato en psicología tienen como objetivo facilitar el desarrollo de un conjunto de competencias, generalmente las sugeridas por la American Psychological Association (APA), para el logro del perfil profesional.

Como parte de las competencias—*habilidades, conocimientos y actitudes*— de la disciplina, se espera que los psicólogos sean capaces de demostrar conocimiento, comprensión y capacidad de investigación sobre varios dominios del comportamiento humano, incluyendo los “cambios del desarrollo en la conducta y los procesos mentales en el ciclo de vida” (APA, 2007). En el caso de las competencias referidas al desarrollo humano, se espera que los psicólogos sean capaces de comprender las características emocionales (conductuales y cognoscitivas), físicas y sociales propias de las diferentes etapas del ciclo de vida, para formular propuestas de intervención individual, familiar y social que fomenten estilos de vida saludables y de calidad. A pesar de que todos los programas académicos superiores para la formación

Creencias y representaciones acerca del envejecimiento en alumnos universitarios de Psicología

psicólogos incluyen cursos sobre el Desarrollo Humano, no se ha demostrado si la propuesta curricular y la ejecución de las actividades de enseñanza y evaluación de los mismos es la más apropiada para facilitar el desarrollo de esta competencia (Campos y Salgado, 2013). Es así que, el presente estudio propone explorar las ideas, creencias y representaciones en torno al envejecimiento en alumnos de los ciclos iniciales, intermedios y avanzados de la carrera de psicología pertenecientes a una universidad privada de Lima (Perú).

Método

El estudio se enmarcó en un enfoque metodológico cualitativo, de corte transversal y que pretende un alcance exploratorio – descriptivo. El diseño de la presente investigación es etnográfico de tipo transversal, de manera que, se realizó un estudio en un momento determinado de los alumnos de los ciclos iniciales, intermedios y avanzados en su entorno habitual. (Boyle, citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2010). La investigación realizada tiene un alcance exploratorio – descriptivo, pues como indica Hernández, Fernández y Baptista (2010), este tipo de estudio examina un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Estudios de esta naturaleza se llevan a cabo, cuando la revisión de la literatura revela que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si se desea indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas.

Participantes

La muestra estuvo conformada por 144 alumnos de una universidad privada, en Lima (Perú) entre 18 y 24 años, de los cuales 85 fueron mujeres y 59 hombres. Cabe precisar que 120 de los alumnos participaron respondiendo el cuestionario “Mi Envejecer” y 24 asistieron a un focus group. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: alumnos de la carrera de psicología de los ciclos iniciales, intermedios y avanzados de una universidad privada; así como la firma del consentimiento informado. Criterios de exclusión, serían aquellos alumnos que cursaren una carrera que no era psicología (véase tabla 1).

Se aprecie que el número total de participantes del sexo femenino alcanza un total de 85 superando a los del sexo masculino el cual cuenta con un número de 59. Los participantes del sexo femenino superan en número en todos los grupos a los varones (véase tabla 2).

Instrumentos

Se utilizó el Cuestionario “Mi Envejecer” CME versión hasta 59 años (CME, Zarebski, 2011), compuesto de preguntas abiertas que pretenden discriminar el tipo de envejecimiento por el que estaría atravesando la persona. Además, constituye una herramienta de doble alcance o propósito. Se trata de una técnica de evaluación psicológica para la detección temprana de factores de riesgo psíquico y factores protectores y de resiliencia frente al proceso de envejecimiento. Y es asimismo un instrumento de intervención psicogerontológica para el trabajo preventivo y en el campo de la atención clínica, de uso individual y grupal. Consta de dos versiones – la versión menor, para sujetos de menos de 60 años con la que se trabajó esta investigación y para aquellos de más de 60 años.

Con respecto a las evidencias de confiabilidad, las respuestas al cuestionario fueron transcritas para su análisis. Éstas aumentarán en función a la declaración del sujeto en el cuestionario y posteriormente a la interpretación del investigador, haciendo uso de las bases teóricas que soportan el cuestionario.

En relación a las evidencias de validez estas guardan relación con la posibilidad en la cual el investigador puede llegar a transmitir fielmente el punto de vista de los evaluados.

El presente estudio se complementó con 3 grupos focales los cuales contaron con la participación de 8 alumnos de la carrera de psicología en cada uno, con el fin de confrontar ciertos hallazgos en grupo y determinar nuevos hallazgos; estos grupos focales fueron realizados en la Universidad de procedencia de dichos estudiantes

Resultados

El transcurso de los ciclos de la carrera de psicología parece demostrar un cambio en las ideas, creencias y representaciones que tienen los estudiantes de los primeros ciclos, ciclos intermedios y últimos ciclos, al parecer estos cambios se presentan por la adquisici-

Orosco Goicochea

adquisición de nuevos conocimientos producto de la estructura de la malla curricular en la cual se aborda el tema de la vejez ya en ciclos intermedios y se va profundizando en ciclos finales. Sin embargo, la visión negativa que se tiene de la vejez se mantiene tanto en ciclos iniciales como intermedios. Entre los principales aspectos se aprecia el deterioro tanto físico como cognitivo como una de las principales consecuencias de esta visión, en el caso de los ciclos finales esta visión parece cambiar producto de la madurez académica que alcanzan los estudiantes. En los alumnos de los ciclos iniciales y también intermedios se observó de manera recurrente que los aspectos que determinan la vejez son los deterioros físicos y cognitivos a los cuales manifiestan su rechazo por tener que atravesar en algún momento por esta y además, estos factores parecen que contribuyen a que los participantes no puedan visualizar en un futuro como sería su propia vejez. Ante lo mencionado anteriormente, estos hechos apuntan en la dirección de carencias de empatía de los participantes con este grupo generacional por falta de información sobre el proceso de vejez y no conocer la otra mirada de un envejecimiento normal. Con respecto a las ideas, creencias y representaciones de los alumnos de psicología de últimos ciclos se observa que muchos tienen una visión positiva sobre el envejecimiento; algunas de las causas a las cuales se puede deber este aspecto es a la influencia de los cursos que forman parte de la malla académica que se imparte en el centro de estudios de donde se recolectó la muestra, lo que contribuye a que perciban la vejez como una oportunidad para meditar, reflexionar y compartir sabiduría.

Sin embargo, algunos de ellos han podido ampliar sus conocimientos con respecto a este grupo generacional y conocer aspectos positivos de los mismos, y aún así les es difícil poder experimentar o visualizarse en un futuro en esas edades ya que al parecer aún no se sienten preparados para atravesarlas por la edad en la que ellos se encuentran. Algunos cursos que permiten esta visión positiva de la vejez son desarrollo humano I y II, los cuales amplían los conocimientos de los estudiantes en dicha etapa.

Con respecto a los alumnos de ciclos iniciales de la carrera de psicología se puede observar una prevalencia de factores de riesgo y riesgo moderado,

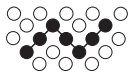
lo cual parece generar ciertas resistencias para pensar anticipadamente en su vejez de pensar en esta como un proceso gradual que se ira produciendo en todas las personas de verse a sí mismo como futuros viejos, es decir que no aceptan esta imagen como algo posible en un futuro generando posibles consecuencias en su autoestima, enfatizando a su vez que les preocupa llegar a la vejez ya que no consideran que esta etapa se caracterice por la felicidad sino más bien por pérdidas y relacionada a la muerte.

Por otro lado, podemos observar que a medida que los alumnos van pasando a otros ciclos y van creciendo junto con la carrera la cantidad de factores de riesgo y riesgo moderado van decreciendo este aspecto como podemos observar en los alumnos de ciclos intermedios y en el caso de los alumnos que se encuentran en los últimos ciclos se observa una mayor cantidad de factores protectores. En base a lo mencionado anteriormente podemos suponer que este cambio en los factores se debe a la información que los alumnos van adquiriendo a través de la carrera como principal componente.

Finalmente, en lo relacionado al género se observa que los alumnos atribuyen diferencias en lo que respecta envejecer en el caso de la mujer y en el hombre. En el caso de las mujeres, según lo analizado la vejez se produce por la pérdida de la belleza lo cual ejemplifica que la mujer ya se encuentra atravesando una adultez mayor, pero en el caso de los hombres se dan por aspectos más relacionados al trabajo.

Recomendaciones

El análisis de la información es importante que las mallas curriculares de las carreras tanto de psicología como de otras especialidades relacionadas a las ciencias de la salud puedan incluir cursos relacionados al abordaje del adulto mayor desde los ciclos iniciales para contribuir en los jóvenes profesionales que tengan una nueva mirada de la vejez rompiendo de esa manera con ciertos prejuicios y estereotipos que han podido ir adquiriendo a través del tiempo. Sobre el particular mencionar que la malla curricular de la universidad donde se realizó el estudio mantiene congruencia con otras mallas curriculares de otras



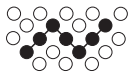
Creencias y representaciones acerca del envejecimiento en alumnos universitarios de Psicología

universidades.

