



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA



MODELO EXPLICATIVO DEL BIENESTAR Y DEPRESIÓN A PARTIR DE FACTORES
BIOPSIICOSOCIALES Y ESTILOS IDENTITARIOS.

TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MTRA. LIZBETH VERA ESQUEDA

NUMERO DE CUENTA: 0821899

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. MARTHA ELIZABETH ZANATTA COLÍN

COMITÉ TUTORAL:

DRA. EN INV. ALEJANDRA MOYSÉN CHIMAL

DRA EN INV. NORMA IVONNE GONZÁLEZ ARRATIA LÓPEZ FUENTES

DR. EN ED. ARISTEO SANTOS LÓPEZ

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, ENERO 2022

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
SUMMARY	8
INTRODUCCIÓN	9
Capítulo I. Estilos Identitarios en Adultos Mayores	14
1.1. Antecedentes sobre el estudio de la identidad.....	14
1.2. Abordaje teórico del concepto de identidad	15
1.3. Configuración, construcción y reconstrucción identitaria	16
1.4. Estilo identitario en el adulto mayor	21
Capítulo II. Factores biopsicosociales asociados a la reconstrucción identitaria del adulto mayor	27
2.1. La salud como elemento rector de la identidad en el adulto mayor.....	29
2.2. El papel del apoyo social en la reconstrucción identitaria del adulto mayor	30
2.3. La escolaridad como elemento rector del estilo identitario en el adulto mayor	35
2.4. El papel de la ocupación en la reconstrucción identitaria del adulto mayor	38
2.5. El papel del sexo y género en la reconstrucción identitaria	39
Capítulo III. Bienestar y Depresión en el adulto mayor	42
3.1. Bienestar.....	43
3.1.1. Antecedentes en el estudio del bienestar	43
3.1.2. Abordaje teórico del bienestar.....	45
3.1.3. Bienestar en el adulto mayor	48
3.2 Depresión	50
3.2.1. Antecedentes de la depresión.....	50
3.2.2. Abordaje teórico de la depresión.....	51

3.2.3. Depresión en el adulto mayor	55
Capítulo IV. Construcción de pruebas psicométricas	57
4.1. Antecedentes de la Evaluación Psicológica	57
4.2. Proceso de construcción de Instrumentos	58
4.3. Propiedades psicométricas de los instrumentos	62
4.3.1. Evidencia de validez	63
4.3.2. Evidencia de precisión	69
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	72
Capítulo V. Método.....	76
5.1. Objetivo general.....	76
5.2. Primera fase. Construcción de instrumentos	76
5.2.1. Objetivos específicos	76
5.2.2. Tipo de estudio.....	77
5.2.3. Variables.....	77
5.2.4. Participantes	79
5.2.5. Instrumentos	80
5.2.6. Hipótesis.....	81
5.2.7. Diseño de investigación	82
5.2.8. Procedimiento de obtención de datos.....	82
5.2.9. Procesamiento y análisis estadístico de los datos.....	83
5.3. Segunda fase. Modelo explicativo del estilo identitario de integridad y desesperanza a partir de los factores biopsicosociales	84
5.3.1. Objetivos específicos	84
5.3.2. Tipo de estudio.....	84
5.3.3. Variables.....	84
5.3.4. Participantes	88

5.3.5. Instrumentos	89
5.3.6. Hipótesis.....	90
5.3.7. Diseño de investigación	91
5.3.8. Procedimiento de obtención de datos.....	91
5.3.9. Procesamiento y análisis estadístico de los datos.....	91
5.4. Tercera fase. Modelo explicativo de la depresión y el bienestar psicológico a partir de factores biopsicosociales y los estilos identitarios	92
5.4.1. Objetivo específico	92
5.4.10. Consideraciones éticas	98
5.4.2. Tipo de estudio.....	92
5.4.3. Variables.....	92
5.4.4. Participantes	95
5.4.5. Instrumentos	95
5.4.6. Hipotesis.....	96
5.4.7. Diseño de investigación	96
5.4.8. Procedimiento para la obtención de datos.....	97
5.4.9. Procedimiento y análisis de datos.....	97
RESULTADOS	100
6.1. Resultados primera fase.....	100
6.1.1. Evidencia sobre la validez y confiabilidad/precisión del instrumento: Integridad en el Adulto Mayor (IAM)	100
6.1.1.1. Evidencia de validez sustentada en el contenido.....	100
6.1.1.2. Evidencia de validez sustentada en la estructura interna.....	102
6.1.1.3. Evidencia de precisión	109
6.1.2. Evidencia sobre la validez y confiabilidad/precisión del instrumento: Desesperanza en el Adulto Mayor (DAM).....	110

6.1.2.1. Evidencia de validez sustentada en el contenido.....	110
6.1.2.2. Evidencia de validez basada en la estructura interna.	112
6.1.2.3. Evidencia de confiabilidad/precisión Desesperanza en el Adulto Mayor (DAM).	119
6.1.3. Evidencia sobre la validez y confiabilidad/precisión del instrumento: Bienestar Psicológico (BP-22)	120
6.1.3.1. Evidencia de validez basada en la estructura interna del instrumento “Bienestar psicológico BP-22”	120
6.1.3.2. Evidencia de precisión.....	127
6.2. Resultados segunda fase	128
6.2.1. <i>Explicar la reconstrucción del estilo identitario de integridad en el adulto mayor a partir de los factores biopsicosociales de apoyo social, salud, ocupación, escolaridad y sexo</i>	131
6.2.2. <i>Explicar la reconstrucción del estilo identitario de desesperanza en el adulto mayor a partir de los factores biopsicosociales de apoyo social, salud, ocupación, escolaridad y sexo.</i>	133
6.3. Resultados tercera fase.....	134
6.3.1. Modelo explicativo del bienestar a partir de factores biopsicosociales y el estilo identitario de integridad en el adulto mayor	135
6.3.2. <i>Modelo explicativo de la desesperanza a partir de factores biopsicosociales y el estilo identitario de integridad en el adulto mayor</i>	140
DISCUSIÓN.....	145
Fase dos: Modelo explicativo de los estilos identitarios de la Integridad y Desesperanza en el adulto mayor.	154
Fase tres: Modelo explicativo del bienestar psicológico y la depresión en el adulto mayor a partir de los factores biopsicosociales y el estilo identitario.	158
Fase uno construcción de los instrumentos: IAM, DAM y BP-22.....	145

Limites del estudio.....	168
REFERENCIAS	169
Anexo A. Ítems propuestos para el Instrumento Integridad en el Adulto Mayor.....	195
Anexo B. Ítems propuestos para el Instrumento Desesperanza en el Adulto Mayor	197
ANEXO C. Carta de consentimiento informado	199
ANEXO D. Formato de aplicación Instrumentos: Integridad en el adulto mayor (IAM) y Desesperanza en el adulto mayor (DAM)	200
ANEXO E. Formato de aplicación instrumento: Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido	203
ANEXO F. Formato de aplicación de Instrumento: Bienestar Psicológico (BP-22).....	204
ANEXO G. Formato de aplicación Instrumento: Inventario de Depresión de Beck.....	205
ANEXO H. Evidencia publicación de artículo. Diseño y validez de contenido de instrumento: estilos identitarios en adultos mayores.....	206
ANEXO I. Evidencia envío de artículo. Evidencia de validez referida en la estructura interna de instrumentos sobre estilos identitarios.....	207

RESUMEN

El objetivo de investigación es: explicar el bienestar y depresión en el adulto mayor a partir de los estilos identitarios y factores biopsicosociales. Se plantean dos hipótesis: Ho1. Los factores biopsicosociales y la integridad no explican el bienestar en el adulto mayor. Ho2. Los factores biopsicosociales y la desesperanza no explican la depresión en el adulto mayor. Se realizó una investigación cuantitativa de tres fases; primera, un estudio instrumental cuyo objetivo fue validar el BP-22 y construcción de instrumentos sobre estilo identitario (IAM y DAM); segunda, explicar la integridad y desesperanza a partir de los factores biopsicosociales, se utilizaron los instrumentos IAM, DAM MSPSS y ficha sociodemográfica; tercera, explicar el bienestar y depresión a partir del estilo identitario y factores biopsicosociales, se emplearon los instrumentos BP-22 y GDS, y de la fase anterior. Participaron 294 personas para el AFE y 313 en el AFC, fase dos y tres. Los resultados de la primera fase muestran que IAM se conformó de tres factores, $\sigma^2=31.669$, puntajes aceptables en χ^2/gla , GFI y AGFI SRMR y RMSEA; los índices de ajuste incremental mostraron puntajes bajos; alfa de F1=.734, F2=.703 y F3=.620; omega F1=.738, F2=.709 y F3=.632; se mostró congruencia teórica. DAM se conformó por tres factores, $\sigma^2=52.57$, puntajes aceptables en χ^2/gla , índices de ajuste absoluto e incremental; alfa de F1=.875, F2=.814 y F3=.771; omega F1=.876, F2=.826 y F3=.0773; se mostró congruencia teórica. El BP-22 refirió tres factores, $\sigma^2=48.09\%$; se reportan χ^2/gla , GFI; SRMR, RMSEA, TLI, CFI e IFI aceptables, AGFI y NFI bajos; alfa de F1=.880, F2=.751 y F3=.724; omega F1=.881, F2=.755 y F3=.725. Segunda fase, apoyo social de familia y amigos explica el 16.7% de integridad; escolaridad, sexo y apoyo social familiar, el 28.3% de desesperanza. Tercera, valores aceptables en χ^2/gla y RMSEA, bajos en el resto de índices de ajuste absoluto e incremental; el modelo de depresión manifestó valores admisibles en χ^2/gla y bajos en índices de ajuste absoluto e incremental. Se rechazan las Ho1 y Ho2. Se revela la necesidad de continuar con la investigación sobre bienestar

y depresión en grupos vulnerables, para el desarrollo de programas destinados al fortalecimiento de conductas saludables en este periodo de vida.

PALABRAS CLAVE

Bienestar psicológico, depresión, estilo identitario, factores biopsicosociales.

SUMMARY

The research objective is explain well-being and depression in the elderly from biopsychosocial factors and identity styles. For this, two hypotheses are proposed: Ho1: Biopsychosocial factors and wholeness do not explain well-being in the elderly. Ho2: Biopsychosocial factors and hopelessness do not explain depression in the elderly. A three-phase quantitative investigation was carried out; first, an instrumental survey whose objective was to validate the BP-22 and construction of instruments on identity traits (IAM and DAM); second, explain the integrity and hopelessness by the biopsychosocial factors, the instruments AMI, DAM MSPSS and sociodemographic data; third, to explain well-being and depression from the identity traits and biopsychosocial factors, instruments BP-22 and GDS and from the previous phase were used. In the survey, 294 people participated in the AFE and 313 in the AFC in the phase two and three. The results of the first phase show that AMI was made up of three factors, $\sigma^2 = 31,669$, acceptable scores in χ^2 / gla , GFI and AGFI SRMR and RMSEA; the incremental fit indices showed low scores; alpha of $F1 = .734$, $F2 = .703$ and $F3 = .620$; omega $F1 = .738$, $F2 = .709$ and $F3 = .632$; theoretical congruence were shown. DAM was made up of three factors, $\sigma^2 = 52.57$, acceptable scores in χ^2 / gla , absolute and incremental fit indices; alpha of $F1 = .875$, $F2 = .814$ and $F3 = .771$; omega $F1 = .876$, $F2 = .826$ and $F3 = .0773$; again, theoretical congruence were shown. The BP-22 referred to three factors, $\sigma^2 = 48.09\%$; χ^2 / gla , GFI; SRMR, RMSEA, TLI, CFI and IFI were acceptable, AGFI and NFI low; alpha of $F1 = .880$, $F2 = .751$ and $F3 = .724$; omega $F1 = .881$, $F2 = .755$ and $F3 = .725$. Second phase, social support from family and friends explains 16.7% of wholeness; schooling, sex and family social support, 28.3% of hopelessness. Third, acceptable values for χ^2 / gla and RMSEA, low in the rest of the absolute and incremental fit indices; the depression model showed admissible values in χ^2 / gla and low in absolute and incremental fit indices. Ho1 and Ho2 were rejected. This shown the necessity to continue the research on well-being and depression in vulnerable groups for the development of programs aimed at strengthening in healthy behaviors in the elderly.

KEY WORDS

Psychological well-being, depression, identity style, biopsychosocial factors.

INTRODUCCIÓN

El bienestar y la depresión parecen ser dos conceptos opuestos que son estudiados desde posturas diferentes; el primero, encuentra sus antecedentes desde la filosofía Aristotélica hasta la psicología positiva; la segunda, desde el estudio de la psicopatología cuyos antecedentes son extensos, reconocidos y han servido para realizar clasificaciones de trastornos mentales, como el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) o la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-11); sin embargo, parece necesario considerar que más que excluyentes son estados cognitivos emocionales que se presentan durante el desarrollo evolutivo de la persona.

Los teóricos que han realizado aportaciones relevantes sobre la comprensión del bienestar se han dado a la tarea de describir algunos de sus elementos. Para Carr (2007), se refiere a las sensaciones positivas como alegría o serenidad, además, de estados positivos como la fluidez; Ryff (1989; como se cita en Hervás, 2009) plantea un modelo explicativo acerca del bienestar psicológico, y propone seis dimensiones básicas: auto aceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito de vida y crecimiento personal. Respecto al bienestar subjetivo, su representante es Diener (como se cita en Torres y Flores, 2018), quien refiere que los elementos configurativos del bienestar son: subjetividad, presencia de indicadores positivos, ausencia de indicadores negativos, y valoración global de vida. Para Rice es un proceso que tiene como indicadores: satisfacción con la vida, ánimo, felicidad, congruencia y afecto” (como se cita en Escobar, 2013, p. 21). Otros autores (Escobar, 2013; Noriega et al., 2017) proponen una conceptualización integradora del bienestar psicológico y subjetivo, que considera tanto la realización del propio potencial como a la felicidad entendida como un nivel elevado de afectos positivos; es bajo esta propuesta que se fundamenta la presente investigación.

En estudios recientes se ha reportado la relación de la identidad con el bienestar; por ejemplo, Van Hiel y Vansteenkiste (2009) lo asocian con la identidad del ego; otros autores (Ilyas et al., 2020; Meléndez et al., 2020; Westerhof et al., 2017; Westerhof y Barrett, 2005) van más allá y refieren que una forma sintónica de vivir la vejez dirige a una tendencia de envejecimiento positivo que puede reflejarse en dicho estado.

La depresión es un tema profundamente estudiado alrededor del cual han surgido varias teorías; por ejemplo, Lakdawalla, Hankin y Mermelstein (2007) refieren que la Teoría de Beck parte de la premisa que la depresión surge como resultado de “inferencias derivadas de cogniciones distorsionadas y procesos basados en esquemas” (p. 6); sin embargo, otras propuestas como la de Yesavage (1988) se sustentan en los Criterios Diagnósticos para la Investigación (RCD por sus siglas en inglés [Research Diagnostic Criteria]) y son dirigidas a la población geriátrica; por tanto, es el fundamento bajo el cual se soporta la comprensión de la depresión en el presente trabajo de investigación.

La depresión es considerada un trastorno generador de un problema de salud pública que afecta a diversos sectores de la población, pero, especialmente alta en algunos, tales como, población geriátrica, al reportarse una prevalencia del 40.17% (Martínez et al., 2020); con una sintomatología que va desde un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés, hasta tensión, pena, sufrimiento físico y emocional (Canto y Castro, 2004). Por otra parte, mantiene una estrecha relación con la identidad, pues, es acompañada de un sentimiento de desesperación (Dezutter et al., 2020) que se caracteriza por insatisfacción con la vida y está presente en el estilo identitario distónico (Erikson, 1985). La relación de la identidad y estados como el bienestar o la depresión hacen necesaria una revisión teórica del primer constructo.

La identidad constituye un campo llamativo desde diversas disciplinas y puede ser abordada desde el enfoque social-cultural o evolucionista. En el primer caso se encuentran autores como Dubar (2002), Geertz (1973), Habermas (1975) y Larrain (2008) quienes convergen en señalar a la participación colectiva, los procesos de socialización, el sentido de pertinencia y las identificaciones como principales elementos constructores de la identidad. El segundo, tiene como principales representantes teóricos a: Berzonsky (1992), Erikson (1985), Grinberg y Grinberg (1980) y Marcia (1966), quienes la han fundamentado en los vínculos, identificaciones e integraciones internalizadas.

La presentación de los dos enfoques hace pertinente señalar que, para efectos del presente trabajo, la identidad es abordada desde un enfoque evolucionista, puesto que, permite conocer el proceso de construcción y configuración personal a partir de las experiencias subjetivas desde la infancia hasta la vejez; así mismo, es definida por Zanatta y Plata (2012a) como un proceso de reflexión del ser sobre sí mismo, que permite constituirse como persona diferenciándose de los demás a través de un proceso de individuación. Se retoma el planteamiento Ericksoniano para comprender a fondo su construcción y configuración.

Erikson (1985) habla de la identidad como un estadio correspondiente a la adolescencia en el cual se construye una identidad propia. El logro de esta etapa, surge gracias a la capacidad del yo para integrarse de forma madura, aunque, ciertos ritos, rituales y movimientos consientan un mundo de infancia durante el transcurso a la edad adulta. Los extremos de la experiencia subjetiva, alternativas, elección ideológica y potencialidades de compromiso realista pueden ser objeto de juego social y dominio conjunto (Erikson, 2004).

Posteriormente, Marcia (1966) retoma el planteamiento de Erikson y propone *status identitarios* que tienen como finalidad conformar una identidad de logro que permite tener una conducta y actitud positiva hacia la vida, yo fortalecido, autoconcepto y ajuste global estable. Berzonsky retoma este planteamiento y define al estilo identitario como “el conjunto de estrategias sociales y cognitivas que sirven para la construcción de la identidad personal otorgando un marco de referencia y administrando los recursos psíquicos para la adaptación y sobrevivencia” (1992. p. 138); en el adulto mayor es el resultado de una historia personal que ha dispuesto de estrategias que marcan una tendencia del yo.

Para la comprensión sobre el andamiaje del estilo identitario en el adulto mayor es necesario remitir de nuevo a Erikson (1985) quien sustenta la construcción psíquica hasta la vejez. Este autor señala el paso por estadios en los cuales la tarea principal es la solución a una crisis psicosocial como un periodo crítico de evolución de un estadio a otro; durante el octavo estadio (vejez) se resuelve la tendencia entre la integridad desde lo sintónico y la desesperanza como distónico que se sustentan en los potenciales sintónicos o distónicos antecedentes. En consecuencia, el estilo identitario surge como un proceso evolutivo que integra de forma gradual las necesidades libidinales, capacidades promovidas, identificaciones significativas, defensas efectivas, sublimaciones exitosas y roles consistentes. (Erikson, 1985)

Aunado a la solución de la crisis correspondiente al octavo estadio, parece necesario considerar que al ser seres biopsicosociales (Erikson, 1985) se encuentran influidos en influyentes en factores que marcan una tendencia de vida; los adultos mayores deben enfrentarse a situaciones como: pérdidas personales, de salud, deterioro de roles sociales, entre otros que pueden afectar la propensión de envejecimiento (Vera y Zanatta, 2019). Bajo esta lógica, se hace una revisión de los elementos que favorecen un estilo identitario orientado a un polo sintónico o distónico.

Los factores que contribuyen en marcar una tendencia de envejecimiento son el apoyo social familiar (Alfonso et al., 2016; Arés Muzio, 2002; Carter, 2018; Escalona y Ruiz, 2016; Pelcastre-Villafuerte et al., 2011; Rodríguez et al., 2012; Rojas y Avilés, 2014; Saavedra-

González et al., 2016; Zanatta y Plata, 2012b); apoyo social de amigos (Alfonso et al., 2016; Carter, 2018; Pelcastre-Villafuerte et al., 2011); salud física (Bail Pupko y Azzollini, 2015; Cantú Guzmán, 2012); ocupación (Ferrada y Zavala, 2014; Lillo, 2003); escolaridad (Delors et al., 1996; Heller, 1977; Yurén Camarena, 1996; Zanatta Colín et al., 2011; Yurén Camarena, 1996); y sexo (Carbajal Reyes et al., 2019; Lamas, 2013; Nash, 2006).

Los factores biopsicosociales tienen influencia en el estilo identitario y éste en el bienestar y la depresión del adulto mayor, sin embargo, para probar dicha relación se propone el siguiente objetivo de investigación:

- Explicar el bienestar psicológico y la depresión en el adulto mayor a partir de los estilos identitarios de integridad y desesperanza así como de los factores biopsicosociales como el apoyo social, salud, ocupación, estado civil, escolaridad y sexo.

Para cumplir con el objetivo planteado, se realizó una investigación de tipo cuantitativa de tres fases que permitió dar coherencia al proceso de construcción teórica. La primera, consiste en un estudio de tipo instrumental que tuvo como finalidad la construcción de dos instrumentos sustentados en la Teoría de Erikson capaces de evaluar el estilo identitario en el adulto mayor; además de obtener evidencia de validez referida en el contenido y estructura interna, y confiabilidad/precisión del instrumento “Bienestar Psicológico (BP-22)” en adultos mayores. Por tanto, se plantean los siguientes objetivos específicos para ésta fase.

- Diseñar un instrumento que posea evidencia de confiabilidad/precisión y validez referida en el contenido y estructura interna, capaz de explorar el estilo identitario de Integridad en el adulto mayor sustentado en la Teoría de Erikson.
- Obtener evidencia de confiabilidad/precisión y validez referida en el contenido y estructura interna del instrumento: Integridad en el adulto mayor (IAM).
- Diseñar un instrumento que posea evidencia de confiabilidad/precisión y validez referida en el contenido y estructura interna, capaz de explorar el estilo identitario de desesperanza en el adulto mayor sustentado en la Teoría de Erikson.
- Obtener evidencia de confiabilidad/precisión y validez referida en el contenido y estructura interna del instrumento: Desesperanza en el adulto mayor (DAM).
- Obtener evidencia de confiabilidad/precisión y validez referida la estructura interna del instrumento Bienestar Psicológico (BP-22) en adultos mayores.

En la segunda fase se realizó un estudio explicativo sobre los estilos identitarios de integridad y desesperanza en el adulto mayor. Por lo anterior, se plantean dos objetivos específicos.

- Explicar la reconstrucción del estilo identitario de integridad en el adulto mayor a partir de los factores biopsicosociales de apoyo social familiar y de amigos, salud, ocupación, escolaridad y sexo
- Explicar la reconstrucción del estilo identitario de desesperanza en el adulto mayor a partir de los factores biopsicosociales de apoyo social familiar y de amigos, salud, ocupación, escolaridad y sexo.

En la tercera fase se realizó un estudio explicativo de la depresión y el bienestar psicológico del adulto mayor a partir del estilo identitario, para lo cual se plantean dos objetivos específicos.

- Explicar el bienestar en el adulto mayor a partir de los factores biopsicosociales y el estilo identitario de integridad en el adulto mayor.
- Explicar la depresión en el adulto mayor a partir de los factores biopsicosociales y el estilo identitario de desesperanza en el adulto mayor.

Con la finalidad de identificar los factores biopsicosociales que explican el estilo identitario de integridad y desesperanza en el adulto mayor se realizó una revisión teórica sobre los factores biopsicosociales asociados al estilo identitario, bienestar y depresión; a continuación, se correlacionaron las variables y se realizó un análisis de regresión lineal múltiple. Los resultados mostraron que los más representativos en el estilo identitario de integridad son: apoyo social familiar y de amigos; mientras que en desesperanza fueron: el apoyo social familiar, escolaridad y sexo; esto permitió pasar a la siguiente fase de investigación. Durante la tercera etapa de investigación se realizó un análisis de correlación entre los estilos identitarios, el bienestar y depresión con la finalidad de integrar los resultados en dos modelos explicativos.

El estudio del bienestar y la depresión en el adulto mayor resulta relevante, si bien, es amplia la investigación al respecto, aún se requiere contar con mayor evidencia empírica que permita la comprensión del mismo; aportar instrumentos de medición propios para este grupo etario que permitan la medición de estos constructos es indispensable, puesto que, ofrecen una aproximación teórica y metodológica. Estos hallazgos pueden ser útiles, no sólo para la

evaluación de los estilos identitarios, sino que, en un futuro pueden ser propicios para la creación de programas de intervención en beneficio de la salud mental de los adultos mayores.

Capítulo I. Estilos Identitarios en Adultos Mayores

1.1. Antecedentes sobre el estudio de la identidad

La identidad explica la construcción psíquica del sujeto a partir de la relación con su grupo. Dicha construcción es explicada desde diversas disciplinas como la Sociología, Psicología, Filosofía y la Antropología, por mencionar algunas. Brewer (como se cita en Vera y Valenzuela, 2012) identifica diferentes tipos de usos del concepto de identidad: centradas en el autoconcepto, derivadas de relaciones interpersonales, por tipo de roles, identidad como percepción del yo integrado en unidad social o grupo y construcción a partir de una agrupación. Lo anterior denota la amplia aplicación del concepto en diferentes campos de estudio. Por tanto, parece necesario clarificar el tipo de abordaje de la identidad que sustenta el presente trabajo de investigación.

En psicología se pueden identificar dos enfoques teóricos sobre la identidad: social-culturalista o evolucionista. En el primer caso, autores como Dubar (2002); Geertz (1973); Habermas (1975); Larrain (2008); señalan la participación colectiva, los procesos de socialización, el sentido de pertinencia y las identificaciones como principales elementos constructores de la identidad. A partir de este planteamiento se derivan otros conceptos como: identidad cultural, nacional, organizacional, de género, entre otras. Sin embargo, a pesar de la variedad de conceptos, en todos los casos se mantiene en su esencia una correspondencia reactiva entre el grupo social y el individuo.

En el enfoque evolucionista encontramos teóricos como: Berzonsky (1992); Erikson (1977); Freud (2000); Grinberg y Grinberg (1980); Marcia (2012); Tausk (1919). Los autores de dicho enfoque, han fundamentado la construcción identitaria por medio de los vínculos, identificaciones e integraciones internalizadas. Desde éste abordaje, el primer teórico en hacer referencia a la identidad fue Tausk (1919) quien en su obra “Acerca de la génesis del aparato de influencia en el curso de la esquizofrenia” habla sobre la construcción identitaria y plantea sus

inicios posterior a la concepción mediante elementos como la satisfacción de sí mismo, la proyección del propio cuerpo y el descubrimiento de sí mismo. Por otra parte, Freud aborda el término como identidad del yo y, con un tinte social, al explicar su vínculo con el judaísmo (Grimberg y Grimberg, 1980).

Erikson (1985) en su obra conocida como "teoría psicosocial, esencial para comprender la construcción identitaria, parte de la premisa de la construcción de la identidad como la tarea evolutiva de la adolescencia y le otorga una connotación dinámica por presentar una construcción permanente a lo largo de la vida. En su libro "El ciclo vital completado", plantea ocho estadios que abarcan desde la infancia a la vejez, refiere el proceso de construcción de la identidad en cuatro status que van de: la difusión, moratoria, compromiso y el logro de identidad. A partir de este planteamiento, otros autores como Berzonsky (1992); Grinberg y Grinberg (1980); Marcia (2012); realizan aportaciones que llevan a la construcción del concepto "estilos identitarios". Los estilos dan cuenta de la tendencia en la orientación identitaria del sujeto lograda a partir de la solución a las diferentes tareas evolutivas señaladas por la teoría de Erikson (1985). Con la finalidad de comprender la concepción actual del estilo identitario en el adulto mayor, desde un enfoque evolucionista, el presente capítulo expone las diferentes acepciones y abordajes teóricos del proceso de construcción, reconstrucción y configuración identitaria.

1.2. Abordaje teórico del concepto de identidad

El origen etimológico del término identidad según la Real Academia Española es del latín *identitas* y hace referencia a la "cualidad de idéntico, se le llama de ésta forma al conjunto de rasgos propios que caracterizan a un individuo o una colectividad, también alude a la conciencia que tiene una persona o colectividad, de ser ella misma y distinta a las demás..." (2019, párr. 1-3). Las diferentes definiciones otorgadas por esta institución atienden la concepción personal y social, incluso refiere algunos procesos como la identificación y la diferenciación que han sido señalados por algunos psicoanalistas.

Desde la Psicología, la identidad se ha implementado como un proceso de construcción y configuración personal en diversas etapas de la vida. Erikson (1977) señala que es parcialmente consciente e inconsciente, posee su propio periodo evolutivo, es producto de identificaciones y fragmentos de las etapas anteriores a la adolescencia. Para este autor, es en este periodo cuando la construcción identitaria encuentra su clímax, aun cuando tiene antecedentes de la infancia y sufrirá reconstrucciones en las etapas evolutivas subsecuentes.

Grinberg y Grinberg (1980) fundamentan la definición de identidad como un sentimiento a partir del conocimiento de la persona de ser una entidad separada y distinta de otras, en el planteamiento de Erikson. Por tanto, implica un proceso de identificación y asimilación del yo, posee la cualidad de distinguir a una persona del resto del grupo desde el momento en el que se elige el nombre con el cual se llamará y con el que se responderá al cuestionamiento ¿Quién soy?

Marcia (1966) argumenta que la identidad es el resultado de la crisis psicosocial que ocurre en la adolescencia a partir de sintetizar las identificaciones de la infancia. Dicho autor construye una tipología de cuatro status identitarios fundamentados en la teoría Psicosocial de Erikson. El adolescente atraviesa dichos status para poder consolidar su identidad, así mismo, aporta algunos elementos como las manifestaciones comportamentales y el desempeño de tareas cognitivas a modo de expresiones del estilo. La propuesta teórica de este autor comprende: la relación parental como parte de variables de índole social, toma de decisiones y la construcción del instrumento *Ego-Identity Status*.

Zanatta y Plata (2012b) señalan a la identidad como un proceso de reflexión del ser sobre sí mismo que le permite construirse como persona diferenciándose de los demás. Las autoras indican que ésta hace referencia a los procesos subjetivos de caracterización a través de autorepresentaciones (lo que pienso) y heterorepresentaciones (lo que los otros piensan) del sí mismo, de los otros, del mundo y de los supuestos colectivos. Concepción que comprende la interdependencia de la persona con el grupo y el contexto en el que se desarrolla.

Las aportaciones anteriores convergen en la participación que tiene el grupo social en la construcción de la identidad y la reflexión de sí mismo. No obstante, otras aportaciones como los elementos cognitivos y comportamentales dan cuenta de la expansión del término. Erikson (1977) consideró en un principio el concepto “identidad” sólo como una característica de la adolescencia, pero el proceso de reconstrucción de la identidad precedido de crisis evolutivas se expandió a otras etapas de la vida como la niñez y adultez. Por tanto, es pertinente exponer el papel de la identidad como constructor del ser y elemento estructurante de la personalidad, en relación con sí mismo y con el grupo social tal como lo refieren Zanatta y Plata (2012a).

1.3. Configuración, construcción y reconstrucción identitaria

El estudio de la identidad concibe dos procesos; la configuración y la construcción. El primero hace referencia a los elementos que son integrados desde las diferentes dimensiones

en las que el individuo se desarrolla (Zanatta y Plata, 2012a). En cuanto al segundo se encuentran dos vertientes, por una parte la postura esencialista expone a la identidad como un proceso de construcción infantil, en dicho periodo las figuras significativas participan como ejes formadores, durante esta etapa predomina un sentimiento de individualidad, unicidad e ipseidad. Por otro lado, la nominalista considera a la identidad como un proceso reflexivo, abstracto y dinámico que se reintegra a partir del análisis entre la relación entre la autoimagen y la percepción de los otros, conociendo este proceso como reconstrucción identitaria.

La configuración identitaria hace referencia a elementos que conforman la identidad. Zanatta y Plata (2012b) proponen una noción de dispositivo que integra procesos provenientes de tres esferas: la personal, microsial (familiar) y macrosial (social cultural). En dichos procesos se muestra que la identidad se encuentra influenciada por aspectos personales, culturales y sociales. La esfera personal se configura a través de representaciones del sí mismo desde lo psíquico, lo corporal y lo social, que atañen a la autopercepción y la heteropercepción que se estructura a partir de la percepción de la aceptación, apoyo y estima de los otros. Sentimientos que resultan imperantes para instaurar la experiencia de protección interna y sentimiento de amor a sí mismo. Otro elemento que contribuye a la formación de la identidad es el ideal del yo, formado a través de los padres y que da lugar al superyó que es regido por el principio de idealidad. Por tanto, una representación de sí mismo deteriorada más un ideal del yo grandioso resultará en una autoestima devaluada y carente de seguridad; la autoestima dependerá de la distancia entre el yo real y el yo ideal (Zanatta y Plata, 2012a).

La esfera microsial tiene como base la familia y el grupo social. Los padres se constituyen como agentes para internalizar: la ideología cultural, la formación de valores, creencias y disposiciones socioculturales. El nivel de influencia dependerá del proceso de identificación entre el individuo y su familia. En un principio, la configuración identitaria tiene como antesala una identidad atribuida puesto que, intervienen los deseos, expectativas y anhelos de los padres. El sujeto se forma conforme a un ideal construido por otros y le demanda una posición que asumir. Posteriormente, la identidad otorga una imagen compleja sobre sí mismo, que permite posicionarse frente al mundo de un modo coherente y con una forma de pensamiento. El tipo de interacción con la familia mostrará tendencias entre la aceptación o rechazo que se asociarán a un proceso de identificación positivo o negativo (Zanatta y Plata, 2012a).

La esfera macrosial se produce por medio de socialización secundaria y la internalización de las ideologías determinantes, proceso condicionado por el tipo de identificaciones positivas o negativas para con la familia o figuras primarias del grupo social. La

identidad se construye a través de los procesos socio personal y cultural. Las prácticas culturales son asimiladas con la finalidad de desarrollar sentido de pertenencia, de este modo se posee una identidad personal en la cual se juegan las representaciones particulares del sí mismo y del grupo social que otorga un sentimiento de identificación y apego (Zanatta y Plata, 2012b).

El segundo proceso que es necesario clarificar es el de construcción identitaria. Para Erikson (1985), la identidad se forma a partir de tres procesos de organización: *soma*, *psique* y *ethos*; para Grinberg y Grinberg (1980) son los vínculos de integración espacial, temporal y social; Marcia (1966) los refiere a status identitarios: moratorio, difuso, comprometido y de logro; Zanatta y Plata (2012b) por su parte, proponen la noción de un dispositivo de configuración identitaria a partir de tres esferas: personal, microsocia y macrosocia. Con la finalidad de comprender el papel que juega cada uno de los autores y los elementos propuestos a continuación se explica a algunos de los teóricos más representativos.

Erikson (1985) retoma el aspecto psicosexual de la teoría psicoanalítica, pero enfatiza los procesos de identificación y pertenencia social para explicar la construcción de la identidad. Para el autor, la existencia personal depende de tres procesos de organización: el *soma* como elemento jerárquico que comprende los sistemas orgánicos fundamentados en las zonas erógenas, la *psique* cuya función es ajustar la experiencia del yo adquirida a través de la introyección y finalmente, el *ethos* que otorga orden en la relación de interdependencia cultural referida por el radio de relaciones significativas. De ésta forma, todo ser vivo tiene un plano básico de desarrollo desde el nacimiento hasta la muerte. El principio epigenético se sustenta en la premisa de una *psique* humana en constante transformación durante el proceso de crecimiento, pero sin alterar su núcleo, considerando la influencia del ambiente y su paso por los estadios psicosexuales. De tal forma, si una persona se adapta a las leyes epigenéticas crea potencialidades que se orientan a un estilo y estrategia en particular.

Los logros de las tareas evolutivas implican una orientación al polo positivo que Erikson (1985) llamó sintónico (virtudes), mientras que el no lograr la tarea evolutiva orienta a la persona a un polo negativo que nombró distónico (vulnerabilidades). Durante el paso de un estadio a otro surge una crisis a resolver y del cual surge una fuerza o una patología básica. El logro o fracaso de cada estadio aporta a la reconstitución de la identidad personal, ya que cada estadio es sustancial en la orientación del siguiente.

Una secuencia lógica de crisis consiste en lograr la tarea evolutiva correspondiente a cada etapa. Durante las primeras etapas en la vida del individuo la labor del desarrollo se conforma por medio de los primeros vínculos, las vivencias de la niñez, y la cultura. Durante la

adolescencia la persona buscará reafirmar la respuesta al cuestionamiento ¿Quién soy? a través de la coherencia entre la identidad personal que surge de la experiencia de vida y la identidad psicosocial que se fundamenta en la percepción de la imagen que tiene el otro de su sí mismo, añadido a la persistencia temporal que se refleja en un yo consciente y continuo que resulta en la reconstrucción de la identidad existencial (Erikson, 1985).

Otra explicación sobre el proceso de andamiaje identitario lo señala como “un proceso que surge de la asimilación mutua y exitosa de todas las identificaciones fragmentarias de la niñez” (Grinberg y Grinberg, 1980, p. 18). En dicho proceso se ven involucrados actores, contextos y vivencias personales desde la primera infancia. La identidad madura depende del desarrollo del yo y se logra como resultado de la interacción entre los vínculos: espacial, temporal y grupal.

El vínculo espacial comprende la relación de sí mismo con el cuerpo y su percepción de sentirse vivo a través de la diferenciación entre el mundo y su yo, a través de la percepción cutánea de contención del self y de factores exógenos que favorezcan la diferenciación con otros. Posteriormente, la identificación bisexual en la etapa fálica y la imagen del propio cuerpo en la adolescencia sirven de base para conformar una unidad somato-psíquica y dar paso al vínculo de integración temporal. En éste, se comprenden las diferentes representaciones de sí mismo a través del tiempo como un sentimiento de mismidad que se construye a partir del reconocimiento, recuerdo y recreación por medio del juego o la palabra. De esta forma se tiene la certeza de permanencia, estabilidad y mismidad a pesar de los cambios sufridos durante las diferentes crisis psicosociales (Grinberg y Grinberg, 1980).

El vínculo de integración social se refiere a “la connotación social de la identidad dada por la relación entre los aspectos del self y de las relaciones objetales mediante mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva” (Grinberg y Grinberg, 1980, p. 68). Este vínculo tiene como antecedente el proceso de diferenciación entre el yo - mundo; pasado-presente; y realidad-fantasia para comprender las representaciones sociales y dar paso a las relaciones sociales mediante el ejercicio de un rol que otorgará un marco de identidad.

Marcia (1966) retoma los planteamientos de Erikson, respecto de los estadios identitarios y propone que la identidad de logro se obtiene atravesando por diferentes status identitarios: la identidad por compromiso que se caracteriza por respaldarse en valores autoritarios como la obediencia, vulnerabilidad y estrés; difusa donde la persona no se compromete, ocupa ni preocupa por la toma de decisiones importantes en su vida; moratoria cuando la persona presenta compromisos vagos, se distingue de la difusa porque en ésta hay una lucha para hacer

compromisos y, finalmente, de logro que consiste en el surgimiento de una resolución que le permite tener una conducta y actitud hacia la vida, un yo fortalecido, un autoconcepto y ajuste global estable.

Para la teoría psicoanalítica, en palabras de Zanatta y Plata (2012a), el sí mismo (self) y el yo, son elementos que se asocian a la identidad. Para la diferenciación de éstos términos la autoras refieren a Freud, quien alude al yo como una representación objetiva de lo que se observa en sí mismo, mientras que el self representa a un yo recubierto de libido y lo liga a su ideal, de esta forma el yo y el sí mismo son diferentes pero fuertemente relacionados, el yo realiza las acciones para afrontar la realidad y el sí mismo se valora en función de la eficacia del yo para aumentar el autoestima. De tal forma, el self es una función del yo que permite su representación a través de caracterizaciones entre lo real y lo ideal, además está estrechamente relacionado a la afectividad del sujeto sobre sí mismo

La estructuración del aparato psíquico nace a partir del proceso de asimilación de introyectos que se fundamentan en un proceso de identificación. El súper yo contiene normas creencias, valores e ideales de los padres y figuras significativas; el yo, saberes creencias y actitudes que permiten solucionar conflictos y responder a las demandas del medio (Zanatta y Plata, 2012a). Otra de las premisas psicoanalíticas sobre la construcción identitaria se sustenta en el argumento de la identidad construida a través de identificaciones con figuras significativas que se introyectan e instauran en la estructura psíquica.

Por tanto, la identificación es un proceso básico que forma a la identidad. Esta idea es reforzada también por, Berner (como se cita en Mercado y Hernández, 2010) refiere que el niño se identifica con los otros significantes, para dar paso a la internalización. De tal forma el niño acepta los roles y actitudes de los otros significantes y se vuelve capaz de identificarse a sí mismo para adquirir su identidad. La apropiación surge después de que el niño ha realizado la internalización de las características identificadas en el grupo y las hace parte de su personalidad dando sentido de pertenencia, así los sujetos van apropiándose del sistema simbólico cultural para formar parte del grupo. En consecuencia, el proceso de identificación y apropiación surge a partir del sentido de pertenencia, el cual favorece la integración e individuación gracias a la identificación de las características del grupo.

Las diferentes aportaciones teóricas muestran que los procesos de reconstrucción y configuración identitaria son dinámicos e influenciados por diversos factores, sus principales

características son la peculiaridad y persistencia de su esencia, que en suma otorgan un estilo que se conforma y refuerza a lo largo de los años.

1.4. Estilo identitario en el adulto mayor

Según la Real Academia Española (REA, 2001), el estilo hace referencia al conjunto de características que identifican una tendencia, comúnmente referido en las artes. Desde la psicología, este término se esgrime para referirse a la propensión de alguna vertiente del pensamiento. El primer teórico en abordar este concepto fue Adler (1975), quien lo explica como un elemento formador que se construye desde la infancia y favorece una disposición positiva o negativa. Este autor explica que el estilo de vida condiciona un carácter único debido a que obedece a un principio creador, cada individuo se constituye de forma personal y original debido a las diferentes perspectivas sobre las condiciones de vida que cada persona encuentra y el particular objetivo de vida, aun cuando dicho objetivo, no siempre es claramente conocido, si se encuentra delimitado.

El estilo identitario es concebido como el “conjunto de estrategias sociales y cognitivas que sirven para la construcción de la identidad personal otorgando un marco de referencia y administrando los recursos psíquicos para la adaptación y sobrevivencia” (Berzonsky, 1992, p. 138). Desde este autor, el proceso de construcción de la identidad se vuelve dinámico, pero sin perder su particularidad, debido a que el sujeto se encuentra en constante incorporación de experiencias e información que interfieren en la integración de estrategias que se vean reflejadas en los pensamientos y el comportamiento de la persona. Los estilos identitarios constituyen, re significan y mantienen la esencia de la persona pasando por: la incorporación de la información, la normatividad individual de la familia o la sociedad y la evitación/ difusión que enfatiza la reputación y las impresiones de los otros (Berzonsky, 2006).

Con sustento en la revisión teórica antecedente se parte de la concepción del proceso de reconstrucción del estilo identitario como la tendencia dinámica de la orientación identitaria del sujeto a partir de la solución a las diferentes tareas evolutivas. Para Bordington (2007) y Erikson (1985); esta evolución presupone una síntesis del logro o fracaso en los estadios evolutivos anteriores. Por tanto, es necesario analizarlos y entender sus implicaciones en la condición de vida del adulto mayor.

El ultimo estadio marca el fin de la vida, por tanto es producto de la vivencia de los estadios anteriores, la integridad lleva consigo la integración emocional de los polos sintónicos

anteriores, la aceptación de sí, la vivencia del amor universal, la convicción de su estilo e historia de vida y, por último, la confianza en sí y nosotros. En contraste, la desesperanza se compone por la ausencia de valores, el temor a la muerte, la desesperación, el dogmatismo y el desdén; todos ellos producto de la no resolución a las crisis anteriores (Erikson, 1985).

Durante la vejez la persona sufre de una nueva crisis en el cual busca responder a la interrogante ¿Soy quién creo que soy? Bordinon (2007) y Erikson (1985) plantean que la respuesta a este cuestionamiento surge a partir de poner en duda la variedad de autoimágenes que se han formulado desde la niñez y que han sido signadas por la sociedad. Por tanto, la llegada a esta etapa depende en gran medida de la solución de los estadios antecedentes, puesto que cada uno de ellos aporta en forma significativa a la construcción personal. De tal modo parece necesario explicar la relación que guarda cada una de las crisis psicosociales con la reconstrucción identitaria del adulto mayor.

Durante la primera infancia, la persona es dependiente de sus cuidadores. La orientación hacia la confianza surge de la certeza interior de bienestar físico y psíquico que se experimenta a partir del cuidado, la alimentación y afecto que se recibe en el proceso de satisfacción de las necesidades. En contra parte, la desconfianza se origina a partir de la ausencia de cuidados que se traduce en un sentimiento de aislamiento, separación y confusión existencial sobre sí, los otros y el significado de la vida; con la sensación de no tener un futuro porque no existe la certeza de bienestar interior en el presente (Erikson, 1985). La reminiscencia de los sentimientos de esta primera etapa, en el adulto mayor, es provocada por padecimientos crónicos o por la pérdida de capacidades físicas que le imposibilitan ser autosuficientes. En la última etapa de vida, los adultos mayores frecuentemente se experimentan en manos de otras personas de las que requiere cuidados muy similares a los de la primera etapa de la vida.

El siguiente periodo en la vida del sujeto es la niñez temprana caracterizada por la progresiva maduración muscular y el aprendizaje de la independencia física. En dicha fase, según Erikson (1985), se manifiesta la autonomía como la libertad física, locomotora y verbal que permite pedir y recibir orientación o ayuda cuando se requiere. En el otro polo se encuentra la vergüenza y la duda que se fundamenta en la desconfianza y surge a partir de la imposibilidad de desplazarse, sentirse desprotegido, incapaz o inseguro de sí. Durante la vejez, la persona experimenta un debilitamiento motor y pérdida de funciones cognitivas en la cual se pone en juego su capacidad física, autosuficiencia, toma de decisiones y juicio personal. La respuesta ante estas pérdidas tiene la misma connotación que en la infancia, puesto que se inclina hacia la búsqueda de apoyo o el retraimiento.

La tercera etapa es la edad de juego e implica, en los menores, la capacidad de iniciarse en funciones sociales. Los dominios que adquieren son: el reto de conocer e interactuar con otros de forma saludable, adquirir nuevos conocimientos y renovar funciones afectivas mediante el compañerismo y amistad. Ante el fracaso de la tarea evolutiva surgen sentimientos de duda y culpa ante la incapacidad de responder, se identifican impulsos rebeldes o dependientes. En contraste, los adultos mayores se enfrentan al desplazamiento de dichas funciones ante la pérdida de amigos, familia y pareja. Las personas buscan mantener estas relaciones adaptándose según sus capacidades

La cuarta etapa corresponde a la iniciación de la vida escolar que, en los menores, supone la capacidad de competencia. La industria consiste en la necesidad de demostrar sus habilidades adaptándose a las normas, procedimientos y trabajo participativo. Mientras que el polo distónico durante esta etapa, es la inferioridad como un sentimiento de incapacidad ante el aprendizaje cognitivo, comportamental y productivo (Erikson, 1985). En contraste, el adulto mayor se enfrenta a la jubilación y pérdida de oportunidades laborales, acompañadas de una disminución progresiva de energía. Ante dichos retos, el camino se divide en dos direcciones: admitir la insuficiencia para algunas tareas con una visión positiva con un sentimiento de orgullo de lo logrado en años anteriores o tener un sentimiento de incompetencia que denota un sentimiento de inferioridad frente a las capacidades de otros.

En la quinta etapa corresponde a la adolescencia caracterizada por la crisis de identidad que puede conducir al logro o repudio de la identidad. El adolescente pasa por diferentes estilos identitarios para conservar una parte esencial durante las etapas posteriores. En la vejez surge un nuevo paradigma según Erikson (1985) ¿Quién soy a comparación de lo que era a la mitad de la vida? Cuestionamiento que surge ante los cambios corporales, de roles e ideologías que pueden poner en tela de juicio ¿Quién es y qué papel debe desempeñar durante esta nueva etapa de la vida?

En la etapa adulta, la persona se orienta a la vida laboral y la creación de su propia familia. La relación de pareja presupone la intimidad con otra persona que tiene antecedentes, costumbres y tradiciones diferentes. Por tanto, tendrá que recrear un nuevo estilo personal en conjunto con su pareja y asegurar un nuevo ambiente para su descendencia sin perder la parte nuclear de su identidad. La creación de una familia conlleva la procreación que implica la generación y formación de nuevos seres que tendrá a su cuidado. Por otra parte, la inserción en un campo laboral que requiere de su desarrollo intelectual y profesional, favorece sentimientos de competencia y autonomía económica por la generación de nuevos productos o ideas que

tendrán un uso o impacto para la sociedad y una retribución monetaria. La vivencia de esta etapa deja una huella significativa en el adulto mayor: el amar y compartirse con otra persona resulta gratificante y se ve reflejado en un sentimiento de satisfacción y placer. Sin embargo, en la etapa de la vejez suele presentarse la pérdida de la pareja que origina el duelo por la pérdida del ser amado, la persona debe prepararse para la formación de nuevos vínculos o hundirse en un sentimiento de aislamiento y abandono.

Durante la adultez, se debe solucionar la crisis entre la generatividad y el estancamiento. En contraste, en el adulto mayor la disminución en la capacidad de adaptación y producción de energía que conlleva a un retiro de la vida laboral puede ser percibido como inutilidad y estancamiento, pero para otros puede ser percibido como un periodo de descanso y mayor tiempo para dedicarse a sí mismo y disfrutar del recuerdo de los logros obtenidos durante la adultez. En este caso la generatividad involucra la tarea primordial de la trascendencia humana a través de la generación mutua de descendencia, bienes y estatus social que desemboca en la expansión de intereses recíprocos y compartidos que refuerzan un mayor sentido de identidad y permiten la reafirmación personal a través del cuidado y preocupación en las personas, productos o ideas que se forjaron. En caso contrario, el estancamiento es producto de una falta de enriquecimiento generativo ocurrido por la falta de capacidad para poder compartir con otro, que da lugar a regresiones a estadios anteriores en forma de seudointimidad o por una compulsiva preocupación por la autoimagen (Erikson, 1985).

La vejez lleva consigo el remanente de los estadios antecedentes y un entorno en el cual es necesario considerar la independencia de los hijos, la posible pérdida de las capacidades motoras, deterioro de las facultades cognitivas, cambio de roles y búsqueda de la gerotranscendencia. Las despedidas de amigos, familiares, padres conyugues e incluso hijos o nietos proponen un reto para las personas que llegan a esta etapa. En conjunto, estos procesos y otras características de vida propias del adulto mayor, dotan de una identidad diferente y compleja. Durante ésta etapa, la persona reconstruye su identidad a partir de sus vivencias pasadas, propósitos existenciales y la transición por cada uno de los estadios antecedentes. Por tanto, la reconstrucción identitaria del adulto mayor presume una tendencia en la solución a la crisis entre: la integridad o la desesperanza. (Erikson, 1985).

La reconstrucción de la identidad en la vejez está condicionada por el contexto. La representación social de la vejez se encuentra determinada por las condiciones socioculturales permeadas en la ideología de los miembros. En un nivel socioeconómico alto es común recurrir a prácticas quirúrgicas y hormonales que favorezcan la conservación de un cuerpo joven. No

obstante, en un contexto rural y sociocultural menos favorecido, este tipo de prácticas no tienden a presentarse en forma prevalente.

La integridad como una tendencia en la reconstrucción del estilo identitario es resultado de un desarrollo epigenético orientado a un polo sintónico que con lleva a la sabiduría (Erikson, 1985) y la aceptación de la responsabilidad de su propia vida (Salvarezza, 1993). Sin embargo, para Bordignon (2007) existen cinco indicadores de la integridad (p.58):

- Aceptación de sí, de su historia personal, de su proceso psicosexual y psicosocial.
- Integración emocional de la confianza, de la autonomía y demás fuerzas sintónicas.
- Vivencia del amor universal, como experiencia que resume su vida y su trabajo.
- Convicción de su propio estilo e historia de vida, como contribución significativa a la humanidad.
- Confianza en sí y nosotros. Dicha certidumbre conlleva a presentarse como modelo, para las nuevas generaciones, por la vida vivida y por la muerte que tienen que enfrentar.

Las personas integradas son descritas con: mayor autoconciencia, realistas, optimistas, perspicaces, aceptan la pérdida, tristeza, dolor e incapacidad; están abiertas a la experiencia, socialmente maduras, positivas sobre sí mismas, con una alta identidad del yo, tolerantes a la ambigüedad, avanzadas en el razonamiento moral, emplean el pensamiento dialéctico (Hearn et al., 2012); aceptan eventos pasados, consideran la muerte como una parte natural e integral de la vida (Van Der Kaap-Deeder et al., 2021); se caracteriza por la aceptación de sí (Dezutter et al., 2020; Goodcase y Love, 2017; Hearn et al., 2012; Van Der Kaap-Deeder et al., 2021) y se relaciona con la autoestima, pertenencia y continuidad del yo (Hearn et al., 2012).

