

01985

5



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Psicología
División de Estudios de Posgrado

EFFECTOS DE INTERVENCIÓN DE UN PROGRAMA DE
PROMOCIÓN A LA SALUD SOBRE LA CALIDAD
DE VIDA EN ANCIANOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA

MTRA. ANA LUISA GONZALEZ-CELIS RANGEL
Licenciada en Psicología

Director de Tesis: Dr. Juan José Sánchez Sosa

Comité Tutorial: Dr. Héctor Ayala Velázquez

Dra. Feggy Ostrosky Shejet

Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitre

Dr. Miguel Krassoievitch Zibach

Suplentes: Dra. María Suárez Castillo

Dra. Erzsebet Marosi Holczberger



MEXICO, D. F.

Abril del 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Edgar:

Gracias,

por toda
la dicha que
me has dado;
por compartir tu
vida con la mía;
por compartir tus
risas y alegrías.
Pero sobre todo,
por quererme
como me has
querido.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRACIAS

ADios,

A Paola y Diana.....mis hijas,

A mi papá y mi mamá,

A mis hermanos: Julieta, Jacqueline e Hildeberto,

Rafa, Rafa, Irma, Andy, Rafa, Pablo Andrés y Bruno.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

La presente Tesis Doctoral en Psicología formó parte de una investigación que fue financiada por el Programa de Apoyo a Programas de Investigación PAPIIT-*IN304199* de la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Agradezco a la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la UNAM, el apoyo recibido dentro del Programa de Apoyos para la Superación del Personal Académico PASPA.

Asimismo al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, y a la Dirección General de Estudios de Posgrado de la UNAM, por el apoyo dentro del Programa de Apoyo a los Estudios de Posgrado PAEP.

A la Facultad de Psicología de la UNAM, por brindarme la oportunidad de realizar los estudios de Doctorado.

A la Facultad de Estudios Profesionales Iztacala de la UNAM, por permitirme formar en el Doctorado de Psicología.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, en la clínica y hospital donde tuve la suerte de conocer a las personas mayores que participaron de manera voluntaria que enriquecieron el trabajo.

A mi director de Tesis, Dr. Juan José Sánchez-Sosa, por su enorme capacidad, inteligencia y sensibilidad, con quien aprendí el trabajo de investigar.

A los miembros del comité tutorial, Dr. Héctor Ayala, su interés y conocimiento de la ciencia, Dra. Feggy Ostrosky, su apoyo y energía en la investigación, Dra. Gilda Gómez, su ímpetu y solidez en su disciplina, y Dr. Miguel Krassoievitch, su experiencia y paciencia en sus alumnos y pacientes.

A mis compañeras y maestras Dra. María Suárez y Dra. Erzsebet Marosi, gracias por su confianza y recomendaciones.

A mis compañeros y compañeras de equipo de investigación, a mis tesisistas, a mis alumnos y alumnas, muchísimas gracias por dar su tiempo y aprender de ustedes.

A todos y a todas las maravillosas personas que han rodeado mi vida, mil gracias.

La Vida

*Nadie envejece
solo por vivir
un número de años.*

*La gente envejece únicamente
al abandonar sus ideales.*

*Los años arrugan el rostro,
pero perder el entusiasmo
arruga el alma.*

*La preocupación, la duda,
el egoísmo, el miedo,
la desesperación,
éstos son largos, largos años
que inclinan la cabeza
y llevan el espíritu
nuevamente al polvo.*

Cicerón, 43 a.C.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	<i>Página</i>
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1.	
EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO.....	5
CAPÍTULO 2.	
AUTO-EFICACIA.....	12
CAPÍTULO 3.	
MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.....	17
CAPÍTULO 4.	
JUSTIFICACIÓN.....	23
CAPÍTULO 5.	
OBJETIVOS.....	24
5.1 Objetivo General.....	24
5.2 Objetivos Específicos.....	24

CAPÍTULO 6.

MÉTODO.....	25
6.1 Estudio I.....	26
6.1.1 Objetivos Particulares.....	26
6.1.2 Sujetos.....	26
6.1.3 Procedimiento.....	26
6.1.4 Instrumentos.....	27
6.1.5 Resultados.....	35
6.2 Estudio II.....	42
6.2.1 Objetivos Particulares.....	42
6.2.2 Sujetos.....	42
6.2.3 Procedimiento.....	43
6.2.4 Resultados.....	43
6.3 Estudio III.....	46
6.3.1 Objetivos Particulares.....	46
6.3.2 Sujetos.....	47
6.3.3 Procedimiento.....	47
6.3.4 Instrumentos.....	48
6.3.5 Resultados.....	48

CAPÍTULO 7.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	58
CONCLUSIONES.....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
APÉNDICES.....	75

ÍNDICE DE TABLAS

	<i>Página</i>
Tabla No. 1.- Medidas descriptivas de las variables. Estudio I (n=124)	35
Tabla No. 2.- Coeficientes <i>Alpha de Cronbach</i> para los cinco instrumentos empleados en el Estudio I (n=124)	35
Tabla No. 3.- Coeficientes de Correlación " <i>r</i> " de Pearson y coeficientes de determinación <i>R</i> ² , para los cinco instrumentos en el Estudio I, bajo un diseño test-retest	36
Tabla No. 4.- Análisis Factorial con cinco Factores, obtenidos de la Matriz Factorial Rotada, por el Método de Componentes Principales, con Rotación Varimax. La rotación convergió en 6 iteraciones. Resultados de los reactivos del instrumento de Auto-eficacia para Realizar Actividades Cotidianas	38
Tabla No. 5.- Comparación entre los valores de las variables para las cuales existe significancia estadística en los niveles de Auto-eficacia para determinadas actividades de la vida diaria	40
Tabla No. 6.- Comparación entre el Grupo Control y Experimental, de las cinco medidas y valores <i>t de Student</i> . * <i>Diferencias Significativas</i>	50
Tabla No. 7.- Comparación en el Pre-Post-Test de las cinco medidas y valores <i>t de Student</i> . * <i>Diferencias Significativas</i>	50
Tabla No. 8.- Comparación en el Pre-Post-Test de las cinco categorías de la Auto-eficacia para Realizar Actividades Cotidianas. * <i>Diferencias Significativas</i>	51
Tabla No. 9.- Comparación en el Pre-Post-Test de los cuatro dominios de la calidad de vida. * <i>Diferencias Significativas</i>	51
Tabla No. 10.- Coeficientes de correlación " <i>r</i> " de Pearson, entre las cinco medidas en el post-test en el grupo experimental. * <i>Asociaciones Significativas</i>	52
Tabla No. 11.- Análisis Factorial con dos Factores, obtenidos de la Matriz Factorial Rotada, por el Método de Componentes Principales, con Rotación Varimax. La rotación convergió en 3 iteraciones. Resultados de las mediciones de depresión, funcionamiento cognoscitivo, auto-eficacia, calidad de vida y bienestar subjetivo	52
Tabla No. 12.- Análisis Factorial con dos Factores, obtenidos de la Matriz Factorial Rotada, por el Método de Componentes Principales, con Rotación Varimax. La rotación convergió en 3 iteraciones. Resultados de la ganancia entre el pre-post-test de las cinco medidas	53
Tabla No. 13.- Puntajes en el Dominio de Calidad de Vida. Promedio, Puntajes más altos (Rango superior) y más bajos (Rango inferior). * Estándar en 15 centros a nivel mundial del Grupo de Trabajo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud	54

ÍNDICE DE FIGURAS

	<i>Página</i>
Figura No. 1. Porcentaje de Auto-eficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos, evaluada por los Ancianos y por Jueces Expertos (Psicólogos)	45
Figura No. 2. Calidad de Vida en Adultos Mayores en el Pre-Post-test. Comparación con los valores estándar en los 15 Centros de la OMS	54
Figura No. 3. Ganancia en la Calidad de Vida en Adultos Mayores en el Pre-Post-Test y Seguimiento a la semana, al mes y a los tres meses. a) Sujeto con menor ganancia, b) Sujeto con ganancia modal, c) Sujeto con mayor ganancia	55
Figura No. 4. Porcentaje de las Actividades de la Vida Diaria en Adultos Mayores...	56
Figura No. 5. Patrón de Comportamiento de las Actividades de la Vida Diaria en Adultos Mayores	57

ÍNDICE DE APÉNDICES

	<i>Página</i>
APÉNDICE "A"	75
Instrumentos de Medición	
La Escala de Bienestar Subjetivo PGC (<i>Philadelphia Geriatric Center</i>) para Ancianos. Revisada por Lawton en 1975 (Andrews y Robinson, 1991). (Versión en Español, traducida y re-traducida por la investigadora).	
El Cuestionario EuroQol-5D, elaborado por el Grupo EuroQol (Brooks, 1996), Traducción al idioma español por Badia y Rovira (1996).	
La Escala de Depresión Geriátrica (<i>Geriatric Depression Scale GDS</i>) de Yesavage et al. (1983). Versión corta en Español (Brink, 1985).	
APÉNDICE "B"	81

Instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia para Realizar Actividades de la Vida Diaria en Ancianos.

APÉNDICE "C"85

Ficha de Datos Sociodemográficos

APÉNDICE "D"87

Eventos Significativos

APÉNDICE "E"88

Consentimiento Informado

APÉNDICE "F"89

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

APÉNDICE "G"93

Guía de Instrucciones para los jueces

APÉNDICE "H"94

Hoja de Actividades Diaria

APÉNDICE "I"95

Taller de Autocuidado de la Salud.

Taller de Habilidades Sociales, Asertividad y Solución de Problemas.

Taller de Auto-eficacia.

Taller de Apoyo Familiar y Social.

APÉNDICE "J"114

Instrumento WHOQoL-Breve versión en español.

APÉNDICE "K"119

Puntajes de WHOQoL-Bref.

RESUMEN

Aparece la Calidad de Vida (CV) como una medida de evaluación de los efectos de intervenciones psicológicas. La CV, al igual que otras variables deseables del funcionamiento humano, es especialmente relevante como un componente principal del bienestar de los adultos mayores, debido a las limitaciones impuestas por el envejecimiento de las personas. El principal propósito del estudio reportado en el presente documento fue examinar los efectos de una intervención cognoscitivo-conductual sobre la medición de la calidad de vida en un grupo de adultos mayores de la ciudad de México. Un estudio preliminar evaluó las propiedades psicométricas de una serie de instrumentos que incluyó una comparación test-retest que involucró a 124 participantes (Estudio 1). En un segundo estudio, 21 jueces expertos independientes ayudaron a validar la estructura y contenido de la escala de auto-eficacia a través del método de intervalos aparentemente iguales. El tercer estudio examinó los efectos del programa de intervención, al comparar a participantes de edades de 55-74 años, en un grupo experimental (n=27) y en un grupo control (n=25). Se obtuvieron medidas de un total de cinco instrumentos: percepción de bienestar subjetivo, depresión, auto-eficacia, calidad de vida y funcionamiento neuropsicológico. Se llevó un auto-registro de actividades cotidianas. El programa de intervención incluyó el establecimiento de comportamientos instrumentales, proporcionando información y re-estructuración de pensamientos y creencias disfuncionales. Los resultados revelaron aceptables propiedades psicométricas de los instrumentos, que incluyeron consistencia interna inter-reactivos y correlaciones significativas entre las mediciones. Las medidas obtenidas de calidad de vida y auto-eficacia mostraron cambios, clínicos y estadísticamente significativos ($p < .01$). Las actividades diarias exhibieron ganancias importantes en el nivel y tendencia. Las principales conclusiones sostienen que altos niveles de auto-eficacia predicen un mejor funcionamiento psicológico como una expresión de la calidad de vida en adultos mayores.

Palabras clave: calidad de vida, auto-eficacia, adultos mayores, enfoque cognoscitivo-conductual.

ABSTRACT

Quality of life (QOL) has become a promising variable in the evaluation of the effects of psychological interventions. As a set of desirable functions and states, QOL is especially pertinent as a principal component of the well being of older adults due to the limitations imposed by aging. The main purpose of the study reported in the present paper included examining the effects of a cognitive-behavioral intervention on QOL measures of a sample of older adults in Mexico City. A preliminary study assessed the psychometrical properties of a series of instruments including test-retest comparisons that involved 124 participants (study 1). In a second study, 21 expert independent judges helped to validate the structure and contents of a self-efficacy scale through the method of equal appearing intervals. The third study examined the effects of the intervention program by comparing 55-74 year old participants in an experimental group (n=27) and in a control group (n=25). A total of five instruments included measurements on: the perceived well being, depression, self-efficacy, quality of life, neuro-psychological functioning, and everyday behavioral self-recording. The intervention program included the establishment of instrumental behaviors, providing information and re-structuring dysfunctional thoughts and beliefs. Results revealed highly acceptable psychometrical properties of the instruments including internal consistency and cross-measure correlation. The measurements of both quality of life and self-efficacy showed clinically and statistically significant improvement ($p < .01$). Everyday activities showed both rate and trend gains. The main conclusion submits that high self-efficacy levels in older adults predict better psychological functioning as an expression of quality of life.

Key words: quality of life, self-efficacy, older adults, cognitive-behavioral intervention.

INTRODUCCIÓN

La Calidad de Vida como objeto de estudio de la Psicología y de las Ciencias del Comportamiento, es un componente central del bienestar humano, que está muy relacionado con otros aspectos del funcionamiento como la salud, el afrontamiento, la solución de problemas, el control y la auto-eficacia, o el desarrollo de habilidades sociales, en la familia, escuela, trabajo, o en la comunidad.

Es por ésto que la Calidad de Vida es objeto de estudio del conocimiento científico psicológico, en virtud de que se asocia con algunos factores del funcionamiento humano que son eminentemente psicológicos, tales como la salud psicológica o mental de los individuos o de la familia, el éxito en la escuela o en el trabajo, las relaciones sanas de parejas, familiares o sociales, la realización personal, los estilos de vida saludables, etc. (Katschnig, 2000).

Por tanto, si las personas disfrutan de una buena calidad de vida, otros aspectos psicológicos tendrán más probabilidades de funcionar mejor, ya que se encuentran relaciones muy cercanas entre la calidad de vida y los diversos aspectos del funcionamiento humano.

Asimismo, si la Calidad de Vida la constituyen un grupo de factores ponderables, medibles o definibles y se tiene la posibilidad metodológica de determinar fácticamente cómo se afectan mutuamente, y cómo algunos de estos factores se relacionan para mejorar la calidad de vida de las personas; entonces el abordaje de la calidad de vida como objeto de estudio de la psicología es relevante y más aún particularmente la calidad de vida de los adultos mayores.

De ahí que el propósito fundamental del trabajo de tesis fue someter a prueba los efectos de la intervención de un Programa Cognoscitivo-Conductual de Promoción a la Salud sobre la Calidad de Vida en ancianos.

Para ello, se abordó en el primer capítulo el proceso del envejecimiento, desde una perspectiva asociada al envejecimiento exitoso, como una forma de concebir a esta etapa del desarrollo no solo como de pérdidas y deterioros, sino también de ganancias. En donde se describen cuáles son las variables que contribuyen a un buen envejecer: hábitos alimenticios, ejercicio y una vida activa social y mental.

En el segundo capítulo, se resalta el papel que juega la evaluación que hacen los propios individuos sobre su capacidad o competencia para realizar exitosamente comportamientos específicos. Se documenta cómo la teoría de la auto-eficacia de

Bandura tiene importantes aplicaciones en la promoción de la salud, y se discute la relación entre auto-eficacia y comportamientos saludables, donde se observa un vacío en su abordaje en poblaciones de adultos mayores; de ahí la necesidad de proponer estrategias de intervención psicológicas que contribuyan en el mejoramiento de la calidad de vida de los ancianos, basadas en la auto-selección, optimización y compensación de actividades que puedan ser exitosamente ejecutadas por las personas mayores, como un mecanismo que ayuda a mantener juicios altos de eficacia en sujetos de edades avanzadas.

En el tercer capítulo, se pone de manifiesto cómo emerge el constructo calidad de vida como una variable dependiente en la evaluación clínica de intervenciones psicológicas. Asimismo se documentan los distintos procedimientos de medición de la Calidad de Vida.

En los capítulos cuatro y cinco, se presentan la justificación del trabajo de tesis y los objetivos general y específicos, respectivamente.

En el capítulo seis se describe el método, que se divide en tres estudios. En el estudio I, se determinaron las propiedades psicométricas de los instrumentos, en cuanto a su confiabilidad y validez, en 124 participantes ancianos, bajo un diseño test-retest. En el estudio II, 21 jueces expertos ayudaron a validar el instrumento de auto-eficacia, mediante el método de intervalos aparentemente iguales. Y en el estudio III, se evaluaron los efectos del programa de intervención mediante un diseño de series temporales con tratamientos alternados con seguimiento, donde el programa contenía cuatro componentes: autocuidado de la salud, entrenamiento en habilidades sociales, fortalecimiento de la auto-eficacia y soporte social. La intervención fue de naturaleza cognoscitivo-conductual, y sus efectos se evaluaron sobre las categorías de actividades cotidianas de los adultos mayores. Asimismo, se obtuvieron medidas adicionales en un diseño pre-post-test, de la calidad de vida, bienestar subjetivo, depresión, funcionamiento neuropsicológico y auto-eficacia.

En el capítulo siete se discuten los resultados de los efectos de la intervención, sobre las mediciones de la calidad de vida en adultos mayores, y su comparación con los datos proporcionados por el grupo de la Organización Mundial de la Salud. Asimismo se discute la relevancia de las asociaciones encontradas con las otras medidas adicionales: bienestar subjetivo, depresión, auto-eficacia y funcionamiento neuropsicológico. Y las diferencias encontradas entre el pre-post-test y entre el grupo control y experimental. Por último, se discute el impacto que tuvo la intervención sobre los cambios encontrados en el patrón de comportamiento de las actividades cotidianas de los sujetos, en cuanto a la ganancia observada en el cambio de nivel y tendencia en la serie de tiempo, al introducirse los diferentes componentes de la intervención, y el mantenimiento del nivel de actividades durante el seguimiento.

Posteriormente se presentan las conclusiones, donde los hallazgos más relevantes sostienen que las personas ancianas con altos niveles de auto-eficacia predicen un mejor funcionamiento psicológico como una expresión de su calidad de vida.

Por último en los apéndices se incluyen los instrumentos de medición y una descripción de los cuatro talleres que se llevaron a cabo en el tercer estudio, utilizados como parte del programa de intervención cognoscitivo-conductual: autocuidado de la salud; habilidades sociales, asertividad y solución de problemas; auto-eficacia; y apoyo familiar y social.

CAPÍTULO 1.

EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

Valorar la calidad de vida del anciano requiere tener una perspectiva del envejecimiento, el cual es visto como un proceso en el que se despliega una secuencia compleja de cambios, que tienen lugar en distintos niveles: biológico, psicológico y social. Existen dos modos de entender el curso del envejecimiento, un enfoque lo restringe a los procesos degenerativos y de reducción en ciertas funciones, el declinar biológico y psicológico; mientras que el segundo considera juntos este declinar y el despliegue positivo de funciones, en donde no se dan tan solo deterioros, sino también, conjuntamente, se mantienen e incluso se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas (Fierro, 1994).

En el envejecer existen dos aspectos relacionados que son la diferencia entre el envejecimiento normal y patológico. El envejecimiento se caracteriza por una serie de cambios lentos y continuos que se manifiestan en diferentes áreas del funcionamiento cognoscitivo. A diferencia de lo que sucede en el caso de las demencias - envejecimiento patológico-, los cambios que pueden atribuirse al envejecimiento normal, son selectivos y no llegan a afectar a todas las funciones cognoscitivas en general (Ostrosky, 1996).

Los aspectos neuropsicológicos más intensamente estudiados y mejor documentados se producen en el terreno de la memoria (Cockburn y Collin, 1988), el lenguaje (Bayles, Tomoeda y Boone, 1985) y las funciones sensoriomotoras (Eslinger y Benton, 1983).

En síntesis, lo que expone la literatura relativa a los rasgos neuropsicológicos que determinan el envejecimiento normal, es que éste se caracteriza básicamente por

Posteriormente se presentan las conclusiones, donde los hallazgos más relevantes sostienen que las personas ancianas con altos niveles de auto-eficacia predicen un mejor funcionamiento psicológico como una expresión de su calidad de vida.

Por último en los apéndices se incluyen los instrumentos de medición y una descripción de los cuatro talleres que se llevaron a cabo en el tercer estudio, utilizados como parte del programa de intervención cognoscitivo-conductual: autocuidado de la salud; habilidades sociales, asertividad y solución de problemas; auto-eficacia; y apoyo familiar y social.

CAPÍTULO 1.

EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

Valorar la calidad de vida del anciano requiere tener una perspectiva del envejecimiento, el cual es visto como un proceso en el que se despliega una secuencia compleja de cambios, que tienen lugar en distintos niveles: biológico, psicológico y social. Existen dos modos de entender el curso del envejecimiento, un enfoque lo restringe a los procesos degenerativos y de reducción en ciertas funciones, el declinar biológico y psicológico; mientras que el segundo considera juntos este declinar y el despliegue positivo de funciones, en donde no se dan tan solo deterioros, sino también, conjuntamente, se mantienen e incluso se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas (Fierro, 1994).

En el envejecer existen dos aspectos relacionados que son la diferencia entre el envejecimiento normal y patológico. El envejecimiento se caracteriza por una serie de cambios lentos y continuos que se manifiestan en diferentes áreas del funcionamiento cognoscitivo. A diferencia de lo que sucede en el caso de las demencias - envejecimiento patológico-, los cambios que pueden atribuirse al envejecimiento normal, son selectivos y no llegan a afectar a todas las funciones cognoscitivas en general (Ostrosky, 1996).

Los aspectos neuropsicológicos más intensamente estudiados y mejor documentados se producen en el terreno de la memoria (Cockburn y Collin, 1988), el lenguaje (Bayles, Tomoeda y Boone, 1985) y las funciones sensoriomotoras (Eslinger y Benton, 1983).

En síntesis, lo que expone la literatura relativa a los rasgos neuropsicológicos que determinan el envejecimiento normal, es que éste se caracteriza básicamente por

una preservación del lenguaje, dato relevante en la diferenciación con las demencias primarias, y de las habilidades de razonamiento verbal, frente a la existencia de déficits en las habilidades visoespaciales, visoperceptivas y visoconstructivas, déficits específicos de la memoria, enlentecimiento y deterioro de las denominadas "funciones frontales" como la capacidad de planificar o desarrollar estrategias, habilidades de cambio en la conceptualización, etc. (Jódar, 1994).

Desde una perspectiva clínica, la exploración neuropsicológica que debe llevarse a cabo en el anciano ha de centrarse en el examen de todas las variables y funciones. Sin duda, el conocimiento del estatus cognoscitivo del anciano normal resulta de esencial relevancia, tanto para avanzar en la investigación sobre las consecuencias del propio proceso de envejecimiento, como para descubrir y facilitar el diagnóstico de otros déficits que indican la existencia de patología cerebral.

Por otra parte, el envejecimiento como un proceso continuo está vinculado a determinados cambios y/o modificaciones: cambios biológicos, en la capacidad de rendimiento (pérdida de agudeza en los distintos procesos sensoriales, enlentecimiento en la actuación psicomotriz, dificultad para la realización de nuevos aprendizajes, etc.); cambios en la esfera familiar (abandono del hogar por parte de los hijos, muerte de personas queridas, reestructuración o inversión de las relaciones de dependencia, etc.); y cambios a nivel social (ruptura con el mundo del trabajo, pérdida del poder adquisitivo, cambio de estatus social, aumento del tiempo de ocio, reducción de las redes sociales, etc.). Así toda esta serie de cambios pueden estar relacionados con la depresión (Buendía y Riquelme, 1994). Sin embargo de la revisión de los principales trabajos desarrollados en torno a la relación envejecimiento-depresión, es sorprendente la disparidad de los resultados obtenidos. Mientras algunos estudios reportan una asociación positiva (Feinson, 1985); otros trabajos señalan la existencia de una relación negativa (Dean y Ensel, 1983); y finalmente otro grupo de trabajos no encuentran un efecto significativo de la edad en la depresión (Blazer y Williams, 1980; Bolla-Wilson y Bleecker, 1989).

Aún así, a la vista de tales divergencias, la depresión es considerada como el desorden psicológico más importante entre los ancianos, el cual requiere de mayor investigación sobre los factores psicosociales que están relacionados con depresión y envejecimiento, orientándose paulatinamente hacia esquemas de interacción entre factores predisponentes, precipitantes y variables moduladoras tales como el *locus de control*, la autoestima, las expectativas de auto-eficacia y el apoyo social (Phifer y Murrel, 1986).

De cualquier forma, resultan claramente insuficientes los esfuerzos dirigidos a la elaboración y aplicación de programas preventivos de la depresión en ancianos, en los que sean contemplados factores tanto biológicos como psicológicos y sociales que confluyen en la depresión del anciano; la consideración de determinados aspectos

psicosociales tales como el aislamiento, la soledad, la pérdida de seres queridos, la jubilación, la situación económica precaria, el rechazo familiar y social y ante todo las repercusiones psicológicas relacionadas con la evaluación de sí mismo y del entorno cuya última amenaza es la proximidad de la propia muerte. El fomento de las relaciones proveedoras de apoyo aparece en este sentido como una clave importante capaz de amortiguar los efectos psicológicos que producen determinados factores o condiciones en los que tiene lugar la vida de muchos ancianos (Carbonell, 1989).

Envejecer no debe ser sinónimo de deterioro, de pérdida, de fracaso, exclusivamente, se abre una perspectiva, asociada al envejecimiento exitoso como una nueva forma de concebir a esta etapa del desarrollo. Por tanto se aborda este enfoque, como una perspectiva más positiva del proceso del envejecimiento.

Rowe, junto con su colega el psicólogo Robert Louis Kahn, ambos miembros de la Fundación MacArthur, basados en una investigación que les ha llevado más de diez años, revelaron a través de un estudio en los Estados Unidos de Norteamérica, de personas mayores que han envejecido exitosamente, manteniéndose física y mentalmente fuertes en la edad tardía, variables que están asociadas al envejecer exitoso, tales como hábitos alimentarios adecuados, ejercicio, una vida activa, interacciones y apoyo sociales, trabajo productivo y el mantenimiento de funciones mentales, que son esenciales para vivir bien y vivir más años (Rowe & Kahn, 1998).

El estudio MacArthur, ha revolucionado la conceptualización del declinar en el envejecimiento, identificando los factores que contribuyen a que la gente de edad avanzada aún siga llena de vitalidad física y mental. Rowe y Kahan (1998) explican que el envejecimiento exitoso está grandemente determinado no tanto por factores genéticos, más bien por la elección del estilo de vida, dieta, ejercicio, actividad mental, auto-eficacia y el involucrarse con otra gente.

Con el trabajo pionero de Rowe y Kahan (1987), se abre una nueva corriente de trabajos que giran alrededor del esclarecimiento de factores que subyacen al envejecimiento exitoso. En el marco del programa longitudinal de investigación llevado a cabo en Nuevo México, con una población de 482 personas ancianas voluntarias, envejeciendo con éxito en los Estados Unidos de América, encontraron los efectos principales del estado nutricional, la dieta balanceada y el complemento alimenticio, como factores propiciadores de un mejor estado de salud físico.

En un estudio similar, Vellas (1996), con una población de la Universidad de la Tercera Edad de Toulouse, en Francia, encuentra que el envejecimiento activo es el resultado de las siguientes acciones: 1. El mantenimiento de las capacidades funcionales: físicas, por los ejercicios apropiados de mantenimiento físico; cerebrales, a través de la activación cerebral; y afectivas y sociales, a través del desarrollo y mantenimiento de una buena red de relaciones socio-afectivas. 2. Un buen estado

nutricional. 3. Un proyecto de vida motivante, para prevenir déficits psicológicos. 4. Sustituir lo que ya no se puede hacer, aquello que se hace o se hacía hasta ahora, con el fin de evitar la carencia de actividades. Y 5. Emplear los paliativos apropiados (prótesis, equipo electrónico e informático) que permitan compensar las incapacidades o las diversas invalideces. Concluye Vellas, envejecer activamente favorece la consecución de un envejecimiento exitoso.

Asimismo Lentzner, Pamuk, Rhodenhiser y Powel-Griner (1992), proponen definir a las personas envejecidas exitosamente, como a los sujetos de edad que han podido comprimir su período de morbilidad antes del deceso. En su estudio sobre calidad de vida en el año que precede al deceso lo que constituye un medio de definir, pero solamente de manera retrospectiva, a los sujetos con envejecimiento exitoso.

Así como lo señala Vellas (1996), el estudio de las personas que envejecen con éxito permite precisar gradualmente las conductas que se pueden propiciar para conducir a la mejoría del estado de salud de las futuras generaciones de adultos mayores.

Entre otras de las variables que también se han estudiado como aquellas co-participantes del envejecimiento exitoso, es el nivel educativo alcanzado. En un estudio de cohorte basado en una población de 1,192 sujetos de edades entre 70 y 79 años, financiado también por la Fundación MacArthur (Kubzansky, Berkman, Glass & Seeman, 1998), se reportan sus hallazgos: los participantes se seleccionaron por sus niveles altos de salud física y funcionamiento cognoscitivo. Las entrevistas se aplicaron en el hogar. Las variables que se encontraron estaban asociadas con el nivel alto educativo fueron: conductuales (fumar cigarros y actividad física), biológicas (funcionamiento pulmonar y nivel de colesterol), psicológicas (auto-eficacia y ansiedad), y sociales (red social y soporte social). Bajos niveles de educación se asociaron con una pobreza en el funcionamiento psicológico, menor número de conductas saludables, deficientes condiciones biológicas y una gran red de apoyo social. El consumo de alcohol y el nivel de colesterol no se relacionó con el nivel educativo. Los autores concluyen que el logro educativo alcanzado es un buen predictor del funcionamiento saludable en personas que han envejecido exitosamente.

Por otro lado, los cuestionamientos que se hacen al concepto de envejecimiento exitoso, el cual se presenta como una alternativa al paradigma del envejecimiento tradicional, en donde se le concebía exclusivamente como pérdida y declinar; sin embargo, en una revisión teórica que realiza Glover (1998), sobre el concepto de envejecimiento exitoso, señala que si bien es cierto que el término "exitoso" representa logro o triunfo en la edad tardía; su uso debe forzar a una re-examinación sobre la naturaleza de la vejez, que actualmente existe. El término se ha generado para dar

idea de una edad avanzada, pero dentro de un marco de funcionalidad y autonomía que permite llevar una vida independiente y con satisfacciones. Es un estereotipo con mucho de utopía acerca de la edad dorada, luego del retiro de la actividad. Ya que cuando se analizan las experiencias médicas en relación con las últimas etapas de la vida, lo común es encontrar que este período de descanso no existe realmente como tal, o que cuando se da tiene una terminación y que, salvo contadas excepciones - generalmente dadas por un infarto al miocardio-, con el avance de la edad llegan pérdidas severas de salud y de capacidades físicas, mentales, sociales o económicas. Concluye Glover (1998), los problemas únicos de los individuos durante la parte última del ciclo de la vida, deben discutirse de manera más profunda y entendiendo las circunstancias individuales en las que se presentan.

Sin embargo, la evidencia de una gran plasticidad que persiste aún entre los más ancianos, abre interesantes perspectivas a los estudios de intervención que permiten corregir un envejecimiento errático. Ejemplo de ello, son los estudios longitudinales realizados en países europeos, Alemania, Dinamarca y Suecia, sobre envejecimiento exitoso por el equipo de colaboradores de Paul Baltes y Margaret Baltes (1993). Donde encuentran entre las personas mayores una enorme plasticidad o potencial latente que es y puede ser utilizada en el control de su propia salud. Los autores señalan que los ancianos de hoy, tienen más recursos (educativos, ocupacionales, ingresos económicos y relaciones sociales), los cuales pueden ser mejor empleados para aminorar las pérdidas asociadas a la edad. El envejecimiento exitoso requiere de minimizar las pérdidas y maximizar las ganancias.

No ocurre lo mismo con los recursos biológicos o sensoriomotores, tales como la agudeza visual y auditiva, el equilibrio y la marcha. La existencia de recursos sensoriomotores es más y más importante para el funcionamiento cognoscitivo, a través de la edad. De tal suerte, argumentan los autores, los recursos biológicos determinan la pendiente del decline en el funcionamiento cognoscitivo; mientras los recursos culturales solamente ayudan a demorar pero no previenen la manifestación del decline de una patología congoscitiva (Baltes, M. M. 1998).