Los alumnos de la carrera de psicología de ciclos iniciales e intermedios puedan tener experiencia como visitar asilos, casas de reposo, residencias de larga estadía u otras instituciones geriátricas, en las cuales puedan tener la oportunidad de entrar en contacto con adultos mayores para despertar en ellos sentimientos de empatía y de atención para dicho grupo generacional. Además, las instituciones educativas complementen sus cursos con actividades académicas vivenciales como realizar un informe psicológico de un adulto mayor, talleres de intervención entre otras actividades que puedan despertar su interés en poder trabajar con ellos.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
2. Aristizábal, N., Morales, A., Salas, B. y Torres, A. (2009). Estereotipos negativos hacia los adultos mayores en estudiantes universitarios. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, 9 (1), 35-44.
3. Castellano, C. L. y Negredo, A. M. (2011) Propiedades psicométricas del cuestionario conductas discriminatorias hacia la vejez y el envejecimiento (CONDUC-ENV): análisis del componente conductual de actitudes viejistas en ancianos. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 11 (3), 349 -375.
4. Brooke, P., Russell, D., & Price, J. (1988). Discriminant validation of measures of job satisfaction, job involvement, and organizational commitment. Journal of Applied Psychology(73), 139-145.
5. Cerquera, A. M., Alvarez, J. L. y Saavedra, A. C. (2010). Identificación de estereotipos y prejuicios hacia la vejez presentes en una comunidad educativa de florida blanca. Psychologia, Avances en la Disciplina, 4 (1), 73-87.
6. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE - 10. (2000). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, con glosario y criterios diagnósticos de investigación. Madrid, Médica Panamericana.
7. Fernández-Ballesteros, R. (2004): La psicología de la vejez. Madrid : Universidad Autónoma de Madrid Recuperado de: <http://www.encuentrosmultidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>
8. Franco, O. H., Kirkwood, T. H., Powell, J. R., Catt, M., Goodwin, J., Ordovas, J. M., y van der Ouderaa, F. (2007). Ten commandments for the future of ageing research in the UK: a vision for action. BMC Geriatrics, 7(10), 1-7. doi: 10.1186/1471-2318-7-10.
9. Galecio, J. (2005) Competencias Profesionales del Psicólogo Clínico: Un Análisis Preliminar. Terapia Psicológica, (vol. 23, núm. 2. Santiago, Chile)
10. Gastrón L. (2003) Una mirada de género en las representaciones sociales sobre la vejez. Lujan: Argentina: La Aljaba.
11. Hummert, M. L., Garstka, T. A., Shaner, J. L. y Strahm, S. (1994) Stereotypes of the elderly held by Young, middle -aged, and elderly adults. Gerontology, 49 (5), 240-249
12. Instituto Nacional de Estadística e Información. (2015). Situación de la población adulta mayor – informe técnico. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/>
13. Lehr, U. (1980). Psicología de la Senectud. Barcelona : Herder.
14. Melero, L. (2006). Modificaciones de los estereotipos sobre los mayores: Análisis de las variables evolutivas del cambio de actitudes en adolescentes y jóvenes. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2651192>



Orosco Goicochea

15. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2013). Plan nacional para personas adultas mayores, 2013-2017. Recuperado de <http://www.regionucayali.gob.pe/>
16. Pérez, S. (2015, junio). Sobre el proceso de envejecer... reflexiones de una psicóloga. Tiempo - El portal de la psicogerontología. Recuperado de <http://www.psicomundo.com/tiempo/>
17. Salvarezza, L. (1ª Ed.) (1998). Una mirada gerontológica actual. Buenos Aires, Paidós.
18. Salvarezza L. (2ª Ed. Rev y Amp.). (2002). Psicogeriatría: teoría y clínica. Buenos Aires, Paidós.
19. Sanchez, P. (2004). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas (Tesis doctoral en psicología evolutiva y de la educación). Universidad de Málaga, España.
20. Thornton, J. E. (2002). Myths of ageing and ageist stereotypes. Educational Gerontology, 28 (4), 301-312. doi: 10.1080/036012702753590415.
21. Tirro, V. (2008) La vejez y el cerebro. Recuperado de: file:///C:/Users/carlos/Downloads/7743-27583-1-PB.pdf
22. Varela L, Chávez H, Herrera A, Méndez F, Gálvez M. Perfil del adulto mayor Perú -INTRA II 2004. Desarrollando Respuestas Integradas de Sistemas de Cuidados de Salud para una población en rápido envejecimiento. URL disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontología/pdfs/pruebaintrall.pdf>
23. Yáñez-Galecio, J. (2005) Competencias Profesionales del Psicólogo Clínico: Un Análisis Preliminar. Terapia Psicológica, 23 (2), 85-92.
24. Zarebski, G. (2005) Hacia un buen envejecer. Buenos Aires, Argentina: Paidós.



Creencias y representaciones acerca del envejecimiento en alumnos universitarios de Psicología

Tabla 1

Composición de la muestra por nivel de estudio

Edad cronológica	Primeros ciclos	Ciclos		Total
		Intermedios	Ciclos Finales	
24	0	0	8	8
23	0	10	22	32
22	8	14	10	32
21	3	18	8	29
20	12	2	0	14
19	10	4	0	14
18	15	0	0	15
Total	48	48	48	144

Tabla 2

Composición de la muestra por sexo

Sexo	Ciclos iniciales	Ciclos intermedios	Ciclos finales	Total
Masculino	20	18	21	59
Femenino	28	30	27	85
Total	48	48	48	144



Bienestar psicológico y Generatividad en adultos mayores que practican el Voluntariado

Monica Andrea Villareal Villa, Javier Hernandez González, Catalina Leal Aqueveque, Scarlet Medina Hernández, Camila Vásquez Sepúlveda¹

Resumen

Objetivos. El presente estudio tuvo como objetivo valorar el grado de Bienestar Psicológico y Generatividad (Erickson, 1970) en un grupo de adultos y adultos mayores que practican voluntariado en la Ciudad de Chillán, Región de Ñuble, Chile. Métodos. Se aplicaron las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff, (Díaz, 2006) y de Generatividad de Loyola, EGL- A (Larraín, 2017) a una muestra no probabilística de 65 adultos de entre 51 y 94 años de edad, en su mayoría de sexo femenino, todas en condición de abuelas, que practican voluntariado en alguna institución de acción social con presencia nacional. Resultados. Se observaron medias de Bienestar Psicológico y Generatividad dentro de los parámetros saludables, lo que permite afirmar que los adultos mayores que practican voluntariado presentan buenos índices de bienestar subjetivo, y adecuada capacidad de cuidar y proteger a otros. Se observó una leve disminución de la generatividad conforme los adultos avanzan en edad, y mejores indicadores de generatividad en los trabajadores activos, por sobre los que se encuentran en retiro. Los indicadores de bienestar general no muestran diferencias según ocupación o estado civil, sin embargo el grupo de reincorporados laborales presentan mejores puntuaciones en la dimensión Dominio del Entorno, y el grupo de voluntarios separados muestran altos indicadores en Autonomía. Conclusiones. Estos datos aportan a concluir, que las acciones de generatividad, cuidado y protección que practican estos voluntarios podrían dar un sentido de inmunidad y contribuir al bienestar psicológico en estos adultos, que son especialmente vulnerables a las pérdidas y duelos propios de su ciclo vital.

Palabras clave: Bienestar, Generatividad, Voluntariado, Estado Civil, Actividad Laboral.

ISSUE N°1

JUNIO

2020

Recibido:

15/03/2020

Aceptado:

22/04/2020

Abstract

This study aims to assess the degree of Psychological Well-being and Generativity (Erickson, 1970) in a group of self-sufficient adults and elders who volunteer in the City of Chillán, Ñuble Region, Chile. The Ryff Psychological Well-being Scales (Díaz, 2006) and Generativity of Loyola, EGL- A (Larraín, 2017) were applied to a non-probabilistic sample of 65 adults between 51 and 94 years of age, mostly female, all in condition

grandmothers, who practice volunteering regularly in a social action institution with national presence. The results showed means of Psychological Well-being and Generativity within healthy parameters, which allows us to affirm that older adults who practice volunteering have good indexes of subjective well-being, and adequate capacity to care for and protect others. A slight decrease in generativity was observed as adults advance in age, and accordingly, better indicators of gene-

(1)Universidad Adventista de Chile. Dirección. Camino a Tanilvoro km. 12, Las Mariposas, Chillán, Región de Ñuble. Chile. Teléfono: + 56 42 24335000
Contacto: mvillareal42@gmail.com

Bienestar psicológico y Generatividad en adultos mayores que practican el Voluntariado

rativity in active workers, over those in retirement. The indicators of general well-being do not show differences according to occupation or marital status, however, the group of reincorporated workers has better scores in the Domain of the Environment dimension, and the group of separated volunteers shows high indicators of Autonomy. These data could contribute to conclude that the actions of generativity, care and protection towards other people who practice these volunteers could give a sense of immunity and contribute to the psychological well-being in these adults, who are especially vulnerable to the losses and duels of their own life cycle. Keywords: Well-being, Generativity, Volunteering, Marital Status, Labor Activity.

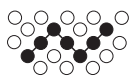
Introducción:

Chile se encuentra en una etapa avanzada de envejecimiento demográfico. Como consecuencia de esto, hay más abuelos que los que existían a comienzos del siglo XX y lo serán por más tiempo (Pérez Díaz, 2004, citado en Larraín, 2017). Esto ha incrementado el interés por estudiar aspectos del desarrollo evolutivo del adulto mayor, grupo etario que había sido “olvidado” por los investigadores en favor de los periodos precedentes de la infancia y adolescencia (Zacarés, 2002). Dentro de estos aspectos, resulta interesante conocer la trayectoria evolutiva del bienestar psicológico, con especial atención en los últimos años de vida, los cuales se saben difíciles para las personas mayores, al estar caracterizados por pérdidas, amenazas y adaptación a nuevos estados psicosociales y físicos; acontecimientos que pueden limitar la vida en términos cuantitativos y cualitativos. (Ortiz y Castro, 2009). Lejos de esta mirada poco optimista, en la actualidad se ha impuesto una perspectiva que enfatiza el deseo de los adultos mayores por seguir conectados con su mundo social, implicación que se considera básica para el buen envejecimiento (Villar, 2013).