En contra parte, la tendencia distónica en la reconstrucción del estilo identitario corresponde a la desesperanza. Según Erikson (1985) y Salvarezza (1993) se caracteriza por: un sentimiento de estar acabado, son depresivos y excesivamente autocríticos, confusión y desamparo, expresa un sentimiento acerca de percepción de que el tiempo es demasiado corto para intentar emprender un nuevo camino que lleve a la integridad. Al respecto Bordignon (2007) señala cinco indicadores de la desesperanza en el octavo estadio:

- Ausencia de valores. Sentimiento holístico distónico y de ritualizaciones desintegrantes contenidas en los estadios anteriores que se manifiestan en la última etapa de la vida.

- Temor a la muerte: conformada por la falta, pérdida o debilidad de integración.
- Desesperación. Para Erikson (1985) la desesperación surge de la sensación de correr peligro y ausencia de otro que proporcione cuidado, mientras que para Bordington la vida puede ser desesperadamente y no deseada debido al contenido distónico pasado.
- Dogmatismo basado en el poder totalizante que conlleva a no admitir que se discutan sus afirmaciones, opiniones o ideas.
- Desdén que es definido como una “reacción ante un creciente estado de acabamiento, confusión y desamparo (y ante el hecho de percibirlo en otros)” (Erikson, 1985, p. 67).

La desesperanza se expresa mediante el pesimismo hacia sí mismo, el futuro, los demás y la incapacidad de cambiar el futuro (Tovar et al., 2019); además de un sentimiento de alarma de que nunca alcanzarán sus metas de vida, sienten que la vida fue injusta, carecen de aceptación de sí mismos o de los eventos que ocurrieron en su vida, suelen hacer una evaluación sobre su vida. La evaluación negativa de la propia vida favorece que: se experimente estar preparado para la muerte debido a muchos arrepentimientos que conlleva al temor a la muerte (Goodcase y Love, 2017); implica una falta de integración por las decepciones, fracasos y oportunidades, que no fueron elaboradas y se encuentran presentes en el individuo creando sentimientos de profunda tristeza (Dezutter et al., 2020); predominan sentimientos de arrepentimiento, preocupación, dificultades para aceptar y encontrar el camino de vida (Van Der Kaap-Deeder et al., 2021); estado general de insatisfacción y sentimientos de desesperación (Hearn et al., 2012).

Estos indicadores evocan una postura distónica de ver la vida que tiene como antecedente estadios identitarios hipotecarios y no integrados (Hearn et al., 2012) que conllevan a la depresión y ansiedad (Dezutter et al., 2013). La integridad y desesperanza pueden parecer dos polos excluyentes, pero en la realidad, el adulto mayor reconstruye su identidad en un dinamismo constante que tiene como finalidad encontrar un equilibrio saludable. Las personas con un alto nivel de integridad también experimentan, por momentos, un sentimiento de desesperación (Dezutter et al., 2020; Ilyas et al., 2020). No obstante, aceptan su vida y la muerte.

Los estadios del ciclo vital se encuentran vinculados a procesos somáticos psíquicos y sociales que son construidos bajo un espacio y temporalidad, influidos por la sociedad, cultura e historia personal. En el adulto mayor cada uno de estos elementos han moldeado la construcción del estilo identitario que parte de una reflexión retrospectiva de sí mismo, encuentra

manifestaciones cognitivas y conductuales que otorgan un marco de referencia para sí y los otros.

Capítulo II. Factores biopsicosociales asociados a la reconstrucción identitaria del adulto mayor

El hombre, la naturaleza y la sociedad poseen la característica de ser mutables. En particular, el hombre reconstruye su identidad a través de un proceso de autoconocimiento. Según Heller (1977), ésta es edificada a partir de la conciencia del yo y mediada por la especie. Por su parte, Fromm (1970) argumenta sobre la construcción de la identidad en interacción con: los otros, los elementos fuera de sí mismo que son parte de su cultura y con condiciones que imperan en el mundo. El autor argumenta sobre procesos de influencia mutua entre la persona y la sociedad otorgando un carácter biopsicosocial a la construcción identitaria. En consistencia, la dinámica social se nutre a través de los procesos psíquicos de sus integrantes (Fromm, 2007). Por otra parte, enfatiza la importancia de los procesos de identificación para la incorporación de los elementos que la persona considera valiosos de acuerdo a su jerarquía de valores y posibilite su involucración en el mundo (Fromm, 2007).

La identificación no solo es un factor importante para la consolidación identitaria, también contribuye al proceso de diferenciación entre sí mismo y el exterior a través de la disociación moderada y la proyección con los otros (Grinberg y Grinberg, 1980). El hombre guarda cierta distancia consigo mismo y con la sociedad (Heller, 1977) interpretando papeles y respondiendo a cuestionamientos como: ¿Quién soy en comparación con los demás y quién era en otras etapas de la vida? y ¿Qué lugar ocupó en el sitio y tiempo en el que me encuentro? Las respuestas a estas preguntas no son claras ni estáticas, sino influidas por tres procesos de organización (*soma, psyché y ethos*) que interactúan y se complementan entre sí (Erikson, 1985) durante todo el proceso evolutivo del individuo que van de la infancia, hasta la vejez.

Durante la última etapa en la vida, la reconstrucción identitaria se vuelve más compleja, puesto que las personas han formado procesos de organización que consolidan sus referentes ideológicos. La interdependencia entre los aspectos biopsicosociales se muestran en los siguientes ejemplos: los componentes biológico y psíquico se combinan en la salud; biológico-social en el sexo-género; mientras que el psíquico-social en ocupación, escolaridad y apoyo social. Las relaciones enunciadas lleva al siguiente cuestionamiento: ¿Cuál es la influencia de

los factores biopsicosociales: el apoyo social, salud, sexo, escolaridad y ocupación en la configuración identitaria del adulto mayor? Para dar respuesta a esta interrogante es necesario comprender el significado del término “factores biopsicosociales”.

Según la Real Academia Española (REA, 2021) un factor es un elemento o causa que actúa junto con otros. De esta forma encontramos la existencia de una codependencia entre los elementos que lo forman. Por otra parte, lo biopsicosocial es una palabra compuesta que hace referencia a la complementariedad de los tres procesos de organización en la existencia del ser (Erikson, 1985). Por tanto, los factores biopsicosociales son elementos de la estructura orgánica, social y psíquica que interactúan entre sí de forma dinámica e influyen en la construcción identitaria del individuo.

Entre los principales factores biopsicosociales que afectan al adulto mayor se encuentran: apoyo social, salud, sexo, escolaridad y ocupación (Vera y Zanatta, 2019). Estos favorecen que el adulto mayor se oriente hacia una tendencia de disposición ante el envejecimiento positivo o negativo (Alfonso et al., 2016, 2016; Fernández et al., 2001; Mella et al., 2004; Pelcastre-Villafuerte et al., 2011; Pérez y Arcia, 2008; Román et al., 2017). El deterioro propio del envejecimiento, la necesidad de una atención más especializada y con mayores cuidados hace necesaria una red de apoyo que le brinde soporte para enfrentar un panorama adverso; en muchos casos, la familia se convierte en proveedora de respaldo social y colabora en la configuración de una tendencia positiva o negativa (Alfonso et al., 2016; Escalona y Ruiz, 2016; Pelcastre-Villafuerte et al., 2011; Rodríguez et al., 2012; Rojas y Avilés, 2014; Saavedra-González et al., 2016)

El estado de salud físico impacta de forma significativa la tendencia de envejecimiento, puesto que, durante esta etapa, es más frecuente encontrar padecimientos crónicos o degenerativos que puedan afectar la movilidad o funcionalidad de los adultos mayores (Borrero, 2008; González y Ham-Chande, 2007; Manrique-Espinoza et al., 2013; Pinillos-Patiño y Prieto-Suárez, 2012).

El sexo es otro factor que influye en la construcción psíquica del sujeto. En los adultos mayores existen diferencias de género significativas: las mujeres presentan mayores problemas de salud mental y un menor índice en bienestar psicológico en comparación con los hombres. (Escalona y Ruiz, 2016; Melguizo et al., 2012; Vivaldi y Barra, 2012) En contraste, Mella et al. (2004) reportan que las mujeres presentan en forma significativa mayores niveles de bienestar que los hombres.

Otro de los elementos que favorecen una tendencia en el estilo de vida es la escolaridad por favorecer: el autocuidado, el funcionamiento ocupacional y la calidad de vida con respecto a la salud (Melguizo et al., 2012). No obstante, las estadísticas plantean diferencias poblacionales significativas, respecto al género: casi el 60% de los adultos mayores presenta un nivel de escolaridad bajo con mayor distribución en las mujeres (Pelcastre-Villafuerte et al., 2011; Pérez y Arcia, 2008).

Finalmente, la ocupación es otro factor que influye en el estilo identitario del adulto mayor (García y De Los Fayos, 2000; Lillo, 2003; Marín, 2004). Entre los beneficios de la actividad laboral se encuentran mayores niveles de: bienestar, salud, autoestima, mortalidad autosatisfacción y reconocimiento (Ferrada y Zavala, 2014). La ocupación conlleva el sentirse útil en la sociedad, ser autosuficiente y contribuir al desarrollo social (Aponte, 2015; Escalona y Ruiz, 2016). En contraste, cuando se pierde el rol social de proveedor surge un sentimiento de tristeza y frustración (Treviño-Siller et al., 2006) debido a que no se experimenta el sentimiento de utilidad, mientras que para las mujeres el rol no cambia radicalmente por seguir desempeñando el papel tradicional de cuidadoras con los miembros más pequeños del núcleo familiar (Pelcastre-Villafuerte et al., 2011). Una vez esbozada la importancia e interacción de los elementos sociales, somáticos y psíquicos, se plantea el presente capítulo que tiene el objetivo explicar la forma en que los factores biopsicosociales de salud, apoyo social familiar y de amigos, escolaridad, ocupación y sexo influyen en la reconstrucción identitaria del adulto mayor.

2.1. La salud como elemento reconstructor de la identidad en el adulto mayor

La representación de la vejez y el significado de una apariencia física valorada socialmente varían con las etapas evolutivas y mantiene un enfoque social. La belleza es evaluada en función del sentimiento de gozo que provoca en el sujeto y su capacidad para identificarlo y asociarlo con la cultura de la época (Eco, 1999). Es así como: “la noción de cuerpo resulta esencial para la construcción de la identidad” (Grinberg y Grinberg, 1980, p. 41). La aceptación e identificación de los cambios del cuerpo en la vejez implica el duelo por la pérdida de la apariencia joven que se solía poseer. Algunas de las representaciones que se suelen atribuir a la vejez son la enfermedad y discapacidad que son interiorizados en la reconstrucción personal (Montoro, 2007) y son causantes de ansiedad por las limitaciones en la capacidad físicas que simbolizan (Grinberg y Grinberg, 1980).

Durante la vejez son frecuentes los padecimientos crónico-degenerativos. La esperanza de vida saludable es de 65.8 años, mientras que la esperanza de vida se encuentra alrededor de los 76.4 años. Los datos anteriores muestran la probabilidad de que se presenten algunos padecimientos durante los 10.6 años de vida que resultan entre la esperanza de vida saludable y la esperanza de vida. Algunas de las enfermedades más frecuentes entre los adultos mayores son: hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia que puede incapacitar al adulto mayor, el 26.9% muestra dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria y el 24.6% para realizar actividades instrumentales (Manrique-Espinoza et al., 2013). Un conflicto surge cuando la persona se identifica con la enfermedad (Cantú Guzmán, 2012), sufrimiento y un rol de víctima (Eckhart, 2012); se pueden escuchar definiciones de sí mismos como “soy diabético” (Bail Pupko y Azzollini, 2015). La persona interioriza y apropia los rasgos y síntomas; generando patrones que reconstruyen su identidad alrededor de estos pensamientos.

La identidad juega un papel importante en las estrategias de afrontamiento que son empleadas ante la enfermedad, una débil identificación tiende a que se desarrollen comportamientos negativos o evasivos (Cantú Guzmán, 2012). En contraste, el afrontamiento activo y la capacidad de integrar emociones favorecen el compromiso con el tratamiento que permite generar resultados efectivos en menor tiempo, disminuir las recaídas y reducir la carga del sistema de salud (Orozco-Gómez y Castiblanco-Orozco, 2015).

La percepción de salud es una de las variables con mayor predicción del bienestar, constituye una medida sobre la forma en que el adulto mayor valora sus experiencias cognitivas y afectivas de su vida que favorecen el bienestar (Torres y Flores, 2018). Otro aspecto que favorece la percepción de salud en el adulto mayor es el apoyo de la familia. Los cuidadores tienen un papel primordial como proveedores de apoyo social de los adultos mayores: se presenta una asociación positiva entre el nivel de salud y el nivel de apoyo y participación social caracterizado por: visitas y conversaciones con amigos y familiares, además de la participación en actividades sociales (Alfonso et al., 2016).

2.2. El papel del apoyo social en la reconstrucción identitaria del adulto mayor

El apoyo social se concibe como un elemento complejo que se encuentra en la percepción de los sujetos implicados y que es recibido de dos tipos de proveedores: familiares y no familiares

[amigos, vecinos, prestadores de servicios y otros miembros de la comunidad] (Arechabala y Miranda, 2002). La formación de vínculos le permite referenciarse a sí mismo dentro del grupo. Los adultos mayores esperan este tipo de soporte de hijos, yernos, nueras, nietos y en menor medida, de los amigos o vecinos (Pelcastre-Villafuerte et al., 2011). A continuación se presentan algunas precisiones teóricas sobre la forma en la que la familia favorece la reconstrucción de la identidad del individuo.

La familia se define como “una unidad social constituida por un grupo de personas unidas por vínculos consanguíneos afectivos y/o cohabitacionales” (Arés Muzio, 2002, p. 35). Las relaciones familiares favorecen de forma importante: la construcción identitaria del individuo (Erikson, 1985; Grinberg y Grinberg, 1980; Heller, 1977; Prioste et al., 2020); modulan la relación entre el individuo y la sociedad; promueven el desarrollo de la identidad. El primer y último grupo de socialización del individuo es la familia (Arés Muzio, 2002), por tanto, es considerada como base de la esfera microsociedad del dispositivo de formación de la identidad al contribuir a otorgar una imagen compleja sobre sí mismo que le permite al miembro asumirse posicionarse y actuar en congruencia con lo que piensa y el rol que se le ha asignado (Zanatta y Plata, 2012b). No obstante, las tendencias de pensamiento inculcadas en el núcleo familiar pueden tener dos directrices: por una lado pueden dar direccionalidad en la solución de conflictos y, por otra, someter a acatar usos y costumbres del grupo, condicionando la asimilación irreflexiva de las disposiciones del ambiente y causando presión y pérdida de identidad (Grinberg y Grinberg, 1980).

La participación de la familia en la construcción identitaria es trascendental; de ésta introyecta ideologías elaboradas por medio de la identificación o imitación que “emergen de la situación libidinal de la primera infancia y se hallan en íntima relación con las actitudes emocionales del niño frente a sus padres y a otras personas que lo rodean” (Grinberg y Grinberg, 1980, p. 97). El proceso de relaciones objetales se encuentra imbricado al desarrollo de la conciencia del yo (Heller, 1977). Para mayor comprensión de los postulados enunciados se procede a explicar la participación de este grupo social en los diferentes estadios descritos por Erikson.

Durante el estadio de la infancia se establece la primera relación social significativa con la madre, en la infancia con ambos padres y en el preescolar con los demás miembros del núcleo familiar y los pares, posteriormente siguen construyendo vínculos sociales hasta que en la juventud, elige una pareja (Erikson, 1985; Grinberg y Grinberg, 1980). De tal forma, que las relaciones interpersonales significativas están presentes durante todo el desarrollo del individuo.

En la adolescencia y juventud la presencia de un clima familiar cohesivo, con cercanía emocional y prácticas parentales de apoyo fungen como protectores de la identidad. En contraste, una atmosfera familiar desconectada o en conflicto, se relaciona con una identidad moratoria, difusa o excluida; que puede suponer un obstáculo para la identidad de logro (Prioste et al., 2020). En la adultez, la persona tiene la tarea de involucrarse íntimamente con otra persona para conformar su propio núcleo familiar y la generación de nuevos seres a los que dotarán de identidad, al mismo tiempo que reconstruye la propia identidad en función de la parentalidad (Erikson, 1985). Por ejemplo, los padres en América Latina crían a sus hijos con la expectativa de ser retribuidos con afecto, apoyo moral, financiero o en especie, situación que puede llevar a conflictos intergeneracionales cuando no existe congruencia en el pensamiento de hijos adultos y padres mayores (Placeres Hernández et al., 2011). Por otra parte, las actitudes maternas de sobreprotección en el cuidado de los hijos se expande al de los adultos mayores volviéndolos pasivos, dependientes y demandantes (Arés Muzio, 2002).

La relación familiar durante los diferentes estadios marcará una tendencia en la forma de vivir la siguiente etapa y la forma en la que se reconstruye la identidad. Algunos cambios estructurales en el entorno familiar del adulto mayor surgen a partir de la ausencia o incapacidad de los integrantes mayores, favoreciendo que hijo más identificado con el progenitor tienda a asumir el rol de responsabilidad y compañía de los demás miembros (Zanatta y Plata, 2012b). En el adulto mayor la disolución de la familia supone un cambio significativo en la dinámica personal que comprende el despojo de las posesiones para mudarse a otro espacio y cambiar su estilo de vida (Carter, 2018). Una forma de afrontar positivamente dicha situación, para conservar su esencia, es recordar y compartir sus historias; crecer a partir de las experiencias pasadas; ser modelos a seguir para su familia y los miembros de su comunidad (Lewis y Allen, 2017).

El sistema familiar del adulto mayor tiene la función de servir como soporte y protector ante las pérdidas y trastornos mentales (Alfonso et al., 2016; Arés Muzio, 2002; Escalona y Ruiz, 2016; Pelcastre-Villafuerte et al., 2011; Rodríguez et al., 2012; Rojas y Avilés, 2014; Saavedra-González et al., 2016). Por otra parte, les permite sentir pertenencia a un grupo; las personas integradas están conectados con la familia, amigos y comunidad (Hearn et al., 2012). Sin embargo, cuando no se cumple con la función de apoyo familiar pertinente, se puede afectar significativamente la imagen que el adulto mayor tiene de sí mismo. Es necesario ser muy cuidadosos en la cantidad de apoyo que se provee al adulto mayor: un apoyo no necesario, no

deseado o erróneo puede provocar dependencia y afectar negativamente el autoconcepto y autoestima de la persona (Alfonso et al., 2016).

La identidad personal es constituida a partir de los vínculos primarios y la dinámica intra familiar por cimentarse a partir de la estructura, funcionamiento, personalidad de sus miembros e identificaciones positivas y negativas (Zanatta y Plata, 2012b). Sin embargo, la mayoría de las familias no involucran al adulto mayor en la toma de decisiones como se muestra en lo reportado en estudios antecedentes: el 35% no se siente consultado por su familia durante la toma de decisiones importantes y el 52% considera que la vejez afectaba su papel dentro del grupo familiar (Kaur et al., 2015).

El soporte social que brinda la familia durante la vejez es un elemento que favorece una tendencia de envejecimiento positivo o negativo. Los adultos mayores que reciben mayor apoyo social de amigos y familiares; y además participan en actividades sociales gozan de mejor salud (Alfonso et al., 2016). Al respecto, Lewis (2017) refiere que el apoyo familiar brinda roles significativos que contribuyen en el bienestar, optimismo y comportamientos generativos del adulto mayor, permitiéndole un desarrollo cultural dentro de la comunidad y fortaleciendo su identidad. Por otra parte, el apoyo familiar tiene un efecto significativo en el bienestar, puesto que el adulto mayor aspira a ser modelo a seguir para su familia y los miembros de su comunidad.

El cuidado de los padres puede ser asumido por un elemento del grupo familiar o alguien externo. En China, los adultos mayores casados tienen al conyugue como cuidador principal (50.6%), seguido de hija/yerno (29.4%) e hijo/nuera (13.1%). Sin embargo, la función de apoyo familiar se complica cuando alguno de los progenitores es viudo, tradicionalmente se asigna a uno de los hijos como el cuidador principal: hija/yerno (62%), hijo/nuera (21.8%), con menor presencia el apoyo familiar recae en nietos (10.1%) y empleados domésticos (6.1%) (Liu et al., 2021). Estos datos muestran que las hijas son las principales cuidadoras responsables a lo largo de su vida, en un primer momento de los hijos y posteriormente de los padres.

En México, la situación de apoyo familiar se muestra similar. Los adultos mayores consideran que los hijos deben cuidarlos y atenderlos, porque ellos lo hicieron cuando eran pequeños. En ocasiones, el tipo de cuidado depende en gran medida del que se brindó a los hijos cuando eran menores. No obstante, los varones resaltan la importancia de tener una mujer que les brinde cuidado durante la vejez por considerar que la pareja sabe proveer de atenciones al grupo familiar (Pelcastre-Villafuerte et al., 2011).

El tipo de cuidado que se le brinde al adulto mayor tiene una relación directa con su esperanza de vida: los adultos mayores casados presentan menores índices de mortalidad cuando son cuidados por su conyugue; mientras que los índices más altos son reportados por aquellos cuyo cuidador principal es yerno/nuera o empleada doméstica. A su vez, los cuidadores que no tienen un salario ni vínculo consanguíneo con el beneficiario de la atención, presentan mayores niveles de estrés que afectan la calidad de su función (Liu et al., 2021).

El parentesco entre el cuidador y el adulto mayor puede causar diferencias en el nivel de estrés y, por tanto, en la eficacia de la atención: el cuidado de los suegros puede resultar más desgastante que el cuidado de los propios hijos (Liu et al., 2021). Esta situación se intensifica cuando la persona mayor se encuentra discapacitada por la mayor demanda de atención generando que la persona que cumple esta función tenga menos tiempo para las interacciones sociales y la comunicación con amigos, familiares y colegas, lo que a su vez reduce su nivel de resiliencia (Shaker et al., 2021).

La atención que brindan los cuidadores puede variar considerablemente debido a múltiples factores individuales y sociales (Liu et al., 2021). Es una tarea que implica una gran responsabilidad y tensión que puede conducir a algún tipo de violencia: El 11% de las personas mayores de 60 años han experimentado al menos un tipo de abuso (físico 5.3%, verbal 10.2%, económico 5.4%, falta de respeto 6%, negligencia 5.2%). El perpetrador más común es el hijo en el 41% de las víctimas masculinas y el 43% de las víctimas femeninas (Skirbekk y James, 2014). Dos formas de maltrato que han sido visibles en los últimos tiempos son el síndrome del abuelo esclavo y del abuelo excluido que constituyen dos extremos de conducta que muestra una forma de violencia que se caracteriza por la sobrecarga o exclusión en la crianza de los nietos. (Rueda y Lucas, 2015). La función del cuidador no se debe limitar a acompañar, informar o visitar físicamente al adulto mayor, sino otorgar apoyo emocional, instrumental y reconocimiento (Hasibuan et al., 2020).

El apoyo familiar es una de las variables que dotan de significado, en forma positiva o negativa, al proceso de envejecimiento. De forma positiva el apoyo social familiar suele relacionarse con variables como: bienestar (González-Villalobos y Marrero, 2017; Lewis, 2014; Lewis y Allen, 2017; Mella et al., 2004; Vivaldi y Barra, 2012) y en una mejor calidad de vida durante la vejez (Alfonso et al., 2016; Aponte, 2015; Hasibuan et al., 2020; Ivars, 2015; Noriega et al., 2017; Shaker et al., 2021). De forma negativa, el apoyo social incide directamente en los trastornos afectivos, que pueden acentuarse por la falta o disminución de las interacciones sociales que conduce a un aislamiento significativo con el riesgo de un comportamiento suicida

resultante (Cauli et al., 2021), o favorecer una tendencia a la depresión (Bhamani et al., 2013; Chi y Chou, 2001; Li et al., 2019; Pérez y Arcia, 2008; Saavedra-González et al., 2016).

El apoyo social brindado por personas ajenas a la familia también contribuye, de manera significativa, a la reconstrucción identitaria del adulto mayor. Por ejemplo, los amigos son personas conocidas con las cuales se edifica un vínculo de forma voluntaria y basado en edades, intereses y experiencias de vida similares. Las amistades brindan recursos cognitivos y afectivos que apoyan la socialización continua, el bienestar y mayor autoestima (Carter, 2018). El tipo de apoyo que brinda este grupo social puede resultar crucial ante la ausencia de relación con otros miembros de la familia. En algunos casos, la función de los vecinos resulta de vital importancia al proveer de apoyo y alimentación en caso de enfermedad o de vigilancia de las viviendas (Pelcastre-Villafuerte et al., 2011).

Los adultos mayores tienen la necesidad de formar vínculos y encontrar un espacio que les permita compartir sus experiencias, problemas y necesidades con gente de su misma edad. La formación de estos vínculos con amigos y vecinos le proporcionan un mayor apoyo social por medio de visitas, conversaciones con amigos y participación en actividades sociales les permite gozar de mejor salud (Alfonso et al., 2016); asimismo favorecen niveles más altos de satisfacción (Carter, 2018). En contraste, la discreta incorporación a la vida social e insuficiente apoyo social contribuyen de manera significativa al desarrollo de depresión en el adulto mayor (Pérez y Arcia, 2008).

2.3. La escolaridad como elemento reconstructor del estilo identitario en el adulto mayor

A través del proceso de formación se integra al sujeto al grupo y estructura social. Dicho proceso comprende a una influencia bidireccional y dinámica que orienta un estilo de evolución personal. El papel de la educación en la reconstrucción identitaria va más allá de la adquisición de conocimientos, debe guiar el desarrollo, ser directriz de competencias holísticas y abarcar dimensiones de identidad personal, disciplinar y profesional (Zanatta Colín et al., 2011). Por tanto, es un “proceso que implica el desarrollo intelectual y moral del educando y que demanda de su acción para construir o reconstruir la cultura” (Yurén Camarena, 1996, p. 272).

La relación entre el grupo social y el individuo a través del proceso formativo, es explicada por varios autores: Heller (1977), refiere que la formación del sujeto en la cultura orienta un tipo

de identidad; Delors et al., por su parte, señala que “debe contribuir al desarrollo de la voluntad de vivir juntos, factor básico de (...) identidad (1996, p. 72); puesto que el sujeto se encuentra inmerso en el grupo demanda de un proceso que le permita comprender el mundo externo para hacer lo mismo con el interno.

La construcción identitaria es comprendida en uno de los pilares de la educación, aprender a ser (Delors, 1994). En éste se señala la facultad de permitir a los sujetos forjar su propia identidad, puesto que es compleja, “cada individuo se define en relación con el otro, con los otros y con varios grupos de pertenencia, según modalidades dinámicas” (Delors et al., 1996, p. 52). Es decir, no se trata sólo de internalizar las formas transmitidas por el docente, más bien es un proceso consiente, reflexivo y libremente asumido (Delors et al., 1996); que debe posibilitar la formación crítica para permitirle trascender las estructuras ya establecidas (Zanatta Colín et al., 2011).

Durante los años escolares se forja un elemento central de la identidad. La etapa del ciclo vital que conlleva a la crisis entre la industria vs inferioridad, tiene la tarea evolutiva de lograr la competencia que se logra a partir de la formación de aptitudes que permiten sobresalir en un mundo práctico (Erikson, 1985). La escolaridad es un elemento valorador de estas capacidades. Erikson argumenta al respecto: “escribir es un buen ejemplo de la evaluación de nuestra competencia (...) pero ante las dificultades crecientes nos vemos forzados a admitir nuestra insuficiencia. No ser competentes (...) nos empequeñece” (1985, p. 112).

El estudio es un elemento social que dota de representaciones personales y culturales al sí mismo; orienta la ocupación durante la vida y corresponde a la esfera macrosocial. La institución escolar condiciona la identidad a través de representaciones del grupo cultural al que pertenece “una ideología de grupo (...) permite asumirse, tener apego y sentido de pertenencia” (Zanatta y Plata, 2012b, p. 58). Así mismo, tiene un impacto positivo en el autocuidado, funcionamiento ocupacional y la calidad de vida respecto a la salud del adulto mayor (Borrell et al., 2005; Chen et al., 2021; Melguizo et al., 2012; Skirbekk y James, 2014). Las personas activas cognitivamente a través de la educación mantienen niveles altos de aptitudes físicas y mentales que les permiten participar en diálogos intergeneracionales y asociaciones políticas o comunitarias (Friebe y Schmidt-Hertha, 2013)

Participar en actividades educativas durante la vejez favorece la autopercepción individual: tener una valoración positiva de las propias habilidades de aprendizaje (Friebe y Schmidt-Hertha, 2013); mayor satisfacción con los logros en la vida y los objetivos deseados

(Adamo et al., 2017); disminuye los niveles de abuso (Skirbekk y James, 2014); demencia (Fratiglioni et al., 1991); promueve el envejecimiento positivo o activo y resulta en una mejor calidad de vida (Adamo et al., 2017). Por otra parte, la educación tiene contribuciones positivas en las funciones sociales por coadyuvar a conservar su autonomía y participación social (Friebe y Schmidt-Hertha, 2013), además de, mantenerse activos (Kempen et al., 1999).

A pesar de las valoraciones positivas que se formulan alrededor de la educación del adulto mayor, las estadísticas respecto al nivel educativo no son muy favorecedoras: casi el 60% de los adultos mayores presenta un nivel de escolaridad bajo, datos que representan una mayor distribución en el grupo de mujeres (Pelcastre-Villafuerte et al., 2011; Pérez y Arcia, 2008); a medida que se envejece se participa menos en la educación (Friebe y Schmidt-Hertha, 2013). Por otra parte, las personas mayores discapacitadas y sin trabajo, se enfrentan a un alto riesgo de pobreza, notablemente esta situación se acrecienta en las edades más avanzadas (Chen et al., 2021), por lo que, un bajo nivel educativo implica mayores tasas de mortalidad (Borrell et al., 2005).

La baja escolaridad entre los adultos mayores favorece: los bajos ingresos, ausencia de ocupación, dependencia económica, falta de propiedad durante la vejez. (Ma et al., 2015; Sanjay et al., 2020); dificultades familiares, un sentimiento de ignorancia por miembros de la familia debido a padecer enfermedades físicas, y dependencia económica, factores que afectan también su calidad de vida. (Kaur et al., 2015). El analfabetismo por su parte, se asocia con una tasa más alta y mayor gravedad de depresión (Kim et al., 2014; Ma et al., 2015; Mishra et al., 2020; Sanjay et al., 2020; Zhang, 2020); además impacta significativamente en la salud física, hábitos de ejercicio, ansiedad, soledad y felicidad (Zhang, 2020). Carecer de habilidades de lectoescritura y cálculo necesarias para la vida, afectan la autoestima, provocan un sentimiento de vergüenza sobre sí mismo que orienta al aislamiento social y contribuye a generar una barrera psicológica para superar los entornos estresantes que a largo plazo favorece un envejecimiento negativo que contribuye a un mayor riesgo de depresión (Kim et al., 2014).

Mayor escolaridad favorece también mayor nivel socioeconómico (Borrell et al., 2005), por el sentimiento de autonomía ante la posibilidad de pagar el servicio de cuidado y disminuir la carga de la familia. Los servicios comunitarios (como el cuidado de relevo) deben fortalecerse con la finalidad de apoyar a los cuidadores familiares y proporcionar recursos para reducir la carga de su cuidado, en especial, para aquellos que están experimentando estrés tanto en el trabajo como en las tareas familiares. El seguro de cuidados a largo plazo debiera pagarse al cuidador informal y reducir su carga financiera (Liu et al., 2021).

2.4. El papel de la ocupación en la reconstrucción identitaria del adulto mayor

La ocupación es un agente que favorece la construcción de la identidad personal (Lillo, 2003). El desarrollo de actividades durante la vejez permiten al adulto mayor sentirse útil en la sociedad, ser autosuficiente y contribuir al desarrollo social, por ser capaces de realizar una contribución económica y social (Aponte, 2015; Escalona y Ruiz, 2016; Ferrada y Zavala, 2014). Entre los beneficios de la participación de los adultos mayores en actividades ocupacionales se encuentran: niveles más altos de bienestar, promoción de la salud, retraso en la mortalidad de la población, alta autoestima, sentimientos de utilidad, mejoras del estado de ánimo, satisfacción social y autosatisfacción, mejor adaptación, oportunidades de compensación, afiliación, reconocimiento y un significado positivo de la ocupación del tiempo que influye en el bienestar (Ferrada y Zavala, 2014) y la calidad de vida (Adamo et al., 2017; Borrell et al., 2005; Ferrada y Zavala, 2014; Kaur et al., 2015).

Durante la jubilación o desempleo se pierde el rol social de proveedores que caracteriza a la población masculina durante toda la etapa productiva. Por tanto, surge un proceso de desocialización ocupacional que produce un retraso en la reconstrucción de la identidad (Marín, 2004), así como un sentimiento de tristeza y frustración (Treviño-Siller et al., 2006) debido a que no pueden seguir cumpliendo con el papel social y culturalmente asignado de proveer y seguir trabajando para generar el ingreso que requiere el hogar. Por tanto, ante el retiro laboral se tendrá que encontrar un nuevo sentido de identidad como jubilados (García y De Los Fayos, 2000). Para las mujeres el rol de cuidadoras no cambia radicalmente a diferencia de los hombres; varias siguen desempeñando el papel tradicional de cuidadoras con los miembros más pequeños del núcleo familiar (Pelcastre-Villafuerte et al., 2011).

En México, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (en adelante INAPAM) cuenta con convenios de vinculación productiva para personas de entre 60 y 65 años. Por ejemplo: en el área de empacadores voluntarios en tiendas de Autoservicio, con la finalidad de generar una estrategia pública para enfrentar la pobreza a la que se enfrenta dicho sector. Los trabajadores no pertenecen a la nómina de la empresa, ni hay un contrato laboral de por medio, sus ingresos son generados a partir de la gratificación voluntaria de los clientes de los establecimientos (INAPAM, 2021). Durante la pandemia por Covid-19 se prescindió de los servicios de empacadores voluntarios mayores de 60 años por más de un año, debido al riesgo de contagio que representaba continuar con sus actividades, situación que favoreció mayor dependencia económica y reducción de la red de soporte social.

2.5. El papel del sexo y género en la reconstrucción identitaria

La teoría psicosocial de Erikson (1985) hace alusión al proceso de transformación que parte de la experiencia sensorial de un órgano y permite un desarrollo psicosexual para posteriormente trascender al psicosocial. Grinberg y Grinberg (1980) explican este proceso a través del reconocimiento e identificación corporal como fundamentos de la construcción identitaria, puesto que permiten la diferenciación entre sí mismo-otro, en un primer momento posibilitan la relación con la madre, posteriormente con el resto del núcleo familiar y finalmente con el grupo social.

El rol que desempeña cada sexo se encuentra marcado por un componente biológico (sexo) y pautas de conducta establecidas socialmente (género) (Barberá y Martínez, 2004; Lamas, 2013). En torno a las diferencias sexo-género se articula un discurso sobre estereotipos que define en los varones en torno a la virilidad, superioridad, trabajo y ciudadanía; mientras que a las mujeres por su capacidad de reproducción y maternidad, con atributos socialmente aceptables como: afectividad, sensibilidad, afección, dedicación a los hijos, amor servicial, capacidad de cuidado, dependencia (Nash, 2006), sumisión, pasividad y domesticidad (Carbajal Reyes et al., 2019). Estereotipos que condicionan a una identidad signada.

Las diferencias entre sexos también se ven influidas por el periodo histórico en el cual se desenvuelve el individuo. El sistema social capitalista favorece que la mujer sea considerada como una de las necesidades del trabajador, desempeñándose exclusivamente en actividades domésticas y sin los mismos derechos educativos y laborales que los varones. Por ejemplo, para Marx, las mujeres otorgan plusvalía al trabajador capitalista, porque son quienes hacen el trabajo doméstico sin salario y contribuyen de manera indirecta a la cantidad de plusvalía, reproducen la fuerza de trabajo y el consumo de mercancías (Lamas, 2013).

Lévi-Strauss (como se cita en Lamas, 2013) plantea que la esencia de los sistemas de parentesco radicó en el intercambio de mujeres a través del matrimonio que no es exclusivo de dos personas, sino, de dos grupos familiares que formarán un vínculo que habrá que beneficiar a ambas partes. Para la Teoría psicoanalista, la construcción psíquica de la mujer se fundamenta en la castración de su estructura libidinal adoptando una forma pasiva y heterosexual. La mujer carece de la prenda simbólica llamada pene que le provoca un sentimiento de inferioridad sobre sus genitales. De este modo, sólo puede conseguir el falo en la relación sexual o a través de un hijo varón.

El concepto devaluado y dependiente de la mujer provoca una disminución de autoestima y un mayor aislamiento que favorece una identidad signada que genera un deseo exacerbado de los atributos ideales. A pesar de que el estereotipo de la mujer destinada al hogar, el cuidado de los hijos y sin derechos a desarrollarse educativa y laboralmente parece ser un pensamiento que no se encuentra vigente en el siglo XXI, es necesario recordar que esta fue una de las premisas que marcaron la ideología de las personas que vivieron en el siglo pasado y que aún se encuentra presente en algunos grupos sociales. Por ejemplo, en Pakistán, la ausencia de un hijo varón que provea de apoyo económico y físico crea la sensación de inseguridad y, por lo tanto, aumenta la vulnerabilidad a la depresión en el adulto mayor (Bhamani et al., 2013).

En la vejez continúan permeando conceptos y costumbres que pueden influir negativamente en la construcción de sí, sobre todo si durante la etapa productiva se ha construido un modelo social juvenil y estético (Barberá y Martínez, 2004). Varios autores concuerdan en señalar que existe mayor índice de depresión en la población femenina que en la masculina (Bhamani et al., 2013; Escalona y Ruiz, 2016; Liu et al., 2021; Mishra et al., 2020; Moon, 2017; Pérez y Arcia, 2008; Sanjay et al., 2020), situación que se asocia con dificultades económicas, insatisfacción con la vida, abandono, disminución de actividades e infelicidad (Escalona y Ruiz, 2016; Pérez y Arcia, 2008). Otra diferencia radica en un mayor índice de problemas de salud mental (Escalona y Ruiz, 2016; Melguizo et al., 2012; Vivaldi y Barra, 2012). Los estudios antecedentes del bienestar psicológico en adultos mayores son inconsistentes: en algunos se reporta menor índice de bienestar en las mujeres (Escalona y Ruiz, 2016; Melguizo et al., 2012; Vivaldi y Barra, 2012), y en otro estudio son los hombres quienes presentan de forma significativa menor índice (Mella et al., 2004).

Con respecto al comportamiento del desarrollo de padecimiento de enfermedades crónicas por sexo se encuentra diferencias en el tipo de padecimiento: las mujeres mayores son más resistentes a las adversidades, en parte debido al acceso de recursos que ayudan a superar las dificultades en la vida, incluido el apoyo social (Liu et al., 2021); A la vez, las mujeres son más propensas a una serie de afecciones crónicas que no ponen en peligro la vida, como artritis, migrañas, audición y pérdida de visión, mientras que los hombres son más vulnerables a las principales enfermedades crónicas potencialmente mortales, como la enfermedad coronaria, el cáncer, la enfermedad renal y la aterosclerosis. La aceptación corporal es un factor importante para el bienestar durante la vejez, en especial en las mujeres que realizan diversas prácticas de cuidado corporal para la eliminación o reducción de elementos que dan muestra de envejecimiento. Algunos ejemplos son: el uso de productos y tratamientos *antiage* y *proage*; tales

como, cirugías estéticas, cremas dermocosméticas, inyecciones de colágeno, píldoras de ácido hialurónico, sueros antiedad, terapias de estimulación celular y de reemplazo hormonal (Rodríguez, 2013).

En suma, se observa como factores biopsicosociales como la salud física, apoyo social, escolaridad, ocupación y sexo se encuentran inmersas en el dispositivo socio personal y cultural de la formación de la identidad y del estado de bienestar personal: “la consistencia entre los hilos del dispositivo [esferas macro y micro] van a determinar su poder condicionante” (Zanatta y Plata, 2012b, p. 58)

Capítulo III. Bienestar y Depresión en el adulto mayor

Los temas de depresión y bienestar aparentemente corresponden a dos cuerpos teóricos totalmente excluyentes. Sin embargo, ambos brindan una explicación sobre las tendencias en el desarrollo personal. El estudio del ciclo vital requiere comprender el enfoque psicopatológico y salugénico para dar respuesta a las diferentes problemáticas que se suscitan durante toda la vida y en la etapa final. Uno de los grandes retos para la sociedad en los próximos años será comprender, analizar y construir un cuerpo de conocimiento sobre el último estadio del desarrollo, la vejez.

La depresión tiene sus antecedentes en la filosofía de Hipócrates, filósofo que asoció la melancolía con la bilis negra. Posteriormente, durante la edad media fue considerada como un vicio o posesión demoniaca. En la edad moderna fue abordada desde el estudio de la psicopatología, concepción que se ha mantenido, en la actualidad se encuentra caracterizado como un síndrome clínico comprendido en los trastornos de tipo afectivo en los manuales de diagnóstico. Por otra parte, el bienestar se fundamenta en la filosofía de Sócrates y Aristóteles que parten de la premisa de que la felicidad es el fin último de la existencia humana. Posteriormente, durante la edad media y el renacimiento fue considerado como un elemento espiritual inalcanzable que no era abordado por la investigación científica, sino por la religión. Sin embargo, en los últimos años ha cobrado interés, especialmente dentro de la psicología positiva que la sustenta desde los enfoques: hedónico y eudamónico. El primero, se asocia con el bienestar subjetivo; mientras que el segundo, con el bienestar psicológico por sustentar algunos fundamentos en la teoría humanista.

El bienestar se caracteriza por la presencia de afectos positivos, ausencia de afectos negativos y satisfacción con la vida y es asociado, en el adulto mayor, al envejecimiento exitoso. La explicación teórica de dicho logro, comprende factores contextuales y psicológicos que se fusionan en la creación de un estilo de vida favorecedor. En contraste, la depresión en el adulto mayor es considerada como un trastorno que representa un problema de salud importante y en casos severos puede llegar al suicidio. Al igual que en el bienestar, algunos factores sociales y psicológicos intervienen en su explicación. Sin embargo, la comprensión de estos enfoques durante el último estadio del ciclo vital es difícilmente alcanzable desde un punto de vista polarizado. Por tanto, se requiere de un análisis sobre los aportes teóricos de la psicopatología y la psicología positiva para una visión holística de la trayectoria del desarrollo personal.

El presente capítulo presenta los antecedentes y abordajes teóricos del bienestar y la depresión. En los temas se recupera un panorama sobre la investigación en el adulto mayor con la finalidad de analizar la contribución que cada enfoque aporta a la construcción del conocimiento.

3.1. Bienestar

3.1.1. Antecedentes en el estudio del bienestar

El análisis sobre el bienestar tiene sus antecedentes en el estudio de la felicidad o enfoque eudamónico. En éste, se pueden considerar como predecesores a Sócrates y Aristóteles que describen elementos sobre las virtudes y la felicidad, respectivamente (Escobar, 2013). Fernández, Victoria y Lorenzo (2014). Los autores plantean que, desde la filosofía, “la felicidad es la finalidad de la existencia humana, (...) no se sustenta en la riqueza material, placer o virtud, sino en (...) el cumplimiento de la actividad racional a partir de la concordancia de cada obra con cada virtud” (Fernández et al., 2014, p. 1111). Desde este sustento teórico se retoman elementos como el crecimiento personal, logros y fortalezas para lograr la satisfacción.

Epicuro por su parte, señaló que la virtud y el placer eran interdependientes, es decir, para tener una vida placentera es necesaria la prudencia, honradez y justicia. Posteriormente Cicerón explicó el poder de la virtud en la felicidad con la premisa de que un hombre virtuoso podía ser feliz, incluso mientras era torturado (Kesebir y Diener, 2009, p. 60). Para estos pensadores las cualidades socialmente positivas eran indispensables para sentirse satisfecho en la vida.

Durante la edad media, la felicidad fue considerada como un asunto espiritual que estaba en manos de Dios, alcanzable sólo mediante la fé devota que lleva a la vida inmortal como una promesa de dicha eterna. En la ilustración, este concepto tuvo una mayor acepción más secular y menos de otro mundo. Esta propuesta es ilustrada en la filosofía de Bentham quien consideró al placer como objetivo del esfuerzo humano y defendió que la felicidad debe estar por encima de la base moral y la legislación. Posteriormente, en la era moderna se acepta la idea de buscar la felicidad. Por lo tanto, la concepción clásica de felicidad como idea de virtud y perfección fue ignorada, incluso obsoleta en los siglos siguientes (Kesebir y Diener, 2009). En la época moderna, el objetivo de la psicología fue curar los trastornos mentales para hacer la vida más productiva y plena permitiendo desarrollar el talento e inteligencia (Seligman y Csikszentmihalyi en Vera, 2006).

Más tarde, se deja de lado la cura de los trastornos mentales para centrarse en el sufrimiento humano que se padeció durante la primera y segunda guerra mundial. Al concluir los conflictos bélicos [alrededor de los años 60] surge la psicología humanista (Vera, 2006), que considera al hombre como un ser “único, libre y creativo (...) con el potencial para crecer y desarrollarse” (Escobar, 2013, p. 8). Desde este enfoque se encuentran autores como Erich Fromm, Carl Rogers, Abraham Maslow, Fritz Perls, Victor Frank, entre otros, que exponen conceptos como la autorrealización, individuación y logoterapia, con el propósito de conocer al hombre en sus diferentes dimensiones (Riveros, 2014). A pesar de que para Seligman y Csikszentmihalyi (como se cita en Vera, 2006) esta corriente ha sido fuertemente criticada por la falta de una base empírica sólida y servir de sustento a movimientos poco fiables. No obstante, plantea bases teóricas suficientes para la comprensión del ser humano desde una postura diferente a la patológica.

Los antecedentes enunciados dan lugar al desarrollo de la psicología positiva que para Seligman, (como se cita en Carr, 2007) tiene el propósito de comprender y predecir los factores que influyen en el bienestar subjetivo y la felicidad.. Para Hervás (2009) y Vera (2006) este enfoque salugénico surge como contraparte de la focalización de la psicología en la psicopatología y la carencia de estudios que permitan la prevención de los trastornos. Este contexto puso de manifiesto la necesidad de investigación acerca de la personalidad sana, los procesos saludables, calidad de vida, entre otros. En 1988, Martin Seligman, presidente de la Asociación Americana de Psicología, propone el estudio de aspectos saludables del ser humano bajo temas esenciales como bienestar, emociones positivas, rasgos positivos, organizaciones positivas y retoma aspectos de la personalidad positiva.

Vera señala que el objeto de interés de la psicología positiva es “aportar nuevos conocimientos (...) para resolver problemas de salud mental, alcanzar mejor calidad de vida y bienestar, todo ello sin apartarse de la rigurosa metodología científica” (2006, p. 5). Diener (2009) por su parte, postula que en 1943 la *Psychological Abstracts Intenational* introdujo el término de felicidad cómo un campo de investigación y, en 1974, la *Journal Social Indcator Research* dedicó un gran número de artículos al estudio del bienestar subjetivo con la finalidad de obtener bibliografía sobre el tema. Esta literatura se centró en el cómo y por qué las personas experimentan su vida de forma positiva, incluyendo los juicios cognitivos y las reacciones afectivas. A partir de estos estudios surgen varias investigaciones sobre el bienestar en el ámbito laboral, escolar y social. Así como en población infantil, adolescente, adultos y adultos mayores.

3.1.2. Abordaje teórico del bienestar

El bienestar es un constructo teórico de reciente estudio que encuentra sus fundamentos en la psicología positiva. Dicho enfoque no sustituye el estudio de la psicopatología, permite comprender el trayecto evolutivo desde la mirada del desarrollo de las potencialidades humanas, sin alejarse de la rigurosidad del método científico.

Para la Real Academia Española (2021), el bienestar es el estado de una persona con un buen funcionamiento somático y psíquico. Para Carr, se refiere a “sensaciones positivas como alegría o serenidad y a estados positivos como los que supone la fluidez y absorción” (2007, p. 23). Hervás (2009) señala que una de las precursoras en el estudio del bienestar es Carol Riff quien, basándose en los estudios de Jahoda sobre la salud mental positiva, plantea un modelo explicativo a partir de un funcionamiento psicológico óptimo. El trabajo propuesto por esta autora propone seis dimensiones básicas: auto aceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito de vida y crecimiento personal.

Un teórico del bienestar es Diener (como se cita en Torres y Flores, 2018), que propone como elementos configurativos del bienestar: subjetividad, presencia de indicadores positivos, ausencia de indicadores negativos, y valoración global de vida. Por tanto, un nivel elevado de bienestar depende de una apreciación positiva de la vida que perdura a través de los años. A partir de este planteamiento se define al bienestar como un estado de satisfacción permanente con preponderancia de afectos positivos que posibilitan una valoración positiva de sí mismo, de su vida y que conlleva a un crecimiento personal. Sin embargo, para una conceptualización del constructo más pertinente, se plantean dos enfoques para su estudio: el eudamónico y hedónico.

El enfoque eudamónico se perfila a un enfoque humanista-existencialista, debido a que tiene relación con el concepto de autorrealización propuesto por Maslow, el de salud mental de Jahoda y la individualización de Jung (Escobar, 2013; Noriega et al., 2017). De tal forma, es un indicador de un funcionamiento positivo del individuo que posibilita el desarrollo de las capacidades y su crecimiento personal (Vivaldi y Barra, 2012). Por tanto, hace referencia a un bienestar psicológico.

Se han formulado diferentes definiciones sobre el bienestar psicológico. Keyes, Smotkin y Ryff refieren que este constructo “implica la percepción de compromiso con los desafíos existenciales de la vida” (Keyes et al., 2002, p. 1007). Por otra parte, para Castro (como se cita en Escobar, 2013) el bienestar hace referencia a: la capacidad de manejar el medio y la vida de forma efectiva; la calidad positiva de los vínculos y la creencia en que la vida tiene sentido y

significado vital; además se caracteriza por la plena realización del propio potencial y se orienta a experimentar el “flow” [estado de gratificación que se experimenta al sentirse totalmente involucrado en lo que se hace]. Otra definición es la de Vielma y Alonso (2010) quien señala la relación de esta variable con el sentido de vida, por ser resultado de una reflexión positiva sobre el nivel de satisfacción. En las diferentes acepciones se encuentran elementos disímiles. No obstante, el bienestar comprende un elemento sintónico que guarda congruencia con la propuesta teórica de Erikson (1985). La integridad comprende al bienestar porque alude a una vida que tiende a la sabiduría y esperanza que resulta de la construcción de una identidad existencial integrada del pasado, presente y futuro (Erikson, 1985).

Desde la perspectiva hedónica, el bienestar “es comprendido como algo asociado a la satisfacción vital y la felicidad, entendido ésta como el equilibrio entre el placer y displacer” (Noriega et al., 2017, p. 4). En consecuencia, tiene dos componentes: el emocional relacionado con los afectos positivos y negativos; y el cognitivo, relacionado con el juicio de su propia trayectoria vital. Mientras que para Castro (como se cita en Escobar, 2013) este enfoque define la felicidad y buena vida, en función del placer y la evitación del dolor; por lo que se hace referencia al bienestar subjetivo (Escobar, 2013; Noriega et al., 2017; Vivaldi y Barra, 2012).

Para Rice el bienestar subjetivo “es un proceso abstracto y multidimensional que puede medirse con indicadores como la satisfacción con la vida, animo, felicidad, congruencia y afecto” (como se cita en Escobar, 2013, p. 21). Keyes et al. por su parte, lo refieren como una “evaluación de la vida en términos de satisfacción y equilibrio entre el afecto positivo y negativo” (2002, p. 1007). Para Riff (como se cita en Mella et al., 2004) este constructo es operacionalizado en seis dimensiones: auto aceptación, relaciones positivas con los demás, autonomía, dominio del ambiente, propósito de vida y crecimiento personal. Diener (2009), presume que se estructura en dos componentes: el primero es el cognitivo que mide de satisfacción con la vida; mientras que el segundo, hace referencia a la felicidad en la cual se agrupan los afectos positivos y afectos negativos. La medición del bienestar desde esta postura plantea que la aceptación en el adulto mayor es “una actitud positiva que le ayuda a cambiar las cosas, el impacto de las adversidades sin modificarlas y el aprender a tolerar la frustración inherente a la vida, mostrarse tolerante con los demás y asimilar la idea de que, pese a todas las posibles adversidades, la vida merece la pena ser vivida” (Jiménez et al., 2016, p. 57).

La satisfacción con la vida es planteada como un juicio que realizan los individuos en el que evalúan la calidad de su vida según sus propios criterios, tal como sucede en la última etapa de la vida. Se presume que se comparan las circunstancias percibidas con estándares

autoimpuestos en diferentes áreas. Por tanto, a mayor coincidencia entre la situación actual y la esperada, mayor satisfacción; además, esta variable muestra una estabilidad temporal moderada (Pavot y Diener, 2009). Su durabilidad puede tener un efecto positivo porque conduce a formas cordiales de percibir el entorno y al desarrollo de afectos positivos. En suma, existe una relación cíclica entre satisfacción y calidad de vida.