Asimismo, Baltes, M. M. y colaboradores, han evaluado el efecto de los recursos sobre el nivel de competencia en las actividades diarias de los ancianos (Horgas, Wilms y Baltes, M. M., 1998). Quienes encontraron que los ancianos con recursos ricos difieren en varios indicadores del funcionamiento diario, de los ancianos con recursos pobres; tales como, duración del tiempo de estar despierto, variedad en las actividades, frecuencia de actividades sociales y de ocio, así como los tiempos de descanso. Concluyen los autores, no es que los ancianos con recursos ricos no experimenten el decline, más bien su experiencia es menor.

En el mismo sentido, en otro estudio de Lang y Baltes, M. M. (1997), mostraron cómo el soporte social puede ser al mismo tiempo considerado como un recurso o

como un factor de riesgo. La presencia de soporte social está asociada con satisfacción en las actividades de la vida diaria, particularmente para aquellos ancianos quienes experimentan ninguna dificultad en sus actividades diarias. Sin embargo, para aquellos ancianos quienes experimentan dificultades en realizar sus actividades diarias, su satisfacción es menor cuando el soporte social está presente. En síntesis, la presencia de contactos sociales significativamente decrementa el sentimiento de autonomía en los ancianos con dificultades para ejecutar sus actividades cotidianas.

Los intentos para describir las actividades de la vida diaria en los ancianos en términos de su frecuencia, duración, variedad y contexto social y físico de las actividades, se ven matizados en un instrumento propuesto por Baltes, M. M. y colaboradores (1997, 1998), a través de una "Entrevista de Ayer", que proporciona minuto a minuto la reconstrucción de la secuencia, duración, frecuencia y situaciones sociales de las actividades realizadas por los ancianos, durante todo el día anterior, desde que se levantan hasta que se acuestan. Las actividades se clasificaron en 44 actividades, y éstas se categorizaron en cinco amplias categorías: 1. Autocuidado y domésticas: actividades de la vida diaria básicas, instrumentales y complejas, tales como, levantarse, auto-cuidado, comer, ir de compras, tareas hogareñas, interacciones formales, y cuidados médicos. 2. Tiempo libre físico: actividades que incluyen cualquier clase de esfuerzo o demanda física, por ejemplo, deportes, jardinería, trabajar, caminar, hacer excursiones y transportarse. 3. Actividades culturales y sociales: actividades culturales, creativas, políticas, religiosas o de interés social, entre las cuales están, escribir, leer, jugar, escuchar radio o música, platicar, hacer visitas, hablar por teléfono y ayudar. 4. Ver televisión: ver televisión. Y 5. Descanso o dormir durante el día: actividades pasivas durante el día o dormir durante el día entre otras actividades. En una muestra de 516 sujetos ancianos (de 70 a 105 años), los resultados indicaron alta frecuencia de actividades obligatorias, pero también mostraron tiempo substancial que pasaron los ancianos en actividades discrecionales. Ver la televisión ocupó la mayor parte del tiempo libre. La mayoría de las actividades las realizaron solos y dentro del hogar. La edad y el lugar de residencia se asoció fuertemente con la frecuencia, duración y variedad de las actividades. Los viejos más viejos y aquellos que residían en hogares de cuidado de larga estancia, tuvieron más bajos niveles de actividades. Los hallazgos se discuten en términos de su relevancia para el envejecimiento exitoso. La importancia del estudio, radica en que la descripción de las actividades de la vida diaria, son tomadas como una expresión de una vida exitosa. A mayor involucramiento en actividades de la vida diaria, mayor envejecimiento exitoso.

Asimismo, se han descrito las dimensiones más frecuentes en la evaluación de las actividades de la vida diaria, en Básicas o Físicas, que corresponderían a aquellas habilidades esenciales para llevar a cabo actividades de autocuidado: bañarse o ducharse, vestirse, comer, arreglo personal, movilidad, usar el servicio y controlar esfínteres. Y por otro lado en Instrumentales, quedarían integradas por un conjunto

más complejo de habilidades necesarias para desarrollar una vida independiente: limpiar, telefonar, hacer compras, cuidar ropa, lavar ropa, arreglar ropa, manejar dinero, cocinar y desplazarse. Sin embargo, también se han considerado dentro de la categoría de habilidades para la vida independiente, actividades relacionadas con el tiempo libre, como ir al teatro, cine, practicar juegos de mesa, entre otras; así como la interacción con recursos comunitarios como participar en organizaciones sociales u otros grupos de la comunidad (Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz, 1992).

La importancia del estudio en la descripción y evaluación de las actividades de la vida diaria en los ancianos o las habilidades funcionales, consiste en que permite estimar el nivel de independencia de las personas. Donde la autosuficiencia en el cuidado de uno mismo y el propio entorno es una de las dimensiones imprescindibles, cualquiera que sea el concepto de calidad de vida que se adopte (Fernández-Ballesteros et al., 1992; Verdugo, 2000).

El nivel de autonomía del anciano en los actos de la vida cotidiana, proporciona una evaluación y percepción subjetiva más positiva y mayor satisfacción en la vida, elementos favorables que constituyen al envejecimiento exitoso: gran actividad, buena salud subjetiva y buen nivel de satisfacción vital (Horgas, Wilms & Baltés, M. M., 1998; Vellas, 1996).

Esta afirmación debe ser ubicada por el reconocimiento de que en la mayoría de las personas de edad avanzada son autónomas, de hecho, aún entre los mayores de 80 años, el deterioro funcional y la dependencia en las actividades cotidianas sólo aflige al 20%. Tal reconocimiento obliga a volver la mirada hacia una perspectiva nueva y más optimista; la de la posibilidad de un envejecimiento exitoso y, por ende, la identificación de los factores que lo determinan. En México (Ham-Chande, 1996) se proponen las edades 65-74 y 75 y más, para representar al período de la tercera y cuarta edad; es una alusión a la etapa número tres y cuatro, luego de las dos primeras de juventud y vida adulta. La tercera edad indica edades avanzadas pero aún con gran oportunidad para una vida en condiciones aceptables de funcionalidad y salud. Su inicio en los 65 años de edad se determina en mucho por los parámetros de la seguridad social, los cuales definen este momento como la edad normal de la jubilación. Dentro del grupo de 75 años y más, definido como de la cuarta edad, la gran mayoría de la población sufre pérdidas de capacidad para las actividades de la vida diaria. El comienzo de la cuarta edad es una variable que depende esencialmente de las circunstancias de salud; en este sentido, su inicio no está marcado por un evento de fecha determinada, sino por el proceso difuso de deterioro en la salud física y mental que acompaña a las edades avanzadas, con las consecuentes necesidades de apoyo y cuidados.

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

Por último, desde el enfoque cognoscitivo-conductual, numerosos teóricos han subrayado la importancia de que los individuos dispongan de una sensación de control sobre los sucesos significativos de sus vidas y describen esta sensación de competencia o dominio como un motivador central de la conducta humana. Experimentar control sobre el propio entorno para lograr un estado de bienestar psicológico. Esta idea de control o dominio percibido ha constituido la base de la teoría de auto-eficacia de Bandura (1977).

CAPÍTULO 2

AUTO-EFICACIA

La teoría de auto-eficacia de Bandura (1997), se refiere a la evaluación que hacen los individuos sobre su capacidad o competencia para ejecutar una conducta específica exitosamente. Esta teoría tiene importantes aplicaciones en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; sin embargo hay pocos estudios que examinan la relación entre auto-eficacia, comportamientos saludables y nivel de salud en poblaciones seniles (Grembowski, Patrick, Diehr, Durham, Beresford, Kay & Hecht, 1993).

La teoría cognoscitiva social es útil para entender el comportamiento hacia la salud, combina la noción del proceso cognoscitivo como central para la adquisición de conductas, con la noción de los procedimientos basados en la ejecución que son poderosos para el cambio conductual (Bandura, 1977). La auto-regulación del comportamiento ocurre a través del proceso de juicio y a través de procesos cognoscitivos de auto-observación. El proceso de enjuiciamiento involucra hacer comparaciones con estándares personales y normativos, con valoraciones personales de la actividad y con la creencia acerca de los determinantes de las ejecuciones.

Otro elemento importante es la percepción de control, la cual está asociada con los niveles de bienestar, con la probabilidad de modificar los patrones conductuales y también con las posibilidades de incrementar rendimientos en distintas áreas.

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

Por último, desde el enfoque cognoscitivo-conductual, numerosos teóricos han subrayado la importancia de que los individuos dispongan de una sensación de control sobre los sucesos significativos de sus vidas y describen esta sensación de competencia o dominio como un motivador central de la conducta humana. Experimentar control sobre el propio entorno para lograr un estado de bienestar psicológico. Esta idea de control o dominio percibido ha constituido la base de la teoría de auto-eficacia de Bandura (1977).

CAPÍTULO 2

AUTO-EFICACIA

La teoría de auto-eficacia de Bandura (1997), se refiere a la evaluación que hacen los individuos sobre su capacidad o competencia para ejecutar una conducta específica exitosamente. Esta teoría tiene importantes aplicaciones en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; sin embargo hay pocos estudios que examinan la relación entre auto-eficacia, comportamientos saludables y nivel de salud en poblaciones seniles (Grembowski, Patrick, Diehr, Durham, Beresford, Kay & Hecht, 1993).

La teoría cognoscitiva social es útil para entender el comportamiento hacia la salud, combina la noción del proceso cognoscitivo como central para la adquisición de conductas, con la noción de los procedimientos basados en la ejecución que son poderosos para el cambio conductual (Bandura, 1977). La auto-regulación del comportamiento ocurre a través del proceso de juicio y a través de procesos cognoscitivos de auto-observación. El proceso de enjuiciamiento involucra hacer comparaciones con estándares personales y normativos, con valoraciones personales de la actividad y con la creencia acerca de los determinantes de las ejecuciones.

Otro elemento importante es la percepción de control, la cual está asociada con los niveles de bienestar, con la probabilidad de modificar los patrones conductuales y también con las posibilidades de incrementar rendimientos en distintas áreas.

Asimismo la percepción de control, para los teóricos del aprendizaje social como Bandura (1977; 1982), está fuertemente relacionada con la de auto-eficacia, entendiéndola como la creencia que el sujeto dispone de una respuesta concreta para modificar su ambiente.

Bandura (1997) distingue tres dimensiones en las expectativas de auto-eficacia: la magnitud, la fuerza y la generalidad. La magnitud hace referencia a la estimación personal que realiza un sujeto sobre cuál es el mejor rendimiento posible para él en ese momento y circunstancia. La fuerza se refiere a la confianza que experimenta la persona en cuanto a poder alcanzar un rendimiento dado. Y la generalidad, que se refiere al grado en que el individuo considera que dispone de los recursos precisos para poder solucionar cualquier situación, o de ser eficaz tan sólo ante algunas circunstancias concretas y específicas.

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

Por tanto, uno de los principales determinantes de la percepción de auto-eficacia es la experiencia directa, a través de haber experimentado la sensación de dominar esa tarea concreta; asimismo inciden en la auto-eficacia, aunque en menor grado, las experiencias vicarias, las expectativas sociales y el estado físico del individuo (Bandura, 1982).

La auto-eficacia, en el caso de los ancianos, ha mostrado una estrecha relación con los estados depresivos (Davis-Berman, 1988), así como con los cuadros de ansiedad previos a la jubilación (Fretz, Kluge, Ossana, Jones & Merikangas, 1989), e incluso con un aumento en la disposición de apoyo social (Holahan, C. K. & Holahan, C. J., 1987b). Parece ser que el saber que se dispone del apoyo social necesario, el sentir que otras personas confían en las aptitudes para realizar una acción, puede incrementar el sentido de auto-eficacia.

Han sido pocos los programas de intervención diseñados para incrementar la auto-eficacia en áreas concretas, fundamentalmente, los hay en el ámbito cognoscitivo; aunque también se han desarrollado otros destinados a actividades más específicas, como por ejemplo, el trabajo desarrollado por Clark, Patrick, Grembowski y Durham (1995) orientado a incrementar la actividad física como el ejercicio, y así obtener un aumento de la auto-eficacia, dentro del marco de promoción de la salud en ancianos.

Es claro entonces, que la percepción de salud en los ancianos, se convierte, no sólo en el parámetro fundamental en función del cual tienden a elaborar su

autoconcepto físico, sino que esta forma de percepción de sí mismos también interactúa con su propio funcionamiento a niveles cognoscitivo y social. De esta forma el nivel de salud percibido va a determinar la valoración de su propia capacidad para realizar exitosamente cualquier conducta, y al mismo tiempo su bienestar psicológico. Siendo el principal determinante de la percepción de salud entre los ancianos el nivel de actividad o la movilidad física que puede desarrollar el sujeto y, por lo tanto su nivel de independencia (Zautra & Hempel, 1984).

La percepción de la auto-eficacia opera como un mecanismo auto-regulatorio. La gente cree que puede producir los efectos deseados por la influencia de sus acciones; ellos eligen qué hacer, sus aspiraciones, el nivel de esfuerzo y la perseverancia, la resistencia a la adversidad y la vulnerabilidad al estrés y a la depresión.

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

En síntesis, en los estudios basados en la teoría de Bandura, los sujetos que muestran expectativas altas de auto-eficacia, "*creen que pueden alcanzar hacer algo*", son más saludables, más efectivos y generalmente más exitosos que aquellos sujetos con niveles bajos de expectativas de auto-eficacia.

La auto-eficacia en sujetos ancianos se centra en la buena o mala apreciación que tienen los sujetos sobre sus capacidades y puesto que con el avance de la edad se dice que se produce una pérdida en la resistencia física, funciones sensoriales, facilidad intelectual, memoria y velocidad en la ejecución de operaciones cognoscitivas, entonces lo que se requiere, dado que mucha gente de edad avanzada va decrementando su ejecución en sus capacidades, es que la gente realice una re-apreciación de su auto-eficacia personal para aquellas actividades en las cuales las funciones biológicas han sido afectadas significativamente. Existe una tendencia en mal apreciar las capacidades de las personas conforme envejecen, por lo que el fortalecimiento de la auto-eficacia contribuye en el funcionamiento cognoscitivo, físico y de salud. Aquellos sujetos quienes optimizan sus talentos, concentran sus esfuerzos sobre intereses focales y ejercen control sobre sus comportamientos, mejoran su funcionamiento. Existe evidencia en la cual, sujetos ancianos con altos niveles de auto-eficacia tienen mejor nivel de funcionamiento aunque sea reducida su capacidad, contribuye altamente la forma en que se percibe la eficacia personal (Baltes, P. B. & Baltes, M. M., 1993).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Un mecanismo que ayuda a mantener alto el juicio de la eficacia en sujetos de edades avanzadas, está basado en la auto-selección, optimización y compensación de actividades que puedan ser ejecutadas exitosamente por las personas mayores (Baltes, P. B. & Baltes, M. M., 1993).

De ahí, aunque sea visible el deterioro físico objetivo el que experimenta el anciano; deterioro que le hace cuestionarse su propia eficacia y capacidad para resolver efectivamente las situaciones problemáticas en las que se encuentra; deben dirigirse los esfuerzos en dotar a los ancianos de estrategias poderosas para incrementar su auto-eficacia, afrontar los problemas y aumentar su satisfacción y bienestar psicológico. Es claro que la forma de intervención psicológica vaya orientada a potenciar aquellos recursos personales y sociales que ayuden a los ancianos a formular una re-apreciación de su auto-eficacia de una forma positiva y satisfactoria, de modo que se le facilite mantener un adecuado nivel de bienestar y una mejor calidad de vida.

Asimismo existe evidencia suficiente en la que se demuestra el papel relevante del bienestar subjetivo en la calidad de vida del anciano, reconociéndose además, como un indicador importante en la experiencia del envejecimiento (González-Celis & Sánchez-Sosa, 2000; 2001).

Los instrumentos para medir satisfacción en la vida juegan un papel muy importante en la evaluación del bienestar subjetivo, encontrando que la satisfacción está matizada por algunas variables de la personalidad de los sujetos, así como por el nivel de aspiraciones y logros de los mismos, así como del apoyo social y familiar recibido (Pullium, 1989).

De esta forma, el bienestar, desde una perspectiva subjetiva se ha definido como satisfacción por la vida, felicidad, moral; conceptualizándose también como la valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función de criterios propios. Así, para algunos investigadores (Lawton, 1983a; 1983b), el bienestar subjetivo se refiere a la estimación cognitiva del grado de satisfacción con la propia vida, satisfacción que se expresa o concreta en la correspondencia entre metas obtenidas y deseadas, entre cuánto esperaba realizar en la vida y cuánto ha logrado.

Las personas conforme envejecen, cuentan con menos recursos, materiales, biológicos, sociales y psicológicos. Sin embargo, el efecto de la pérdida de los recursos sobre el bienestar subjetivo en personas ancianas, muestra que el bienestar no declina con la edad. La gente mayor reorganiza su escala de aspiraciones, ésto es, reubica las pérdidas, para mantener sus niveles de bienestar (Baltes, M. M., 1998).

Cabe destacar la importancia del bienestar subjetivo del anciano, el cual está delimitado por los factores del contexto social en el que está inmerso el individuo,

que condicionan sus aspiraciones y necesidades fundamentales por medio de la compleja red de normas, valores y relaciones sociales que se entretajan en el funcionamiento en la familia y en la sociedad. De ahí, que algunos estudios (Quintero & González, 1997) demuestran que la percepción del bienestar subjetivo estará condicionado por el apoyo psicológico y social familiar que reciba el anciano, y que va a influir junto con las características individuales, motivaciones, valores y preferencias en la calidad de vida de las personas.

Buena parte de la literatura científica, sobre el buen envejecer, se ordena precisamente en estrategias de aprendizaje para sentirse bien con la vida, estar satisfecho, y prepararse para un mejor envejecer. De ahí que la medicina comportamental y la psicología de la salud destacan aquellos comportamientos que preparan y facilitan un buen envejecer: hábitos de comida y dieta alimenticia, comportamientos saludables, evitar las adicciones, etc.

Hay conductas de "riesgo", tan difundidas como el tabaquismo o el consumo inmoderado de alcohol, que se relacionan no sólo con las expectativas de vida, sino también con el género de envejecimiento esperable. Hay por otro lado, conductas, como el ejercicio físico moderado, que contribuyen a un mejor envejecer. La lista de comportamientos influyentes en el modo y las circunstancias del envejecimiento es extensa, y comienza de pronto, con la lista de los comportamientos influyentes en la propia salud. Los hábitos de vida saludables contribuyen a una mejor vejez, y en consecuencia a una mejor calidad de vida en la vejez (Fierro, 1994).

Se insiste que un componente de la calidad de vida de los ancianos en la autonomía, la independencia y el sentimiento de control, por lo que se refuerza el hecho de proponer estrategias de intervención que mejoren y posibiliten estos comportamientos en poblaciones seniles. Asimismo, se da importancia al ambiente social y físico, así como al apoyo social y familiar como determinantes para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores.

De ahí que la percepción de control está asociada con los niveles de bienestar, con la probabilidad de modificar los patrones conductuales y también con las posibilidades de incrementar rendimientos en distintas áreas.

En donde se observa que la pérdida de control y su repercusión negativa sobre el estado de salud ha sido objeto de investigaciones en la vejez. Encontrando que el control además de ser una característica de los sujetos, también es el producto del ambiente; por lo que las intervenciones destinadas a incrementar el control puedan dirigirse tanto al individuo como al entorno, obteniéndose resultados positivos en intervenciones con ancianos (Rodin, 1986).

Por último, resulta claro preguntarse ¿qué medidas pueden ponerse en práctica para asegurar una buena calidad de vida durante la vejez? Lograr un buen grado de bienestar para los adultos mayores, requiere de programas de intervención que optimicen los recursos de los ancianos.

CAPÍTULO 3.

MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

En Psicología existe un creciente interés en evaluar la significancia de las intervenciones clínicas, no sólo en términos de sus diferencias estadísticas, o de sus comparaciones normativas; para ello se requieren de mediciones empíricamente válidas, las cuales determinen el grado en que el tratamiento ha sido exitoso. Por ello emerge el constructo "*calidad de vida*" como una variable dependiente empleada para determinar el cambio en intervenciones clínicas (Kendall, 1999).

La significancia clínica se refiere al valor práctico o aplicado e importancia de los efectos de una intervención; ésto es, si la intervención provoca una diferencia real, genuina, palpable, práctica en la vida diaria de los sujetos quienes se sometieron bajo intervención, o de aquellos sujetos que interactúan con los primeros (Kazdin, 1999).

La evaluación de la significancia clínica representa un avance importante en la evaluación de los efectos de intervención, que básicamente está dirigida al tratamiento, pero también puede extenderse a la prevención, educación y rehabilitación.

Es reconocido que un cambio estadísticamente significativo no implica diferencias reales; o aún cuando no existan diferencias estadísticas significativas, es probable que si existan cambios en los puntajes reales con respecto a los puntajes normativos, o existan cambios reales en el funcionamiento de la vida diaria de los sujetos (Kazdin, 1999).

¿Cuáles son los constructos o las dimensiones de un cambio clínico significativo? Además de incluir un cambio en los síntomas de los "pacientes", se incluye el funcionamiento en la vida diaria, la calidad de vida y los juicios subjetivos de los sujetos bajo intervención (Kazdin, 1999).

Por eso surgen constructos claves o dimensiones que evalúan la significancia clínica en términos de un mejor funcionamiento en la vida diaria de los sujetos, ejemplo de ello es la "*calidad de vida*". Así investigadores clínicos han fijado su

Por último, resulta claro preguntarse ¿qué medidas pueden ponerse en práctica para asegurar una buena calidad de vida durante la vejez? Lograr un buen grado de bienestar para los adultos mayores, requiere de programas de intervención que optimicen los recursos de los ancianos.

CAPÍTULO 3.

MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

En Psicología existe un creciente interés en evaluar la significancia de las intervenciones clínicas, no sólo en términos de sus diferencias estadísticas, o de sus comparaciones normativas; para ello se requieren de mediciones empíricamente válidas, las cuales determinen el grado en que el tratamiento ha sido exitoso. Por ello emerge el constructo "*calidad de vida*" como una variable dependiente empleada para determinar el cambio en intervenciones clínicas (Kendall, 1999).

La significancia clínica se refiere al valor práctico o aplicado e importancia de los efectos de una intervención; ésto es, si la intervención provoca una diferencia real, genuina, palpable, práctica en la vida diaria de los sujetos quienes se sometieron bajo intervención, o de aquellos sujetos que interactúan con los primeros (Kazdin, 1999).

La evaluación de la significancia clínica representa un avance importante en la evaluación de los efectos de intervención, que básicamente está dirigida al tratamiento, pero también puede extenderse a la prevención, educación y rehabilitación.

Es reconocido que un cambio estadísticamente significativo no implica diferencias reales; o aún cuando no existan diferencias estadísticas significativas, es probable que si existan cambios en los puntajes reales con respecto a los puntajes normativos, o existan cambios reales en el funcionamiento de la vida diaria de los sujetos (Kazdin, 1999).

¿Cuáles son los constructos o las dimensiones de un cambio clínico significativo? Además de incluir un cambio en los síntomas de los "pacientes", se incluye el funcionamiento en la vida diaria, la calidad de vida y los juicios subjetivos de los sujetos bajo intervención (Kazdin, 1999).

Por eso surgen constructos claves o dimensiones que evalúan la significancia clínica en términos de un mejor funcionamiento en la vida diaria de los sujetos, ejemplo de ello es la "*calidad de vida*". Así investigadores clínicos han fijado su

atención en la evaluación de la calidad de vida como un medio para evaluar los efectos de las intervenciones psicológicas, la cual incluye evaluar el bienestar psicológico, social y material de los sujetos o pacientes.

Esto surge, por que existe un número creciente de estudios que dan cuenta de que el bienestar subjetivo de los pacientes, más que las condiciones objetivas médicas de los pacientes, es lo que determina la meta de la intervención y su consecuente evaluación (Siegrist, Fernández-López & Hernández-Mejía, 2000).

El uso de medidas de calidad de vida puede ser vista como una alternativa a la aproximación estadística en la definición de la significancia clínica; aunque si es importante conocer si existe una reducción de síntomas, se propone determinar si la calidad de vida de los pacientes mejora después de la intervención (Gladis, Gosch, Dishuk & Crits-Christoph, 1999).

Existen muchas medidas que se cobijan bajo el constructo de calidad de vida, tales como: satisfacción en la vida, funcionamiento, morbilidad, relaciones sociales, ejecución del trabajo y efectos adversos del tratamiento. Sin embargo, existe la necesidad de desarrollar una medida útil de calidad de vida.

La mayoría de los autores coinciden en que existe una ausencia de una buena y concensual definición. Quizá Katschnig (2000) escribe sobre el concepto calidad de vida refiriéndose como un término que debiera estar relacionado con *"el bienestar psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad, la satisfacción vital, el apoyo social y el nivel de vida, en el que se utilizan indicadores normativos, objetivos y subjetivos de las funciones física, social y emocional"* de los individuos (p. 6).

Por esta razón, los psicólogos hablan de dimensiones o indicadores de la calidad de vida. Históricamente la calidad de vida estaba vinculada a factores económicos y sociales (Andrews & Withey, 1974; Campbell, Converse & Rodgers, 1976), por tanto un cambio positivo en alguna de esas áreas durante o posterior a la intervención clínica, por ejemplo que el sujeto encontrara empleo, era típicamente visto como una consecuencia o un indicador de mejoría y de significancia clínica. De ahí que se requirieran de mediciones mucho más ampliadas de calidad de vida, en donde se considera al bienestar subjetivo y la satisfacción en la vida de los sujetos, como parte integral en la evaluación de resultados de intervenciones clínicas. Un excelente ejemplo de definición incluyente de calidad de vida es el propuesto por el Grupo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde contempla la percepción subjetiva y el papel objetivo o factores contextuales de los individuos. *"La calidad de vida, es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses"* (Harper & Power, 1998, p. 551).

Sin embargo, aunque las definiciones varían, el concepto de calidad de vida abarca tres dimensiones globales: a) aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional; b) el acceso a los recursos y las oportunidades para usar estas habilidades para conseguir los intereses; y c) la sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones a menudo se designan como calidad de vida objetiva, y la última como calidad de vida subjetiva. Dentro de estas dimensiones globales se han identificado distintos dominios de vida, como la salud, la familia, las relaciones sociales, el trabajo, la situación económica y el lugar de residencia (Lehman, 2000).

Asimismo, pueden identificarse tres perspectivas para enmarcar los aspectos centrales de la medición de la calidad de vida: a) la calidad de vida en general, b) la calidad de vida relacionada a la salud, y c) la calidad de vida específica para cada enfermedad.

En cuanto a los instrumentos que existen para medir calidad de vida en general, tienen sus raíces en la investigación clásica sociológica, con indicadores tales como trabajo, vida familiar, y bienestar. Estas medidas se han aplicado tanto a individuos sanos como enfermos, y su enfoque es sobre sus aspiraciones, metas y las comparaciones de éstas con respecto a sus logros. Dichos instrumentos contienen ítems enfocados predominantemente hacia las percepciones subjetivas y experiencias de los sujetos, que pueden incluir dominios que están o no relacionados a la salud directamente, como el ingreso, la vivienda, y el soporte social. Las medidas de bienestar y de satisfacción en la vida, caen dentro de esta categoría. En contraste, las mediciones de calidad de vida relacionada a la salud, tienen el propósito fundamental de evaluar la enfermedad y los efectos de intervención. De ahí que los instrumentos de calidad de vida relacionada a la salud, también abarquen dominios de la vida e incluyan ítems para evaluar calidad de vida en general o satisfacción en la vida, sin embargo, el énfasis de éstos es típicamente sobre los síntomas, mejoría, funcionamiento y habilidades (Gladis, et. al., 1999).

Existe un considerable número de instrumentos que han proliferado, en su intento de medir la calidad de vida; sin embargo, lo más importante es que se deben satisfacer algunas consideraciones metodológicas en los instrumentos de calidad de vida, y es que éstos sean confiables, válidos, sensibles al cambio y relativamente breves. En cuanto a la sensibilidad, los instrumentos deben contener mediciones que reflejen los efectos de las intervenciones. Una revisión de diversos instrumentos es la que presenta la Dra. Gladis y su equipo de colaboradores (1999), en donde pone de manifiesto el esfuerzo realizado por el Grupo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en cuanto a la metodología empleada en la construcción de un instrumento para medir calidad de vida (*WHOQoL*).

Como lo menciona el grupo de la OMS, existen tres métodos que se han desarrollado a nivel internacional en la construcción de instrumentos de medición de calidad de vida.

El primero consiste, en construir un instrumento para una cultura, en un idioma particular, y posteriormente se han realizado traducciones y retraducciones a otros idiomas y se ha empleado dicho instrumento en diversas culturas, por ejemplo el SF-36; cuya versión autorizada para su uso en México, siguió un procedimiento estandarizado de traducción/retraducción por expertos bilingües, asimismo se hicieron análisis por grupos focales representativos y se llevó a cabo una evaluación formal de la calidad de cada traducción (Zúñiga, Carrillo-Jiménez, Fos, Gandek & Medina-Moreno, 1999). El SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas mayores de 16 años; está integrado por ocho conceptos o escalas de salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental; además incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. Sin embargo, aunque el análisis psicométrico del SF-36, en su versión autorizada para su uso en México, satisface los requisitos de validez y confiabilidad, así como un procedimiento metodológico riguroso que se siguió para mantener las equivalencias transculturales, no es claro que el instrumento cubra aspectos específicos de otras culturas. La cuestión fundamental, es si las dimensiones de la calidad de vida contempladas en instrumentos elaborados para una cultura, están reflejadas para otras culturas (Power, Bullinger & Harper, 1999).

En el segundo método, para la construcción de los instrumentos, se identifica un conjunto de ítems comunes, como relevantes para un amplio rango de culturas, aunque el trabajo es desarrollado en principio en un solo idioma (típicamente el Inglés), y posteriormente se realiza la traducción a otros idiomas. Un ejemplo de un grupo que siguió semejante metodología es el Grupo Europeo de Calidad de Vida (*EuroQoL*)¹. Las dimensiones relacionadas a la salud, incluidas en el instrumento, se desarrollaron a partir de una discusión multinacional de un grupo de investigadores de cinco países del norte de Europa, después se invitaron dos países europeos más; en donde se discufían aquellos conceptos más relevantes en los diferentes ambientes nacionales (Brooks, 1996). Posteriormente, se realizaron las traducciones y retraducciones a otros idiomas, por ejemplo, la versión española estuvo a cargo de Badia y Rovira (1996). De tal suerte; que si bien se tiene como meta principal en la construcción del instrumento, generar contenidos universales, normalmente se desarrolla el instrumento en un idioma central para luego realizarse traducciones a otros idiomas (Power, Bullinger & Harper, 1999).

¹ Este instrumento el *EuroQoL* se empleó en el trabajo de Tesis en los Estudios I y II.

Un tercer método es el desarrollado por el grupo de la OMS. Para construir una medida de calidad de vida que fuera confiable y válida en un rango amplio de diferentes culturas, la OMS estableció un panel de expertos internacionales de 15 centros alrededor del mundo, y simultáneamente los 15 centros contribuyeron en la definición de todos los aspectos de la vida que debieran ser considerados necesarios para una evaluación comprensiva y que caracterizara a la calidad de vida. Se definieron cuatro dominios: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente; y para cada dominio, se definieron facetas, una faceta se definió como un aspecto específico de la vida, en total se definieron 24 facetas. Mediante un proceso de traducción y retraducción, cuidando lo adecuado de los ítems, todos los centros subsecuentemente, contribuyeron con la elaboración de los reactivos, llegando a tener 1,800 ítems, los cuales, después de excluir a aquellos semánticamente equivalentes, se redujeron a 1,100 ítems. Posteriormente, cada centro ordenó los reactivos jerárquicamente, y se incluyeron 236 preguntas en una primera versión piloto del *WHOQoL*. Una vez analizados los datos se extrajeron 100 ítems, y se generó la versión *WHOQoL-100* (Power, Bullinger & Harper, 1999). Después de otra revisión, se redujo el número de reactivos, elaborándose una versión breve el *WHOQoL-Bref* (Harper & Power, 1998), que contiene 26 preguntas, de las cuales, 24 corresponden a las facetas incorporadas en los cuatro dominios, y dos preguntas globales referentes a la calidad de vida en general y el estado de salud general. Los principales hallazgos muestran que los análisis de datos del *WHOQoL* de los 15 centros, que comprendió una comparación transcultural de las dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud, proporcionaron un buen soporte sobre los aspectos universales de calidad de vida que son comunes para diferentes culturas. En suma, el grupo de la OMS presenta con el instrumento *WHOQoL* los factores que son inherentes a la calidad de vida, los cuales no difieren sustancialmente en las distintas culturas; asimismo el instrumento es lo suficientemente amplio en la evaluación de la calidad de vida, ya que es uno de los pocos instrumentos que incluye una evaluación en dominios tales como medioambiente y relaciones sociales, además de los comúnmente empleados como evaluación en aspectos de salud física y bienestar psicológico.