El envejecimiento se caracteriza por la falta de definición de un papel social, más bien presenta un rol tenue o ambiguo, al no existir claras prescripciones en relación a sus derechos y obligaciones (Clavan, 1978, citado en Larraín, 2017). El hito más significativo de la etapa adulta es el logro de la generatividad, la que se define como la preocupación por establecer y guiar a la nueva genera-

ción por medio del acto mismo del cuidado, y abarca la productividad y la creatividad (Erickson, 1970). La generatividad va más allá de las actividades de procrear y criar hijos, incluye otras en las que se puede expresar la preocupación generativa: actividades profesionales, participación en organizaciones sociales, políticas o religiosas, activismo vecinal y comunitario, tareas de voluntariado y relaciones de amistad. La generatividad, por tanto, está presente en prácticamente toda situación en la que uno está llamado a ser responsable de otros (Zacarés, 1999). La actividad generativa en la vejez o tercera edad, denominada por Erickson como “grand generativity” no implica sólo contribuir a la mejora y sostenimiento de los contextos en los que participan, sino también es una actividad que da sentido y propósito a la vida de los mayores. Contribuir aporta no sólo beneficios para los demás, sino también recompensas personales (Villar, 2013). Por ello, la generatividad en la vejez podría ser una importante fuente de bienestar y ser un ingrediente fundamental del envejecimiento satisfactorio (Fisher, 1995 citado en Villar, 2013). Con respecto a la variable Bienestar Psicológico, y para efectos de esta investigación, es necesario hacer una distinción entre el bienestar hedónico, referido a sentimientos presentes de placer, que se concretan en medidas de felicidad o de satisfacción con la vida y el bienestar eudaimónico, centrado en el esfuerzo por conseguir objetivos a largo plazo, y la realización del propio potencial. (Ryan y Deci, 2001; Waterman, 1993).

Existen investigaciones puntuales que han tratado de indagar las dimensiones del bienestar y la generatividad, en el adulto mayor. Ruiz y Zacarés (2002), realizaron un estudio exploratorio de Generatividad y Bienestar en una muestra de profesores laboralmente activos de la comunidad Valenciana, concluyendo que el desarrollo generativo de los profesores tiene consecuencias positivas en su bienestar y desempeño laboral. Villar, López y Celdrán, (2013) realizaron un estudio sobre la generatividad en la vejez y su relación con el bienestar, en adultos que practican el voluntariado en la ciudad de Barcelona, encontrando también evidencia a favor de esta hipótesis. Por otro lado, la escasez de trabajos en nuestro país, se debe a que hasta hace unos pocos años, no existía una escala adaptada en Chile para evaluar generatividad (Larraín, 2017). Esto se resuelve, con la adaptación a la población de abuelos chilenos de la Escala de Ge-



Villareal Villa, Hernandez González, Leal Aqueveque, Medina Hernández, Vásquez Sepúlveda

ratividad de Loyola, creada originalmente por McAdams y de St. Aubin (1992), la cual fue adaptada en una muestra de adultos mayores abuelos de la ciudad de Santiago. Los resultados de esta investigación concluyeron una media de Generatividad de 25 puntos, observándose que los adultos mayores que manifiestan mayor grado de generatividad, son aquellos que viven junto a sus nietos. Ahora bien, con respecto al bienestar, un estudio comparativo realizado en la región del Biobío (Ferrada, 2014), concluyó que los adultos mayores voluntarios, presentaban mejores índices de bienestar psicológico que los adultos mayores no voluntarios. Por su parte, en un trabajo de revisión sobre voluntariado y vejez, Morrow-Howell (citado en Villar 2014) menciona que el ejercer voluntario se ha asociado a numerosos indicadores de bienestar, entre ellos: reducción de la mortalidad, incremento de la función física, mejora en la autoevaluación de la salud, reducción de los síntomas depresivos e incremento en la satisfacción con la vida. Desde este panorama, resulta interesante estudiar, cómo actividades tradicionalmente vinculadas al adulto mayor, como el voluntariado, pueden promover el logro de la generatividad y potenciar el bienestar psicológico en esta etapa de la vida tan sensible y marcada por los duelos, las pérdidas y el declive de la funcionalidad.

Por lo anterior, el presente estudio se planteó la inquietud de identificar el nivel de bienestar psicológico y generatividad, en adultos y adultos mayores que practican voluntariado, de la ciudad de Chillán, Región de Ñuble, Chile. Los objetivos de la investigación fueron identificar el nivel de bienestar psicológico y generatividad en esta muestra, considerando la hipótesis de que los comportamientos generativos y el grado de bienestar, estarían asociados a variables sociodemográficas tales como la cantidad de nietos, el estado civil y la ocupación laboral de los participantes.

Chile, goza actualmente de una próspera actitud hacia la solidaridad y el voluntariado, contando con una amplia participación de la sociedad civil, dentro de lo cual, se ha podido observar un incremento, tanto en la cantidad de voluntarios, como en la cantidad de tiempo destinada a estos fines, con una mayor prevalencia de la ayuda orientada a la autonomía de las organizaciones y beneficiarios, en contraposición con la dependencia asociada a la caridad y el asistencialismo (Melendez, 2013).

Desde el Servicio Nacional del Adulto Mayor (2015) se destaca a los adultos mayores como un potente capital social de primera relevancia para nuestro país. Además, se indica que la mayoría de los mayores de 60 años son autovalentes, lo que los convierte en actores relevantes para participar tanto de iniciativas de voluntariado como solidarias en un país constantemente azotado por catástrofes naturales. Ahondando en el concepto de Generatividad, es necesario citar a Erick Erikson, (1950, 1968, 1985) psicoanalista de corte psicosocial, quien explica el desarrollo humano, desde la infancia a la senectud, como una búsqueda de la identidad personal, a través de ocho etapas. La resolución positiva de cada etapa es de capital importancia para poder acceder a las crisis siguientes. El conflicto, propicia el paso de una etapa a otra superior. Si esa "crisis" no se resuelve de forma satisfactoria, continúa demandando energía y causando dificultades. Por tanto, toda personalidad sana debe resolver la crisis de forma adecuada. La naturaleza de cada crisis es diferente y se caracteriza por una bipolarización. De acuerdo con Erikson, el problema fundamental que se encara en la adultez es el de la Generatividad frente al Estancamiento. Constituye el séptimo estadio del desarrollo psicosocial propuesto por su modelo. Generatividad vs. Estancamiento, enfrenta a las personas con la tarea más importante de la adultez que es realizar actos de cuidado en orden a establecer y guiar a la siguiente generación. Si bien la acción más preeminente generativa es la paternidad, entendida como la procreación y el cuidado de los hijos, no es la única actividad de cuidado, por tanto, se encuentran incluidas también actividades conducentes a crear y producir cosas (Domino & Hannah, 1989), citado en Cornaccione., Urrutia, Ferragut, de Espanés, Guzmán & Sesma (2012)

La generatividad es conceptualizada entonces como una expresión equilibrada de estas tendencias ligadas al desarrollo personal y el cuidado de los otros (McAdams y de St. Aubin, 1992; McAdams, Hoffman, Mansfield y Day, 1996). A su vez, Cheryl Bradley (1997) propone la existencia de distintos estilos de ejercicio de la generatividad, en la cual diferentes elementos están presentes en variados grados y diversas formas.

Estos diferentes estilos generativos tienen su origen teórico en las formulaciones de James Marcia (1973,

Bienestar psicológico y Generatividad en adultos mayores que practican el Voluntariado

1998) quien retoma los conceptos ericksonianos. Bradley propone cinco estilos prototípicos de ejercicio de la generatividad, los cuales resultan de la combinación de dos variables centrales: el grado de involucramiento y compromiso en las tareas generativas, y el nivel de inclusión de los otros.

Los estilos resultantes son: el generativo integrado, el agéntico, el comunitario, el convencional y por último el estilo no generativo o estancado. (Cornaccione, Urrutia, Ferragut, de Espanés, Guzmán & Sesma (2012).

Los individuos generativos pueden caracterizarse como personas altamente involucradas en el crecimiento de los jóvenes, en el área laboral elegida y en el futuro de la sociedad que heredarán. Usualmente son guía de otros y sienten la necesidad de compartir conocimientos y experiencias, aunque permanecen tolerantes a otras formas de ser y a otras tradiciones (Bradley, 1994, citado en Cornaccione., Urrutia, Ferragut, de Espanés, Guzmán & Sesma (2012). Los individuos estancados, por el contrario, se caracterizan por un bajo involucramiento y, generalmente, baja inclusión. Dedicar muy poca energía personal al trabajo, el cual suele ser vivenciado como aburrido, para llenar el tiempo, no hay un real disfrute ni se vislumbra una promoción de carrera (Bradley, 1997, citado en Cornaccione., Urrutia, Ferragut, de Espanés, Guzmán & Sesma (2012).

Respecto a la generatividad, Erikson afirma que operamos dentro de tres dominios, el procreativo, que consiste en dar y en responder a las necesidades de la siguiente generación, el productivo, que consiste en integrar el trabajo a la vida familiar y cuidar a la siguiente generación, y el creativo, que consiste en hacer aportaciones a la sociedad en gran escala. La alternativa de fracaso en síntesis en esta crisis es el estancamiento, el sentido de ensimismamiento y de tedio. Algunos no perciben el valor de ayudar a la siguiente generación y tienen sentimientos recurrentes de llevar una vida insatisfactoria. Alcanzan pocos logros o rebajan los que han obtenido. (Erikson (1950, 1968, 1985) citado en Martínez.2005)

En síntesis, la psicología del desarrollo se ocupa de todos los cambios, vivencias y conductas durante todo el ciclo vital de la persona. Por tanto, nadie duda

de que pueda hablarse de una psicología del desarrollo en la edad adulta. Los procesos de cambio, sin embargo, ofrecen características distintas en unas y otras edades, aún a pesar de que puedan existir causas comunes. El desarrollo en la edad adulta se ve marcado por acontecimientos típicos, propios de la edad: la jubilación, enfermedades crónicas, nuevos roles, como el de abuelos, pérdidas familiares, viudez o la proximidad de la muerte. El desarrollo de la edad adulta es, por tanto, cualitativamente distinto al de épocas anteriores. (Martínez. 2005).