El estudio del bienestar desde dos enfoques, con diferentes acepciones de su comprensión y factores asociados, es aceptado por algunos estudiosos. Sin embargo, para otros como Escobar (2013); Vielma y Alonso, (2010) parece más pertinente una perspectiva integradora en la que se reconozcan los componentes hedónico y eudamónico del bienestar. Los constructos bienestar psicológico y bienestar subjetivo son totalmente aceptados por la comunidad académica, pero su conceptualización diferencial puede conducir a confusión para con otras variables como felicidad o calidad de vida.

Vielma y Alonso (2010) por su parte, proponen una conceptualización integradora a la que llaman bienestar psicológico subjetivo. Este se compone de elementos propios de la tradición hedónica [afectividad y juicios cognitivos] y de la eudamónica [sentido de vida y proyección al futuro]. Mientras que para Escobar (2013) el bienestar psicológico es un constructo multidimensional que requiere de la ausencia de psicopatología y está constituido por un componente emocional afectivo hedónico que comprende el bienestar subjetivo o felicidad como rasgo y un componente cognitivo valorativo eudamónico que comprende la satisfacción con la vida que hace referencia a una evaluación que realiza el individuo según sus propios criterios. El proceso consiste en comparar las circunstancias percibidas con los estándares autoimpuestos, mientras más cercana sea la situación actual y esperada, mayor satisfacción se experimenta. Los afectos son reacciones a factores regularmente inmediatos y de corta duración que reflejan motivos inconscientes e influencia de los estados corporales (Pavot y Diener, 2009).

Los afectos son reacciones a factores regularmente inmediatos y de corta duración que reflejan motivos inconscientes e influencia de los estados corporales (Pavot y Diener, 2009). Los tipos de afectos se distinguen de acuerdo a la función para la cual preparan: los negativos surgen por la percepción de una amenaza, preparan para luchar y escapar (Seligman en Carr, 2007); además facilitan el pensamiento crítico, la toma de decisiones defensivas y se relacionan con miedo, ansiedad, tristeza, depresión, culpa, hostilidad, insatisfacción, pesimismo y apreciación negativa de sí mismo (Escobar, 2013). En contraste, los positivos avisan que algo bueno está sucediendo y expanden la atención para ser más conscientes del entorno físico y social, de tal forma facilitan el pensamiento tolerante, creativo y productivo (Seligman en Carr, 2007);

conducen a experimentar sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, energía, amistad, unión, afirmación y confianza (Escobar, 2013).

El abordaje teórico del bienestar es diverso en cuanto al enfoque y elementos constructores. Sin embargo, también existen algunas otras convergencias que buscan unificar su estudio e involucrar los elementos más representativos de ambas posturas. Esta discrepancia entre los estudiosos, enfatiza la necesidad de continuar con su estudio.

3.1.3. Bienestar en el adulto mayor

El estudio del bienestar en el adulto mayor es un tema aún más complejo debido a las múltiples variables, condiciones e historias de vida que caracterizan a este segmento de la población. A partir de dicha perspectiva se han realizado investigaciones sobre la felicidad en el adulto mayor (Angner et al., 2009, 2013; Carr, 2007; García et al., 2016; Kesebir y Diener, 2009). Los estudios han propuesto la instauración de nuevos conceptos como: envejecimiento positivo, exitoso, satisfactorio, productivo, óptimo y activo (Fernández-Ballesteros, 2011). Estas diferentes concepciones dan cuenta de la necesidad de teorizar el envejecimiento desde la psicología positiva.

El envejecimiento positivo o exitoso se define como el “logro de satisfacciones vitales, comportamientos de afrontamiento y capacidad física. (...) Un proceso adaptativo en el que los factores biológicos, de estilo de vida y ambientales interactúan (...) para producir resultados positivos a largo plazo en la vejez” (Killen y Macaskill, 2020, sec. Envejecimiento positivo). Asimismo, permite maximizar la salud física, mental y cognitiva; además de aumentar la satisfacción con la vida y participación social (Noriega et al., 2017). Estas diferentes acepciones están marcadas por una tendencia salugénica que concibe a la felicidad como el eje principal en el estilo de vida. Postura congruente con la propuesta de Erikson, que postula a la integridad del ego como una parte esencial para lograr un envejecimiento exitoso (Ilyas et al., 2020). De tal forma se infiere que existen elementos que producen resultados positivos, orientan al adulto mayor a la integridad y tienen como consecuencia una vejez activa.

El estilo de vida durante la vejez esta “determinado por el contexto social en el que se encuentra inmerso (...) por la interacción entre las características individuales y su entorno” (Vivaldi y Barra, 2012, p. 24). Al respecto, Perrig-Chiello et al. (2009) señalan que durante la vejez, las personas son sustancialmente similares a su juventud. Dicha afirmación hace pensar que la forma de vida, cognición y adaptación psicológica son fruto de un trabajo longitudinal. Por

tanto, un envejecimiento exitoso es producto de un contexto que favoreció un estilo de vida salugénico y el desarrollo de capacidades durante las etapas evolutivas anteriores que se reflejan en el bienestar.

Entre los factores contextuales que tienen mayor relevancia teórica con el bienestar en la vejez, se encuentran: la salud (Jiménez et al., 2016; Maldonado, 2015; Mella et al., 2004; Tobar et al., 2019; Torres y Flores, 2018; Vivaldi y Barra, 2012), el apoyo social familiar y de amigos (Alfonso et al., 2016; Escalona y Ruiz, 2016; Maldonado, 2015; Pelcastre-Villafuerte et al., 2011; Rodríguez et al., 2012; Rojas y Avilés, 2014; Saavedra-González et al., 2016; Vivaldi y Barra, 2012), la ocupación (Escalona y Ruiz, 2016; Ferrada y Zavala, 2014; Killen y Macaskill, 2020; Van Hiel y Vansteenkiste, 2009), el sexo (Escalona y Ruiz, 2016; Melguizo et al., 2012; Mella et al., 2004; Pérez y Arcia, 2008; Salazar et al., 2015; Vivaldi y Barra, 2012).

Entre los rasgos de personalidad que se asocian con el bienestar se encuentran: la extraversión y bajo neuroticismo (González-Villalobos y Marrero, 2017; Perrig-Chiello et al., 2009); además de conciencia, bajo psicotismo responsabilidad y autoestima. (Perrig-Chiello et al., 2009) y la gratitud resiliencia, (Izal et al., 2020). Para explicar la relación entre estas variables Jiménez et al. (2016) señalan que en los adultos mayores la felicidad se relaciona con las emociones positivas, éstas a su vez generan una tendencia a comprometerse con la vida que se ve reflejado en su bienestar porque dan sentido y propósito mediante recursos sociales, psicológicos y espirituales, enfrentando las adversidades y dando significado a sus experiencias. Otra aportación es la de Van Hiel y Vansteenkiste (2009) quien asocia el bienestar personal con las metas intrínsecas, identidad del ego, personalidad estable, salud, apoyo social familiar y ocupación.

El estilo identitario de integridad describe una forma sintónica de vivir la última etapa de la vida que conlleva a una tendencia de envejecimiento positivo y puede reflejarse en: bienestar (Ilyas et al., 2020; Meléndez et al., 2020; Westerhof et al., 2017; Westerhof y Barrett, 2005), salud mental (Westerhof et al., 2017) o envejecimiento exitoso. (Ilyas et al., 2020). Las personas integradas afirman el valor de la vida a través de sus experiencias, presentan rasgos, actitudes y redes de apoyo que les permiten aceptar emociones negativas, al mismo tiempo que están contentos con sus experiencias y logros (Hearn et al., 2012). Este planteamiento es coherente con la propuesta de Escobar (2013), quien refiere como elementos del bienestar la preponderancia de afectos positivos sobre los negativos, que implica no sólo tener una percepción positiva de sí, también desarrollar la capacidad de manejar el medio y la propia vida

de forma efectiva, que desembocará en una actitud optimista y un estado de ánimo feliz (Escobar, 2013).

La integridad y el bienestar son conceptos abstractos y multidimensionales que se sustentan no en la polaridad constante positiva, sino en el equilibrio y aceptación emocional. Es decir, los adultos mayores también experimentan enojo, desesperación, tristeza, entre otros. Sin embargo, aceptan el arrepentimiento (Dezutter et al., 2020; Hearn et al., 2012), sentimientos de odio, resuelven y perdonan conflictos pasados (Dezutter et al., 2020) no se abruman ante los problemas, comprenden la relatividad de la vida, son resistentes al ego, permanecen expectantes ante los cambios y están contentos con sus experiencias y logros (Hearn et al., 2012).

Un elemento preponderante en el bienestar es la satisfacción de vida (Diener, 2009), esta consiste en “el juicio subjetivo que hacen las personas acerca de sus vidas mediante la autoevaluación” (Escobar, 2013, p. 21). La satisfacción se encuentra estrechamente relacionado con la integridad (Dezutter et al., 2020; Van Der Kaap-Deeder et al., 2021), específicamente con la aceptación de sí que hace referencia a aceptar e integrar el pasado para evolucionar a un sentimiento de agrado con el presente (Dezutter et al., 2020).

La integridad caracterizada por la aceptación de sí hace referencia a una sensación de tolerancia consigo mismas y con los demás que sirve de soporte para transitar a la satisfacción con la vida, como elemento característico del bienestar. Las personas que transitaron desde una orientación sintónica encontraron sentido a sus vidas, sienten que lograron metas importantes y encontraron paz antes de la muerte, que puede ser experimentado como un sentimiento de trascendencia o solución de crisis existencial (Goodcase y Love, 2017).

3.2 Depresión

3.2.1. Antecedentes de la depresión

La depresión es un padecimiento estudiado desde la antigüedad, se remonta a los siglos V y VI a.C., con la descripción realizada por Hipócrates, quien afirma que la melancolía [estado de tristeza] se encontraba asociada a la bilis negra (Korman y Sarudiansky, 2011). Posterior a la invasión Bárbara en Roma y durante la Edad Media se empleó el término “acedia” que según Baztán, comprende “un síndrome de tristeza y dejadez; inhibición y apatía; angustia y pereza.”(2008, p. 573). Dicho síndrome se consideró un vicio incitado por una enfermedad

corporal o posesión diabólica, en consistencia el tratamiento consistía en la confesión, oración y trabajo. Estas ideas eran reforzadas por clérigos y sacerdotes como San Agustín, quien aseguró que todas las enfermedades estaban asociadas a los demonios (Korman y Sarudiansky, 2011).

Durante el Renacimiento continuaron los estudios sobre este padecimiento y Bright publica un tratado que desmiente su etiología pecaminosa (Baztán, 2008). Es hasta 1764 cuando Richard Blackmore introduce el término de depresión refiriéndose como “profunda tristeza y melancolía” (Korman y Sarudiansky, 2011, p. 120), pero fue Adolf Meyer quien propone el cambio semántico de melancolía por depresión cuando los síntomas fueran lo suficientemente graves.

En la actualidad, la depresión es considerada un trastorno generador de un problema de salud pública que afecta a diversos sectores de la población. En la prevalencia del trastorno se reporta 17%, con mayor incidencia en mujeres que en hombres. La depresión es considerada un predictor de discapacidad funcional y posee una mortalidad de 41% en depresión crónica, con un impacto importante en la calidad de vida. Su estudio abarca desde la niñez hasta la vejez, y se reporta el pico más alto entre los 30 y los 39 años de vida (Mori y Caballero, 2010). Para su medición en los diferentes sectores poblacionales se utilizan algunos instrumentos: el Inventario de depresión de Beck (Beck et al., 1961), Escala de depresión postparto Edinburgo (Cox et al., 1987), Escala de depresión Geriátrica (Yesavage et al., 1982; Yesavage, 1988), por citar sólo algunos.

3.2.2. Abordaje teórico de la depresión

El estudio de la depresión es abordado desde diferentes posturas: psicoanalítica, psicopatológica y cognitiva. Freud como el precursor del psicoanálisis refiere a la melancolía [el autor emplea éste término para designar a la depresión] como una perturbación grave causada por la “pérdida real o afectiva del objeto amado (...) que como resultado muestra un yo dividido, descompuesto en dos fragmentos, uno de los cuales arroja su furia sobre el otro” (Freud, 1992, p. 103). La dinámica de dicho trastorno es explicada como consecuencia de una “desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de la productividad y una rebaja en el sentimiento de sí, que se manifiesta como autorreproches y autodenigraciones.” (Korman y Sarudiansky, 2011, p. 124). En el proceso psicodinámico se encuentra un común denominador: considerar como fuente de conflicto la rebeldía repetida del yo contra el ideal del yo que lleva al empobrecimiento del yo real.

Desde la perspectiva psicopatológica de la psiquiatría, el término depresión hace referencia a un trastorno mental. La Asociación Americana de Psiquiatría (en adelante APA, 2014), en su Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos (en adelante DSM V por sus siglas en inglés [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders]), realiza una clasificación de trastornos depresivos. El trastorno de depresión mayor se caracteriza por síntomas como: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, disminución importante del interés o el placer, pérdida importante de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, pensamientos de muerte recurrentes o ideas suicidas.

En consistencia con la denominación de la APA, la OMS define depresión como un “trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (2020, párr. 1). Las afectaciones abarcan el área laboral, educativa y la vida diaria y, en su forma más grave, puede llevar al suicidio. Por tanto, se convierte en uno de los principales problemas de salud mental que afectan la productividad, además, es causante de enfermedades y discapacidad en todo el mundo.

Pese a la amplia descripción realizada por diferentes clasificaciones de organismos internacionales, durante la práctica clínica es difícil encontrar pacientes que se apeguen a los criterios establecidos, situación que conduce a explicar la depresión en relación su sintomatología. Algunos autores han formulado supuestos que ayudan a diversificar su descripción clínica, tal es el caso de Beck con la triada cognitiva; Abramson, la desesperanza; Nolen-Hoeksema, quien habla sobre los estilos de respuesta; y para Lakdawalla, Hankin y Mermelstein (2007) existe consistencia en las aportaciones anteriores con respecto a la identificación de una triada que denomina vulnerabilidad cognitiva: actitudes disfuncionales, estilos cognitivos negativos y estilos de respuesta inflexivos.

Lakdawalla, Hankin y Mermelstein (2007) refieren que la Teoría de Beck parte de la premisa que la depresión surge como resultado de inferencias procedentes de cogniciones distorsionadas, se caracteriza por la formulación de auto-esquemas des-adaptativos que son construidos a partir de pérdidas, inadecuación, fracaso y sentimientos de inutilidad; éstos en conjunto constituyen la vulnerabilidad cognitiva del individuo. Dicha vulnerabilidad se encuentra presente en individuos asequibles a la depresión, pero, se manifiestan ante un agente estresor relevante. Los elementos que describen la manifestación conductual son: tristeza, pesimismo

sobre el futuro, sensación de fracaso, falta de satisfacción / placer, culpa, sensación de castigo, autodesprecio, autoculparse, pensamientos suicidas, episodios de llanto, irritabilidad, interés social, indecisión, imagen corporal, trabajo, trastornos del sueño, fatiga, apetito, pérdida de peso, preocupación por la salud y la libido (Beck et al., 1961).

La Teoría de la Depresión por desesperanza propuesta por Abramson, Metalsky y Alloy refiere que “las personas que poseen estilos inferenciales negativos (vulnerabilidad cognitiva), poseen mayor riesgo (...) para desarrollar síntomas depresivos (...) cuando experimentan sucesos vitales negativos” (Abramson et al., 1997, p. 212). Es decir, que ante un estilo negativo, en conjunto con un factor estresante, se acentúa la probabilidad de desarrollar este trastorno. Sin embargo, tanto la vulnerabilidad como los sucesos negativos por sí solos no son suficientemente necesarios para la aparición de síntomas depresivos

La vulnerabilidad cognitiva se construye de tres patrones inferenciales desadaptativos que marcan una directriz deductiva en los pensamientos del individuo: tendencia a inferir que los factores estables y globales causan los sucesos negativos; propensión a pensar que los eventos perjudiciales presentes afectarán el futuro en la misma dirección y predisposición a asumir condenas sobre sí mismo cuando ocurren acontecimientos desfavorables (Abramson et al., 1997). Para Lakdawalla et al. (2007) este tipo de percepciones aumentan la probabilidad de desarrollar desesperanza y como consecuencia depresión.

La Teoría de los Estilos de Respuesta (RST por sus siglas en inglés [Response Styles Theory]), propuesta por Nolen-Hoeksema (1991), argumenta que la forma de respuesta ante los síntomas depresivos determina su severidad y duración. De tal forma, las personas que se centran en la depresión, sus causas y consecuencias mostrarán un trastorno más prolongado a diferencia de los que buscan distraerse. Las tres formas son: rumiación, distracción y resolución de problemas. El primero, implica pensamientos y comportamientos centrados en la atención interna de los sentimientos y pensamientos negativos que imposibilita el acceso a recuerdos positivos que contrarresten la depresión (Nolen-Hoeksema y Harrell, 2002). El segundo, implica la participación activa de las personas en actividades que permitan disminuir el estado de ánimo perjudicial. El tercero, hace pensar que debería ser un factor protector, sin embargo, según Lakdawalla et al. (2007) no hay suficientes estudios capaces de comprobar esta premisa.

Una propuesta más, es la denominada sintomatología clásica, descrita por Brink et al. (1982) que la caracterizan por la afectación en tres dominios: el afectivo, expresado en llanto, tristeza, apatía; cognitivo, con pensamientos de desesperanza, impotencia, suicidio, inutilidad, culpa; y somático con alteraciones del nivel de energía, apetito, sueño, eliminación, libido. Sin

embargo, éste último, suele reducir su especificidad en población de la tercera edad debido al aumento de quejas físicas que son referidas de forma frecuente durante la vejez. Para resolver tal inconveniente, Yesavage (1988) desarrolló una escala diseñada exclusivamente para población mayor a 60 años según los Criterios Diagnósticos para la Investigación (RCD por sus siglas en inglés [Research Diagnostic Criteria]). Por tanto, es importante que el diagnóstico sea establecido por un profesional capacitado en la atención a las personas mayores.

La teoría humanista tiene una postura diferente a la psicopatológica, respecto a la depresión. Esta es considerada como un estado causante de dificultades en el funcionamiento global y una oportunidad de transformación y cambio. Por tanto, el trastorno es una expresión interna de ayuda en la que se pretende ampliar la personalidad y crecer de forma personal (López, 2016). Desde esta postura se encuentran autores como Erich Fromm, quien expone la influencia del contexto en el aburrimiento crónico (depresión), en que experimenta una impresión de estar condenado a la ineffectividad o ineficacia (Fromm, 1977). Dicha premisa guarda congruencia con la afirmación de Erikson, quien señala que “buena parte de la desesperanza consiste (...) en un sentimiento de estancamiento”. En consistencia, los autores exponen que la falta de actividad lleva a la insatisfacción, la improductividad; y consecuentemente a la desesperanza y la depresión. En este estado hay una sensación de dolor intolerable, por tanto, el hombre hará casi cualquier cosa para sobreponerse, incluso desarrollar una adicción a las drogas, trabajo, crueldad y asesinato. Sin embargo, una sociedad en la que impere un ambiente de esperanza y amor provocaría una menor frecuencia de aburrimiento en sus miembros (Fromm, 1977).

Maslow aporta, a través de su enfoque humanista, bases teóricas para explicar la depresión. El autor refiere que los procesos psicopatológicos pueden deberse a la frustración de las necesidades básicas que produce limitaciones en la productividad. Sin embargo, en congruencia con su teoría, sostiene que la depresión, el fracaso, la vejez y la muerte son consideradas como una oportunidad para aprender (Maslow, 1991). Para García-Aurrecochea et al. (2008) la insatisfacción de los primeros niveles en la jerarquía de necesidades humanas (salud, seguridad, estima y disfrute) se asocian de forma significativa con la depresión y el consumo de drogas.

La depresión es un trastorno que puede presentar una sintomatología diferente en cada etapa evolutiva. Por ejemplo, una de las dificultades en el diagnóstico es la diferenciación con otros padecimientos comunes en la vejez, entre los que se encuentran el hipotiroidismo, infarto del miocardio, diabetes, enfermedad de Alzheimer, enfermedad cerebrovascular, y deficiencia de

ácido fólico o vitamina B12 (Salazar et al., 2015). Por otra parte, suele ser confundido con algunos de los cambios normales asociados al roceso de envejecimiento: pensamientos acerca de la muerte, cambios en el deseo sexual, patrón de sueño y reducción de energía (Orosco, 2015); por tanto, es pertinente caracterizar este padecimiento en adultos mayores.

3.2.3. Depresión en el adulto mayor

La depresión es un trastorno frecuentemente estudiado en adultos mayores, la preocupación por su estudio se justifica a partir de la alta prevalencia reportada por algunos autores [entre el 10% y el 40%] (Aguilar-Navarro, 2007; Canto y Castro, 2004; Dezutter et al., 2013; García y Tobías, 2001; Navas, 2013; Orosco, 2015, 2015; Salazar et al., 2015). Con mayor incidencia en mujeres que en hombres (Escalona y Ruiz, 2016; García y Tobías, 2001; Orosco, 2015; Pérez y Arcia, 2008; Salazar et al., 2015). Además, se asocia con alta mortalidad, disminuye la expectativa de vida aproximadamente 2,2 años, afecta el funcionamiento físico, social, y promueve el auto abandono (Salazar et al., 2015), que puede generar un importante problema de salud en este sector de la población. Por ejemplo, en Corea, el suicidio asociado a la depresión representa uno de los principales problemas que enfrentan los adultos mayores (Jo y Song, 2015).

Canto y Castro (2004) refieren que la sintomatología en el adulto mayor, va desde: un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés en la clasificación leve, hasta tensión, pena, sufrimiento físico y emocional en la profunda. Se debe considerar también, que esta etapa se caracteriza por constantes pérdidas, físicas, sociales, económicas y familiares. Por tanto, el panorama desfavorecedor se agudiza cuando la persona carece de recursos psicológicos y una red de apoyo que le ayude a hacer frente a las adversidades afectando su salud física, mental y social (Alfonso et al., 2016; Pelcastre-Villafuerte et al., 2011; Vivaldi y Barra, 2012). Erikson (1985), afirma que la discontinuidad de la vida familiar como resultado de la separación, contribuye a que la vejez carezca de compromiso vital necesario para la vida y que se refleje en la sintomatología que lleva a los adultos mayores a la psicoterapia.

La depresión en el adulto mayor es la cuarta causa de incapacidad en la población y constituye una de las afectaciones que generan mayor demanda de atención a la salud (Navas, 2013). Por ello, se convierte en un padecimiento complejo y multidimensional que se encuentra asociado a variables contextuales como: la salud (Baquero et al., 2014; Borrero, 2008; Canto y Castro, 2004; Escalona y Ruiz, 2016; González y Ham-Chande, 2007; Mella et al., 2004; A. M.

Salazar et al., 2015; Segura-Cardona et al., 2015); entorno familiar (Escalona y Ruiz, 2016; Garay y Montes de Oca, 2011; Rojas y Avilés, 2014; Saavedra-González et al., 2016; Vera, 2006; Zavala-González y Domínguez-Sosa, 2010); ocupación (Pelcastre-Villafuerte et al., 2011; Segura-Cardona et al., 2015; Treviño-Siller et al., 2006); sexo (Escalona y Ruiz, 2016; M. T. Pérez y Arcia, 2008; A. M. Salazar et al., 2015) y escolaridad (García y Tobías, 2001; Navas, 2013; Segura-Cardona et al., 2015).

Para Erikson (1985) el adulto mayor se enfrenta a un duelo ante la pérdida de autonomía, iniciativa, intimidad y generatividad, además durante esta etapa se realiza un análisis sobre su pasado, que puede provocar un conflicto que lleve a una regresión, temor o culpa. Las afecciones psicológicas que se pueden encontrar en los adultos mayores con más frecuencia son: baja autoestima (Alfonso et al., 2016; Canto y Castro, 2004); angustia, depresión, psicosis, abuso de sustancias, trastornos del sueño, deterioro cognitivo y crisis de identidad (Escalona y Ruiz, 2016). Síntomas que resultan de una valoración negativa de sí mismo por la pérdida de capacidades, prejuicios perniciosos que giran en torno a la vejez (Orosco, 2015). Dicha sintomatología puede ser favorecida por el apoyo no necesario, indeseado o erróneo, puede provocar dependencia y afectar negativamente la autoestima de la persona (Alfonso et al., 2016).

La depresión en el adulto mayor se relaciona de forma negativa con la integridad (Dezutter et al., 2020; Van Der Kaap-Deeder et al., 2021). El trastorno tiene como antecedente un sentimiento de desesperación característico de un estilo identitario distónico (Dezutter et al., 2013, 2020; Goodcase y Love, 2017; Hearn et al., 2012; Van Der Kaap-Deeder et al., 2021). El cuadro clínico se caracteriza por: sentimiento de desesperación que se caracteriza por insatisfacción con la vida (Dezutter et al., 2020); sentido de pertenencia insuficiente y una percepción de tiempo insuficiente para volver a encontrar plenitud; y predomina un sentimiento de tristeza, arrepentimiento, inadaptación, auto denigración y sarcasmo que impide interpretar el mundo; con frecuencia experimentan desilusiones, fracaso y pérdidas de oportunidades que los orillan a la depresión (Hearn et al., 2012). Otra explicación refiere que el adulto mayor realiza una revisión de la vida hacia el final de su existencia, si es negativa percibe arrepentimiento y puede no sentirse preparado para la muerte (Butler en Goodcase y Love, 2017). En suma, las constantes aflicciones pueden desencadenar mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental (Dezutter et al., 2020).

Capítulo IV. Construcción de pruebas psicométricas

4.1. Antecedentes de la Evaluación Psicológica

El interés por la medición de las capacidades y cualidades humanas ha estado presente desde la antigüedad. Para Aiken (2003) los antecedentes de la psicometría se ubican en la antigua Grecia desde hace aproximadamente 2500 años, cuando Platón y Aristóteles describieron las diferencias individuales de personalidad y la inteligencia. Así mismo, en la antigua China se realizaron exámenes de servicio para determinar las aptitudes de los funcionarios gubernamentales. Tiempo después Galeno clasifica a las personas según su humor, lo cual, se puede considerar como una primera aproximación a una medición nominal de la personalidad. En la Edad Media hay una marcada ausencia sobre el estudio de las características personales.

La historia del estudio de la psicometría indica como fechas importantes de avances en la medición, las siguientes: en 1816 que corresponde al siglo XIX, Bessel observa variaciones en el tiempo de reacción ante estímulos, dando paso a la ecuación personal que sugiere la variación como producto de las características personales; Quetelet por su parte, sugiere que la probabilidad puede aplicarse a las mediciones humanas y, en 1838, Esquirol se interesa en estudiar y medir el retraso mental, que lo lleva a distinguir entre los trastornos emocionales y las deficiencias intelectuales para clasificar los grados de discapacidad intelectual (Herrera, 1998).

Un avance significativo en la psicometría referido por Herrera, (1998) es el realizado por Wundt y sus colaboradores, cuando los fundadores de la psicología experimental diseñaron pruebas de sensibilidad y tiempos de reacción a estímulos. Catell, discípulo de Wundt, diseñó y aplicó test de discriminación sensorial, tiempo de reacción, memoria, entre otros. A éste autor se debe la rápida difusión de aplicación de pruebas en Norte América, los primeros ensayos de validación y la introducción del término de “test mental”. Por tanto, es considerado como el padre de los test mentales. Más adelante, en 1905, Binet y Simon desarrollaron la primera medida de inteligencia y en la segunda revisión se propone un procedimiento sistemático para obtener los puntajes de prueba e introducen el concepto de “edad mental”.

En la primera y segunda guerra mundial, los psicólogos de todo el mundo se dan a la tarea de construir y validar instrumentos capaces de evaluar las capacidades de la milicia. Tal es el caso de Estados Unidos en donde se constituyen las baterías de aptitud múltiple o pruebas diferenciales que permitían especificar y clasificar las cualidades para pilotos, bombarderos,

operadores de radio, entre otras. Al término de la guerra, crece la publicación de test de inteligencia, personalidad y de ejecución. Algunos ejemplos son: la primera versión de las Escalas Wechsler, el test de Aptitudes Mentales Primarias (PMA), Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota MMPI, cuestionario de 16 factores de la personalidad de Catell (16PF), inventario de temperamento de Guilford-Zimmerman (Aiken, 2003); (Aragón, 2015 y (Herrera, 1998).

A principios de 1900 se desarrollan instrumentos de medición, al mismo tiempo que surgen trabajos para evidenciar la validez y confiabilidad/precisión de las pruebas psicométricas. Spearman retoma las ideas de Galton y plantea la teoría de los factores aplicado a los test psicológicos. Más tarde, Thurstone introduce la segunda etapa del análisis factorial logrando la representación de las relaciones entre los tests (Herrera, 1998). Sin embargo, una de las controversias que ha preocupado a la comunidad científica es el sesgo en proceso de validación de las pruebas, con la finalidad de disminuir este inconveniente y gracias a la llegada de la tecnología han surgido otros métodos para evidenciar la legitimidad de los test, tal es el caso de los paquetes estadísticos como AMOS, LISREL y SPSS; así como el empleo de algunas técnicas multivariantes: regresión múltiple y el análisis factorial mediante modelos de ecuaciones estructurales (en adelante SEM [por sus siglas en inglés Structural Equation Modeling]). Algunos de estos, serán usados para obtener evidencia sobre la validez y confiabilidad/precisión de los Instrumentos sobre Integridad y Desesperanza en el adulto mayor.

En el presente capítulo se exponen algunas consideraciones en el proceso de construcción de una prueba psicométrica. En un primer momento se muestran algunos procedimientos del diseño y proceso para obtener evidencias de validez: revisión de la literatura, búsqueda de instrumentos similares, diseño (elección de tipo de escala, redacción de reactivos y respuestas), aplicación piloto, evidencia sobre las propiedades psicométricas de los instrumentos (validez y precisión), calificación e interpretación. Proceso seguido en el diseño y validez de los Instrumentos de Integridad y Desesperanza en el adulto mayor.

4.2. Proceso de construcción de Instrumentos

El proceso de construcción de la evaluación psicológica usualmente va desde el diseño, aplicación, calificación y validación. No obstante, el impacto de los test psicológicos va más allá; incluye el matiz y uso de la exegesis de los resultados. Para Aragón este concepto “entraña las inferencias basadas en las respuestas que se dan en la situación de evaluación (...). El final que

persigue (...) es la toma de decisiones, lo cual presupone la existencia de alternativas a elegir” (2004, p. 26). La American Educational Research Association (en adelante AERA, 2018) refiere la importancia sobre la protección de los examinados y usuarios de las pruebas, en consideración de las propiedades técnicas y el tejido entre la interpretación de los puntajes y las consecuencias de su uso. Por tanto, es necesario ser muy cuidadoso en el diseño, construcción, aplicación, calificación e interpretación.

El primer paso en la construcción de un instrumento es la idea, ésta surge a partir de la necesidad de medición de algún comportamiento o fenómeno social. Para Cohen y Swerdlik, (2001) algunas de las interrogantes preliminares a la construcción son: ¿Qué va a medir? ¿Existe la necesidad de medir este constructo? ¿Quién la va a usar? ¿Quiénes son los usuarios? ¿Cómo se aplicará? ¿Cómo se asigna significado a las puntuaciones de la prueba? Estas interrogantes, son los primeros cuestionamientos que debe responder el autor y sustentan la premisa de que el diseño de un instrumento es un proceso complejo y multidimensional que da cuenta sobre la solidez con la que fue elaborado y evidencia una preconcepción sobre su uso e interpretación.

Con la finalidad de sistematizar la construcción de instrumentos se describen fases y herramientas que sirven de referencia para esbozar el procedimiento a seguir. Para Soriano “todo instrumento deberá ser producto de una articulación entre paradigma, epistemología, perspectiva teórica, metodología y técnicas para la recolección y análisis de datos” (2015, p. 20). Mientras que Garaigordobil (como se cita en en Aragón, 2004) señala tres requisitos necesarios para la evaluación psicológica: la determinación de un contexto, un marco teórico que sirva de referencia para la construcción de hipótesis y poseer un sistema de categorías que permita la clasificación de la persona evaluada. Por otra parte, Muñiz (2008) señala diez pasos en la construcción de un instrumento: marco general, definición de variable de medida, especificaciones, construcción de los ítems, edición, estudio piloto, selección de otros instrumentos de medida, aplicación del test, propiedades psicométricas y versión final del test. Mientras que Cohen y Swerdlik (2001) refieren cinco etapas: conceptualización, construcción, ensayo, análisis de reactivos y revisión de la prueba.

El primer punto básico de acuerdo entre los autores citados en el párrafo anterior, es el sustento teórico que contextualiza el constructo que deseamos medir, que comprende la necesaria definición conceptual y operacional, para una comprensión clara y profunda del término. Como lo refieren Muñiz y Fonseca (2019), para realizar una definición operativa lúcida es necesario realizar una exhaustiva revisión de la literatura y una consulta a expertos, procesos que permitirán delimitar la variable y considerar las dimensiones relevantes a fin de evitar errores

como la infrarrepresentación o sobrerrepresentación. Para la construcción de los instrumentos sobre Integridad y Desesperanza en el adulto mayor, fue necesaria la revisión exhaustiva de la Teoría Psicosocial de Erikson y algunas investigaciones que han dado continuidad a dicha propuesta (Berzonsky, 1989; Bordignon, 2007; Erikson, 2016; Hearn et al., 2012; James y Zarrett, 2006; Jo y Song, 2015; Marcia et al., 2012).

Otros procedimientos solicitados en la perspectiva actual, son la revisión de instrumentos que miden la misma variable y un estudio piloto del test en proceso de construcción. Los estudios de prueba comprenden entrevistas estructuradas o una aplicación breve de los ítems, que tienen como objetivo “determinar cómo medir mejor el constructo” (Cohen y Swerdlik, 2001, p. 193). Para tener una perspectiva sobre la medición de la Integridad y Desesperanza en el adulto mayor se realizó una búsqueda de instrumentos similares, pero no se encontraron escalas en español que sean compatibles en sustento teórico y objetivo para esta etapa de la vida.

Cohen y Swerdlik (2001) proponen que el siguiente paso en la elaboración de un instrumento es la construcción. Morales, Urosa y Blanco señalan que se pueden distinguir dos tipos de instrumentos: cuestionarios y test/escalas. Los primeros hacen referencia a “una serie de preguntas que tienen valor independiente” (2003, p. 13). Mientras que los segundos hacen alusión a “procedimientos más estructurados, con métodos específicos (...) [que] se suman en una puntuación total” (2003, p. 13). Cabe mencionar que aun cuando estos dos términos son usados como sinónimos, el vocablo test suele utilizarse al hablar de rasgos de personalidad, valores, intereses. En contraste, el de escala suele emplearse al medir actitudes o con ítems que contienen respuestas graduadas de más a menos.

Existen diferentes tipos de escalas: Morales et al. (2003) refieren las diferenciales; Thurstone las sumativas como la Likert; acumulativas, Guttman, Q Sort de Stephenson. Otras tipos de escala comprenden diferencial semántico, elección entre alternativas y listas de ordenamiento. Mientras que Cohen y Swerdlik (2001) las clasifican en unidimensional cuando sólo miden un atributo; multidimensional si utiliza varias definiciones para su conceptualización y comparativas si desarrollan tareas de clasificación o comparación. Por tanto, el proceso de construcción parte de la decisión del tipo de escala que se va a emplear, esta deliberación dependerá del objetivo población a la que está dirigida, nivel de medición proyectado y pertinencia con el constructo. Para los instrumentos de Integridad y Desesperanza se optó por una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta.

Una vez resuelto el tipo de escala a emplear, el siguiente paso es la redacción de los reactivos. En esta nueva etapa el autor del instrumento se enfrenta a cuestionamientos como:

¿Qué contenido deben cubrir los reactivos?, ¿Cuál de los muchos tipos diferentes de formatos de reactivo debe emplearse? y ¿Cuántos reactivos deben redactarse? (Cohen y Swerdlik, 2001). Para dar respuesta a estas interrogantes Morales et al. (2003) plantean una serie de normas para la redacción de ítems para escalas tipo Likert:

- a) Redactar de diversas maneras, de tal forma que se pueda o no estar de acuerdo.
- b) Deben ser relevantes y claramente relacionados con lo que se desea medir. Por tanto, se debe tener en cuenta la relevancia del ítem en la dimensión.
- c) Deben redactarse con claridad. Para evitar ambigüedades se sugiere evitar expresiones negativas e incluir una sola idea.
- d) Deben ser discriminantes así unos sujetos estarán de acuerdo y otros no.
- e) Formular ítems repetitivos para identificar el modo más discriminante de decir las cosas.

Un elemento a considerar en la redacción de reactivos es el formato a emplear ya sea de selección o construcción de respuesta. En el primero, se presentan diferentes opciones y el sujeto tendrá que elegir una respuesta, algunos ejemplos son las respuestas de opción múltiple, reactivos de correlación y de verdadero/ falso. En el segundo, los examinados crean o proporcionan la solución a un planteamiento. La elección entre uno u otro formato dependerá de la intención del instrumento. Muñiz y Fonseca (2019) sugieren redactar como mínimo el doble de los que formarán la versión final. La razón es que se desechan varios ítems por motivos métricos, comprensibilidad y dificultad, entre otros.

El siguiente paso en la construcción de un instrumento de medición es el ensayo, que implica la aplicación del instrumento en una población semejante a la que se dirige el test. Como regla general se deben considerar de cinco a diez sujetos por reactivo (Cohen y Swerdlik, 2001; Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019). La representatividad y generalidad dependerá de una muestra representativa, se recomienda el muestreo probabilístico sobre el no probabilístico. Además en la aplicación de establecer un buen rapport con los participantes, entregar el material adecuado, dar las instrucciones de manera clara y procurar que las condiciones de aplicación sean las apropiadas (Muñiz y Fonseca, 2019). Una vez completando este proceso se entra a la fase de análisis del reactivo para obtener evidencias sobre la validez y precisión.

La planeación sobre la construcción de la prueba comprende la estimación de la proyección sobre la calificación e interpretación que se le dará a las puntuaciones obtenidas. Se

han creado varios arquetipos para dicha calificación e interpretación de resultados: Cohen y Swerdlik, (2001) refieren que el modelo acumulativo es el más popular gracias a su lógica y simplicidad, en él se espera una correlación positiva entre la puntuación y el dominio de la prueba. Otra apreciación es el de clases o categorías, que implica la ubicación del sujeto en una condición según la naturaleza de sus respuestas. Por último, se propone la ipsativa que hace referencia a la comparación del evaluado en dos escalas de la misma prueba.

Otra perspectiva es la de Aragón (2015), quien señala que para obtener las normas de calificación es importante considerar el tipo de puntuaciones que se proporcionarán para la interpretación. Se procede a explicar las que propone la autora: existen dos tipos de pruebas que proporcionan diferentes tipos de puntuaciones, por una parte las referidas a la norma brindan puntuaciones derivadas (típicas o z, decatipos o estenes, eneatisos o estaninas, percentiles, puntuaciones T y edades escalares); en las referidas al criterio se trabaja directamente con puntuaciones crudas o porcentajes.

Las pruebas referidas a la norma presentan tres conceptos fundamentales: normalización, estandarización y baremación; en la primera las respuestas de la población arrojan una curva normal; en la segunda se busca tener una muestra representativa (se debe contar con una población numerosa y elegida de forma completamente aleatoria para cumplir con este criterio) con la finalidad de obtener las normas de la prueba. Sin embargo al ser considerada complicada en el proceso se puede optar por una baremación, en la que se obtienen respuestas “de una muestra lo más representativa posible” (Aragón, 2015, p. 75).

Posterior a la estandarización o baremación se transforman las puntuaciones crudas en derivadas, en tal caso, si la muestra indica poseer una distribución normal se utilizarán puntuaciones típicas o z (indican la distancia entre la puntuación particular y la media aritmética), si se trata de una curva normal planocúrtica se utilizan decatipos o eneatisos (división en 10 para decatipos y 9 para eneatisos), si no cumple con ninguno de los anteriores entonces se utilizan percentiles (dividida en 100 partes iguales tomando en cuenta que los percentiles de comparación normal estarán entre el 25 y 75) (Aragón, 2015).

4.3. Propiedades psicométricas de los instrumentos

La parte culminante de la construcción de una prueba consiste en la demostración sobre las propiedades psicométricas de los instrumentos. Dos de los elementos más importantes a demostrar en la medición objetiva es evidencia de validez y confiabilidad/precisión puesto que

estos dos dotan de cualidades métricas que la pertinencia en la medición del constructo y respaldan la calificación e interpretación que se brindará a los usuarios de los instrumentos de medición.

4.3.1. Evidencia de validez

La validez es una parte fundamental en la construcción de un instrumento, para la AERA se refiere al “grado en que la evidencia y la teoría respaldan las interpretaciones de los puntajes (...) para los usos propuestos [por tanto] el proceso de validación involucra acumular evidencia (...) para proporcionar una base científica sólida para las interpretaciones de puntajes” (2018, p. 11). Mientras que para Cohen y Swerdlik, este concepto hace referencia a la “estimación acerca de que tan bien una prueba mide los que pretende medir” (2001, p. 156), de esta forma, se respalda la interpretación particular del constructo a través del proceso de construcción y validación de un instrumento de medición.

La evidencia sobre la validez de una interpretación se suscribe de diversas fuentes: evidencia basada en contenido, relacionada con el criterio (otra variable) y en la estructura interna. Los tres aportan una parte muy importante sobre la veracidad de la medición de un constructo. Sin embargo, para Cohen y Swerdlik (2001), el criterio de veracidad basado en contenido es el primer filtro para hablar de un instrumento válido, tanto así que es considerada por los autores como validez sombrilla puesto que las demás evidencias caen en ella y contribuyen a la elaboración de un juicio sobre la interpretación del instrumento. Para Escurria (1988) es definida como el grado en que una prueba es sustentada en el dominio teórico y se determina mediante la comparación sistemática de los ítems respecto al dominio teórico del constructo estudiado. Uno de los métodos utilizados es el juicio de expertos, definido por Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008) como “una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados (...) [además de que] pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones” (2008, p. 29). Así mismo, proponen una serie de pasos para la realización de un juicio de expertos:

a) Definir el objetivo del juicio de expertos. Establecer equivalencia semántica, adaptación cultural o validez de contenido en una prueba por un grupo de investigadores.

b) Selección de jueces. Considerando una serie de criterios para elegir a jueces adecuados que permitan dar una valoración fehaciente del instrumento: experiencia en la realización de juicios y toma de decisiones; reputación de la comunidad; disponibilidad y

motivación para participar; imparcialidad y cualidades inherentes como confianza en sí mismo y adaptabilidad.

c) Explicar dimensiones e indicadores que mide cada uno de los ítems de la prueba. Permitirá que todos los jueces consideren el mismo sustento teórico para evaluar la relevancia, suficiencia y pertinencia dado que pueden existir diferentes posturas y definiciones de un mismo constructo.

d) Especificar el objetivo de la prueba. Se deberá informar sobre el uso que tendrá el instrumento una vez que sea validado.

e) Establecer los pesos diferenciales en las dimensiones de la prueba. Sólo en caso de que las dimensiones tengan un peso diferente

f) Diseño de planillas. Se debe cuidar que el diseño concuerde con el objetivo, y contenga los caracteres necesarios para su evaluación.

g) Calcular la concordancia entre jueces. Lo cual implica la selección del estadístico adecuado para su evaluación, puesto que los resultados serán utilizados para realizar las modificaciones pertinentes a los ítems.

h) Elaboración de conclusiones del juicio. Las cuales describirán la validez de contenido del instrumento.

Posterior al juicio de expertos, un paso importante en la evidencia basada en el contenido es la selección del método de análisis. Existen varios procedimientos para su medición, Pedrosa et al. (2014) refieren algunas prácticas y aplicaciones para la estimación de la validez de contenido, como el basado en el análisis factorial, índice de congruencia de Hambleton, rango inter-percentil ajustado a la simetría, método de capacidades mínimas, coeficiente de validez de contenido, entre otros. Para Ecurra, (1988) entre los métodos más utilizados para cuantificar la validez de contenido están el coeficiente V de Aiken, el coeficiente de concordancia de W de Kendall, estadístico Kappa, y la prueba binomial.

El coeficiente V de Aiken es nombrado así en honor a su autor Lewis Aiken, quien en 1980 crea este método bajo el supuesto de que el cálculo de un índice de acuerdo entre los jueces indica la confiabilidad de los juicios y el consenso para la inclusión del ítem en el instrumento, de ésta forma se consideran como válidos los ítems con un valor igual o mayor a 0.80. Por otra parte, el coeficiente de concordancia W de Kendall es aplicable a datos que se encuentran a nivel ordinal y se utiliza para conocer el grado de asociación entre un conjunto de

rangos interpretando el nivel de significancia ($\alpha \leq .05$ se rechaza la H_0) y la fuerza de la concordancia, la cual aumenta al acercarse a 1 y se interpreta como la aplicación de los mismos estándares al asignar rangos a los ítems, por tanto se debe cuidar que el criterio de selección sea el mismo para todos los jueces.

Otra forma de obtener el grado de acuerdo entre evaluadores es mediante el estadístico Kappa, éste utiliza datos a nivel nominal y al igual que el coeficiente Kendall interpreta el nivel de significancia ($\alpha \leq .05$ se rechaza la H_0) para concluir que hay acuerdo entre los evaluadores. Sin embargo, una crítica a este método de análisis concierne con la relación entre el número de categorías y la distribución de las observaciones ya que puede haber un alto acuerdo en eliminar el ítem del instrumento y confundirse con el grado de aceptación de un reactivo. Por otra parte, se encuentra la prueba Binomial, que fue seleccionada para obtener evidencia sobre la validez de contenido de los instrumentos de Integridad y desesperanza en el adulto mayor, creados en la primera fase de la presente investigación. Dicha prueba, utiliza datos nominales y establece el grado de acuerdo (p) y desacuerdo (q) en la inclusión de los ítems en el instrumento, en ella se asume que $p=q=.50$. El cálculo proporciona la probabilidad de ocurrencia de cada reactivo, por lo que si es menor de .05 se asume que el ítem posee validez de contenido.

La proporción de avenencia entre los jueces en los diferentes métodos de análisis tiene variaciones según el número de evaluadores. Ecurria (1988), considera que asumir 0.80 como punto de corte para el índice de acuerdo es relativo ya que depende del número de jueces. En una muestra de 5 a 7 revisores se necesita un completo grado de acuerdo, mientras que, con una muestra de 8, 9 y 10 jueces se necesita por lo menos $n-1$ concordancias para que el ítem sea válido a un nivel de $p < .05$. Por tanto, cuanto más grande sea la muestra de jueces el grado de concordancia será menor, por tal motivo el autor recomienda considerar como válidos los ítems que sean estadísticamente significativos a un nivel de $p < .05$. Para Lawshe (como se cita en Cohen, 2001) es necesario calcular la razón de validez de contenido según el número de expertos, puesto que a menor número de expertos la significancia de la razón de validez de contenido (CVR por sus siglas en inglés) aumenta, con la finalidad de disminuir la probabilidad de ocurrencia al azar.

La evidencia relacionada al criterio es otra forma de respaldar la correcta construcción e interpretación de un instrumento. Esta señala “cuan adecuadamente puede ser utilizada una prueba para inferir la posición más probable de un individuo con respecto a cierta medida (...) se entiende criterio, como el modelo contra el cual se compara y evalúa una prueba o puntuación” (Cohen y Swerdlik, 2001, p. 163). Para Argibay (2006) este tipo de prueba es especialmente útil

al hacer inferencias a partir de los puntajes que se obtienen de un test, mientras que Lawshe (1975) refiere que puede ser estimada por un juez o grupo de expertos. De tal forma, en una prueba de inteligencia, podemos usar como indicador los resultados de una prueba de habilidades cognitivas, el rendimiento académico o la evaluación de un grupo de expertos, un grupo de comportamientos, un diagnóstico o periodo de tiempo, entre otros. Sin embargo, un elemento importante a considerar es la certeza de que hay una relación entre las puntuaciones obtenidas y el criterio.

En la evidencia basada en la relación con otras variables se pueden encontrar dos tipos de muestra: concurrente y predictiva. La primera, “indica el grado en que una prueba puede servir para estimar la posición actual de un individuo frente a un criterio” (Cohen y Swerdlik, 2001, p. 164); para Aiken (2003) se emplea con el objetivo de conocer si las puntuaciones que ubican en una categoría al sujeto son significativamente diferentes de los resultados de otras categorías, de tal modo que en este caso la puntuación promedio no debe variar sustancialmente entre los resultados de las categorías. De esta forma, una investigación previa tendría que mostrar la relación entre dos pruebas, así se pone en evidencia que una es explorada en función de otra.

Aiken (2003) refiere que la validez basada en evidencia predictiva hace alusión a la confiabilidad con la que los resultados de un criterio revelan la aparición de otro y se obtiene posterior a la ocurrencia de un evento, al obtener la relación entre las puntuaciones de una prueba con el suceso ocurrido. Este tipo de justificación es referida principalmente en el ingreso a niveles educativos. El cálculo de la validez basada en una justificación predictiva requiere de la estimación de la magnitud del coeficiente que se condiciona bajo la confiabilidad de la predicción puesto que “no puede ser mayor a la raíz cuadrada del producto de las dos confiabilidades (...) [y] por lo general no puede predecir más del 36% de la variación en las puntuaciones del criterio” (Cohen y Swerdlik, 2001, p. 96). Por este motivo, el autor recomienda realizar las afirmaciones referentes a la posibilidad de predecir los criterios con prudencia.

Una semejanza entre la evidencia concurrente y predictiva es que ambas tienen en un sentido poder pronóstico, puesto que en la concurrente se establece una correlación entre el instrumento de medición y el criterio. Por tanto, se predice la aparición de la variable. En contra parte, una diferencia entre ellas “radica en la temporalidad del criterio” (Argibay, 2006, p. 27). En la concurrente, el criterio es medido en el mismo momento, por tanto, corresponde a un diseño transversal. Por otro lado, si la medida del criterio se realiza a futuro corresponde a una predictiva.

La estimación sobre este tipo de evidencia se basa en el análisis del coeficiente de validez y los datos de contingencia. El primero, hace referencia a “la relación entre las calificaciones de

una prueba y las de la medida del criterio (...) para determinar la validez entre las dos medidas [la prueba estadística que se emplea para obtener los datos de contingencia] es el coeficiente de correlación de Pearson” (Cohen y Swerdlik, 2001, p. 165). Sin embargo, existen algunas variables que deben considerarse como el tamaño de la muestra.

Un tipo diferente de evidencia sobre la validez es la basada en la estructura interna que parte de “indicar el grado en que las relaciones entre ítems y los componentes de la prueba se ajustan al constructo” (AERA 2018, pp. 16-17). Entendiendo este último como, “una idea informada, científica, desarrollada como hipótesis para describir o explicar un fenómeno (...)son rasgos inobservables, supuestos (...) para describir el comportamiento de la prueba o el desempeño del criterio” (Cohen y Swerdlik, 2001, p. 175). Este tipo de evidencia, tiene como propósito probar que la operacionalización del constructo registrada en un instrumento de medición sea válida, esto se considera a partir de establecer los factores que corresponden al término (Argibay, 2006).

Existen diversos métodos para sustentar la validez a partir del constructo, entre ellos se encuentran: el análisis factorial (utilizado para obtener evidencia sobre la validez de constructo de los instrumentos de Integridad y Desesperanza), diferenciación entre grupo, correlaciones con otras medidas del constructo y matrices multimétodo-multirasgo (Argibay, 2006). El más mencionado es el análisis factorial, que tiene la finalidad de analizar las intercorrelaciones de un conjunto de datos para formar grupos de ítems que deberán formar parte de la teoría bajo la cual se construyó el instrumento. Para Cohen y Swerdlik este tipo de análisis tiene como propósito “identificar el factor o factores en común entre las puntuaciones de la prueba (...) ya sea en una base exploratoria o confirmatoria” (2001, p. 180). Mientras que para Hair et al., el investigador “identifica las dimensiones separadas de la estructura y determina el grado en que se justifica cada variable por cada dimensión (...) [y tiene por objetivo] describir los datos con un número reducido de variables” (1999, p. 80).

El análisis factorial exploratorio pretende estimar el número de factores que se mantienen, para que posteriormente en el confirmatorio se ajuste la estructura del instrumento con la finalidad de generar una prueba interpretable. Algunos, elementos importantes a considerar para este tipo de análisis son el tamaño de la muestra y el factor de carga. El primero, depende principalmente de la cantidad de ítems involucrados en el análisis, puesto que, el número de sujetos no debe ser menor a cinco veces la cantidad de ítems del instrumento; sin embargo, a pesar de cumplir con este criterio, las estructuras factoriales pueden seguir siendo inestables (Argibay, 2006). El segundo, se generan estructuras de modelos teóricos para extraer

automáticamente los factores, obtener la desviación estándar y el peso factorial, considerando como criterio de inclusión los ítems con un valor mayor a 0.05, las cargas factoriales mayores a .30 se consideran en el nivel mínimo; a partir de .40 se consideran importantes; y las superiores a .50 se consideran significativas (Hair et al., 1999). Este análisis se utilizó para obtener la validez de constructo de los instrumentos sobre integridad y desesperanza.