Por último y no menos importante es que el grupo de la OMS está preparando presentar datos normativos de muestras representativas en todas las culturas, actualmente presenta los resultados obtenidos en los cuatro dominios que incluyen a la evaluación de la calidad de vida, de los 15 centros. Y finalmente se concluye que es un instrumento confiable y válido que puede ser utilizado en diferentes culturas, con diferentes objetivos, en ensayos clínicos, en estudios comparativos de evaluación de resultados, o en estudios epidemiológicos; donde la calidad de vida sea la variable central bajo estudio.

Existen muchos tipos de medidas como variables dependientes, que puedan ser seleccionadas para realizar comparaciones normativas; sin embargo, cuando se publican datos normativos, que puedan ser comparables con los resultados de grupos

clínicos, se debe ser precavido al tomar con ligereza los datos normativos, ya que es importante identificar de dónde se extrajo la muestra para la obtención de los datos normativos, su representatividad así como su tamaño muestral (Kendall, Marrs-Garcia, Nath & Sheldrick; 1999).

En México, se han desarrollado instrumentos para evaluar la calidad de vida en pacientes con Cáncer (Lara-Muñoz, Ponce de León y de la Fuente, 1996), quienes presentan los resultados de un Criterio de Calidad de Vida (CCV), en cuanto a sus propiedades psicométricas de validez y confiabilidad; los reactivos que incluyen en el primer estudio son seis: sentirse a) a gusto, b) satisfecho, c) que la vida es agradable, d) que la vida es buena, e) contento, y f) feliz. En el segundo estudio, eliminaron los reactivos contento y feliz, dejando sólo cuatro ítems. Asimismo, a partir de una Entrevista No Estructurada (ENE) seleccionaron 85 problemas relacionados con la enfermedad "cáncer", y señalan que están en proceso de seleccionar aquellos ítems con criterios no solamente estadísticos, sino fundamentalmente clínicos, para un Índice Breve; asimismo, destacan la importancia de la dimensión psicológica, que debe incluirse en los instrumentos de calidad de vida.

De ahí la importancia de emplear el instrumento *WHOQoL-Bref*² en su versión breve en Español, para medir calidad de vida, y emplear ésta como una variable adicional, para evaluar los efectos de intervención de un programa que está dirigido a población adulta mayor, donde se pretende fortalecer la auto-eficacia, la cual prueba ser una variable mediadora, en la percepción de la calidad de vida; con lo que se presume con dicho programa de intervención mejorar la calidad de vida de los ancianos. Dicha evaluación será de dos tipos: de significancia estadística y de significancia clínica.

Asimismo, existen pocos estudios que han evaluado bajo criterios normativos, la calidad de vida en personas ancianas. Se requieren de más datos normativos en sujetos adultos mayores que permitan un mejor entendimiento del constructo calidad de vida para esta población (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002).

De igual manera se resaltan los aspectos psicosociales que deben considerarse en la evaluación de la calidad de vida, definida como la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal. Donde es considerada como una variable predictora para evaluar el impacto de la enfermedad, el curso y el tratamiento (Apiquían, Fresán & Nicolini, 2000).

Finalmente, existen otros constructos psicológicos, tales como auto-eficacia, percepción de control y autoestima, que juegan un papel muy importante como

² El instrumento *WHOQoL-Bref* se empleó en el Trabajo de Tesis en el Estudio III.

factores mediadores significativos en los juicios o valoraciones que hacen los sujetos sobre su calidad de vida (Barry, 2000).

CAPÍTULO 4.

JUSTIFICACIÓN

Debe buscarse fomentar en el anciano una valoración positiva sobre sus capacidades y ofrecerle las oportunidades necesarias para que desarrolle sus potencialidades, tome sus decisiones y pueda seguir considerándose a sí mismo como una persona independiente. Es decir, que se sienta capaz de realizar exitosamente un comportamiento que le resulte pleno de bienestar y contribuya a su satisfacción vital y a su calidad de vida.

La Psicología, como disciplina científica, tiene una función fundamental, no sólo la de explicar el funcionamiento humano, sino también ayudar a que la gente funcione mejor. Se justifica el estudio de la calidad de vida, debido a que ésta es, una condición que debe aumentarse en la gente. Asimismo, por que al diseñar estrategias metodológicamente válidas que indiquen resultados positivos, basados en datos de la literatura, que demuestren cambios, en los que al intervenir educativamente, clínicamente, en la familia, en la comunidad, o en los medios masivos de comunicación, modifican la calidad de vida, o fracasan en modificar la calidad de vida de los individuos.

En el presente trabajo de tesis se diseña como estrategia de intervención un Programa de Promoción a la Salud (PPS), bajo el modelo de Auto-eficacia de Bandura (1997), que incluye cuatro componentes: El primero es la información a través de un Taller de Autocuidado de la Salud. Segundo, el desarrollo de habilidades sociales y auto-regulatorias, a través de la motivación, persuasión verbal y solución de problemas. El tercer componente, la construcción de un sentido fuerte de auto-eficacia que proporcione apoyo al comportamiento saludable, mediante el uso de retro-alimentación, modelamiento y reforzamiento vicario. Y el cuarto componente, creación de una red de apoyo social, mediante el entrenamiento a un tutor del anciano, que funcione como soporte social para el cambio y el logro de metas personales del adulto mayor.

De ahí que se pretenda como productos del trabajo de investigación, en primera instancia, diseñar, proponer y someter a prueba estrategias de intervención que contribuyan en aumentar la auto-eficacia de los ancianos, asimismo, su bienestar psicológico y su impacto en el mejoramiento de su calidad de vida.

factores mediadores significativos en los juicios o valoraciones que hacen los sujetos sobre su calidad de vida (Barry, 2000).

CAPÍTULO 4.

JUSTIFICACIÓN

Debe buscarse fomentar en el anciano una valoración positiva sobre sus capacidades y ofrecerle las oportunidades necesarias para que desarrolle sus potencialidades, tome sus decisiones y pueda seguir considerándose a sí mismo como una persona independiente. Es decir, que se sienta capaz de realizar exitosamente un comportamiento que le resulte pleno de bienestar y contribuya a su satisfacción vital y a su calidad de vida.

La Psicología, como disciplina científica, tiene una función fundamental, no sólo la de explicar el funcionamiento humano, sino también ayudar a que la gente funcione mejor. Se justifica el estudio de la calidad de vida, debido a que ésta es, una condición que debe aumentarse en la gente. Asimismo, por que al diseñar estrategias metodológicamente válidas que indiquen resultados positivos, basados en datos de la literatura, que demuestren cambios, en los que al intervenir educativamente, clínicamente, en la familia, en la comunidad, o en los medios masivos de comunicación, modifican la calidad de vida, o fracasan en modificar la calidad de vida de los individuos.

En el presente trabajo de tesis se diseña como estrategia de intervención un Programa de Promoción a la Salud (PPS), bajo el modelo de Auto-eficacia de Bandura (1997), que incluye cuatro componentes: El primero es la información a través de un Taller de Autocuidado de la Salud. Segundo, el desarrollo de habilidades sociales y auto-regulatorias, a través de la motivación, persuasión verbal y solución de problemas. El tercer componente, la construcción de un sentido fuerte de auto-eficacia que proporcione apoyo al comportamiento saludable, mediante el uso de retro-alimentación, modelamiento y reforzamiento vicario. Y el cuarto componente, creación de una red de apoyo social, mediante el entrenamiento a un tutor del anciano, que funcione como soporte social para el cambio y el logro de metas personales del adulto mayor.

De ahí que se pretenda como productos del trabajo de investigación, en primera instancia, diseñar, proponer y someter a prueba estrategias de intervención que contribuyan en aumentar la auto-eficacia de los ancianos, asimismo, su bienestar psicológico y su impacto en el mejoramiento de su calidad de vida.

También es relevante, desde el punto de vista teórico-metodológico de la Psicología, enriquecer aún más el campo, al diseñar instrumentos de medida válidos y confiables, en la medición de la auto-eficacia para realizar actividades de la vida diaria de los ancianos; al probar y examinar las propiedades psicométricas de dicho instrumento, el cuál pueda ser empleado en futuras investigaciones psicológicas.

Es tarea de todo investigador, probar relaciones significativas entre las variables relevantes. En donde se pretende probar que al aumentar la auto-eficacia para realizar actividades de la vida diaria de los ancianos, mediante un programa de intervención, se aumenta el bienestar subjetivo, la salud percibida y el funcionamiento cognoscitivo, y se disminuye el nivel de depresión de los sujetos. Con lo cual al operacionalizar el constructo Calidad de Vida mediante sus indicadores conductuales, a través del registro diario de las actividades cotidianas de los ancianos, en una Hoja de Actividades Diaria; así como de mediciones de la auto-eficacia de los ancianos, para realizar exitosamente actividades de la vida diaria; y con medidas adicionales, que se han empleado en la literatura, tales como el bienestar subjetivo, la calidad de vida relacionada a la salud, la depresión y las habilidades cognoscitivas. Se contribuye al conocimiento científico de la medición de la Calidad de Vida en Ancianos.

Por lo que es importante estudiar la Calidad de Vida de los adultos mayores, ya que constituye un aspecto central de su bienestar general y está relacionada con otros elementos del funcionamiento humano como la salud, las habilidades cognoscitivas, la depresión y el nivel de auto-eficacia.

CAPÍTULO 5.

OBJETIVOS

5.1 *Objetivo General*

Someter a prueba los efectos de un Programa de Promoción a la Salud sobre la Calidad de Vida en ancianos.

5.2 *Objetivos Específicos*

Evaluar experimentalmente los cambios en las categorías conductuales de la auto-eficacia en ancianos, definidas operacionalmente en actividades recreativas

También es relevante, desde el punto de vista teórico-metodológico de la Psicología, enriquecer aún más el campo, al diseñar instrumentos de medida válidos y confiables, en la medición de la auto-eficacia para realizar actividades de la vida diaria de los ancianos; al probar y examinar las propiedades psicométricas de dicho instrumento, el cuál pueda ser empleado en futuras investigaciones psicológicas.

Es tarea de todo investigador, probar relaciones significativas entre las variables relevantes. En donde se pretende probar que al aumentar la auto-eficacia para realizar actividades de la vida diaria de los ancianos, mediante un programa de intervención, se aumenta el bienestar subjetivo, la salud percibida y el funcionamiento cognoscitivo, y se disminuye el nivel de depresión de los sujetos. Con lo cual al operacionalizar el constructo Calidad de Vida mediante sus indicadores conductuales, a través del registro diario de las actividades cotidianas de los ancianos, en una Hoja de Actividades Diaria; así como de mediciones de la auto-eficacia de los ancianos, para realizar exitosamente actividades de la vida diaria; y con medidas adicionales, que se han empleado en la literatura, tales como el bienestar subjetivo, la calidad de vida relacionada a la salud, la depresión y las habilidades cognoscitivas. Se contribuye al conocimiento científico de la medición de la Calidad de Vida en Ancianos.

Por lo que es importante estudiar la Calidad de Vida de los adultos mayores, ya que constituye un aspecto central de su bienestar general y está relacionada con otros elementos del funcionamiento humano como la salud, las habilidades cognoscitivas, la depresión y el nivel de auto-eficacia.

CAPÍTULO 5.

OBJETIVOS

5.1 *Objetivo General*

Someter a prueba los efectos de un Programa de Promoción a la Salud sobre la Calidad de Vida en ancianos.

5.2 *Objetivos Específicos*

Evaluar experimentalmente los cambios en las categorías conductuales de la auto-eficacia en ancianos, definidas operacionalmente en actividades recreativas

pasivas, actividades recreativas activas, actividades sociales y actividades de protección a la salud, que integran la medición de la calidad de vida como variable dependiente. La evaluación se realizará mediante una serie de tiempo, y la porción estadística del análisis incluirá los efectos conductuales de la intervención denominada "Programa de Promoción a la Salud".

Evaluar a través de un diseño pre-post-test, los efectos de la intervención sobre cuatro indicadores adicionales de la calidad de vida: bienestar subjetivo, calidad de vida relacionada a la salud percibida, depresión y funcionamiento cognoscitivo.

Determinar el pronóstico, entendido en términos de los cambios de tendencia y nivel, después de la intervención para los índices conductuales de las categorías correspondientes de la variable dependiente (calidad de vida), medidas en una serie de tiempo.

Examinar las propiedades psicométricas del instrumento diseñado para medir la auto-eficacia para realizar actividades de la vida diaria en ancianos.

Examinar las propiedades psicométricas de las otras medidas adicionales: bienestar subjetivo, depresión, percepción de salud y funcionamiento neuropsicológico en un diseño test-retest.

CAPÍTULO 6.

MÉTODO

La investigación se dividió en tres estudios. El estudio I estuvo dirigido a determinar las propiedades psicométricas, de confiabilidad, consistencia interna, estabilidad temporal, y de validez de constructo del instrumento propuesto para medir la auto-eficacia para realizar actividades de la vida diaria en ancianos. En el estudio II se examinó la validez de contenido del instrumento de auto-eficacia, mediante el método de intervalos aparentemente iguales, el cual se aplicó a jueces expertos; asimismo se probaron diferencias entre los jueces y ancianos con respecto a la evaluación de la auto-eficacia. Y se propuso la versión final del instrumento de auto-eficacia, con los ítems que tuvieron mayor carga factorial, mediante un análisis factorial con rotación varimax, para dar más fuerza a la validez de constructo. Y el estudio III se diseñó para probar los efectos de la intervención del programa de promoción a la salud en un grupo experimental de 27 ancianos.

pasivas, actividades recreativas activas, actividades sociales y actividades de protección a la salud, que integran la medición de la calidad de vida como variable dependiente. La evaluación se realizará mediante una serie de tiempo, y la porción estadística del análisis incluirá los efectos conductuales de la intervención denominada "Programa de Promoción a la Salud".

Evaluar a través de un diseño pre-post-test, los efectos de la intervención sobre cuatro indicadores adicionales de la calidad de vida: bienestar subjetivo, calidad de vida relacionada a la salud percibida, depresión y funcionamiento cognoscitivo.

Determinar el pronóstico, entendido en términos de los cambios de tendencia y nivel, después de la intervención para los índices conductuales de las categorías correspondientes de la variable dependiente (calidad de vida), medidas en una serie de tiempo.

Examinar las propiedades psicométricas del instrumento diseñado para medir la auto-eficacia para realizar actividades de la vida diaria en ancianos.

Examinar las propiedades psicométricas de las otras medidas adicionales: bienestar subjetivo, depresión, percepción de salud y funcionamiento neuropsicológico en un diseño test-retest.

CAPÍTULO 6.

MÉTODO

La investigación se dividió en tres estudios. El estudio I estuvo dirigido a determinar las propiedades psicométricas, de confiabilidad, consistencia interna, estabilidad temporal, y de validez de constructo del instrumento propuesto para medir la auto-eficacia para realizar actividades de la vida diaria en ancianos. En el estudio II se examinó la validez de contenido del instrumento de auto-eficacia, mediante el método de intervalos aparentemente iguales, el cual se aplicó a jueces expertos; asimismo se probaron diferencias entre los jueces y ancianos con respecto a la evaluación de la auto-eficacia. Y se propuso la versión final del instrumento de auto-eficacia, con los ítems que tuvieron mayor carga factorial, mediante un análisis factorial con rotación varimax, para dar más fuerza a la validez de constructo. Y el estudio III se diseñó para probar los efectos de la intervención del programa de promoción a la salud en un grupo experimental de 27 ancianos.

6.1 Estudio I

6.1.1 Objetivos Particulares

Examinar las propiedades psicométricas, de confiabilidad, estabilidad temporal, consistencia interna, y de validez de constructo del instrumento propuesto para medir la auto-eficacia para realizar actividades de la vida diaria en ancianos.

Probar si existe asociación entre la auto-eficacia para realizar actividades cotidianas de los ancianos y el bienestar subjetivo, la percepción del estado de salud, la depresión y las habilidades cognitivas. Y la asociación entre percepción de salud, bienestar subjetivo y la presencia de enfermedades.

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

6.1.2 Sujetos

Participaron 124 adultos mayores de edades entre 55 y 74 años (Media=64.60, Desviación Estándar=6.83); 66 mujeres y 58 varones, adscritos a una clínica de salud, en una zona urbana de clase baja del Estado de México. El nivel de escolaridad promedio fue de educación básica incompleta de uno a cuatro años de estudios. El 72.6% eran casados o con pareja, el 25.8% viudos o divorciados y el 1.6% solteros.

6.1.3 Procedimiento

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

La aplicación se llevó a cabo en un consultorio de la clínica de salud, en una sola sesión de 60 minutos. Para controlar la intromisión de variables extrañas, se mantuvo constante el tiempo y el orden de aplicación de los instrumentos, así como las condiciones del espacio físico en donde se llevó a cabo la aplicación; también se evitó la interrupción de la sesión y la presencia de otras personas ajenas, se cerró con llave la puerta del cubículo y se colocó en la puerta un letrero de "Favor de NO interrumpir, Gracias". Se grabaron las sesiones y se pidió el consentimiento informado a los sujetos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los cinco instrumentos que se aplicaron en el test, midieron Bienestar Subjetivo, Salud Percibida, Depresión, Auto-eficacia y Funcionamiento Cognoscitivo; además se aplicó una Ficha de Datos Sociodemográficos. Mientras en el retest, además de aplicarse los cinco instrumentos, se aplicó un instrumento para medir Eventos Significativos que hubieran ocurrido entre la primera y segunda aplicación.

De los 124 sujetos seleccionados para analizar la información en el Estudio I, se les aplicaron los instrumentos en el re-test, a 74 sujetos, es decir, regresaron el 60% a la cita subsecuente para la segunda aplicación, con lo cual hubo una pérdida del 40% de los sujetos.

6.1.4 Instrumentos

Los instrumentos que se aplicaron en el Estudio I, a los sujetos ancianos, fueron los siguientes:

- 1.) La Escala de Bienestar Subjetivo PGC (*Philadelphia Geriatric Center*) para ancianos, elaborada y revisada por Lawton en 1975, la cual mide el bienestar general subjetivo de adultos mayores (Andrews & Robinson, 1991) (versión en Español, traducida y re-traducida por los investigadores) (Véase Apéndice "A").
- 2.) El Cuestionario EuroQol-5D, elaborado por el Grupo EuroQol (Brooks, 1996), quien desarrolló un instrumento para medir calidad de vida relacionada a la salud; y su traducción al idioma español por Badia y Rovira (1996) (Véase Apéndice "A").
- 3.) La Escala de Depresión Geriátrica (*Geriatric Depression Scale GDS*) de Yesavage et al. (1983), versión corta en Español (Véase Apéndice "A").
- 4.) El Neuropsi (Ostrosky, Ardila y Rosselli, 1996), para una evaluación neuropsicológica, breve en español³.
- 5.) El Instrumento de Auto-Eficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos: Independencia, Recreativas Activas, Recreativas Pasivas, Sociales, y de Protección a la Salud (AeRAC; González-Celis & Sánchez-Sosa, 2000; 2001) (Véase Apéndice "B").
- 6.) La Ficha de Datos Sociodemográficos (Véase Apéndice "C").
- 7.) La Ficha de Eventos Significativos (Véase Apéndice "D").

Los cuatro primeros instrumentos (PGC, EuroQol, GDS y Neuropsi) han sido aplicados en diferentes muestras, obteniendo algunos resultados en cuanto a sus características psicométricas de confiabilidad y validez, las cuales se describirán a continuación.

³ Se agradece a la Dra. Feggy Ostrosky y su equipo de colaboradores, de la Facultad de Psicología de la UNAM, su amable cooperación para proporcionar el instrumento Neuropsi, para ser empleado con fines de investigación.

La Escala de Bienestar Subjetivo, PGC (*Philadelphia Geriatric Center*) para ancianos, es una medida multidimensional del bienestar subjetivo global, basada en la información de 17 ítems, que son combinados para producir un puntaje total.

La escala se diseñó en el Centro Geriátrico de Filadelfia (*The Philadelphia Geriatric Center PGC*), para aplicarse a muestras de adultos mayores, para medir el bienestar subjetivo en poblaciones ancianas.

La Escala de Bienestar Subjetivo original consistió de 22 ítems, presentados en un formato de "acuerdo-desacuerdo", desarrollada por Lawton en 1972, quien más tarde la revisó, dejándola en 17 ítems dicotómicos, con opciones de respuesta: Si-No.

En principio se desarrolló y validó a través de las correlaciones de los puntajes obtenidos de tres grupos de hogares para ancianos, ajustados a la edad.

Se aplicaron coeficientes alfa de Cronbach para 828 sujetos que respondieron a las tres subescalas, siendo de 0.85 para la subescala de insatisfacción-soledad; 0.81 para la subescala de agitación, y de 0.85 para la subescala de actitud hacia su propia vejez. No se reportan datos para la escala completa. Asimismo no hay datos relacionados con la validez convergente de la escala reportada por Lawton, sin embargo, Lohmann (1977, Citado por: Andrews y Robinson, 1991) reportó una correlación de 0.73 en promedio con otras nueve medidas de bienestar.

El bienestar subjetivo se definió como un concepto multidimensional reflejado en tres factores: agitación, actitudes hacia su propio envejecimiento y soledad-insatisfacción. Los valores de la escala van desde 0 (bajo nivel de bienestar) hasta 17 (el nivel más alto), éste se refiere a valores altos de satisfacción, paz o logro. En la escala se incluyen cuatro ítems iguales para comparar su consistencia interna, alternados dentro de los tres factores para que los sujetos no los identifiquen tan fácilmente.

La escala de bienestar subjetivo PGC (revisada) está compuesta por 17 ítems-frases cortas que describen -Si o No-, el estado actual del sujeto, la cual puede ser autoadministrada, o en su caso, aplicada por entrevista. Y está dividida en tres subescalas o factores.

El factor 1 de agitación, incluye ocho ítems con opción de respuesta dicotómica, Si-No. El factor 2, actitud hacia su propio envejecimiento, se compone de siete reactivos, donde el reactivo tres del factor 2 es igual al reactivo uno del factor 1; asimismo el reactivo cinco, la opción de respuesta es: "mejores-peores", calificándose igual que las respuestas Si-No. Y el factor 3, soledad/insatisfacción, tiene ocho ítems, seis reactivos con opción de respuesta dicotómica Si-No, y dos reactivos abiertos, los

ítems uno y cinco. Además los reactivos cuatro y seis del factor 3 son iguales a los reactivos seis y tres del factor 1, respectivamente; y el reactivo tres del factor 3, igual al reactivo seis del factor 2. La calificación se obtiene sumando un punto por cada respuesta dicotómica de bienestar valorada positivamente, para cada subescala, siendo 17 puntos la máxima calificación, el nivel más alto de bienestar subjetivo.

Lawton (1975) recomienda algunas áreas adicionales que pueden ser incluídas en futuras escalas, tales como: salud, accesibilidad social, actitudes hacia el envejecimiento y afecto positivo.

El Cuestionario EuroQol-5D, es un instrumento de medida para la calidad de vida relacionada con la salud. Desarrollado por un grupo internacional y multidisciplinario de investigadores de siete centros con sede en Inglaterra, Finlandia, los Países Bajos, Noruega, Suecia, España y Alemania.

Inicialmente el EuroQol estuvo compuesto por seis dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividad principal, relaciones sociales, dolor y estado de ánimo. El análisis de la contribución de cada una de las dimensiones por separado reveló que las relaciones sociales jugaban un papel muy pequeño al determinar las valoraciones del estado de salud. Por consiguiente se redujo el número a cinco dimensiones, donde las relaciones sociales y la actividad principal se unieron definiendo la nueva dimensión "actividades cotidianas".

El EuroQol-5D está compuesto por dos secciones. En la primera parte se ofrece un método simple para obtener una descripción precisa por dimensiones de la propia calidad de vida relacionada a la salud en el día de hoy. Cada dimensión comprende tres niveles que reflejan niveles crecientes de gravedad: Nivel 1, sin problemas. Nivel 2, algunos o moderados problemas. Nivel 3, muchos problemas. Hay una sola respuesta por dimensión. Las instrucciones que se le proporcionan a los sujetos consisten en que marque con una cruz la afirmación que describa mejor su estado de salud, en el día de hoy.

En la segunda parte se ofrece también un método simple para generar una valoración de la calidad de vida relacionada a la salud general en el día de hoy, mediante una escala visual analógica, semejante a un termómetro, con calificaciones que van de 0, que representa el peor estado de salud imaginable, hasta 100, que representa el mejor estado de salud imaginable. Para lo cual se le pide al sujeto que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el momento de aplicar el instrumento.

El EQ-5D clasifica los estados de salud de acuerdo con cinco dimensiones. Dentro de cada dimensión se distinguen tres niveles, de forma que se puede decir que el estado de salud de una persona es uno de los 243 estados teóricamente posibles; los

cuales son convertidos a puntajes normalizados que van desde 1.00 que es el puntaje más alto de mejor estado de salud, hasta -0.59 que es el peor estado de salud, basados en una Encuesta Nacional en Reino Unido, representativa (N=3395) de sujetos cuyas edades fluctuaron entre los 20 años y más de 80 años de edad (Dolan, Gudex, Kind & Williams, 1995; Kind, Dolan, Gudex & Williams, 1998); realizada por el *Centre for Health Economics* de York. Esta investigación actualmente está siendo replicada en el *Institut de Salut Publica* de Catalunya (Badía & Rovira, 1996), encontrando los valores a los 243 estados posibles de salud clasificados, que van desde 1.0 el mejor estado de salud posible, hasta -0.0757 , que es el peor estado de salud posible.

Con respecto a las propiedades psicométricas del EuroQol-5D, se han obtenido los siguientes resultados. En cuanto a la confiabilidad, utilizando una muestra de 208 personas de la *Rotterdam Health Survey*, Agt y cols. (1994) reportaron la confiabilidad por el método de test-retest. Se analizaron tres fuentes de variabilidad simultáneamente; variabilidad del test-retest, variabilidad debida a las respuestas individuales y variabilidad debida a los diferentes estados de salud que había que valorar. Los autores concluyeron que las valoraciones eran estables a lo largo del tiempo y que la confiabilidad test-retest para el EQ-5D es buena.

Asimismo, el Grupo de York (Dolan, Gudex, Kind & Williams, 1995; Kind, Dolan, Gudex & Williams, 1998), estudiaron la confiabilidad como parte de la Encuesta Nacional de 3395 participantes de Reino Unido. Después de un promedio de diez semanas, 221 sujetos se re-entrevistaron. Empleando el mismo protocolo, que en la primera entrevista, los sujetos respondieron el EQ-5D. La confiabilidad se analizó individualmente y por grupo, encontrando valores de 0.78 y 0.73, la confiabilidad más alta estuvo asociada con mejores niveles de estado de salud.

Para la validez del EuroQol-5D, Brazier, Jones y Kind (1993), compararon el EQ-5D con el SF-36 *Health Survey Questionnaire*, enviados por correo a una muestra de 1980 sujetos en Sheffield, Reino Unido; obteniendo un nivel de respuesta del 83%. Los resultados demostraron la validez de constructo de las respuestas de las dimensiones y de la puntuación total del EQ-5D. Asimismo encontraron efectos de techo 95% para las dimensiones funcionales, comparado con el 72% para el SF-36, por lo que los autores recomiendan que se apliquen ambos instrumentos en pacientes que sufren cambios en su salud y a través de un amplio rango de condiciones de salud.

En el mismo sentido, para examinar la validez de constructo del EQ-5D, se hizo un estudio en pacientes con artritis reumatoide en Edimburgo, Escocia (Hurst et al., cit. en: Badía & Rovira, 1996). Se calcularon las correlaciones del EQ-5D con el *Health Assessment Questionnaire*, con el *Hospital Anxiety* y con la *Depression Scale* y un índice del dolor en las articulaciones calculado por el propio paciente. Asimismo, se probó la sensibilidad al cambio. Los autores concluyen que el EQ-5D es sencillo de

utilizar para los pacientes y muestra correlaciones clínicamente relevantes con otros instrumentos específicos.

Por otro lado, Badia y Rovira (1996) han realizado la validación de la versión española del EQ-5D, en una muestra amplia de individuos y en múltiples variables sociodemográficas y del estado de salud, proporcionando evidencia sobre la validación del EQ-5D.

La Escala de Depresión Geriátrica (*Geriatric Depression Scale GDS*) de Yesavage et al. (1983), es una escala para evaluar síntomas depresivos, de fácil manejo, que puede ser autoadministrada por los mismos pacientes, y el tiempo aproximado en la aplicación es de 10-15 minutos.

La escala *GDS*, está diseñada para aplicarse en población de ancianos, y ha sido empleada en múltiples estudios, combinada con otras escalas para examinar su validez (Yesavage et al., 1983; Jorm et al., 1995)

En un estudio llevado a cabo en una muestra de Sidney, Génova y Canberra, con sujetos de edades por arriba de 70 años, se reportan los resultados sobre confiabilidad y validez, de las escalas *DSM-III-R*, el *Psychogeriatric Assessment Scales (PAS)*, y el *Geriatric Depression Scale GDS*. La confiabilidad se evaluó a través de la consistencia interna, alfa de Cronbach, y test-retest. Mientras la validez se evaluó en términos de sus valores de sensibilidad y especificidad, a través de curvas ROC, cuando se trata de juzgar y distinguir un diagnóstico clínico de depresión, con respecto a otros padecimientos. Los resultados reportados son excelentes sobre la confiabilidad y validez de esas escalas.

La Escala de Depresión Geriátrica (*Geriatric Depression Scale GDS*), en su versión corta está compuesta por 15 ítems, ya que la versión larga consta de 30 reactivos (Brink, 1985). Los ítems están formulados mediante un formato de preguntas cortas, con respuestas dicotómicas Si-No. De los 15 ítems, diez reactivos son preguntas que si se responden afirmativamente, indican depresión; mientras cinco reactivos, están formulados de tal forma que si el sujeto responde la opción de respuesta "No", indica depresión. El orden de presentación de los ítems, positivos y negativos es aleatorio, para evitar alguna tendencia en las respuestas "Si", o en las respuestas "No".

La codificación de las respuestas, es de fácil manejo, otorgando un punto, para cada pregunta que sea respondida, a la opción "Si" o a la opción "No", que indicara depresión. La calificación total se obtiene al sumar los puntos, por lo que la calificación mínima es de 0 puntos lo que equivale a cero depresión, o no se presentan síntomas depresivos. Hasta un máximo de 15 puntos, equivalente a la máxima

puntuación obtenida en la escala de depresión. Puntuaciones mayores a cinco puntos indican presencia de síntomas depresivos.

El Neuropsi-Evaluación Neuropsicológica. Breve en Español (Ostrosky et al., 1996), es un instrumento diseñado para la evaluación del funcionamiento cognoscitivo, útil no sólo para el diagnóstico de condiciones patológicas, sino también para el manejo médico y conductual de los pacientes. En el caso de población anciana, puede ser empleado para poder identificar y diagnosticar tempranamente a aquellos sujetos que no cursan un envejecimiento "normal".

El Neuropsi se diseñó con el propósito de contar con un instrumento aplicable a población hispanohablante, de rápida administración, individual, el cual dura aproximadamente de 20 a 25 minutos en población sin alteraciones cognoscitivas, y de 35 a 40 minutos en población con trastornos cognoscitivos, por lo que no es una limitación el empleo del Neuropsi a sujetos ancianos que no sean capaces de tolerar su aplicación por su extensa duración, comparativamente con otros instrumentos de larga administración, ya que algunos requieren de hasta cuatro a seis horas en su aplicación.