De acuerdo a lo anterior, resulta interesante conocer los indicadores de bienestar y generatividad en la población de adultos y adultos mayores, si consideramos que en Chile, ha existido un avance en torno al tema del envejecimiento activo y exitoso, pero dichos avances están aún enfocados principalmente al ámbito cuantitativo, es decir, al logro del aumento de la esperanza de vida. No obstante, en el ámbito cualitativo es donde deben continuar enfocándose los esfuerzos, con el propósito de lograr que los adultos mayores de hoy y del futuro puedan vivir un envejecimiento satisfactorio y activo (Ferrada, 2014). Sumado al argumento anterior, se reconoce que el estudio del bienestar en la fase de la senectud, puede ser de importancia ya que gracias a la promoción del bienestar, es posible amortiguar y moderar el impacto negativo que los sucesos vitales estresantes, puedan provocar en esta etapa del ciclo vital.

Material y Métodos:

El presente estudio respondió a un enfoque cuantitativo, con un diseño transversal no experimental, de alcance analítico descriptivo y correlacional. Los participantes fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, participando 65 personas que contaban con los criterios de inclusión de la muestra, a saber; el ser voluntarios, abuelos autovalentes, manifestar su deseo libre de participar, además de mantener una participación activa dentro del voluntariado. Los datos fueron recogidos mediante dos instrumentos; Escala de Generatividad de Loyola, (EGL - L) de McAdams y de St. Aubin (1992) adaptada a la población chilena

Villareal Villa, Hernandez González, Leal Aqueveque, Medina Hernández, Vásquez Sepúlveda

por Larraín, Zegers y Orellana, (2017) en una muestra de abuelos en la ciudad de Santiago. Dicha escala está compuesta por 13 ítems y explora preocupaciones generativas que corresponden a cinco áreas temáticas: traspaso de conocimientos y habilidades, contribuciones para mejorar la comunidad y el barrio, legado perdurable, creatividad y productividad y finalmente preocupación, responsabilidad y cuidado de los otros. Se puntúa igual que la escala original desde: 0 = nunca se aplica al sujeto a 3 = se aplica muy a menudo o casi siempre. El puntaje teórico fluctúa entre 0 y 39 puntos. No considera ítems en sentido inverso y el cálculo del puntaje es la suma de todos los ítems. A mayor puntaje mayor generatividad y viceversa, al igual que en la escala original. Su tiempo de aplicación no excede los 10 minutos. Las estimaciones estadísticas de esta escala indican un coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,89, valor ligeramente superior al reportado por McAdams y de St. Aubin en la construcción original del instrumento (1992).

Para la evaluación del Bienestar Psicológico, se utilizó la escala de Bienestar Psicológico de Ryff, adaptada por van Dierendonck en 2004 y traducida al español por Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y van Dierendonck, (2006). Esta escala mide el bienestar psicológico desde las siguientes dimensiones; autoaceptación, relaciones positivas, dominio del entorno, autonomía, propósito en la vida y crecimiento personal. Se utilizó la versión propuesta por van Dierendonck, quien redujo el tamaño del instrumento para facilitar su aplicación a un total de 29 ítems, de los cuales 8 son inversos. Se responde utilizando un formato de respuesta tipo Likert con puntuaciones de 1 (total desacuerdo) a 6 (total acuerdo), considerando que mientras mayor es el puntaje obtenido mayor es el grado de bienestar psicológico. Esta nueva versión obtuvo una importante mejora en el nivel de ajuste, mejorando la consistencia interna del total de escalas, con valores de α de Cronbach mayores o iguales a 0,70. Se recolectaron además datos de identificación de los participantes a través de un cuadro adjunto a las esca-

escalas descritas, que apuntó a conocer información sociodemográfica de los voluntarios tal como su Edad, Estado Civil, Tipo de Ocupación y cantidad de nietos de los encuestados. Ante estos ítems, los participantes solo debieron responder utilizando una equis en la respuesta que correspondiente. Para obtener la muestra, inicialmente se procedió a acceder a un catastro de la red de voluntariado con presencia en la ciudad de Chillán, datos que fueron aportados por la Ilustre Municipalidad de Chillán a través de su consejo de transparencia. Se realizó contacto con cada presidente de las instituciones para explicar los objetivos del estudio y solicitar autorización. A todos los adultos mayores participantes se les solicitó su consentimiento, con un documento escrito donde se señalaron los objetivos, fines de la investigación y en donde se hizo mención a la confidencialidad de la información y anonimato de su identidad. Los datos obtenidos fueron analizados con el programa computacional estadístico SPSS versión 15. Se realizó análisis utilizando estadísticos descriptivos, pruebas de normalidad, análisis comparativo de medias Kruskal-Wallis y estadístico de correlación Rho de Spearman.

Resultados:

En primera instancia, se realizó una descripción de la muestra estudiada, la cual estuvo compuesta por 65 personas. La muestra se distribuyó según género en 59 Mujeres (91%) y 6 Hombres (9%), (ver anexo 1).

Lo anterior permite plantear que la acción social de los adultos mayores en nuestro país es una disciplina fuertemente ejercida por mujeres. En cuanto a la edad de la muestra, se observó una media de 68 años, con una míni de 51 años y una máxima de 94 años (anexo 2).

De la totalidad de la muestra es posible extraer que 18 (27,7%) son adultos y 47 (72,3%) adultos mayores, (ver anexo 3). Para responder a los objetivos que persiguen conocer el grado de generatividad y de bienestar psicológico de los adultos que practican voluntariado, se empleó estadística descriptiva, obser-

Bienestar psicológico y Generatividad en adultos mayores que practican el Voluntariado

observándose en la muestra seleccionada una media de Generatividad de 26.29 con mínima de 9 y una máxima de 38. Dicho promedio, resultó levemente superior a la media de Generatividad ($26.29 > 25$) observada en la muestra original de abuelos utilizada el 2017 por Larraín, Zegers y Orellana para la validación del instrumento, en la ciudad de Santiago. Por otro lado, la media de Bienestar Psicológico observada fue de 4.91 con mínima de 3.86 y una máxima de 5.86 según se indica en el anexo 4. Este valor medio, también resultó superior al promedio obtenido por la muestra utilizada para la adaptación nacional del instrumento ($4.91 > 4.41$). Lo anterior permitiría concluir que los abuelos que practican voluntariado gozan de aceptables indicadores de Bienestar Psicológico y muestran Generatividad, es decir, capacidad de cuidar de otros. Estos resultados plantean la inquietud a futuro de identificar si estos valores positivos serían igualmente posibles de encontrar en adultos mayores que no ejerzan labores de acción social.

Respecto a los indicadores de Bienestar Psicológico y Generatividad, se procedió a correlacionar entre sí dichas variables, sin embargo no se encontraron relaciones directas entre ambas. De modo complementario, se correlacionaron ambas variables según la edad de los participantes, mediante la prueba Rho Spearman. Los valores se aprecian en el anexo 5. De acuerdo a estos datos, se observa una correlación inversa de $r = -0.254$ entre Generatividad con edad con un nivel de sig. < 0.041 . De mismo modo se aprecia una correlación débil inversa de $r = -0.109$ entre los indicadores de Bienestar Psicológico y la edad, con un nivel de sig. $= 0.388$, por lo que esta última no resulta significativa (Anexo 5).

Lo anterior por tanto, permite afirmar que a medida que la muestra avanza en edad, se produce una leve disminución de los comportamientos generativos. Lo anterior puede explicarse, ya que a medida que los adultos envejecen, minimizan su capacidad generativa, perciben que pierden capacidad de cuidar de otros y comienzan a adentrarse en el último estadio del desarrollo psicosocial propuesto por Erickson, Integridad versus Desesperanza.

Posteriormente, se procedió a identificar los valores promedios de las variables Generatividad y Bienestar Psicológico según los indicadores sociodemográficos tales como cantidad de nietos, ocupación y estado civil. Estos dos últimas variables se seleccionaron para el análisis, ya que la jubilación o la viudez se con-

sideran duelos normativos propios de esta etapa del ciclo vital que podrían afectar los indicadores de bienestar psicológico en el adulto mayor. Dichos valores se resumen en el anexo 6 y se utilizaron para realizar pruebas de comparación de medias, a fin de precisar si las diferencias resultaban estadísticamente significativas.

En primer lugar, se compararon las medias de Generatividad según el tipo de ocupación de los voluntarios, indicando los siguientes valores promedios, trabajador activo 29.5, jubilado 25.33 y jubilado reincorporado 22.67. La prueba Kruskal-Wallis indicó una significancia de sig < 0.021 mostrando que hay diferencias significativas asintóticas respecto a la Generatividad según el tipo de ocupación. Esto muestra por tanto, que los trabajadores activos presentan promedios superiores en generatividad en comparación a los otros grupos, es decir, que los trabajadores activos desarrollarían más comportamientos generativos, y tienen una mejor percepción acerca de cómo sus acciones contribuyen a los demás, en comparación a quienes ya se encuentran jubilados, lo que en alguna medida podría explicarse dado que este grupo podría sentirse más funcional y capacitado para cuidar y proteger a las nuevas generaciones, en comparación a la muestra de jubilados, quienes sentirían mermada su capacidad funcional y autoperibirse menos dotados para cuidar a otros.