En el confirmatorio las cargas factoriales altas proporcionan evidencia convergente de la validez de constructo, mientras que las moderadas a bajas muestran una tendencia discriminativa (Cohen y Swerdlik, 2001). Otra estrategia a emplear es la técnica SEM (se empleó para comprobar la validez de constructo de los instrumentos de Integridad y Desesperanza), que requiere de la realización de un diagrama de flujo que busca indicar la correlación entre los factores y aceptar aquellos cuyas cargas factoriales que son mayor o igual a 0.07. Los valores del modelo “evalúan un parámetro que caracteriza a la población a través de una muestra” (Escobedo et al., 2016, p. 13), se recomienda que ésta sea mayor a 200 sujetos (Ruiz et al., 2010).

Los tipos de valores estadísticos que evalúan el modelo propuesto son: índices de ajuste absoluto, incremental y de parsimonia. El primero, sirve para “determinar el grado en que el modelo general predice la matriz de correlaciones, entre tales medidas se encuentra el Chi-cuadrado/gl, que se traduce en un modelo con un nivel de ajuste aceptable si los valores son < 3 y con límites de hasta 5.18, cuando se tiene una muestra pequeña, se utiliza el parámetro de No centralidad (NCP), que es una medida alternativa de Chi-cuadrado, en donde los valores menores a 2 son aceptables. el Índice de bondad de ajuste (GFI) evalúa si el modelo debe ser ajustado (entre más se acerque a cero indica un mal ajuste), el Error de Aproximación Cuadrático Medio (RMSEA), representa el ajuste anticipado con el valor total de la población y ya no con el de la muestra (si es $\leq 0,05$ o $0,08$ indica un error de aproximación del modelo con la realidad), el índice de error de cuadrático medio (RMR) mide las varianzas y covarianzas de la muestra y si éstas difieren de las estimaciones obtenidas (si se acerca a 0, puede considerarse un ajuste casi perfecto) (Escobedo et al., 2016; Ruiz et al., 2010), el Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) indica un buen ajuste si se observan valores iguales o inferiores a 0.05 (Manzano Patiño, 2018).

Las medidas de ajuste incremental del modelo tienen el objetivo de comparar el modelo propuesto con otro existente, llamado generalmente modelo nulo, los índices para evaluarlo son: Índice ajustado de bondad de ajuste (AGFI) que ajusta los grados de libertad entre los dos modelos (valores cercano a 0,90 muestran un mejor ajuste), el índice normado de ajuste (NFI),

compara el modelo propuesto y el modelo nulo (un valor aceptable es mayor a 0,90), el índice No normalizado de ajuste (NNFI), o índice Tucker Lewis (TLI) (es recomendable los valores superiores a 0,90), el Criterio de información de Akaike (AIC) es una medida comparativa entre modelos con diferente número de constructos (valores cercanos a 0 indican un mejor ajuste). El Índice de bondad de ajuste de parsimonia (PGFI) constituye una modificación del GFI (es aceptable entre 0,5 a 0,7) (Escobedo et al., 2016).

A pesar de que estos índices aceptables son referidos por diversos autores (Byrne, 2016; Escobedo et al., 2016), es necesario considerar que los estadísticos de bondad de ajuste son afectados con el aumento del tamaño muestral (Ruiz et al., 2010) y que deben ser considerados en cuestión de grado en lugar de una decisión binaria de sí o no (Flora y Flake, 2017). Una vez obtenidos estos puntajes se pueden requerir ajustes o parámetros adicionales. (Lewis, 2017).

Otra forma de evidenciar la validez de una prueba mediante el constructo es la diferenciación entre grupos. Argibay (2006) expone que consiste en la aplicación del instrumento a dos o más conjuntos con alguna característica propia del concepto a medir para identificar las diferencias propias del atributo. Por ejemplo, al medir inteligencia podemos identificar las diferencias en las habilidades cognitivas respecto a la edad, de esta forma se esperaría que existiera diferencia entre el grupo de niños pequeños y los mayores. Otra forma de obtener evidencia sobre la validez de constructo son las correlaciones con otras medidas del constructo, éstas se aplican cuando existe un instrumento con un constructo idéntico al que se pretende validar para correlacionar el test en construcción con el ya existente.

Un método más, es el de matrices multimétodo-multirasgo que requiere mínimo dos métodos diferentes para cuantificar la variable y algunos otros que puedan ser medidos con el mismo modo, posteriormente se miden los diferentes constructos con los disímiles procedimientos para correlacionar las medidas y formar una matriz que debe contener: coeficiente de fiabilidad, coeficiente de validez convergente y coeficiente de validez divergente (Argibay, 2006).

4.3.2. Evidencia de precisión

Según la American Educational Research Association, la evidencia de confiabilidad/precisión es utilizada para “indicar la noción más general de coherencia de los puntajes entre instancias del procedimiento de evaluación” (AERA, 2014, p. 35); es un elemento que demuestra la solidez con la que se construye un instrumento; hace referencia a un atributo

de consistencia en la medición que muestra la coherencia y rigidez con la que se estima el constructo. Esta propiedad es explicada a partir de la varianza; entre mayor es la proporción de la varianza total atribuida a la varianza verdadera y menor error, más confiable será la prueba. En palabras de Cohen y Swerdlik, el coeficiente de confiabilidad es un “índice de confianza (...) que indica la relación entre la varianza de la puntuación verdadera en una prueba y la varianza total” (2001, p. 129). En suma, lo deseable es que cada vez que se mida un constructo con el mismo objeto de valoración y en circunstancias similares, se produzcan resultados semejantes, disminuyendo la distancia entre el valor real y el obtenido.

Lograr disminuir el error en la medición es una tarea compleja puesto que se pueden cometer equivocaciones en la construcción, aplicación calificación e interpretación y van desde la redacción de los ítems hasta la asignación de puntuaciones para la calificación. Argibay (2006) refiere dos tipos de errores, los aleatorios y los sistemáticos. Los primeros, se caracterizan porque no pueden ser predichos ni controlados. Los segundos, se distinguen por ser explicados y controlables. De tal forma, se presentan diferentes métodos para la estimación de la confiabilidad: test-retest, formas paralelas y alternas y la estimación de dividir en mitades (Cohen y Swerdlik, 2001).

La estimación mediante el test-retest, se obtiene al “correlacionar partes de puntuaciones de las mismas personas en dos aplicaciones diferentes de la misma prueba (...) [y] es apropiada [para] valorar algo relativamente estable a lo largo del tiempo” (Cohen y Swerdlik, 2001, p. 133). Sin embargo, considerando los cambios naturales de las personas, si el intervalo es mayor a seis meses es nombrado coeficiente de estabilidad.

La medición mediante formas paralelas y alternas hace referencia a la aplicación de diferentes versiones de una prueba, el grado de relación entre los dos instrumentos se evalúa mediante el coeficiente de confiabilidad al que se le llama coeficiente de equivalencia. Cuando las formas, varianzas y medias entre las pruebas son iguales se llama formas paralelas, mientras que las alternas son diseñadas para corresponder en el contenido y nivel de dificultad (Cohen y Swerdlik, 2001).

La estimación de la confiabilidad/precisión mediante la división en mitades se obtiene “correlacionando dos pares de puntuaciones equivalentes de una sola prueba aplicada una sola vez” (Cohen y Swerdlik, 2001, p. 135). El proceso para la estimación implica dividir en partes equivalentes el instrumento mediante una asignación al azar o por contenido (se recomienda cuidar tener reactivos equivalentes con respecto al contenido y dificultad), calcular una

correlación entre las dos mitades y ajustar la confiabilidad de una mitad mediante la fórmula de Spearman- Brown.

Además de los métodos antes mencionados, Cohen y Swerdlik (2001) refieren la estimación de la consistencia interna mediante el Coeficiente alfa desarrollado por Cronbach en 1951 como otra forma para obtener evidencia de confiabilidad/precisión de un instrumento, en éste, el objetivo es identificar qué tan similares son los ítems. El valor que se asigna a esta prueba tiene un rango de 0 a 1 en el que 0 representa ninguna similitud hasta 1 que se interpreta como perfectamente idéntico y .80 como punto de corte para considerar a una prueba como confiable, por tal motivo se habla de consistencia entre reactivos.

Para algunos autores la utilidad del Alpha de Cronbach es limitada (Cho y Kim, 2015; Goodboy y Martin, 2020), mientras que para otros debe continuar utilizándose (Raykov y Marcoulides, 2019). Una propuesta para solventar los inconvenientes que presenta esta prueba es utilizar el coeficiente Omega de McDonald (Goodboy y Martin, 2020), puesto que, la confiabilidad no está sesgada, sin importar cuán bajo, alto o desigual sea el factor; los valores aceptables para ambas pruebas son de 0.70, aunque puede bajar a 0.60 en la investigación exploratoria (Hair et al., 1999, pp. 105-106); por tanto, éstos análisis son empleados para obtener evidencia de confiabilidad/precisión de los instrumentos de Integridad y Desesperanza

La estimación de la consistencia entre reactivos evalúa la homogeneidad que significa la capacidad de una prueba para evaluar un solo rasgo. Por otra parte, la heterogeneidad muestra la facultad para medir diferentes factores. Tal como lo menciona Cohen y Swerdlik “entre más homogénea (...) más consistentes se espera que sean las preguntas [sin embargo] ejemplifica un área de contenido relativamente reducida” (2001). De tal forma, tanto la evidencia sobre la validez y confiabilidad/precisión por sí solas son un elemento insuficiente para dar muestra de la interpretación real de los instrumentos.

La AERA refiere que “los responsables del desarrollo, revisión y administración de la prueba deben diseñar todos los pasos del proceso de evaluación para promover interpretaciones válidas (...) [y] la variedad más amplia posible de individuos y subgrupos relevantes en la población prevista”. (2018, p. 70). Por tanto, el proceso de construcción de un instrumento se compone de varias fases que es necesario atender de forma pronta, eficaz y plena a fin de cumplir con el objetivo para el que es diseñado el instrumento y dar respuesta a la necesidad que motivó su creación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La explicación del bienestar y la depresión del adulto mayor a partir del estilo identitario y factores biopsicosociales abre una brecha en el estudio de la psicología geriátrica desde un enfoque evolucionista. Las estadísticas señalan cambios poblacionales importantes en los siguientes años, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS, 2018) señala que en el 2018 había 125 millones de personas de 80 años o más a nivel mundial, pero, para el 2050 se tendrá aproximadamente la misma cantidad sólo en China; otro dato interesante señalado por éste organismo que da cuenta del crecimiento poblacional es que, se estima que entre el 2015 y 2050 el porcentaje de habitantes mayores de 60 años pasará del 12% al 22%, de los cuales el 80% vivirá en países de ingresos bajos y medianos como México.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (en adelante INEGI, 2020) señalan a Francia España e Italia como los países con una mediana mayor a los 41 años. Sin embargo, el proceso de envejecimiento tiene una velocidad diferente en cada país. Por ejemplo, Francia en 1865 tenía el 7% de población en proceso de envejecimiento, pero en 1980 la cifra ascendió al 14% de la población total (115 años después); México enfrentará el mismo proceso de envejecimiento poblacional en menos de 35 años, por lo que uno de los retos será consolidar en un corto tiempo una infraestructura social para la atención de las personas mayores.

En México, el INEGI (2017; 2020) refiere que las personas de más de 60 años acrecentaron de 6.4% a 10.5% y 12.3% entre 1990 y 2017 y 2020 respectivamente, además, se espera que en el 2050 el porcentaje de adultos mayores en México sea de 21.5% de la población total. Este incremento en la población mayor obedece a un aumento en la esperanza de vida favorecida por los avances tecnológicos y mayor cobertura en los servicios de salud; sin embargo, es necesario considerar que el adulto mayor presenta estados de salud cada vez más complejos que requieren de mayor especialización; por ejemplo, según datos del INEGI (2019) a principios de los años 30 las principales causas de muerte obedecían a enfermedades transmisibles como parásitos e infecciones del aparato digestivo o respiratorio, pero, en 2015 (INEGI, 2017) se señalan como principales causas de defunción la: diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades del hígado y cerebrovasculares.

En México, la entidad que reporta mayor tasa de crecimiento anual y mayor población de adultos mayores es el Estado de México. El Consejo Estatal de Población del Estado de México (en adelante COESPO, 2017) menciona que en el 2015 habitaban 1 millón 517 mil 425 adultos mayores, lo cual, representa el 9.4% de la población total de la entidad, con un 54.03% son mujeres y el 45.7% son hombres. La esperanza de vida de los mexiquenses al nacimiento de la

población en 1990 era de 70.05, pero, para el 2020 será de 75.95 y en el 2030 se espera que sea 77.19 años, por tanto, se proyecta un aumento importante en el porcentaje de adultos mayores.

Además de los avances científicos logrados hasta el momento para prolongar la esperanza de vida de la persona, es importante retomar que existen factores que favorecen la depresión y el nivel de bienestar del adulto mayor; tales como, la trayectoria de vida, el contexto social, económico e institucional. El panorama actual no parece muy alentador ya que existen marcadas diferencias de género; las mujeres se encuentran más vulnerables a la pobreza, discapacidad y violencia a diferencia de los varones, esto se debe a los roles de género tradicionales que imposibilitaban el ejercicio laboral de las mujeres y promovían la poca participación social del género femenino; pero, también a la mayor longevidad de las mujeres pues aumentan los padecimientos crónico degenerativos y la incapacidad para desarrollar actividades de la vida diaria. Los varones por su parte enfrentan otro tipo de dificultades pues pierden la capacidad para realizar actividades después participar activamente en actividades económicas y sociales; disminución en interacción con una red social y familiar, además de poca familiaridad con el sistema de salud (Salgado y Wong, 2007).

La salud física es otro elemento que marca una diferencia en el estilo de envejecimiento, la esperanza de vida se encuentra alrededor de los 76.4 años, sin embargo, la esperanza de vida saludable es de 65.8 años, lo cual representa 10.6 años de vida con presencia de algunos de los padecimientos más frecuentes entre los adultos mayores como: hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia (Manrique-Espinoza et al., 2013; Sotomayor-Preciado et al., 2021), los cuales pueden dificultar la realización de al menos una actividad básica de la vida diaria en un 26.9% y de actividades instrumentales en un 24.6% (Manrique-Espinoza et al., 2013).

El contexto en que se vive el envejecimiento es otro aspecto a retomar, Pelcastre-Villafuerte et al. (2011) indican que, en el Estado de México el 70% de los adultos mayores vive en municipios de bajo o muy bajo desarrollo social, en condiciones de desprotección y vulnerabilidad; con escasos servicios sociales y sin áreas adaptadas a sus necesidades. La atención y cuidado de los adultos mayores actualmente recae en la familia, puesto que en el 30.1% de los hogares en México vive al menos una persona de 60 años o más y el 49.2% de los hogares con al menos un adulto mayor depende económicamente de apoyos por programas gubernamentales (INEGI, 2017) debido a que este sector de la población es difícilmente contratado en empleos formales y no cuentan con una pensión, por lo cual la pobreza se vuelve una constante.

La difícil situación a la cual se enfrenta este sector de la población representa conflictos económicos y sociales con implicaciones psíquicas importantes. Durante la pandemia por Covid-19, algunas de las medidas que se tuvieron que implementar ante el acelerado incremento de casos y fallecimientos fueron: el aislamiento social, movilidad restringida y pobre contacto; lo cual, tuvo como consecuencias la presencia de emociones negativas, tales como: estrés, angustia, temor y tristeza, además de, preocupación por contraer Covid-19, extrañar a familiares y problemas económicos que favorecen la dependencia y reducen la calidad de vida (Sotomayor-Preciado et al., 2021).

El sentimiento de carga en los adultos mayores funge como un elemento para la construcción de la identidad desde el enfoque social y emocional. En el ámbito social la percepción de ser una pesadez se vincula estrechamente con el trabajo como un valor social, trabajar es un valor en sí mismo que jerarquiza a los seres humanos. Sin embargo, al perder este valor surge un discurso de déficit o deterioro que precede de una dimensión emocional deteriorada (Arroyo Rueda, 2011). De acuerdo a Salazar otras de las implicaciones a nivel emocional son “la progresiva incapacidad para realizar actividades cotidianas acompañadas de sentimientos de indefensión, irritabilidad, apatía, ansiedad y depresión. (...) Constituirse como una “carga” para la familia y la sociedad incluye elementos individuales, sociales y emocionales que re significan la identidad” (2011, p.9).

La reconstrucción identitaria durante la vejez se encuentra llena de prejuicios que limitan el desarrollo personal de los adultos mayores y asigna una representación social estereotipada. Tanto Salvarezza (1993) como Beauvoir (1970) explican el origen de éstos prejuicios en los años de infancia y formación educativa, quienes observan esta etapa de la vida asociada a una declinación mental y física, la persona en desarrollo ve estos cambios indeseables e inconscientemente rechaza este proceso natural. Erikson (1985) menciona que es necesario volver a considerar y repensar el rol de la vejez en un mundo en el que no se les incorpora en la sociedad; en esta etapa de la vida es más probable la aparición de circunstancias dolorosas, volviéndose propenso a desarrollar depresión reflejado como un retardo de todo pensamiento y acción.

Autores como Escalona y Ruiz, 2016; Fernández, Almuiña, Alonso y Blanco, 2001; Manrique-Espinoza et al., 2013; Pelcastre-Villafuerte et al., 2011; Treviño-Siller et al., 2006; Vivaldi y Barra, 2012 coinciden en que el tema del adulto mayor en México y en el mundo, representa desafíos poblacionales que obligan a un cambio en la estructura social, dado que impactan el bienestar físico, psicológico y social. Una tendencia poblacional satisfecha se

reflejará en una estructura social más organizada e inclusiva, en contra parte, tal como lo menciona Beauvoir “La desgracia de los ancianos es un signo del fracaso de la sociedad contemporánea” (1970, p.680). Por tanto, el tema del envejecimiento tiene impacto a nivel personal y social.

El tema surge a partir de la observación de diferentes estilos de envejecimiento y su relación con diferentes estados, tales como el bienestar y la depresión. A pesar de la proyección poblacional que realizan instituciones nacionales e internacionales, hasta el momento existen pocos estudios explicativos sobre cómo afectan los factores biopsicosociales y el estilo identitario en la depresión y el bienestar psicológico del adulto mayor; algunas investigaciones son presentadas a nivel descriptivo, comparativo o en relación con otras variables como calidad de vida o funcionamiento familiar, pero, no logran explicar las variables. Ante tal panorama, es pertinente ampliar el conocimiento sobre este tipo de población; puesto que, requieren de cuidados y atenciones con un alto grado de especialización. El presente proyecto atiende a la generación del conocimiento de la tercera edad desde una visión integradora; para esta investigación se retoman como ejes principales los conceptos de bienestar psicológico y depresión como elementos resultantes de la reconstrucción identitaria y los factores biopsicosociales. Por tanto, el objetivo de la presente investigación es:

- Explicar el bienestar psicológico y la depresión en el adulto mayor a partir de los estilos identitarios de integridad y desesperanza así como de los factores biopsicosociales como el apoyo social, salud, ocupación, estado civil, escolaridad y sexo.

Para lograr dicho objetivo se realizó un estudio organizado en tres fases, la articulación en diferentes etapas abonará a la comprensión del bienestar psicológico y la depresión del adulto mayor; con la finalidad de identificar la forma en que se ensamblan los tres estudios se recomienda ver la figura 3 para el modelo explicativo del bienestar psicológico y figura 4, para la depresión.

MÉTODO

5.1. Objetivo general

La presente investigación tiene por objetivo:

- Explicar el bienestar psicológico y la depresión en el adulto mayor a partir de los estilos identitarios de integridad y desesperanza así como de los factores biopsicosociales como el apoyo social, salud, ocupación, estado civil, escolaridad y sexo.

El estudio se organizó en tres fases que en conjunto tienen como propósito dar respuesta al objetivo general. A continuación se presenta el método de cada etapa de investigación.

5.2. Primera fase. Construcción de instrumentos

La primera fase consistió en la construcción de los instrumentos: Integridad en el Adulto Mayor (IAM), Desesperanza en el Adulto Mayor (DAM), así como de la obtención de evidencia sobre la validez y confiabilidad/precisión del instrumento de Bienestar Psicológico (BP-22), originalmente diseñado para población joven, pero, para fines de la presente investigación se requirió en la población geriátrica.

5.2.1. Objetivos específicos

- Diseñar un instrumento que posea evidencia de confiabilidad/precisión y validez referida en el contenido y estructura interna, capaz de explorar el estilo identitario de Integridad en el adulto mayor sustentado en la Teoría de Erikson.
- Obtener evidencia de confiabilidad/precisión y validez referida en el contenido y estructura interna del instrumento: Integridad en el adulto mayor (IAM).
- Diseñar un instrumento que posea evidencia de confiabilidad/precisión y validez referida en el contenido y estructura interna, capaz de explorar el estilo identitario de desesperanza en el adulto mayor sustentado en la Teoría de Erikson.
- Obtener evidencia de confiabilidad/precisión y validez referida en el contenido y estructura interna del instrumento: Desesperanza en el adulto mayor (DAM).
- Obtener evidencia de confiabilidad/precisión y validez referida la estructura interna del instrumento Bienestar Psicológico (BP-22) en adultos mayores.

5.2.2. Tipo de estudio

La primera fase de la presente investigación fue un tipo de estudio instrumental, este se define como “todos los estudios encaminados al desarrollo de pruebas y aparatos, incluyendo el diseño y adaptación de los mismos” (Montero y León, 2002, p.6). Durante ésta, se obtuvo evidencia sobre la validez y confiabilidad/precisión de tres instrumentos. El primero, midió el estilo identitario de integridad en el adulto mayor, mientras que el segundo explora de la desesperanza; ambos, sustentados en la Teoría psicosocial de Erikson. El tercero, tiene por propósito estimar el bienestar en el adulto mayor.

5.2.3. Variables

Definición conceptual

Integridad. Surge a partir de una postura sintónica ante las crisis psicosociales que se presentan en los estadios antecedentes: confianza, autonomía, iniciativa, industria, identidad, intimidad y generatividad; es el resultado de un desarrollo epigenético adecuado y su maduración conlleva a la sabiduría que es definida como: “preocupación informada y desapegada por la vida misma frente a la muerte misma” (Erikson, 1985, p. 67). Salvarezza (1993) lo describe como la aceptación de la responsabilidad de su propia vida, mientras que, Bordington (2007) describe las siguientes dimensiones:

- Aceptación de sí. Aprobación de su historia personal, de su proceso psicosexual y psicosocial.
- Integración emocional. Conjunción de las demás fuerzas sintónicas antecedentes.
- Vivencia del amor universal. Como experiencia que resume su vida y su trabajo.
- Convicción de su propio estilo e historia de vida. Como contribución significativa a la humanidad.
- Confianza en sí y nosotros. Especialmente en las nuevas generaciones, las cuales se sienten tranquilos para presentarse como modelo por la vida vivida y por la muerte que tienen que enfrentar.

Desesperanza. Para Erikson (1985) es un sentimiento de acabamiento, confusión y desamparo que recae en la patología del desdén, se caracteriza por el rechazo y resentimiento, en el que el tiempo es muy poco para intentar lograr la integridad. Al respecto Bordington (2007) señala cinco indicadores:

- Ausencia de valores. Conjunto distónico y de ritualizaciones desintegrantes contenidas en los estadios anteriores que se manifiestan en la última etapa de la vida.
- Temor a la muerte. Conformada por la falta, pérdida o debilidad de integración.
- Desesperación. Para Erikson (1985), surge de la sensación de correr peligro y ausencia de otro que proporcione cuidado, mientras que para Bordington (2007) la vida puede ser desesperadamente no deseada debido al contenido distónico pasado.
- Dogmatismo. Basado en el poder totalizante, en el que no admite que se discutan sus afirmaciones, opiniones o ideas.
- Desdén. Es definido por Erikson como una reacción como consecuencia de un sentimiento de acabamiento, confusión o desamparo (Erikson, 1985).

Bienestar psicológico. Escobar (2013) realiza un análisis sobre los diferentes constructos y aportaciones de diversos autores y lo define como un constructo multidimensional constituido por tres factores:

- Afectos negativos. Hacen referencia a “la sensibilidad temperamental de un individuo ante estímulos negativos. La presencia de un alto índice de afectos negativos se ha relacionado con (...) miedo, ansiedad, tristeza, depresión, culpa, hostilidad e insatisfacción” (Robles y Pelaez, como se cita en Escobar, 2013).
- Afectos positivos. Estos “representan la dimensión de la emocionalidad positiva, energía, afiliación y dominio del individuo. Las personas con un alto nivel de afectos positivos experimentan con facilidad (...) satisfacción, gusto, entusiasmo, energía amistad, unión, afirmación y confianza” (Robles y Pelaez, como se cita en Escobar, 2013).
- Satisfacción con la vida. Se refiere a la evaluación de la percepción global del individuo sobre la satisfacción con su vida como un proceso cognoscitivo de juicio (...) se basa en el juicio personal de propio individuo sobre la satisfacción con su vida (Kaplan y Saccuzzo en Escobar, 2013).

Definición operacional:

Para definir operacionalmente a las variables es necesario dar cuenta sobre la forma de medición de cada una. El estilo identitario de Integridad se obtuvo mediante el instrumento Integridad en el Adulto Mayor (IAM), formado por cinco factores hipotéticos: Aceptación de sí,

Integración emocional, Vivencia del amor universal, Confianza en sí y nosotros, Convicción del propio estilo y forma de vida (los indicadores propuestos se plantean en el ANEXO A).

La definición operacional de la segunda variable, estilo identitario de desesperanza, fue soportada mediante el instrumento “Desesperanza en el Adulto Mayor (DAM)”. Este se constituye de los factores: Ausencia de valores, Temor a la muerte, Dogmatismo, Desesperación y Desdén (los indicadores propuestos pueden ser consultados en el anexo B).

La tercera variable a definir operacionalmente es el bienestar psicológico, que fue medido con el instrumento: Bienestar Psicológico (BP-22) desarrollado por Escobar (2013); se caracteriza por ser autoaplicable, con cinco opciones de respuesta que son: en desacuerdo, ligeramente en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, ligeramente de acuerdo y de acuerdo. Se conforma de 22 ítems agrupados en 3 factores: Afectos positivos, Afectos negativos y Satisfacción de vida. Originalmente, el instrumento fue construido para población joven y redactado desde una perspectiva de género colocando en los adjetivos de los ítems el símbolo @, sin embargo, para los adultos mayores era complicado interpretarlo, y se decidió cambiarlo a un formato tradicional genérico masculino (ver ANEXO F).

5.2.4. Participantes

Para obtener evidencia de validez sustentada en el contenido, se contó con la participación de seis jueces. El proceso consistió en la elección de expertos, tanto en, la construcción de instrumentos como en el desarrollo epigenético del adulto mayor, se seleccionaron a docentes-investigadores de una Universidad Pública que contaran con experiencia en la construcción y valoración de instrumentos psicológicos, buena reputación ante la comunidad académica y motivación para participar.

Para el análisis factorial exploratorio de los tres instrumentos se contó con la participación de 294 adultos mayores. La recolección de datos se llevó a cabo en casas del adulto mayor del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Centro de Jubilados y Pensionados del ISSEMyM, iglesias, parques y escuelas para adultos, en caso de reportar dificultades visuales o de lectura, la aplicación se realizó de forma oral. Las personas fueron seleccionadas mediante los siguientes criterios:

Criterios de inclusión.

- Ser adultos mayores de 60 años de edad que acepten participar en el estudio y firmen la carta de consentimiento informado (ver ANEXO C).

Criterios de exclusión

- Tener discapacidad auditiva o deterioro cognitivo que le impida la escucha o comprensión de los ítems.
- Rechazo a contestar el instrumento o firmar la carta de consentimiento informado.

Criterios de eliminación

- Adultos mayores que dejen sin contestar 4 preguntas (5 % del instrumento).

La muestra se integró de 100 hombres y 194 mujeres; de los cuales 142 se encuentran casados, 134, solteros; 101, viudos y 17 divorciados; respecto a la ocupación 76 son jubilados; 41, empleados; 23, autoempleo y 154 se dedican al hogar. Los niveles de escolaridad son: 73 presentan analfabetismo; 97, nivel primaria; 38, secundaria; 22, medio superior; 45, licenciatura y 19, posgrado.

Para el análisis factorial confirmatorio de los instrumentos: IAM y DAM se amplió la muestra mediante el envío de un formulario de *google*, debido al aislamiento social provocado por la pandemia por Covid-19 se utilizó la técnica de bola de nieve para la recabación de la muestra, se contó con un total de 313 participantes de los cuales 106 fueron hombres y 207, mujeres; 154 refirieron estar casados, 37 solteros, 101 viudos y 21 divorciados; respecto a la ocupación, 80 son jubilados, 48 empleados, 161 se dedican al hogar y 24 cuentan con un autoempleo; en niveles de escolaridad 73 indican no saber leer ni escribir, 100 un nivel primaria, 29 secundaria, 27 bachillerato, 50 licenciatura y 27 posgrado. La descripción poblacional señala que corresponde a una muestra no probabilística, de tipo propositiva, puesto que la selección no se realizó al azar, sino que obedeció a los requerimientos de la investigación, tal como lo definen Hernández et al. (2014).

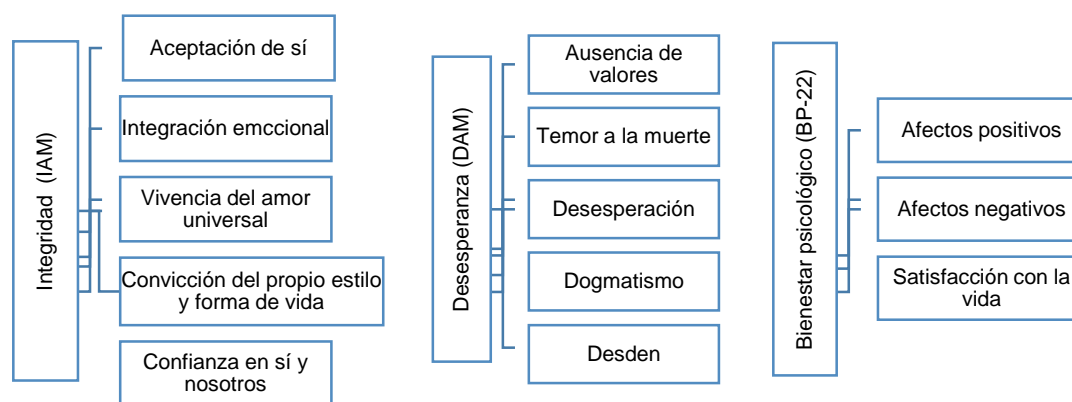
5.2.5. Instrumentos

La estructura factorial de los instrumentos: Integridad en el Adulto Mayor (IAM), Desesperanza en el Adulto Mayor (DAM) y Bienestar psicológico (BP-22) se especifican en la figura uno. Los instrumentos IAM y DAM fueron contestados mediante una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de menor a mayor en el cual 1 corresponde a nunca; 2,

casi nunca; 3, algunas veces; 4, frecuentemente; y 5, siempre. El BP-22, maneja un formato de respuesta tipo Likert con cinco opciones de acuerdo: 1 en desacuerdo, 2 ligeramente de acuerdo, 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 ligeramente de acuerdo y 5 de acuerdo.

Figura 1.

Factores correspondientes a los instrumentos: “Integridad en el adulto mayor (IAM), Desesperanza en el adulto mayor (DAM) y Bienestar Psicológico (BP-22)”



Fuente: Elaboración propia

5.2.6. Hipótesis

- H1. La estructura factorial del instrumento: Integridad en el adulto mayor es congruente con las cinco dimensiones propuestas por Erikson: confianza, integración emocional, aceptación de sí, vivencia del amor universal y convicción del estilo y forma de vida.
- H2. El instrumento Integridad en el adulto mayor (IAM) reporta evidencia de confiabilidad/precisión y validez referida en el contenido y estructura interna.
- H3. La estructura factorial del instrumento Desesperanza en el adulto mayor (DAM) es congruente con las cinco dimensiones propuestas por Erikson: ausencia de valores, dogmatismo, desdén, temor a la muerte y desesperación.
- H4. El instrumento Desesperanza en el adulto mayor (DAM) reporta evidencia de confiabilidad/precisión y validez referida en el contenido y estructura interna.
- H5. El instrumento Bienestar Psicológico (BP-22) reporta evidencia de confiabilidad/precisión y validez referida en la estructura interna.

5.2.7. Diseño de investigación

El diseño de investigación para Hernández et al., (2014) constituyó el plan o estrategia para obtener la información deseada, bajo ésta premisa se propuso un diseño de investigación empírica de tipo instrumental (Ato et al., 2013), que incluye investigaciones orientadas a analizar las propiedades psicométricas de instrumentos construidos o la traducción y adaptación de test realizados previamente. Los pasos a seguir para cumplir con los objetivos marcados para la primera fase son:

1. Revisión bibliográfica y elaboración de sustento teórico
2. Redacción de reactivos
3. Contextualización mediante entrevistas
4. Obtención de validez de contenido mediante análisis inter-jueces y realización de observaciones pertinentes
5. Realización de prueba piloto del instrumento y ajustes resultantes
6. Aplicación del instrumento a la muestra
7. Construcción de base de datos
8. Análisis Factorial Exploratorio
9. Análisis e interpretación de resultados
10. Análisis factorial confirmatorio
11. Análisis e interpretación de datos
12. Elaboración de versión final de los instrumentos

5.2.8. Procedimiento de obtención de datos

La obtención de datos presencial se llevó a cabo en ambientes variados, con la finalidad de tener una población heterogénea, las aplicaciones se efectuaron en casas de día del adulto mayor, hospitales, centros de distribución de apoyos sociales y centros gerontológicos. El tiempo de aplicación osciló entre 3 y 10 minutos por cada instrumento, en algunos casos se necesitó organizar pequeños grupos y dar lectura a los ítems o aplicarlos de forma individual.

5.2.9. Procesamiento y análisis estadístico de los datos

El procesamiento estadístico de la primera fase consistió en obtener evidencia de confiabilidad/precisión y validez referida en el contenido y estructura interna de los instrumentos: Integridad en el adulto mayor (IAM), Desesperanza en el adulto mayor (DAM) y Bienestar psicológico (BP-22). Para ejecutar el análisis, se realizó una base de datos en el Software estadístico SPSS versión 22. Con la finalidad de comprobar la validez de contenido de los instrumentos: IAM y DAM se realizó un juicio de expertos de 8 pasos propuesto por Escobar y Cuervo (2008). La función de los evaluadores fue calificar la pertinencia, saturación teórica y redacción bajo los criterios: si o no cumple con la condición; en algunos casos los investigadores realizaron comentarios con la finalidad de favorecer la aceptación de los reactivos en las tres rúbricas.

El método estadístico seleccionado para obtener el grado de aceptación de cada reactivo fue la prueba binomial, debido a que otorga un porcentaje de aceptación y significancia para cada reactivo. El punto de corte para la aceptación de los ítems se situó en 0.80 (Escrura, 1988; Fontenele et al., 2021; Lawshe, 1975; Pereyra Quiñones, 2020). Se llevaron a cabo dos mediciones con el propósito de lograr obtener un puntaje aceptable, en la primera, se sometieron a evaluación, posteriormente, se consideraron las sugerencias señaladas por los jueces y se volvió a presentar la evaluación, en la segunda, se obtuvo un puntaje de aprobación mayor a 0.80 en el 100% de los ítems.

La confiabilidad/precisión hace referencia a la consistencia interna de un instrumento psicológico, en éste se demuestra que produce resultados consistentes y coherentes (Hernández et al., 2014). Para cumplir con tal criterio se obtuvo la consistencia interna de los instrumentos Integridad en el adulto mayor (IAM), Desesperanza en el adulto mayor (DAM) y Bienestar psicológico (BP-22) mediante el Alfa de Cronbach y el Omega de McDonald, lo anterior permitió dar paso a obtener evidencia de validez sustentada en la estructura interna.

Para obtener evidencia de validez sustentada en la estructura interna se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC). En el primero, se evaluó la distribución de los datos y determinó el método de extracción: Factorización de ejes principales, con un tipo de rotación Oblicua directa como el más pertinente para el análisis factorial de los ítems correspondientes a los instrumentos IAM y DAM; para el BP-22 se utilizó el Método de Componentes Principales y un tipo de rotación Varimax en virtud de que se conocía la estructura factorial. Una vez realizado el cálculo se identificó la pertinencia del tamaño muestral mediante el estadístico Kaisen Mayer Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett.

En el AFC, el primer paso fue evaluar la normalidad multivariante mediante el valor estimado de de Mardia (Byrne, 2016), se utilizó la técnica de remuestreo Bootstrap, se analizó el modelo mediante el método de estimación Máxima similitud, y se consideraron los valores de: χ^2 , gla, χ^2/gla ; así como: índices de ajuste absoluto e incremental. Los criterios de referencia para los estadísticos de bondad de ajuste fueron considerados según Escobedo et al. (2016); Hair et al. (1999); Ruiz et al. (2010).

5.3. Segunda fase. Modelo explicativo del estilo identitario de integridad y desesperanza a partir de los factores biopsicosociales

5.3.1. Objetivos específicos

- Explicar la reconstrucción del estilo identitario de integridad en el adulto mayor a partir de los factores biopsicosociales de apoyo social, salud, ocupación, escolaridad y sexo.
- Explicar la reconstrucción del estilo identitario de desesperanza en el adulto mayor a partir de los factores biopsicosociales de apoyo social, salud, ocupación, escolaridad y sexo.

5.3.2. Tipo de estudio

La segunda fase consistió en un estudio de tipo explicativo, para Hernández et al. (2014) corresponde a las causas que originan un fenómeno, en qué condiciones se manifiestan y el grado en el que se relacionan con dos o más variables; éste responde a las finalidades de la presente investigación que radicó en el análisis de los factores biopsicosociales como variables explicativas del estilo identitario en adultos mayores.

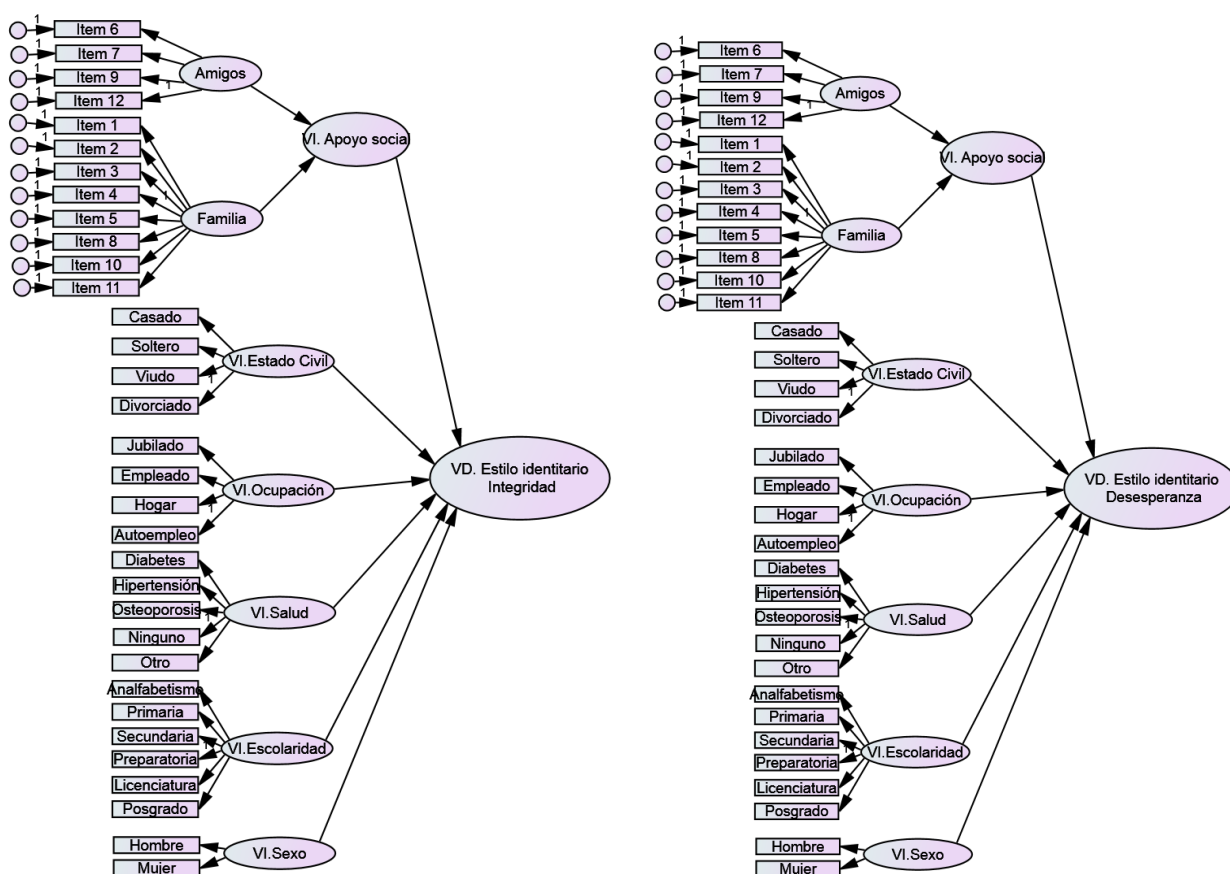
5.3.3. Variables

Los estilos identitarios de integridad y desesperanza del adulto mayor corresponden a un tipo de variable atributiva debido a que es una cualidad que ya se encontraba presente en el sujeto antes de la investigación y sólo se procedió a medirla. Para Kerlinger y Lee (2002) una variable atributiva es aquella que es medida y forma parte de un atributo o característica del sujeto. Para la segunda fase de investigación, los estilos identitarios de integridad y desesperanza fueron agrupados como variables dependientes, mientras que los factores biopsicosociales, como variables independientes (ver figura 2). A continuación se muestra de forma gráfica la clasificación de variables correspondiente a la etapa dos.

La figura dos muestra la clasificación de las variables del modelo explicativo de la integridad y desesperanza en el adulto mayor. Las siglas VI se refieren a la Variable independiente, mientras que la VD hace referencia a la Variable dependiente, a la derecha se observa el modelo correspondiente al estilo identitario de desesperanza, mientras que a la izquierda el de integridad.

Figura 2.

Clasificación de variables en la fase dos, correspondiente a los modelos explicativos de los estilos identitarios de integridad y desesperanza en el adulto mayor.



Fuente. Elaboración propia

En la tabla 1 se muestran las definiciones conceptuales, operacionales y nivel de medición de las variables correspondientes a la segunda fase de investigación.

Tabla 1

Definición y nivel de medición de las variables dependientes e independientes

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de medición
Integridad	Resultado de un desarrollo epigenético orientado a un polo sintónico que con lleva a la sabiduría (Erikson, 1985).	Se utilizó el instrumento Integridad en el adulto mayor (IAM) construido durante la primera fase de investigación, es una escala de 26 ítems tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de nunca a siempre, agrupados en cuatro factores: Aceptación de sí, Integración emocional, Confianza en sí y nosotros; finalmente, Convicción del estilo y forma de vida.	Intervalar
Desesperanza	Sentimiento de acabamiento, confusión y desamparo que expresa el sentimiento de que el tiempo es demasiado corto para intentar emprender un nuevo camino que lleve a la integridad (Erikson, 1985).	Se utilizó el instrumento Desesperanza en el adulto mayor (DAM), el cual contiene 15 ítems tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de nunca a siempre; agrupados en tres factores: Ausencia de valores, Miedos existenciales y Temor a la dependencia.	Intervalar
Factores biospsico-sociales	Interacciones entre el entorno laboral, contenido, condiciones, capacidades, necesidades, cultura y condiciones personales que pueden, a través de las percepciones y la experiencia influir en la salud, desempeño y satisfacción (Kalimo et al., 1987). Teóricamente son: apoyo familiar,	Consistió en la aplicación de un instrumento sobre apoyo social y una ficha sociodemográfica de opción múltiple que considera las variables de sexo, estado civil, ocupación, salud física y escolaridad; por lo que a continuación se presenta la definición operacional.	

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de medición
	salud, sexo, escolaridad y ocupación (E. L. Vera & Zanatta, 2019).		
Apoyo social	Para Ruiz (2017) es la percepción subjetiva de los recursos que brindan familiares y amigos para hacer frente a los acontecimientos estresantes, brindan protección para momentos de dificultad. Los apoyos sociales suministrados y recibidos proceden de redes de apoyo social que reflejan la dimensión relacional con la que una persona establece una relación regular de intercambios sociales.	Se empleó la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) de Zimet, Dahlem, Zimet y Farley (1988); cuenta con la traducción al español y adaptación para adultos mayores de Arechabala y Miranda (2002); y validación de Ruiz Jiménez et al. (2017). Se compone por 12 ítems tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: casi nunca, a veces, con frecuencia y siempre o casi siempre, los reactivos se agrupan en dos factores: familia y amigos (Arechabala y Miranda, 2002).	Intervalar
Salud	Es entendido como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2021, párr. 1).	El estado de salud fue identificado mediante las siguientes opciones de respuesta: diabetes, hipertensión, osteoporosis, ninguno y otro. Los primeros tres padecimientos son señalados como las enfermedades más frecuentes en adultos mayores, se consideró otra opción de respuesta con la finalidad de determinar la ausencia de enfermedades y un espacio para colocar cualquier otro padecimiento.	Nominal
Escolaridad	Escolaridad. Es el definido como el período de asistencia a un centro escolar (Real Academia Española, 2019).	La escolaridad fue estimada mediante el último nivel académico terminado; las opciones de respuesta son: primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura y posgrado.	Ordinal

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de medición
Estado civil	Es definido como la condición de una persona en relación con su filiación o matrimonio que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. (Diccionario del español jurídico, 2016).	Fue establecido mediante cuatro opciones de respuesta: soltero, casado, viudo o divorciado.	Nominal
Sexo	Condición orgánica, femenina o masculina. Conjunto de seres pertenecientes al mismo sexo (Real Academia Española, 2019).	El factor fue identificado mediante las opciones de respuesta: hombre o mujer.	Nominal
Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa (Real Academia Española, 2019).	Se establecieron las siguientes categorías para la evaluación ocupacional en adultos mayores: jubilado, empleado, hogar y autoempleo.	Nominal

Fuente: Elaboración propia.

5.3.4. Participantes

En la segunda fase de investigación, se retoman los 313 adultos mayores que participaron en el AFC de la primera fase, dicha población se fragmenta en dos partes: en la primera se realizó la aplicación a 294 personas en casas del adulto mayor del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Centro de Jubilados y Pensionados del ISSEMyM, iglesias, parques y escuelas para adultos, los criterios de inclusión, exclusión y eliminación se encuentran descritos en el método fase uno, apartado: participantes; en la segunda, debido al aislamiento social provocado por la pandemia por Covid19 se llevó a cabo una aplicación digital mediante la aplicación *google forms*, que contó con la respuesta de 19 personas. El formato de aplicación consistió en información sobre el objetivo y características del estudio, anonimato y protección de datos, así como la solicitud de consentimiento informado, aplicación de instrumentos: IAM,

DAM y BP-22, finalmente se agradeció la participación y se dio a conocer un medio de contacto para posibles dudas o comentarios. Los criterios de participación para la aplicación digital fueron:

Criterios de inclusión.

- Ser adultos mayores de 60 años de edad que acepten participar en el estudio.
- Tener habilidad lectora o una persona que le pueda asistir para la lectura de los ítems.
- Contar con un dispositivo e internet para acceder al link de acceso.

Criterios de exclusión

- Tener discapacidad auditiva, visual o deterioro cognitivo que le impida la lectura, escucha o comprensión de los reactivos.
- Rechazo a contestar el instrumento o firmar carta de consentimiento informado.

Criterios de eliminación

- Adultos menores de 60 años.

Debido a que los participantes respondieron a las necesidades de la investigación, se trabajó con una muestra no probabilística, de tipo propositiva según los criterios de (Hernández et al., 2014).

5.3.5. Instrumentos

Para la segunda fase de investigación se emplearon los instrumentos sobre el estilo identitario de Integridad y Desesperanza elaborados durante la primera fase de investigación, además de una ficha sociodemográfica que tuvo el objetivo de identificar los factores biopsicosociales y un instrumento sobre apoyo social, los cuales se describen a continuación.

Para la medición de la integridad se utilizó el instrumento: Integridad en el Adulto Mayor (IAM), los datos correspondientes al proceso de construcción, así como la evidencia sobre su validez y confiabilidad/precisión es reportada en el apartado de resultados correspondientes a la fase uno de investigación.

Para la medición del Estilo identitario de desesperanza se empleó el instrumento: Desesperanza en el adulto mayor, cuya construcción tuvo lugar en la primera fase de la investigación, los datos que muestran la evidencia de validez y confiabilidad/precisión se encuentran el apartado correspondiente a resultados.

Escala Multidimensional de Apoyo Social (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS) de Zimet, Dahlem, Zimet y Farley (1988).

La medición del apoyo social percibido es de utilidad en poblaciones jóvenes, adultos y adultos mayores, éste se relaciona con bajos niveles de estrés y sintomatología de ansiedad (Zimet et al., 1988), mientras que, en adultos mayores se asocia con mayor salud física, psicológica y como elemento predictor de bienestar (Stanley et al., 1998). Es un instrumento originalmente creado en idioma inglés de 12 ítems con 7 opciones de respuesta tipo Likert que van de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo, Zimet et al. (1988) refieren estudios de validación en una población de 136 mujeres y 139 hombres universitarios, identificaron tres subescalas, cada una dirigida a una fuente de apoyo: familia, amigos y otro significativo.

Cuenta con la traducción al español y validación en adultos mayores Chilenos de Arechabala y Miranda (2002) con un formato autoaplicable con opciones de respuesta de tipo Likert de 4 puntos. Los conceptos utilizados por éstas autoras son: 1 = casi nunca; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre o casi siempre. La evidencia sobre la confiabilidad/precisión del instrumento señala un coeficiente alpha de Cronbach de .86 para el total de la escala. El análisis factorial mostró una solución bifactorial que explica el 59.2% de la varianza, el índice de Lisrel (GFI) es de 0.86, mientras que en el modelo de dos factores independientes es de 0.85, ambos con valor inferior a 0.90. Los ítems correspondientes al primer factor denominado familia y otros significativos son: 1, 2, 3, 4, 5, 8,10 y 11; para el segundo factor denominado amigos los ítems son: 6, 7, 9 y 12.

Para la evaluación de los factores biopsicosociales se empleó una ficha sociodemográfica. Para la variable salud se consideran las opciones: diabetes, hipertensión, osteoporosis, ninguno y otro; ocupación: jubilado, empleado, hogar y autoempleo; estado civil: casado, soltero, viudo, divorciado; escolaridad: primaria, secundaria, medio superior, licenciatura, posgrado y en caso de analfabetismo cancelar todas las opciones; sexo: hombre y mujer.

5.3.6. Hipótesis

- Ho1. Los factores biopsicosociales de: apoyo social, salud, escolaridad, estado civil, edad, sexo y ocupación no explican la reconstrucción del estilo identitario de integridad en el adulto mayor.

- Ho2. Los factores biopsicosociales de: apoyo social, salud, escolaridad, estado civil, edad, sexo y ocupación no explican la reconstrucción del estilo identitario de desesperanza en el adulto mayor.

5.3.7. Diseño de investigación

El diseño de investigación para Hernández et al. (2014) constituye el plan o estrategia para obtener la información deseada, por lo cual, el diseño de investigación es: no experimental de tipo transversal explicativo. Este diseño describe una relación causal entre dos o más variables. Para explicar la relación entre los factores biopsicosociales y el estilo identitario se utilizó un modelo de ecuaciones estructurales (SEM) que incluye los siguientes pasos:

1. Desarrollo de un modelo basado en la teoría
2. Construcción de un diagrama de relaciones causales
3. Conversión de diagrama de relaciones en un conjunto de ecuaciones estructurales y especificación del modelo de medida
4. Elección el tipo de matriz de entrada y estimación del modelo propuesto
5. Evaluación de la identificación de un modelo estructural
6. Evaluación de los criterios de calidad de ajuste
7. Interpretación y modificación del modelo

5.3.8. Procedimiento de obtención de datos

La obtención de datos del primer grupo se llevó a cabo en casas del adulto mayor, centros de distribución de apoyos sociales al adulto mayor y centros gerontológicos con la finalidad de obtener una población que se encuentre en diferentes entornos sociales. El tiempo de aplicación fue de aproximadamente 50 min. Considerando las dificultades que puedan surgir durante la aplicación. Para el segundo grupo se enviaron los instrumentos mediante la aplicación *google forms* que fue difundido en redes sociales mediante la técnica bola de nieve.