La evaluación neuropsicológica que proporciona el Neuropsi, incluye un amplio espectro de funciones cognoscitivas, tales como, orientación de tiempo, persona y espacio, atención y activación, memoria, lenguaje oral y escrito, aspectos viso-espaciales y viso-perceptuales y funciones ejecutivas. El esquema está constituido por reactivos sencillos y cortos, y se adaptaron para poder evaluar también a poblaciones de ancianos.

Para su estandarización se administró a un total de 800 sujetos normales, activos y funcionalmente independientes. Entre 16 y 85 años de edad; dividiéndose en cuatro grupos: de 16-30, 31-50, 51-65 y 66-85 años de edad. El sistema de calificación se obtiene mediante la suma de puntos asignados a cada reactivo, cuantificándose los datos crudos, éstos se convierten a puntajes normalizados, según el grupo de edad al que corresponde y al grado de escolaridad. La ejecución del sujeto se clasifica en: normal, con alteraciones leves o limítrofes, con alteraciones moderadas y alteraciones severas.

En cuanto a las propiedades psicométricas del Neuropsi, para determinar la confiabilidad test-retest, se administró a un grupo de 40 sujetos cognoscitivamente intactos, con un intervalo de 3 meses entre la primera y segunda aplicación, aplicado y calificado por dos diferentes examinadores. La confiabilidad test-retest fue de 0.87; mientras que la confiabilidad entre examinadores fue de 0.89 a 0.95. Los datos dan evidencia que las respuestas y errores son muy estables y que no existen efectos de práctica o de deterioro en una población normal.

Asimismo se examinó la sensibilidad (identificación correcta de presencia de trastornos cognoscitivos en las personas afectadas) y la especificidad (identificación correcta de la ausencia de trastornos cognoscitivos en las personas que no están afectadas) del Neuropsi comparándolo con el *Mini-mental State Examination* (Folstein, Folstein y McHugh, 1975), en una población de 40 pacientes con lesiones neurológicas documentadas con Tomografía Axial Computarizada (TAC), resonancia magnética o electroencefalograma (EEG). Encontrando que el Neuropsi identificó trastornos cognoscitivos en 38 pacientes y el Mini-Mental en 16; mostrando evidencia de su poder de validez de discriminación.

El Instrumento de Auto-Eficacia para Realizar Actividades Cotidianas (*AeRAC*) en Ancianos (Apéndice "B") se diseñó a partir de la construcción de seis categorías conductuales de actividades de la vida diaria: 1.- Actividades de Independencia: se incluyeron 22 comportamientos que pueden ser ejecutados por el sujeto por sí solo, sin requerir la ayuda de alguna otra persona para llevar a cabo las actividades. Dentro de esta categoría se contemplaron las siguientes conductas: Bañarse sin ayuda, vestirse sin ayuda, comer sin ayuda, preparar sus alimentos, asear su habitación, quehaceres domésticos, mantener en orden su casa, lavar su ropa, planchar su ropa, cuidar su apariencia personal, administrar sus gastos, salir a la calle, salir al parque, salir a trabajar, ir de compras, ir al salón de belleza o peluquería, ir al banco, ir hacer pagos o cobros, tomar el metro, microbús o taxi, manejar un automóvil, resolver asuntos pendientes, tomar decisiones. 2.- Actividades Recreativas Pasivas: aquellas conductas que puede realizar el sujeto en su tiempo libre y de ocio, y que no implican esfuerzo o desgaste físico. En esta categoría se incluyeron 16 conductas: leer, escribir, estudiar, ver la televisión, ver una película de video en casa, ver fotografías, escuchar el radio, descansar, dormir (tomar una siesta) durante el día, pintar, dibujar o iluminar, hacer manualidades, coser, tejer o bordar, jugar juegos de mesa, resolver juegos de pasatiempos, armar rompecabezas, tocar un instrumento musical. 3.- Actividades Recreativas Activas: se agruparon aquellas conductas que realiza el sujeto en su tiempo libre y de ocio, y que implican un esfuerzo o desgaste físico. Dentro de esta categoría se seleccionaron 13 conductas: salir a caminar, correr o trotar, nadar, hacer ejercicio, hacer aerobics, hacer otro deporte, bailar o cantar, jardinería, cuidar animales domésticos, cocinar, repostería, hacer reparaciones. 4.- Actividades Sociales: se categorizaron aquellos comportamientos que realiza el sujeto en donde participan dos o más individuos, y el sujeto recibe el contacto social. En esta categoría se incluyeron 23 conductas: visitar amigos, visitar familiares, visitar enfermos, cuidar niños, jugar con niños, ayudar en las tareas escolares, asistir a centros recreativos, asistir a reuniones, ir al cine o teatro, visitar museos, acudir a un espectáculo, acudir a misa, participación activa en mi religión, participación en la comunidad, hacer obras de caridad, platicar con familiares o amigos, convivir con gente de mi edad, platicar con vecinos, hablar por teléfono con amigos o familiares, tomar clases, salir de paseo, organizar o ayudar en un evento, iniciar una nueva amistad. 5.- Actividades de Protección a la Salud: se contemplaron aquellos

comportamientos que están dirigidos para que el sujeto proteja y cuide su salud. Las conductas que se ubicaron en esta categoría son 10: hacer dieta, comer bien, dormir lo necesario, tomar medicamentos, visitar al médico o ir al hospital, visitar al dentista, ir al huesero, curandero, homeópata, hierbero, etc., realizar análisis médicos, si fuma, dejar de fumar, si bebe, dejar de tomar bebidas alcohólicas. 6.- Actividades Perjudiciales para la Salud: están aquellos comportamientos que dañan la salud del sujeto. Las ocho conductas contempladas en esta categoría fueron: fumar, ingerir bebidas alcohólicas, auto-recetarse medicinas, suspender el tratamiento médico, rechazar recomendaciones para cuidar mi salud, comer alimentos dañinos para mi salud, tener episodios de llanto o tristeza, y gritar, enojarse o pelearse con alguien.

De las seis categorías conductuales registradas con el Instrumento de Auto-eficacia, sólo se seleccionaron para su análisis las primeras cinco; se excluyó la categoría "Actividades perjudiciales a la salud", ya que las medidas de la auto-eficacia, para esta categoría resultaron con puntuaciones opuestas a las calificaciones de las otras categorías. Donde para todas las categorías, valores altos, cercanos al 100%, indicaban una alta auto-eficacia para realizar actividades cotidianas, y valores bajos, cercanos a 0%, mostraban, nula o casi nula auto-eficacia; mientras que en la categoría de actividades perjudiciales para la salud, valores altos señalaban que los sujetos se percibían confiados para realizar una actividad perjudicial para su salud (por ejemplo "fumar").

En el diseño del instrumento de Auto-eficacia, se midieron dos dimensiones: la magnitud y la fuerza de la auto-eficacia. La primera se midió a través de la presencia o ausencia de la capacidad percibida del sujeto para realizar la actividad, en un formato "Si" o "No" (dicotómico), con lo cual se obtuvo una medida de la magnitud de auto-eficacia para realizar actividades cotidianas para cada categoría. La segunda dimensión de auto-eficacia fue la fuerza, como la confianza, seguridad o capacidad del sujeto para realizar la actividad exitosamente; mediante un formato de cinco opciones de respuesta, que variaron de: "Poco Seguro de hacerlo" (20%), "Algo Seguro" (40%), "Medianamente Seguro" (60%), "Bastante Seguro" (80%), y "Completamente Seguro" (100%).

En el Instrumento de Auto-Eficacia para Realizar Actividades Cotidianas (AeRAC) en Ancianos (Apéndice "B"), se registraron las respuestas de los sujetos. En la primera columna aparecen las actividades. En la segunda columna, en un formato dicotómico ("Si" o "No"), se registró, si el sujeto percibe ("Si" o "No") tiene la capacidad o seguridad para realizar la actividad cotidiana la semana siguiente. Y en la tercera columna, en un esquema de cinco opciones de respuesta, 100%, 80%, 60%, 40% o 20%, se registró el porcentaje de seguridad, confianza o capacidad que percibe el sujeto para realizar exitosamente la actividad la semana siguiente.

6.1.5 Resultados

Las medidas descriptivas obtenidas de los cinco instrumentos aplicados a los 124 sujetos ancianos se aprecian en la Tabla No. 1.

Variables	Media	DE	Min	Max	N
Auto-eficacia	42.45	14.36	14.32	86	124
Bienestar Subjetivo	13.89	5.03	2	21	124
Percepción de Salud	68.39	19.07	17.69	100	123
Depresión	3.55	2.85	0	14	124
Funcionamiento Cognoscitivo	79.44	18.59	22	114	123

Tabla No. 1.- Medidas descriptivas de las variables. Estudio I (n=124).

Los resultados revelaron sólidas propiedades psicométricas del instrumento de auto-eficacia (*Alpha de Cronbach* = 0.8454), y asociaciones positivas significativas ($p < 0.01$) entre auto-eficacia y bienestar subjetivo, percepción de salud, y funcionamiento neuropsicológico; y asociación negativa entre auto-eficacia y depresión ($p < 0.01$).

Los cinco instrumentos mostraron una moderada a buena consistencia interna inter-reactivos con valores *Alpha de Cronbach* de 0.55 a 0.85 (Véase Tabla No. 2). En donde se aprecia para los instrumentos de Auto-eficacia, Bienestar Subjetivo y Funcionamiento Cognoscitivo, los valores *Alphas* son satisfactorios; mientras para los instrumentos de Percepción de Salud y de Depresión, merecen mayor investigación.

Instrumento	Número de ítems	N	<i>Alpha</i>
Auto-eficacia	5	124	0.8454
Bienestar Subjetivo	23	124	0.8065
Percepción de Salud	5	123	0.5536
Depresión	15	124	0.5474
Funcionamiento Neuropsicológico	8	124	0.7836

Tabla No. 2.- Coeficientes *Alpha de Cronbach* para los cinco instrumentos empleados en el Estudio I (n=124)

Asimismo se observaron coeficientes de correlación significativos ($p < 0.01$) entre el test-retest en los cinco instrumentos, lo cual habla de una estabilidad temporal (Véase Tabla No. 3). Este tipo de confiabilidad es especialmente importante para aquellos instrumentos que miden variables que sufren cambios en el tiempo, debido a una manipulación experimental. Lo cual se tiene planeado realizar en el Estudio III. Donde se debe determinar que el cambio observado entre la pre y la post medición se debió a la manipulación experimental y no que el instrumento carece de estabilidad temporal.

Se calculó el coeficiente de determinación R^2 , para los cinco instrumentos, como se aprecia en la Tabla No. 3. Vale la pena destacar, que esta medida muestra el porcentaje de varianza explicada, encontrándose que se observa mucha varianza no explicada, atribuida a otras variables intervinientes en la medición del fenómeno. Aún así, el valor más alto fue para el instrumento de auto-eficacia, lo que implica que el 61.2% de la varianza explicada está determinada por la variable de auto-eficacia. El 59.6% por el funcionamiento cognoscitivo; el 53% por el bienestar subjetivo, y el 45.3% por el nivel de depresión. El coeficiente más bajo fue para el instrumento de percepción de salud, sólo el 29.6%, por lo que se recomienda sustituir la aplicación del *EuroQoL*, y sustituirlo por el *WHOQoL*, para el Estudio III.

	n	Media	DE	Media	DE	r	p	R ²
Auto-eficacia	73	44.16	14.13	43.33	13.60	0.782	<.01*	0.612
Bienestar Subjetivo	73	14.17	4.80	15.72	4.78	0.728	<.01*	0.530
Percepción de Salud	73	69.61	17.79	75.04	16.66	0.544	<.01*	0.296
Depresión	74	3.27	2.63	3.24	2.40	0.673	<.01*	0.453
Funcionamiento Cognoscitivo	74	83.40	17.56	83.89	18.00	0.772	<.01*	0.596

Tabla No. 3.- Coeficientes de Correlación "r" de Pearson y coeficientes de determinación R^2 , para los cinco instrumentos en el Estudio I, bajo un diseño test-retest.

* Nivel de significancia $p < 0.01$

Los resultados también revelaron asociaciones negativas entre la percepción de un buen estado de salud y la presencia de problemas visuales ($p < 0.0001$),

enfermedades pulmonares ($p<0.019$), hipertensión arterial ($p<0.047$), y no de otras enfermedades. Mientras que el bienestar subjetivo se asoció de manera negativa con las dificultades visuales ($p<0.035$), y problemas de disminución auditiva ($p<0.044$), y no en el caso de otros padecimientos. También se encontraron asociaciones positivas estadísticamente significativas entre el bienestar subjetivo y la percepción del estado de salud ($p<0.0001$).

Estos resultados resaltan la importancia del sistema sensorial (audición y visión) como elementos predictores en el bienestar subjetivo de los sujetos ancianos, ya que un deterioro en alguna de estas dos áreas predice una disminución en la percepción del estado de salud y el bienestar. No encontrando asociaciones con las otras enfermedades, excepto para el caso de enfermedades pulmonares e hipertensión arterial, las cuales también se asociaron con la percepción del estado de salud de manera negativa. De ahí la importancia de considerar las evaluaciones que hacen los sujetos sobre su propio estado de salud, y el bienestar subjetivo, lo cual es un elemento decisivo en el control de su salud y de los procesos de enfermar.

Finalmente, se probó la validez de constructo del instrumento de auto-eficacia a través de un análisis factorial (Véase Tabla No. 4). Los factores que mejor definieron a cada actividad cotidiana fueron para las actividades de independencia: las actividades domésticas como preparar alimentos, planchar ropa, quehaceres domésticos, asear su habitación, lavar su ropa e ir de compras. Para las actividades recreativas pasivas: las actividades de entretenimiento como resolver juegos de mesa, armar rompecabezas, pintar, dibujar o iluminar y hacer manualidades. Para las actividades recreativas activas: las actividades de ejercicio físico, como correr o trotar, hacer aerobics, hacer ejercicio, bailar o cantar, nadar y salir a caminar. Para las actividades sociales; las actividades de interacción social, como platicar con vecinos, visitar amigos, platicar con familiares o amigos, visitar familiares, hablar por teléfono con amigos o familiares y convivir con gente de mi edad. Y para las actividades de protección a la salud: las actividades de cuidados médicos, como tomar medicamentos, visitar al médico o ir al hospital, realizar análisis médicos, e ir al huesero, curandero, homeópata, hierbero.

El porcentaje de varianza explicada acumulada para los cinco factores fue del 59.652%; y correspondió al Factor 1 las actividades de Independencia, el cual posee un 21.304% de varianza explicada; el Factor 2 se refiere a las actividades Recreativas Activas, con un 14.942%; el Factor 3, está dado a las actividades Sociales, con un 10.171% de varianza explicada; el Factor 4, se atribuye a las actividades Recreativas Pasivas, con un 7.657%; y por último el Factor 5, se refiere a las actividades de Protección a la Salud, que explican el 5.579% de la varianza total.

REACTIVOS	FACTOR				
	1	2	3	4	5
Preparar sus alimentos	.835				
Planchar su ropa	.802				
Quehaceres domésticos	.785				
Lavar su ropa	.763				
Asear su habitación	.733				
Ir de compras	.491				
Hacer aerobics		.777			
Correr o trotar		.763			
Hacer ejercicio		.736			
Bailar o cantar		.726			
Nadar		.573			
Platicar con familiares y amigos			.828		
Platicar con vecinos			.755		
Visitar familiares			.687		
Visitar amigos			.645		
Hablar por teléfono con amigos o familiares			.562		
Convivir con gente de mi edad			.499		
Resolver juegos de pasatiempos				.845	
Armar rompecabezas				.818	
Pintar, dibujar o iluminar				.795	
Jugar juegos de mesa				.503	
Realizar análisis médicos					.789
Tomar medicamentos					.725
Visitar al médico o ir al hospital					.710
% de Varianza Explicada	21.304	14.942	10.171	7.657	5.579
% de Varianza Acumulada	21.304	36.246	46.416	54.073	59.652

Tabla No. 4.- Análisis Factorial con cinco Factores, obtenidos de la Matriz Factorial Rotada, por el Método de Componentes Principales, con Rotación Varimax. La rotación convergió en 6 iteraciones. Resultados de los reactivos del instrumento de Auto-eficacia para Realizar Actividades Cotidianas.

También se probó si el nivel de auto-eficacia para cada actividad cotidiana, interactuaba con el género, la edad y las otras medidas adicionales. En todas las comparaciones, se consideraron como variables dependientes, el porcentaje promedio de auto-eficacia para cada una de las cinco categorías de actividades cotidianas (actividades de independencia, recreativas activas, recreativas pasivas, sociales y de protección a la salud). Y se encontró lo siguiente:

Así que, tomando como variable dependiente el porcentaje de auto-eficacia promedio para la categoría de actividad cotidiana de protección a la salud. Y como variable independiente la edad. La edad, con dos valores, jóvenes (55-64 años) vs. viejos (65-74 años). Del total de 124 sujetos, se agruparon en dos grupos, por edad, y se aplicó una prueba *t* de Student para muestras independientes, encontrando diferencia significativamente estadística ($t=-2.197$, g.l.=122, $p<0.03$); lo cual representa al comparar el porcentaje de auto-eficacia para actividades de protección a la salud, el grupo de sujetos más grande (65-74 años de edad), en promedio (52.69%) son más auto-eficaces, que los sujetos más jóvenes (45.39%) son menos auto-eficaces. Los viejos se perciben más auto-eficaces para proteger su salud que los jóvenes.

De igual manera, se hicieron comparaciones, tomando como variables dependientes, el resto de las otras categorías de actividades, y no se encontraron diferencias entre jóvenes y viejos, en el nivel de auto-eficacia para las otras actividades. Esto es, igualmente se perciben los sujetos jóvenes y viejos ser auto-eficaces para realizar el resto de las actividades.

Asimismo se hicieron cinco comparaciones más, de las cinco categorías de actividades cotidianas (tomadas como variables dependientes), y como variable independiente el sexo, con dos valores (masculino vs. femenino). Encontrando que no hubo diferencias entre hombres y mujeres en el nivel de auto-eficacia para todas las actividades cotidianas. Esto es, tanto hombres como mujeres se perciben igualmente eficaces para realizar las diferentes actividades cotidianas.

En cuanto a examinar si existen diferencias entre el nivel de auto-eficacia para cada actividad cotidiana y si interactúan con las otras medidas adicionales, depresión, bienestar subjetivo, salud percibida y funcionamiento cognoscitivo, se encontró lo siguiente (Véase Tabla No. 5).

VARIABLES	Auto-eficacia en Actividades de:	Medias	Estadístico de Prueba	<i>p</i>
Depresión: sin/con	Protección a la salud	50.51	$t=2.434$	<0.016
		39.37		
	Recreativas activas	31.42	$t=3.784$	<0.001
		21.62		
	Recreativas pasivas	37.31	$t=2.469$	<0.015
26.64				
Sociales	38.87	$t=2.793$	<0.009	
		26.77		

Bienestar Subjetivo: poco/medio/mucho	Recreativas activas	21.54 26.29 35.41	F=6.216	<0.003
	Recreativas pasivas	32.92 30.72 41.74	F=6.162	<0.003
	Sociales	26.57 33.76 42.45	F=3.399	<0.037
Salud Percibida: muy mala/ mala/ regular/ muy buena	Recreativas activas	23.89 28.76 31.27 38.12	F=3.391	<0.020
	Sociales	31.25 31.00 39.57 48.31	F=3.239	<0.025
Funcionamiento Cognoscitivo: severo/ moderado/ leve/ normal/ normal alto	Independencia	42.32 63.64 65.84 61.31 60.00	F=4.119	<0.004
	Sociales	17.00 43.87 43.07 45.22	F=3.064	<0.019

Tabla No. 5.- Comparación entre los valores de las variables para las cuales existe significancia estadística en los niveles de Auto-eficacia para determinadas actividades de la vida diaria.

Para el caso de la primera medida adicional, la Depresión; se consideró como variable independiente la calificación obtenida en la escala de depresión, se agruparon los sujetos en dos grupos, con depresión y sin depresión; se establecieron comparaciones para las cinco categorías de actividades (como variables dependientes, el porcentaje de auto-eficacia para cada actividad). Se aplicaron cinco pruebas *t de Student* para muestras independientes. Se encontraron diferencias significativas entre los sujetos que calificaron con depresión y los que calificaron sin depresión (con depresión vs. sin depresión), en los niveles de auto-eficacia para actividades de protección a la salud ($t=2.434$, g.l.=122, $p<0.016$), para actividades recreativas activas ($t=3.784$, g.l.=122, $p<0.001$), para actividades recreativas pasivas ($t=2.469$, g.l.=122, $p<0.015$), y para actividades sociales ($t=2.793$, g.l.=122, $p<0.009$). Sin embargo para

actividades de independencia no hubo diferencias significativas en el nivel de auto-eficacia de los sujetos con depresión *vs.* sujetos sin depresión. Con lo cual, se observa que los sujetos depresivos se perciben menos auto-eficaces para realizar actividades de protección a la salud, recreativas activas, recreativas pasivas y sociales, en contraste con los sujetos sin depresión, siendo éstos más auto-eficaces para realizar las cuatro actividades mencionadas.

Para el Bienestar Subjetivo, se tomó como variable independiente las calificaciones obtenidas en la escala de bienestar y clasificadas en poco, medio y mucho bienestar. Se agruparon los sujetos en tres grupos, según el nivel de bienestar. Y como variables dependientes el porcentaje de auto-eficacia para las cinco categorías de actividades. Se aplicó un análisis de varianza de una vía (o un factor, *ANOVA one-way*), con una variable independiente con tres niveles. Se encontró que hubo diferencias significativamente estadísticas, en el porcentaje de auto-eficacia para las actividades recreativas activas ($F_{2,121}=6.216, p<0.003$); para las actividades recreativas pasivas ($F_{2,121}=6.162, p<0.003$); y para las actividades sociales ($F_{2,121}=3.399, p<0.037$). Por lo que se observa que los sujetos con poco bienestar son menos auto-eficaces para realizar actividades recreativas activas, pasivas y sociales, mientras que los sujetos que calificaron con mucho bienestar, son más auto-eficaces para realizar estas actividades.

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

Y finalmente, en cuanto al funcionamiento cognoscitivo, al considerar como variable independiente las calificaciones obtenidas por los sujetos en el *Neuropsi* clasificadas en cinco niveles de habilidades cognoscitivas: severo, moderado, leve, normal, y normal alto. Y como variables dependientes el porcentaje de auto-eficacia para las cinco categorías de actividades cotidianas. Se aplicaron cinco *ANOVAS one-way*, una para cada categoría. Se encontraron solo diferencias significativas, en los niveles de auto-eficacia para realizar actividades de independencia ($F_{4,118}=4.119, p<0.004$); y para realizar actividades sociales ($F_{2,121}=6.216, p<0.003$). Con lo cual se observa que los sujetos con severas habilidades cognoscitivas tienen menor nivel de auto-eficacia para realizar actividades de independencia y sociales; mientras que los

sujetos con habilidades cognitivas normales o normales altas, son más auto-eficaces para realizar estas actividades.

6.2 *Estudio II*

6.2.1 *Objetivos Particulares*

Aplicar el instrumento de expectativas de auto-eficacia a profesionales de la psicología, con práctica clínica con adultos mayores o con experiencia en instrumentos de evaluación dirigidos a población anciana, quienes fungieron como jueces expertos.

Examinar la confiabilidad, a través de la consistencia interna del instrumento de auto-eficacia para actividades cotidianas en ancianos, aplicado a jueces expertos.

Examinar la validez de contenido del instrumento de expectativas de auto-eficacia para realizar actividades de la vida diaria de los ancianos, mediante el método de intervalos aparentemente iguales, aplicado a jueces expertos en el trabajo con ancianos, para su validación.

Describir el comportamiento de la fuerza de la auto-eficacia de la población anciana para realizar cada una de las cinco categorías en que se clasificaron las actividades cotidianas, desde la percepción de los sujetos ancianos y de los jueces expertos.

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

6.2.2 *Sujetos*

Se seleccionaron 21 Psicólogos(as), por participación voluntaria, de manera selectiva e intencional; quienes contaban por lo menos con tres años de experiencia en el área de la psicología clínica y hubieran trabajado con pacientes adultos mayores; o bien, psicólogos que tuvieran el mismo tiempo de experiencia, en el diseño, aplicación y validación de instrumentos de evaluación, dirigidos a población anciana.

Los sujetos quienes fungieron como jueces expertos, fueron anónimos, se obtuvo su consentimiento informado (Véase Apéndice "E"), de acuerdo al Código

Ético de la Profesión, por su participación voluntaria, desinteresada y con fines exclusivamente estadísticos y de investigación.

En términos generales, los psicólogos tenían experiencia en el área de la psicología Clínica, y laboraban en una institución dedicada a la protección de los ancianos en México; o ejercían la práctica clínica en instituciones no gubernamentales, también dirigidas a población anciana; o en instituciones del sector salud, en donde atienden a población geriátrica por problemas de salud mental; o psicólogos que se dedican a la práctica clínica privada o son docentes de la Facultad de Psicología, de la UNAM, o de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala; o psicólogos que realizan investigación con sujetos ancianos, también de la Universidad Nacional Autónoma de México.

6.2.3 Procedimiento

La aplicación del instrumento de Expectativas de Auto-eficacia para Realizar Actividades de la Vida Diaria en Ancianos, Versión modificada para aplicarse a jueces (Apéndice "F") el cual se sometió a juicio por expertos, se realizó en una sola sesión de 30 minutos máximo; en la que estuvieron presentes: el sujeto que participó como juez, y dos observadores, uno que fungió como aplicador del instrumento, y otro como registrador de las respuestas del participante.

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

Las instrucciones que se les dieron a los psicólogos que fungieron como jueces expertos aparecen en el Apéndice "G".

El método que se siguió en la obtención del acuerdo inter-jueces para obtener la validez de contenido del instrumento de auto-eficacia fue el método de intervalos aparentemente iguales, aplicado a jueces expertos.

6.2.4 Resultados

Para examinar la confiabilidad del instrumento de auto-eficacia, aplicado a jueces expertos, se obtuvieron los coeficientes *Alpha de Cronbach*, con el fin de determinar el comportamiento del instrumento en su interior, es decir, en cuanto a la estructura interna. Con este tipo de confiabilidad se estableció el grado o nivel de consistencia interna de los reactivos que constituyeron el instrumento.

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

Asimismo se encontró que los resultados en términos de las propiedades psicométricas del instrumento de auto-eficacia, aplicado a jueces expertos, mediante el método de intervalos aparentemente iguales, fueron satisfactorios en cuanto a la validez de contenido. Debido a que, de los 84 reactivos propuestos en el instrumento de auto-eficacia para realizar actividades cotidianas, los jueces discreparon en la asignación de la auto-eficacia para sujetos ancianos, en 26 actividades: ocho actividades de Independencia, cuatro actividades Recreativas Pasivas, cinco Recreativas Activas, cinco actividades Sociales y cuatro actividades de Protección a la Salud. Encontrándose un acuerdo inter-jueces en 58 ítems, de un total de 84, lo que equivale al 69.05% de validez de contenido.

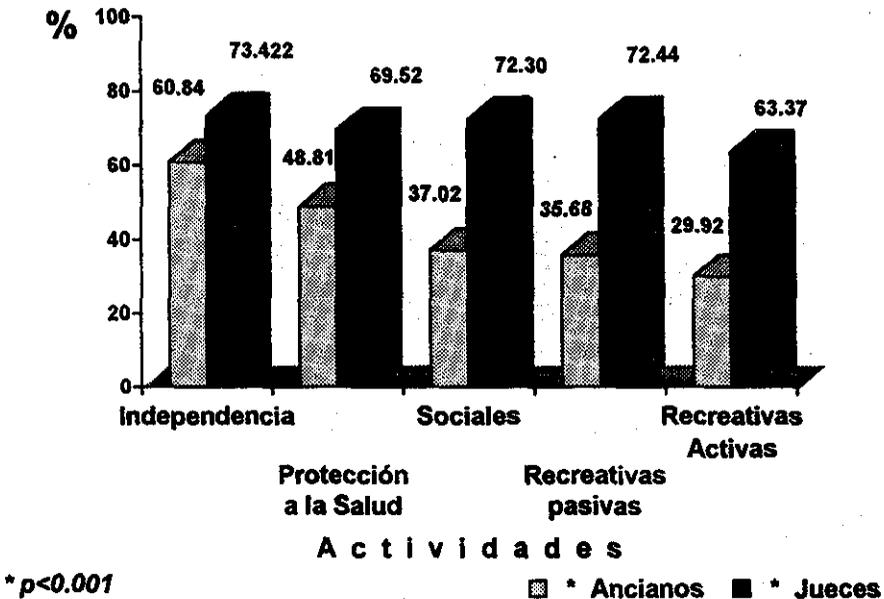
De tal suerte, se recomienda el empleo del instrumento de auto-eficacia, después de la validación de contenido, a través del juicio de expertos, mediante el método de intervalos aparentemente iguales, ya que muestra un acuerdo inter-jueces, casi del 70% en cuanto al contenido del instrumento; es decir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

Por último, en cuanto a la descripción del comportamiento de la auto-eficacia de la población anciana para realizar cada una de las cinco categorías en que se clasificaron las actividades cotidianas, desde la percepción de los sujetos ancianos y de los jueces expertos.

Como se aprecia en la Figura No. 1, el porcentaje de auto-eficacia para las cinco categorías de actividades cotidianas, valorado por los sujetos ancianos, es más alto para las actividades de Independencia (60.84%), seguido, por el porcentaje de auto-eficacia para las actividades de Protección a la Salud (48.81%); después para las actividades Sociales (37.02%); las actividades Recreativas Pasivas (35.68%); y por último para las actividades Recreativas Activas (29.92%). Por lo que para los sujetos ancianos, los aspectos más importantes, en los que se perciben con más fuerza, capaces de realizar las actividades de manera exitosa, son para las actividades de Independencia y las actividades de Protección a la Salud; mientras que se consideran los ancianos menos capaces para realizar actividades recreativas activas.

De igual forma, en la Figura No. 1, se muestran los porcentajes de auto-eficacia asignados a los ancianos para realizar actividades cotidianas, desde la percepción de los psicólogos que fungieron como jueces expertos. Donde se encuentra que el porcentaje más alto, fue para las actividades de Independencia (73.42%); después para las actividades Recreativas Pasivas (72.44%); le siguen las actividades Sociales (72.30%); las actividades de Protección a la Salud (69.52%), y finalmente las actividades Recreativas Activas (63.37%).

Figura No. 1. Porcentaje de Auto-eficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos, evaluada por los Ancianos y por Jueces Expertos (Psicólogos).



Al comparar los valores asignados por los ancianos y por los jueces, se observa, que tanto los sujetos ancianos como los jueces expertos, consideran que los ancianos tienen el porcentaje más alto de auto-eficacia para realizar actividades de independencia; y le asignan el porcentaje más bajo de auto-eficacia, a las actividades recreativas activas. Sin embargo en el orden de la fuerza de auto-eficacia es diferente para los sujetos ancianos, así como para los jueces. Donde para los ancianos, le dan mayor porcentaje de auto-eficacia para las actividades de protección a la salud, en el

segundo lugar de importancia, después de las actividades de independencia; en cambio desde la óptica de los jueces, perciben a los ancianos más capaces en actividades recreativas pasivas que de protección a la salud. En tercer lugar de importancia, tanto los sujetos ancianos como los jueces, consideran ser auto-eficaces para actividades sociales.

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

Los resultados muestran que para todas las categorías, actividades de independencia ($t=3.371$, $g.l.=143$, $p<0.001$), actividades recreativas pasivas ($t=9.093$, $g.l.=143$, $p<0.0001$), recreativas activas ($t=8.539$, $g.l.=143$, $p<0.0001$), sociales ($t=9.701$, $g.l.=143$, $p<0.0001$), y actividades de protección a la salud ($t=6.070$, $g.l.=143$, $p<0.0001$), hubo diferencias estadísticamente significativas, entre los valores de auto-eficacia asignados por los ancianos y los jueces. En donde se aprecia, que los jueces perciben mucho más capaces a los ancianos para realizar actividades cotidianas, que los mismos sujetos ancianos. Estos resultados, sugieren, que los jueces, psicólogos que tienen experiencia con el trabajo en ancianos, asignan a los ancianos mayor porcentaje de auto-eficacia, se traduce, que posiblemente si posean la capacidad los ancianos; capacidad que no se atribuyen ellos mismos. Por lo que es recomendable fortalecer la auto-eficacia en ancianos, con el fin de que realicen una reapreciación sobre sus capacidades.