Lo anterior confirma lo observado en la correlación de los indicadores de generatividad con la variable edad, lo que refuerza la percepción de que la Generatividad es mayor en adultos laboralmente activos y de menor edad, o dicho en otros términos, que los adultos mayores a medida que envejecen y entran en retiro laboral, muestran una leve disminución en su capacidad de cuidar de otros.

En cuanto a la comparación de las medias de Generatividad según estado civil, se observa que dichos promedios de generatividad en el grupo de casados es de $x: 27.17$, separados $x: 23.33$ y viudos $x: 26.63$, sin embargo, estos promedios no resultaron estadísticamente significativos. Por último, los promedios de Generatividad según cantidad de nietos tampoco mostraron diferencias significativas. Por tanto, la capacidad generativa en el adulto mayor no dependería necesariamente de la cantidad de nietos, ni del estado civil del adulto mayor, pudiendo cumplir

Villareal Villa, Hernandiz González, Leal Aqueveque, Medina Hernández, Vásquez Sepúlveda

con este desafío de la etapa con independencia de su conformación familiar. Con respecto a los indicadores de Bienestar Psicológico no fue posible encontrar diferencias significativas, al contrastar dicha variable con la categoría de Ocupación con una significancia de $= .429$. Del mismo modo, al compararlas según Estado civil, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con un nivel de $\text{sig} = .057$. Según lo que se observa, la distribución del promedio de Bienestar Psicológico, es la misma respecto a la cantidad de nietos con una $\text{sig} = .519$.

Sin embargo, luego de comparar medias de las dimensiones específicas que conforman el constructo bienestar, se observaron mejores indicadores de la dimensión denominada “Dominio del entorno”, en los voluntarios jubilados pero reincorporados, es decir, aquellos que estando jubilados acceden a otro trabajo remunerado, por sobre los trabajadores activos y jubilados, con un valor significancia inferior a < 0.045 . Así mismo, manifiestan mejores indicadores de bienestar psicológico en su dimensión Autonomía, en los voluntarios que se declaran separados por sobre los casados y viudos, con un nivel de $\text{sig} < 0.035$. (anexo7)

Los datos relativos a Bienestar indican por tanto, que los adultos mayores reincorporados al mundo laboral perciben una mejor habilidad para manejarse en entornos difíciles, teniendo la capacidad de adaptarse a circunstancias adversas, por lo que se sentirían capaces de influir en su entorno. El grupo de separados por otro lado, gozarían de una mayor sensación de Autonomía que aportaría a su bienestar, y que se podría traducir en la independencia de las personas, en la sensación de poder elegir y poder tomar sus propias decisiones.

Conclusión y Discusiones

El grupo de estudio de adultos abuelos que practican voluntariado presentó un predominio fundamentalmente femenino.

La distribución por edad de la muestra, también es fiel reflejo de cómo nuestro país ha experimentado un significativo aumento de la esperanza de vida, así como también es un ejemplo de lo que se denomina envejecimiento activo, y de cómo los adultos mayores se constituyen como un capital social.

Dado los buenos indicadores de Bienestar Psicológico observados en la muestra, es posible afirmar que una adultez y vejez funcional y activa, vinculada específicamente al trabajo de acción social, podría estar asociado al reporte de un mejor bienestar psicológico y en definitiva a mejores indicadores de salud mental en este grupo etario tan altamente sensible y vulnerable a pérdidas funcionales y duelos. El voluntariado podría consolidarse como un instrumento significativo para la promoción de la salud mental, y conducir a la percepción de mejor sensación de bienestar psicológico, así como podría promoverse como un factor protector para un envejecimiento exitoso. Impresiona las diferencias de bienestar psicológico, encontradas según el tipo de ocupación, ya que la muestra que reporta mejores indicadores de bienestar se concentra en aquellos adultos mayores que una vez jubilados se reincorporan al mundo laboral, lo que abre dos líneas explicativas de estos hallazgos, una centrada en cómo el bienestar se asociaría a sentirse aún laboralmente productivo, o bien como el bienestar depende de las mejoras en las condiciones económicas del adulto mayor, especialmente en una etapa del ciclo vital en que aumenta el costo de la vida, y en una sociedad donde la adultez mayor viene aparejada con una significativa disminución de los ingresos y calidad de vida. Las diferencias observadas en el grado de Generatividad según ocupación, nos muestran que los abuelos laboralmente activos y más jóvenes (menores a 65 años), se perciben con mayor capacidad de cuidado y protección con respecto a los más ancianos, lo que podría indicar que el logro de la Generatividad está condicionada a las capacidades funcionales físicas, cognitivas y de salud percibidas por el adulto. Lo anterior es una clara muestra, de cómo los adultos mayores al adentrarse al declive de su vida, comienzan a atravesar un nuevo hito psicosocial, el de la Integridad versus el estancamiento, ampliamente definido por Erikson. (1970)

Desde esta perspectiva, se haría indispensable potenciar el voluntariado y la acción social como un factor protector, que promueva el buen envejecer, así como ya se han descrito otros factores que favorecen el envejecimiento activo, tal como el deporte, la re-



Bienestar psicológico y Generatividad en adultos mayores que practican el Voluntariado

creación y la vida social. Estas directrices que potencian la salud mental en los adultos mayores, se hace especialmente necesaria, considerando que en Chile, los adultos mayores constituyen un grupo especialmente vulnerable a flagelos como la pobreza, el abandono y actualmente engrosan además los indicadores de prevalencia de suicidio.

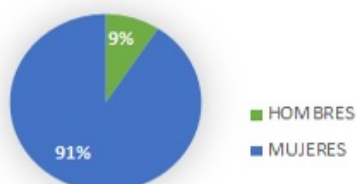
REFERENCIAS

1. Cornaccione, M., Urrutia, A., Ferragut, L. P., de Espanés, G. M., Guzmán, E., & Sesma, S. (2012). Validez y estabilidad de la Escala Multidimensional de Generatividad (EMG). Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, 1(1).
2. Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. Psicothema, 18(3), 572-577.
3. Erickson, E. (1970) Infancia y Sociedad. Horme - Paidós.
4. Ferrada, L. y Zavala, M. (2014) Bienestar Psicológico: Adultos mayores activos a través del voluntariado. Ciencia y Enfermería XX (1): (pp123-130)
5. Larraín, M. (2017). Traducción y Adaptación de una Escala Para Evaluar Generatividad en Abuelos en Santiago de Chile. Psike.
6. Martínez, Á. I. (2005). Psicología del desarrollo de la edad adulta Teorías y contextos. Revista complutense de educación, 16(2), 601-619.
7. Meléndez, J. (2013) Envejecimiento y voluntariado profesional: observaciones desde los adultos mayores jubilados, voluntarios de la Región Metropolitana. Tesis presentada para obtener el grado de Magister en Análisis Sistémico Aplicado a la Sociedad. Universidad de Chile. Santiago.
8. Ortiz, J. y Castro, M. (2009) Bienestar Psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y autoeficacia. Contribución de Enfermería.
9. SENAMA (2015) Las personas mayores en Chile, Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez.
10. Villar, F. (2014) Hacerse bien haciendo el bien: la contribución de la generatividad al estudio del buen envejecer. Información Psicológica N 104. (pp 39-56) Universidad Barcelona.
11. Zacarés, J. J., Ruiz, J. M. y Amer, E. (2002) Generatividad y Bienestar Psicológico en profesores: Un estudio exploratorio. Psicología de la Educación y Formación del profesorado. Nuevos retos, nuevas respuestas (pp. 611-625). Badajoz: Psicoex



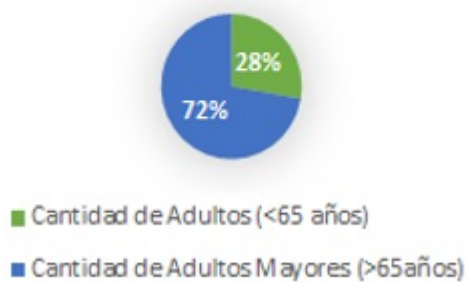
Villareal Villa, Hernandiz González, Leal Aqueveque, Medina Hernández, Vásquez Sepúlveda

Anexo 1:
Descripción de la muestra según sexo



Anexo 2: Estadísticos descriptivos: Edad			
	Mínimo	Máximo	Media
Edad	54	94	68

ANEXO 3:
Distribución de la muestra según ciclo
evolutivo



Bienestar psicológico y Generatividad en adultos mayores que practican el Voluntariado

Anexo 4: Estadísticos descriptivos de Bienestar Psicológico y Generatividad			
	Mínimo	Máximo	Media
Bienestar psicológico	3.86	5.86	4.91
Generatividad	9	38	26.29

Anexo 5: Correlación de Bienestar Psicológico y Generatividad con Edad					
			Promedio Total Generatividad	Promedio Total Bienestar Psicológico	Edad
Rho de Spearman	Promedio Total Generatividad	Coefficiente de correlación	1	-0.134	- 0.254*
		Sig.		0.288	0.041*
	Promedio Total Bienestar Psicológico	Coefficiente de correlación	-0.134	1	-0.109
		Sig.	0.288		0.388
	Edad	Coefficiente de correlación	-0.254*	-0.109	1
		Sig.	0.041	0.388	



Villareal Villa, Hernandez González, Leal Aqueveque, Medina Hernández, Vásquez Sepúlveda

Anexo 6: Medias de Bienestar Psicológico y Generatividad según ocupación, estado civil y cantidad de nietos			
		Media Bienestar Psicológico	Media Generatividad
Ocupación	Trabajador activo	4.8	29.5
	Jubilado	4.94	25.33
	Trabajador Jubilado	5.2	22.67
Estado Civil	Casado	5.02	27.17
	Separado	5.12	23.33
	Viudo	4.66	26.63
Cantidad de nietos	De 1 a 3 nietos	4.98	24.7
	De 3 o más nietos	4.87	27.17