5.3.9. Procesamiento y análisis estadístico de los datos

Para la segunda fase se construyó una base de datos en el software SPSS versión 22, se obtuvieron los estadísticos descriptivos de los factores biopsicosociales, posteriormente, se

comprobó la normalidad de los datos mediante la estimación de asimetría y curtosis. Los resultados permitieron determinar la correlación de Spearman como la más pertinente para el análisis de las variables apoyo social familiar, de amigos y escolaridad; mientras que la Biserial puntual se seleccionó para las de ocupación, estado civil, salud y sexo. Posteriormente se realizó una regresión lineal múltiple con el método: regresión paso a paso con la finalidad de identificar los factores biopsicosociales que explican los estilos identitarios de Integridad y desesperanza en el adulto mayor.

5.4. Tercera fase. Modelo explicativo de la depresión y el bienestar psicológico a partir de factores biopsicosociales y los estilos identitarios

5.4.1. Objetivo específico

- Explicar el bienestar psicológico en el adulto mayor a partir del estilo identitario de integridad y los factores biopsicosociales en el adulto mayor.
- Explicar la depresión en el adulto mayor a partir del estilo identitario de desesperanza y los factores biopsicosociales en el adulto mayor.

5.4.2. Tipo de estudio

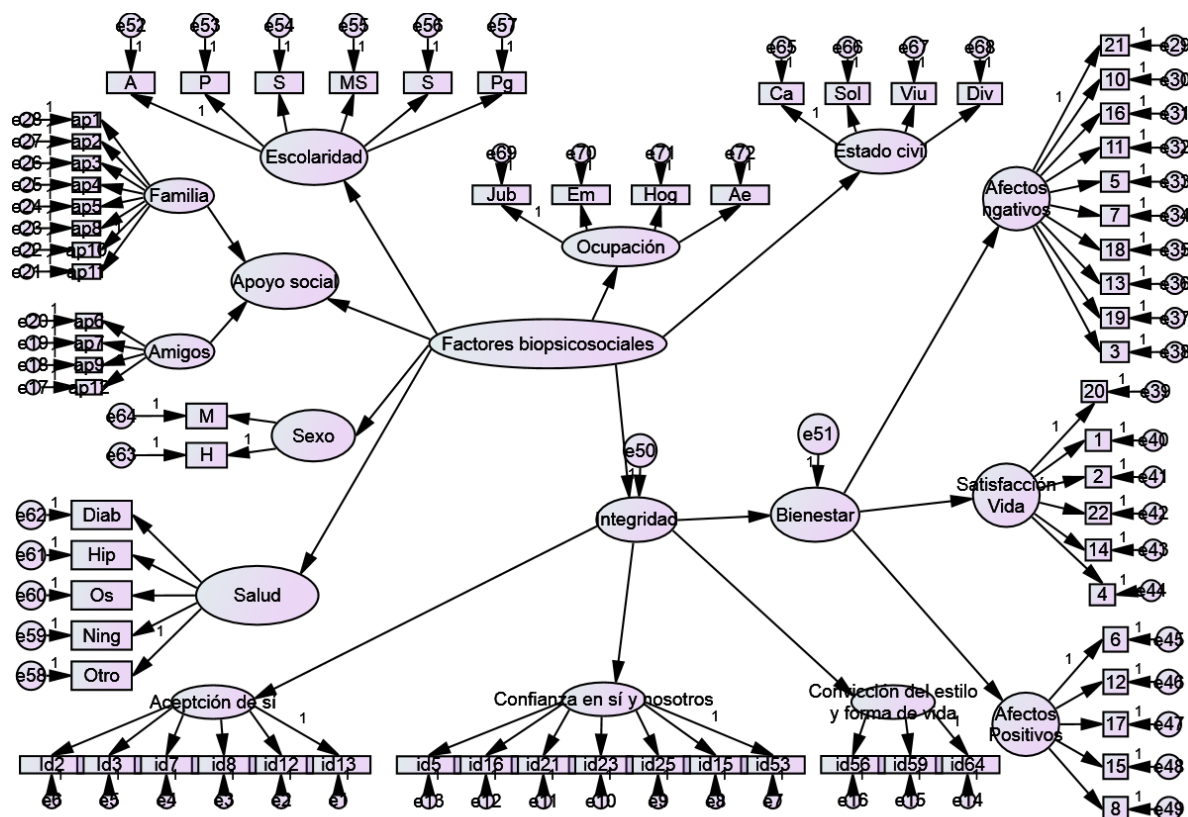
La tercera fase consistió en un estudio de tipo explicativo y tiene por propósito responder a las causas que originan un fenómeno, así como las condiciones en que se manifiestan y el grado en el que se relacionan con otras variables (Hernández et al., 2014); ésta última fase radicó en el análisis de los factores biopsicosociales y los estilos identitarios como variables explicativas del bienestar psicológico y la depresión en el adulto mayor, por tanto, responde a las finalidades de la presente investigación.

5.4.3. Variables

Para la tercera fase se emplearon las variables de factores biopsicosociales (salud, escolaridad, estdo civil, ocupación, sexo, apoyo social familiar y de amigos) y estilo identitario de integridad como explicativas del bienestar psicológico. La propuesta del diagrama de relaciones causales puede observarse en la figura 3.

Figura 3

Propuesta de modelo explicativo del bienestar psicológico en el adulto mayor .

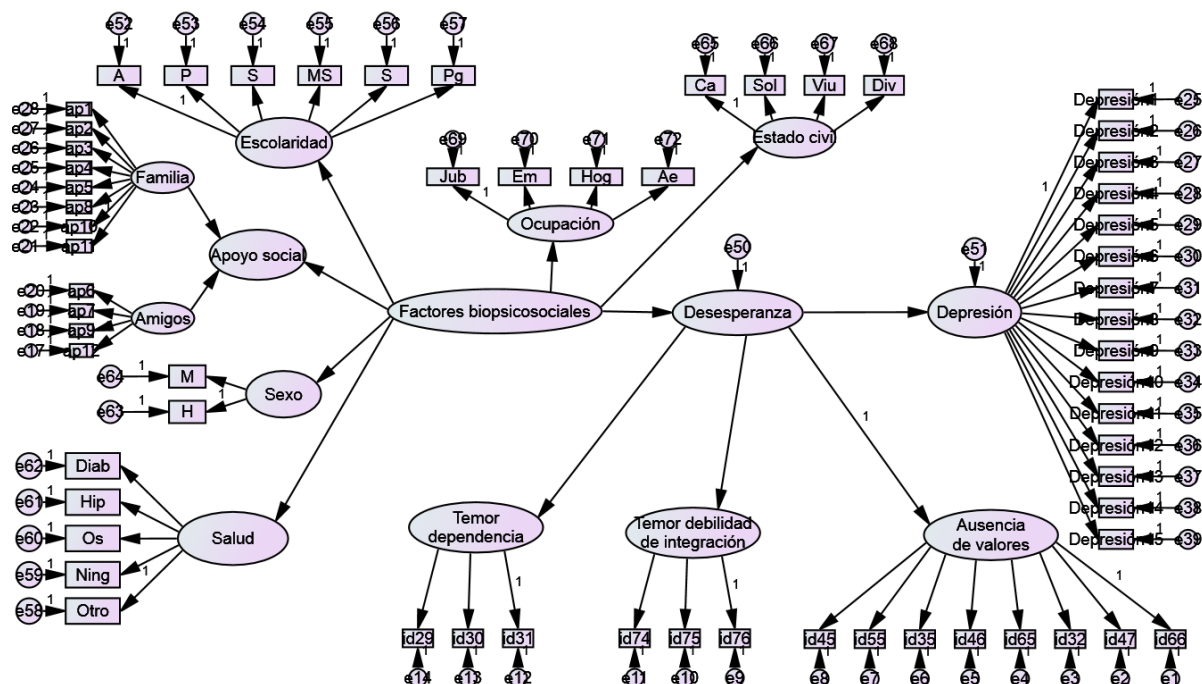


Fuente. Elaboración propia

El modelo explicativo de la depresión del adulto mayor es explicado a partir de los factores biopsicosociales y el estilo identitario de desesperanza. La propuesta del diagrama de relaciones causales está en la figura 4.

Figura 4

Propuesta de modelo explicativo de la depresión en el adulto mayor



Fuente. Elaboración propia

A continuación, la tabla 2 presenta la definición conceptual y operacional de las variables incluidas en el modelo. Es necesario recordar que los factores biopsicosociales, así como los estilos identitarios de integridad y desesperanza se encuentran descritos en el método segunda fase, las definiciones pueden ser consultadas en dichos apartados.

Tabla 2*Definición y nivel de medición de las variables dependientes e independientes*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de medición
Depresión	es caracterizada por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2017)	Fue medido mediante el instrumento: Geriatric Depression Scale (GDS) de Yesavage (1982) en su versión reducida de 15 ítems con una calificación dicotómica (sí/ no).	Intervalar
Bienestar psicológico	Constructo multidimensional constituido por un componente emocional (positivo y negativo) así como satisfacción con la vida (Escobar, 2013).	Fue medido mediante el instrumento: (BP-22), desarrollado por Escobar et. al. (2013); es auto aplicable, contiene 3 factores: Afectos positivos, Afectos negativos y Satisfacción de vida que conforman un total de 22 ítems.	intervalar

Fuente: Elaboración propia.

5.4.4. Participantes

La tercera fase de investigación refiere un tipo de muestra no probabilística, de tipo propositiva (Hernández et al., 2014). Se contó con la participación de 313 sujetos, mismos de la etapa anterior; la descripción se encuentra de forma extensa en el capítulo correspondiente al método fase dos apartado participantes.

5.4.5. Instrumentos

Para esta etapa se hace uso de los instrumentos IAM y DAM, cuyas evidencias de validez y confiabilidad/precisión se encuentran descritos en el apartado de resultados, fase uno; también

se emplea la ficha sociodemográfica descrita en el método, fase dos; con la finalidad de dar respuesta al objetivo general se incorporan los instrumentos sobre bienestar psicológico y depresión, que se describen a continuación.

Bienestar psicológico: Bienestar Psicológico (BP-22) desarrollado por Escobar (2013). El instrumento es autoaplicable, contiene 3 factores: Afectos positivos, Afectos negativos y Satisfacción de vida que conforman un total de 22 ítems. El instrumento fue diseñado para población mexicana, tiene una consistencia interna de 0.803 indicando un alto grado de precisión. Los pesos factoriales de los ítems se encuentran por encima de .40 y posee una varianza explicada de 39.57% (Escobar 2013).

Depresión: Geriatric Depression Scale (GDS) de Yesavage de Brink, Yesavage, Lum Heersema, Adey y Rose (1982) en su versión reducida de 15 ítems con una calificación dicotómica (sí/no). Clasifica la depresión en tres niveles: ausente, leve y establecida. Es un instrumento traducido al español y validado en Colombia, España y México. Para población mexicana se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de Kurder- Richardson de 0.82 lo que muestra evidencia sobre la confiabilidad/precisión del instrumento para ser aplicado en adultos mayores (Ponce, 2016).

5.4.6. Hipotesis

- Ho1. Los factores biopsicosociales de: apoyo social, salud, escolaridad, estado civil, edad, sexo y ocupación no explican la reconstrucción del estilo identitario de integridad, y este a su vez, no explica el bienestar psicológico en el adulto mayor.
- Ho2. Los factores biopsicosociales de: apoyo social, salud, escolaridad, estado civil, edad, sexo y ocupación no explican la reconstrucción del estilo identitario dedesperanza, y este a su vez, no explica la depresión en el adulto mayor.

5.4.7. Diseño de investigación

El diseño de investigación para Hernández et al. (2014) hace referencia al plan o estrategia para obtener la información deseada, por lo cual, el diseño de investigación fue: no experimental de tipo transeccional correlacional-causal, puesto que, describe una relación entre dos o más variables en un momento determinado y en función de causa-efecto. Para la

estimación de la relación causal entre los factores biopsicosociales y el estilo identitario se utilizó un modelo de ecuaciones estructurales (SEM). Se retoma el proceso de siete pasos en la elaboración de un modelo propuesto por Hair et al. (2004).

1. Desarrollo de un modelo basado en la teoría
2. Construcción de un diagrama de secuencias de relaciones causales
3. Conversión de diagrama de relaciones en un conjunto de ecuaciones estructurales y especificación del modelo de medida
4. Elección el tipo de matriz de entrada y estimación del modelo propuesto
5. Evaluación de la identificación de un modelo estructural
6. Evaluación de los criterios de calidad de ajuste
7. Interpretación y modificación del modelo

5.4.8. Procedimiento para la obtención de datos

La obtención de datos se llevó a cabo en dos periodos, en el primero, se recolectó en casas del adulto mayor, hospitales y centros de distribución de apoyos sociales al adulto mayor y centros gerontológicos. El tiempo de aplicación fue de aproximadamente 20 min. En el segundo, se realizó una aplicación digital, el link fue difundido en redes sociales y se desconoce el tiempo de aplicación.

5.4.9. Procedimiento y análisis de datos

Para la última etapa de investigación, se obtuvieron los estadísticos descriptivos del bienestar psicológico. Posteriormente, se elaboró el análisis de correlación de Pearson entre los factores del estilo identitario de integridad y el bienestar psicológico; así como entre desesperanza y depresión; posteriormente, se realizaron los análisis de regresión lineal múltiple correspondientes al bienestar psicológico y la depresión, se utilizó el método: Regresión paso a paso. Se continuó con la representación del modelo propuesto en un diagrama de secuencias, para lo cual, se retoman los resultados del modelo explicativo sobre el estilo identitario de integridad y desesperanza, descritos en la segunda fase.

Una vez realizado el análisis de regresión se evaluó la normalidad multivariante de los datos mediante el valor estimado de Mardia (como se cita en Byrne, 2016), se seleccionó la

técnica de remuestreo *Bootstrap* y el método de estimación Máxima similitud. La evaluación de la identificación y estimación del modelo se llevó a cabo mediante las medidas: χ^2 , gla, χ^2/gla , Índices de ajuste absoluto: GFI, AGFI, SRMR, RMSEA; Índices de ajuste incremental: NFI, TLI, CFI, IFI. Posteriormente se interpretó el modelo, se revisaron los índices de modificación y se realizaron las correlaciones pertinentes. Por último, se presentaron dos modelos finales, uno correspondiente al bienestar psicológico y otro a la depresión en el adulto mayor.

5.4.10. Consideraciones éticas de la fase uno, dos y tres.

Los Principios Éticos de los Psicólogos y el Código de Conducta de la APA propicia orientación sobre el curso de acción a seguir, con la intención de garantizar que cada uno de los miembros desarrolle una práctica profesional comprometida (Amaya et al., 2007). Para la aplicación de 294 participantes se gestionó el apoyo del INAPAM Toluca y Sistema municipal DIF Toluca, para solicitar el permiso a los participantes se les pidió leer y firmar una carta de consentimiento informado (ver ANEXO C). Posteriormente se solicitó incrementar el tamaño de la muestra, sin embargo, debido a las restricciones provocadas por la pandemia por covid-19; se realizó un formulario en *google forms* dividido en tres secciones, la primera contuvo el nombre de la investigación, investigador responsable, institución, objetivo, instrumentos empleados, inconvenientes que pueden presentar los participantes, anonimato y protección de datos, se obtuvieron las respuestas de 19 adultos mayores que respondieron de forma digital; en el formato, se explicó el nombre de la investigación, investigador responsable, institución, objetivo, instrumentos empleados, inconvenientes que pueden presentar los participantes, anonimato y protección de datos. Los criterios éticos bajo los cuales se llevó a cabo la investigación fueron:

- **Beneficiencia y no maleficiencia** Las acciones profesionales fueron dirigidas a salvaguardar el bienestar y derechos de los contribuyentes. Con la finalidad de resarcir el impacto que pudo causarse con los ítems se impartió un taller titulado: Educación socioemocional, el cual tuvo la finalidad de resguardar la salud mental de los participantes.
- **Fidelidad y responsabilidad** Se estableció una relación de confianza y confidencialidad con los participantes, se explicaron los roles y que no se realizarían intervenciones, se entregó un informe escrito en las oficinas del INAPAM y Sistema Municipal DIF Toluca con la finalidad de favorecer la intervención que se lleva a cabo con los usuarios.

- Integridad. Se promovió la honestidad y veracidad del proceso de investigación, se informó que la participación es completamente voluntaria, así como la forma en que tratarían los datos obtenidos
- Justicia Se reconoció la imparcialidad de los participantes y se reiteró que todos los presentes tenían la misma oportunidad de participar y en caso de no desear ser parte del estudio no se llevaría a cabo ningún tipo de sanción por parte del aplicador o autoridades institucionales.
- Respeto por los derechos y la dignidad de las personas. Se respetó la dignidad y privacidad de los participantes, para tal caso, se informó que la participación era completamente anónima y los datos obtenidos serían protegidos conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 05 de julio de 2010; los resultados podrían ser publicados en revistas de divulgación científica, sin embargo, no se darían a conocer datos personales.

RESULTADOS

6.1. Resultados primera fase

En los resultados de la primera fase se muestran evidencias que demuestran la validez y confiabilidad/precisión de los instrumentos: Integridad en el Adulto Mayor (IAM), Desesperanza en el Adulto Mayor (DAM) y Bienestar Psicológico (BP-22).

6.1.1. Evidencia sobre la validez y confiabilidad/precisión del instrumento: Integridad en el Adulto Mayor (IAM)

Con la finalidad de dar respuesta al primer y segundo objetivo de la primera fase de investigación se presenta evidencia que sustenta la confiabilidad/precisión; así como validez respaldada en el contenido y estructura interna del instrumento Integridad en el Adulto Mayor.

6.1.1.1. Evidencia de validez sustentada en el contenido.

En primer lugar se presentan evidencias de validez basada en el contenido del test “Integridad en el adulto mayor (IAM),” mediante juicio de expertos. Se eligieron a seis investigadores versados en la construcción de instrumentos y fueron sometidos a evaluación un total de 30 ítems. 13 cumplieron con el criterio de pertenencia, saturación y redacción al contar con un porcentaje de aceptación mayor al 99% y una significancia menor a 0.05. El instrumento se conformó por cinco dimensiones: Aceptación de sí, Amor universal, Integración emocional, Confianza en sí y nosotros; y Convicción sobre su propio estilo y forma de vida. En la tabla 3 se observan las puntuaciones por cada reactivo.

Tabla 3

Validez de Contenido del Instrumento Integridad en el Adulto Mayor con Prueba Binomial.

Aceptación de sí							
	n	Pertinencia		Saturación		Redacción	
		%	p	%	p	%	p
R.5.Me siento bien al realizar actividades sin ayuda	6	100	0.03	100	0.03	100	0.03
R.25.Platico con los jóvenes sobre mis experiencias para que aprendan	6	100	0.03	100	0.03	100	0.03
R.30.Me siento satisfecho con lo que he vivido	6	100	0.03	100	0.03	100	0.03
Vivencia del amor universal							
	n	Pertinencia		Saturación		Redacción	
		%	p	%	p	%	p
R.28.Acepto la muerte tranquilamente	6	100	0.03	100	0.03	100	0.03
Integración emocional							
	n	Pertinencia		Saturación		Redacción	
		%	p	%	p	%	p
R.8.Me siento entusiasmado para aprender cosas nuevas	6	100	0.03	100	0.03	100	0.03
R.14.Soy quien quiero ser	6	100	0.03	100	0.03	100	0.03
R.24.He perdonado a los que me dañaron	6	100	0.03	100	0.03	100	0.03
R.27.Pienso que soy una persona única		100	0.03	100	0.03	100	0.03
R.29.Disfruté las etapas anteriores de mi vida	6	100	0.03	100	0.03	100	0.03
Confianza en sí y nosotros							
	n	Pertinencia		Saturación		Redacción	
		%	p	%	p	%	p
R.2 Me siento apoyado por mis seres queridos	6	100	0.03	100	0.03	100	0.03
R.20.Soy unido con mi familia	6	100	0.03	100	0.03	100	0.03
R.23.Soy un modelo a seguir para otras personas	6	100	0.03	100	0.03	100	0.03
Convicción del propio estilo y forma de vida							
	n	Pertinencia		Saturación		Redacción	
		%	p	%	p	%	p
R.11.Siento que sigo siendo productivo	6	100	0.03	100	0.03	100	0.03

Fuente. Elaboración propia

Como se observa en la tabla 3, la dimensión que obtuvo mayor número de indicadores aceptados fue Integración emocional con cinco ítems, seguido de Aceptación de sí y Confianza

en sí y nosotros, con tres; por último, encontramos las dimensiones de Convicción del propio estilo y forma de vida; y Vivencia del amor universal con 1 reactivo cada una. Con la finalidad de obtener evidencia de validez basada en el contenido se plantearon 27 ítems más, se realizaron modificaciones sustentadas en las observaciones de los jueces, y se elaboró una segunda evaluación. 40 ítems propuestos obtuvieron el 100% de aceptación en los tres criterios (pertinencia, saturación y redacción), una vez aprobados, fueron empleados para mostrar evidencia de validez sustentada en la estructura interna.

6.1.1.2. Evidencia de validez sustentada en la estructura interna.

Con la finalidad de obtener evidencia de validez basada en la estructura interna del instrumento "Integridad en el adulto mayor (IAM)" se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC), como primer paso, se presenta la distribución de los datos, Se obtuvieron los siguientes resultados: Asimetría= -1.11, Error estándar de la simetría=.14 Asimetría/ Error estándar de la simetría=-7.83; se estimó una asimetría negativa. Curtosis= 1.84 Error estándar de la curtosis=.28 Curtosis/ Error estándar de la curtosis = 6.50, se señaló una curtosis leptocúrtica. Es posible afirmar que los datos no presentan una distribución normal de los datos (puesto que los son menores a 3.29) (Tabachnick y Fidell, 2013).

Para realizar el AFE se empleó el método de extracción: Factorización de ejes principales, con un tipo de rotación Oblicua directa. Se obtuvo una medida de adecuación muestral Keiser-Meyer-Olkin con un valor de 0.81, se indica que el tamaño muestral de 294 sujetos es adecuado para realizar el análisis. La Prueba de Esfericidad de Bartlett obtuvo una Chi cuadrada= 979.95, grados de libertad=120 y una significancia= 0.00; por tanto, se refiere correlación entre los reactivos y la matriz de correlaciones es una matriz de identidad e indica un modelo factorial adecuado.

La tabla 4 muestra las comunalidades y pesos factoriales de los ítems por factor. Los resultados muestran que, como se hipotetizaba en la revisión documental y en la validez de contenido, la integridad en el adulto mayor se compone de tres de los cinco factores propuestos. El primero es Aceptación de sí compuesto de 6 ítems; el segundo, Confianza en sí y nosotros con 7; y el tercero, Convicción del propio estilo y forma de vida, 3. Los ítems reportan comunalidades entre .18 y .47, algunas de las reportadas como bajas son: R7, R13, R21, R23, R25, R15, R53 Y R59, como consecuencia, carecen de explicación; los pesos factoriales se reportan entre .73 a .50 y converge en 5 iteraciones.

Tabla 4*Estructura Factorial del Instrumento "Integridad en el Adulto Mayor (IAM)"*

	Factor 1. Aceptación de sí	h ²	1	2	3
R. 3	Aprendí las lecciones que me dio la vida	.34	.69		
R. 2	Doy gracias a Dios por lo que he vivido	.38	.63		
R. 8	Disfruto la vida a pesar de las limitaciones	.36	.61		
R. 12	Estoy en paz con la vida	.39	.61		
R. 7	Disfruto contemplar la naturaleza	.29	.60		
R. 13	Estoy orgulloso de lo que he logrado hacer en esta vida	.23	.54		
Factor 2. Confianza en sí y nosotros					
R. 16	Hay amor en la humanidad	.47		.69	
R.53	Mi vida puede servir de ejemplo a otros	.20		.60	
R.15	Hago valer mi opinión	.19		.58	
R.25	Las personas toman tiempo para escucharme	.27		.53	
R. 21	La humanidad es buena	.23		.51	
R.23	Me gusta platicar mis experiencias	.18		.50	
R. 5	Confío en la bondad de las personas	.37		.50	
Factor 3. Convicción del propio estilo y forma de vida					
R. 56	Platico mis anécdotas con buen humor	.44			.73
R. 59	Puedo expresar mis sentimientos	.22			.67
R. 64	Siembro el bien en las personas	.45			.66

Método de Extracción: Factorización del eje principal.

Método de rotación: Normalización Oblicua con Kaiser

La rotación ha convergido en 8 iteraciones

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 5, se muestran los valores propios y varianzas por factor y acumulada. Se observa que el valor propio del primer factor es mayor a uno, mientras que el segundo es poco menor y el tercero es insuficiente, por tanto, sólo el primer factor cumple con el criterio para ser aceptado. Sin embargo, al eliminar los factores dos y tres, la varianza total del instrumento disminuye considerablemente, por tanto, se tomó la decisión de no eliminarlos y señalar que, el instrumento requiere de mayor revisión y debe ser interpretado de forma cautelosa. El porcentaje total de varianza explicada es de 31.66, por lo cual se considera como aceptable.

Tabla 5

Valores Propios y Varianzas Resultantes del Análisis Factorial Confirmatorio del instrumento "Integridad en el adulto mayor (IAM)"

Componente	Sumas de las saturaciones		
	Total	% de la varianza	% acumulado
Factor 1	3.55	22.23	22.23
Factor 2	.96	6.01	28.24
Factor 3	.54	3.42	31.66

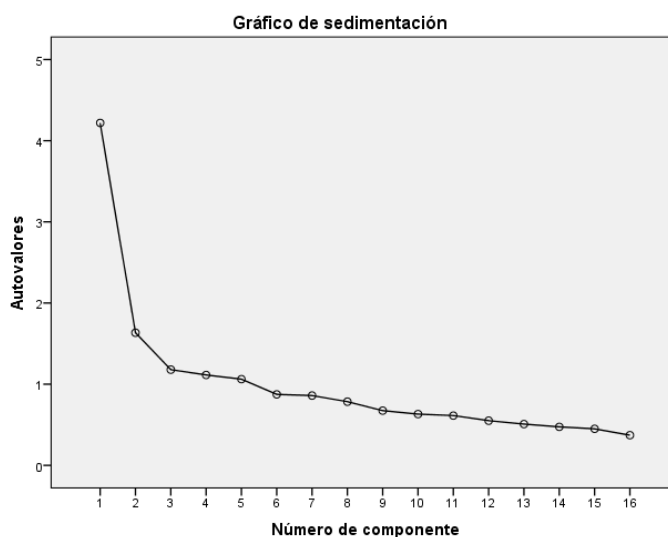
Método de extracción: Factorización de ejes principales

Fuente: elaboración propia.

La figura cinco muestra el gráfico de sedimentación que da cuenta sobre la solución de la estructura factorial, es posible observar dos factores marcados, en el tercero hay un declive que podría considerarse factor, pero, no se encuentra totalmente diferenciado.

Figura 5

Gráfico de Sedimentación del Instrumento Integridad en el Adulto Mayor (IAM)



Fuente. Obtenido del análisis factorial exploratorio realizado al instrumento IAM

Posterior a la realización del AFE se llevó a cabo el AFC mediante la técnica de ecuaciones estructurales (SEM). Se muestran los valores de cada grupo de factores, el modelo incluye tres factores con 6, 7 y 3 ítems, lo cual, arroja un total de 16 ítems.

En primer lugar se evaluó la normalidad multivariante de los datos mediante el valor estimado de Mardia $CR= 113.07$ (como se cita en Byrne, 2016). El resultado muestra que los datos no cuentan con normalidad multivariante debido a que el valor de $CR > 5.00$; por tanto, se decidió realizar el modelo mediante la técnica de remuestreo *Bootstrap* y una estimación máxima verosimilitud. Con el objetivo de detectar el modelo más parsimonioso y con mejor ajuste se realizaron modificaciones (sugeridas en los índices de modificación) mediante la correlación entre los errores. Se muestran los resultados del modelo original y las tres versiones propuestas; en la primera, se correlacionó el error 10 y 7; en la segunda, el 5 y 6; finalmente el 11 y 12; con la finalidad de mantener la coherencia del instrumento sólo se permitió la correlación entre errores de ítems pertenecientes al mismo factor (ver tabla 6 y figura 6). Es posible observar que los resultados de los índices de ajuste absoluto e incremental no son suficientes para afirmar que se tiene un modelo parsimonioso.

Tabla 6

Estadísticos de Bondad de Ajuste de los Modelos para el AFC del “Instrumento Integridad en el adulto mayor (IAM)”

Modelo	χ^2	gl ^a	χ^2/gl^a	Índices de ajuste absoluto				Índices de ajuste incremental			
				GFI ^b	AGFI ^c	SRMR ^d	RMSEA ^e	NFI ^f	TLI ^g	CFI ^h	IFI ⁱ
Original	221.71	101	2.19	.91	.89	.056	.062	.79	.84	.87	.87
1	206.08	100	2.06	.92	.89	.054	.056	.80	.86	.87	.89
2	193.83	99	1.95	.92	.90	.052	.055	.81	.87	.89	.90
3	180.73	98	1.84	.93	.90	.049	.052	.83	.89	.91	.91

Fuente: elaboración propia.

a gl: grados de libertad.

b GFI: Goodness of Fit Index (índice de bondad del ajuste).

c AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index (índice de bondad de ajuste corregido).

d SRMR: Standarized Root Mean Square Residual (residuo cuadrático medio).

e RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (error de aproximación cuadrático medio).

f NFI: Normed Fit Index (índice de ajuste normalizado).

g TLI: Tucker-Lewis coefficient (coeficiente de Tucker y Lewis).

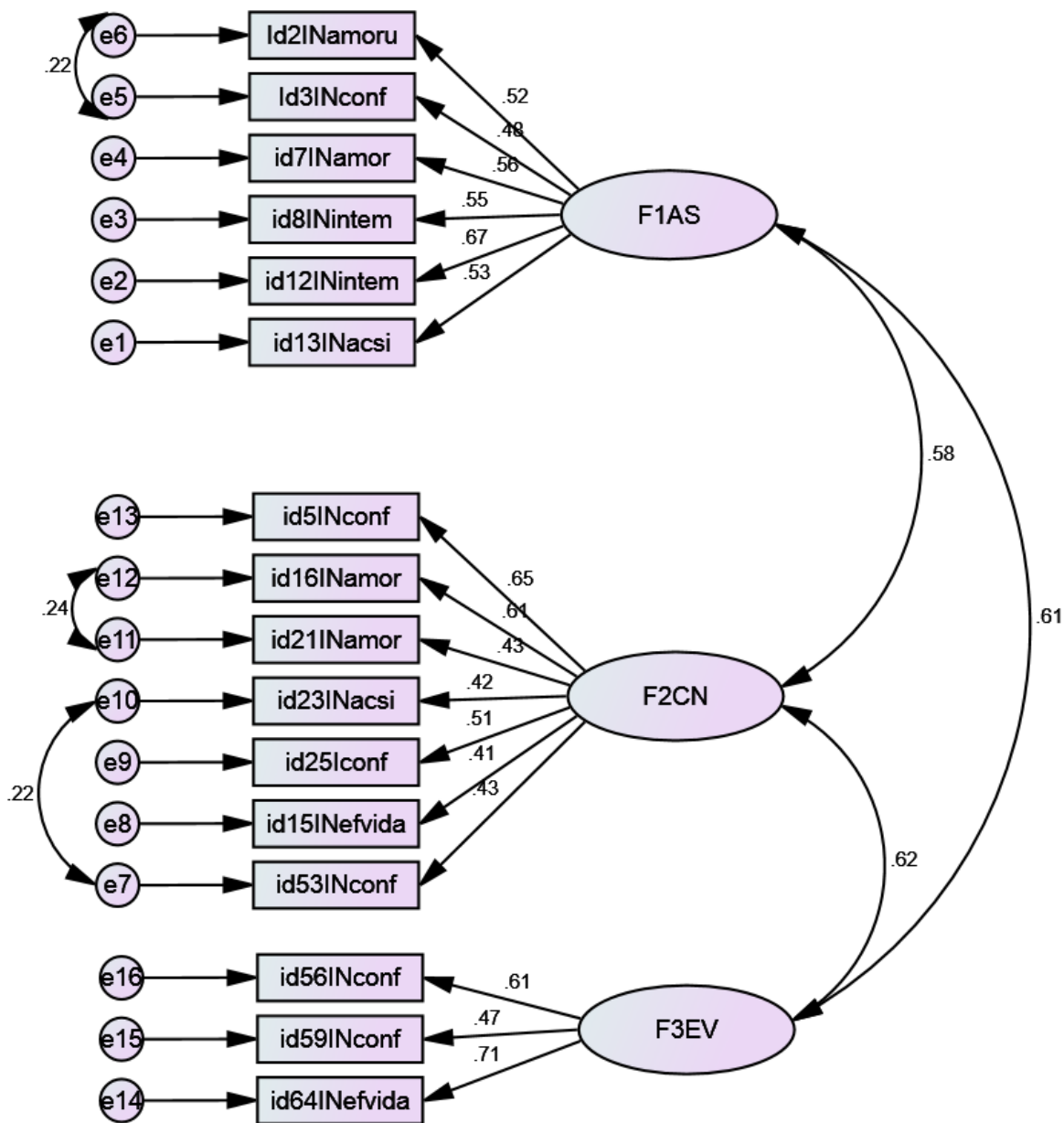
h CFI: Comparative Fit Index (índice de ajuste comparativo).

i IFI: Incremental Fit Index (índice de ajuste incremental).

En la figura 6, se observan las puntuaciones estandarizadas del modelo final. El instrumento se compone de 16 ítems. F1AS corresponde al factor Aceptación de sí con 6 ítems (2,3,7,8,12,13); F2CN, Confianza en sí y nosotros con 7 (5,16,21,23,25,15,53) y F3EV, Convicción del propio estilo y forma de vida, 3 (56,59,64). Las cargas factoriales de los ítems se encuentran entre .41 y .71; las correlaciones estandarizadas entre los factores oscilan entre $r=.580$ y $r=.617$.

Figura 6

Diagrama con las puntuaciones estandarizadas del Instrumento "Integridad en el adulto mayor (IAM)"



F1AS: Factor 1, Aceptación de sí

F2.CN: Factor 2 Confianza en sí y nosotros

F3EV: Factor 3 Convicción del propio estilo y forma de vida

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 7, se muestran los pesos factoriales de los ítems. Se observa una saturación moderada en los ítems 3, 21, 23, 15, 53 y 59; alta en 2, 7, 8, 12, 13, 5, 16, 25, 56 y 64; y una significancia .001.

Tabla 7

Pesos Factoriales de los Ítems del Instrumento "Integridad en el adulto mayor (IAM)"

	Factor 1. Aceptación de sí	Peso factorial	p
R. 12	Estoy en paz con la vida	.66	.001
R. 7	Disfruto contemplar la naturaleza	.55	.001
R. 8	Disfruto la vida a pesar de las limitaciones	.55	.001
R. 13	Estoy orgulloso de lo que he logrado hacer en esta vida	.52	---
R. 2	Doy gracias a Dios por lo que he vivido	.51	.001
R. 3	Aprendí las lecciones que me dio la vida	.47	.001
Factor 2. Confianza en sí y nosotros			
R. 5	Confío en la bondad de las personas	.65	.001
R. 16	Hay amor en la humanidad	.60	.001
R.25	Las personas toman tiempo para escucharme	.51	.001
R. 21	La humanidad es buena	.43	.001
R.23	Me gusta platicar mis experiencias	.42	.001
R.53	Mi vida puede servir de ejemplo a otros	.42	---
R.15	Hago valer mi opinión	.41	.001
Factor 3. Convicción del propio estilo y forma de vida			
R. 64	Siembro el bien en las personas	.71	---
R. 56	Platico mis anécdotas con buen humor	.61	.001
R. 59	Puedo expresar mis sentimientos	.46	.001

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 8 se muestran los puntajes de correlación entre los factores. Se observa una correlación estadísticamente significativa, positiva y fuerte entre los tres factores: Aceptación de sí y Confianza en sí y nosotros ($r=(294) .58, p=.001$); Confianza en sí y nosotros, y Convicción del propio estilo y forma de vida ($r=(294) .61, p=.001$) y finalmente Aceptación de sí y Convicción del propio estilo y forma de vida ($r= (294) .61, p.001$); es posible indicar una correlación positiva

y fuerte entre las dimensiones, por tanto, se confirma la relación teórica y estadística entre los factores propuestos.

Tabla 8

Correlación Entre las Variables Latentes

Variables latentes	r	p
F1. Aceptación de sí- F2 Confianza en sí y nosotros	.580	.001
F2 Confianza en sí y nosotros- F3 Convicción del propio estilo y forma de vida	.617	.001
F1. Aceptación de sí- F3 Convicción del propio estilo y forma de vida	.611	.001

Fuente: elaboración propia.

6.1.1.3. Evidencia de precisión

Una vez obtenida evidencia de validez sustentada en el contenido y estructura interna se procedió a obtener evidencia sobre la confiabilidad/precisión de los factores, en la tabla 9 se muestran los estadísticos de consistencia interna. Los resultados señalan un alfa de Cronbach para el primer factor de 0.73, el segundo, 0.70; y tercero. 0.62. Por otra parte, el primer factor reporta una Omega de McDonald de .73; segundo, .70 y el tercero, .63. Es visible que el factor convicción del estilo y forma de vida presenta un alfa y omega por debajo de la estimación recomendada.

Tabla 9

Alfa de Cronbach y Omega de McDonald del instrumento "Integridad en el adulto mayor (IAM)"

Factor	n elementos	Cronbach's α	McDonald's ω
Factor 1. Aceptación de sí	6	0.73	.73
Factor 2. Confianza en sí y nosotros	7	0.70	.70
Factor 3. Convicción del propio estilo y forma de vida	3	0.62	.63

Fuente: elaboración propia.

6.1.2. Evidencia sobre la validez y confiabilidad/precisión del instrumento: Desesperanza en el Adulto Mayor (DAM)

Con la finalidad de responder al tercer y cuarto objetivo de la primera fase de investigación se muestran los resultados sobre la evidencia de validez sustentada en el contenido y estructura interna; así como, evidencia de confiabilidad/precisión del instrumento Desesperanza en el Adulto Mayor (DAM).

6.1.2.1. Evidencia de validez sustentada en el contenido.

A continuación, se muestra evidencia de validez sustentada en el contenido del instrumento “Desesperanza en el adulto mayor (DAM)”. El procedimiento a seguir consistió en realizar un juicio de expertos, se eligieron a seis investigadores conocedores en la construcción de instrumentos y se les presentó un formato con un tipo de respuesta dicotómica para indicar si o no cumplieron con las condiciones de: pertinencia, redacción y saturación. La versión evaluada se conformó de cinco dimensiones: Dogmatismo, Desdén, Ausencia de valores, Temor a la muerte y Desesperación. Se sometieron a valoración un total de 31 ítems (siete indicadores en la dimensión Ausencia de valores y seis en los otros cuatro); de los cuales 9 cumplieron con el criterio de pertinencia, saturación y redacción al contar con un porcentaje de aceptación mayor al 99% y una significancia menor a 0.05. En la tabla 10 se muestran las puntuaciones obtenidas por cada reactivo.

Tabla 10

Validez de contenido del Instrumento “Desesperanza en Adultos Mayores (DAM)” según la prueba binomial

Dogmatismo	Pertinencia			Saturación		Redacción	
	n	%	p	%	p	%	p
	61. Nadie me recordará	6	100	0.03	100	0.03	100

Ausencia de valores	Pertinencia			Saturación		Redacción	
	n	%	p	%	p	%	p
	40 Siento que fallé en las metas que me propuse	6	100	0.03	100	0.03	100
44. Siento que he dejado de ser yo	6	100	0.03	100	0.03	100	0.03

Temor a la muerte	Pertinencia			Saturación		Redacción	
	n	%	p	%	p	%	p
	59. Tengo miedo a la muerte	6	100	0.03		0.03	

Desesperación	Pertinencia			Saturación		Redacción	
	n	%	p	%	p	%	p
	41 Me siento improductivo	6	100	0.03	100	0.03	100
42. Siento que no sirvo para nada	6	100	0.03	100	0.03	100	0.03
43. Me siento inútil	6	100	0.03	100	0.03	100	0.03
60. Siento que es tarde para arreglar mi vida	6	100	0.03	100	0.03	100	0.03
58. Me duele recordar mi vida	6	100	0.03	100	0.03	100	0.03

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 10 se observa que la dimensión de desesperación obtuvo mayor número de indicadores aprobados con cinco ítems; seguido de Ausencia de valores, dos; finalmente, dogmatismo y temor a la muerte con uno cada uno; en la dimensión de desdén no se encontraron indicadores que cumplieran con los tres criterios. Con la finalidad de obtener evidencia suficiente que permita dar cuenta sobre la validez sustentada en el contenido se decidió realizar las correcciones señaladas por los jueces en las tres rubricas y redactar 31 ítems más. Se procedió a una segunda evaluación en la cual se propusieron 40 ítems, los cuales obtuvieron el 100% de

aceptación en los tres criterios (pertinencia, saturación y redacción); estos sirvieron para posteriormente mostrar evidencia de validez basada en la estructura interna.

6.1.2.2. Evidencia de validez basada en la estructura interna.

Posterior a mostrar evidencia sobre la validez basada en el contenido del instrumento Desesperanza en el adulto mayor (DAM) se procedió a obtener evidencia basada en la estructura interna mediante el AFE y AFC. El primer paso consistió en evaluar la distribución de los datos. Se obtuvo una Asimetría= .143, Error estándar de la simetría=.14 Asimetría/ Error estándar de la simetría=-1.01; se señala que los datos presentan simetría. Curtosis= -.82 Error estándar de la curtosis=.28 Curtosis/ Error estándar de la curtosis = .29; se tiene una curtosis mesocúrtica. Lo anterior, permite indicar que los datos presentan una distribución normal al obtener valores <3.29 (Tabachnick y Fidell, 2013).

Posteriormente, se llevó a cabo el AFE mediante el Método de extracción Factorización de ejes principales y un tipo de rotación Oblicua directa. Se estimaron pesos factoriales y adecuación muestral mediante el estadístico KMO Y Prueba de Esfericidad de Bartlett. A continuación, se presentan los resultados del instrumento. Se obtuvo una medida de adecuación muestral Keiser-Meyer-Olkin con un valor de 0.87, se indica que el tamaño muestral de 294 sujetos es adecuado para realizar el análisis. La Prueba de Esfericidad de Bartlett obtuvo una Chi cuadrada de 1694.82, grados de libertad de 91 con una significancia de 0.00, se refiere correlación entre los ítems, por tanto, la matriz de correlaciones es una matriz de identidad e indica un modelo factorial adecuado.

La tabla 11, muestra las comunalidades y pesos factoriales de los ítems, el estilo identitario de Desesperanza en el adulto mayor se compone de tres factores, dos de ellos derivados a los propuestos teóricamente en el factor temor a la muerte (Temor a la debilidad de integración y Temor a la dependencia). El primer factor es Ausencia de valores, con 8 ítems, el segundo, temor a la debilidad de integración con 3; y el tercero, Temor a la dependencia, 3; los ítems reportan pesos factoriales de .93 a .49 y ha convergido en 5 iteraciones.

Tabla 11*Estructura Factorial del instrumento "Desesperanza en el adulto mayor DAM"*

	Factor 1 Ausencia de valores	h ²	F1	F2	F3
R. 45	Me siento desamparado	.63	.81		
R.55	Pienso que mi vida fue un fracaso	.53	.75		
R.35	Me entristece la forma en que vivo	.46	.71		
R.46	Me siento frustrado	.52	.71		
R.65	Siento que es tarde para arreglar mi vida	.36	.65		
R.32	Me siento culpable por lo que hice en mi vida	.47	.61		
R.47	Me siento inútil	.42	.58		
R.66	Siento que falle en las metas que me propuse	.40	.53		
<hr/>					
Factor 2 Temor a la debilidad de integración					
R.75	Tengo miedo a una enfermedad grave	.88		.93	
R.76	Tengo miedo a una incapacidad	.67		.81	
R.74	Tengo miedo a la muerte	.40		.49	
<hr/>					
Factor 3 Temor a la dependencia					
R.30	Me asusta la idea de depender de otros para hacer cosas básicas	.46			.83
R.29	Me asusta la idea de dejar de ser funcional	.54			.69
R.31	Me da miedo ser una carga	.43			.64

Método de Extracción: Factorización del eje principal.

Método de rotación: Normalización Oblicua con Kaiser

La rotación ha convergido en 5 iteraciones

En la tabla 12, se muestran los valores propios y varianzas por factor y acumulada, se observan valores propios mayores a uno en los dos primeros factores y en el tercero muy cercano

a uno, en consecuencia puede considerarse como aceptable. El porcentaje de varianza explicada de los cuatro componentes es de 52.57.

Tabla 12

Valores propios y varianzas resultantes del análisis factorial confirmatorio del instrumento "Desesperanza en el adulto mayor DAM".

	Sumas de las saturaciones		
	Total	% de la varianza	% acumulado
Factor 1 Ausencia de valores	4.97	35.53	35.53
Factor 2 Temor a la debilidad de integración	1.39	9.92	45.45
Factor 3 Temor a la dependencia	.99	7.12	52.57

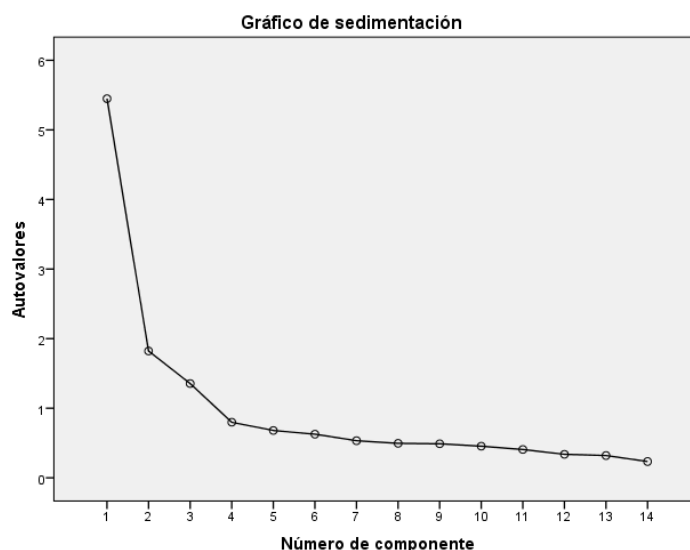
Método de extracción: Factorización de ejes principales

Fuente: elaboración propia.

El gráfico de sedimentación muestra la satisfacción de la estructura factorial compuesta por tres componentes según su valor propio (ver figura 7); es posible identificar el punto de quiebre de la varianza en el factor tres, posteriormente se observa una curva asintótica y la diferencia de al menos una unidad en el total de los autovalores iniciales, lo cual permite inferir que el instrumento se compone de tres factores.

Figura 7

Grafico de Sedimentación del Instrumento “Desesperanza en el Adulto Mayor (DAM)”



Nota: El grafico muestra el punto de quiebre de la varianza en el factor 4, posterior a este se observa una curva asintótica, por lo cual se infiere que el instrumento se compone de cuatro factores.

Fuente. Elaboración propia, obtenido del análisis factorial realizado al instrumento DAM

Posterior a la realización del AFE se llevó a cabo el AFC mediante la técnica de ecuaciones estructurales (SEM) en el cual se muestran los valores de cada grupo de factores. El modelo incluye tres factores con 8, 3 y 3 ítems; lo cual, arroja un total de 14 ítems; posteriormente, se evaluó la normalidad multivariante de los datos mediante el valor estimado de Mardia, con un valor $CR=46.62$ (como se cita en Byrne, 2016), el resultado muestra que los datos no cuentan con normalidad multivariante debido a que $CR > 5.00$; por tanto, se empleo la técnica de remuestreo *Bootstrap* y una estimación máxima verosimilitud. Con la finalidad de identificar el modelo más parsimonioso se modificó el modelo inicial mediante la correlación de los errores (tal como se sugiere en los índices de modificación) (Hair et al., 1999). En la primera versión modificada se correlacionan los errores uno y dos; en la segunda, 6 y 9 (ver figura 8). En la tabla 13, se muestran los índices de ajuste absoluto e incremental del modelo original y dos versiones modificadas.

Tabla 13

Estadísticos de Bondad de Ajuste de los Modelos para el AFC del “Instrumento Desesperanza en el adulto mayor (IAM)”

Modelo	χ^2	gl ^a	χ^2/gl^a	Índices de ajuste absoluto				Índices de ajuste incremental			
				GFI ^b	AGFI ^c	SRMR ^d	RMSEA ^e	NFI ^f	TLI ^g	CFI ^h	IFI ⁱ
Original	147.04	74	1.98	.93	.91	.050	.056	.92	.95	.96	.96
1	125.77	73	1.72	.94	.92	.049	.048	.92	.96	.97	.97
2	117.45	72	1.63	.94	.92	.047	.045	.93	.96	.97	.97

Fuente: elaboración propia.

a gl: grados de libertad.

b GFI: Goodness of Fit Index (índice de bondad del ajuste).

c AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index (índice de bondad de ajuste corregido).

d SRMR: Standarized Root Mean Square Residual (residuo cuadrático medio).

e RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (error de aproximación cuadrático medio).

f NFI: Normed Fit Index (índice de ajuste normalizado).

g TLI: Tucker-Lewis coefficient (coeficiente de Tucker y Lewis).

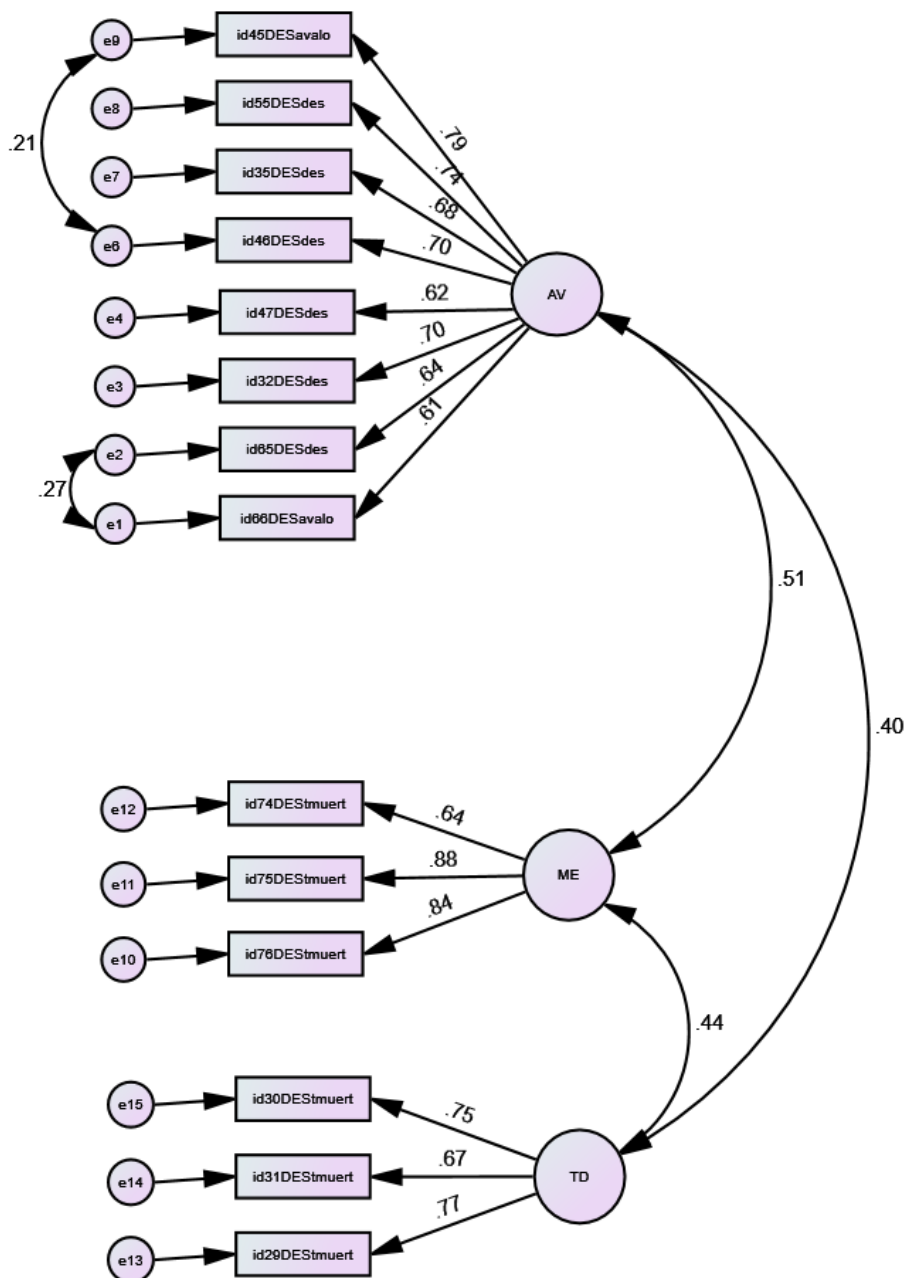
h CFI: Comparative Fit Index (índice de ajuste comparativo).

i IFI: Incremental Fit Index (índice de ajuste incremental).