6.3 *Estudio III*

6.3.1 *Objetivos Particulares*

Probar los efectos de intervención de un programa de promoción a la salud a una muestra de ancianos, sobre la medición de la calidad de vida, compuesta por las expectativas de auto-eficacia para realizar actividades de la vida diaria.

Evaluar experimentalmente los cambios del patrón de respuesta en las categorías conductuales de actividades cotidianas, definidas operacionalmente en actividades recreativas pasivas, actividades recreativas activas, actividades sociales y actividades de protección a la salud, registradas en una Hoja de Actividades Diaria, mediante una serie de tiempo.

Evaluar a través de un diseño pre-post-test, los efectos de la intervención sobre cuatro indicadores adicionales de la calidad de vida: bienestar subjetivo, calidad de vida relacionada a la salud percibida, depresión y funcionamiento cognoscitivo.

Evaluar los resultados de la intervención mediante criterios de significancia clínica, utilizando para ello la calidad de vida relacionada a la salud como medida de evaluación de resultados.

6.3.2 Sujetos

Se trabajaron con dos grupos de sujetos, que fungieron como grupo experimental ($n_1=27$), y grupo control ($n_2=25$); de 55 a 74 años de edad (Media=63.26, DE = 4.70). El 34.62% del sexo masculino y el 65.38% del sexo femenino. Adscritos a una clínica de salud del Estado de México. Todos pertenecientes a un nivel socioeconómico medio-bajo; con un promedio de escolaridad de casi cuatro años de estudios (Media=3.59, DE = 0.84), que corresponde a primaria incompleta. El estado civil correspondió a 3.8% solteros, 26.9% viudos o divorciados, y el 69.3% casados o con pareja.

6.3.3 Procedimiento

Se empleó un diseño mixto, con un grupo experimental y un grupo control. Mientras el grupo control estuvo en lista de espera, se les aplicaron los cinco instrumentos de medición, después se canalizó con otro grupo de trabajo de la misma institución, para participar en un curso de apoyo psicológico. El grupo experimental estuvo bajo un diseño de series temporales interrumpidas con intervenciones múltiples, donde los participantes completaron cinco instrumentos en un diseño pre-post-test con seguimiento a la semana, al mes y a los tres meses, de haber concluido la intervención. Durante el seguimiento no hubo intervención, sólo se tomaron las mediciones en las fechas pre-establecidas para observar si el comportamiento se mantenía con el paso del tiempo y sin intervención. Asimismo los sujetos llevaron un auto-registro en una hoja de actividades de la vida diaria (HAD) (Véase Apéndice "F"), durante 54 días, donde anotaban las actividades que realizaban para cada hora de su día, las cuales se clasificaron en cinco categorías: actividades de independencia, recreativas activas, recreativas pasivas, sociales y de protección a la salud.

El programa de Intervención contenía cuatro componentes: Autocuidado; Habilidades auto-regulatorias (sociales, asertividad y solución de problemas); Fortalecimiento de la auto-eficacia; y Apoyo social-familiar. En todo el entrenamiento se utilizaron estrategias cognoscitivo-conductuales; el cual tuvo una duración de ocho sesiones semanales de dos horas cada una. Las sesiones se trabajaron en grupo, las cuales se video-grabaron, en donde estaban presentes la investigadora y dos observadores previamente entrenados. Se llevaron dos sesiones para cada componente del programa de intervención. El entrenamiento consistió de información, modelamiento con situaciones simuladas, uso de pensamientos y contra-pensamientos, persuasión verbal, juego de roles, exposición de experiencias vicarias, auto-monitoreo, auto-reforzamiento, y selección de reforzadores de los tutores para aplicarlos a los participantes ancianos. El entrenamiento se proporcionó en forma de talleres, en sesiones grupales. En el Apéndice "I" se describen detalladamente los cuatro talleres que integraron los cuatro componentes del Programa de Promoción a la Salud. En todas las sesiones se dejaron tareas para realizar en casa, las cuales se revisaron semanalmente. Se dio entrenamiento en el llenado de la Hoja de Actividades de la Vida Diaria (HAD), se proporcionó retroalimentación, y se supervisó que se completara semanalmente, la cual se entregó en cada sesión.

6.3.4 Instrumentos

Los instrumentos que se aplicaron en un diseño pre-post-test, fueron para medir: Calidad de Vida (*WHOQoL-Bref*, Harper & Power, 1998, en su versión breve, traducida al Español-Mexicano por González-Celis y Sánchez-Sosa, 2001) (Véase Apéndice "J"); Bienestar Subjetivo (*Philadelphia Geriatric Center*, Lawton, 1975); Depresión (*Geriatric Depression Scale, GDS*, Yesavage, et al., 1983); Funcionamiento Neuropsicológico (*Neuropsi*, Ostrosky, et al., 1996); y Auto-eficacia para Realizar Actividades Cotidianas (*AzRAC*, González-Celis y Sánchez-Sosa, 2000; 2001).

En el Apéndice "K", se muestra el procedimiento para asignar los puntajes de los cuatro dominios y los puntajes totales de la Calidad de Vida.

6.3.5 Resultados

Los resultados se describen en términos de las calificaciones obtenidas con las cinco medidas: bienestar subjetivo, depresión, auto-eficacia y funcionamiento

neuropsicológico, para los grupos control y experimental, en donde se somete a prueba la diferencia entre ambos grupos.

Posteriormente se presenta una descripción de los resultados del grupo experimental. En primer lugar se establece una comparación entre los datos de las cinco medidas entre el pre-test y el post-test. Después se analizan los resultados de la auto-eficacia para realizar actividades cotidianas en el pre-post-test y se prueban las diferencias para evaluar el efecto de la intervención. Enseguida se muestra la ganancia obtenida en cada uno de los cuatro dominios de la calidad de vida, en el post-test después de la intervención.

Asimismo se someten a prueba las asociaciones posibles entre las cinco medidas: calidad de vida, bienestar subjetivo, auto-eficacia, depresión y funcionamiento neuropsicológico, en el grupo experimental en el post-test. Y se aplica un análisis factorial con los resultados de estas mediciones, para determinar los factores que agrupan a las variables. También se realiza un análisis factorial con las diferencias obtenidas entre el pre-post-test, para encontrar los factores que agrupan a las variables que tuvieron mayor efecto en términos de su ganancia.

A continuación se hace una comparación de los puntajes obtenidos en el pre y post-test de los cuatro dominios de la calidad de vida de los sujetos del grupo experimental, y se realiza un análisis en términos de la significancia clínica, al comparar las calificaciones de la calidad de vida, con los valores estándar presentados por el Grupo de la Organización Mundial de la Salud; se evalúa el cambio clínico a partir de las puntuaciones en el pre-test, post-test y seguimiento, y se compara al sujeto con menor, mayor y ganancia modal en los dominios de la calidad de vida.

Por último se hace una descripción del patrón de comportamiento de las actividades diarias de los sujetos en el grupo experimental, en donde se muestran cambios en el nivel y tendencia de las categorías en que se clasificaron las actividades cotidianas, como efecto de la introducción de cada uno de los cuatro componentes que integran el programa de intervención.

A continuación se presentan los resultados con mayor detalle.

Los valores promedio y de desviación estándar obtenidos para cada una de las cinco medidas en el grupo control y experimental se aprecian en la Tabla No. 6, así como las diferencias significativas encontradas mediante una prueba *t de Student* al comparar las mediciones entre los dos grupos. Las diferencias fueron significativas para las variables depresión, auto-eficacia, bienestar subjetivo y calidad de vida; mientras que para la variable funcionamiento neuropsicológico no hubo diferencias estadísticas.

	Grupo		t	p
	Control	Experimental		
Calidad de Vida	Media = 58.15 DE=9.24	Media = 61.785 DE=7.5314	-1.99	<0.05*
Bienestar Subjetivo	Media=13.28 DE=5.08	Media=18.1316 DE=4.7371	-2.52	<0.028*
Depresión	Media=3.55 DE=2.58	Media=2.2642 DE=2.3296	3.21	<0.005*
Funcionamiento Neuropsicológico	Media=105.23 DE=12.64	Media=102.6412 DE=10.7639	0.915	>0.850
Auto-Eficacia	Media=58.15 DE=16.22	Media=68.702 DE=17.8322	-2.58	<0.022*

Tabla No. 6.- Comparación entre el Grupo Control y Experimental, de las cinco medidas y valores *t* de Student.

* Diferencias Significativas.

Los valores promedio y de desviación estándar obtenidos en el grupo experimental, para cada una de las cinco medidas en el pre-test y en el post-test, así como la ganancia resultado de la intervención, medida en términos de la diferencia entre las mediciones pre-post-test, sometida a prueba a través del estadístico *t* de Student para muestras relacionadas, se muestra en la Tabla No. 7. Se observa diferencia significancia estadística para las variables calidad de vida, bienestar subjetivo, depresión y auto-eficacia, no así para el funcionamiento neuropsicológico. Con lo cual se aprecia una importante ganancia obtenida en estas cuatro medidas, como efecto de la intervención. Aumento en los valores de la calidad de vida, mayor bienestar subjetivo, mayor auto-eficacia, y una disminución en las calificaciones de depresión. No hubo cambios para el funcionamiento cognoscitivo, lo cual habla de que se mantuvo constante.

	Pre-Test	Post-Test	Ganancia	t	p
Calidad de Vida	Media = 54.76 DE=11.2415	Media = 61.785 DE=7.5314	+7.025	-2.434	<0.0170*
Bienestar Subjetivo	Media=13.9737 DE=6.1293	Media=18.1316 DE=4.7371	+4.1579	-2.437	<0.0168*
Depresión	Media=3.58 DE=3.36	Media=2.2642 DE=2.3296	-1.3168	3.088	<0.006*
Funcionamiento Neuropsicológico	Media=102.676 DE=7.659	Media=102.6412 DE=10.7639	-0.0348	0.013	>0.990
Auto-Eficacia	Media=63.14 DE=15.3840	Media=68.702 DE=17.8322	+5.562	-1.978	<0.047*

Tabla No. 7.- Comparación en el Pre-Post-Test de las cinco medidas y valores *t* de Student.

* Diferencias Significativas.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Por otro lado se probaron las diferencias, en el pre-post-test para cada una de las cinco categorías de auto-eficacia para realizar actividades cotidianas (Ver Tabla No. 8), en donde se observó mayor ganancia y una diferencia significativa estadística para las actividades de protección a la salud, enseguida para las actividades recreativas pasivas y para las actividades de independencia, mientras la diferencia fue no significativa para las actividades recreativas activas y actividades sociales, aunque si se observa una ganancia entre el pre y post-test. Esto es, los participantes se percibieron más auto-eficaces después de la intervención para proteger su salud, y para realizar actividades recreativas pasivas y de independencia. Con lo que, el efecto más sobresaliente de la intervención sobre la auto-eficacia de los sujetos fue sobre el cuidado de su salud.

Auto-eficacia para realizar actividades de:	Pre-test	Post-test	Ganancia	Significancia <i>p</i>
Protección a la salud	63.00	70.00	+7.00	<0.020*
Recreativas pasivas	60.03	66.43	+6.40	<0.033*
Independencia	76.39	82.77	+6.38	<0.038*
Recreativas activas	52.67	57.15	+4.48	>0.089
Sociales	63.61	67.16	+3.55	>0.123

Tabla No. 8.- Comparación en el Pre-Post-Test de las cinco categorías de la Auto-eficacia para Realizar Actividades Cotidianas.

*Diferencias Significativas.

En cuanto a las mediciones de calidad de vida, el patrón que se encontró en los cuatro dominios que integran la calidad de vida (Ver Tabla No. 9), al probar las diferencias en el pre-post-test, la mayor ganancia en la calidad de vida aumentó significativamente para el dominio de relaciones sociales, le siguió el dominio de salud psicológica y después para el dominio de salud física, no hubo cambio estadístico significativo para el dominio de medio ambiente, aunque si hubo ganancia en el post-test.

Dominios de calidad de vida	Pre-test	Post-test	Ganancia	Significancia <i>p</i>
Relaciones sociales	43.60	55.90	+12.30	<0.001*
Salud psicológica	62.45	68.95	+6.50	<0.028*
Salud física	59.41	65.00	+5.59	<0.047*
Medio ambiente	53.58	57.28	+3.71	>0.098

Tabla No. 9.- Comparación en el Pre-Post-Test de los cuatro dominios de la calidad de vida.

*Diferencias Significativas.

Posteriormente al probar la asociación en el grupo experimental entre las cinco medidas en el post-test (Tabla No. 10), se encontró que la calidad de vida se asoció positivamente con el bienestar subjetivo y con la auto-eficacia, y de forma negativa con depresión, asimismo el bienestar subjetivo se asoció de manera positiva con el funcionamiento neuropsicológico, y negativa con depresión, mientras el funcionamiento neuropsicológico se asoció negativamente con depresión.

	Calidad de vida	Bienestar subjetivo	Depresión	Funcionamiento cognoscitivo
Bienestar subjetivo	0.621 .005*			
Depresión	-0.570 .011*	-0.463 .035*		
Funcionamiento cognoscitivo	0.229 .197	0.472 .032*	-.728 .001*	
Auto-eficacia	0.444 .043*	0.318 .115	.021 .469	0.175 .258

Tabla No. 10.- Coeficientes de correlación "r" de Pearson, entre las cinco medidas en el post-test en el grupo experimental. *Asociaciones Significativas.

Al realizar un análisis factorial para probar cuáles variables se agruparon en factores con los resultados de las cinco medidas en el post-test del grupo experimental (Tabla No. 11), se encontraron dos factores, el Factor 1 explicó el 53.411% de la varianza, que incluyó a la depresión que se asoció de manera negativa y el funcionamiento neuropsicológico con un valor positivo. El Factor 2 explicó el 23.282% de la varianza y los componentes que lo integraron fueron la auto-eficacia, la calidad de vida y el bienestar subjetivo.

VARIABLES	FACTOR	
	1	2
Depresión	-.939	
Funcionamiento Cognoscitivo	.853	
Auto-eficacia		.880
Calidad de Vida		.746
Bienestar Subjetivo		.600
% de Varianza Explicada	53.411	23.282
% de Varianza Acumulada	53.411	76.693

Tabla No. 11.- Análisis Factorial con dos Factores, obtenidos de la Matriz Factorial Rotada, por el Método de Componentes Principales, con Rotación Varimax. La rotación convergió en 3 iteraciones. Resultados de las mediciones de depresión, funcionamiento cognoscitivo, auto-eficacia, calidad de vida y bienestar subjetivo.

También se realizó un análisis factorial con la ganancia obtenida en el pre-post-test con las cinco medidas (Tabla No. 12), y se encontró que los dos factores que explicaron la varianza fueron el Factor 1 con el 50.105% que contiene a las variables depresión, auto-eficacia y calidad de vida; y el Factor 2 con el 24.549% de varianza explicada, que integra a las variables funcionamiento neuropsicológico y bienestar subjetivo. Lo cual muestra evidencia que la intervención tuvo mayor efecto en términos de la ganancia obtenida en el pre-post-test para las variables depresión, auto-eficacia y calidad de vida.

VARIABLES	FACTOR	
	1	2
Depresión	-.846	
Auto-eficacia	.829	
Calidad de Vida	.799	
Funcionamiento Cognoscitivo		.920
Bienestar Subjetivo		.761
% de Varianza Explicada	50.105	24.549
% de Varianza Acumulada	50.105	74.654

Tabla No. 12.- Análisis Factorial con dos Factores, obtenidos de la Matriz Factorial Rotada, por el Método de Componentes Principales, con Rotación Varimax. La rotación convergió en 3 iteraciones. Resultados de la ganancia entre el pre-post-test de las cinco medidas.

Ahora bien, al comparar los resultados obtenidos en el pre-post-test con los puntajes estándar (Tabla No. 13) de los 15 centros del Grupo de Trabajo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (Power, Bullinger & Harper, 1999; WHOQOL-Group, 1996; 1997; 1998), se observa que los puntajes promedio en los cuatro dominios en el pre-test se encontraban muy por debajo del estándar de los 15 centros, estas diferencias se reducen después de la intervención en el post-test.

Asimismo, si se comparan los puntajes más altos (rango superior) para cada dominio de la calidad de vida, en el pre-test se observa que los valores están por debajo o en el límite inferior del estándar de los 15 centros de la OMS, y en el post-test, los puntajes se encuentran muy por arriba del estándar de la OMS, siendo la diferencia positiva más alta para el dominio de salud psicológica, enseguida para el dominio de salud física, posteriormente para el dominio de relaciones sociales y por último el dominio de medio ambiente.

	PRE-TEST	POST-TEST
SALUD FÍSICA		(68-5-71.25)*
Promedio	59.41	65.00
Rango superior	63	81
Rango inferior	38	44
PSICOLÓGICA		(68.95-69.4)*
Promedio	62.45	68.95
Rango superior	69	88
Rango inferior	31	56
RELACIONES SOCIALES		(71-71.75)*
Promedio	43.60	55.90
Rango superior	56	81
Rango inferior	31	44
MEDIO AMBIENTE		(67.25-68.5)*
Promedio	53.58	57.29
Rango superior	69	75
Rango inferior	38	44

Tabla No. 13.- Puntajes en el Dominio de Calidad de Vida. Promedio, puntajes más altos (Rango superior) y más bajos (Rango inferior).

* Estándar en 15 centros a nivel mundial del Grupo de Trabajo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud.

En cuanto a la calidad de vida en el post-test se observa que los valores más altos fueron para el dominio de salud psicológica, seguido del de salud física, relaciones sociales y los valores más bajos para el dominio de medio ambiente. Así al comparar los puntajes obtenidos en el post-test con los resultados presentados por la Organización Mundial de la Salud (Figura No.2), el valor promedio que se encuentra dentro del estándar de los 15 centros de la OMS, es el correspondiente al dominio de salud psicológica y muy cercanamente el dominio de salud física.

Figura No. 2. Calidad de Vida en Adultos Mayores en el Pre-Post-test. Comparación con los valores estándar en los 15 Centros de la OMS.

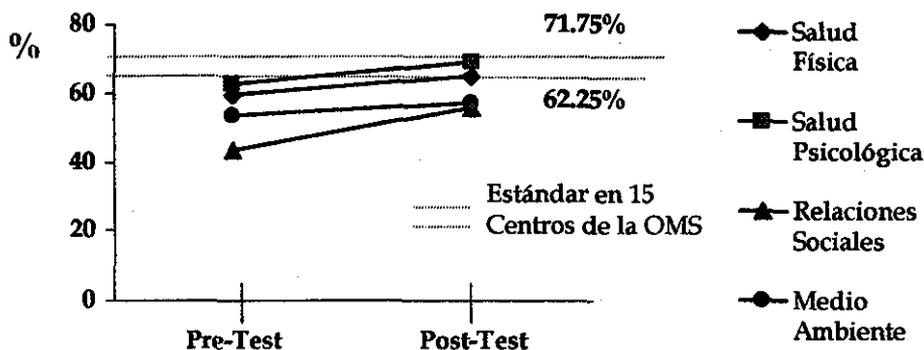
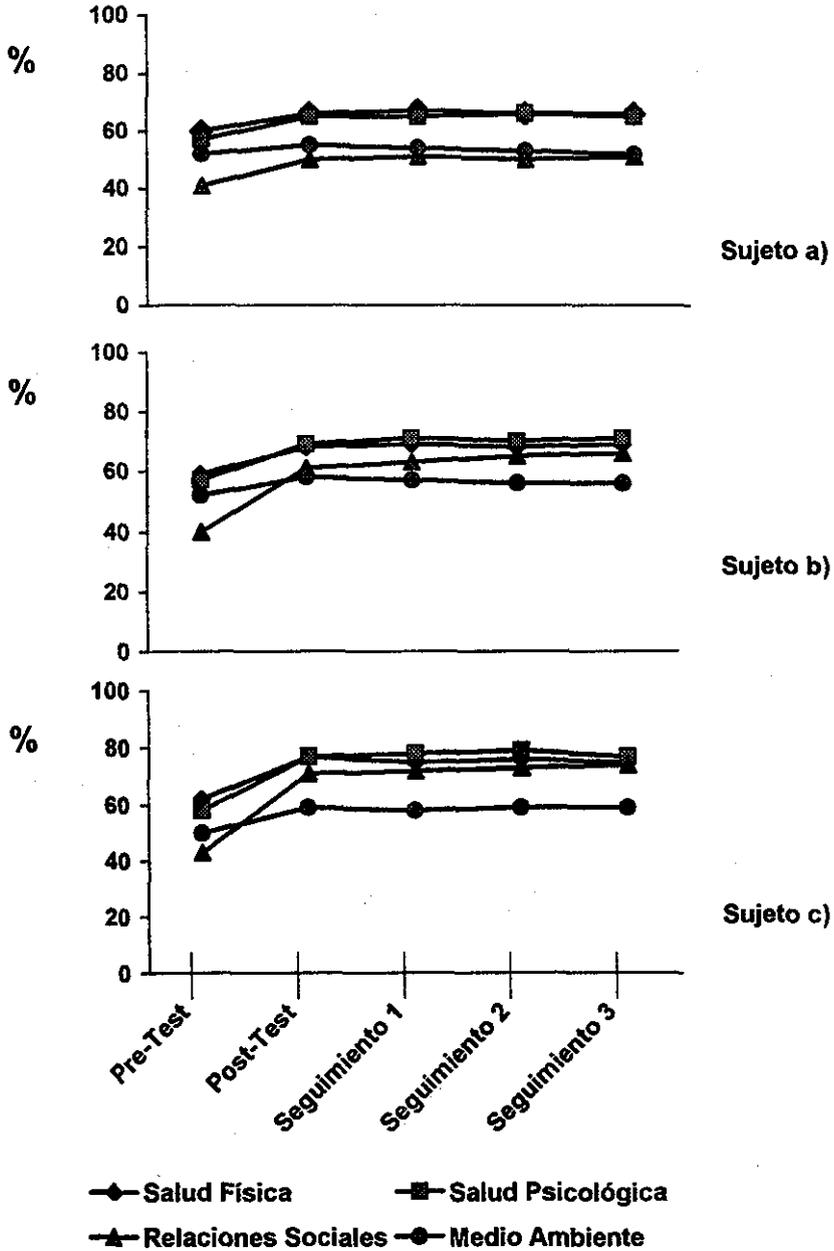


Figura No. 3. Ganancia en la Calidad de Vida en Adultos Mayores en el Pre-Post-Test y Seguimiento a la semana, al mes y a los tres meses. a) Sujeto con menor ganancia, b) Sujeto con ganancia modal, c) Sujeto con mayor ganancia.



Sin embargo, al comparar los valores de los cuatro dominios de la calidad de vida en el pre-post-test y en el seguimiento a la semana, al mes y a los tres meses (Véase Figura No. 3), se aprecia que la mayor ganancia, observada en la pendiente positiva más inclinada, fue para el dominio de las relaciones sociales, seguido por el dominio de salud física y salud psicológica, mientras el dominio, en donde hubo menor cambio fue el de medio ambiente. Obsérvese también la diferencia entre el sujeto que tuvo menor ganancia, el de mayor ganancia y el sujeto con una ganancia modal, exhiben todos un cambio de nivel y una tendencia positiva en el pre-post-test.

Los cambios de nivel y tendencia para cada una de las categorías de actividades, exhibidos al introducir los distintos componentes del programa de intervención, se aprecian en la Figura No. 4. Donde se observa el caso de un sujeto al que la mayoría de los participantes del grupo experimental siguieron semejante comportamiento.

Figura No. 4. Porcentaje de las Actividades de la Vida Diaria en Adultos Mayores.

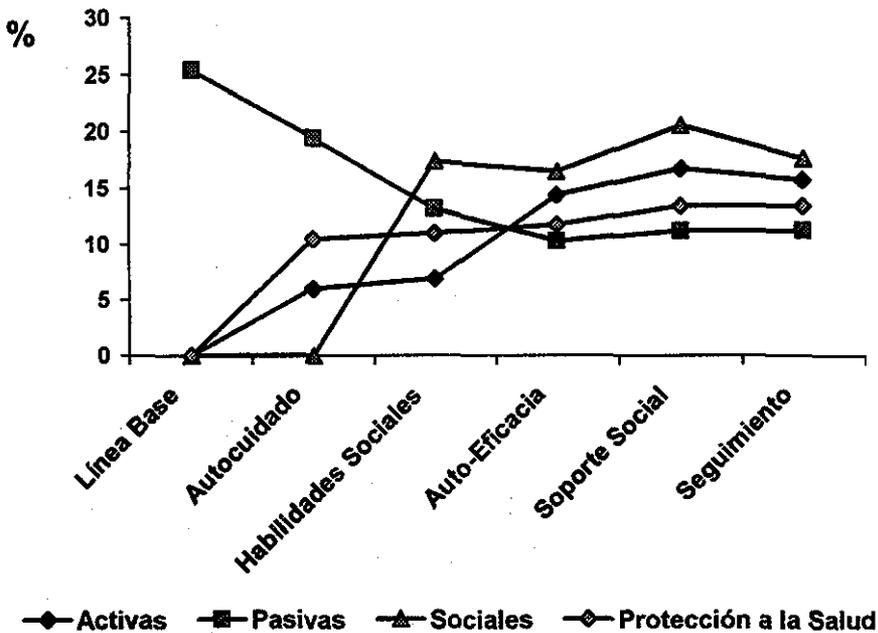
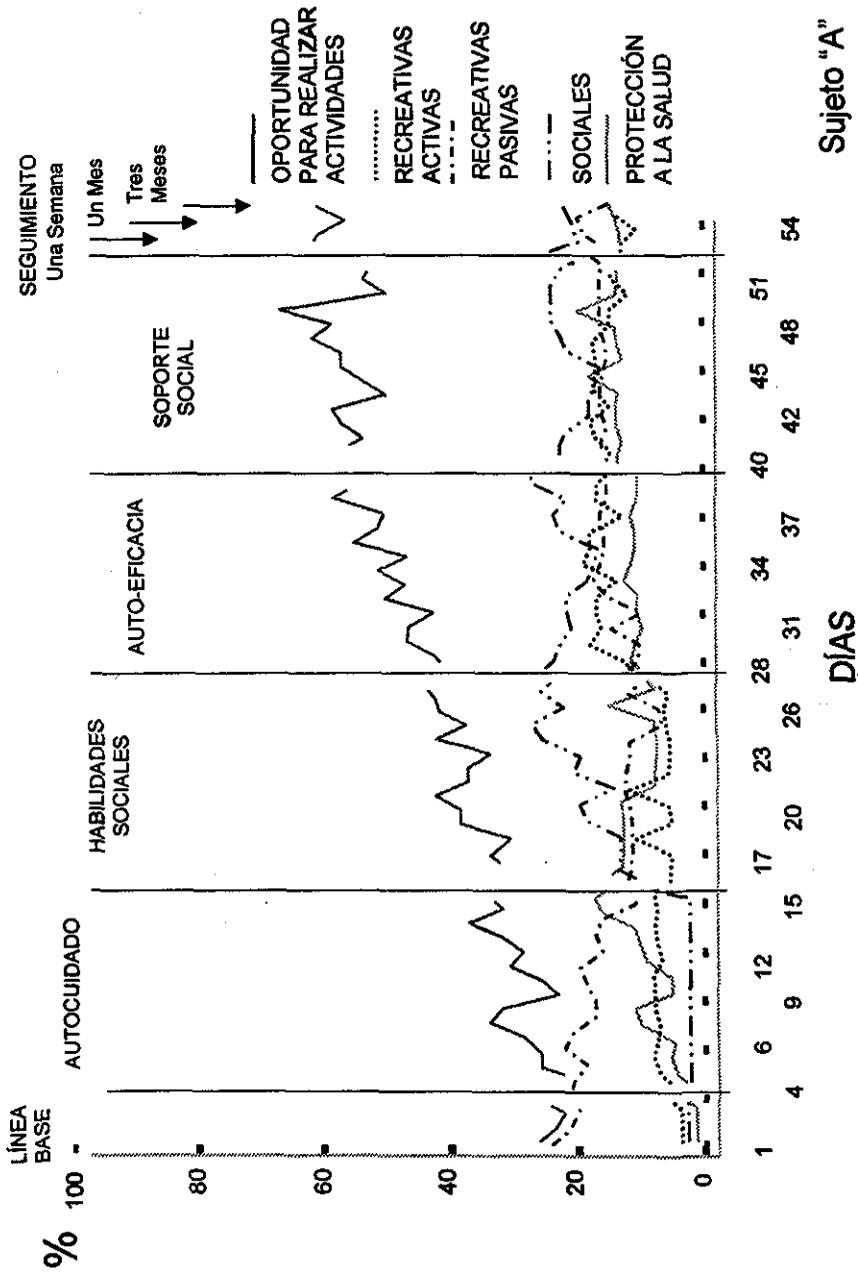


Figura No. 5. Patrón de Comportamiento de las Actividades de la Vida Diaria en Adultos Mayores.



En la línea base, la categoría de actividades pasivas, ocupa el mayor porcentaje (25%), mientras las categorías de actividades activas, sociales y de protección a la salud tienen cero porcentaje. Cuando aparece el primer componente de la intervención, consistente de un taller de "Autocuidado de la Salud", se observa que las actividades sociales permanecen en cero, sin embargo las actividades pasivas disminuyen al 20%, dando lugar a que aparezcan actividades de protección a la salud (10%) y activas (5%). Durante el segundo componente del programa "Entrenamiento en Habilidades Sociales", se aprecia un cambio abrupto en el nivel para las actividades sociales (18%), continúa una tendencia negativa de las actividades pasivas (13%), y un ligero aumento positivo de las actividades de protección a la salud (11%) y activas (6%). En el tercer componente del programa "Fortalecimiento de la Autoeficacia", se muestra igual tendencia negativa para las actividades pasivas (10%), dando lugar a que se incrementen de manera positiva en un brusco cambio de nivel las actividades activas (15%), sosteniéndose una tendencia positiva menor las actividades de protección a la salud (12%), y un reajuste del porcentaje de las actividades sociales (17%). En el cuarto y último componente del programa de intervención: "Soporte Social", se distingue que las actividades sociales, nuevamente incrementan su porcentaje (21%), al igual que el resto de las categorías de actividades, activas (17%), de protección a la salud (13%) y pasivas (11%). En el Seguimiento, se observa que se mantiene la distribución de actividades, el porcentaje más alto fue para las actividades sociales (19%), seguido por las activas (16%), de protección a la salud (13%) y pasivas (11%).

Respecto al patrón de comportamiento que siguió cada una de las categorías conductuales en que se clasificaron las actividades cotidianas, durante la serie de tiempo interrumpida con tratamientos alternados y seguimiento, se muestra en la Figura No. 5, donde se observan los cambios de nivel y tendencia producidos por los efectos de la intervención, al introducir cada uno de los componentes del programa, así como el establecimiento de dicho comportamiento a lo largo del tiempo, el cual se mantiene estable en el seguimiento, una vez que se concluye la intervención. A continuación se discute la relevancia de los resultados encontrados en el trabajo de tesis a la luz de los hallazgos documentados por otros autores.