Bienestar psicológico y Generatividad en adultos mayores que practican el Voluntariado

Anexo 7: Medias de Bienestar Psicológico y Generatividad según ocupación, estado civil y cantidad de nietos							
		Dimensiones de Bienestar Psicológico					
		Auto aceptació n	Relacione s positivas	Autonomí a	Domini o del entorno	Crecimient o Personal	Propósit o en la vida
		Medias					
Ocupació n	Trabajado r activo	5.38	4.34	4.20	4.56	5.21	5.43
	Jubilado	5.54	4.38	4.50	4.81	5.23	5.43
	Trabajado r Jubilado	5.83	4.60	4.27	5.53	5.25	5.43
Estado Civil	Casado	5.65	4.53	4.57	4.77	5.25	5.61
	Separado	5.19	5.02	4.90	5.11	5.41	4.62
	Viudo	5.44	3.84	3.92	4.64	4.84	5.30
Cantidad de Nietos	De 1 a 3 nietos	5.51	4.61	4.60	4.42	5.38	5.31
	De 3 o más nietos	5.31	4.25	4.28	4.80	5.14	5.53



Ser un adulto mayor en México

Beatriz Guadalupe Maza Pérez, Guiana Fernández de Lara López¹

Resumen

El incremento poblacional en México ha alcanzado índices significativos. La población de adultos mayores ha tenido también un aumento considerable en años recientes, y se vislumbra cómo uno de los grupos etarios que continuará creciendo en los próximos años. Este irremediable aumento debe considerarse un fenómeno de especial atención. Este artículo tiene como objetivo analizar la relación entre el incremento que en años recientes ha tenido la población de adultos mayores y el proceso de envejecimiento desde un enfoque social. Para tal propósito se realizó una revisión sistemática de artículos publicados del año 2010 a la actualidad. Las palabras que se utilizaron en la búsqueda fueron: adulto mayor, población de adultos mayores en México, teorías psicosociales de gerontología, envejecimiento y vejez. Conclusión: México vive un acelerado crecimiento de la población adulta mayor, la cual obliga una modificación de la concepción de la vejez y una urgente mejora en cuanto a políticas públicas, atención geriátrica y gerontológica al alcance de toda la sociedad, así como la formación de profesionales en materia de envejecimiento y vejez y la apertura de espacios donde puedan desempeñarse profesionalmente.

Palabras clave: Adulto mayor, envejecimiento, población, incremento, vejez.

Abstract

The population increase in Mexico has reached significant rates. The population of older adults has also had a considerable increase in recent years, and it is envisioned as one of the age groups that will continue to grow in the coming years. This irremediable increase should be considered a phenomenon of special attention.

This article aims to analyze the relationship between the increase in the elderly population in recent years and the aging process from a social approach. For this purpose, a systematic review of articles published from 2010 to the present was carried

out. The words that were used in the search were: elderly, population of older adults in Mexico, psychosocial theories of gerontology, aging and old age. Articles that expose an explanation of the exclusively biological aging process were excluded

Conclusion:

Mexico is experiencing an accelerated growth of the elderly population, which requires a modification of the conception of old age and an urgent improvement in terms of public policies, geriatric and gerontological care available to the entire society, as well as the training of professionals in matter of aging and old age and the opening of spaces where they can

ISSUE N°1
JUNIO
2020

Recibido:
07/02/2020

Aceptado:
01/04/2020

(1) Formación Profesional Lic. Psicología Maestría en Educación Actualmente cursando Doctorado en Psicología. Docente del Programa Académico de Psicología de la Universidad Autónoma de Nayarit (UAN), México Subdirectora Administrativa de la Unidad Académica de Ciencias Sociales de la UAN.

(2) Formación Profesional Lic. Psicología Maestría en Psicoterapia Integral Doctorado en Ciencias Naturales y Biopsicosociales Trabajo Actual Docente del Programa Académico de Psicología de la Universidad Autónoma de Nayarit (UAN), México Coordinadora del Posgrado en Gerontología (próximo a ofertar) en la UAN.

Ser un adulto mayor en México

perform professionally.

Keywords:

Elderly, aging, population, increase, old age.

Introducción

Se le llama adulto mayor a las personas que tienen 60 años o más, aunque en algunas instituciones toman como referencia los 65 años o incluso más. Esta etapa es conocida como vejez, y es considerada la última etapa de la vida de una persona (INAPAM, 2019). Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016), (como se citó en Retamosa, 2017) el envejecimiento demográfico se ha presentado con significativa rapidez en todo el mundo. México ocupa el undécimo lugar de los países más poblados del mundo y el séptimo lugar entre los países con envejecimiento acelerado (Medina, 2015). Este incremento puede propiciar que las instancias gubernamentales y las empresas privadas encuentren dificultades para otorgar oportunidades laborales y de atención adecuada en materia de salud a las personas adultas mayores (Hernández, Montaña y Zavaleta, 2016).

Una de las explicaciones de este crecimiento tan desmesurado tiene que ver con la esperanza de vida que ha cambiado considerablemente; en gran medida debido a la reducción de la mortalidad en la década de los treinta y un bajo índice de natalidad en los años setentas (González, 2015).

Por otra parte, el aumento en la edad inevitablemente trae consigo modificaciones en diferentes aspectos de la vida de una persona. Aunado a esto, la sociedad ha experimentado diversos e importantes cambios que obligan al ser humano a adaptarse, desde el incremento en el costo de vida, hasta el uso de la tecnología. A estos cambios, el adulto mayor tiene que intentar acoplarse y sobrevivir en ocasiones con muchas dificultades, poca o nula ayuda de otros y con la desesperanza de una atención particular.

Se deduce entonces que el incremento de población mayor es latente y las acciones de atención a la población de adultos mayores pareciera que no van de la mano con el incremento de dicha población.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos publicados del 2010 a la fecha en las bases de datos de Google Académico y Scholar buscadores especializados en literatura científica y académica, además se realizó una búsqueda en documentos oficiales del Instituto de Estadística y Geografía (INEGI), Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores (INAPAM) e Instituto Nacional de las Mujeres, aplicando como límite temporal 9 años. La selección de artículos se realizó en función de los siguientes criterios: estudios con metodología cuantitativa y cualitativa, así como artículos de revisión.

Se excluyeron aquellos estudios que se referían al envejecimiento y vejez desde el punto de vista biológico, epidemiológico y los estudios no accesibles a la totalidad del texto, país y población. Las palabras que se utilizaron en la búsqueda fueron: adulto mayor, población de adultos mayores en México, teorías psicosociales de gerontología, envejecimiento y vejez.

El planteamiento de la búsqueda bibliográfica se basó en la obtención de documentación que aportara información del incremento que en años recientes ha tenido la población de adultos mayores en México y el proceso de envejecimiento desde un enfoque social.

Se seleccionaron en total 19 documentos de interés: artículos científicos, informes, censos, recopilación estadística y geográfica.

Población y Políticas

Actualmente, todas las personas en cualquier país pueden aspirar a vivir muchos años. Se puede pensar que una vida más larga podría ser positiva, ya que se puede entender que se tiene una estabilidad económica y de atención médica adecuada en tiempo que permite que esto suceda. Sin embargo, la vejez es una de las etapas más temidas por las personas ya que las condiciones actuales en algunos países, como en México, están bastante alejadas de la tranquilidad y estabilidad que en años anteriores prevalecía para esta población. Hoy en día, los adultos mayores representan uno de los grupos más vulnerables en el país; aspectos como la soledad, abandono, discapacidad y maltrato en sus diversas expresiones

Maza Pérez, Fernández de Lara López

están presentes, con frecuencia, en la vida de muchos adultos mayores (Hernández et al., 2016). El aumento de la esperanza de vida es una de las causas del incremento de la población de adultos mayores en el mundo. En México, en el 2018, la esperanza era de 75.5 años, pero se espera que en 2030 sea de 77 años (INEGI, 2018). Vivir tantos años tiene muchas implicaciones, no sólo en las personas sino también en los contextos a los cuáles pertenece. Inevitablemente vivir más años ocasiona que la demanda de los servicios de salud y cuidados se incrementen (Retamosa, 2017).

Al respecto:

El aumento del porcentaje de población de adultos mayores se debe al incremento de la esperanza de vida, de 74 a 88 años, en conjunto con la tasa global de natalidad que es de 2.2. hijos. Lo que sitúa al envejecimiento poblacional como un reto económico, social, cultural y de salud en cada país. (Vergara, Mejía, Moriel, Cantú, 2018, p. 45)

En el 2015, el INEGI realizó la Encuesta Intercensal, que es la encuesta que se lleva a cabo en medio del período de tiempo establecido entre un censo de población y otro que se realiza cada 10 años, en esta encuesta se conoció que el porcentaje de población de 65 años o más en el país era de 7.2%. La entidad de población más vieja era la ciudad de México con una mediana de edad de 33 años (INEGI, 2015). Actualmente, la Cd. de México sigue siendo la entidad con más personas adultas mayores. Le siguen Veracruz, Oaxaca, Morelos, Yucatán, Michoacán, Sinaloa, Zacatecas, San Luis Potosí, Sinaloa, Hidalgo, Guerrero, Jalisco y Durango (González, 2015). Pero este significativo cambio demográfico en México no es algo nuevo ya que viene sucediendo en los últimos 40 años. La primera fase de este cambio empezó en los años treinta con un descenso en la mortalidad y un incremento en la natalidad. La segunda fase sucede en la década de los setenta con un acelerado descenso de la fecundidad, en gran medida como resultado de la campaña de control de natalidad cuyo objetivo era frenar el crecimiento de la población (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015).