Como se puede observar en la tabla 13, el modelo obtiene puntajes aceptables en los índices de ajuste absoluto e incremental, lo cual corrobora la estructura interna del instrumento. En la figura 8 se aprecia el diagrama de relaciones causales, se observan las puntuaciones estandarizadas del modelo final, con 14 ítems; en el cual, AV corresponde al factor Ausencia de valores con 8 ítems (45, 55, 35, 46, 47, 32, 65, 66); TDI, Temor a la debilidad de integración, 3 (74, 75, 76) y TD, Temor a la dependencia, 3 (30, 31, 29). Las cargas factoriales de los ítems se encuentran entre .61 y .87; y las correlaciones estandarizadas de los factores oscilan entre $r=.38$ y $r=.50$.

Figura 8

Diagrama con las puntuaciones estandarizadas del Instrumento "Desesperanza en el adulto mayor (DAM)"



F1AS: Factor 1, Aceptación de sí

F2.CN: Factor 2 Confianza en sí y nosotros

F3EV: Factor 3 Convicción del propio estilo y forma de vida

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 14, se muestran los pesos factoriales de los ítems, los resultados muestran saturaciones altas que oscilan entre .88 y .60 y una significancia de .001.

Tabla 14

Pesos Factoriales de los Ítems del Instrumento “Desesperanza en el adulto mayor (IAM)”

	Factor 1 Ausencia de valores	Peso factorial	p
R. 45	Me siento desamparado	.78	.001
R.55	Pienso que mi vida fue un fracaso	.73	.001
R.46	Me siento frustrado	.70	.001
R.32	Me siento culpable por lo que hice en mi vida	.69	.001
R.35	Me entristece la forma en que vivo	.68	.001
R.65	Siento que es tarde para arreglar mi vida	.63	.001
R.47	Me siento inútil	.62	.001
R.66	Siento que falle en las metas que me propuse	.60	-
Factor 2 Temor a la debilidad de integración			
R.75	Tengo miedo a una enfermedad grave	.88	.001
R.76	Tengo miedo a una incapacidad	.84	-
R.74	Tengo miedo a la muerte	.63	.001
Factor 3 Temor a la dependencia			
R.29	Me asusta la idea de dejar de ser funcional	.77	-
R.30	Me asusta la idea de depender de otros para hacer cosas básicas	.75	.001
R.31	Me da miedo ser una carga	.67	.001

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 15 se muestran los puntajes de correlación entre los factores, se observa una correlación estadísticamente significativa, positiva y grande entre los factores Ausencia de valores y Temor a la debilidad de integración ($r = (240) .51, p = .001$); entre Temor a la debilidad de integración y Temor a la dependencia una correlación estadísticamente significativa, positiva y moderada ($r = (240) .44, p = .001$); finalmente, entre Temor a la dependencia y Ausencia de valores una correlación estadísticamente significativa, positiva y moderada ($r = (240) .39, p = .001$).

Tabla 15

Correlación Entre las Variables Latentes

Variables latentes	r	p
Factor 1 Ausencia de valores- Factor 2 Temor a la debilidad de integración	.51	.001
Factor 2 Temor a la debilidad de integración - Factor 3 Temor a la dependencia	.44	.001
Factor 3 Temor a la dependencia- Factor 1 Ausencia de valores	.39	.001

Fuente: elaboración propia.

6.1.2.3. Evidencia de confiabilidad/precisión Desesperanza en el Adulto Mayor (DAM).

Posterior a obtener evidencia de validez sustentada en el contenido y estructura interna se procedió a obtener evidencia sobre la confiabilidad/precisión de los factores. En la tabla 16, se muestran los estadísticos de consistencia interna, se reporta un Alfa de Cronbach's de 0.87 para el primer factor; .81, el segundo y .77, el tercero. Por otra parte, un Omega de McDonald para el primer factor de .87; el segundo .82 y el tercero, .77. Los puntajes anteriores demuestran la consistencia interna de los factores.

Tabla 16

Alfa de Cronbach y Omega de McDonald del instrumento “Desesperanza en el Adulto Mayor DAM”

Factor	N elementos	Cronbach's α	McDonald's ω
Factor 1 Ausencia de valores	8	0.87	0.87
Factor 2. Miedos	3	0.81	0.82
Factor 3. Temor a la dependencia	3	0.77	0.77

Fuente: elaboración propia.

6.1.3. Evidencia sobre la validez y confiabilidad/precisión del instrumento: Bienestar Psicológico (BP-22)

Con la finalidad de dar respuesta al quinto objetivo de la primera fase se muestran resultados sobre la evidencia de validez sustentada en la estructura interna, y confiabilidad/precisión del instrumento sobre Bienestar psicológico (BP-22) de Escobar (2013), diseñado originalmente para jóvenes universitarios y que para efectos de la presente investigación fue aplicado y validado para adultos mayores.

6.1.3.1. Evidencia de validez basada en la estructura interna del instrumento “Bienestar psicológico BP-22”.

A continuación, se reporta evidencia de validez sustentada en la estructura interna del instrumento BP-22, ésta se determinó mediante el AFE y AFC. Como primer paso se evaluó la distribución de los datos, se obtuvieron los siguientes valores: Asimetría= .33, Error estándar de la simetría= .14 Asimetría/ Error estándar de la simetría= 2.33; se estima simetría en los datos (<3.29). Curtosis= -.31 Error estándar de la curtosis=.28 Curtosis/ Error estándar de la curtosis = 1.12; se tiene una curtosis mesocúrtica (<3.29) (Tabachnick y Fidell, 2013); por tanto, se señala que hay una distribución normal de los datos.

Después se realizó el AFE mediante el Método de componentes principales con un tipo de rotación varimax. Se obtuvo una medida de adecuación muestral Keiser-Meyer-Olkin de 0.87, por tanto, la población de 294 participantes es adecuada para el análisis. La Prueba de Esfericidad de Bartlett obtuvo una Chi cuadrada de 1989.62, grados de libertad de 210 y una significancia de 0.00, lo que refiere una correlación estadísticamente significativa entre los ítems. En consecuencia la matriz de correlaciones es una matriz de identidad e indica un modelo factorial adecuado.

En la tabla 17 se muestran las comunalidades y pesos factoriales de los ítems por factor; los resultados muestran que 21 de los 22 ítems propuestos por los autores se agrupan en tres factores de forma satisfactoria. El primer factor, Afectos negativos se compone de los 10 ítems propuestos originalmente por los autores; el segundo factor, Satisfacción con la vida se compone de 6, a diferencia de la propuesta inicial, se elimina el reactivo 9 (Si pudiera vivir mi vida otra vez, prácticamente sería la misma) y se agrega el reactivo 22 (Casi siempre me siento activo) que en su versión original era agrupado en el factor tres; el tercer factor, afectos positivos se integra de cinco ítems, se elimina el reactivo dos (Comúnmente me siento atento). Los ítems reportan pesos factoriales de grandes a moderados que oscilan entre 0.75 a 0.48; por otra parte se encuentran comunalidades mayores a .30 que se encuentran entre .36 y .57.

Tabla 17

Estructura Factorial y comunalidades de los ítems del instrumento sobre “Bienestar Psicológico BP-22”

	Factor 1. Afectos negativos	h ²	1	2	3
R.21.	Comúnmente me siento nervioso	.57	.75		
R.10.	Generalmente me siento irritable	.53	.72		
R.16.	Casi siempre me siento asustado	.52	.72		
R.11.	Casi siempre me siento con miedo	.57	.71		
R.5.	Frecuentemente me siento preocupado	.56	.70		
R.7.	Regularmente me siento disgustado	.49	.70		
R.18.	Regularmente me siento enojado.	.47	.68		

R.13.	Regularmente me siento culpable	.43	.65
R.19.	Regularmente me siento avergonzado	.41	.64
R.3.	Generalmente me siento intranquilo	.40	.61
Factor 2. Satisfacción con la vida			
R.20.	Las condiciones de mi vida son excelentes	.53	.72
R.1.	Mi vida se acerca al ideal en casi todos los sentidos	.56	.70
R.2.	Comúnmente me siento atento	.48	.63
R.22.	Casi siempre me siento activo	.46	.61
R.14.	Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que deseo	.37	.53
R.4.	Estoy satisfecho con mi vida	.36	.51
Factor 3. Afectos positivos			
R.6.	La mayoría de las veces me siento inspirado	.56	.71
R.12.	Comúnmente me siento fuerte	.49	.66
R.17.	Frecuentemente me siento interesado en algún tema o actividad	.48	.66
R.15.	Con frecuencia me siento emocionado	.44	.60
R.8.	Frecuentemente me siento orgulloso	.37	.48

Fuente: elaboración propia.

Método de Extracción: Análisis de componentes Principales

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser

La rotación ha convergido en 5 iteraciones

En la tabla 18 se muestran los valores propios, varianzas por factor y acumulada. Se observan valores propios mayores a uno y un porcentaje de varianza explicada para el primer factor de 23.63; el segundo, 13.05; y el tercero, 11.84. La varianza total del instrumento en adultos mayores es de 48.09, lo cual es interpretado como aceptable.

Tabla 18

Valores propios y varianzas resultantes del análisis factorial del instrumento "Bienestar Psicológico BP-22"

Sumas de las saturaciones			
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4.87	23.19	23.19
2	2.74	13.05	36.24
3	2.48	11.84	48.09

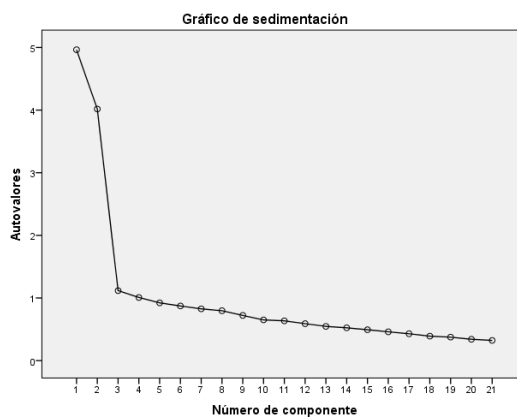
Datos obtenidos del análisis factorial de rotación Varimax.

Fuente: Elaboración propia.

El gráfico de sedimentación se muestra la satisfacción de la estructura factorial compuesta de tres factores (ver figura 9).

Figura 9

Grafico de sedimentación del Instrumento sobre Bienestar Psicológico (BP-22)



Nota: El grafico muestra el punto de quiebre de la varianza en el factor 3, posterior a este se observa una curva asintótica, por lo cual se infiere que el instrumento se compone de tres factores.

Fuente. Obtenido del análisis factorial realizado al instrumento "BP-22"

Posterior a la realización del AFE se llevó a cabo el AFC mediante la técnica de ecuaciones estructurales (SEM), el modelo muestra los valores de cada grupo de factores. Son incluidos tres con 10, 6 y 5 ítems, lo cual, arroja un total de 21 ítems. Se evaluó la normalidad

multivariante de los datos mediante el valor estimado de Mardia, se obtuvo un valor $CR=36.26$ (como se cita en Byrne, 2016). El resultado muestra que los datos no cuentan con normalidad multivariante debido a que $CR > 5.00$; por tanto, se decidió realizar el modelo mediante la técnica de remuestreo *Bootstrap* y estimación máxima verosimilitud.

El ajuste del modelo se evaluó considerando los criterios de referencia para los estadísticos de bondad de ajuste (Escobedo et al., 2016; Hair et al., 1999; Ruiz et al., 2010). Con el objetivo de detectar el modelo más parsimonioso y con mejor ajuste se realizaron las modificaciones sugeridas en los índices de modificación, por medio de la correlación entre los errores. La primera, es entre los errores 2 y 3; la segunda, 14 y 15; la tercera, 4 y 5. En la tabla 19 se muestran los índices de ajuste absoluto e incremental del modelo original y las tres versiones modificadas.

Tabla 19

Estadísticos de Bondad de Ajuste de los Modelos para el AFC del Instrumento “Bienestar Psicológico BP-22”

Modelo	χ^2	gl ^a	χ^2/gl^a	Índices de ajuste absoluto				Índices de ajuste incremental			
				GFI ^b	AGFI ^c	SRMR ^d	RMSEA ^e	NFI ^f	TLI ^g	CFI ^h	IFI ⁱ
Original	341.09	186	1.83	.90	.88	.053	.052	.84	.91	.92	.92
Modificación	325.00	185	1.76	.91	.89	.052	.049	.84	.91	.92	.92
3	311.15	184	1.69	.91	.89	.051	.047	.85	.92	.93	.93
4	302.73	183	1.65	.91	.89	.051	.046	.86	.93	.93	.93

a gl: grados de libertad.

b GFI: Goodness of Fit Index (índice de bondad del ajuste).

c AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index (índice de bondad de ajuste corregido).

d SRMR: Standarized Root Mean Square Residual (residuo cuadrático medio).

e RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (error de aproximación cuadrático medio).

f NFI: Normed Fit Index (índice de ajuste normalizado).

g TLI: Tucker-Lewis coefficient (coeficiente de Tucker y Lewis).

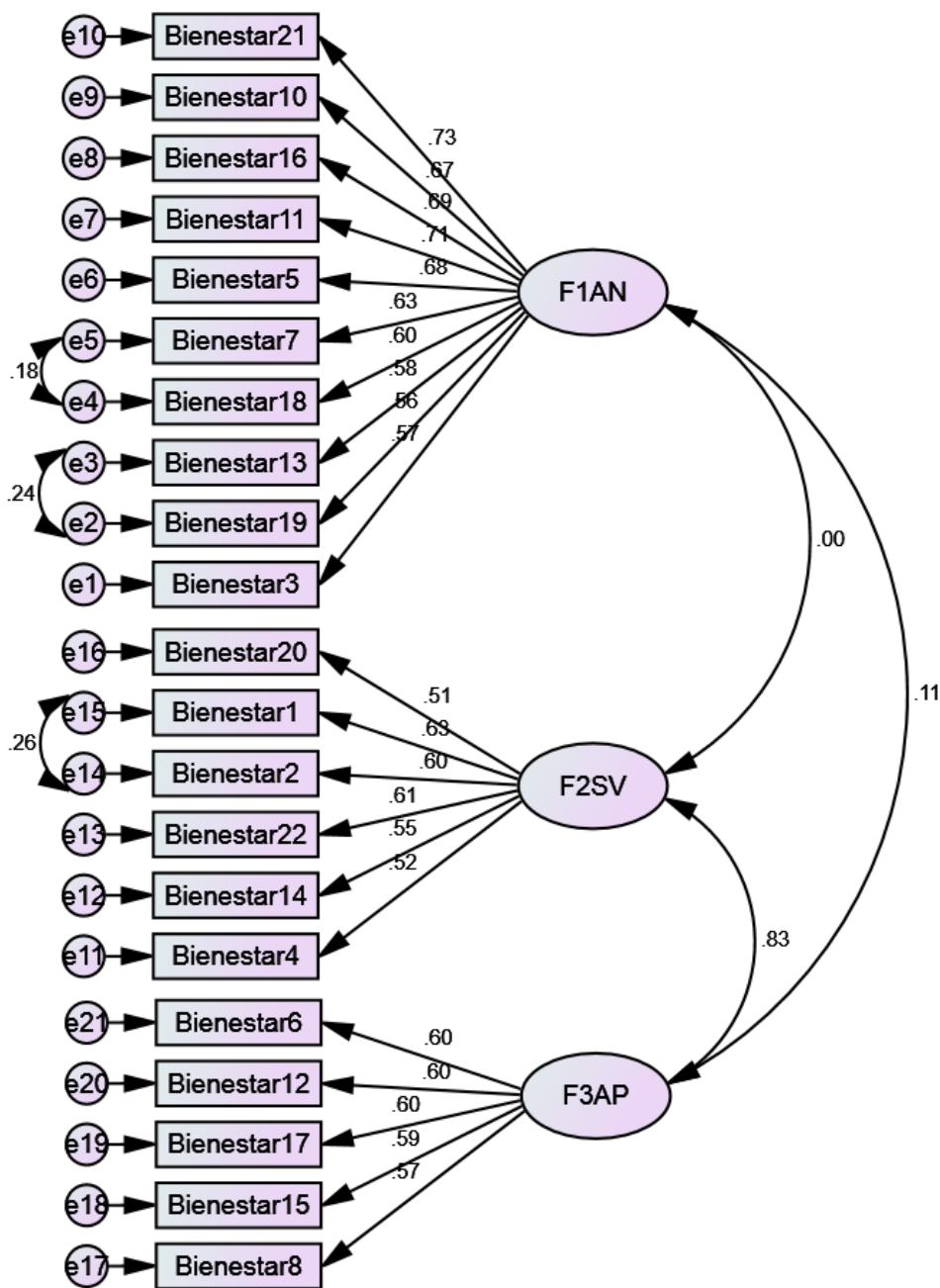
h CFI: Comparative Fit Index (índice de ajuste comparativo).

i IFI: Incremental Fit Index (índice de ajuste incremental).

En la figura 10 se aprecia el diagrama del modelo final, con 21 ítems. F1AN corresponde al factor Afectos negativos con los ítems: 21,10,16,11,5,7,18,13,19,3; F2SV, Satisfacción con la vida con los ítems: 20,1,2,22,14,4; y F3AP, Afectos positivos: 6,12,17,15,8. Las cargas factoriales de los ítems se reportan altas (entre .51 y .72); la correlación estandarizada entre el F1AN y F2SV muestra una correlación nula, entre F1AN y F2AP se muestra una correlación baja, mientras que, F2SV y F3AP muestran una correlación alta, lo cual, es coincidente con la propuesta teórica de los autores del instrumento.

Figura 10

Diagrama con las puntuaciones estandarizadas del Instrumento "Bienestar Psicológico BP-22"



F1AS: Factor 1, Aceptación de sí

F2.CN: Factor 2 Confianza en sí y nosotros

F3EV: Factor 3 Convicción del propio estilo y forma de vida

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 20 se muestran los pesos factoriales de los ítems, es posible observar que oscilan entre .728 y .512, por tanto, son considerados altos.

Tabla 20

Pesos Factoriales de los Ítems del Instrumento "Bienestar Psicológico BP-22"

	Factor 1. Afectos negativos	Peso factorial	p
R. 21.	Comúnmente me siento nervioso	.72	.001
R.11.	Casi siempre me siento con miedo	.70	.001
R.16.	Casi siempre me siento asustado	.68	.001
R.5.	Frecuentemente me siento preocupado	.68	.001
R.10.	Generalmente me siento irritable	.67	.001
R.7.	Regularmente me siento disgustado	.63	.001
R.18.	Regularmente me siento enojado.	.60	.001
R.13.	Regularmente me siento culpable	.57	.001
R.3.	Generalmente me siento intranquilo	.57	-
R.19.	Regularmente me siento avergonzado	.55	.001
Factor 2. Satisfacción con la vida			
R.1.	Mi vida se acerca al ideal en casi todos los sentidos	.62	.001
R.2.	Comúnmente me siento atento	.60	.001
R.22.	Casi siempre me siento activo	.60	.001
R.14.	Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que deseo	.55	.001
R.4.	Estoy satisfecho con mi vida	.52	.001
R.20.	Las condiciones de mi vida son excelentes	.51	.001
Factor 3. Afectos positivos			
R.6.	La mayoría de las veces me siento inspirado	.60	.001
R.12.	Comúnmente me siento fuerte	.59	.001
R.17.	Frecuentemente me siento interesado en algún tema o actividad	.59	.001
R.15.	Con frecuencia me siento emocionado	.59	.001
R.8.	Frecuentemente me siento orgulloso	.56	-

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 21 se muestran los puntajes de correlación entre los factores. Los resultados muestran una correlación nula y no significativa entre los factores: Afectos negativos y Satisfacción con la vida ($r = (294) .00, p = .995$). Entre Satisfacción con la vida y Afectos positivos se observa una correlación positiva, fuerte y estadísticamente significativa ($r = (294) .83, p = .001$); finalmente, afectos negativos y afectos positivos muestran una correlación baja, positiva no significativa ($r = (294) .11, p = .116$).

Tabla 21

Correlación Entre las Variables Latentes del Instrumento Bienestar Psicológico BP-22

Variables latentes	r	p
Factor 1. Afectos negativos- Factor 2. Satisfacción con la vida	.00	.995
Factor 2. Satisfacción con la vida - Factor 3. Afectos positivos	.83	.001
Factor 1. Afectos negativos - Factor 3. Afectos positivos	.11	.116

Fuente: elaboración propia.

6.1.3.2. Evidencia de precisión.

La tabla 22 muestra los estadísticos de consistencia interna. Se reporta un alfa de Cronbach de 0.88 en el primer factor; .75, el segundo y .72 el tercero. El omega de McDonald indica en el primer factor un valor de de 0.88; el segundo, 0.75 y el tercero, .72. En los tres factores se obtienen valores que reflejan consistencia interna en los factores.

Tabla 22

Confiabilidad/precisión del Instrumento "Bienestar Psicológico BP-22"

Factor	N elementos	Cronbach's α	McDonald's ω
Factor 1 Afectos negativos	10	0.88	0.88
Factor 2. Satisfacción con la vida	6	0.75	0.75
Factor 3. Afectos positivos	5	0.72	0.72

Fuente: Elaboración propia.

6.2. Resultados segunda fase

Con la finalidad de dar respuesta a los objetivos planteados en la segunda fase de investigación se presentan los resultados sobre el análisis de regresión múltiple. Se consideran los factores biopsicosociales de: apoyo social, salud, ocupación, escolaridad y sexo como variables explicativas de los estilos identitarios de integridad y desesperanza en el adulto mayor. Con la finalidad de tener mayor claridad en los resultados se presentan: estadísticos descriptivos de las variables predictoras, distribución de los datos, análisis de correlación y los resultados del análisis de regresión lineal múltiple. En la tabla 23, se presentan los estadísticos descriptivos de las variables predictoras: apoyo social familiar y apoyo social de amigos (media, desviación estándar, valor mínimo y máximo).

Tabla 23

Estadísticos descriptivos sobre el apoyo social percibido de familia y amigos en adultos mayores.

Variabes	Media	DE
Apoyo Social Familia	26.57	5.38
Apoyo Social de Amigos	11.61	3.81

Fuente: elaboración propia.

Los resultados de la tabla 24 muestran que el 36.1% de los participantes refieren no padecer algún padecimiento crónico, sin embargo, entre las enfermedades más frecuentes se encuentran hipertensión (23.3%) y diabetes (12.8%) o en comorbilidad (12.8%), las cifras son preocupantes al percibir que el 63.9% reporta padecer alguna enfermedad crónico-degenerativa. La muestra se compone principalmente de mujeres con un 66.1%, y hombres 33.9%. En ocupación, más de la mitad de los adultos mayores se dedica al cuidado del hogar (51.4%), mientras que sólo el 23% se encuentra laborando, ya sea en un empleo o por cuenta propia; mientras que el 25.6% es jubilado. En el rubro de escolaridad predomina el nivel básico (44.4%), seguido por analfabetismo (23.3%), nivel superior (16%), medio superior (8.6%) y posgrado (7.7%).

Tabla 24

Análisis de frecuencia y porcentaje sobre los factores biopsicosociales de los adultos mayores

Salud		
	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes	40	12.8
Hipertensión	73	23.3
Osteoporosis	10	3.2
Ninguno	113	36.1
Otro	22	7.0
Diabetes e hipertensión	40	12.8
Diabetes, hipertensión y otro	15	4.8
Sexo		
	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	106	33.9
Mujer	207	66.1
Ocupación		
	Frecuencia	Porcentaje
Jubilado	80	25.6
Empleado	48	15.3
Hogar	161	51.4
Autoempleo	24	7.7
Escolaridad		
	Frecuencia	Porcentaje
Analfabetismo	73	23.3
Primaria	100	31.9
Secundaria	39	12.5
Medio superior	27	8.6
Superior	50	16.0
Posgrado	24	7.7

Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 25 se muestra la media y desviación estándar de los factores de los instrumentos de Integridad y Desesperanza en el adulto mayor, es necesario recordar que las interpretaciones derivadas del instrumento IAM deben ser descritas de forma cautelosa debido a que requiere seguir comprobando su utilidad en muestras más heterogéneas, sobre todo, en los factores Confianza en sí y nosotros, y Convicción del estilo y forma de vida (ver resultados fase I). Los resultados del instrumento IAM muestran mayor dispersión de los datos en el factor confianza en sí y nosotros, mientras que se observa mayor agrupación de datos en convicción del estilo y forma de vida; en el instrumento DAM se observa mayor dispersión en el factor Ausencia de valores, mientras que mayor agrupación en Temor a la dependencia.

Tabla 25

Estadísticos descriptivos de los factores de los instrumentos IAM y DAM

Integridad en el adulto mayor (IAM)		
	M	DE
Aceptación de sí	27.16	3.37
Confianza en sí y nosotros	26.34	4.84
Convicción del estilo forma de vida	12.60	2.46
Desesperanza en el adulto mayor (DAM)		
	M	DE
Ausencia de valores	19.82	9.19
Temor a la desintegración emocional	9.46	4.14
Temor a la dependencia	10.25	3.71

Fuente: elaboración propia.

El nivel de medición y la distribución de las variables permiten determinar el análisis estadístico más adecuado; a continuación, se presentan las medidas de asimetría y curtosis de las variables apoyo social familiar y de amigos. Los resultados para la variable apoyo social familiar son: Asimetría= -1.02, Error estándar de la simetría=.13 Asimetría/ Error estándar de la simetría=-7.42. Estos datos estiman una asimetría negativa. Curtosis= .54, error estándar de la curtosis=.27 Curtosis/ Error estándar de la curtosis = 1.99; por tanto, los datos cuentan con una distribución mesocurtica (Tabachnick y Fidell, 2013). La variable apoyo social de amigos muestra los siguientes resultados Asimetría= -.445, Error estándar de la simetría=.13 Asimetría/ Error

estándar de la simetría=-3.22. Estos datos estiman simetría. Curtosis= -1.00, error estándar de la curtosis=.27 Curtosis/ Error estándar de la curtosis = 3.65; por lo cual, los datos muestran una distribución leptocurtica (Tabachnick y Fidell, 2013). Para observar la distribución de los dtos de los Instrumentos Integridad y Desesperanza en el adulto mayor se recomienda revisar los resultados correspondientes a la primera fase de investigación.

6.2.1. Explicar la reconstrucción del estilo identitario de integridad en el adulto mayor a partir de los factores biopsicosociales de apoyo social, salud, ocupación, escolaridad y sexo

Previo al análisis de la regresión lineal múltiple, se realizó un análisis de correlación con la finalidad de identificar la relación entre las variables sociodemográficas y el estilo identitario de integridad. La correlación de Spearman fue la más adecuada para las variables de escolaridad, apoyo social familiar y de amigos; mientras que, la Biserial Puntual en las variables ocupación, salud, sexo y estado civil.

Los resultados correspondientes a correlación de Spearman entre las variables integridad, escolaridad, apoyo social familiar y de amigos se observa en la tabla 26, las variables que muestran una relación estadísticamente significativa con la integridad son: apoyo social Familiar ($r_s=(313) .35, p= 0.01$) y apoyo social de amigos ($r_s=(313) .35 p=0.01$); por otro lado, escolaridad no muestra relación estadísticamente significativa con la integridad.

Tabla 26

Correlaciones de Spearman entre variables predictoras e integridad

	Escolaridad	ASF	ASA	Integridad
Escolaridad	1			
ASF	.03	1		
ASA	.09	.65**	1	
Integridad	-.094	.35**	.35**	1

* $p<0.05$

** $p<0.01$

ASF Apoyo Social Familiar

ASA Apoyo Social de Amigos

Fuente: elaboración propia.

Los resultados correspondientes a la correlación Biserial Puntual muestran las siguientes correlaciones: sexo ($r_{bp}=(313), p=.89$); estado civil ($r_{bp}=(313), p=.04$), ocupación ($r_{bp}=(313), p=.48$)

y salud ($r_{bp}=(313)$, $p=.53$). La variable estado civil mostró una relación estadísticamente significativa ($p=0.05$); mientras que las variables de sexo, ocupación y salud mostraron un nivel de significancia mayor a .05.

Una vez realizado el análisis de correlación entre la integridad y las variables sociodemográficas se procede a realizar una regresión lineal múltiple. Se seleccionaron las variables que mostraron relación estadísticamente significativa (apoyo social familiar y de amigos) y se realizó el análisis mediante el método de regresión paso a paso. Como se observa en la tabla 27, el modelo integró ambas variables; el primero, selecciona sólo el apoyo social familiar y reporta una $R^2=.15$, $p=.001$; mientras que el segundo, considera la variable del primer modelo y añade el apoyo social de amigos una $R^2=.16$, $p=.029$; por tanto, las variables predictoras explican el 16.7% de la varianza de integridad. El cambio de R^2 en el segundo modelo es estadísticamente significativo ($\delta R^2=.01$, $p=.029$), esto quiere decir que la variable de apoyo social de amigos aporta de forma significativa el 1.3% en la integridad del adulto mayor.

El modelo es significativo ($F(2, 310)=31.04$; $p=.001$); las betas estandarizadas indican que las variables mostraron una relación estadísticamente significativa: apoyo social familiar ($\beta=.30$, $p=.001$) con una relación positiva moderada, seguida de apoyo social de amigos ($\beta=.14$, $p=.029$) con una relación positiva baja. Estos puntajes señalan que, a mayor apoyo social de familia y amigos mayor integridad.

Tabla 27

Modelo predictivo de la Integridad a partir de Apoyo Social Familiar y de Amigos

Variables	B	Error	Beta estandarizada	t	p
Apoyo Social Familia	.47	.10	.30	4.68	.000
Apoyo Social Amigos	.31	.14	.14	2.19	.029

Fuente: elaboración propia.

6.2.2. Explicar la reconstrucción del estilo identitario de desesperanza en el adulto mayor a partir de los factores biopsicosociales de apoyo social, salud, ocupación, escolaridad y sexo.

La explicación del estilo identitario de desesperanza a partir de los factores biopsicosociales requiere que se realice un análisis de correlación previo a la regresión lineal múltiple. El nivel de medición de las variables y los resultados sobre la distribución de los datos permitió identificar a la correlación de Spearman como el procedimiento más pertinente para las variables escolaridad, apoyo social familiar y de amigos; mientras que, la Biserial Puntual lo fue en: ocupación, salud, sexo y estado civil.

Los resultados correspondientes a la correlación entre el estilo identitario de desesperanza y los factores biopsicosociales se observan en la tabla 28. Se observan resultados estadísticamente significativos en las variables: escolaridad ($r_s=(313) \text{ } -.47, p=.01$) y apoyo social familiar ($r_s=(313) \text{ } -.13, p=0.05$).

Tabla 28

Correlaciones de Spearman entre variables predictoras y desesperanza en el adulto mayor

	Escolaridad	ASF	ASA	Desesperanza
Escolaridad	1			
ASF	.03	1		
ASA	.09	.65**	1	
Desesperanza	-.47**	-.13*	-.06	1

* $p<0.05$

** $p<0.01$

ASF Apoyo Social Familiar

ASA Apoyo Social de Amigos

Fuente: elaboración propia.

Los resultados correspondientes a la correlación Biserial Puntual muestran las siguientes puntuaciones: sexo ($r_{bp}=(313), p=.01$); estado civil ($r_{bp}=(313), p=.01$), ocupación ($r_{bp}=(313), p=.01$) y salud ($r_{bp}=(313), p=.488$). Las variables: sexo, estado civil y ocupación mostraron una relación estadísticamente significativa ($p=0.05$); mientras que, salud mostró un nivel de significancia mayor a .05.

Una vez realizado el análisis de correlación entre desesperanza y las variables predictoras se procede a realizar una regresión lineal múltiple mediante el método: regresión paso a paso. Se proponen tres modelos con las variables incorporadas por el análisis: escolaridad, sexo y apoyo social familiar, tal como se observa en la tabla 35; el primer modelo integró sólo la variable de escolaridad y reporta una $R^2=.22$, $p=.001$; el segundo, añade la variable sexo y reporta una $R^2=.26$, $p=.001$ con un cambio de R^2 estadísticamente significativo $\delta R^2=.04$, $p=.001$; el tercero, una $R^2=.28$, $p=.012$ con un cambio de R^2 estadísticamente significativo $\delta R^2=.01$, $p=.012$, por tanto se presume que las tres variables predictoras explican el 28.3% de la varianza de la desesperanza y cada una aporta de manera significativa a la construcción del modelo.

El modelo, es estadísticamente significativo ($F(3, 309)=134.71$; $p=.001$). Como se muestra en la tabla 29, las betas estandarizadas indican que tres de las variables propuestas mostraron una relación estadísticamente significativa: escolaridad ($\beta = -.36$, $p=.001$) con una relación negativa, moderada y estadísticamente significativa; sexo ($\beta = .23$, $p=.001$), relación positiva baja y estadísticamente significativa; finalmente apoyo social de la familia ($\beta = -.12$, $p=.012$), con una relación negativa, baja y estadísticamente significativa. Lo anterior señala que, las mujeres padecen mayor desesperanza que los hombres, además, a menor escolaridad y apoyo social familiar, mayor desesperanza.

Tabla 29

Modelo predictivo de la Desesperanza a partir de Apoyo Social Familiar y de Amigos

Variables	B	Error típ.	Beta estandarizada	t	p
Escolaridad	-3.09	.44	-.36	-7.03	.001
Sexo	6.81	1.50	.23	4.51	.001
Apoyo Social Familia	.31	.12	-.12	-2.53	.012

Fuente: elaboración propia.

6.3. Resultados tercera fase

Para dar respuesta a la tercera y última fase de la investigación se presentan los resultados correspondientes al modelo explicativo del bienestar y la depresión del adulto mayor. Con la finalidad de entender el comportamiento de los participantes en las variables de estudio, en la tabla 30 se presentan estadísticos descriptivos sobre los instrumentos BP-22 y depresión, cabe mencionar que los datos sobre los factores biopsicosociales y estilo identitario se

encuentran descritos en el apartado, resultados segunda fase. Los resultados del instrumento BP-22 muestran que se encuentra mayor dispersión de datos en el factor Afectos negativos, mientras que en el instrumento de Depresión se observa poca dispersión.

Tabla 30

Estadísticos descriptivos de los factores de los instrumentos Bienestar Psicológico y Depresión en el adulto mayor

Bienestar psicológico BP-22		
	M	DE
Afectos negativos	26.76	10.35
Satisfacción con la vida	25.04	4.49
Afectos positivos	19.74	4.28
Depresión en el adulto mayor		
	M	DE
Depresión	2.64	2.67

Fuente: elaboración propia.

6.3.1. Modelo explicativo del bienestar a partir de factores biopsicosociales y el estilo identitario de integridad en el adulto mayor

Se presentan los resultados sobre el modelo explicativo del bienestar a partir del estilo identitario de integridad y el apoyo social familiar. Con la finalidad de identificar las relaciones causales entre las variables se retoman los resultados de la segunda fase y se presenta el análisis de correlación y regresión lineal entre la integridad como predictor y el bienestar como variable predicha. Es necesario recordar que las interpretaciones derivadas del instrumento IAM deben ser presentadas de forma cautelosa debido a que mostró debilidades en los factores Confianza en sí y nosotros; y, Convicción del propio estilo y forma de vida.

Como primer paso se evaluó la correlación entre los factores de variable integridad (Aceptación de sí, Confianza en sí y nosotros y, Convicción del propio estilo de vida) y el bienestar (Afectos positivos, Satisfacción con la vida y Afectos negativos). En la tabla 31 es posible observar que la variable Afectos positivos mostró una relación positiva, moderada y estadísticamente significativa con las variables: Aceptación de sí ($r = [313] .32, p = .001$), Confianza en sí y nosotros ($r = [313] .40, p = .001$), y Convicción del propio estilo de vida ($r = [313] .34, p = .001$); lo cual indica que a mayor Aceptación de sí, Confianza en sí y nosotros, y

Convicción del propio estilo de vida, mayores Afectos positivos. Satisfacción con la vida, mostró una relación positiva, moderada y estadísticamente significativa con las variables: Aceptación de sí ($r = [313] .36, p = .001$), Confianza en sí y nosotros ($r = [313] .37, p = .001$) y Convicción del propio estilo y forma de vida ($r = [313] .41, p = .001$); lo cual revela que a mayor Aceptación de sí, Confianza en sí y nosotros, y Convicción del propio estilo de vida, mayor Satisfacción con la vida. Afectos negativos y Aceptación de sí mostraron una relación negativa, baja y estadísticamente significativa ($r = [313] -.13, p = .020$), mientras que Afectos negativos y Confianza en sí y nosotros, una relación positiva, baja y estadísticamente significativa.

Tabla 31

Correlación de Pearson entre Integridad y Bienestar

	Afectos positivos	Satisfacción con la vida	Afectos negativos	Aceptación de sí	Confianza en sí y nosotros	Convicción del propio estilo de vida
Afectos positivos	1					
Satisfacción con la vida	.60**	1				
Afectos negativos	.09	.00	1			
Aceptación de sí	.32**	.36**	-.13*	1		
Confianza en sí y nosotros	.40**	.37**	.11*	.39**	1	
Convicción del propio estilo de vida	.34**	.41**	-.04	.41**	.39**	1

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Posteriormente se realizó el análisis de regresión lineal múltiple mediante el método: regresión paso a paso. Se proponen tres modelos predictivos del bienestar con las variables de: Confianza en sí y nosotros, Convicción del propio estilo de vida y Aceptación de sí, tal como se observa en la tabla 32. El primer modelo integró sólo la variable de Confianza en sí y nosotros y reporta una $R^2 = .18, p = .01$; el segundo añade la variable Convicción del propio estilo de vida y reporta una $R^2 = .26, p = .01$ con un cambio de R^2 estadísticamente significativo $\Delta R^2 = .07, p = .01$; el tercero, Aceptación de sí con una $R^2 = .28, p = .01$ con un cambio de R^2 estadísticamente

significativo $\delta R^2=.02$, $p=.01$; por tanto, se presume que las tres variables predictoras explican el 28.8% de la varianza del bienestar y cada una aporta de manera significativa a la construcción del modelo.

El modelo, es estadísticamente significativo ($F(3, 309)= 41.72$; $p=.001$); las betas estandarizadas indican que tres de las variables propuestas mostraron una relación estadísticamente significativa: Confianza en sí y nosotros ($\beta = -.43$, $p=.001$) con una relación positiva, moderada y estadísticamente significativa; Convicción del propio estilo de vida ($\beta = .30$, $p=.001$), relación positiva, moderada y estadísticamente significativa; finalmente, Aceptación de sí ($\beta = .17$ $p=.001$), con una relación positiva, baja y estadísticamente significativa. Lo anterior señala que, a mayor Confianza en sí y nosotros; Convicción del propio estilo de vida; y Aceptación de sí, mayor Bienestar psicológico.

Tabla 32

Modelo Predictivo del Bienestar a partir de la Integridad

Variables	B	Error	Beta estandarizada	t	p
Confianza en sí y nosotros	.70	.08	.43	8.46	.001
Convicción del propio estilo de vida	.96	.16	.30	5.68	.001
Aceptación de sí	.41	.12	.17	3.25	.001

Fuente: elaboración propia.

Una vez realizado el análisis de regresión lineal múltiple, se evaluó la normalidad multivariante de los datos mediante el valor estimado de Mardia, se reporta un valor de $CR=61.85$ (como se cita en Byrne, 2016), el resultado muestra que los datos no cuentan con normalidad multivariante debido a que $CR > 5.00$, por tanto se realizó el modelo mediante la técnica de remuestreo *Bootstrap*. A continuación, se muestran los resultados del modelo propuesto, con la finalidad de identificar el más parsimonioso y con mejor ajuste se revisaron los índices de modificación y se procedió a señalar una relación entre los errores. La primera correlación es entre e27 y e28; la segunda, e21 y e23; la tercera, e21 y e27 de la variable apoyo social familiar. En la tabla 33, se muestran los índices de ajuste absoluto e incremental del modelo original y las tres versiones modificadas.

Tabla 33

Estadísticos de Bondad de Ajuste de los Modelos Predictivos del Bienestar a partir del Apoyo Social Familiar y el Estilo Identitario Integridad ”

Modelo	χ^2	gl ^a	χ^2/gl^a	Indices de ajuste absoluto				Indices de ajuste incremental			
				GFI ^b	AGFI ^c	SRMR ^d	RMSEA ^e	NFI ^f	TLI ^g	CFI ^h	IFI ⁱ
(original)	1050.93	554	1.89	.84	.82	.06	.05	.71	.82	.83	.84
1	1009.61	553	1.82	.84	.82	.06	.05	.72	.84	.85	.85
2	940.92	549	1.71	.85	.83	.05	.04	.74	.86	.87	.87
3	.969.80	551	1.76	.85	.83	.06	.04	.73	.85	.86	.86

Fuente: elaboración propia.

a gl: grados de libertad.

b GFI: Goodness of Fit Index (índice de bondad del ajuste).

c AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index (índice de bondad de ajuste corregido).

d SRMR: Standardized Root Mean Square Residual (residuo cuadrático medio).

e RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (error de aproximación cuadrático medio).

f NFI: Normed Fit Index (índice de ajuste normalizado).

g TLI: Tucker-Lewis coefficient (coeficiente de Tucker y Lewis).

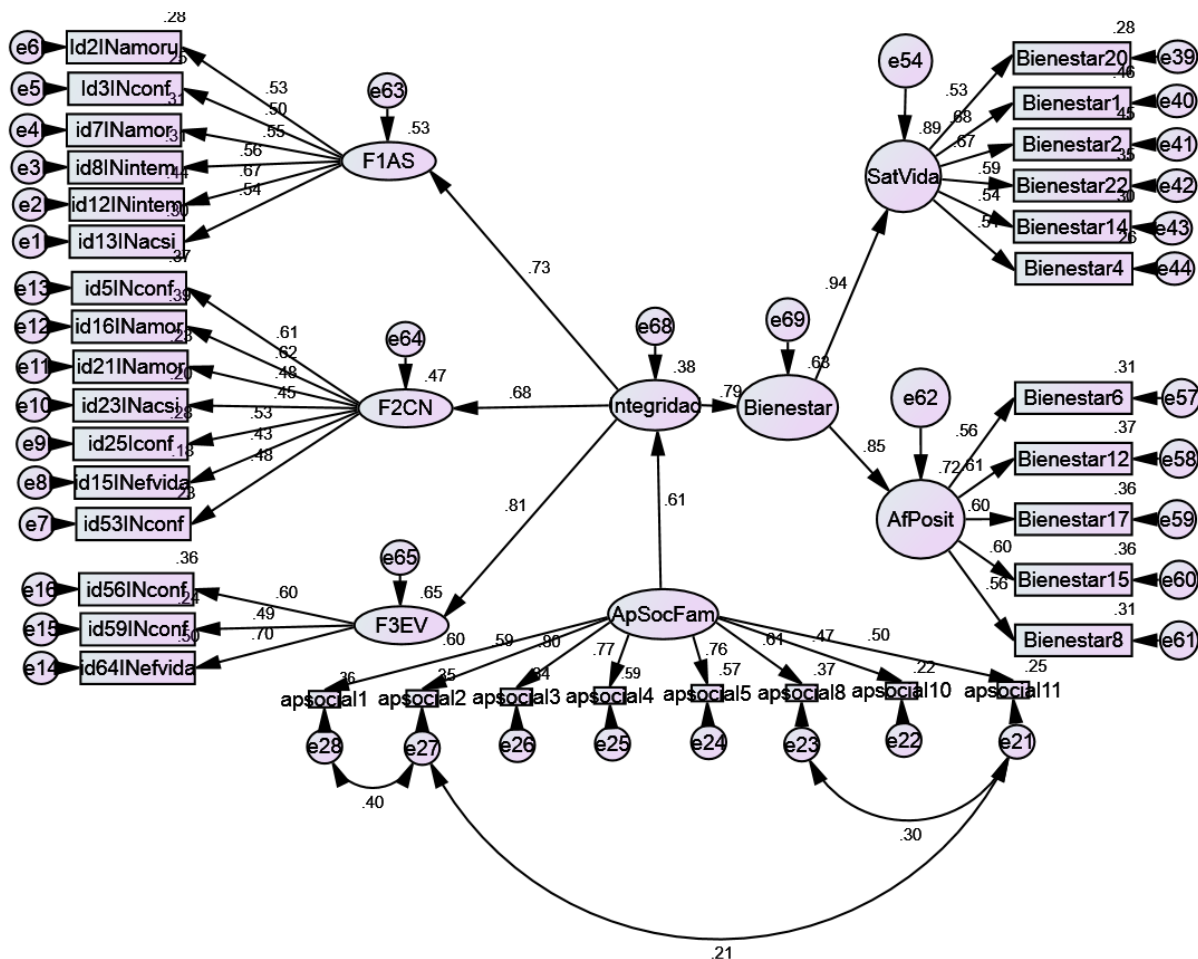
h CFI: Comparative Fit Index (índice de ajuste comparativo).

i IFI: Incremental Fit Index (índice de ajuste incremental).

En la figura 11, se observa el modelo final, con las relaciones causales entre las variables.

Figura 11

Diagrama del Modelo Predictivo del Bienestar a partir del Apoyo Social Familiar y el Estilo Identitario Integridad



En la tabla 34, se muestran los resultados con el muestreo *Bootstrap* para datos multivariantes. Se encuentra una relación causal estadísticamente significativa positiva y grande entre las variables apoyo social familiar e integridad, así como entre integridad y bienestar.

Tabla 34*Relación Causal con Muestreo Bootstrap*

Relación Causal	Valor de la Relación	p
Apoyo social familiar → Integridad	.61	.001
Integridad → Bienestar	.79	.001

Fuente: elaboración propia.

6.3.2. Modelo explicativo de la depresión a partir de factores biopsicosociales y el estilo identitario de desesperanza en el adulto mayor

Se presentan los resultados sobre el modelo explicativo de la depresión a partir del estilo identitario de integridad y factores biopsicosociales (escolaridad, sexo y apoyo social familiar). Con la finalidad de identificar las relaciones causales entre las variables se retoman los resultados de la segunda fase y se presenta el análisis de correlación y regresión lineal entre la desesperanza como predictor y la depresión como variable predicha.

Como primer paso se evaluó la correlación entre los factores de la variable desesperanza y depresión. Los resultados señalados en la tabla 35, muestran que entre Depresión y Ausencia de valores existe una correlación positiva, alta y estadísticamente significativa ($r = [313] .59$, $p = .001$); Depresión y Temor a la desintegración emocional, una relación positiva, moderada y estadísticamente significativa ($r = [313] .31$, $p = .001$); depresión y Temor a la dependencia una relación positiva, baja y estadísticamente significativa ($r = [313] .29$, $p = .001$). Lo cual indica que a mayor Ausencia de valores, Temor a la desintegración y Temor a la dependencia, mayor depresión.

Tabla 35

Correlación de Pearson entre desesperanza y depresión

	Depresión	Ausencia de valores	Temor a la desintegración emocional	Temor a la dependencia
Depresión	1			
Ausencia de valores	.59**	1		
Temor a la desintegración emocional	.31**	.48**	1	
Temor a la dependencia	.29**	.33**	.36**	1

* p<0.05

** p<0.01

Fuente: elaboración propia.

Una vez realizado el análisis de correlación, se realizó una regresión lineal múltiple mediante el método regresión paso a paso, el modelo integró la variable Ausencia de valores tal como se muestra en la tabla 41. Se reporta una $R^2=.35$, $p=.001$; por tanto, se presume que la variable predictora, Ausencia de valores explica el 35.2% de la varianza de la depresión.

El modelo, es estadísticamente significativo ($F(1,311)=168.74$; $p=.001$); como se reporta en la tabla 36, la beta estandarizada indica que la variable Ausencia de valores mostró una relación positiva, fuerte y estadísticamente significativa con la depresión ($\beta = .59$, $p=.001$); por tanto, a mayor Ausencia de valores mayor depresión en el adulto mayor.

Tabla 36

Modelo Predictivo de la depresión a partir del estilo identitario de desesperanza.

Variables	B	Error	Beta		
			estandariza	t	p
Ausencia de valores	.17	.01	.59	12.99	.001

Fuente: elaboración propia.

Una vez realizado el análisis de regresión se evaluó la normalidad multivariante de los datos mediante el Valor Estimado de Mardia, se obtuvo un valor de CR= 28.4 (como se cita en Byrne, 2016), el resultado muestra que los datos no cuentan con normalidad multivariante debido a que $CR > 5.00$; por tanto, se realizó el modelo mediante la técnica de remuestreo *Bootstrap*. Con la finalidad de identificar el más parsimonioso y con mejor ajuste se revisaron los índices de modificación y se procedió a correlacionar los errores. La primera relación es entre los errores 23 y 24 de las variables biopsicosociales de sexo y escolaridad; la segunda, 21 y 22 de apoyo social; la tercera, 31 y 35 de depresión. En la tabla 37, se muestran los índices de ajuste absoluto e incremental del modelo original y las tres versiones modificadas.

Tabla 37

Estadísticos de Bondad de Ajuste de los Modelos predictivos de la depresión en el adulto mayor"

Modelo	χ^2	gl ^a	χ^2/gl^a	Indices de ajuste absoluto				Indices de ajuste incremental			
				GFI ^b	AGFI ^c	SRMR ^d	RMSEA ^e	NFI ^f	TLI ^g	CFI ^h	IFI ⁱ
Original	1046.08	492	2.12	.83	.81	.07	.06	.73	.82	.83	.84
1	993.45	491	2.02	.83	.81	.06	.05	.74	.84	.85	.85
2	947.82	490	1.93	.84	.82	.06	.05	.76	.85	.86	.86
3	904.03	489	1.84	.85	.83	.06	.05	.77	.86	.87	.88

a gl: grados de libertad.

b GFI: Goodness of Fit Index (índice de bondad del ajuste).

c AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index (índice de bondad de ajuste corregido).

d SRMR: Standarized Root Mean Square Residual (residuo cuadrático medio).

e RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (error de aproximación cuadrático medio).

f NFI: Normed Fit Index (índice de ajuste normalizado).

g TLI: Tucker-Lewis coefficient (coeficiente de Tucker y Lewis).

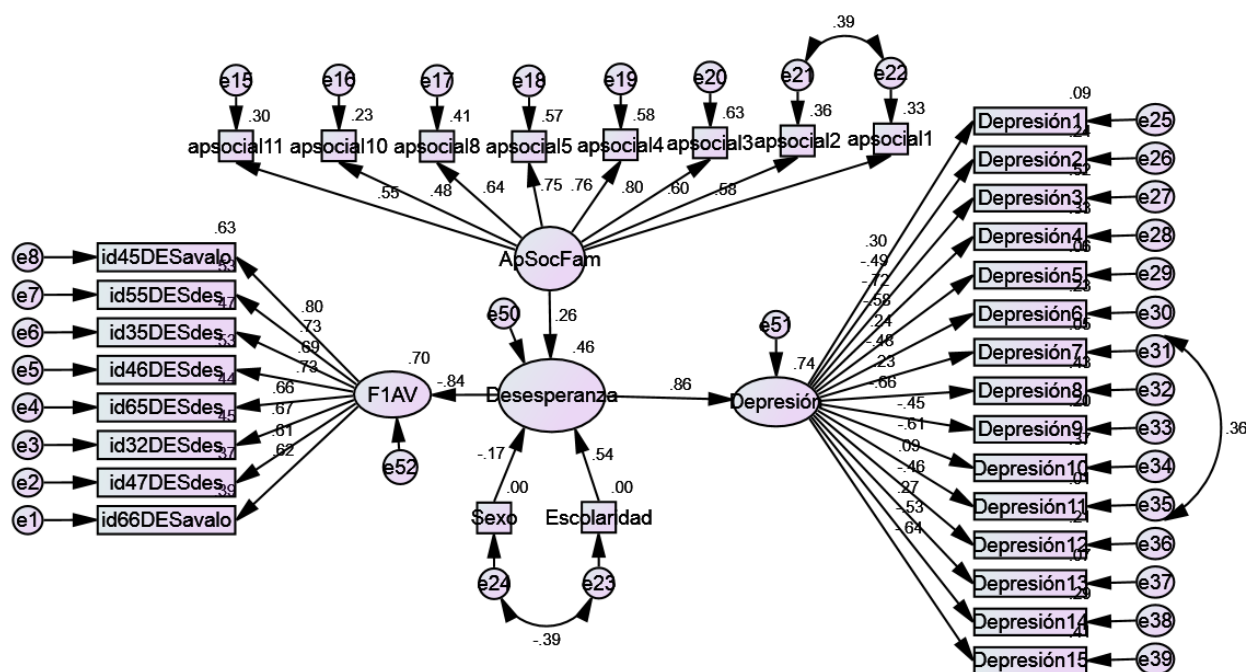
h CFI: Comparative Fit Index (índice de ajuste comparativo).

i IFI: Incremental Fit Index (índice de ajuste incremental).

En la figura 12, se observa el modelo final, en el cual se puede identificar que la relación causal del apoyo social familiar, escolaridad y sexo a la desesperanza y de ésta a la depresión.