CAPÍTULO 7.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el trabajo cumplen satisfactoriamente los propósitos del mismo. En cuanto a las propiedades psicométricas de los instrumentos que se emplearon. La literatura (Gómez P-M & Reidl, 1997; Reidl, s/f) recomienda

En la línea base, la categoría de actividades pasivas, ocupa el mayor porcentaje (25%), mientras las categorías de actividades activas, sociales y de protección a la salud tienen cero porcentaje. Cuando aparece el primer componente de la intervención, consistente de un taller de "Autocuidado de la Salud", se observa que las actividades sociales permanecen en cero, sin embargo las actividades pasivas disminuyen al 20%, dando lugar a que aparezcan actividades de protección a la salud (10%) y activas (5%). Durante el segundo componente del programa "Entrenamiento en Habilidades Sociales", se aprecia un cambio abrupto en el nivel para las actividades sociales (18%), continúa una tendencia negativa de las actividades pasivas (13%), y un ligero aumento positivo de las actividades de protección a la salud (11%) y activas (6%). En el tercer componente del programa "Fortalecimiento de la Autoeficacia", se muestra igual tendencia negativa para las actividades pasivas (10%), dando lugar a que se incrementen de manera positiva en un brusco cambio de nivel las actividades activas (15%), sosteniéndose una tendencia positiva menor las actividades de protección a la salud (12%), y un reajuste del porcentaje de las actividades sociales (17%). En el cuarto y último componente del programa de intervención: "Soporte Social", se distingue que las actividades sociales, nuevamente incrementan su porcentaje (21%), al igual que el resto de las categorías de actividades, activas (17%), de protección a la salud (13%) y pasivas (11%). En el Seguimiento, se observa que se mantiene la distribución de actividades, el porcentaje más alto fue para las actividades sociales (19%), seguido por las activas (16%), de protección a la salud (13%) y pasivas (11%).

Respecto al patrón de comportamiento que siguió cada una de las categorías conductuales en que se clasificaron las actividades cotidianas, durante la serie de tiempo interrumpida con tratamientos alternados y seguimiento, se muestra en la Figura No. 5, donde se observan los cambios de nivel y tendencia producidos por los efectos de la intervención, al introducir cada uno de los componentes del programa, así como el establecimiento de dicho comportamiento a lo largo del tiempo, el cual se mantiene estable en el seguimiento, una vez que se concluye la intervención. A continuación se discute la relevancia de los resultados encontrados en el trabajo de tesis a la luz de los hallazgos documentados por otros autores.

CAPÍTULO 7.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el trabajo cumplen satisfactoriamente los propósitos del mismo. En cuanto a las propiedades psicométricas de los instrumentos que se emplearon. La literatura (Gómez P-M & Reidl, 1997; Reidl, s/f) recomienda

que todo instrumento debe poseer razonables criterios de confiabilidad y validez, por ello en el Estudio I, se examinaron las propiedades psicométricas de los instrumentos de medida. Primero se determinó la estabilidad temporal de los instrumentos, para lo cual se aplicó un coeficiente de correlación entre las dos aplicaciones test-retest de cada instrumento. Encontrando que las correlaciones fueron significativas ($p < 0.01$), lo cual da mayor validez al evaluar los cambios significativos clínicos y estadísticos encontrados después de la intervención (Galán, Pedroza, Martínez, Oropeza & Ayala-Velázquez, 2002; Kazdin, 1999; Kendall, 1999; Kendall, Marrs-García, Nath & Sheldrick, 1999).

Además se registró la presencia de eventos significativos entre la primera y la segunda aplicación de los instrumentos, en donde transcurrieron en promedio cuatro semanas. Se encontraron que los eventos más significativos documentados en la literatura (Guttman, 1978; Holahan, C. K. & Holahan, C. J., 1987a; Horgas, Wilms & Balthes, M. M., 1998) fueron los asociados a una mejoría o desaparición de una enfermedad que ya tenían los sujetos, o a la recuperación de la salud, según el reporte de los ancianos, quienes se encontraban bajo tratamiento médico, ya que asistían a una clínica de salud.

También se determinó la confiabilidad del tipo de consistencia interna inter-activos, mediante el coeficiente *Alpha de Cronbach*, encontrando que todos los instrumentos tuvieron coeficientes significativamente altos. En cuanto a la validez, se probó si los puntajes obtenidos con el instrumento se comportan como dice la teoría de donde procede y si se relacionan con aquellas variables con las que debería. Con lo cual se calcularon distintos coeficientes de correlación entre las puntuaciones de auto-eficacia y la percepción de salud, el bienestar subjetivo, la depresión, y el funcionamiento neuropsicológico. Siendo todas las correlaciones estadísticamente significativas ($p < 0.01$). Por lo que se da sustento que el instrumento de auto-eficacia puede ser empleado como un medio de poner a prueba la existencia de relaciones entre variables; como aquellas referidas por otros autores: Auto-eficacia y salud (Grembowski et al., 1993; Rodin, 1986); auto-eficacia, soporte social y depresión (Holahan, C. K. & Holahan, C. J., 1987b); y auto-eficacia y actividades ocupacionales (Sterrett, 1998).

Por último se examinó la validez de constructo del instrumento mediante el análisis factorial. Dicho análisis se aplicó a las cinco categorías de actividades, que contenía 84 reactivos. Encontrando cinco factores que mejor definen a cada actividad cotidiana en la medición de la auto-eficacia. El Factor 1, para las Actividades de Independencia, (*actividades domésticas*), el Factor 2, para las Actividades Recreativas Activas (*actividades de ejercicio físico*), el Factor 3, correspondió para las Actividades Sociales (*actividades de interacción social*), el Factor 4, agrupó a las Actividades Recreativas Pasivas, (*actividades de entretenimiento*) y el Factor 5 correspondió para las Actividades de Protección a la Salud, (*actividades de cuidados médicos*).

De donde, se extraen las actividades que mejor explican la variabilidad; se menciona la vida independiente, el ejercicio físico, la red de apoyo social, la actividad mental y ocupacional y los cuidados médicos; las cuales aparecen documentadas en la literatura (Bosscher & Smit, 1998).

Asimismo, las variables: edad, nivel de depresión, bienestar subjetivo, estado de salud percibido y nivel de habilidades cognitivas, son variables que están asociadas con el nivel de auto-eficacia para realizar diferentes actividades cotidianas, no así el sexo, en la muestra que participaron de adultos mayores de 55 a 74 años de edad adscritos a una clínica de salud en el estado de México.

Además se observa que la percepción de la salud y el bienestar subjetivo, de los adultos mayores, están matizadas más bien por el nivel de deterioro sensorial, visual o auditivo que tienen los sujetos, más que por la presencia de otras enfermedades (Bottorff, Johnson, Ratner & Hayduk, 1996; Johnson y Wolinsky, 1993; Linn, M. W. & Linn, B. S., 1984).

Por lo tanto, se encontró que la auto-eficacia en adultos mayores para realizar exitosamente actividades de la vida diaria, es una variable predictora de otras medidas asociadas con la calidad de vida, como lo son, el bienestar subjetivo, el estado de salud percibido, el nivel de depresión y el nivel de funcionamiento cognoscitivo.

Asimismo, los resultados del segundo estudio revelaron sólidas propiedades psicométricas del instrumento de auto-eficacia para realizar actividades cotidianas en ancianos; por un lado consistencia interna mediante un análisis de confiabilidad, que mostró valores altos (por arriba del 76.91%) de coeficientes *Alphas de Cronbach* para todas las categorías del instrumento.

Así como, el análisis de contenido del instrumento fue validado a través del método de intervalos aparentemente iguales; aplicado el instrumento de auto-eficacia a jueces expertos, quienes evaluaron los reactivos, asignando el porcentaje de auto-eficacia que ellos juzgaron pueden ser capaces los ancianos de realizar con éxito las actividades cotidianas. El acuerdo inter-jueces fue del 69.05% en el contenido de los reactivos que constituyen el instrumento de auto-eficacia.

Asimismo, la evaluación de la auto-eficacia para los ancianos y para los jueces (psicólogos), es más importante para las actividades de independencia; mientras que es la menos importante para las actividades recreativas activas. De tal suerte que tanto ancianos como psicólogos, le atribuyen mayor capacidad a los ancianos para realizar actividades de independencia; y menor capacidad a los ancianos para realizar actividades recreativas activas.

Igualmente, se encontraron diferencias significativamente estadísticas en la percepción de la auto-eficacia de los ancianos, evaluada desde la óptica de los sujetos ancianos y de jueces (psicólogos) con experiencia en el trabajo con ancianos. Los jueces percibieron más auto-eficaces a los ancianos para realizar con éxito, en todas las categorías de actividades cotidianas.

Una posible respuesta a esta diferencia entre los psicólogos y los ancianos, puede deberse a que la apreciación que tienen los ancianos sobre sus capacidades, está estigmatizada por el rol que juegan los ancianos en la sociedad. Ya que la capacidad que perciben tener los ancianos es pobre, no por que en realidad no tengan dicha capacidad, ya que según los psicólogos que tienen experiencia en el trabajo con ancianos; estos sujetos si tienen la capacidad para realizar exitosamente las actividades, sin embargo, los ancianos se perciben menos auto-eficaces.

De ahí que la literatura (Baltes, P. B., 1977) fundamente programas de intervención, donde los sujetos ancianos, lleven a cabo una re-apreciación sobre sus capacidades, optimizando sus recursos, y realicen una mejor apreciación en cuanto a su nivel de competencia para desarrollar con éxito las distintas actividades cotidianas.

A la luz de estos resultados, en el tercer estudio se propuso fortalecer la auto-eficacia en ancianos, a través de un programa de intervención. Donde los ancianos elaboraran a nivel cognoscitivo una re-apreciación o una mejor apreciación de sus capacidades, que se percibieran más competentes para realizar las actividades cotidianas. Y que se incrementara su participación en todas las actividades. Ya que se tiene documentado (Conn, 1998; Estabrooks & Carron, 1998; Horgas, Wilms & Baltes, M. M., 1998) que niveles altos de auto-eficacia y niveles altos de actividad física, mental, ocupacional, y social, muestran mejor funcionamiento psicológico, mejor bienestar subjetivo y mejor calidad de vida en ancianos.

De tal suerte que los resultados del estudio III muestran evidencia de los efectos de intervención del programa, diferencias estadísticas significativas pre-post-test de las medidas de calidad de vida, bienestar subjetivo, depresión y auto-eficacia, sin embargo no hubo cambio en el nivel de funcionamiento neuropsicológico, antes y después de la intervención, resultados que apoyan evidencias anteriores (Chappell & Segal, 1989; Lu, 1995; Newsom & Schulz, 1996; Zautra & Hempel, 1984).

Asimismo al comparar las diferencias estadísticas en el pre-post-test para cada una de las cinco categorías de auto-eficacia para realizar actividades se observó el mayor cambio para las actividades de protección a la salud, de ahí la importancia de éstas, las cuales son las más frecuentemente documentadas en poblaciones de adultos mayores (Grembowski et al., 1993); también se encontró una mejor percepción, mucho más positiva con un nivel más alto después de la intervención, en la

percepción de auto-eficacia para realizar actividades de independencia; los resultados aquí encontrados confirman los hallazgos anteriores (Horgas, Wilms & Baltes, M. M., 1998; Ozer & Bandura, 1990; Reich, Zautra & Hill, 1987; Verdugo & Gutiérrez-Bermejo, 1999), donde la promoción de la autonomía para realizar una vida independiente es uno de los factores más importantes en la calidad de vida de los ancianos.

Además se observó que el mayor cambio en la calidad de vida, como efecto de la intervención, correspondió al dominio de relaciones sociales, lo cual está ampliamente documentado en la literatura especializada (Blazer, 1982; Bosse, Aldwin, Levenson & Ekerdt, 1990; Chipperfield & Havens, 1991; Depner & Ingersoll, 1988; Holahan, C. K. & Holahan, C. J., 1987b; Newsom & Schulz, 1996; O'Bryant, 1987), que afirma cómo el soporte social juega un papel importante en la vida de los adultos mayores, para el mantenimiento y fortalecimiento de su auto-eficacia, su bienestar subjetivo, disminuir la depresión, la percepción positiva de su salud y mejorar su calidad de vida.

Sin embargo cabe señalar que al comparar los resultados encontrados en el Estudio III con los datos normativos presentados por el Grupo de Trabajo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (Power, Bullinger & Harper, 1999; WHOQOL-Group, 1996; 1997; 1998), se observa que en el dominio de relaciones sociales, si bien fue el que mayor cambio existió antes y después de la intervención, el nivel de calidad de vida en este dominio se encuentra por debajo del estándar del Grupo de la OMS. Por lo que una probable explicación a este fenómeno se sustenta en las diferencias culturales observadas, en donde para el caso de la cultura mexicana, el anciano se encuentra en una situación de aislamiento, con pocas o escasas relaciones sociales (Blanco, Rivera, López & Rueda, 1995; Díaz-Guerrero, 1986).

Asimismo en todos los dominios de la calidad de vida, salud física, relaciones sociales y medio ambiente, los valores obtenidos en el presente estudio, estuvieron por debajo del estándar de la OMS, excepto para el dominio de salud psicológica. Aún así, los cambios exhibidos en la calidad de vida en los cuatro dominios, son positivos en cuanto a la ganancia observada, por lo que se destaca la importancia de una evaluación clínica, donde se toma en cuenta la valoración que el sujeto hace de su propia percepción de su calidad de vida a través del instrumento de medición propuesto por el grupo de la OMS (Harper & Power, 1998). De tal suerte, estos resultados aportan información valiosa y corroboran las propuestas contempladas por otros autores (Galán et al., 2002; Kazdin, 1999; Kendall, 1999; Kendall et al., 1999) sobre el empleo de la significancia clínica como herramienta adicional para evaluar los efectos de una intervención.

Por último se discute la evaluación de la intervención mediante el análisis de una serie de tiempo interrumpida con tratamientos alternados, donde se observa el

diseño de investigación de un solo sujeto como su propio control, el cual se empleó como una propuesta de alternativa de evaluación, la cual está fuertemente documentada y validada por diferentes autores dentro de la investigación psicológica y en ambientes clínicos y de salud (Hayes, 1981; Kazdin, 1976; Meyer, Finn, Eyde, Kay, Moreland, Dies, Eisman, Kubiszyn & Reed, 2001; Morgan, D. L. & Morgan, R. K., 2001).

Respecto al patrón de comportamiento que siguió cada una de las categorías conductuales en que se clasificaron las actividades cotidianas, durante la serie de tiempo, se presentan cambios en el nivel y tendencia cuando se introducen los distintos componentes del programa de intervención; de tal suerte que así como lo señala Kazdin (1999), el cambio clínico significativo se observa cuando la intervención produce una diferencia mensurable en la vida diaria de los participantes.

Se encontró una tendencia negativa en la participación de actividades pasivas, conforme se introducían los componentes del programa; al mismo tiempo que aumentaba el porcentaje en actividades activas, de protección a la salud y de relaciones sociales. A lo largo de la serie de tiempo se observaron efectos de acarreamiento (Kazdin, 1976) para cada componente, ya que se sumaron los efectos, así se observa al final del programa un patrón de comportamiento sumativo de los efectos de la intervención. En el seguimiento se observa que se mantuvo la distribución de actividades, donde el porcentaje más alto fue para las actividades sociales, seguido por las activas, de protección a la salud y pasivas.

La relevancia de la participación en las actividades cotidianas de las personas mayores, es que éstas representan una expresión de envejecimiento exitoso, ya que como refiere la literatura (Fiorgas, Wilms & Baltes, M. M., 1998; Reich, Zautra & Hill, 1987), los ancianos que tienen mayor involucramiento de actividades muestran mejor funcionamiento psicológico y mejor calidad de vida.

Debe destacarse que el éxito de un programa de intervención, además de producir cambios significativos estadísticos y clínicos, los cambios deben perdurar a través del tiempo, y estar bajo el control del individuo y de su entorno, por lo que particularmente en el programa que se implementó, el último componente estuvo dirigido al entrenamiento de un tutor en la aplicación de reforzamiento y retroalimentación a los ancianos en las actividades que realizaran cotidianamente, como una forma de proporcionar soporte social a los adultos mayores. Este componente se evaluó en el seguimiento, donde se observó que la distribución del patrón de comportamiento de las categorías conductuales de actividades diarias se mantuvo; sin embargo se sugiere que se añadan elementos tales como recordatorios, agendas, diarios, llamadas por teléfono, visitas, entre otros, que permitan llevar un registro continuo del comportamiento de los sujetos; y el control se encuentre en el propio sujeto así como dentro del medio ambiente del individuo y se generalice a otras

situaciones (Chipperfield & Havens, 1991; Estabrooks & Carron, 1998; Ozer & Bandura, 1990; Rodin, 1986; Scheier & Carver, 1985).

Por último la importancia del enfoque cognoscitivo-conductual de la calidad de vida en ancianos radica como lo citan Skinner y Vaughan (1986), en *"dar los pasos necesarios para tener una vejez feliz"* (p.16), ya que como lo mencionan, *"La vejez no es tan mala y, si se planifica, puede ser mejor"* (p. 23). Lo que Skinner retoma de su trabajo sobre *"Autocontrol intelectual en la vejez"* en su texto *"Disfrutar la Vejez"*, es describir sus propias soluciones al problema del envejecer, basándose en la vida cotidiana de los ancianos activos, y más sobre las estrategias y algunos procedimientos derivados de una Ciencia llamada *"Análisis Experimental del Comportamiento"* que él había puesto en práctica para mantenerse activo intelectualmente. Ya que como se señala *"hay mucho que decir en pro de unos hábitos cotidianos bastante estrictos, los cuales pueden ejercer un buen efecto sobre su salud"* (p. 111), y puesto que *"la vejez suele suponer cambios en el entorno y la forma en que vivimos"*, los autores recomiendan *"mantener un mejor contacto con el mundo, reducir las molestias causadas por los olvidos y la falta de claridad mental, trabajar y pasar su tiempo de maneras más interesantes, vivir en entornos más agradables y disfrutar más con los amigos..."* (p. 131); *"períodos de trabajo, ejercicio y distracción pueden organizarse a su alrededor"* (p. 111).

De ahí que la aportación del trabajo sea la propuesta de estrategias de intervención que posibiliten esas potencialidades en adultos mayores, incrementando la participación en las actividades de la vida diaria de los ancianos, y el grado de satisfacción al realizar las actividades, según sus expectativas de logro, identificando las barreras "cognoscitivas" que impiden que realicen dichas actividades, y buscando la solución de problemas, para realizar con éxito y satisfacción las actividades según su nivel de competencia y de auto-eficacia de los individuos.

Para finalizar, se recomienda para estudios futuros, evaluar los efectos de la intervención, para cada uno de los componentes que la integraban, de manera independiente, ya que como se observó los resultados mostraron los efectos de acarreo, sumándose éstos. Una propuesta sería mediante un diseño de línea base múltiple, donde cada componente de la intervención se introdujera para cada grupo de sujetos.

Asimismo, otras líneas de investigación que se derivan del presente trabajo, serían, someter a prueba los efectos de distintos programas de intervención cognoscitivo-conductual basados en el fortalecimiento de la actividad física, como el ejercicio, un entrenamiento en hábitos de alimentación, o la adherencia terapéutica, o bien sobre la red de apoyo social, como lo es el cuidado de otros ancianos, o de otras sujetos más discapacitados, o de los nietos, sobre la calidad de vida de los ancianos, elementos favorables para un envejecimiento exitoso.

CONCLUSIONES

Se resalta la importancia de una evaluación no sólo estadística sino además clínica, a través de la medición de la calidad de vida de los sujetos, como una medida válida para evaluar los cambios significativos como efectos de una intervención. Asimismo se hace énfasis en el diseño de programas de intervención para incrementar la auto-eficacia en áreas concretas, específicamente en el marco de la promoción a la salud de las personas mayores, para contribuir a una buena calidad de vida y un mejor envejecimiento.

La evaluación que hacen los sujetos sobre su propia capacidad para realizar actividades de la vida diaria exitosamente está asociada positivamente al bienestar psicológico y a la percepción del estado de salud, e inversamente a la depresión y al deterioro en habilidades cognitivas.

Las personas ancianas con altos niveles de auto-eficacia predicen un más alto desempeño en la participación de actividades cotidianas y muestran un mejor bienestar psicológico.

Se fortalece la evidencia, que niveles altos de auto-eficacia en sujetos ancianos, predicen mejor nivel de funcionamiento psicológico, de ahí que se proponga fortalecer la auto-eficacia para mejorar la calidad de vida de los ancianos.

Por último se constituyen como componentes de la calidad de vida, asociados a un envejecimiento exitoso: El nivel de autonomía e independencia del sujeto en los actos de la vida cotidiana, como preparar sus alimentos, quehaceres domésticos, ir de compras, etc. Una vida activa, matizada en mayor participación en actividades recreativas activas como: hacer ejercicio físico, caminar o practicar algún deporte. Una red de apoyo social generada a partir de llevar a cabo actividades sociales como: platicar o visitar amigos y familiares. La protección del cuidado de su salud, como asistir al médico, adherencia terapéutica, practicar análisis médicos, etc. Una actividad mental y ocupacional, a través de actividades como por ejemplo, resolver juegos, armar rompecabezas, pintar, etc. Un buen nivel de bienestar psicológico. Una percepción positiva del estado de salud. Y un buen funcionamiento de habilidades cognitivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrews, F. M. & Withey, S. B. (1974). Developing measures on perceived life quality. *Social Indicators Research*, 1(1): 1-30.
- Andrews, F. M. & Robinson, J. P. (1991). Measures of subjective well-being. En: J. P. Robinson, P. R. Shaver & L. S. Wrightsman (Eds.). *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. San Diego: Academic Press, Inc., pp. 61-114.
- Antequera-Jurado, R. & Blanco, P. A. (1998). Percepción de control, autoconcepto y bienestar en el anciano. En: L. Salvarezza [Comp.] *La Vejez. Una Mirada Gerontológica Actual*. Buenos Aires: Paidós, pp. 95-124.
- Apiquian, R., Fresán, A. & Nicolini, H. (2000). *Evaluación de la Psicopatología. Escalas en Español*. México: J. G. H. Editores.
- Badia, X. & Rovira, S. (1996). *EQ-5D. Guía del Usuario*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Baltes, M. M. (1998). The psychology of the oldest-old: the fourth age. *Current Opinion in Psychiatry*. 11(4): 411-415.
- Baltes, P. B. (1977). Strategies for psychological intervention in old age. *Gerontologist*, 13: 4-6.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. [Editors] (1993). *Successful Aging. Perspectives from The Behavioral Sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84: 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*. 37:122-147.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*. 28(2): 117-148.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman and Company.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Barry, M. M. (2000). Bienestar y satisfacción en la vida como componentes de la calidad de vida en los trastornos mentales. En: H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Dir.). *Calidad de Vida en los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson, pp. 31-41.

Bayles, K. A., Tomoeda, C. K. & Boone, D. R. (1985). A view of age-related changes in language function. *Developmental Neuropsychology*, 1: 231-264.

Blanco, G. J., Rivera, M. J. A., López, A. O. & Rueda, A. F. (1995). *Calidad de Vida y Salud en el Distrito Federal. Una Aproximación Inicial*. Memorias. Trabajo presentado en el 1er. Simposio "Calidad de Vida, Salud y Ambiente", 19-20 octubre; CRIM-UNAM; Cuernavaca, Mor.

Blazer, D. G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 117: 521-537.

Blazer, D. G. & Williams, C. (1980). Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *American Journal of Psychiatry*, 137: 439-444.

Bolla-Wilson, K. & Bleecker, M. L. (1989). Absence of depression in elderly adults. *Journal of Gerontology*, 44(2): 53-55.

Bosscher, R. J. & Smit, J. H. (1998). Confirmatory factor analysis of the general self-efficacy scale. *Behaviour Research & Therapy*. 36(3): 339-343.

Bosse, R., Aldwin, C. M., Levenson, M. R., Daniels, K. & Ekerdt, D. J. (1990). Differences in social support among retirees and workers: Finding from the normative aging study. *Psychology and Aging*, 5(1): 41-47.

Bottorff, J. L., Johnson, J. L., Ratner, P. A. & Hayduk, L. A. (1996). The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nursing Research*. 45(1): 30-36.

Brazier, J., Jones, N. & Kind, P. (1993). Testing the validity of the EuroQol and comparing in with the SF-36 Health Survey Questionnaire. *Quality of Life Research*, 2: 169-180.

Brink, T. L. (1985). Escala de Depresión Geriátrica, GDS. Versión corta en Español-Mexicano.

Brooks, R. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health Policy*, 37: 53-72.

Buendía, J. & Riquelme, A. (1994). Enejecimiento y depresión. En: J. Buendía [Comp.]. *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. México: Siglo XXI Editores, pp. 219-246.

Campbell, A., Converse, Ph. E. & Rodgers, W. L. (1976). *The Quality of Life*. New York: Russell Sage Foundation.

Carbonell, C. (1989). Prevención de la depresión en la edad avanzada. *Psicopatología*, 9(4): 180-182.

Chappell, N. L. & Segal, A. (1989). Health, helping networks and well-being. *Journal of Aging Studies*, 3(4): 313-324.

Chipperfield, J. G. & Havens, B. (1991). The transition from informal to formal sources of support with tasks of daily living. Special issue: Social support for the elderly and their caregivers. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 10: 133-149.

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

Cockburn, J. & Collin, C. (1988). Measuring everyday memory in elderly people. *Age and Ageing*, 17: 265-269.

Conn, V. S. (1998). Older adults and exercise: Path analysis of self-efficacy related constructs. *Nursing Research*. 47(3): 180-189.

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

Dean, A. & Ensel, W. M. (1983). Socially structured depression in men and women. *Research in Community and Mental Health*, 3: 113-139.

Depner, C. E. & Ingersoll Dayton, B. (1988). Supportive relationships in later life. *Psychology and Aging*, 3(4): 348-357.

Díaz-Guerrero, R. (1986). *El Ecosistema Sociocultural y la Calidad de la Vida*. México: Ed. Trillas.

Dolan, P., Gudex, C., Kind, P. & Williams, A. (1995). *A Social Tariff for EuroQol: Results from a UK General Population Survey*. Discussion Paper 138. York: Centre for Health Economics.

Eslinger, P. J. & Benton, A. L. (1983). Visuo-perceptual performances in aging and dementia: Clinical and theoretical implications. *Journal of Clinical Neuropsychology*, 5: 213-220.

Estabrooks, P. & Carron, A. V. (1998). The conceptualization and effect of control beliefs on exercise attendance in the elderly. *Journal of Aging & Health*, 10(4): 441-457.

Feinson, M. C. (1985). Aging and mental health: Distinguishing myth from reality. *Research on Aging*, 7: 155-174.

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

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

Fierro, A. (1994). Propositiones y propuestas sobre el buen envejecer. En: J. Buendía [Comp.]. *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. México: Siglo XXI Editores, pp. 3-33.

Fretz, B. R., Kluge, N. A., Ossana, S. M., Jones, S. M. & Merikangas, M. W. (1989). Intervention targets for reducing preretirement anxiety and depression. *Journal Counseling Psychology*, 36(3): 301-307.

Galán, C. S., Pedroza, C. F., Martínez, M. K., Oropeza, T. R. & Ayala-Velázquez, H. (2002). Evaluación del Cambio Clínico en Psicoterapia. *Revista Mexicana de Psicología*. En Prensa.

Gladis, M. M., Gosch, E. A., Dishuk, N. M. & Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life: Expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3): 320-331.

Glover, R. J. (1998). Perspectives on aging: Issues affecting the latter part of the life cycle. *Educational Gerontology*, 24(4): 325-331.

Gómez, P.-M. G. & Reidl, M. L. (1997). *Métodos de Investigación en las Ciencias Sociales*. México: Facultad de Psicología. UNAM. Mecanograma.

González-Celis, R. A. L. & Sánchez-Sosa, J. J. (2000). Self-Efficacy and other components of quality of life in older adults. *The Gerontologist*, 53rd Annual Scientific

Meeting "Linking Research to Policy, Practice, and Education: Lessons Learned, Tasks Ahead". Vol. 40, Special Issue II, October, p. 315.

González-Celis, R. A. L. & Sánchez-Sosa, J. J. (2001). La Autoeficacia como variable mediadora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(1): 129-130.

Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E. & Hecht, J. (1993). Self-efficacy and health behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34: 89-104.

Guttman, D. (1978). Life events and decision making by older adults. *The Gerontologist*, 18: 462-467.

Ham-Chande, R. (1996). El envejecimiento: Una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Pública de México*, 38(6): 409-418.

Harper, A. & Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQoL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28: 551-558.

Hayes, S. C. (1981). Single case experimental design and empirical clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49: 193-211.

Holahan, C. K. & Holahan, C. J. (1987a). Life stress, hassles, and self-efficacy in aging: A replication and extension. *Journal of Applied Social Psychology*, 17(6): 574-592.

Holahan, C. K. & Holahan, C. J. (1987b). Self-efficacy, social support, and depression in aging: A longitudinal analysis. *Journal of Gerontology*, 42(1): 65-68.

Horgas, A. L., Wilms, H.-U. & Baltes, M. M. (1998). Daily life in very old age: Everyday activities as expression of successful living. *Gerontologist*, 38(5): 556-568.

Jodar, M. (1994). Déficit y habilidades neuropsicológicas en el envejecimiento normal. En: J. Buendía [Comp.]. *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. México: Siglo XXI Editores, pp. 181-201.

Johnson, R. J. & Wolinsky, F. D. (1993). The structure of health status among older adults: Disease, disability, functional limitation, and perceived health. *Journal of Health and Social Behavior*, 34:105-121.

Jorm, A. F., Mackinnon, A. S., Henderson, R. S., Christensen, H., Korten, A. E., Cullen, J. S. & Mulligan, R. (1995). The psychogeriatric assessment scales: a

multidimensional alternative to categorical diagnoses of dementia and depression in the elderly. *Psychological Medicine*, 25: 447-460.

Katschnig, H. (2000). Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría. En: H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Dir.). *Calidad de Vida en los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson, pp. 3-15.

Kazdin, A. E. (1976). Statistical analysis for single cases experimental designs. En: E. M. Hersen & D. H. Barlow [Eds.]. *Single Case Experimental Designs: Strategies for Studing Behavior Change*. Oxford, England: Pergamon Press, pp. 265-316.

Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3): 332-339.

Kendall, P. C. (1999). Clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3): 283-284.

Kendall, P. C., Marrs-Garcia, A., Nath, S. R. & Sheldrick, R. C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3): 285-299.

Kind, P., Dolan, P., Gudex, C. & Williams, A. (1998). Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. *British Medical Journal*, 316: 736-741.

Kubzansky, L. D., Berkman, L. F., Glass, T. A. & Seeman, T. E. (1998). Is educational attainment associated with shared determinants of health in the elderly? Finding from the MacArthur Studies of Successful Aging. *Psychosomatic Medicine*, 60(5): 578-585.

Lang, F. R. & Baltes, M. M. (1997). Being with people and being alone in late life: Costs and benefits for everyday functioning. *International Journal of Behavioral Development*, 21(4): 729-746.

Lara-Muñoz, M. del C., Ponce de León, S. & de la Fuente, J. R. (1996). Desarrollo de un instrumento para medir la calidad de vida de pacientes con cáncer. *Salud Mental, Suplemento 19*: 30-35.

Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center morale scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30: 85-89.

Lawton, M. P. (1983a). The varieties of well-being. *Experimental Aging Research*, 9: 65-72.

Lawton, M. P. (1983b). Environment and other determinants of well-being in older persons. *The Gerontologist*, 23: 349-357.

Lehman, A. F. (2000). Instrumentos para medir la calidad de vida en los trastornos mentales. En: H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Dir.). *Calidad de Vida en los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson, pp. 77-92.

Lentzner, H. R., Pamuk, E. R., Rhodenhiser, R. R. & Powel-Griner, E. (1992). The quality of life in the year before death. *American Journal of Public Health*, 82: 1093-1098.

Linn, M. W. & Linn, B. S. (1984). Self-evaluation of life function scale: a short, comprehensive self-report of health for elderly adults. *Journal of Gerontology*, 39: 603-612.

Lu, L. (1995). The relationship between subjective well-being and psychosocial variables in Taiwan. *The Journal of Social Psychology*, 135(3): 351-357.

Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G. G., Moreland, K. L., Dies, R. R., Eisman, E. J., Kubiszyn, T. W. & Reed, G. M. (2001). Psychological testing and psychological assessment. A review of evidence and issues. *American Psychologist*, 56(2): 128-165.

Morgan, D. L. & Morgan, R. K. (2001). Single-participant research design. Bringing science to managed care. *American Psychologist*, 56(2): 119-127.

Newsom, J. T. & Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 11(1): 34-44.

O'Bryant, S. L. (1987). Sibling support and older widows well being. *Journal of Marriage and the Family*, 50(1): 173-183.