Estos acontecimientos obligaron a llevar a cabo cambios en materia de política, por ejemplo fue en el siglo XIX donde surgieron aquellas relacionadas a la

vejez en México, con la creación de la Dirección General de la Beneficencia Pública en 1862, aunque es hasta la década de los setentas cuando la política hacia las personas mayores se consolida con el surgimiento del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) y del Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) (Paredes, Montes de Oca, Rodríguez, Lladó, Guidotti, 2017).

En 1974 se crea el Consejo Nacional para la Población (CONAPO), aunque al inicio se centraba en la planeación demográfica únicamente; actualmente tiene por objeto el diseño, operación y evaluación de las iniciativas públicas destinadas a regular el crecimiento de la población, los movimientos demográficos y la distribución de los habitantes de México en el territorio mexicano. (Paredes et al., 2018). El Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), contemplaba programas de acción novedosos como la enseñanza en geriatría y gerontología, pero la imagen del adulto mayor fue proyectada como la del “abuelo” y con esto la idea de que el adulto mayor era una persona que requería de asistencia social más que de oportunidades para continuar activo. Actualmente, se ha puesto mayor atención a las poblaciones más vulnerables del país, entre ellos a las personas adultas mayores, dicha atención se ha orientado más a oportunidades que a la asistencia, sin embargo, es una realidad también que el ritmo de crecimiento poblacional de dicho grupo avanza con una considerable rapidez, de tal forma, que sobrepasa las acciones de cambio en beneficio de esta. Es importante aclarar que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos es el principal agente protector de los derechos de la población. Por su parte, fue en 2002 cuando el Diario Oficial de la Federación publica:

La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores la cual establece el pleno ejercicio de los derechos a las personas mayores: 1) De la integridad, dignidad y preferencia; 2) De la certeza jurídica; 3) De la salud, alimentación y la familia; 4) De la educación; 5) Del trabajo; 6) De la asistencia social; 7) De la participación; 8) De la denuncia popular; 9) Del acceso a los servicios. (Paredes et al., 2017, p.13).

Sin embargo, esta Ley aborda el derecho a la

Ser un adulto mayor en México

seguridad social.

La realidad social del adulto mayor en México tiene múltiples facetas y retos para los profesionales que se dedican al estudio e investigación de esta población; desde crear políticas públicas hasta prevenir toda clase de riesgos que lleven a la exclusión social y al maltrato, ya que dicha exclusión afecta su funcionalidad integral (INAPAM, 2010).

El panorama que se visualiza a corto plazo obliga a analizar si las condiciones existentes en todos los contextos involucrados con la población de adultos mayores son las propicias para atender a esta nueva realidad poblacional en el país (Kely, 2015).

Concepción del Envejecimiento desde una perspectiva social:

El envejecimiento no es sólo un hecho biológico, es también un acontecimiento social y cultural conformado por la ideología general que se tiene sobre la vejez. En las sociedades contemporáneas, generalmente se relaciona a la vejez con la inactividad o improductividad; pero existen culturas en las que aún prevalece la imagen respetable y poseedora de sabiduría del anciano (Merchán y Cifuentes, s/f).

El proceso del envejecimiento incluye la percepción, del propio individuo y de la sociedad, de los cambios físicos que vive y las consecuencias de estos, cómo son los cambios psicológicos que influyen en los pensamientos, creencias y valores y que van a determinar el comportamiento del individuo en la sociedad (González, 2010). Según Aranibar (2001), citado por Bruno y Acevedo, (2016), son muchos los aspectos que se afectan, alteran o cambian cuando una persona se convierte en adulto mayor. Estos aspectos no sólo son físicos sino también son relacionados con la situación económica, los roles que desempeña dentro de la familia y la sociedad, así como la situación laboral, entre otros. Los adultos mayores traen bajo su rótulo una complejidad innegable, producto de la ambigüedad de su posición en la sociedad.

Las Teorías Psicosociales de la Gerontología sustentan

planteamiento de que el adulto mayor en México está en constante vulnerabilidad. La Teoría Psicosocial de Roles plantea que a lo largo de la vida de una persona, la sociedad le va asignando roles que debe asumir en el proceso de socialización (de hijo(a), hermano(a), padre o madre, esposo(a), entre otros). De esta manera el individuo va adquiriendo un estatus o posición social a la vez que conforma su autoimagen. Estos roles van cambiando según avanzan las etapas de desarrollo. Al llegar a la vejez, se produce una pérdida progresiva de los roles sociales que las personas adquirieron a lo largo de su vida. Así las personas mayores van reduciendo su papel en la sociedad, hasta quedar desposeídos de roles, sin lugar y sin status (Merchán y Cifuentes s/f). Esta teoría describe lo que el envejecimiento conlleva de manera implícita; en la actualidad, es posible que la pérdida de roles se agrave por las condiciones sociales y económicas en que el individuo viva al llegar a la vejez.

Sin duda alguna, la relación que el adulto mayor establece con la sociedad es trascendental para su óptimo bienestar. En este mismo orden, la Teoría de la Actividad resalta el envejecimiento activo relacionándolo con la situación demográfica, la calidad de vida y el autocuidado, menciona que los individuos se adaptan a los cambios que la edad conlleva y que entre más actividad realice el individuo, mayor satisfacción vital tendrá. (Díaz-Tendero, 2011). Las actividades recomendables para el bienestar del adulto mayor son las informales (amistades), las formales (socio-recreativas) y las solitarias (ocio, cuidados del hogar, entre otras) (Merchán y Cifuentes, s/f). De hecho, el objetivo de las instituciones gubernamentales en México que atienden a la población de adultos mayores, en gran medida tienen dentro de sus premisas implementar actividades que permitan la convivencia y el esparcimiento, pero las condiciones en las que muchos adultos mayores viven hacen que las necesidades de salud y económicas sean prioridad. Por su parte, la Teoría del Medio Social sostiene que el comportamiento durante la vejez depende de ciertas condiciones biológicas y sociales. Según esta perspectiva, en el nivel de actividad de un individuo influye la salud, el dinero y los apoyos sociales (González, 2010). Es decir, si estos tres aspectos son satisfactorios en la vida de un adulto mayor, se garan-

Maza Pérez, Fernández de Lara López

garantizaría una actividad propicia del mismo.

Esta teoría pone de base la idea de que no sólo la salud beneficia la calidad de vida de los adultos mayores, sino también tener los recursos para vivir con calidad de vida y redes de apoyo significativas. Sin embargo, la situación de los adultos mayores varía, algunos viven con sus familias, y si es una persona dependiente en actividades básicas (comer, vestirse, bañarse, acostarse y levantarse de la cama, contener esfínteres, etc.), o en actividades secundarias (preparar comidas, limpiar, lavar, tomar medicamentos, trasladarse a lugares lejanos, ir de compras, utilizar dinero, teléfono e internet, etc.), y las condiciones sociales y económicas de la familia no son las adecuadas, se tendrán dificultades para proporcionar el apoyo requerido y posiblemente la familia no tendrá el tiempo y/o no podrá proporcionar los cuidados necesarios por lo que las necesidades y derechos del adulto mayor se puedan afectar considerablemente. Se entiende por dependencia a las dificultades, falta de habilidad, necesidad de ayuda o ausencia de capacidad para la realización de las actividades diarias (Kely, 2015). Es posible que poner atención a los factores que intervienen en la dependencia de un adulto mayor (psicosociales, de salud, económicos, de estilo de vida, entre otros) genere un compromiso gubernamental para la creación de políticas públicas y programas sociales efectivos que beneficien a este sector de la población (Kely, 2015).

Por otro lado, el cuidado del adulto mayor en las familias en México recae con frecuencia en algún familiar, generalmente mujer (Silva, González, Mas, Márquez, Partezani, 2017). Aun cuando profesiones relacionadas con el ciclo de vida de los individuos son aceptadas y ofertadas en instituciones educativas públicas y privadas y existen profesionales de la salud que pueden prestar el servicio de atención integral al adulto mayor, la economía desigual que prevalece en el país dificulta que la atención que requiere sea puesta en manos de un profesional en cuidados gerontológicos o de enfermería debido al considerable gasto que esto implica. La cantidad de situaciones problemáticas que esto pueda ocasionar dentro de las familias es de considerable preocupación, ya que la dependencia en el adulto mayor suele incrementarse después de los 65 años por diferentes factores, lo que ocasiona una repercusión en el gasto por cuidados.

Lo anterior lo sustenta la Teoría de la Economía Política del Envejecimiento, la cual establece que el estatus, los recursos de las personas adultas mayores, e incluso la trayectoria del proceso de envejecimiento están condicionadas por la posición del adulto mayor en la estructura social y los factores económicos y sociales (Díaz-Tendero, 2011). Por lo que se concluye que, si las condiciones sociales y económicas no son las apropiadas, muy probablemente el proceso de envejecimiento de un individuo estará alejado de ser un proceso adecuado que desencadene bienestar. En el caso de los adultos mayores en situación de pobreza, el incremento de la dependencia al no contar con servicios asistenciales básicos, contribuye a que su situación económica se debilite y, por lo tanto, su pobreza aumente. Entonces, se agrega que la necesidad de recurrir a la ayuda de alguien, ya sea profesional o familiar, se aleja de sus posibilidades, sin olvidar que la intención de la ayuda en los cuidados deberá evitar, a medida de lo posible, la pérdida de la autonomía del adulto mayor (Navarro y Rodríguez, 2015).