Figura 12

Modelo explicativo de la depresión en el adulto mayor a partir de factores psicosociales y el estilo identitario



A continuación se muestran los resultados de la relación causal con el muestreo *Bootstrap* para datos multivariantes. En la tabla 38, se muestra una relación causal estadísticamente significativa, positiva y pequeña entre las variables apoyo social familiar y desesperanza ($r=.25$, $p=.001$); así como entre el sexo y la desesperanza ($r= -.17$, $p=.001$); entre escolaridad y desesperanza se reporta una relación causal estadísticamente significativa, positiva y grande; finalmente desesperanza y depresión se muestra una relación causal estadísticamente significativa positiva y grande.

Tabla 38*Valores de la Relación Causal con Muestreo Bootstrap*

Relación Causal	Valor de la Relación	p
Apoyo social familiar → Desesperanza	.25	.001
Sexo → Desesperanza	-.17	.014
Escolaridad → Desesperanza	.53	Se forzó a 1
Desesperanza → Depresión	.85	.001

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

El análisis y la discusión de los resultados se presentan en tres fases. En la primera, se discuten los datos obtenidos sobre la evidencia que sustenta la validez, confiabilidad/precisión y congruencia teórica de los instrumentos: Integridad en el adulto mayor (IAM) y Desesperanza en el adulto mayor (DAM), diseñados en la presente investigación, que corresponden a un estudio de tipo instrumental exploratorio y confirmatorio, en su primera versión; también se analizan las evidencias de validez y confiabilidad/precisión del instrumento Bienestar Psicológico (BP-22) para población mayor a 60 años, puesto que fue originalmente diseñado para el sector joven (Escobar, 2013). En la segunda, se discute la reconstrucción identitaria del adulto mayor a partir de los factores biopsicosociales de: salud física, apoyo social (familiar y de otros), escolaridad, ocupación y sexo. En la tercera, se discute sobre la explicación del bienestar y la depresión del adulto mayor a partir de los factores biopsicosociales y estilo identitario.

Fase uno construcción de los instrumentos: IAM, DAM y BP-22

En esta fase se discuten los resultados referentes a la evidencia que sustenta la validez y confiabilidad/precisión de tres instrumentos de medición: Integridad en el adulto mayor (IAM), Desesperanza en el adulto mayor (DAM) y Bienestar Psicológico (BP-22).

Evidencia que sustenta la validez, confiabilidad/precisión y congruencia teórica del instrumento Integridad en el adulto mayor (IAM).

El instrumento de Integridad en el Adulto mayor (IAM) muestra evidencia de validez sustentada en el contenido y estructura interna. Para obtener la primera, se realizaron dos juicios de expertos en los que se evaluó: redacción, pertinencia y saturación teórica mediante la prueba binomial; en la primera evaluación 13 de los 30 ítems propuestos obtuvieron un porcentaje y significancia aceptables (ver tabla 3), según los criterios de Ecurra (1988), Fontenele et al. (2021); Lawshe (1975) y Pereyra Quiñones (2020); por lo que, se procedió a realizar las correcciones señaladas por los jueces y realizar una segunda medición, en la cual se obtuvo un porcentaje y significancia satisfactoria en los 40 ítems propuestos, Por tanto, se señala que los ítems del instrumento poseen evidencia de validez referida en el contenido, puesto que cumplen con los criterios de una redacción adecuada para los participantes, son pertinentes a la situación de la población a la cual está destinada y responden a un sustento teórico tal como lo refieren Cohen y Swerdlik (2001), Ecurra (1988).

La evidencia de validez sustentada en el contenido es conocida también como “validez sombrilla”, puesto que brinda el soporte para obtener otro tipo de evidencias (Cohen y Swerdlik, 2001), de tal forma que, una vez alcanzada se procede a obtener evidencia de validez sustentada en la estructura interna, se realizó un análisis factorial exploratorio en el que se analizaron las inter correlaciones del conjunto de datos con la finalidad de hallar la composición de indicadores que contaran con el mayor porcentaje de varianza explicada (Hair et al., 1999, p. 94). A partir de ésta técnica se obtuvieron tres factores representativos de la Integridad en el adulto mayor: Aceptación de sí, Confianza en sí y nosotros, y Convicción del propio estilo y forma de vida; el primer factor se contempla como el mejor resumen de las relaciones lineales, el segundo, se deriva de la varianza restante y el tercero de igual forma (Cohen y Swerdlik, 2001; Hair et al., 1999).

Los factores: Confianza en sí y nosotros, y Convicción del propio estilo y forma de vida mostraron valores propios menores a uno (ver tabla 5); según la regla de Kaiser debieron ser eliminados; sin embargo, para algunos autores la aplicabilidad de esta norma es desaconsejada, el enfoque para una correcta discriminación debe ser integral, múltiple y utilizar criterios relacionados con la interpretabilidad (Ledesma et al., 2019), al ser excluidos la varianza total es de 22.23%, que resulta insuficiente al considerar que se requieren un porcentaje superior al 30% (Campo-Arias et al., 2012; Hair et al., 1999; Sepúlveda, 2010), al ser conservados se tiene una varianza total de 31.66%. Por tanto, se decide mantener los factores por su aportación teórica al polo negativo de la identidad, además de otros indicadores deseables sobre la evidencia de validez y confiabilidad/precisión; no obstante, se señala que deben ser interpretados de forma cuidadosa y continuar con la revisión de los ítems. Los pesos factoriales que se observan en la tabla 3 son interpretados como grandes y estadísticamente significativos (Cohen, 1992; Hair et al., 1999).

Posteriormente se realizó un análisis factorial confirmatorio mediante la técnica SEM, se analizó el modelo propuesto y una vez obtenidos estos puntajes se solicitaron los índices de modificación con la finalidad de obtener ajustes o parámetros adicionales que permitieran mejorar el modelo, tal como lo sugiere Lewis (2017); en los resultados mostrado en la tabla 5, χ^2/gla obtuvo un puntaje aceptable (<3 y límite hasta 5) (Escobedo et al., 2016; Manzano Patiño, 2018; Ruiz et al., 2010); los índices de ajuste absoluto son aceptables (GFI y AGFI >0.90 ; SRMR < 0.05 y RMSEA <0.08) (Manzano Patiño, 2018; Ruiz et al., 2010); mientras que los índices de ajuste incremental no mostraron un puntaje aceptable, ya que deben ser >0.90 (Escobedo et al., 2016; Manzano Patiño, 2018) o > 0.95 (Ruiz et al., 2010). Sin embargo, es necesario considerar que

los índices de ajuste incremental se ven afectados por el tamaño muestral del estudio (294 participantes) (Flora y Flake, 2017; Ruiz et al., 2010); por lo que los índices de ajuste son una cuestión de grado en lugar de una decisión binaria de sí o no (Flora y Flake, 2017). El modelo resultante, denota que se confirma la estructura del constructo propuesto, por lo que se cuenta con un instrumento adecuado para su medición en nuestro contexto. Es importante señalar que se requiere continuar aplicándolo en muestras homogéneas de modo que se continúe avanzando sobre evidencias de validez del mismo.

Para obtener evidencia sobre la confiabilidad/precisión del instrumento IAM se utilizó el Coeficiente alfa desarrollado por Cronbach, tal como lo sugieren Cohen y Swerdlik (2001) y Raykov y Marcoulides (2019); sin embargo, al reportarse algunos sesgos en el resultado de la medición (Cho y Kim, 2015; Goodboy y Martin, 2020), se optó por indicar también el coeficiente Omega de McDonald, como lo recomienda Goodboy y Martin (2020). Los puntajes obtenidos en ambas pruebas muestran valores aceptables superiores a 0.70 o hasta 0.60 en investigaciones exploratorias, tales como ésta (Hair et al., 1999); con lo cual se comprueba la homogeneidad de los factores del instrumento y se demuestra la consistencia entre los ítems (Cohen y Swerdlik, 2001) (ver tabla 9).

Las evidencias anteriores discuten los resultados referentes a la H2. El instrumento Integridad en el adulto mayor (IAM) reporta evidencia de confiabilidad/precisión y validez referida en el contenido y estructura interna. Los resultados demuestran que el instrumento IAM posee evidencia de validez sustentada en el contenido, mientras que la referida a la consistencia interna muestra un acercamiento importante, sin embargo, por la complejidad del constructo se requiere de mayor análisis en el valor propio y porcentaje de varianza; por otra parte, se refiere evidencia suficiente de confiabilidad/precisión por lo cual se reserva la recomendación del instrumento para su aplicación en la investigación, tal como lo solicita la American Educational Research Association (2018).

Una vez ratificadas las dimensiones subyacentes del instrumento IAM se procede a analizar su congruencia con la propuesta teórica de Erikson sobre la reconstrucción del estilo identitario de integridad en adultos mayores. Se realiza el análisis de los ítems y su pertinencia con la teoría de sustento con la finalidad de discutir los resultados referentes a la H1. La estructura factorial del instrumento: Integridad en el adulto mayor es congruente con las cinco dimensiones propuestas por Erikson: confianza, integración emocional, aceptación de sí, vivencia del amor universal y convicción del estilo y forma de vida.

El factor Aceptación de sí, hace referencia al reconocimiento de elementos positivos y negativos de su historia personal, proceso psicosexual y psicosocial (Bordignon, 2007; Erikson, 1985), en éste las personas suelen experimentar una sensación de desesperación; sin embargo, aceptan y agradecen su pasado y el futuro sin detenerse en él, es decir se ubican en el presente (Eckhart, 2012).

Los ítems ubicados en el primer factor denominado Aceptación de sí, son; 2, “doy gracias a Dios por lo que he vivido”; 3, “Aprendí las lecciones que me dio la vida” y 13, “Estoy orgulloso de lo que he logrado hacer en esta vida”; éstos requieren de un ejercicio de revisión de la vida con la finalidad de hacer una valoración retrospectiva (Butler en Goodboy y Martin, 2020), si logra reconocer y aceptar tanto acontecimientos positivos como negativos puede admitir su historia, agradecer y tomar una enseñanza de la experiencia pasada (Hearn et al., 2012). La permanencia en el presente (Eckhart, 2012) y la apertura a la experiencia (Hearn et al., 2012); son características que pueden ser identificadas en los ítems 7, “Disfruto contemplar la naturaleza” y 8 “Disfruto la vida a pesar de las limitaciones”, al percibir elementos bellos y tener la capacidad de disfrutarlos.

El factor Confianza en sí y nosotros hace referencia especialmente en las nuevas generaciones, las cuales se sienten tranquilos para presentarse como modelo por la vida vivida y por la muerte que tienen que enfrentar (Bordignon, 2007); es la primer crisis psicosocial que enfrenta el sujeto, además, manifiesta un sentimiento de apoyo ante las adversidades y aviva la esperanza (Erikson, 1985); esto se puede observar en los ítems 5, “Confío en la bondad de las personas”; 16, “Hay amor en la humanidad” y 21, “La humanidad es buena”. La tranquilidad por presentarse como ejemplo se manifiesta en los ítems 23, “Me gusta platicar mis experiencias”; 25, “Las personas toman tiempo para escucharme”; 15, “Hago valer mi opinión” y 53, “Mi vida puede servir de ejemplo a otros”.

El factor convicción de su propio estilo e historia de vida explica la forma de contribuir significativamente a la humanidad (Bordignon, 2007); pero, al mismo tiempo apegarse a sí mismo, tal como se expresa en los ítems 56, “Platico mis anécdotas con buen humor”; 59 “Puedo expresar mis sentimientos” y 64 “Siembro el bien en las personas”. Estos elementos en conjunto conducen a la sabiduría, que a su vez liberan a las personas de sí mismos y permiten llegar a la gerotranscendencia (Erikson, 1985). Por tanto, los tres factores resultantes del análisis factorial poseen congruencia con la teoría de sustento.

Evidencia que sustenta la validez, confiabilidad/ precisión y congruencia teórica del instrumento Desesperanza en el adulto mayor (DAM).

A continuación, se discuten los resultados referentes a la H4. El instrumento Desesperanza en el adulto mayor (DAM) reporta evidencia de confiabilidad/precisión y validez referida en el contenido y estructura interna. En primer lugar, se presenta evidencia de validez respaldada en el contenido y la estructura interna, para posteriormente hacer lo mismo con la precisión.

El instrumento (DAM) muestra evidencia de validez sustentada en el contenido, comprobada mediante el juicio de expertos con el procedimiento señalado por Escurra (1988). Se realizó una primera medición en la cual se obtuvieron sólo 9 ítems aprobados en los criterios: pertinencia teórica, saturación teórica y redacción (ver tabla 10); se realizaron las correcciones señaladas y se presentó nuevamente ante los jueces. En la segunda evaluación se obtuvo un porcentaje de aceptación y significancia satisfactoria de acuerdo a los criterios señalados por Escurra (1988) y Lawshe (1975); los ítems propuestos responden a un sustento teórico tal como lo refieren Cohen y Swerdlik (2001), Escurra (1988).

Una vez obtenida evidencia de validez referida al contenido se obtuvo la sustentada en la estructura interna. Se realizó un análisis factorial exploratorio que tuvo como objetivo analizar las inter correlaciones del conjunto de datos con la finalidad de identificar las variables con mayor porcentaje de varianza de los datos. (Hair et al., 1999). A partir de esta técnica se obtuvieron tres factores representativos de la desesperanza en el adulto mayor: Ausencia de valores, Temor a la debilidad de integración y Temor a la dependencia. Como lo mencionan Cohen y Swerdlik (2001); Hair et al. (1999), el primer factor se presenta como el mejor resumen de las relaciones lineales; el segundo, se deriva de la varianza restante y; el tercero de igual forma. Los pesos factoriales de 13 ítems se interpretan como significativo, mientras que el reactivo 74, se traduce en un peso factorial importante (ver tabla 11), tal como lo sugieren Hair et al. (1999). El instrumento explica el 52.57% de la varianza total; es posible observar autovalores mayores a 1 en el primer y segundo factor, mientras que en el tercero se observa un poco menor (ver tabla 12) sin embargo, la regla de considerar sólo valores mayores a uno está desaconsejada (Ledesma et al., 2019); por lo cual, se decidió conservar dicho factor.

Posteriormente, se realizó un análisis factorial confirmatorio mediante la técnica SEM, se analizó el modelo propuesto, una vez obtenidos estos puntajes se requirieron los índices de modificación con la finalidad de obtener parámetros adicionales que permitieran perfeccionar el

modelo, tal como lo sugiere Lewis (2017), χ^2/gla obtuvo un puntaje aceptable (<3 y límite hasta 5) (Escobedo et al., 2016; Manzano Patiño, 2018; Ruiz et al., 2010); los índices de ajuste absoluto son aceptables (GFI y AGFI >0.90 ; SRMR < 0.05 y RMSEA <0.05) (Manzano Patiño, 2018; Ruiz et al., 2010); al igual que los índices de ajuste incremental que superan el puntaje de 0.90 (Escobedo et al., 2016; Manzano Patiño, 2018) o 0.95 (Ruiz et al., 2010) para ser considerados aceptables (ver tabla 13). Se puede decir que el modelo tiene índices de ajuste aceptables (Escobedo et al., 2016; Hair et al., 1999; Manzano Patiño, 2018; Ruiz et al., 2010).

Una vez obtenida evidencia sobre la validez del instrumento se extrajo evidencia sobre la precisión, se utilizó el Coeficiente alfa desarrollado por Cronbach y sugerido por Cohen y Swerdlik (2001); Raykov y Marcoulides (2019); así como, el Coeficiente Omega de McDonald, recomendado por Goodboy y Martin (2020), esto debido al indicio de sesgos identificados en el alfa (Cho y Kim, 2015; Goodboy y Martin, 2020). Los puntajes obtenidos en ambas pruebas muestran valores mayores a 0.70; por tanto, se consideran aceptables (Hair et al., 1999) (ver tabla 16), comprobándose la homogeneidad de los factores y la consistencia entre los ítems (Cohen y Swerdlik, 2001). Las evidencias anteriores demuestran que el instrumento posee evidencia suficiente que sustente su validez y confiabilidad/precisión en su aplicación para la investigación del adulto mayor, como lo requiere la American Educational Research Association (2018).

Posterior a obtener evidencia sobre la validez y confiabilidad/precisión del instrumento DAM, se discute la H3. La estructura factorial del instrumento Desesperanza en el adulto mayor (DAM) es congruente con las cinco dimensiones propuestas por Erikson: ausencia de valores, dogmatismo, desdén, temor a la muerte y desesperación. Se analiza la congruencia entre las dimensiones emergentes y la propuesta teórica de Erikson sobre la reconstrucción del estilo identitario de desesperanza en adultos mayores.

El factor Ausencia de valores hace referencia al conjunto distónico y de ritualizaciones desintegrantes contenidas en los estadios anteriores que se manifiestan en la última etapa de vida (Bordignon, 2007; Erikson, 1985). El reactivo 45, “Me siento desesperado” hace referencia a un sentimiento de ausencia que provoca separación y confusión existencial presente desde la primera infancia; el 35, “Me entristece la forma en que vivo” a la niñez temprana, etapa en la cual existe una pérdida de confianza que debilita la voluntad personal; 32, “Me siento culpable por lo que hice en mi vida”, edad de juego, se señala el sentimiento de culpa que acompaña la mirada retrospectiva; 47, “Me siento inútil” y 55, “Pienso que mi vida fue un fracaso”, edad escolar, indican el sentimiento de incapacidad, ya sea de lograr las metas propuestas o de realizar

actividades con la misma competencia de las etapas anteriores; 46, “Me siento frustrado” y 66, “Siento que fallé en las metas que me propuse” adultez, estos indican un sentimiento de estancamiento ante la incapacidad de enfrentar nuevos retos; finalmente el reactivo 65, “Siento que es tarde para arreglar mi vida”; señala el sentimiento de desesperación acumulado debido a la orientación distónica en las etapas antecedentes (Erikson, 1985). Los ítems expresan sentimientos de fracaso, decepción, tristeza (Dezutter et al., 2020), arrepentimiento (Van Der Kaap-Deeder et al., 2021) e insatisfacción (Hearn et al., 2012), presentes en las personas orientadas a un polo distónico.

Los factores temor a la debilidad de integración y Temor a la dependencia se encuentran inmersos en el temor a la muerte descrito por Erikson (1985); Bordignon (2007); Goodcase y Love (2017), éste se conforma por la falta, pérdida o debilidad de integración. Los ítems 75, “Tengo miedo a una enfermedad grave”; 76, “Tengo miedo a una incapacidad”; y 74, “Tengo miedo a la muerte”; manifiestan temor a la debilidad de integración exteriorizada en un recelo por el daño futuro o rehusarse a perder elementos que le constituyen. Los ítems 29, “Me asusta la idea de dejar de ser funcional”; 30, “Me asusta la idea de depender de otros para hacer cosas básicas”; y 31 “Me da miedo ser una carga”; señalan temor a la dependencia como el miedo a subordinarse ante otro o perder autonomía. Los ítems agrupados en los tres factores son congruentes con la caracterización de Erikson consistente en desespero, desdén, temor a las pérdidas y a la muerte, pero se encuentran más detallados en la explicación de (Bordignon, 2007).

Evidencia que sustenta la validez y confiabilidad/precisión del instrumento Bienestar Psicológico (BP-22)

H5. El instrumento Bienestar Psicológico (BP-22) reporta evidencia de confiabilidad/precisión y validez referida en la estructura interna en adultos mayores. La escala fue originalmente diseñada para población joven y se fundamenta en: Escala de Afectos Positivos y Negativos de Watson, Clark y Tellegen creada en 1988; y la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener, Emmons, Larsen y Grinffin en 1985; sin embargo, para fines de la presente investigación fue aplicada a población mayor de 60 años, por tanto, es necesario mostrar evidencias que demuestren su aplicabilidad en la población geriátrica.

La evidencia de validez sustentada en la estructura interna se recabo mediante un análisis factorial exploratorio en el que se analizaron las inter correlaciones del conjunto de datos con la

finalidad de “encontrar aquella combinación particular de las variables originales que cuenta con el mayor porcentaje de varianza de los datos” (Hair et al., 1999, p. 94). A partir de esta técnica se confirmaron los tres factores representativos del Bienestar: Afectos negativos, Afectos positivos y Satisfacción con la vida. El primero muestra el mejor resumen de las relaciones lineales, seguido de Satisfacción con la vida, el cual, se deriva de la varianza restante, y finalmente afectos positivos (Cohen y Swerdlik, 2001; Hair et al., 1999). Los pesos factoriales de 20 ítems se interpretan en un rango significativo, mientras que el reactivo 8, como importante (Hair et al., 1999) (ver tabla 16); el instrumento explica un porcentaje importante de la varianza (ver tabla 18). El gráfico de sedimentación muestra autovalores mayores a uno y el punto de quiebre de la varianza a partir del tercer factor, tal como lo recomienda Pérez (2004) (ver figura 9).

Posteriormente se realizó un análisis factorial confirmatorio mediante la técnica SEM, se analizó el modelo propuesto, una vez obtenidas las puntuaciones se solicitaron índices de modificación con el propósito de obtener ajustes o parámetros adicionales que permitieran mejorar el modelo, tal como lo sugiere Lewis (2017). El valor de χ^2/gla obtuvo un puntaje aceptable (<3 y límite hasta 5) (Escobedo et al., 2016; Manzano Patiño, 2018; Ruiz et al., 2010); el índice de ajuste absoluto aceptables son GFI (>0.90); SRMR < 0.05 y RMSEA (<0.08) mientras que AGFI indica un valor inferior al puntaje aceptable (Manzano Patiño, 2018; Ruiz et al., 2010); los índices de ajuste incremental TLI, CFI e IFI tienen un puntaje aceptable mientras que el valor de NFI es menor al aceptable (0.90 para Escobedo et al., 2016; Manzano Patiño, 2018 o 0.95 para Ruiz et al., 2010) (ver tabla 19). Sin embargo, los índices de ajuste incremental se ven afectados por el tamaño de la muestra (294 participantes) (Flora y Flake, 2017; Ruiz et al., 2010); tal como se mencionó antes, los índices de ajuste son una cuestión de grado y deben ser interpretados de forma cautelosa (Flora y Flake, 2017).

Una vez ratificada la estructura factorial del instrumento se obtuvo evidencia sobre su precisión; para cumplir tal objetivo se utilizó el Coeficiente alfa desarrollado por Cronbach, y sugerido por Cohen y Swerdlik (2001) y Raykov y Marcoulides (2019); así como el coeficiente Omega de McDonald (Cho y Kim, 2015; Goodboy y Martin, 2020). Los puntajes obtenidos en ambas pruebas muestran valores mayores a 0.70, tal como lo sugieren Hair et al. (1999) para estudios confirmatorios (ver tabla 22), con lo cual se comprueba la homogeneidad de los factores del instrumento y se demuestra la consistencia entre los ítems (Cohen y Swerdlik, 2001). Las evidencias anteriores muestran que el instrumento Bienestar Psicológico (BP-22) posee evidencia suficiente que sustente su validez y confiabilidad/precisión en la aplicación sobre

investigación de adultos mayores, apegándose a los requerimientos de la American Educational Research Association (2018).

La estructura teórica del instrumento es coherente con la propuesta de Diener (como se cita en Torres y Flores, 2018); Escobar et al. (2013); Keyes et al. (2002); Noriega et al. (2017) quienes señalan como elementos configurativos del bienestar psicológico el componente cognitivo valorativo eudamónico (satisfacción con la vida) y el emocional afectivo hedónico (la preponderancia de afectos positivos sobre los negativos).

La satisfacción con la vida hace referencia a una evaluación que realiza el individuo según sus propios criterios, el proceso consiste en comparar las circunstancias percibidas con los estándares autoimpuestos; mientras más cercana sea la situación actual y la esperada, mayor satisfacción se experimenta. (Pavot y Diener, 2009). Los ítems 20, “Las condiciones de mi vida son excelentes”; 1, “Mi vida se acerca al ideal en casi todos los sentidos”; 14, “Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que deseo”; y, 4 “Estoy satisfecho con mi vida”; realizan un ejercicio de reminiscencia que permiten ejercitar el juicio para observar la cercanía entre el yo real e ideal.

Los ítems 2, “Comúnmente me siento atento” y 22, “Casi siempre me siento activo” estaban colocados originalmente en el factor Afectos positivos; sin embargo, fueron agrupados en el factor Satisfacción con la vida, esto puede deberse a que en este sector de la población conservarse activo y atento es un privilegio ante las constantes pérdidas de las capacidades (Fratiglioni et al., 1991; Manrique-Espinoza et al., 2013; Orozco-Gómez y Castiblanco-Orozco, 2015).

Los ítems redactados en los factores referidos a los afectos hedónicos hacen referencia a reacciones inmediatas y de corta duración (Pavot y Diener, 2009); los correspondientes al factor Afectos negativos se relacionan con miedo, tristeza (R. 16 Casi siempre me siento asustado, R. 11 Casi siempre me siento con miedo); depresión, culpa (R. 13 Regularmente me siento culpable); hostilidad (R. 10 Generalmente me siento irritable); insatisfacción (R. 21 Comúnmente me siento nervioso; R. 19 Regularmente me siento avergonzado, R. 3 Generalmente me siento intranquilo); pesimismo y apreciación negativa de sí mismo (R. 7 Regularmente me siento disgustado, R. 18. Regularmente me siento enojado) (Escobar, 2013); surgen por la percepción de una amenaza (R. 5 Frecuentemente me siento preocupado), que prepara a la persona para luchar y escapar; además, facilitan el pensamiento crítico y la toma de decisiones defensivas (Seligman en Carr, 2007).

Los ítems del factor afectos positivos hacen referencia a sentimientos de satisfacción (R. 15. Con frecuencia me siento emocionado), gusto (R. 17 Frecuentemente me siento interesado en un tema o actividad), entusiasmo (R. 6 La mayoría de las veces me siento inspirado), energía (R.12 Comúnmente me siento fuerte), amistad, unión, afirmación (R. 8 Frecuentemente me siento orgulloso) y confianza (Escobar, 2013). Los resultados mostrados dan cuenta de que el instrumento BP-22 reporta evidencia de confiabilidad/precisión y validez referida en la estructura interna en su uso para la investigación.

Fase dos: Modelo explicativo de los estilos identitarios de la Integridad y Desesperanza en el adulto mayor.

En el presente apartado se discuten los resultados obtenidos en la segunda fase de investigación que tiene por objetivo: explicar la reconstrucción del estilo identitario de integridad y desesperanza en el adulto mayor a partir de los factores biopsicosociales de salud física, ocupación, escolaridad, sexo, apoyo social familiar y de amigos. En primer lugar, se presenta la discusión del estilo identitario de Integridad, para posteriormente hacer lo mismo con el de desesperanza.

Modelo explicativo de la Integridad en el adulto mayor

En este apartado se discuten los resultados referentes a la primera hipótesis de la segunda fase: Ho1. Los factores biopsicosociales de: apoyo social, salud, escolaridad, estado civil, edad, sexo y ocupación no explican la reconstrucción del estilo identitario de integridad en el adulto mayor. El modelo explicativo de integridad fue estadísticamente significativo y conforma en la primera propuesta el apoyo social familiar, para posteriormente añadir el apoyo social de amigos; en conjunto éstas variables explican el 16.7% de la varianza de integridad en el adulto mayor (Hair et al., 1999).

Los resultados de la correlación arrojan que el apoyo social familiar tiene una relación positiva moderada (Cohen, 1992); posteriormente, el valor del coeficiente beta estandarizado señala una relación positiva, moderada y estadísticamente significativa (Hair et al., 1999) (ver tabla 27); lo cual concuerda con el planteamiento de la familia como primera relación social significativa y elemento imprescindible en la construcción identitaria (Erikson, 1985; Grinberg y Grinberg, 1980) puesto que, provee de ideologías introyectadas a través de la identificación

(Heller, 1977), sirve de base en la esfera microsocia, otorga una imagen compleja sobre sí mismo y posibilita posicionarse dentro del grupo (Zanatta y Plata, 2012b).

El apoyo social familiar en el adulto mayor sirve como soporte o protector ante las constantes pérdidas, trastornos (Alfonso et al., 2016; Arés Muzio, 2002; Escalona y Ruiz, 2016; Pelcastre-Villafuerte et al., 2011; Rodríguez et al., 2012; Rojas y Avilés, 2014; Saavedra-González et al., 2016); cambios estructurales (Zanatta y Plata, 2012b); disolución del hogar (Carter, 2018) y otorga significado al proceso de envejecimiento.

Otra variable que muestra una relación causal significativa con el estilo identitario de integridad en el adulto mayor es el apoyo social de amigos, éste presenta una relación positiva, moderada, estadísticamente significativa (Cohen, 1992); y una beta estandarizada positiva, baja y estadísticamente significativa (Hair et al., 1999) con el estilo identitario de integridad en el adulto mayor. Lo anterior es congruente con la propuesta de Pelcastre-Villafuerte et al. (2011) quienes consideran a este grupo como fuente de recursos afectivos y cognitivos que favorecen el bienestar, mayor autoestima; ofrecen apoyo secundario al apoyo familiar y ante la ausencia de relación con otros miembros de la familia. Además, su importancia radica en la necesidad de formar vínculos y encontrar un espacio en el cual puedan compartir sus experiencias, problemas y necesidades (Alfonso et al., 2016; Carter, 2018).

Por otra parte se encuentran las variables que aunque mostraron relación teórica con el estilo identitario de integridad en el adulto mayor no fueron integradas en el modelo, tal es el caso de: salud física, ocupación, escolaridad y sexo. El primero, no fue integrado debido a que se mostró una relación negativa, moderada, no estadísticamente significativa (Cohen, 1992); lo cual señala que la construcción identitaria positiva no encuentra fundamento sólido a partir de la ausencia de enfermedades físicas a diferencia de lo que mencionan Cantú Guzmán (2012) y Bail Pupko y Azzollini (2015), quienes refieren que en la diabetes se interiorizan los rasgos y síntomas más predominantes y se apropian como parte de sí.

La ocupación es un factor que mostró una relación negativa, nula, no estadísticamente significativa con la integridad (Cohen, 1992); lo anterior discierne de la propuesta de Lillo (2003) quien señala al trabajo como un agente creador de identidad personal. A pesar de que la ocupación puede propiciar beneficios como promoción de la salud, autoestima, utilidad, mejor estado de ánimo, satisfacción, adaptación, oportunidades de compensación, afiliación, reconocimiento, entre otros (Ferrada y Zavala, 2014); parece no tener influencia en la orientación a un estilo identitario sintónico.

La escolaridad es otra variable que no fue integrada en el modelo, puesto que, mostró una relación negativa, nula, no estadísticamente significativa con la integridad (Cohen, 1992); lo anterior, indica que el nivel educativo no cumplió con las funciones de impactar de forma positiva las dimensiones de identidad personal (Delors et al., 1996; Heller, 1977; Yurén Camarena, 1996; Zanatta Colín et al., 2011); puesto que, la educación debe ser directriz de competencias holísticas (Zanatta Colín et al., 2011); impactar en el desarrollo moral (Yurén Camarena, 1996) y comprender el mundo interno (Delors, 1994; Delors et al., 1996).

Finalmente, el sexo mostró una relación nula, positiva, no significativa con la integridad (Cohen, 1992), en consecuencia, no se encontró que ser hombre o mujer favorezca una tendencia a orientarse a un estilo identitario sintónico; puesto que, la ideología de la comunidad no discrimina por sexo. Sin embargo, es necesario recordar que las interpretaciones derivadas del instrumento IAM deben ser traducidas de forma cautelosa debido a que debido a la complejidad del constructo requiere de mayor análisis en los factores; Confianza en sí y nosotros, y Convicción del estilo y forma de vida.

Modelo explicativo de la desesperanza en el adulto mayor

Se discuten los resultados sobre la Ho2. Los factores biopsicosociales de: apoyo social, salud, escolaridad, estado civil, edad, sexo y ocupación no explican la reconstrucción del estilo identitario de desesperanza en el adulto mayor. El modelo explicativo del estilo identitario de desesperanza en el adulto mayor; propone las variables: salud física, ocupación, escolaridad, sexo, apoyo social familiar y de amigos como predictores de un polo distónico en el adulto mayor. El análisis integró tres variables; en primer lugar la escolaridad, posteriormente el apoyo social familiar y finalmente sexo, éstas explican en conjunto el 28.3% de la varianza de la reconstrucción del estilo identitario distónico (Hair et al., 1999); mientras que el apoyo social de amigos, salud física y ocupación fueron excluidos. A continuación, se analizan los resultados de la presente investigación con los estudios antecedentes, en primer lugar se discuten las variables incluidas en el modelo y posteriormente las que no lo fueron.

La escolaridad indica una relación negativa, moderada y estadísticamente significativa con la desesperanza (Cohen, 1992) (ver tabla 28), el valor de beta estandarizada señala una relación negativa, moderada, estadísticamente significativa (Hair et al., 1999) (ver tabla 29); por consiguiente, a menor escolaridad mayor desesperanza, ésta idea es respaldada por varios

autores quienes la refieren como un elemento valuator de la competencia (Erikson, 1985) que dota de representaciones personales y culturales (Zanatta y Plata, 2012b, p. 58); orienta la identidad (Delors et al., 1996; Heller, 1977; Zanatta Colín et al., 2011), a través de un proceso consistente, reflexivo y libremente asumido que le permite construir y reconstruirse a sí mismo y a la cultura (Yurén Camarena, 1996); además, la baja escolaridad y el analfabetismo provocan un sentimiento de inferioridad (Erikson, 1985) y vergüenza sobre sí mismo que orienta al aislamiento social, forma una barrera psicológica para superar los entornos estresantes y a largo plazo favorece un envejecimiento negativo que contribuye a un mayor riesgo de depresión (Kim et al., 2014), dependencia económica (Ma et al., 2015) y mortalidad (Li et al., 2019).

La variable sexo muestra una relación positiva, moderada y estadísticamente significativa con la desesperanza (Cohen, 1992) (ver tabla 28); mientras que, el valor de beta estandarizada señala una relación positiva, baja, estadísticamente significativa (Hair et al., 1999) (ver tabla 29); que coloca a las féminas con mayor tendencia al polo distónico del estilo identitario. Los resultados hacen visible la secuencia epigenética del desarrollo (Erikson, 1985) y la importancia del reconocimiento corporal y sexual para la reconstrucción identitaria (Grinberg y Grinberg, 1980), además, coinciden con el planteamiento de varios autores al señalar que a partir de la capacidad reproductiva de la mujer se construye una identidad de género en la que se le atribuyen cualidades como la dependencia (Nash, 2006); sumisión, pasividad, domesticidad (Carbajal Reyes et al., 2019), necesidad del varón (Lamas, 2013) y objeto de intercambio (Lévi-Strauss en Lamas, 2013).

En el factor apoyo social familiar los resultados muestran una relación negativa, baja y estadísticamente significativa con la desesperanza (Cohen, 1992) (ver tabla 28); un valor de beta estandarizada, negativa, baja y estadísticamente significativo (ver tabla 29); por tanto, se infiere que a menor apoyo social familiar mayor desesperanza, ésta premisa encuentra congruencia con el planteamiento de Grinberg y Grinberg (1980), al señalar que el sometimiento a acatar usos y costumbres, sofocar el ambiente y causar presión pueden desembocar en pérdida de identidad, otro autor que respalda los resultados obtenidos son Prioste et al. (2020), al referir que una atmosfera familiar desconectada o en conflicto se relaciona con una identidad moratoria, difusa o excluida que puede suponer un obstáculo para la identidad de logro, puede afectar la imagen de sí mismo, perjudicando el autoconcepto y autoestima de la persona, tal como lo refiere Alfonso et al. (2016).

La ocupación en el adulto mayor refiere una relación negativa, baja y estadísticamente significativa con la desesperanza (Cohen, 1992); por tanto, refuerza la propuesta de la jubilación

como pérdida del rol social de proveedores y produce un retraso en la formación de la identidad, en consecuencia, el adulto mayor tendrá que encontrar un nuevo sentido de identidad al enfrentarse a la pérdida del empleo (García y De los Fayos, 2000); sin embargo, al realizarse el análisis de regresión lineal múltiple no fue incluida en el modelo, se infiere que a pesar de que tiene relación con la desesperanza, ésta no es de tipo causal (Hair et al., 1999).

La variable apoyo social de amigos mostró una relación nula, negativa, no estadísticamente significativa con la desesperanza (Cohen, 1992); estos resultados indican que tener conversaciones con amigos, participar en actividades sociales y formar lazos con los pares no tiene relación causal positiva o negativa con un estilo identitario distónico, esto difiere de lo encontrado por Pérez y Arcia (2008) quienes señalan que un insuficiente apoyo social contribuye a orientar al adulto mayor a la depresión.

Finalmente, la salud física indica una relación nula, negativa, no estadísticamente significativa con la desesperanza (Cohen, 1992); es decir, padecer alguna enfermedad no orienta la reconstrucción del estilo identitario, por lo que a pesar de que puede existir algún tipo de identificación con la enfermedad (Bail Pupko y Azzollini, 2015; Cantú Guzmán, 2012), no es un elemento explicativo del estilo identitario de desesperanza en el adulto mayor.

Fase tres: Modelo explicativo del bienestar psicológico y la depresión en el adulto mayor a partir de los factores biopsicosociales y el estilo identitario.

A continuación, se discuten los resultados correspondientes a los dos objetivos planteados para la tercera fase, el primero es: explicar el bienestar psicológico del adulto mayor a partir del estilo identitario de integridad y factores biopsicosociales; mientras que el segundo es: explicar la depresión del adulto mayor a partir del estilo identitario de desesperanza y factores biopsicosociales. Para esto se realizó un Modelo de Ecuaciones Estructurales, que tuvo como objetivo “diferenciar qué variables independientes predicen cada variable dependiente” (Hair et al., 1999, p. 613); se siguieron los parámetros sugeridos por Lewis (2017) y Hair et al. (1999).

Modelo explicativo del bienestar en el adulto mayor

En el presente apartado se discuten los resultados sobre la Ho1. Los factores biopsicosociales de: apoyo social, salud, escolaridad, estado civil, edad, sexo y ocupación no explican la reconstrucción del estilo identitario de integridad, y este a su vez, no explica el

bienestar psicológico en el adulto mayor. Sin embargo, las interpretaciones derivadas del instrumento IAM deben ser entendidas de forma prudente debido a que los factores; Confianza en sí y nosotros, y Convicción del estilo y forma de vida mostraron valores propios menores al uno.

En el modelo se presentan los factores biopsicosociales como variables exógenas que afectan a la integridad; la discusión sobre esta relación se presenta en la fase dos de la investigación, después se muestra a la integridad como variable explicativa del bienestar en el adulto mayor. El primer paso consistió en realizar una correlación entre los factores de bienestar (Afectos positivos, Negativos y Satisfacción con la vida); con los pertenecientes al estilo identitario de integridad (Aceptación de sí, Confianza en sí y nosotros, Convicción del propio estilo de vida). Esta correspondencia es respaldada por diversos autores (Ilyas et al., 2020; Meléndez et al., 2020; Van Hiel y Vansteenkiste, 2009; Westerhof et al., 2017; Westerhof y Barrett, 2005). Sin embargo, para tener mayor claridad se examina la concordancia entre cada una de las variables.

En primer lugar, se encontró una relación positiva, moderada, estadísticamente significativa entre Afectos positivos con Aceptación de sí, Confianza en sí y nosotros y, Convicción del propio estilo y forma de vida (ver tabla 31). Esta correspondencia es respaldada por Escobar (2013) quien refiere que la emocionalidad positiva se representa mediante la aceptación, confianza y unión, factores importantes del estilo identitario sintónico (Bordignon, 2007); además el polo sintónico se caracteriza por mayor autoconciencia, realismo, optimismo, autoestima y pertenencia (Hearn et al., 2012), descritos como elementos importantes en el bienestar (Escobar, 2013).

El factor Satisfacción con la vida indicó una relación positiva, moderada y estadísticamente significativa con Aceptación de sí, Confianza en sí y nosotros; y Convicción del propio estilo y forma de vida (ver tabla 31); esta relación encuentra sentido si se piensa que la primera tiene como propósito reconocer e integrar el pasado para transitar a un estado de coherencia y agrado con el presente (Dezutter et al., 2020); mientras que la segunda, hace referencia a la tranquilidad por presentarse como modelo de vida (Bordignon, 2007); y la tercera, como la certeza construir un estilo de vida que contribuyó a la humanidad. Lo anterior guarda congruencia con la propuesta de Dezutter et al., (2020); Van Der Kaap-Deeder et al., (2021), quienes señalan que el juicio subjetivo mediante la evaluación tiene una relación cercana con la integridad, tal como lo refiere Goodcase y Love, (2017) permite encontrar un sentido de vida y paz interior, traducido en trascendencia o solución de la última crisis existencial.

El factor Afectos negativos refiere una relación negativa, baja, estadísticamente significativa con la Aceptación de sí (ver tabla 31); se infiere que a mayor aceptación de sí, menor afecto negativo e inversamente mayor bienestar (Escobar, 2013); esto es pertinente desde la propuesta de varios autores (Dezutter et al., 2020; Goodcase y Love, 2017; Hearn et al., 2012; Van Der Kaap-Deeder et al., 2021) quienes ubican la aceptación de sí en un polo positivo del estilo identitario. Por otra parte, se encontró una relación positiva, baja, estadísticamente significativa con el factor Confianza en sí y nosotros; sin embargo, no se cuentan con estudios antecedentes que expliquen dicha relación en adultos mayores, posiblemente este resultado se deba a las reacciones negativas que pueden producirse al presentarse como ejemplo de vida, pero que se continúan madurando en esta etapa; por otra parte, es importante señalar que es un dato para comprobarse en una siguiente investigación. Finalmente se encuentra una relación negativa, nula, no estadísticamente significativa entre Afectos negativos y Convicción del propio estilo y forma de vida.

La construcción teórica del bienestar corrobora que la ausencia de Afectos negativos explica el bienestar (Escobar, 2013); sin embargo, al someter a prueba el modelo en el adulto mayor, esta dimensión mostraba dificultades expresadas en correlaciones nulas y baja congruencia teórica con la variable de integridad; por tanto, se decidió excluirlo del análisis y conservar los factores Aceptación de sí y Afectos positivos como variables predictoras del bienestar, lo cual permitió obtener puntuaciones más congruentes con el modelo propuesto. La falta de congruencia entre el estilo identitario de Integridad y los Afectos negativos como factor del Bienestar puede deberse a que la primera se encuentra orientada a un polo positivo de envejecimiento (Erikson, 1985) mientras que la segunda explica de forma inversa el bienestar (Escobar, 2013) y por tanto se habla de una tendencia distónica. Por otro lado, es necesario recordar que los adultos mayores presentan emociones aflitivas; pero, son capaces de aceptarlas, arrepentirse (Dezutter et al., 2020; Hearn et al., 2012), resolver y perdonar conflictos pasados; por lo que mantienen un equilibrio saludable entre ambos extremos (Dezutter et al., 2020).

Una vez analizadas las correlaciones entre los factores se presume que en el modelo predictivo del Bienestar se encontró una relación causal con el factor Confianza en sí y nosotros, el cual reportó una beta estandarizada positiva, moderada, estadísticamente significativa; Convicción del propio estilo y forma de vida indica una beta estandarizada positiva, moderada, estadísticamente significativa; finalmente, Aceptación de sí refiere una beta estandarizada positiva, baja, estadísticamente significativa (Hair et al., 1999) (ver tabla 32).

Una vez realizado el análisis de regresión lineal múltiple, en el análisis SEM se obtuvo un valor de χ^2/gla aceptable (<3) (Escobedo et al., 2016; Manzano Patiño, 2018; Ruiz et al., 2010); el índice de ajuste RMSEA muestra un puntaje aceptable ($<.05$) mientras que los índices GFI, AGFI y SRMR son menores a los esperados (>0.90 para GFI y AGFI; $SRMR < 0.05$) (Manzano Patiño, 2018; Ruiz et al., 2010); los índices de ajuste incremental se encuentran por debajo del puntaje esperado 0.90 (Escobedo et al., 2016; Manzano Patiño, 2018) o 0.95 (Ruiz et al., 2010) para ser considerados aceptables (ver tabla 33). Sin embargo, los índices de ajuste incremental se ven afectados por tamaño muestrales superiores a 200 participantes (Flora y Flake, 2017; Ruiz et al., 2010); los índices de ajuste deben interpretarse gradualmente en lugar de una decisión binaria (Flora y Flake, 2017).

Se encuentra una relación causal estadísticamente significativa positiva y grande entre las variables apoyo social familiar e integridad (esta relación causal es discutida en la fase dos de la investigación); así como entre integridad y bienestar (ver tabla 34), respaldado por autores como Ilyas et al. (2020); Meléndez et al. (2020); Van Hiel y Vansteenkiste (2009); Westerhof et al. (2017); Westerhof y Barrett (2005) quienes señalan que la integridad del ego es una parte esencial para lograr el bienestar y un envejecimiento exitoso.

Modelo explicativo de la depresión en el adulto mayor

En ésta sección se discuten los resultados referentes a la Ho2. Los factores biopsicosociales de: apoyo social, salud, escolaridad, estado civil, edad, sexo y ocupación no explican la reconstrucción del estilo identitario de desesperanza, y este a su vez, no explica la depresión en el adulto mayor. En primer lugar se observa a la escolaridad, sexo y apoyo social familiar como variables exógenas que afectan a la desesperanza (véase figura 15) y cuya relación es discutida en la fase dos de la investigación. Posteriormente, se observa una relación causal entre desesperanza (compuesta por el factor Ausencia de valores) y depresión, ésta concordancia es discutida a continuación.

Como primer elemento se discuten los valores de las correlaciones entre la depresión y los factores de desesperanza. Se encontró una correlación positiva, fuerte, estadísticamente significativa con el factor Ausencia de valores (Cohen, 1992) (ver tabla 35); este resultado es congruente puesto que ambas variables hacen referencia a una orientación distónica (Bordignon, 2007; Erikson, 1985); además, tienen implícitas un sentimiento de profunda tristeza (Dezutter et al., 2020) predominante en las personas desesperadas (Hearn et al., 2012).

Por otra parte, se observa un relación positiva, moderada, estadísticamente significativa con el factor Temor a la desintegración emocional (Cohen, 1992); que indica una preocupación por el daño futuro y a perder elementos vitales que le constituyen que refleja no sentirse preparado para la muerte debido a los múltiples arrepentimientos (Goodcase y Love, 2017). Finalmente, se observa una relación positiva, baja, estadísticamente significativa con el Temor a la dependencia (Cohen, 1992); éste puede provocar un sentimiento de insatisfacción debido a la necesidad de subordinación y pérdida de autonomía que conlleva la pérdida de las capacidades físicas (ver tabla 35).

El modelo de regresión lineal múltiple integró sólo el factor Ausencia de valores con una relación causal, la cual se mostró positiva, fuerte y estadísticamente significativa (Hair et al., 1999). Las variables Temor a la desintegración emocional y Temor a la dependencia fueron excluidas del modelo, la supresión de las dos variables puede deberse a que a pesar de que tienen una relación, ésta no es de tipo causal, demás en casos con depresión profunda y tendencias suicidas la muerte puede ser vista como una salida al sufrimiento (ver tabla 36).

La direccionalidad causal del factor Ausencia de valores es respaldada por diversos autores (Dezutter et al., 2020; Goodcase y Love, 2017; Hearn et al., 2012; Ilyas et al., 2020; Van Der Kaap-Deeder et al., 2021), quienes señalan que un sentimiento de desesperación es característico de una postura distónica de ver la vida y tiene como antecedente estadios identitarios hipotecarios y no integrados (Hearn et al., 2012) que tienen como consecuencia estados depresivos (Dezutter et al., 2013).

En el análisis SEM se obtuvo un valor de χ^2/gla aceptable (<3) (Escobedo et al., 2016; Manzano Patiño, 2018; Ruiz et al., 2010); los índices de ajuste absoluto son inferiores a los puntajes aceptables (GFI y AGFI >0.90 ; SRMR < 0.05 y RMSEA <0.08) (Manzano Patiño, 2018; Ruiz et al., 2010); los índices de ajuste incremental se encuentran por debajo del puntaje aceptable, ya que deben ser >0.90 (Escobedo et al., 2016; Manzano Patiño, 2018) o > 0.95 (Ruiz et al., 2010) (ver tabla 37). Debe considerarse que los índices de ajuste incremental se pueden ven afectados por el tamaño muestral del estudio (Flora y Flake, 2017; Ruiz et al., 2010); que indican que, deben ser interpretados con cautela y de forma gradual en lugar de una decisión de sí o no (Flora y Flake, 2017).

CONCLUSIONES

En el presente apartado se demuestran las conclusiones referentes a las tres fases de la investigación. En primer lugar se da respuesta a las preguntas de investigación planteadas para cada una de las fases, posteriormente, se exponen algunas limitaciones y recomendaciones para futuros estudios.

Conclusiones sobre la primera fase

A continuación se presentan las conclusiones correspondientes a la primera fase de investigación. En primer lugar se presentan las correspondientes al instrumento Integridad en el adulto mayor (IAM), posteriormente las de Desesperanza en el adulto mayor (DAM) y finalmente las de Bienestar Psicológico (BP-22).

En primer lugar se responde a la pregunta de investigación ¿La estructura factorial del instrumento para medir integridad es congruente a la propuesta teórica de Erikson sobre la reconstrucción del estilo identitario en adultos mayores? El instrumento Integridad en el adulto mayor (IAM) posee congruencia con la teoría de sustento; los factores Aceptación de sí, Confianza en sí y nosotros, y Convicción del propio estilo y forma de vida son conceptualmente apropiados según la evidencia de validez referida en el contenido y el análisis final de los ítems.

La siguiente pregunta de investigación ¿El instrumento para medir el estilo identitario de integridad en el adulto mayor posee evidencia de confiabilidad/precisión y validez referida en el contenido y estructura interna? El instrumento mostró congruencia teórica y se presentaron evidencias de validez y confiabilidad/precisión que permiten recomendar su uso para investigación. La evidencia de validez referida en la estructura interna presenta problemas debido a que algunos ítems muestran bajas comunalidades; los factores dos y tres obtuvieron valores propios menores a uno y una varianza total explicada poco mayor al 30%, en consecuencia, no se puede afirmar que es un instrumento con una estructura válida; por tanto, se recomienda dar continuidad a la primera versión del instrumento IAM, así como obtener otros tipos de evidencia como la referida al proceso de respuesta y en relación con un criterio; se sugiere presentar evidencias de imparcialidad.

Para la pregunta de investigación ¿El instrumento para medir estilo identitario de desesperanza en el adulto mayor posee evidencia de confiabilidad/precisión y validez referida en el contenido y estructura interna? Se concluye que posee evidencia suficiente que sustente su

validez y confiabilidad/precisión en su uso para la investigación y exploración del estilo identitario distónico; además, se recomienda obtener otros tipos de evidencia como la referida al proceso de respuesta y en relación a un criterio; así como continuar con el proceso de construcción y plantear evidencias de imparcialidad.

Respecto a la pregunta ¿La estructura factorial del instrumento para medir desesperanza es congruente a la propuesta teórica de Erikson sobre estilos identitarios en adultos mayores? La versión final de la prueba muestra congruencia con la teoría de sustento, el primer factor se conservó tal como lo refirió el autor (Ausencia de valores); mientras que, el segundo (Temor a la debilidad de integración) y tercero (Temor a la dependencia) se ven incluidos en el temor a la muerte como elemento explicativo del polo distónico.

El cuestionamiento ¿El instrumento sobre bienestar Psicológico (BP-22) posee evidencia de confiabilidad/precisión y validez referida en la estructura interna en adultos mayores? Es respondido de forma afirmativa, puesto que, posee evidencia suficiente que sustente su validez referida en la estructura interna; así como su confiabilidad/precisión en su uso para la investigación del adulto mayor; además, es consistente con estudios antecedentes que muestran al componente cognitivo valorativo eudamónico (satisfacción con la vida) y el emocional afectivo hedónico (la preponderancia de afectos positivos sobre los negativos) como principales componentes del bienestar. Se recomienda obtener evidencia referida al proceso de respuesta y en relación con otras variables, esto para fortalecer las que se presentan hasta el momento; también se recomienda dar a conocer evidencias de imparcialidad. Las dos pruebas diseñadas en la presente investigación y el instrumento validado para población mayor a 60 años cumplen con las características de validez y confiabilidad/precisión recomendadas por la AEREA (2018); sin embargo es necesario continuar profundizando en su investigación.

Conclusiones sobre la fase dos

A partir del análisis realizado se pueden llegar a diversas conclusiones sobre el estilo identitario en el adulto mayor; en primer lugar se presentan las propias al modelo explicativo de integridad para después hacer lo mismo con el de desesperanza.

La primera pregunta de investigación de la segunda fase es ¿Los factores biopsicosociales de apoyo social familiar y de amigos, salud, ocupación, escolaridad y sexo explican la reconstrucción del estilo identitario de integridad en el adulto mayor? A lo cual se responde que, según los resultados mostrados en la segunda fase, el 16.7 % de la integridad en

el adulto mayor puede ser explicada a partir de los factores de apoyo social de familiares y amigos, por tanto;

- A mayor apoyo social de familiares y amigos, mayores puntajes en la escala de integridad, que indica mayores niveles de: Aceptación de sí, Confianza en sí y nosotros, y Convicción del propio estilo y forma de vida.
- Las variables: salud física, ocupación, escolaridad y sexo no muestran una relación causal estadísticamente significativa con el estilo identitario de integridad en el adulto mayor.