Ostrosky, S. F. (1996). La neuropsicología del envejecimiento normal y patológico. En: C. M. Corsi [Comp.]. *Aproximaciones de las Neurociencias a la Conducta*. México: Facultad de Psicología, UNAM, pp. 235-258.

Ostrosky, S. F., Ardila, A. & Rosselli, M. (1996). *Neuropsi. Evaluación Neuropsicológica. Breve en Español*. México: Publingenio.

Ozer, E. M. & Bandura, A. (1990). Mechanisms governing empowerment effects: A self-efficacy analysis. *Journal of Personality & Social Psychology*, 58(3): 472-486.

Phifer, J. F. & Murrell, S. A. (1986). Etiologic factors in the onset of depressive symptoms in older adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3): 282-291.

Power, M., Bullinger, M. & Harper, A. The World Health Organization Quality of Life Group (1999). The World Health Organization WHOQoL-100: Tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology*, 8(5): 495-505.

Pulliam, R. M. (1989). What makes good families: predictors of family welfare in the Philippines. *Journal of Comparative Family Studies*, 20(1): 47-66.

Quintero, G. & González, U. (1997). Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada. En: J. Buendía [Ed.]. *Gerontología y Salud. Perspectivas Actuales*. Madrid: Biblioteca Nueva, pp.129-145.

Reidl, M. L. (s/f). *Medición en Ciencias Sociales*. México: Facultad de Psicología. UNAM. Mecanograma.

Reich, J. W., Zautra, A. J. & Hill, J. (1987). Activity, event transactions, and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 2(2):116-124.

Rodin, J. (1986). Aging and health: Effects of the sense of control. *Science*, 233: 1271-1276.

Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1987). Human aging, usual and successful. *Science*, 237: 143-149.

Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1998). *Successful Aging*. New York: Dell Publishing.

Sánchez-Sosa, J. J. & González-Celis, R. A. L. (2002). La calidad de vida en ancianos. En: L. Reynoso & I. Seligson (Coord.). *Psicología y Salud*, pp. 191-218.

Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4: 219-247.

Siegrist, J., Fernández-López, J. A. & Hernández-Mejía, R. (2000). *Medicina Clínica (Barcelona)*, 114(1): 22-24.

Skinner, B. F. & Vaughan, M. E. (1986). *Disfrutar la Vejez*. Barcelona: Martínez Roca.

Sterrett, E. A. (1998). Use of a job club to increase self-efficacy: A case study of return to work. *Journal of Employment Counseling*, 35(2): 69-78.

Vellas, P. (1996). Envejecer exitosamente: Concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva más positiva. *Salud Pública de México*, 38(6): 513-522.

Verdugo, M. A. (2000). P.V.D. *Programa de Habilidad de la Vida Diaria. Programas Conductuales Alternativos*. Salamanca: Amarú Ediciones.

Verdugo, M. A. & Gutiérrez-Bermejo, B. (1999). Promoción de la autonomía. En: I. Montorio & M. Izal (Coord.). *Intervención Psicológica en la Vejez. Aplicaciones en el Ámbito Clínico y de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis, pp. 43-57.

WHOQOL-Group (1996). *WHOQOL-Bref. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Programme on Mental Health. World Health Organization.

WHOQOL-Group (1997). *WHOQOL Measuring Quality of Life*. Programme on Mental Health. World Health Organization.

WHOQOL-Group (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science of Medicine*, 46(12): 1569-1585.

Yesavage, J., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leiver, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17: 37-49.

Zautra, A. & Hempel, A. (1984). Subjective well-being and physical health: a narrative literature review with suggestions for future research. *International Journal of Aging and Human Development*, 19(2), 95-109.

Zúñiga, M. A., Carrillo-Jiménez, G. T., Fos, P. J., Gandek, B. & Medina-Moreno, M. R. (1999). Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México*, 41(2): 110-117.

APÉNDICES

APÉNDICE "A"

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

- La Escala de Bienestar Subjetivo PGC (*Philadelphia Geriatric Center*) para Ancianos. Revisada por Lawton en 1975 (Andrews y Robinson, 1991). (Versión en Español, traducida y re-traducida por la investigadora).
- El Cuestionario EuroQol-5D, elaborado por el Grupo EuroQol (Brooks, 1996), Traducción al idioma español por Badia y Rovira (1996).
- La Escala de Depresión Geriátrica (*Geriatric Depression Scale GDS*) de Yesavage et al. (1983). Versión corta en Español (Brink, 1985).

**Escala de Bienestar Subjetivo (PGC)
del Centro Geriátrico de Filadelfia (Revisada)**

*The Philadelphia Geriatric Center (PGC) morale scale.
Lawton, 1975*

Instrucciones:

Marque con una cruz (X) la respuesta SI o NO, después de cada frase, dependiendo si o no la afirmación lo describa actualmente.

Nota: En esta escala aparecen encerradas las respuestas entre paréntesis, después de cada reactivo, como aquellas consideradas como ideales, en la presentación de la escala a los participantes, se omitirán dichas respuestas.

Factor 1 - Agitación

1. Las pequeñas cosas me molestan más este año (NO)
SI NO
2. Algunas veces me preocupo tanto que no puedo dormir (NO)
SI NO
3. Tengo muchas cosas por que estar triste (NO)
SI NO
4. Tengo miedo de muchas cosas (NO)
SI NO
5. Me enfurezco más de lo acostumbrado (NO)
SI NO
6. La vida es dura para mí casi todo el tiempo (NO)
SI NO
7. Tomo las cosas duramente (NO)
SI NO
8. Me altero fácilmente (NO)
SI NO

Factor 2 - Actitud hacia su propio envejecimiento

1. Las cosas se ponen cada vez peor conforme yo me hago más viejo (NO)
SI NO
2. Yo tengo hoy tanta energía como la tenía el año pasado (SI)
SI NO
3. Las pequeñas cosas me molestan más este año (NO)
SI NO
4. Conforme tu envejeces, eres menos útil (NO)
SI NO
5. Conforme envejezco, las cosas son mejores/peores de lo que creí que serían (Mejores)
Mejores Peores
6. Algunas veces siento que la vida no vale la pena vivirla (NO)
SI NO
7. Soy tan feliz ahora como cuando era más joven (SI)
SI NO

Factor 3 - Soledad/ Insatisfacción

1. ¿Qué tan solo se siente? (No Mucho)
.....
2. Veo lo suficiente a mis amigos y familiares (SI)
SI NO
3. Algunas veces siento que la vida no vale la pena vivirla (NO)
SI NO
4. La vida es dura para mí casi todo el tiempo (NO)
SI NO
5. ¿Qué tan satisfecho está con su vida actualmente (Satisfecho)
.....
6. Tengo muchas cosas por que estar triste (NO)
SI NO
7. A la gente le iba mejor en tiempos pasados (NO)
SI NO
8. Una persona debe vivir el presente y no preocuparse por el mañana (SI)
SI NO

CUESTIONARIO EuroQoL

Su propio estado de salud el día de Hoy

Marque con una cruz en cada grupo de afirmaciones de abajo, en la opción de respuesta que mejor describa su estado de salud el día de hoy. No tache más que una sola descripción para cada grupo.

Mobilidad

- | | |
|--|--------------------------|
| Yo no tengo ningún problema para caminar | <input type="checkbox"/> |
| Yo tengo algunos problemas para caminar | <input type="checkbox"/> |
| Yo estoy confinado en una cama | <input type="checkbox"/> |

Autocuidado

- | | |
|--|--------------------------|
| Yo no tengo ningún problema para mi cuidado personal | <input type="checkbox"/> |
| Yo tengo algunos problemas para asearme o vestirme por mí solo | <input type="checkbox"/> |
| Yo no soy capaz de asearme o vestirme por mí solo | <input type="checkbox"/> |

Actividades cotidianas (por ejemplo: trabajar, estudiar, labores del hogar, actividades familiares o de tiempo libre)

- | | |
|--|--------------------------|
| Yo no tengo ningún problema para realizar mis actividades cotidianas | <input type="checkbox"/> |
| Yo tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas | <input type="checkbox"/> |
| Yo no soy capaz de realizar mis actividades cotidianas | <input type="checkbox"/> |

Dolor/ Malestar

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Yo no tengo dolor o malestar alguno | <input type="checkbox"/> |
| Yo tengo dolor o malestar moderado | <input type="checkbox"/> |
| Yo tengo dolor o malestar extremo | <input type="checkbox"/> |

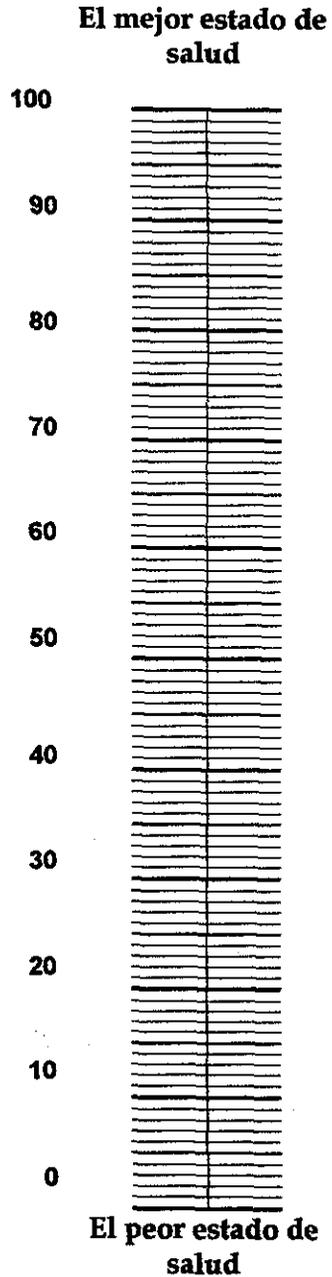
Ansiedad/ Depresión

- | | |
|---|--------------------------|
| Yo no estoy ansioso o deprimido | <input type="checkbox"/> |
| Yo estoy moderadamente ansioso o deprimido | <input type="checkbox"/> |
| Yo estoy extremadamente ansioso o deprimido | <input type="checkbox"/> |

Su propio estado de salud el día de Hoy

Para ayudar a la gente a decir qué tan bien o mal se encuentra su estado de salud, nosotros hemos trazado una escala (parecida a un termómetro) sobre el cual, el mejor estado de salud puede marcarse en 100, y el peor estado de salud podría marcarse en 0.

A nosotros nos gustaría que Usted nos indicara en su opinión, sobre esta escala, qué tan bien o mal se encuentra su propio estado de salud el día de hoy. Por favor trace una línea, sobre cualquier punto de la escala que indique qué tan bien o mal está su estado de salud el día de hoy.



ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDS)

Geriatric Depression Scale (GDS) Yesavage et al., 1983

Instrucciones:

Marque con una cruz (X) la respuesta SI o NO, después de cada pregunta.

Nota: En esta escala aparecen en letras mayúsculas las respuestas, que indican depresión. Cada una vale un punto. Puntuaciones mayores a 5 indican probable depresión. Esta Nota NO deberá ser vista por los participantes.

1.- ¿Está satisfecho con su vida?

SI NO

2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades?

SI No

3.- ¿Siente que su vida está vacía?

SI No

4.- ¿Se encuentra aburrido?

SI No

5.- ¿Tiene a menudo buen ánimo?

SI NO

6.- ¿Teme que le ocurra algo malo?

SI No

7.- ¿Se siente feliz muchas veces?

SI NO

8.- ¿Se siente a menudo abandonado?

SI No

9.- ¿Prefiere quedarse en casa a salir?

SI No

10.- ¿Nota más problemas de memoria que los demás?

SI No

11.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?

SI NO

12.- ¿Se siente usted inútil?

SI No

13.- ¿Se siente usted lleno de energía?

SI NO

14.- ¿Cree que su situación es desesperada?

SI No

15.- ¿Cree que el resto de la gente está mejor que usted?

SI No

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

APÉNDICE "B"

- Instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia para Realizar Actividades de la Vida Diaria en Ancianos.

Instrucciones: A continuación le voy a dar seis grupos de tarjetas con diferentes actividades cotidianas, y le voy a pedir a usted que las separe en dos subgrupos. Va a poner la tarjeta de la actividad junto a esta tarjeta que dice SI (sacar tarjeta de SI), cuando usted, SI se sienta capaz de realizar la actividad durante la próxima semana. Es decir, que usted SI piensa o quiere y tiene el deseo o necesidad de realizar esa actividad exitosamente. Por otro lado, va a poner la tarjeta con la actividad junto a esta tarjeta que dice NO (sacar tarjeta de NO), cuando usted no se sienta capaz de realizar la actividad durante la próxima semana.

.....

*Muy bien, ahora comencemos con el primer grupo de tarjetas.
(Entregar el primer grupo de tarjetas con las actividades)
El paciente separa las tarjetas.
Registrar las respuestas del paciente.
(Retirar la tarjeta SI y la tarjeta NO).*

.....

*Enseguida, le voy a pedir, que de las tarjetas con las actividades que usted Si se siente capaz de realizar durante la próxima semana, las coloque cada una, abajo de la figura que represente mejor QUÉ TAN SEGURO O CAPAZ se siente de realizar la actividad durante la próxima semana, empleando esta escala: (Se muestra la escala).
El sujeto hace la tarea.
Registrar las respuestas del paciente.
(Retirar la escala y las tarjetas).*

.....

Continuar con los otros grupos de tarjetas

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

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

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

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

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

ACTIVIDADES PERJUDICIALES PARA LA SALUD	SI o NO		¿Qué tan seguro?				
			100%	80%	60%	40%	20%
Fumar	SI	NO	100	80	60	40	20
Ingerir bebidas alcohólicas	SI	NO	100	80	60	40	20
Auto-recetarse medicinas	SI	NO	100	80	60	40	20
No seguir las instrucciones del médico	SI	NO	100	80	60	40	20
No seguir indicaciones de la gente, para cuidar mi salud	SI	NO	100	80	60	40	20
Comer alimentos dañinos para mi salud	SI	NO	100	80	60	40	20
Tener episodios de llanto o tristeza	SI	NO	100	80	60	40	20
Gritar, enojarse o pelearse con alguien	SI	NO	100	80	60	40	20

APÉNDICE "C"

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

FOLIO.....

1. ¿Cuál es su nombre?.....
2. ¿Qué edad tiene en años cumplidos?
3. ¿Cuál es su sexo? Masculino
 Femenino
4. ¿Cuál es su estado civil? Soltero
 Viudo o divorciado
 Casado o con pareja
5. ¿Actualmente con quien vive? Solo
 Con su pareja o cónyuge
 Con hijos
 Con algún familiar
6. Número de personas que habitan en la vivienda, sin contarse usted.....
7. ¿Cuál es el ingreso familiar mensual?.....
8. ¿Cuál es su ingreso mensual propio?.....
9. ¿Su nivel máximo de estudios?
 Sin estudios
 Primaria
 Secundaria o Nivel técnico
 Bachillerato
 Profesional

10. ¿Cuál es su actividad principal, que lo describe actualmente?

- Empleado
- Trabaja por su cuenta
- Retirado
- Labores del hogar
- Buscando trabajo
- Otra ¿Cuál?.....

Sólo en caso de que sea retirado, conteste las preguntas 11 y 12; si no, pase directamente a la pregunta número 13.

11. ¿Cuál era su actividad anterior?

- Empleado
- Trabajaba por su cuenta
- Labores del hogar
- Otra ¿Cuál?.....

12. Fecha de retiro.....

13. ¿La vivienda que Usted habita es?

- Propia
- Rentada
- Prestada

14. ¿El número de cuartos que tiene su vivienda, sin contar las destinadas a los baños es de?.....

15. ¿Qué actividades realiza durante su tiempo libre?

.....

Muchas gracias

APÉNDICE "D"
EVENTOS SIGNIFICATIVOS

PACIENTE.....

NOMBRE.....

FECHA CITA PRIMERA VEZ.....FECHA SUBSECUENTE.....

NÚMERO DE DÍAS ENTRE PRE-POST-TEST.....

1.- ¿QUÉ ACONTECIMIENTOS SIGNIFICATIVOS CONSIDERA USTED QUE LE HAYAN OCURRIDO EN LAS TRES O CUATRO ÚLTIMAS SEMANAS?

.....
.....
.....

2.- DE LOS SIGUIENTES EVENTOS, MARQUE CUÁLES LE SUCEDIERON DURANTE LAS TRES O CUATRO ÚLTIMAS SEMANAS:

- Presencia de una nueva enfermedad.
- Complicación o ponerse peor de una enfermedad que ya tenía.
- Mejoría o desaparición de una enfermedad que ya tenía.
- Recuperación de la salud.
- Internamiento en el hospital.

- Mayor ingreso económico, familiar o personal.
- Disminución del ingreso económico.
- Pérdida o retiro del trabajo.
- Participación en un nuevo trabajo.
- Renunciar o dejar de hacer actividades.
¿De qué actividades?
.....
.....
- Participación en una nueva actividad.
¿Cuál(es) actividad(es)?
.....
.....

- Alejamiento de un miembro de la familia que vivía con usted.
- Presencia de un nuevo miembro de la familia que ahora viva con usted.
- Solución de un conflicto personal familiar.
- Aparición de un nuevo conflicto personal familiar.
- Enfermedad de un familiar.
- Complicación o ponerse peor de una enfermedad que ya tenía, de un familiar.
- Muerte de un familiar.
- Muerte de un amigo.

APÉNDICE "E"

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Muy buenos días (tardes), a nombre del equipo de Psicólogos al que pertenecemos, le damos las gracias por su valioso interés por cooperar en la validación del instrumento de Auto-eficacia para realizar actividades cotidianas en Ancianos; mediante jueces expertos. Así que, debido a su experiencia en el trabajo con ancianos, las respuestas que usted nos proporcione serán muy importantes, las cuales serán tratadas de manera anónima y confidencial, con fines exclusivamente estadísticos; para ello requerimos de su consentimiento informado, para el uso que se les dará a los datos. Asimismo, le solicitamos, antes de iniciar con la validación del instrumento, sea tan gentil de proporcionarnos algunos datos sociodemográficos.

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

NOMBRE (si desea proporcionarlo) _____		
SEXO _____	EDAD _____	FECHA _____
AREA DE EXPERIENCIA: Clínica () Educativa () Social () Laboral ()		
Salud () Educación Especial () Investigación () Otra () ¿Cuál? _____		
Años de Experiencia _____		Lugar de trabajo _____
Edad de los pacientes o sujetos con los que trabaja _____		
Problemas (psicológicos) más frecuentes que atiende en su área de trabajo		

Modelo teórico de intervención psicológica o de aplicación terapéutica		

GRACIAS

De Conformidad

PSICÓLOGO QUE FUNGE COMO JUEZ EXPERTO

APÉNDICE "F"

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

ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA	Categoría								Porcentaje				
	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Bañarse sin ayuda	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Vestirse sin ayuda	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Comer sin ayuda	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Preparar sus alimentos	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Asear su habitación	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Quehaceres domésticos	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Mantener en orden su casa	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Lavar su ropa	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Planchar su ropa	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Cuidar su apariencia personal	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Administrar sus gastos	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Salir a la calle	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Salir al parque	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Salir a trabajar	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Ir de compras	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Ir al salón de belleza o peluquería	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Ir al banco	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Ir hacer pagos o cobros	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Tomar el metro, microbús o taxi	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Manejar un automóvil	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Resolver asuntos pendientes	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Tomar decisiones	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20

ACTIVIDADES RECREATIVAS PASIVAS	Categoría								Porcentaje				
	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Leer	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Escribir	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Estudiar	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Ver la televisión	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Ver una película de video en casa	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Ver fotografías	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Escuchar el radio	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Descansar	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Dormir (tomar una siesta) durante el día	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Pintar, dibujar o iluminar	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Hacer manualidades	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Coser, tejer o bordar	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Jugar juegos de mesa	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Resolver juegos de pasatiempos	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Armar rompecabezas	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Tocar un instrumento musical	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20

ACTIVIDADES RECREATIVAS ACTIVAS	Categoría								Porcentaje				
	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Salir a caminar	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Correr o trotar	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Nadar	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Hacer ejercicio	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Hacer aerobics	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Hacer yoga	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Hacer otro deporte	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Bailar o cantar	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Jardinería	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Cuidar animales domésticos	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Cocinar	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Repostería	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20
Hacer reparaciones	1	2	3	4	5	6	7	8	100	80	60	40	20

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

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

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

Categorías:

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

APÉNDICE "G"
GUÍA DE INSTRUCCIONES PARA LOS JUECES

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

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

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

Al mismo tiempo, conforme el juez vaya colocando encima las tarjetas-estímulo, sobre las tarjetas-respuesta; el observador, registrará las respuestas del participante, en la hoja de respuesta de la prueba de auto-eficacia.

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

Nuevamente le presentaremos a continuación 88 tarjetas-estímulo, con actividades de la vida diaria; le pedimos a usted que les asigne un porcentaje de 0, 20, 40, 60, 80 o 100%, según considera que sea el porcentaje que cree usted que un sujeto anciano se sienta capaz para realizar la actividad, es decir cuál cree usted, el nivel de auto-eficacia pueda tener una persona anciana para realizar esa actividad exitosamente. Recuerde que NO le estamos pidiendo, el grado que posee usted de auto-eficacia para esas actividades. Solo queremos que nos indique el porcentaje de auto-eficacia que considera usted puede poseer un sujeto anciano para llevar a cabo esas actividades.

También, se registrarán las respuestas del juez en la hoja de respuesta del instrumento de auto-eficacia.

APÉNDICE "H"
HOJA DE ACTIVIDADES DIARIA

Nombre _____
Semana _____

Hora	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-1							
1-2							
2-3							
3-4							
4-5							
5-6							
6-7							
7-8							
8-9							
9-10							
10-12							

APÉNDICE "I"

TALLER DE AUTOCUIDADO DE LA SALUD.

OBJETIVO GENERAL

- Los participantes, aprenderán comportamientos saludables que ayuden a cuidar su salud, para mejorar su calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A través de dinámicas grupales, los participantes, reflexionarán sobre cuáles son sus hábitos de vida saludables, y reconocerán cómo mejorar y cuidar su salud.
- Los participantes mencionarán cuáles son sus comportamientos saludables en relación a hábitos de tabaquismo, beber en exceso, abrigarse, sueño, descanso y uso adecuado de medicamentos.
- Los participantes reconocerán cuál es su dieta y valorarán los aspectos nutricionales del uso adecuado de una buena y equilibrada alimentación.
- Los participantes llevarán una sesión de ejercicio físico de marcha, con el fin de descubrir los beneficios de realizar una actividad física.
- Los participantes describirán cuáles son sus hábitos de higiene y cuidado personal, como bañarse, vestirse adecuadamente, cepillarse los dientes, limpieza de su habitación y de sus utensilios domésticos e higiene en la alimentación.

MATERIALES

- Videocámara
- Grabadora y cassette con la música grabada de la melodía "La marcha de Zacatecas"
- Cartulinas con dibujos respecto a los comportamientos saludables
- Hojas blancas y lápices

- Copias del *"Inventario de Actividades del Día Anterior"*
- Copias de los Comportamientos Saludables
- Copias de la Hoja de Actividades Diaria

ESPACIO FÍSICO

Las indicaciones para arreglar el aula, serán con veinte sillas movibles que se colocarán alrededor del aula.

PROCEDIMIENTO PRIMERA SESIÓN (Duración 2 horas):

1.- Al iniciar la sesión las facilitadoras encargadas del taller se presentarán: *"Muy buenos días (tardes), somos (nombre de los facilitadores) y vamos a compartir con Uds, las próximas dos horas, en las que realizaremos actividades, esperamos que se diviertan y las disfruten"*. Al mismo tiempo se pasará una lista de asistencia entre los sujetos la cual se recogerá al término de la presentación.

Tiempo: 5 minutos.

2.- Una vez hecha la presentación se dará paso a la dinámica denominada *"Presentación cruzada"*, en la que se les pedirá que cada participante seleccione a otra persona del grupo para formar parejas. Durante un minuto estas parejas se presentarán diciendo su nombre, edad, razones por las que asiste al taller y el nombre con el que le gusta que le llamen; cuando uno haya terminado el ejercicio el compañero que escuchaba debe dar la misma información para que cuando se termine el tiempo el grupo vuelva a reunirse y cada persona presente a su pareja ante todos. Cada vez que alguien termine de presentar a su compañero se escribirá el nombre por el cual le gusta que le llamen.

Tiempo: 10 minutos.

3.- Concluida la dinámica se procederá a repartir las hojas del *"Inventario de Actividades del Día Anterior"*, junto con lápices. Mientras se reparte, una de las facilitadoras explicará como debe ser llenada la hoja, al término de la explicación y de la repartición se procede al llenado del inventario.

Tiempo: 15 minutos.

4.- Cuando se haya terminado con el inventario se recogerán las hojas, checando que tengan nombre y fecha; posteriormente se dará una breve explicación del objetivo del taller *"Que los participantes reflexionen sobre las conductas que les ayudan a mantener su salud para mejorar su calidad de vida"*.

Tiempo: 2 minutos.

5.- Después de la presentación del objetivo se procede a la dinámica de Juego de Roles, para ello se seleccionarán cinco situaciones de la vida diaria para que los participantes las representen, también por medio de la lista de asistencia se seleccionarán a diez personas (cinco mujeres y cinco hombres) para que participen en la dinámica. Para cada situación pasarán a representarla dos personas de manera individual.

Las situaciones seleccionadas son:

- a. Bañarse, y debe cubrir las siguientes conductas como criterios de evaluación:
 - a.1 Regular la temperatura del agua.
 - a.2 Mojarse todo el cuerpo.
 - a.3 Enjabonarse y enjuagarse el cabello.
 - a.4 Enjabonar, tallar y enjuagar el cuerpo: cuello, orejas, pecho, brazos, axilas, hombros, espalda, genitales, piernas, nalgas, y pies.
 - a.5 Secar todo el cuerpo.
 - a.6 Aplicar desodorante en el cuerpo.
 - a.7 Aplicar crema en el cuerpo.

- b. Lavarse los dientes, cubriendo las siguientes conductas como criterios de evaluación:
 - b.1 Abre el tubo del dentífrico y adiciona pasta al cepillo.
 - b.2 Junta los dientes, mientras separa los labios y se cepilla realizando movimiento de arriba-abajo para los dientes superiores, y viceversa, para los dientes inferiores.
 - b.3 Separa los dientes e introduce el cepillo por la cara interior de los dientes y los cepilla en movimiento de arriba-abajo (dientes superiores) y abajo-arriba (dientes inferiores).
 - b.4 Con la boca abierta, cepilla la cara superior de muelas y dientes.
 - b.5 Se enjuaga la boca, pasando el agua de un lado a otro y escupiendo el agua en el lavabo.
 - b.6 Cierra el tubo del dentífrico y enjuaga el cepillo.

- c. Preparar el desayuno, cubriendo las siguientes conductas como criterios de evaluación:
 - c.1 Se lava las manos.
 - c.2 Selecciona un alimento de cada uno de los grupos.
 - c.3 Saca los alimentos del refrigerador y/o alacena.
 - c.4 Cocina los alimentos con poca grasa y poca sal.

- d. Subir y bajar escaleras, cubriendo las siguientes conductas como criterios de evaluación:
 - d.1 Acercarse a la escalera.
 - d.2 Apoyarse del barandal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- d.3 Mirar los escalones que se va a subir o bajar.
- d.4 Subir o bajar cada peldaño de manera pausada, con un tiempo mínimo entre peldaños de dos segundos.
- d.5 Subir o bajar cada peldaño de manera firme, asentando el pie sobre el peldaño.

- e. Barrer, cubriendo las siguientes conductas como criterios de evaluación:
 - e.1 Identifica la escoba entre los diferentes útiles de limpieza.
 - e.2 Coge la escoba adecuadamente con las dos manos, por la parte superior del mango.
 - e.3 Barre un espacio pequeño, delimitado, acumulando toda la basura en un punto.
 - e.4 Recoge la basura usando un recogedor.
 - e.5 Tira la basura en el lugar adecuado.

Una vez que haya concluido la representación en cada situación los participantes discutirán la actividad que se realizó, añadiendo cuáles comportamientos hicieron falta para llevar a cabo la actividad de manera exitosa. Se utilizará el modelamiento, retroalimentación y reforzamiento entre aquellos participantes para ejecutar la actividad de manera correcta. Para terminar la dinámica se reflexionará sobre los efectos que se tienen de llevar a cabo las actividades de manera correcta sobre el cuidado de la salud.
Tiempo: 60 minutos.

6.- La siguiente actividad busca demostrar la importancia de la actividad se procederá a realizar movimientos y respiración utilizando música de fondo. Se pedirá a todos los participantes ponerse de pie, frente a su silla y que en el momento de escuchar la música deberán moverse sin agitarse demasiado, al ritmo de la música alzando los pies sobre su lugar y moviendo los brazos que caen sobre su cuerpo hacia delante y hacia atrás. La música, el movimiento de brazos y la marcha tendrá una duración de dos minutos. Posteriormente, se les pedirá que se sienten en su silla y se lleven la mano derecha al corazón y durante dos minutos se pongan en silencio a escuchar y sentir el latido de su corazón. Después la facilitadora mencionará la importancia de la Vida y Salud, resaltando la importancia de la Actividad Física.
Tiempo: 8 minutos.

7.- Para despedir la sesión el facilitador presentará la conclusión de la sesión, sobre la importancia de realizar actividades cotidianas y ejercicio físico para el cuidado de la salud. Posteriormente se les entregará a cada participante una Hoja de Actividades Diaria, y se les explicará cómo debe llenarse, en ella se anotarán su nombre, y registrarán en cada cuadro marcado por hora, la(s) actividades más sobresalientes que hayan realizado. El registro será diario, comenzando a partir del día siguiente, Miércoles, Jueves, Viernes, Sábado, Domingo y Lunes. La Hoja de Actividades Diaria, llenada por los participantes, se entregará en la próxima sesión, del día Martes. Se darán ejemplos, de cómo llenarla, y

se les pedirá a los asistentes, que ellos proporcionen ejemplos, para su llenado. Se aclararán dudas, y se acentuará la importancia de llenar su Hoja de Actividades Diaria.

Posteriormente a cada participante se le entregará un vale, por su asistencia y participación (la cual se anotará en la lista de asistencia), lo deberán conservar y acumular con los vales que vaya reuniendo por su asistencia a las sesiones subsecuentes pues serán intercambiados en la última sesión por boletos para participar en una rifa de dos regalos sorpresa.

Para finalizar se despedirá con un gran aplauso por parte de los participantes, se darán las gracias, y se les recordará que asistan a la siguiente sesión, a la hora y día indicado, y por supuesto no olviden hacer su tarea, traerla consigo, para que sea revisada en la próxima sesión.

Tiempo: 20 minutos.

PROCEDIMIENTO SEGUNDA SESIÓN (Duración 2 horas):

1.- Para iniciar todos los facilitadores darán la bienvenida y luego se les solicitará a los participantes la entrega de la Hoja de Actividades Diaria y se les preguntará si existió algún problema para llenarla y se dará retroalimentación y solución de problemas.

Tiempo: 12 minutos.

2.- Posteriormente se hará la aplicación del "Inventario de Actividades del Día Anterior" junto con un lápiz para que anoten las actividades realizadas.

Tiempo: 15 minutos.

3.- Se procederá a una dinámica que ayuda a reflexionar sobre las Actividades Saludables. Para ello los participantes se dividirán en dos grupos, la mitad, se sienta en las sillas colocadas en círculos, con los ojos vendados con una pañoleta; la otra mitad, se distribuye de pie, frente a cada uno de los participantes quienes permanecen sentados.

La instrucción que se les proporcionará es que: "Las personas sentadas, se limitarán sólo a escuchar a su compañero que se encuentre de pie frente a él". Para las personas que están de pie, responderán a la pregunta: "¿Qué hacen para cuidar su salud? Mencionarán las actividades saludables que realizan para cada una de las cuatro áreas:

a) Comportamiento saludable (dejar de fumar, dejar de beber en exceso, abrigarse, sueño y descanso, y uso adecuado de medicamentos)

b) Dieta

c) Ejercicio

d) Higiene.

Cuando mencionen las actividades saludables para cada área, las personas de pie, se moverán un lugar hacia la derecha, para cambiar de compañero que permanece sentado. Una vez terminado de mencionar las actividades saludables para las cuatro áreas, intercambiarán de posición, las personas sentadas se pondrán de pie, y las personas de pie, se sentarán; y se continuará la dinámica, hasta terminar de mencionar todos los participantes, las actividades saludables que ellos realizan.