Scheil-Adlung y Bonon (2012), (cómo se citó en Navarro y Rodríguez, 2015) los servicios sociales deben formar parte de la protección social, ya que generalmente son ejecutados como momentáneos con la finalidad de que la condición presente del adulto mayor sea más llevadera. En este sentido, la OMS (2015) refiere que, cómo a cualquier edad, los adultos mayores poseen diferentes características (vejez), por lo tanto, las políticas deben estar formuladas de manera tal que permitan que tantas personas como sea posible logre una trayectoria positiva de envejecimiento.

En México la longevidad no va de la mano con la salud; el bienestar personal y social dependen, en gran medida, del soporte familiar, comunitario e institucional que reciba (INAPAM, 2010). Los adultos mayores requieren una red de apoyo más pequeña y menos diversa que la población de jóvenes, sin embargo, se ha observado que, si existen ciertas características que, en ocasiones, limitan el apoyo, por ejemplo, si un adulto mayor presenta una discapacidad física es más probable que reciba apoyo de diferentes grupos que si presentara una discapacidad cognitiva; también reciben más apoyo las mujeres adultas mayores que los hombres. En este sentido, se sabe que, al igual que en cualquier etapa del ciclo de vida.

Ser un adulto mayor en México

la vejez se presenta de distinta manera en cada persona (Bruno y Acevedo, 2016).

En la década de los noventa, la ONU estableció los principios a favor de las personas de edad en los temas de dependencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad; es una realidad que la ejecución de dicha atención no ha sido la suficiente. Tal vez muchos otros factores sociales relacionados con la población de otros rangos de edad han restado atención a los adultos mayores y han ocasionado, indirectamente, colocar a este grupo en un lugar menos prioritario de la lista de los sectores poblacionales de especial atención. Situaciones que hoy en día se viven en el país, cómo las adicciones, el narcotráfico, los feminicidios, la delincuencia, el suicidio, entre otros, han surgido o se han incrementado en años recientes y han acaparado la atención de los sectores gubernamentales y de los profesionales en diferentes ámbitos.

No obstante, la población de adultos mayores es un sector demandante de servicios de salud, de protección social y económica, de estudios, de apoyo jurídico y emocional, de rehabilitación, entre otros (INAPAM, 2010). Por lo tanto, las acciones para generar la atención que demanda esta población va desde la oferta educativa en las instituciones de nivel superior ofertando licenciaturas, posgrados y estudios especializados en geriatría y gerontología, hasta el fortalecimiento, implementación y una gestión adecuada de políticas públicas. Ya que desde la perspectiva del envejecimiento existen condicionantes políticos y económicos que imponen restricciones a la experiencia de envejecer, lo que propicia que el adulto mayor pierda poder, vea disminuida su autonomía y su influencia en la sociedad, generando poco acceso a oportunidades de permanecer y progresar (Morales y Gouzy, 2014).

Conclusiones

El acelerado envejecimiento de la población en México deberá generar una urgente intervención para modificar las acciones en las que se invierte el dinero público, por ejemplo, aumentar los servicios destinados a adultos mayores, así como, priorizar la atención profesional en el área; sin olvidar la inclusión de oferta educativa profesional cuyo objeto de estudio sea el adulto mayor.

En materia de vejez en México se han logrado avances en muchos temas, entre los que destacan los aspectos demográficos, pensiones, atención y cuidados, programas sociales, escolaridad, entre otros. Sin embargo, el rezago social en el que este grupo se encuentra es el aspecto en el que aún se deben realizar mejoras ya que hay una estrecha relación entre vejez y pobreza, en gran medida por la dificultad que muchos mexicanos tienen para ahorrar o prever el futuro (Bruno y Acevedo, 2016). México tiene un reto muy grande para años venideros. El incremento poblacional de adultos mayores será aún más importante en corto plazo. El cambio en la forma de pensar y actuar al respecto es urgente. Una propuesta a considerar es la de preparar al individuo desde los primeros años escolares para desarrollar habilidades relacionadas con el manejo de recursos económicos y el afrontamiento al ciclo de vida, con el objetivo de que cada individuo intente alcanzar una adecuada preparación económica y social en el futuro.

No se debe olvidar que el grupo poblacional de adultos mayores es considerado uno de los grupos vulnerables del país ya que su fragilidad social está latente y en constante aumento como consecuencia del incremento poblacional, la falta de oportunidades y la necesidad de supervivencia (Hernández et al., 2016).

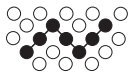
El envejecimiento es un proceso normal del ciclo de vida, sin embargo, un envejecimiento normal no sólo implica la ausencia de enfermedad, también se relaciona con circunstancias sociales adecuadas, en las cuales el adulto mayor pueda vivir una vejez digna (González, 2010). Dichas circunstancias involucran a todos los que conformamos la sociedad, desde cada uno de nosotros como individuos hasta las instancias gubernamentales. Debemos entonces intentar cambiar el paradigma que hemos construido a lo largo de los años sobre lo que la vejez significa y conlleva; después de todo, cada individuo aspira a vivir muchos años, a mantener salud y condiciones que permitan vivir sin preocupaciones e incluso, a mantenerse activos y productivos durante la mayor parte de lo que dure la vida.



Maza Pérez, Fernández de Lara López

REFERENCIAS

1. Bruno, F., Acevedo, J. (2016). Vejez y sociedad en México: Las visiones construidas desde las Ciencias Sociales. *Forum Sociológico*, 29, 7-20. Recuperado de: <https://journals.openedition.org/sociologico/1453> (4 de octubre de 2019).
2. Díaz-Tendero-Bollaín, A., (2011). Estudios de Población y enfoque de Gerontología Social en México. *Papeles de Población* (17)70, 49-79. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/112/11221584004.pdf> (25 de noviembre de 2019).
3. González, J. (2010). Teorías del Envejecimiento. *Tribuna del Investigador*(11)1-2, 42-66.
4. González, K. (2015). Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. Recuperado de: <http://coespo.groo.gob.mx/Descargas/doc/15%20ENVEJECIMIENTO%20POBLACIONAL/ENVEJECIMIENTO%20DEMOGR%C3%81FICO%20EN%20M%C3%89XICO.pdf> (25 de octubre de 2019).
5. Hernández R., Montaña, M., Zavaleta, M. (2016). Vulnerabilidad, protección y asistencia social en el adulto mayor en México. *Revista DOXA Digital* (6)11 210-240. Recuperado de: <http://journals.sfu.ca/doxa/index.php/doxa/article/view/8/13> (7 de noviembre de 2019).
6. INEGI [Instituto Nacional de Estadística y Geografía]. Comunicado de prensa (2019). 1-9. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf (21 de octubre de 2019).
7. INAPAM [Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores]. Por una cultura del envejecimiento. (2010). Recuperado de: http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf (2 de noviembre de 2019).
8. INAPAM [Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores] (25 de noviembre de 2019). Envejecimiento y vejez. [Mensaje en un Blog]. Recuperado de: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
9. Instituto Nacional de las Mujeres (2015). Situación de las Personas Adultas Mayores en México. Dirección de Estadística. Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf (21 de noviembre de 2019).
10. Merchán, E., Cifuentes, R. (s/f). Junta de Comunidades de la Mancha. Teorías Psicosociales del Envejecimiento. Recuperado de: <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf> (11 de noviembre de 2019).
11. Medina-Chavez, J. (2015). Envejecimiento de la población y necesidad de intervención interdisciplinaria. *Revista de Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23(1), 1-2. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151a.pdf> (6 de octubre de 2019).
12. Morales, J., Gouzy, A. (2014). La dimensión social del envejecimiento. *Salud Areandina*(3)2, p. 54-67. Recuperado de: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/Nn/article/view/1306/1179> (5 de noviembre de 2019).
13. Navarro S., Rodríguez, R. (2015). Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Cd. de México. Diagnóstico y lineamiento de la política. Naciones Unidas. CEPAL. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38879/S1500754_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y (2 de noviembre de 2019).
14. Organización Mundial de la Salud (OMS), (2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf?jsessionid=ECB6460FB7A4FBD84688749C89695011?sequence=1 (11 de noviembre de 2019).
15. Paredes, M., Montes de Oca, V., Rodríguez, V., Berriel, F., Lladó, M., Guidotti, C. (2017). Envejecimiento y derechos: una visión comparativa desde las agendas políticas de tres países. VII Congreso de Asociación Latinoamericana de Población y XX Encuentro Nacional de Estudios Populacionais.
16. Rely, K. (2015). Envejecimiento de la población. La dependencia de los adultos mayores: un reto para la salud y las políticas públicas. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*(2)2, p. 8-14. Recuperado de: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/53640983/ESTILOS_DE_VIDA_EN_MEDICOS_FAMILIARES_MEXICANO_S.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DESTILOS_DE_VIDA_EN_MEDICOS_FAMILIARES_ME.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20191108%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20191108T201948Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=879b3f510ff21086b54a60d5e0baccff2a08a5fd80c075993dc1a774308a7779#page=8 (8 de noviembre de 2019).
17. Retamosa, S. (2017). Perspectivas Teóricas sobre el Envejecimiento. (Tesis de pregrado). Universidad de la República Uruguay. Montevideo.
18. Silva, J., González, J., Mas, T., Márquez, S., Partezani, R. (2017). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Av. Enferm.*(34)3, p. 251-258. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/58704/58742> (8 de noviembre de 2019).
19. Situación de las personas adultas mayores en México. Instituto Nacional de las mujeres (2015). Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf (20 de octubre de 2019).



Ser un adulto mayor en México

20. Vergara, L., Mejía, Y., Moriel, L., Cantú, C., Marrugo, K. (2018). Fragilidad en el Adulto Mayor. ¿Cómo se mide? México. CULCyT. 66(15), 45-52. Recuperado de: <http://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/2805/2564> (11 de octubre de 2019).