Se reflexionará sobre las actividades saludables para cada área que son recomendables de realizar para cuidar la salud.

Tiempo: 15 minutos.

4.- Después de realizar la actividad anterior se abordará el tema de Autocuidado de Salud y para ello se entregarán a todos los participantes una hoja fotocopiada con una lista de las actividades que deben realizar para su cuidado de su salud, clasificadas en cuatro categorías: a) comportamientos saludables, b) dieta, c) ejercicio y d) higiene. Las mismas actividades escritas en las hojas que se entregarán a los participantes, estarán escritas en cartulinas, con dibujos llamativos y letras grandes, las cuales serán pegadas al frente del salón. Se leerán en voz alta, con la participación voluntaria de los asistentes y se proporcionará retroalimentación, y se reforzarán los comentarios adecuados encaminados al cuidado de la salud. Los participantes responderán a las preguntas: "¿Qué debo, qué necesito y qué quiero hacer para cuidar mi salud?".

Tiempo: 15 minutos.

5.- Después se prosigue con un juego de roles donde se representarán las mismas situaciones de la vida diaria de la primera sesión, para ello se solicitará la participación de las diez personas que intervinieron en la primera sesión. Las situaciones son:

- a. Bañarse
- b. Lavarse los dientes
- c. Prepararse el desayuno
- d. Subir y bajar escaleras
- e. Barrer

Una vez alcanzada de manera exitosa los criterios establecidos, se felicitarán a los participantes por llevar a cabo los comportamientos de manera adecuada y se invitará a los demás a que los realice en su práctica cotidiana.

Tiempo: 48 minutos.

6.- Finalizando la dinámica la facilitadora presentará la conclusión de la sesión, sobre los comportamientos saludables que deben seguirse para el cuidado de la salud.

Posteriormente se entregará a cada participante una Hoja de Actividades Diaria, y se les recordará cómo deben llenarla y que debe ser entregada en la próxima sesión. Cabe destacar que el llenado de la hoja ayudará a que reflexionen y tomen conciencia del tipo de actividades cotidianas, del tiempo que dedican en invertir para realizar cada una de sus actividades y se pregunten si algunas de éstas pertenecen a la categoría de comportamientos saludables para el cuidado de su salud. Se proporcionará retroalimentación y se reforzarán los ejemplos adecuados. Se entregarán los vales igual que en la primera sesión.

Tiempo: 12 minutos.

7.- Para terminar la sesión se despedirá con un gran aplauso por parte de los participantes, se darán las gracias, y se les recordará que asistan a la siguiente sesión, a la hora y día indicado, y por supuesto no olviden hacer su tarea para que sea revisada en la próxima sesión.

Tiempo. 3 minutos.

TALLER DE HABILIDADES SOCIALES, ASERTIVIDAD Y

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

OBJETIVO GENERAL:

- Proporcionar a los participantes un entrenamiento teórico-práctico en el manejo de las técnicas en Habilidades Sociales (H.S.), solución de problemas y asertividad para utilizarlas en situaciones de su vida cotidiana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Presentar situaciones simuladas a través del juego de roles, en el uso de las Habilidades Sociales.

- Plantear ejemplos en los que se presentan problemas de la vida cotidiana y buscar distintas estrategias de solución de problemas.
- Identificar estilos comunicativos entre los participantes y resaltar la importancia de la asertividad.
- Sugerir mecanismos para implementar las diferentes estrategias de solución de problemas, habilidades sociales y asertividad, en las distintas situaciones de la vida cotidiana.

MATERIALES:

- Diapositivas con conceptos relacionados al tema
- Pliegos de papel bond
- Plumones de colores
- Etiquetas blancas grandes (para poner los nombres de los participantes).

PROCEDIMIENTO PRIMERA SESIÓN HABILIDADES SOCIALES Y ASERTIVIDAD (Duración 2 horas):

1.- Se iniciará la sesión dando la bienvenida a los participantes y posteriormente se recogerá la tarea (Hoja de Actividades de la Vida Diaria) y después se repartirá la Hoja de actividades del Día Anterior junto con un lápiz para que sea contestada. Al terminar se recogerá el material.

Tiempo: 15 minutos.

2.- Los facilitadores encargados harán la presentación del tema de Habilidades Sociales, acto seguido por medio de la participación voluntaria se buscará identificar las expectativas de todos los participantes acerca del tema, esas opiniones se anotarán en una cartulina pues se retomarán en la conclusión de la sesión.

Tiempo: 5 minutos.

3.- Cuando todos hubiesen dado a conocer sus expectativas, los facilitadores presentarán los componentes de la habilidad social apoyados en las diapositivas y rotafolios.

Tiempo: 5 minutos.

4.- Concluida la explicación del tema se pasará a una dinámica donde se le pedirá a cinco personas que pasan a representar algunos componentes de las habilidades sociales que ya les han sido explicados para ejemplificar cómo deben ser llevados a cabo. Las acciones que se ejemplificarán son:

- Mirar con atención al interlocutor
- Mirar hacia otra parte cuando otro habla
- Que la postura corporal atienda hacia el interlocutor
- Que el cuerpo esté desviado hacia otra parte
- Asentir a lo que el otro está diciendo

Para la representación deberán pasar en parejas al centro del aula para conversar sobre algún tema y el grupo observará la conversación. No se les dirá que deben poner atención a los elementos de Habilidades sociales.

Tiempo: 30 minutos.

5.- Al término de la dinámica los facilitadores darán paso al tema de Asertividad apoyados en rotafolios.

Tiempo: 5 minutos.

6.- Después se les repartirá una Inventario sobre Asertividad y se irá contestando junto con ellos mientras se les leen las preguntas. Esto tiene como finalidad que cada uno de los participantes se de cuenta de su estilo comunicativo.

Tiempo: 15 minutos.

7.- Posteriormente se formarán equipos de cuatro o cinco personas para que realicen la siguiente actividad donde se les dirá que cada equipo es un estilo de comunicación diferente (agresivo, pasivo, pasivo-agresivo, manipulativo y asertivo) y que en equipo deben formular una situación en la que actúen conforme a ese estilo que les tocó.

Cada equipo pasará al frente a representar su historia y cuando termine todo el grupo dará retroalimentación hacia la actividad.

Tiempo: 40 minutos.

8.- Por último se da una conclusión sobre los tópicos tratados durante la sesión y después se empiezan a repartir las Hojas de Actividades Diaria juntos con los vales correspondientes.

Se despide la sesión con un aplauso y haciendo hincapié en lo importante que es ser asertivo y emplear adecuadamente las Habilidades sociales.

Tiempo: 5 minutos.

PROCEDIMIENTO SEGUNDA SESIÓN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (Duración 2 horas):

1.- Se da la bienvenida y se recogerá la Hoja de Actividades de la Vida Diaria, luego se repartirá la Hoja de Actividades del día anterior para que sea llenada por los participantes.

Tiempo: 10 minutos.

2.- Posteriormente se hablará sobre el tema de Solución de problemas y para ello se presentarán los conceptos básicos en diapositiva. Por medio de un esquema se presentarán los cinco pasos para solucionar un problema. Se les proporcionará a cada participante una tarjeta con estos pasos.

Tiempo: 10 minutos.

3.- Después se anunciará una dinámica que estará encaminada a demostrar como debe solucionarse un problema, para ello se dividirá al grupo en varios equipos (de no más de 5 personas cada uno), para que en función de un problema específico que hayan mencionado antes, encuentren su solución. Se les pedirá que entablen una discusión de la solución del problema basada a partir de las siguientes preguntas:

¿Es esto un PROBLEMA para mí o para los que están cerca de mí?

¿Cómo lo veo?

¿Qué quiero hacer o lograr respecto a ese problema?

¿Cuál es mi META?

¿Qué OBSTÁCULOS enfrento para lograr mi meta?

¿CÓMO voy a lograrlo?

¿Qué tengo que hacer para llegar a mi meta?

¿Qué OPCIONES tengo?

¿Qué OPCIÓN elijo?

¿Para qué?

¿Cuáles son las ventajas y las desventajas de elegir esa opción?

REALIZACIÓN de esa opción. Revisar ¿Cómo me funcionó?

En cada equipo se discutirán situaciones problemáticas planteadas previamente para que los participantes propongan sus posibles soluciones siguiendo los pasos que les han sido proporcionados.

Tiempo: 30 minutos.

4.- Posteriormente cada equipo presentará sus problemas junto con sus soluciones al grupo y el grupo retroalimentará cada solución expuesta.

Tiempo: 30 minutos.

5.- Retomando lo realizado en la sesión anterior, se volverán a medir las conductas de Habilidad social para identificar si mejoraron o se modificaron. Para esto nuevamente se pedirá a los participantes que se pongan en círculo y que dos de ellos pasen al frente a

representar una conversación de un tema en particular, mientras los demás integrantes del grupo fungirán como observadores para que al final retroalimenten la conversación en términos de las Habilidades sociales empleadas por las parejas (sonrisas, gestos, proximidad, etc.).

Tiempo: 15 minutos.

6.-En el cierre de la sesión se dará una conclusión que retomará los tres temas tratados en las dos últimas sesiones, así mismo se dará la oportunidad de que los participantes expresen sus dudas y estas sean aclaradas por los facilitadores.

Tiempo: 15 minutos.

7.- Se dejará una tarea consistente en elegir personalmente una situación de comunicación que les sea difícil e intentar hacer algo para modificarla en su propio beneficio siguiendo los pasos que aprendieron en la sesión y anotar sus avances en su hoja semanal de registro de actividades.

Tiempo: 3 minutos

8.- Concluido lo anterior se empezarán a repartir las Hojas de Actividades de la Vida Diaria, así como los vales. Se termina la sesión aplaudiendo a los participantes e invitándolos a que pongan en práctica lo que hasta en esa sesión hayan aprendido.

Tiempo: 7 minutos.

TALLER DE AUTO-EFICACIA.

OBJETIVO GENERAL:

- Facilitar que las personas de la tercera edad realicen una re-apreciación de sus capacidades y habilidades que con el paso del tiempo han dejado de utilizar pero que aún pueden ser capaces de llevar a cabo de manera exitosa y satisfactoria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Facilitar que las personas de la tercera edad recuerden y describan aquellas ocupaciones y/o habilidades que más le satisfacía realizar.
- Facilitar que las personas de la tercera edad describan todas las capacidades y/o habilidades que consideren pueden realizar en esta etapa de su vida.
- Motivar que las personas de la tercera edad reflexionen sobre aquellas tareas (ocupaciones) que quisieran realizar sin tomar en cuenta los deseos de otros.
- Realizar una re-estructuración cognoscitiva entre aquellas actividades y/o habilidades que las personas de la tercera edad realizaban, realizan y quisieran realizar con el fin de hacerlas conscientes de que aún son capaces y que pueden lograr lo que deseen de manera exitosa y satisfactoria, sin depender necesariamente de otras personas.

MATERIALES:

- Un salón amplio y bien iluminado
- Sillas con paleta
- Hojas blancas rotuladas
- Lápices con goma
- Sacapuntas.

PROCEDIMIENTO PRIMERA SESIÓN (Duración 2 horas):

1.- Al inicio de la sesión se dará la bienvenida y se pasará asistencia, además se recogerán las Hojas de Actividades de la Vida Diaria, al mismo tiempo se repartirán hojas blancas y lápices para que hagan anotaciones de lo que les parezca necesario así como hojas que contengan resúmenes de la información del taller.

Tiempo. 5 minutos.

2.- Se repartirán posteriormente las Hojas del Inventario de Actividades del Día Anterior y se llenaran.

Tiempo: 5 minutos.

3.- Se recogerán las hojas y los facilitadores harán la presentación del tema y del objetivo de la sesión "Facilitar que las personas de la tercera edad lleven a cabo una re-apreciación de sus capacidades y habilidades que con el paso del tiempo han dejado de utilizar pero que aun las pueden realizar de manera exitosa y satisfactoria".

Tiempo: 5 minutos.

4.- Se hará una introducción al tema y para ello se preguntará ¿Qué es la Auto-eficacia para ustedes?, todas las ideas serán anotadas en un rotafolio pues serán retomadas en la conclusión de la sesión. También se les sugerirá que en las hojas blancas anoten las ideas que escuchen y que sean más relevantes para ellos para que puedan participar durante la breve exposición del tema donde se hablará de lo que es Auto-eficacia.

Tiempo: 15 minutos.

5.- Al término de la exposición se dará paso a la presentación de la dinámica y para ello un facilitador dará una breve explicación de la dinámica: a) que recuerden y describan aquellas ocupaciones y/o habilidades que más les agradaba realizar; b) que describan todas las habilidades y capacidades que consideren realizan en esta etapa de su vida; c) que reflexionen y mencionen sobre aquellas tareas (actividades u ocupaciones) que quisieran realizar y que les puedan producir placer y satisfacción, sin tener que tomar en cuenta los deseos de otros y d) que realicen una comparación entre aquellas actividades que realizaban, realizan y quisieran realizar. Todo ello para que lleven a cabo una re-estructuración cognoscitiva de lo que aún son capaces y pueden lograr, y de lo que deseen realizar de manera exitosa y satisfactoria, no necesariamente dependiendo de terceros.

Mientras se va dando la explicación de la dinámica se irán entregando tres hojas rotuladas: primera hoja "LAS OCUPACIONES QUE TENIA Y LAS COSAS QUE ME AGRADABAN HACER", segunda hoja "LAS OCUPACIONES O TAREAS QUE TENGO Y LAS COSAS QUE ME AGRADAN REALIZAR" y tercera "LAS COSAS QUE ME GUSTARIA Y PODRIA REALIZAR". Mientras, otro facilitador reparte las hojas quien hizo la presentación explicará como habrán de utilizarse cada una de las hojas que se les han entregado. Una vez que todos los participantes cuenten con sus hojas correspondientes se inicia con la dinámica.

Tiempo: 40 minutos.

6.- Pasado el tiempo establecido para finalizar la tarea se pedirá que al reverso de la última hoja (tercera) escriban a que conclusión pueden llegar, es decir, qué descubrieron de qué aún son capaces de hacer, qué sentimientos nacen a partir de esos descubrimientos y qué estarían dispuestos a hacer para llevar a cabo lo que descubrieron a partir de la contrastación que realizaron individualmente.

Tiempo: 15 minutos.

7.- Una vez que todos hayan terminado, cada uno leerá lo que escribió en cada una de las hojas y sus conclusiones. Cuando cada uno haya terminado de exponer sus actividades se le pedirá al resto del grupo que lo retroalimente o que mencionen si ellos serían capaces o no de hacer lo que están escuchando y porque.

Tiempo: 20 minutos.

7.- Para finalizar dentro de la conclusión se les remarcará que todas las actividades que se hayan mencionado ellos tienen la capacidad de hacerlas y que sólo necesitan iniciativa propia para realizarlas de acuerdo a sus capacidades.

Tiempo: 10 minutos.

8.- Por último, se les entregarán las hojas de tarea y el vale, además de la tarea de siempre se le dirá que se lleven las hojas rotuladas para que realicen la(s) actividad(es) que hayan puesto en sus conclusiones como aquellas que les gustaría realizar y que la siguiente sesión se recogerán y además deberán platicar sobre cómo la realizaron.

Tiempo: 5 minutos.

PROCEDIMIENTO SEGUNDA SESIÓN (Duración 2 horas):

1.- Los facilitadores darán la bienvenida y se recogerá la Hoja de Actividades de la Vida Diaria, luego se repartirá la Hoja de Inventario de Actividades del día anterior para que sea llenada por los participantes.

Tiempo: 15 minutos.

2.- Después se recogerá el Inventario y se les pedirá que voluntariamente cada uno comenten ¿cuál fue la actividad que realizaron durante la semana?, ¿cómo la hicieron?, ¿cómo se sintieron? Y si eso los impulsa a realizar alguna otra actividad que habían dejado de practicar.

Tiempo: 35 minutos.

3.- Al término del comentario de las actividades se dará paso a una dinámica, pero antes un facilitador encargado mencionará algunas conceptualizaciones que se mantienen actualmente sobre las capacidades de las personas de la tercera edad (recabadas a partir de un informe previo) permitiendo si es necesario que las personas expresen sus opiniones.

Tiempo: 15 minutos.

4.- Una vez terminada la exposición de opiniones se procederá a la dinámica que lleva por nombre "Juguemos a decir mentiras" donde se formarán equipos de 5 personas (aproximadamente) los cuales deberán sentarse en círculos.

A cada equipo se les darán las indicaciones: En forma voluntaria cada uno vaya expresando pensamientos y contrapensamientos, de lo que le gustaría realizar pero dice que no puede o no quiere hacerlo, es decir, explicando para cada pensamiento negativo del motivo por que no puede llevar a cabo esa actividad, un contrapensamiento positivo de la manera en que sí puede realizar dicha actividad, de acuerdo a sus propios deseos sobre sus acciones y capacidades.

El facilitador puede dar ejemplos para que puedan comenzar los equipos. Ejemplo: Una persona puede expresar su deseo de querer salir a dar un paseo a la calle "Yo quiero salir de paseo"; al mismo tiempo escribe pensamientos negativos: "Yo no puedo salir de paseo a la calle por que no tengo con quien salir"; "Yo no quiero salir de paseo a la calle por que me da miedo salir sola a la calle". Inmediatamente expresará algunos contra-pensamientos positivos: "Yo si puedo salir de paseo sola a la calle en una hora donde haya luz y seguridad en la calle"; "Yo si quiero salir de paseo a la calle y me voy a sentir bien por que puedo hacerlo".

Tiempo: 25 minutos.

5.- Una vez terminado la última persona en cada equipo se pedirán que discutan que tan acuerdo estén con los pensamientos y contra-pensamientos expresados y leerán lo que escribieron en la parte trasera de la hoja tres referente al descubrimiento y reconocimiento de sus capacidades, así llegarán a una conclusión que expresarán a los equipos restantes.

Tiempo: 15 minutos.

6.- Para finalizar este taller se dará una conclusión que retome los esfuerzos que hicieron los sujetos en la realización de las actividades y sobre las cosas que negaban pero que realmente eran las que anhelan realizar, para resaltar sus capacidades y habilidades que aún pueden poner en acción.

Tiempo: 10 minutos.

7.- Antes de despedir la sesión se les recordará que para la próxima sesión será importante que cuenten con una persona de su confianza que los acompañe, familiar o amigo; que es indispensable para su asistencia. Posteriormente se repartirán las Hojas de tarea y los vales. Por último se dará un aplauso para todos.

Tiempo: 5 minutos.

TALLER DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL.

OBJETIVO GENERAL:

- Proporcionar información a los familiares y amigos que fungirán como tutores acerca de las capacidades y limitaciones que tiene una persona de la tercera edad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Participar adultos mayores y tutores, en diversas actividades, a través del juego, en donde se manifieste la importancia de la cooperación, del apoyo, de la experiencia de las personas de la tercera edad y de sus limitaciones.
- Los tutores conocerán la importancia que tiene el apoyar a las limitaciones que se presentan con la edad, y reforzar las habilidades con las que cuentan las personas mayores.
- Proporcionar un entrenamiento a los acompañantes para reforzar y dar apoyo en la ejecución exitosa de las actividades cotidianas de los adultos mayores.

MATERIALES:

- Un salón amplio y bien iluminado
- Sillas con paleta
- Hojas blancas rotuladas
- Lápices con goma
- Sacapuntas
- Pañoletas
- Globos de colores del número 7
- Tijeras
- Papel crepé de colores
- Pegamento
- Regla de plástico de 30 cms.
- Rompecabezas de tamaño 29 X38 cms. de 63 piezas.

PROCEDIMIENTO PRIMERA SESIÓN (Duración 2 horas):

1.- Se dará la bienvenida a todos los participantes al taller y a sus acompañantes (tutores). Luego se recogen las Hojas de tarea, se repartirán y llenarán los Inventarios de Actividades del Día Anterior.

Tiempo: 15 minutos.

2.- Cuando se termine de recoger los inventarios se presentarán a los tutores pidiendo que cada uno se levante, diga su nombre, ocupación, el nombre y parentesco o relación que tiene con la persona que viene acompañando.

Tiempo: 20 minutos.

3.- Se realizará una dinámica de integración consistente en hacer un círculo con todos los integrantes y los tutores, a continuación se pedirá a uno de ellos que digan su nombre, la persona que está a la derecha dirá el nombre del primero y su nombre, el que esté a la derecha dirá el nombre del primero, del segundo y así sucesivamente.

Tiempo: 20 minutos.

4.- Se procederá a la exposición de las características de la tercera edad, así como sus experiencias, alcances y limitaciones.

Tiempo: 10 minutos.

5.- Posteriormente, se invitará a los tutores y a las personas de la tercera edad a que aporten experiencias y opiniones acerca del tema.

Tiempo: 10 minutos.

6.- Se realizará una dinámica de juego de roles frente al grupo entre las personas de la tercera edad y los tutores; se les pedirá a dos personas (tutor - anciano) que cambien de papeles en una situación proporcionada por el facilitador del taller, la cual puede ser de tres formas:

a) La persona que actúa como adulto mayor deberá pedir que lo lleven a algún lugar.

b) Quien actúa como anciano deberá pedir que le cambien al canal del televisor para ver su programa favorito.

c) El adulto mayor solicitará ser escuchado y tomado en cuenta en una conversación.

Tiempo: 15 minutos.

7.- Se le preguntará a los participantes cuáles fueron sus sentimientos y su parecer acerca de la dinámica realizada.

Tiempo: 5 minutos.

8.- Se dará paso a otro juego de roles donde se les vendarán los ojos a los familiares y se les pedirá a los ancianos que los guíen, debido a que los tutores deben zigzaguar cuatro sillas colocadas a lo largo del salón.

Tiempo: 15 minutos.

9.- Se le preguntará a los participantes cuáles fueron sus sentimientos y percepciones acerca de la dinámica realizada.

Tiempo: 5 minutos.

10.- Por último se da la despedida a esta sesión, pero antes se dejara la tarea de llevar a cabo tanto tutores como ancianos lo aprendido en los talleres, además de llenar las

Hojas de tareas. Se reparten los vales y se agradece a los tutores su presencia y a los ancianos su participación en todas las sesiones del programa.

Tiempo: 5 minutos.

PROCEDIMIENTO SEGUNDA SESIÓN (Duración 2 horas):

1.- Se dará la bienvenida a todos los participantes al taller y a sus acompañantes (tutores), agradeciendo y enfatizando la importancia de la presencia de los acompañantes. Se recogerán las tareas, las Hojas de Actividades Diarias, se pasará lista de asistencia y se llenará el inventario del Día anterior y se comentarán los logros alcanzados en la realización de metas establecidas.

Tiempo: 10 minutos.

2. Se llevará a cabo una dinámica de Integración a través del Juego con Globos. Se le dará a cada pareja (participante y acompañante) un globo que ellos mismos deberán inflar, se les pedirá que se pongan de pie y comenzarán a lanzarse el globo, cuidando que no se les caiga, pareja que sostenga el globo en el aire más tiempo ganará. Al terminar la dinámica se explicará la importancia de la comunicación y la cooperación.

Tiempo: 15 minutos.

3. Después se dará paso a otra dinámica, en la que se formarán equipos de tres personas y se les dará la siguiente instrucción: "con el material que se les proporcionará, tendrán que realizar una cadena donde: a) las tiras de papel deberán medir 21 X 5 cms., y b) se utilizará 1 cm. para unir los extremos". Se enfatizará en el trabajo de equipo y se darán 10 minutos para realizar la tarea. Ganará el equipo que haga más exacta y larga la cadena. Posteriormente se proporcionará retroalimentación, en donde se pedirá a los participantes y acompañantes emitan su opinión acerca de la actividad realizada, se hablará de la importancia de unión familiar, así como el hacer útil a todas las personas para alcanzar metas en común, se enfatizará en la experiencia y utilidad que pueden tener las personas de la tercera edad.

Tiempo: 30 minutos.

4. Enseguida se realizará un juego de roles, en donde se le solicitará a un acompañante joven, pase al frente y se imagine que tiene 85 años de edad, y que actúe una situación de su vida cotidiana, diga y piense como si tuviera esa edad. Luego, se le pide a uno de los participantes adultos mayores, que pase al frente actúe con la persona mayor la situación cotidiana y le proporcione apoyo, le de ánimo y refuerze las actividades que realiza su compañero exitosamente. Al resto del grupo se le pide que observen atentamente los mecanismos que se utilizan para recompensar los logros alcanzados por su compañero. Se discute en grupo cómo, cuándo, en dónde y bajo qué circunstancias debe darse el reforzamiento, qué reforzadores utilizar, aquellos que naturalmente se

encuentran en el medio de la persona mayor, la importancia de reforzadores sociales y la auto-recompensa.

Tiempo: 30 minutos.

5. Se continuará con una dinámica de Rompecabezas, en donde se formarán equipos de cuatro a seis personas, donde los ancianos tendrán el control de las piezas de los rompecabezas, y los acompañantes, sólo podrán dar indicaciones o guiar a los mayores en la colocación de las piezas, pero no podrán tomarlas con la mano. Una vez formados los rompecabezas, se proporcionará retroalimentación de la dinámica, en donde se resaltaré la importancia de la tolerancia a las personas mayores, y cómo otorgar apoyo cuando van logrando realizar de manera exitosa las actividades propuestas por los ancianos.

Tiempo: 30 minutos.

6. Se despedirá la sesión con un aplauso para todos, participantes y acompañantes, se les darán los vales, y se programarán las citas para los adultos mayores para llevar a cabo la post-evaluación.

Tiempo: 5 minutos.

Instrucciones

Este cuestionario le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, salud, y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si usted está inseguro acerca de la respuesta que dará a una pregunta, por favor seleccione sólo una, la que le parezca más apropiada. Esta es con frecuencia, la primera respuesta que de a la pregunta.

Por favor tenga en mente sus estándares, esperanzas, placeres y preocupaciones. Estamos preguntándole lo que piensa de su vida en las últimas dos semanas. Por ejemplo pensando acerca de las últimas dos semanas, una pregunta que podría hacerse sería:

	No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros?	1	2	3	4	5

Usted deberá poner un círculo en el número que mejor corresponde de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera encerraría en un círculo el número 4 si usted hubiera recibido un gran apoyo de otros. O encerraría con un círculo el número 1 si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las dos últimas semanas.

Por favor lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos y encierre en un círculo sólo un número, de la opción de respuesta que mejor lo describa.

Ahora puede comenzar:

	Muy pobre	Pobre	Ni Pobre Ni Buena	Buena	Muy buena
¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
2	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a cuánto ha experimentado sobre ciertos aspectos en las dos últimas semanas:

	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
6	1	2	3	4	5
7	1	2	3	4	5
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son acerca de qué tan completamente ha experimentado, o ha tenido usted oportunidad de llevar a cabo ciertas cosas en las dos últimas semanas.

	<i>Nada en lo absoluto</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>La mayor parte del tiempo</i>	<i>Completamente</i>
10 ¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11 ¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5
12 ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13 ¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14 ¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15 ¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas le piden contestar qué tan bien o satisfecho se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las dos últimas semanas.

	<i>Muy insatisfecho</i>	<i>Insatisfecho</i>	<i>Ni satisfecho ni insatisfecho</i>	<i>Satisfecho</i>	<i>Muy satisfecho</i>
16 ¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17 ¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
18 ¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19 ¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20 ¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21 ¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22 ¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5
23 ¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24 ¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25 ¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere con qué frecuencia usted ha sentido o experimentado en las dos últimas semanas.

	Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Muy seguido	Siempre
26 ¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ayudó alguien a usted a llenar esta forma? _____

¿Cuánto tiempo le tomó completar esta forma? _____

¿Tiene usted algún comentario acerca de la evaluación? _____

GRACIAS POR SU AYUDA

APÉNDICE "K"

PUNTAJES DEL WHOQoL-BREF⁵

Ana Luisa González-Celis Rangel* & Juan José Sánchez-Sosa**

Facultad de Psicología

Universidad Nacional Autónoma de México

*algcr@servidor.unam.mx

**johannes@servidor.unam.mx

A continuación se presenta la forma de asignar los puntajes de los reactivos del WHOQOL-Bref, y el procedimiento para obtener la calificación total y por área: Son 26 reactivos, de los cuales, los dos primeros corresponden a Calidad de Vida en general y percepción del estado de salud en general, con puntuación para cada uno de 1 a 5 puntos.

Los reactivos del 3 al 24 corresponden a cuatro áreas:

Salud Física (reactivos 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18)

Aspectos Psicológicos (reactivos 5, 6, 7, 11, 19 y 26)

Relaciones Sociales (reactivos 20, 21 y 22), y

Medioambiente (reactivos 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25)

Todos los reactivos se califican otorgando 1=1, 2=2, 3=3, 4=4, 5=5 puntos, en orden positivo; excepto los reactivos negativos (3, 4 y 26), que se recodifican de la siguiente manera: 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1 puntos, a partir de la respuesta que de el paciente.

Una vez asignada la puntuación a cada reactivo, se obtiene el promedio para cada una de las cuatro áreas, sumando las calificaciones y dividiendo entre el número de ítems para cada área:

Salud Física (7 reactivos)

Aspectos psicológicos (6 reactivos)

Relaciones Sociales (3 reactivos), y

Medioambiente (8 reactivos).

Después de haber obtenido el promedio para cada área, esta calificación se multiplica por cuatro. De ahí que el rango de calificación por área sea de 4 a 20. Esta calificación será para cada una de las cuatro áreas.

Adicionalmente, se suman los cuatro promedios (brutos, antes de multiplicar por cuatro) de las cuatro áreas, obteniéndose una calificación total del WHOQOL, que tendrá un intervalo, calificación mínima 4 puntos, calificación máxima 20 puntos. Lo que indicará, puntajes bajos, menor calidad de vida, puntajes altos, mejor calidad de vida.

⁵ Traducción y adaptación: González-Celis, R. A. L. y Sánchez-Sosa, J J (2001). Este trabajo es parte parcial de la Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM, del primer autor, bajo la dirección del segundo.

Del instrumento se obtendrán tres medidas generales:

Reactivo 1 = Percepción de Calidad de Vida en general

Reactivo 2 = Percepción del estado de salud en general; y

La suma total de las cuatro áreas que integran a la calidad de vida = rango de 4 a 20 puntos

Además se obtendrán cuatro medidas particulares:

Promedio para cada área, multiplicado por cuatro.

Salud Física = rango de 4 a 20 puntos

Aspectos Psicológicos = rango de 4 a 20 puntos

Relaciones Sociales = rango de 4 a 20 puntos, y

Medioambiente = rango de 4 a 20 puntos

Las calificaciones para cada dominio se pueden transformar en puntajes en una escala de 0 a 100, de acuerdo a la tabla No. 4 (WHOQoL, 1996), donde se presenta el método para convertir los puntajes brutos en puntajes transformados de 0 a 100.

Los resultados de la aplicación del WHOQoL-Bref, en su versión en español; a una muestra de 27 sujetos adultos mayores, de edades entre 55 y 74 años; en relación a sus propiedades psicométricas, exhiben apropiados valores en cuanto a su consistencia interna inter-reactivos (Alpha de Cronbach=0.75). Asimismo, se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$), entre el pre-test y el post-test, después de una intervención con enfoque cognoscitivo-conductual. Los valores promedios en el pre-test y en el post-test, para cada uno de los cuatro dominios son los siguientes: Salud Física (59.41%; 65.0%); Salud Psicológica (62.45%; 68.95%); Relaciones Sociales (43.6%; 55.9%); y Medio Ambiente (53.58%; 57.29%). Estos datos se pueden comparar con los datos normativos presentados por la Organización Mundial de la Salud, encontrados en los 15 centros a nivel internacional del grupo de trabajo de la OMS.

Referencias

- Harper A, Power M (1998). Development of the World Health Organization WHOQoL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28: 551-558.
- Power M, Bullinger M, Harper A, The World Health Organization Quality of Life Group (1999). The World Health Organization WHOQoL-100: Tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology*. 8(5): 495-505.
- WHOQOL-Group (1996). WHOQOL-Bref. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Programme on Mental Health. World Health Organization.
- WHOQOL-Group (1997). WHOQOL Measuring Quality of Life. Programme on Mental Health. World Health Organization.
- WHOQOL-Group (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science of Medicine*. 46(12): 1569-1585.