A partir de los resultados y el análisis teórico realizado se resuelve que el apoyo social familiar y de amistades son las variables que permiten orientar a la persona hacia un estilo de envejecimiento positivo; por tanto, es de vital importancia fortalecer los vínculos sociales y formar redes de apoyo. Sin embargo, es necesario recordar que se debe ser cuidadoso en las conclusiones presentadas ya que, el instrumento IAM requiere seguir comprobando su utilidad en muestras más homogéneas dada la complejidad del constructo. Por otra parte, se reconoce que la salud física del adulto mayor fue medida mediante un cuestionamiento de autopercepción, lo cual, puede ser un criterio blando y una razón para que fuera eliminada del modelo, se propone para futuras investigaciones medirla mediante métodos más objetivos, tales como historial médico o la evaluación de un profesional.

Se presentan las conclusiones sobre la segunda pregunta de la segunda fase de investigación ¿Los factores biopsicosociales de apoyo social familiar y de amigos, salud, ocupación, escolaridad y sexo explican la reconstrucción del estilo identitario de desesperanza en el adulto mayor? Se concluye que el 28.3% de la varianza es explicada a partir de las variables: escolaridad, sexo y apoyo social familiar; por tanto:

- Los adultos mayores que presentan baja escolaridad o analfabetismo tienen mayor desesperanza.
- Las mujeres adultas mayores tienen mayor tendencia a presentar desesperanza.
- Los adultos mayores que tienen menor apoyo social familiar presentan mayor desesperanza.
- Las variables: salud física, ocupación, y apoyo social de amigos no muestran una relación significativa con la desesperanza en el adulto mayor.

A partir del análisis realizado se ilustra que la baja escolaridad o analfabetismo favorece un sentimiento de inutilidad; por otra parte, se vislumbra la necesidad de favorecer una sociedad

con equidad de género, en la cual, ser mujer no sea factor para orientarse a un polo distónico; finalmente, se confirma la importancia del apoyo social familiar y se demuestra que es un factor influyente en el estilo identitario del adulto mayor.

Conclusiones sobre la fase tres

Se presentan las conclusiones correspondientes a la fase tres de la investigación. En primer lugar se presentan las del modelo explicativo del bienestar, para después exponer las correspondientes a la depresión en el adulto mayor.

La primera pregunta de la tercera fase de investigación es: ¿Los factores biopsicosociales y el estilo identitario de integridad explican el bienestar psicológico en el adulto mayor? A lo cual se responde que el bienestar es explicado a partir de los factores biopsicosociales de apoyo social familiar y de amigos, así como de los factores Aceptación de sí, Confianza en sí y nosotros, y Convicción del propio estilo de vida, correspondientes al estilo identitario de integridad. Por otra parte, el factor Afectos negativos muestra una relación discordante con la integridad del adulto mayor, puede ser porque en la integridad aceptan estos efectos negativos como parte de existencia; sin embargo, sigue siendo un tema de interés y se recomienda retomarlo para futuras investigaciones.

El bienestar en el adulto mayor es una variable de importancia en la vejez, se recomienda continuar investigando su relación con otras variables que permitan explicarla en mayor porcentaje; además, es necesario recordar que las conclusiones mencionadas en esta fase deben ser interpretadas de forma cautelosa, debido a los problemas referidos en la estructura interna del instrumento IAM.

La segunda pregunta de investigación de la tercera fase tiene por pregunta: ¿Los factores biopsicosociales y el estilo identitario de desesperanza explican la depresión en el adulto mayor? se concluye que la depresión se explica a partir de las variables biopsicosociales: baja escolaridad, ausencia de apoyo social familiar y sexo femenino; así como de la Ausencia de valores correspondiente al estilo identitario de desesperanza en el adulto mayor, por otra parte, los factores Temor a la desintegración emocional y Temor a la dependencia no explican la depresión en el adulto mayor a pesar de que si tienen una relación, por lo que se sugiere continuar investigando la dependencia entre estas variables.

El análisis realizado permite afirmar que la depresión es un problema de salud que incapacita de forma importante a este sector de la población; por tanto, es importante un cambio de paradigma sobre la vejez, así como la implementación de planes y programas que permitan dotar de capacidades físicas, cognitivas, sociales y económicas al adulto mayor, con la finalidad de disminuir los altos índices de patología reportados. Deben desarrollarse intervenciones prácticas continuamente para que los adultos mayores puedan prepararse positivamente para la muerte, así como asistencia social y acompañamiento psicológico de forma continua.

Los postulados teóricos confirmados en la presente investigación son: evidenciar la teoría de Erikson, y los polos de reconstrucción identitaria a través de la estructura factorial de las dos escalas que se construyeron. El polo positivo por el estilo identitario de integridad y el negativo con la desesperanza; a su vez se pudo comprobar el modelo teórico que se construyó esencialmente en el estilo identitario y los factores biopsicosociales como elementos explicativos del bienestar y la depresión.

Limites del estudio

La presente investigación muestra un avance importante en el conocimiento del bienestar y la depresión en el adulto mayor, sin embargo, es necesario enunciar algunas limitantes con la finalidad de identificar las áreas de oportunidad para futuras investigaciones. Algunas limitaciones metodológicas son:

- Falta de estudios previos sobre el tema. Durante la revisión documental, no se encontraron estudios explicativos del bienestar y la depresión del adulto mayor a partir del estilo identitario y los factores biopsicosociales. La propuesta del estilo identitario en el adulto mayor, es en sí, un tema novedoso dentro de la psicología.
- Tamaño de la muestra. El tamaño de la muestra, aunque fue suficiente para realizar los análisis estadísticos, es pequeño, se sugiere continuar alimentando la base de datos y realizar los análisis con una mayor cantidad de población.
- Características de la muestra. La población se encuentra sesgada a un segmento vulnerable, la mayor parte de las aplicaciones se llevaron a cabo en lugares en los que se atiende a personas con bajos recursos, sería interesante comprobar los modelos en poblaciones con mayores ingresos económicos.
- Acceso restringido a la población. La pandemia por Covid-19 y las restricciones impuestas durante los años 2020 y 2021 limitaron el acceso a población vulnerable, tal como los adultos mayores, es por esta razón que se decidió realizar una aplicación digital.

REFERENCIAS

- Abramson, L., Alloy, A. L., Metalsky, G., Joiner, T. E., & Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: Aportaciones recientes. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 2(3), 211-222.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5657333>
- Adamo, C. E., Esper, M. T., Bastos, G. C. F. C., Sousa, I. F. de, & Almeida, R. J. de. (2017). University of the Third Age: The impact of continuing education on the quality of life of the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(4), 545-555.
<https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160192>
- Adler, A. (1975). *El Carácter Neurótico*. Paidós.
- Aguilar-Navarro, S. (2007). La depresión: Particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta médica de México*, 143(2), 8. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=15149>
- Alfonso, L. F., Soto, D. C., & Santos, N. A. F. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20(1), 0-0.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1561-31942016000100012
- Amaya, L., Berrío-Acosta, G., & Herrera, W. (2007). Principios éticos. *Ética Psicológica*.
<https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/51891273/201508180213261410-Principios-eticos-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1634774055&Signature=e7ojt6O1buVhASoFdZo4~HjaMjMFFw5xZrG5k-lkqp-sbKdRu0jlnOWNswBykE7XsnzvaDBXNS~dsyikl84XViUTefV2J04Jm-ioS9k5VSdsQ7PbSnb24qCBhuRbc1ms-kuhEGIGOQAWynlgyWxAQfXAQGzqa6w208SEIBpq8dBLcx7yuP2j6hnibvDgSyyYV7~j0Cf-cBKktHsDAH~AJK8AhzspYo8zob2sN0EqmMwDL6LpwYzWi-dkK5rMtDtkHJIOGYKKFZLnTS->

A2T33rX07Pb8CF6zXokYYA2BIKWHH1vetKESnaHbCnayj6GOCbl7qVcBbMOFiGcGiZ
EwCDg__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

American Educational Research Association. (2014). *Estándares para Pruebas Educativas y Psicológicas (AERA)* (American Educational Research Association, the American Psychological Association). <https://www.aera.net/Standards14-Spanish>

American Educational Research Association. (2018). *Estándares para las evaluaciones educativas y psicológicas* (American Educational Research Association).

Angner, E., Ghandhi, J., Purvis, K. W., Amante, D., & Allison, J. (2013). Daily functioning, health status, and happiness in older adults. *Journal of Happiness Studies*, *14*(5), 1563-1574. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10902-012-9395-6>

Angner, E., Ray, M. N., Saag, K. G., & Allison, J. J. (2009). Health and happiness among older adults: A community-based study. *Journal of health psychology*, *14*(4), 503-512. <https://doi.org/10.1177/1359105309103570>

Aponte, V. C. D. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, *13*(2), 152-182. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=s2077-21612015000200003&script=sci_arttext

Aragón, B. L. E. (2004). Fundamentos Psicométricos en la Evaluación Psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, *7*(4), Article 4. <http://www.ojs.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/21668>

Aragón, B. L. E. (2015). *Evaluación psicológica. Historia, fundamentos teórico conceptuales y psicometría* (2da. Edición). Manual Moderno. https://www.academia.edu/38340689/Evaluaci%C3%B3n_psicol%C3%B3gica._Historia_fundamentos_te%C3%B3rico_conceptuales_y_psicometr%C3%ADa_ed._2_Laura_Edna_Arag%C3%B3n_Borja

Arechabala, M. C. M., & Miranda, C. C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de

- la región metropolitana. *Ciencia y enfermería*, 8(1), 49-55.
<https://doi.org/10.4067/S0717-95532002000100007>
- Arés Muzio, P. (2002). *Psicología de la familia: Una aproximación a su estudio* (Primera edición). Félix Varela.
- Arroyo Rueda, M. C. (2011). Sentirse “una carga” en la vejez: Realidad construida o inventada? *Revista Kairós: Gerontología*, 14(4), 5-28.
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059.
<https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Bail Pupko, V., & Azzollini, S. C. (2015). Creencias y narrativa en la diabetes tipo 2. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. <https://www.academica.org/000-015/280> Resumen
- Baquero, L. C. M., Heredia, C. P. M., & Velásquez, X. E. S. (2014). Vejez, ¿un final “triste” para una historia de vida?. Revisión de estudios sobre la depresión en los adultos mayores. *Enfoques*, 1(1), 72-90. <https://doi.org/10.24267/23898798.85>
- Barberá, E., & Martínez, I. B. (2004). *Psicología y género*. Pearson Educación.
<https://www.legisver.gob.mx/equidadNotas/publicacionLXIII/Ester%20Barber%C3%A1%20et%20al%20Psicologia%20y%20genero.pdf>
- Beauvoir, S. (1970). *La vejez*. Sudamericana.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Berzonsky, M. D. (1989). Identity style: Conceptualization and measurement. *Journal of adolescent research*, 4(3), 268-282. <https://doi.org/10.1177/074355488943002>
- Berzonsky, M. D. (1992). Identity style and coping strategies. *Journal of personality*, 60(4), 771-788. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00273.x>

- Berzonsky, M. D. (2006). Identity processing style and self-definition: Effects of a priming manipulation. *Polish Psychological Bulletin*, 36(3), 137-143.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-44492007000200002
- Bhamani, M. A., Karim, M. S., & Khan, M. M. (2013). Depression in the elderly in Karachi, Pakistan: A cross sectional study. *BMC psychiatry*, 13(1), 1-8.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-181>
- Bordignon, N. A. (2007). El desarrollo psicosocial del joven adulto en Erik Erikson. *Revista Lasallista de Investigación*, 4(2), 7-16.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-44492007000200002
- Borrell, C., Plasència, A., Huisman, M., Costa, G., Kunst, A., Andersen, O., Bopp, M., Borgan, J.-K., Deboosere, P., Glickman, M., Gadeyne, S., Minder, C., Regidor, E., Spadea, T., Valkonen, T., & Mackenbach, J. P. (2005). Education level inequalities and transportation injury mortality in the middle aged and elderly in European settings. *Injury Prevention*, 11(3), 138-142. <https://doi.org/10.1136/ip.2004.006346>
- Borrero, C. L. C. (2008). Soporte social informal, salud y funcionalidad en el anciano. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 13, 42-58.
<https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/1856>
- Byrne, B. M. (2016). *Structural Equation Modeling With AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming* (Third Edition). Routledge of Taylor & Francis Group.
- Campo-Arias, A., Herazo, E., & Oviedo, H. C. (2012). Análisis de factores: Fundamentos para la evaluación de instrumentos de medición en salud mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 41(3), 659-671. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60036-6](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60036-6)
- Canto, H. G. P., & Castro, E. K. R. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: Un estudio comparativo. *Enseñanza e investigación en psicología*, 9(2), 257-270.
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29290204.pdf>

- Cantú Guzmán, R. A. (2012). *Perfiles de comportamiento y representación social en la enfermedad crónica degenerativa: Una evaluación psicosocial en Cáncer, VIH/SIDA y Diabetes e Hipertensión* [PhD Thesis, Universidad Autónoma de Nuevo León].
http://eprints.uanl.mx/2622/1/Rodrigo_Alberto_Cant%C3%BA_Guzm%C3%A1n_Perfiles_de_comportamiento_y_representaci%C3%B3n_social_en_la_enfermedad_cr%C3%B3nica_degenerativo-Una_evaluaci%C3%B3n_psicosocial_en_C%C3%A1ncer.pdf
- Carbajal Reyes, A., Zanatta Colín, M. E., & Moysén Chimal, A. (2019). Estilos identitarios en mujeres víctimas de violencia conyugal: Diseño y validación de un instrumento. *Revista de psicología y ciencias del comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 10(1), 116-135. <https://doi.org/10.29059/rpcc.20190602-85>
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva: La ciencia de la felicidad* (Primera edición.). Paidós.
- Carter, H. C. (2018). *Storied possessions: Post-household disbandment older adult placemaking through meaningful belongings* [PhD Thesis, University of Missouri–Columbia]. <https://mospace.umsystem.edu/xmlui/handle/10355/67676>
- Cauli, O., Navarro-Martínez, R., & Fernández-Garrido, J. (2021). Special Issue “Mental Health Issues and Quality of Life in Older Individuals”. *Life*, 11(3).
<https://doi.org/10.3390/life11030221>
- Chen, W.-H., Bentley, L., Whitehead, M., Mcallister, A., & Barr, B. (2021). Poverty and Sources of Income Support Among Older People With Disabilities and Out of Work: Comparison of Canada and the United Kingdom. *Journal of Social Policy Cambridge University Press*, 1-21. <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-social-policy/article/abs/poverty-and-sources-of-income-support-among-older-people-with-disabilities-and-out-of-work-comparison-of-canada-and-the-united-kingdom/2AFF7E8E696AE6F0E92807D58D82D89E>

- Chi, I., & Chou, K.-L. (2001). Social support and depression among elderly Chinese people in Hong Kong. *The International Journal of Aging and Human Development*, 52(3), 231-252. <https://doi.org/10.2190/V5K8-CNMG-G2UP-37QV>
- Cho, E., & Kim, S. (2015). Coeficiente alfa de Cronbach: Bien conocido pero mal entendido. *Organizational Research Methods*, 18(2), 207-230. <https://doi.org/10.1177/1094428114555994>
- Coespo Adultos Mayores Mexiquenses*. (2017). https://www.google.com/search?q=2017+Coespo+Adultos+Mayores+Mexiquenses&rlz=1C1CHZL_esMX742MX743&oq=2017+Coespo+Adultos+Mayores+Mexiquenses&aqs=cchrome..69i57.21871j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Cohen, R. J., & Swerdlik, M. E. (2001). *Pruebas y evaluación psicológicas: Introducción a las pruebas y a la medición*. McGraw-Hill Interamericana.
- Delors, J. (1994). *Los cuatro pilares de la educación*", en *La Educación encierra un tesoro. México* (Informe para la Unesco sobre Educación Superior Informe para la Unesco sobre Educación Superior; pp. 91-103). UNESCO. <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/1847>
- Delors, J., Mufti, I. A., Amagi, I., Carneiro, R., Chung, F., Geremek, B., Gorham, W., Kornhauser, A., Manley, M., Quero, M. P., Savané, M.-A., Singh, K., Stavenhagen, R., Suhr, M. W., & Nanzhao, Z. (1996). *La educación encierra un tesoro* (Informe de la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI, p. 45). UNESCO. <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/1847>
- Dezutter, J., Toussaint, L., & Dewitte, L. (2020). Finding a Balance Between Integrity and Despair: A Challenging Task for Older Adults in Residential Care. *Journal of Adult Development*, 27(2), 147-156. <https://doi.org/10.1007/s10804-019-09332-1>

- Dezutter, J., Wiesmann, U., Apers, S., & Luyckx, K. (2013). Sense of coherence, depressive feelings and life satisfaction in older persons: A closer look at the role of integrity and despair. *Aging & Mental Health, 17*(7), 839-843.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2013.792780>
- Diener, E. (2009). *The Science of Well-Being: The Collected Works of Ed Diener*. Springer Science & Business Media.
- Dubar, C. (2002). *La crisis de las identidades. La interpretación de una mutación*. Bellaterra Ediciones Barcelona.
- Eckhart, T. (2012). *El poder del ahora* (Primera edición). Grijalbo.
- Eco, U. (1999). *Arte y belleza en la estética medieval*. Lumen.
- Erikson, E. H. (1977). *Identidad, juventud y crisis*. Paidós.
- Erikson, E. H. (1985). *El ciclo Vital Completado* (Barcelona). Paidós.
- Erikson, E. H. (2004). *Sociedad y adolescencia*. Siglo XXI.
- Erikson, E. H. (2016). The Problem of Ego Identity: *Journal of the American Psychoanalytic Association*. <https://doi.org/10.1177/000306515600400104>
- Escalona, P. B., & Ruiz, M. A. O. (2016). Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. *Psicología Iberoamericana, 24*(1), 38-46. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133947583005.pdf>
- Escobar, Y. T. (2013). *Bienestar psicológico en alumnos universitarios y su relación con factores socioculturales y escolares*. [Tesis de Maestría]. Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx).
- Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en medición, 6*(1), 27-36.
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/48452857/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1636572140&Signature=bQ295WDtUdXlbBZr9VxG~5sHfZGtzwnJgScP

DWs-

7brKF8PkGHflcv7fyDGp6csH2zhthFZRwcmQi9BsDThPHRK3tq0mxeOlxrnskSWRphwg
 5IHhN8BtoVMMBYgULLyfCK1yRDEa6um01GddKYkVTRykEwCZfEYDxGSiAR0Yuhr5Z
 X9o8w7oqy-52-7JE3edcu0IM3HaSPcngGkXy9lr954VkfR~7IGmGOTly8reZAH2YNxgL7-
 Tailhm60QcOclFXQIm6C~8xyVaKI2FvGuc-WEzPqLINkhiZVil969K1M-
 T3eAOYBjQMOxuMT6Q6QoNLhtXDW4J25OpFeCeNyhDg__&Key-Pair-
 Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Escobedo, P. M. T., Hernández, G. J. A., Estebané, O. V., & Martínez, M. G. (2016). Modelos de ecuaciones estructurales: Características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Ciencia & trabajo*, 18(55), 1-23. <https://doi.org/10.4067/S0718-24492016000100004>

Escurra, M. L. M. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces.

Revista de Psicología, 6(1-2), 103-111.

<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4555>

Fernández, A. G., Victoria, C. R. G.-V., & Lorenzo, A. R. (2014). Consideraciones acerca del Bienestar Psicológico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(3), 40.

<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol17num3/Vol17No3Art11.pdf>

Fernández, S. B., Almuiña, M. G., Alonso, O. C., & Blanco, B. M. (2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Revista cubana de higiene y epidemiología*, 39(2), 77-81.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032001000200001

Fernández-Ballesteros, R. (2011). Envejecimiento saludable. *Conferencia en el Congreso sobre Envejecimiento. La Investigación en España, Universidad Autónoma de Madrid*, 1-6.

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/fernandez-borrador-envejecimiento-01.pdf>

- Ferrada, L. M., & Zavala, M. G. (2014). Bienestar psicológico: Adultos mayores activos a través del voluntariado. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 123-130.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032001000200001
- Flora, D. B., & Flake, J. K. (2017). The purpose and practice of exploratory and confirmatory factor analysis in psychological research: Decisions for scale development and validation. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 49(2), 78. <https://doi.org/10.1037/cbs0000069>
- Fontenele, N. Â. O., Ximenes, M. A. M., Brandão, M. G. S. A., Fernandes, C. da S., Galindo Neto, N. M., Carvalho, R. E. F. L. de, & Barros, L. M. (2021). Construcción y validación de un rotafolio para la prevención de Úlcera por Presión: Estudio metodológico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1060>
- Fratiglioni, L., Grut, M., Forsell, Y., Viitanen, M., Grafström, M., Holmen, K., Ericsson, K., Bäckman, L., Ahlbom, A., & Winblad, B. (1991). Prevalence of Alzheimer's disease and other dementias in an elderly urban population: Relationship with age, sex, and education. *Neurology*, 41(12), 1886-1886.
<https://n.neurology.org/content/41/12/1886.short>
- Freud, S. (1992). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Amorrortu editores.
- Freud, S. (2000). *El Yo y el Ello*. Alianza Editorial.
- Friebe, J., & Schmidt-Hertha, B. (2013). Activities and barriers to education for elderly people. *Journal of Contemporary Educational Studies/Sodobna Pedagogika*, 64(1).
<https://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=00380474&AN=86952441&h=haf%2b6BJCzZwyK49HWknH4xwmpSDKZ4XXGQX9z59LPqKPisqV0OFdSltDgOkdkD671CsgZVIZEXdK9wVaDcLhg%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d00380474%26AN%3d86952441>

- Fromm, E. (1970). *Marx y su concepto de hombre* (Primera edición). Fondo de Cultura económica.
- Fromm, E. (2007). *El miedo a la libertad* (Primera edición). Paidós, Buenos Aires.
- Garay, V. S., & Montes de Oca, Z. V. (2011). La vejez en México: Una mirada general sobre la situación socioeconómica y familiar de los hombres y mujeres adultos mayores. *Perspectivas sociales*, 13(1), 143-165.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3705692>
- García, A. J. M., & De Los Fayos, E. J. G. (2000). La preparación para la jubilación: Revisión de los factores psicológicos y sociales que inciden en un mejor ajuste emocional al final del desempeño laboral. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 16(1), 87-99.
<https://revistas.um.es/analesps/article/view/29981>
- García, N. A. B., Uribe, M. E. C., Martínez, C. L. C., Alcocer, B. N. C., de los Reyes Solís, M. G., & Cruz, J. Y. N. (2016). El concepto de felicidad en personas de la tercera edad de la ciudad de Mérida, Yucatán. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21(3), 282-290.
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29248182008.pdf>
- García, S. M. J., & Tobías, F. J. (2001). Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Atención Primaria*, 27(7), 484-488.
[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78839-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78839-7)
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*. Basic Books, Inc., Publishers New York.
https://monoskop.org/images/5/54/Geertz_Clifford_The_Interpretation_of_Cultures_Selected_Essays.pdf
- González, C. A., & Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: Una tipología del envejecimiento en México. *Salud pública de México*, 49, s448-s458.
https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v49s4/v49s4a03.pdf

- González-Villalobos, J. Á., & Marrero, R. J. (2017). Determinantes sociodemográficos y personales del bienestar subjetivo y psicológico en población mexicana. *Suma Psicológica*, 24(1), 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2017.01.002>
- Goodboy, A. K., & Martin, M. M. (2020). Omega over alpha for reliability estimation of unidimensional communication measures. *Annals of the International Communication Association*, 44(4), 422-439. <https://doi.org/10.1080/23808985.2020.1846135>
- Goodcase, E. T., & Love, H. A. (2017). From Despair to Integrity: Using Narrative Therapy for Older Individuals in Erikson's Last Stage of Identity Development. *Clinical Social Work Journal*, 45(4), 354-363. <https://doi.org/10.1007/s10615-016-0601-6>
- Grinberg, L., & Grinberg, R. (1980). *Identidad y cambio*. Paidós Barcelona.
- Habermas, J. (1975). Moral development and ego identity. *Telos*, 1975(24), 41-55. <http://journal.telospress.com/content/1975/24/41.short>
- Hair, J. F., Anderson, R., Black, W. C., & Tatham, R. L. (1999). *Análisis multivariante*. Pearson Educación.
- Hasibuan, I. R., Sanusi, S. R., & Mutiara, E. (2020). The Relationship of Active Elderly Posyandu Visits and Family Support with the Quality of Life of the Elderly in the Work Area of Puskesmas in Ulak Tano, Paluta Regency, 2019. *International Journal of Research and Review*, 7(11). https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/65123604/IJRR008.pdf?1607338049=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DThe_Relationship_of_Active_Elderly_Posya.pdf&Expires=1619300773&Signature=Ty0rDkTNQo7fpXY1C3p~pZ~hgsIVRwhaXOatnv7g7P16qfPQs9GaxQinWobmFrNchsHSRXiQ2unxTRMdZg0jeg~N2BF7DWi34wv4Tteu8bLbNC0I6UN-kycm-Hus5zngxPbKuoW7~nz1F4eMqdsHuDk~5wAiolQiZAwH2aTg221-5xKftRhlehFq0kXAQDer2IIgWUUseYPzqjrrGXb8xqRZngFE49Zx9SaXzwUNnYeCDATS WG-

- fbMIbtTGLUgdfED9rZANKqS3MPAwM80JfXzUtysYgxcdZ70TNGFP6lcJz7RFUXT44z2N
Lj6yoECNrL9jeqDVKVbeKxdeds3TQQEA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- Hearn, S., Saulnier, G., Strayer, J., Glenham, M., Koopman, R., & Marcia, J. E. (2012). Between Integrity and Despair: Toward Construct Validation of Erikson's Eighth Stage. *Journal of Adult Development, 19*(1), 1-20. <https://doi.org/10.1007/s10804-011-9126-y>
- Heller, A. (1977). *Sociología de la vida cotidiana*. Ediciones Península.
<https://www.aacademica.org/000-122/151.pdf>
- Hernández, S. R., Fernández, C. C., & Baptista, L. P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Education.
- Herrera, R. A. N. (1998). *Notas de Psicometría 1-2—Historia de Psicometría y Teoría de La Medida* (1ra Edición). Facultad de Ciencias Humanas. <https://vdocuments.mx/herrera-a-1998-notas-de-psicometria-1-2-historia-de-psicometria-y-teoria.html>
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: Una introducción. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado, 23*(3), 23-41. <https://www.redalyc.org/pdf/274/27419066003.pdf>
- Ilyas, Z., Shahed, S., & Hussain, S. (2020). An Impact of Perceived Social Support on Old Age Well-Being Mediated by Spirituality, Self-esteem and Ego Integrity. *Journal of Religion and Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00969-6>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). Estadísticas a propósito del día mundial de la población (11 de julio). Datos nacionales. *Comunicado de prensa 302/20.*, 1-9.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Poblacion2020_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). *Perfil sociodemográfico de adultos mayores* (Instituto Nacional de Estadística y Geografía).
http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017). Estadísticas a propósito del día mundial de la población (11 de julio). *Comunicación Social Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)*, 7.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, (INAPAM). (2021, mayo 26). *Convenios con tiendas de autoservicio*. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. <http://www.gob.mx/inapam/es/articulos/convenios-con-tiendas-de-autoservicio?idiom=es>
- Ivars, M. S. (2015). *Calidad de vida en la vejez. Contrastación transcultural de un modelo multidimensional, objetivo-subjetivo: España - México* [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidad Autónoma de Madrid]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=48686>
- Izal, M., Bernabeu, S., Martínez, H., Bellot, A., & Montorio, I. (2020). Las ganas de vivir como expresión del bienestar de las personas mayores. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 55(2), 76-83. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.06.005>
- James, J. B., & Zarrett, N. (2006). Ego Integrity in the Lives of Older Women. *Journal of Adult Development*, 13(2), 61-75. <https://doi.org/10.1007/s10804-006-9003-2>
- Jiménez, M. G., Izal, M., & Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Suma Psicológica*, 23(1), 51-59. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.03.001>
- Jo, H., & Song, E. (2015). The effect of reminiscence therapy on depression, quality of life, ego-integrity, social behavior function, and activities of daily living in elderly patients with mild dementia. *Educational gerontology*, 41(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/03601277.2014.899830>
- Kalimo, R., El Batawi, M. A., & Cooper, C. L. (1987). *Psychosocial factors at work and their relation to health*. World Health Organization.
- Kaur, H., Kaur, H., & Venkateshan, M. (2015). Factors determining family support and quality of life of elderly population. *International journal of medical science and public health*, 4(8), 1049-1053. <https://doi.org/10.5455 / IJMSPH.2015.21012015220>

- Kempen, G. I., Brillman, E. I., Ranchor, A. V., & Ormel, J. (1999). Morbidity and quality of life and the moderating effects of level of education in the elderly. *Social science & medicine*, 49(1), 143-149. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00129-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00129-X)
- Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento*. McGraw-Hill.
- Kesebir, P., & Diener, E. (2009). In Pursuit of Happiness: Empirical Answers to Philosophical Questions. En *The Science of Well-Being: The Collected Works of Ed Diener* (Springer Dordrecht, Vol. 37, pp. 59-74). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2350-6_3
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007.
- Killen, A., & Macaskill, A. (2020). Positive Ageing: To What Extent can Current Models of Wellbeing Categorise the Life Events Perceived as Positive by Older Adults? *International Journal of Applied Positive Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s41042-020-00028-6>
- Kim, B.-S., Lee, D.-W., Bae, J. N., Chang, S. M., Kim, S., Kim, K. W., Rim, H.-D., Park, J. E., & Cho, M. J. (2014). Impact of illiteracy on depression symptomatology in community-dwelling older adults. *International psychogeriatrics*, 26(10), 1669. <https://doi.org/doi:10.1017/S1041610214001094>
- Lakdawalla, Z., Hankin, B., & Mermelstein, R. (2007). Cognitive Theories of Depression in Children and Adolescents: A Conceptual and Quantitative Review. *Revisión clínica de psicología infantil y familiar*, 10(1), 1-24. [https://doi.org/DOI: 10.1007/s10567-006-0013-1](https://doi.org/DOI:10.1007/s10567-006-0013-1)
- Lamas, M. (2013). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual* (Primer a edición). Purrua.
<https://www.legisver.gob.mx/equidadNotas/publicacionLXIII/EI%20genero.%20La%20costruccion%20cultural%20de%20la%20diferencia%20sexual.pdf>

- Larraín, J. (2008). El concepto de identidad. *Revista Famecos*, 10(21), 30.
<https://doi.org/10.15448/1980-3729.2003.21.3211>
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-575. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
- Ledesma, R., Ferrando, P., & Tosi, J. (2019). Uso del Análisis Factorial Exploratorio en RIDEP. Recomendaciones para Autores y Revisores. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 52(3). <https://doi.org/10.21865/RIDEP52.3.13>
- Lewis, J. P., & Allen, J. (2017). Alaska Native Elders in Recovery: Linkages between Indigenous Cultural Generativity and Sobriety to Promote Successful Aging | SpringerLink. *Journal of transcultural gerontology*, 32, 209-222. <https://doi.org/10.1007/s10823-017-9314-8>
- Lewis, T. F. (2017). Evidence regarding the internal structure: Confirmatory factor analysis. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 50(4), 239-247.
<https://doi.org/10.1080/07481756.2017.1336929>
- Li, C., Jiang, S., & Zhang, X. (2019). Intergenerational relationship, family social support, and depression among Chinese elderly: A structural equation modeling analysis. *Journal of affective disorders*, 248, 73-80. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.032>
- Lillo, S. G. (2003). La ocupación y su significado como factor influyente de la identidad personal. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 3, ág-43.
<https://doi.org/10.5354/0719-5346.2010.149>
- Liu, Y., Li, H., Wu, B., Liu, X., Chen, H., Jin, H.-Y., & Wu, C. (2021). Association between primary caregiver type and mortality among Chinese older adults with disability: A prospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 21(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02219-5>
- Ma, L., Tang, Z., Sun, F., Diao, L., Li, Y., Wang, J., Feng, M., & Qian, Y. (2015). Risk factors for depression among elderly subjects with hypertension living at home in China.

International journal of clinical and experimental medicine, 8(2), 2923.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4402903/>

Maldonado, S. M. (2015). Bienestar Subjetivo y Depresión en Mujeres y Hombres Adultos Mayores Viviendo en Pobreza1 | Acta de Investigación Psicológica—Psychological Research Records. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(1), 1815-1830.

[https://doi.org/DOI: 10.1016/S2007-4719\(15\)30003-X](https://doi.org/DOI: 10.1016/S2007-4719(15)30003-X)

Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez, A., Moreno-Tamayo, K. M., Acosta-Castillo, I., Sosa-Ortiz, A. L., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Téllez-Rojo, M. M. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *salud pública de méxico*, 55, S323-S331.

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v55s2/v55s2a32.pdf

Manzano Patiño, A. P. (2018). Introducción a los modelos de ecuaciones estructurales.

Investigación en educación médica, 7(25), 67-72.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572018000100067&script=sci_arttext

Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of personality and social psychology*, 3(5), 551.

Marcia, J. E., Waterman, A. S., Matteson, D. R., Archer, S. L., & Orlofsky, J. L. (2012). *Ego identity: A handbook for psychosocial research*. Springer Science & Business Media.

Marín, L. (2004). El sentido del trabajo como eje estructurante de la identidad personal y social: El caso de jóvenes argentinos. *Fundamentos en humanidades*, 10, 43-52.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18401003>

Martínez, M. del C. M., Gutiérrez Mendía, A., Bonaparte Caballero, E., Gómez Alons, C., & Lajud, N. (2020). Prevalencia de depresión en adultos mayores en una unidad de medicina familiar de Michoacán, México. *Atención Familiar*, 28(2), 125-131.

<http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.2.78803>

- Meléndez, J. C., Delhom, I., & Satorres, E. (2020). Las estrategias de afrontamiento: Relación con la integridad y la desesperación en adultos mayores. *Ansiedad y Estrés*, 26(1), 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.12.003>
- Melguizo, E. H., Acosta, A. L., & Castellano, B. P. (2012). Factors associated to life quality of older adults. Cartagena (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 28(2), 261-268. <https://www.redalyc.org/pdf/817/81724957008.pdf>
- Mella, R., González, L., D'apponio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., & Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psykhé (Santiago)*, 13(1), 79-89. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000100007&script=sci_arttext
- Mercado, M. A., & Hernández, O. A. V. (2010). El proceso de construcción de la identidad colectiva. *Convergencia*, 17(53), 229-251. <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=s1405-14352010000200010>
- Mishra, S., Mishra, A. N., Singh, V., & Verma, V. (2020). Prevalence and factors associated with depression among the elderly in a rural community. *International journal of community medicine and public health (Gujarat)*, 7(12), 4850-4853. <https://doi.org/10.18203 / 2394-6040.ijcmph20205151>
- Montero, I., & León, O. G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 503-508. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33720308.pdf>
- Montoro, M. R. B. (2007). Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. *Comunicación e pessoas maiores: Actas do Foro Internacional*, 77-94.
- Morales, P. V., Urosa, B. S., & Blanco, Á. B. (2003). *Construcción de escalas de actitudes tipo likert: Una guía práctica*. Editorial La Muralla.

- Muñiz, J., & Fonseca, E. P. (2008). Construcción de instrumentos de medida para la evaluación universitaria. *Revista de investigación en educación*, 5(1), 13-25.
<https://reined.webs.uvigo.es/index.php/reined/article/view/41>
- Muñiz, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *C.O.P. del Ppdo. de Asturias*, 31.1, 7-16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- Nash, M. (2006). Identidades de género, mecanismos de subalternidad y procesos de emancipación femenina. *Revista CIDOB d'afers internacionals*, 3(73-74), 39-57.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2049290>
- Navas, W. O. (2013). Depresión, el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. *Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica LXX*, 70(607), 495-501.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=46828>
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569>
- Nolen-Hoeksema, S., & Harrell, Z. A. (2002). Rumination, Depression, and Alcohol Use: Tests of Gender Differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16(4), 391-403.
<https://doi.org/10.1891/jcop.16.4.391.52526>
- Noriega, C., Velasco, C., Pérez-Rojo, G., Carretero, I., Chulián, A., & López, J. (2017). Calidad de Vida, Bienestar Psicológico y Valores en Personas Mayores. *Clínica Contemporánea*, 8(1), E1, 1-13. <https://doi.org/10.5093/cc2017a1>
- Organización Mundial de la Salud. (2018, febrero 5). Envejecimiento y salud. *Envejecimiento y Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Preguntas más frecuentes*. Acerca de la OMS.
<https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>

- Orosco, C. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona*, 018, 91-104.
<https://doi.org/10.26439/persona2015.n018.500>
- Orozco-Gómez, Á. M., & Castiblanco-Orozco, L. (2015). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista colombiana de psicología*, 24(1), 203-217.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692015000100013
- Pavot, W., & Diener, E. (2009). *Review of the satisfaction with life scale*. Assessing Well-Being. Social Indicators Research Series, vol 39. Springer, Dordrecht.
https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4_5
- Pelcastre-Villafuerte, B. E., Treviño-Siller, S., González-Vázquez, T., & Márquez-Serrano, M. (2011). Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(3), 460-470.
https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v27n3/07.pdf
- Pereyra Quiñones, J. L. (2020). *Propiedades psicométricas del inventario de intereses vocacionales Talento 4-5, en estudiantes preuniversitarios. Lima, 2019* [Doctorado en Psicología, Universidad César Vallejo].
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40223/Pereyra_QJL..pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pérez, M. T., & Arcia, C. N. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(3), 1-20.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300002
- Pérez, V. T. M., & Arcia, N. C. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Revista Cubana de medicina general integral*, 24(3), 0-0.

- Perrig-Chiello, P., Jaeggi, S. M., Buschkuhl, M., Stähelin, H. B., & Perrig, W. J. (2009). Personality and health in middle age as predictors for well-being and health in old age. *European Journal of Ageing, 6*(1), 27-37. <https://doi.org/10.1007/s10433-008-0102-8>
- Pinillos-Patiño, Y., & Prieto-Suárez, E. (2012). Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. *Revista de salud pública, 14*, 438-447. <https://www.scielo.org/article/rsap/2012.v14n3/438-447/>
- Placeres Hernández, J. F., De León Rosales, L., & Delgado Hernández, I. (2011). La familia y el adulto mayor. *Revista médica electrónica, 33*(4), 472-483. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010
- Prioste, A., Tavares, P., Silva, C. S., & Magalhães, E. (2020). The relationship between family climate and identity development processes: The moderating role of developmental stages and outcomes. *Journal of Child and Family Studies, 29*(6), 1525-1536. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-019-01600-8>
- Raykov, T., & Marcoulides, G. A. (2019). Thanks coefficient alpha, we still need you!. *Educational and Psychological Measurement, 79*(1), 200-210. <https://doi.org/10.1177/0013164417725127>
- Real Academia Española (RAE). (2001). *Estilo | Diccionario de la lengua española (2001)*. «Diccionario esencial de la lengua española». <https://www.rae.es/drae2001/estilo>
- Riveros, A. E. (2014). Psicología Humanista: Suas origens e significado no mundo da psicoterapia para meio século. *Revista Ajayu, 12*(2), 135-186. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v12n2/v12n2a1.pdf>
- Rodríguez, É. C., Morales, D. L., García, M. G., García, R. R., Nava, N. V., & Moreno, T. M. (2012). Funcionalidad familiar: Percepción de los adultos mayores de una comunidad rural. *Rev Paraninfo Digital, 6*(16). <http://www.index-f.com/para/n16/097p.php>
- Rodríguez, P. Z. (2013). Rejuvenecer o no envejecer, ésa es la cuestión. *VII Jornadas de Jóvenes Investigadores*. <https://www.aacademica.org/000-076/180.pdf>

- Rojas, D. J., & Avilés, M. E. S. (2014). *Tipología y funcionalidad familiar en el adulto mayor con síndrome de fragilidad que acude a la UMF 220, Toluca, México de diciembre del 2012 a junio del 2013*. [Especialidad en Medicina Familiar, Universidad Autónoma del Estado de México]. <http://ri.uaemex.mx/oca/view/20.500.11799/14573/2/412487.pdf>
- Rueda, J. D. E., & Lucas, J. A. G. (2015). De la esclavitud a la desvinculación forzosa, dos formas de maltrato a personas mayores: Un reto para los servicios sociales sanitarios. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 15(4), 24-35. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5418471>
- Ruiz Jiménez, M., Saiz Galdós, J., Montero Arredondo, M., & Navarro Bayón, D. (2017). Adaptación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en población con trastorno mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 415-437. <https://doi.org/0.4321/S0211-57352017000200006>
- Ruiz, M. A., Pardo, A., & San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 34-45. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77812441004.pdf>
- Saavedra-González, A. G., García-de León, Á., Duarte-Ortuño, A., Bello-Hernández, Y. E., & Infante-Sandoval, A. (2016). Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención Familiar*, 23(1), 24-28. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30073-6](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30073-6)
- Salazar, A. M., Plata, S. J., Reyes, M. F., Gómez, P., Pardo, D., Rios, J., Galvis, P., Montalvo, C., Sánchez, E., & Pedraza, O. L. (2015). Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(2), 176-183. <https://doi.org/10.22379/2422402225>
- Salazar, M. V. (2011). *Identidad personal y memoria en adultos mayores sin demencia y con enfermedad de Alzheimer*. <https://doi.org/10.15517/ap.v21i108.26>
- Salgado, V. N., & Wong, R. (2007). Género y pobreza: Determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México*, 49. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342007001000011>

Salvarezza, L. (1993). *Psicogeriatría. Teoría y Clínica* (Primera edición). Editorial Paidós.

Psicología profunda.

Sanjay, T. V., Hafeez, N., Yannick Poulouse Puthussery, P., & Muralidhar, M. (2020). Geriatric Depression: Prevalence and Associated Factors in a Rural Community of Bengaluru. *Annals of Community Health*, 8(3), 16-20.

[https://www.researchgate.net/profile/Madhusudan-](https://www.researchgate.net/profile/Madhusudan-Muralidhar/publication/344449762_Geriatric_Depression_Prevalence_and_Associated_Factors_in_a_Rural_Community_of_Bengaluru/links/5f76da1d458515b7cf605706/Geriatric-Depression-Prevalence-and-Associated-Factors-in-a-Rural-Community-of-Bengaluru.pdf)

[Muralidhar/publication/344449762_Geriatric_Depression_Prevalence_and_Associated_Factors_in_a_Rural_Community_of_Bengaluru/links/5f76da1d458515b7cf605706/Geriatric-Depression-Prevalence-and-Associated-Factors-in-a-Rural-Community-of-Bengaluru.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Madhusudan-Muralidhar/publication/344449762_Geriatric_Depression_Prevalence_and_Associated_Factors_in_a_Rural_Community_of_Bengaluru/links/5f76da1d458515b7cf605706/Geriatric-Depression-Prevalence-and-Associated-Factors-in-a-Rural-Community-of-Bengaluru.pdf)

Segura-Cardona, A., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, Á., & Garzón-Duque, M. (2015).

Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia.

2012. *Revista de Salud Pública*, 17, 184-194. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n2.41295>

Sepúlveda, F. M. (2010). Validez de los Tests y el Análisis Factorial: Nociones Generales.

Ciencia & Trabajo, 12(35).

<https://web.p.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=07180306&asa=Y&AN=53849382&h=Dvk4LobweUluuX3X5ee44oNZsqyowdHcjbg%2fEJfU7XI799rTIY18TC%2bxmEscQcLxnogUafNTqqpvEmvPud48vw%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrINotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d07180306%26asa%3dY%26AN%3d53849382>

Shaker, A. A., Pourghaznein, T., Jamali, J., & Esmaelzadeh, F. (2021). Effect of Sharing Experiences in an Online Support Group on the Resilience of Family Caregivers of the Disabled Elderly. *Evidence Based Cared Journal*, 10(3), 50-58.

<http://eprints.mums.ac.ir/id/eprint/37906>

- Skirbekk, V., & James, K. S. (2014). Abuse against elderly in India—The role of education. *BMC public health*, 14(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-336>
- Sotomayor-Preciado, A. M., Espinoza-Carrión, F. M., del Rosario Rodríguez-Sotomayor, J., & del Roció Campoverde-Ponce, M. (2021). Impacto en la salud mental de los adultos mayores post pandemia Covid-19, El Oro Ecuador. *Polo del Conocimiento*, 6(1), 362-380. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2148>
- Stanley, M. A., Beck, J. G., & Zebb, B. J. (1998). Psychometric properties of the MSPSS in older adults. *Aging & Mental Health*, 2(3), 186-193. <https://doi.org/10.1080/13607869856669>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics, Ed. 6th Pearson Education* (Sixth Edition). Pearson.
- Tausk, V. (1919). Acerca de la génesis del aparato de influir en el curso de la esquizofrenia. *Affectio Societatis*, 14(27), 255-295.
- Tobar, B. U., Berrios, Y., & Placencia, T. (2019). Comparación de niveles de bienestar en función de la realización de ejercicio físico en adultos mayores chilenos. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 14(1), 81-86. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7358712>
- Torres, P. W. I., & Flores, G. M. M. (2018). Factores predictores del bienestar subjetivo en adultos mayores. *Revista de Psicología (PUCP)*, 36(1), 9-48. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472018000100001&script=sci_arttext
- Tovar, J. G., Favela, A. G. M., & Sánchez, R. I. G. (2019). Estructura interna de la Escala de Desesperanza para Adultos Mayores de México. *Pensamiento psicológico*, 17(1), 61-72. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI17-1.eied>
- Treviño-Siller, S., Pelcastre-Villafuerte, B., & Márquez-Serrano, M. (2006). Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud pública de México*, 48(1), 30-38. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=12587>

- Van Der Kaap-Deeder, J., Vermote, B., Waterschoot, J., Soenens, B., Morbée, S., & Vansteenkiste, M. (2021). The role of ego integrity and despair in older adults' well-being during the COVID-19 crisis: The mediating role of need-based experiences. *European Journal of Ageing*. <https://doi.org/10.1007/s10433-021-00610-0>
- Van Hiel, A., & Vansteenkiste, M. (2009). Ambitions fulfilled? The effects of intrinsic and extrinsic goal attainment on older adults' ego-integrity and death attitudes. *The International Journal of Aging and Human Development*, *68*(1), 27-51. <https://doi.org/10.2190/AG.68.1.b>
- Vera, E. L., & Zanatta, C. M. E. (2019). Consistencia en los hallazgos reportados en factores asociados al bienestar y la calidad de vida en el adulto mayor. *Memoria del XLVI Congreso Nacional de Psicología*, 1711-1727.
- Vera, N. J. Á., & Valenzuela, M. J. E. (2012). El concepto de identidad como recurso para el estudio de transiciones. *Psicología & Sociedade*, *24*(2), 272-282. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000200004>
- Vera, P. B. (2006). Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, *27*(1), 3-8. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=778/77827102>
- Vielma, R. J., & Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *Educere*, *14*(49), 265-275. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=356/35617102003>
- Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, *30*(2), 23-29. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>
- Westerhof, G. J., & Barrett, A. E. (2005). Age Identity and Subjective Well-Being: A Comparison of the United States and Germany. *The Journals of Gerontology: Series B | Oxford Academic*, *Volume 60*(Issue 3,), Pages S129-S136,. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.3.S129>

- Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., & McAdams, D. P. (2017). The relation of ego integrity and despair to personality traits and mental health. *The Journals of Gerontology: Series B*, 72(3), 400-407. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv062>
- Yesavage, J. A. (1988). Geriatric depression scale. *Psychopharmacol Bull*, 24(4), 709-711. https://ncchamp.org/files/GERIATRIC_DEPRESSION_SCALE_with_scoring_info.pdf
- Yurén Camarena, M. T. (1996). Educación Centrada en Valores y Dignidad Humana. *Enseñanza. Ediciones Universidad de Salamanca*, 14, 10. https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/69533/Educacion_centrada_en_valores_y_dignidad.pdf;jsessionid=13222BAF0080DB3F4954CD6EA8C58715?sequence=1
- Zanatta, C. M. E., & Plata, C. L. D. (2012a). La configuración de la identidad en Zanatta Colín M.E. En Zanatta Colín M.E. (eds.), Configuración de la identidad y estilos identitarios: Sentido de sí, constitución del ser y sentido de pertenencia. En *Configuración de la identidad y estilos identitarios: Sentido de sí, constitución del ser y sentido de pertenencia* (Primera edición., pp. 18-40). Castellanos editores.
- Zanatta, C. M. E., & Plata, Z. L. D. (2012b). *El proceso de construcción de la identidad personal*. En Zanatta Colín (eds.). *Configuración de la identidad y estilos identitarios: Sentido de sí, constitución del ser y sentido de pertenencia*. (Primera Edición, pp. 41-63). Castellanos.
- Zanatta Colín, E., Yurén Camarena, T., & Santos López, A. (2011). La formación en la universidad: Tendencias y dispositivos. *XI Congreso Nacional de Investigación Educativa. 15. Procesos de Formación / Ponencia*, 9. http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v11/docs/area_15/1295.pdf
- Zavala-González, M. A., & Domínguez-Sosa, G. (2010). Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. *Psicogeriatría*, 2(1), 41-48. https://www.viguera.com/sepj/pdf/revista/0201/0201_0041_0048.pdf

Zhang, Q. (2020). The cost of illiteracy: A causal inference study on how illiteracy affects physical and mental health. *Health Education Journal*, 80(1), 54-66.

<https://doi.org/10.1177/0017896920949894>

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Anexo A. Ítems propuestos para el Instrumento Integridad en el Adulto Mayor

Factor	Ítems
Aceptación de sí	<p>He disfrutado cada momento de mi vida</p> <p>Valoro mis logros</p> <p>Me siento satisfecho con lo que he vivido</p> <p>Acepto mi vida tal como la he vivido</p> <p>Me agrada mi cuerpo tal cual es</p> <p>Me siento una persona capaz</p> <p>Estoy orgulloso de lo que he logrado hacer en esta vida</p> <p>Me complace platicar mis experiencias</p>
Integración emocional	<p>La vida tiene sentido</p> <p>Me siento preparado para recibir ayuda en caso de ser necesario</p> <p>Busco ser justo con las personas</p> <p>Trato de ser mejor cada día</p> <p>Soy autentico en mi forma de ser</p> <p>Soy solidario con las necesidades de los otros</p> <p>Disfruto la vida a pesar de mis limitaciones</p> <p>Estoy en paz con la vida</p>
Vivencia del amor universal	<p>Me preocupa mejorar el medio ambiente</p> <p>Me preocupa la pérdida de valores</p> <p>Impulso el respeto a las tradiciones</p> <p>Me ilusiona pensar en el futuro</p> <p>La humanidad es buena</p> <p>Hay amor en la humanidad</p> <p>Disfruto contemplar la naturaleza</p> <p>Doy gracias a Dios por lo que he vivido</p>
Convicción de su propio estilo y forma de vida	<p>He buscado reconciliarme</p> <p>He participado en mejorar el mundo</p> <p>Siembro el bien en las personas</p> <p>Me he levantado después de un mal momento</p> <p>Soy consciente de mis errores</p> <p>Dedico tiempo para mi</p>

Factor	Ítems
	Hago valer mi opinión Soy capaz de tomar mis decisiones
Confianza en sí y nosotros	Puedo expresar mis sentimientos Me siento parte de mi familia Las personas toman tiempo para escucharme Soy un modelo a seguir para otras personas Confío en la bondad de las personas Me siento tranquilo cuando hablo de mi pasado Platico mis anécdotas con buen humor Aprendí las lecciones que me dio la vida

Fuente: Elaboración propia.

Anexo B. Ítems propuestos para el Instrumento Desesperanza en el Adulto Mayor

Factores	Ítems
Ausencia de valores	Me siento desamparado Siento que falle en las metas que me propuse Me siento culpable por lo que hice en mi vida Quisiera ser una persona diferente Guardo resentimiento a mi familia Siento que soy una carga Soy deshonesto con los demás La vida no tiene sentido
Temor a la muerte	Tengo miedo a la muerte Tengo miedo a una enfermedad grave Me preocupa ser descuidado en tareas básicas Me asusta la idea de depender de otros para hacer cosas básicas Me asusta la idea de dejar de ser funcional Tengo miedo a una incapacidad Me da miedo ser una carga Prefiero la muerte que vivir discapacitado
Desesperación	Me siento inútil Me entristece la forma en que vivo Me duele recordar mi vida Siento que es tarde para arreglar mi vida Quisiera volver a nacer para no cometer los mismos errores Me entristece la forma en que vivo Me siento frustrado Pienso que mi vida fue un fracaso
Dogmatismo	Me molesta que me corrijan No admito que me discutan mis decisiones A mi edad ya no me pueden corregir Los consejos son para los jóvenes no para personas de mi edad

Factores	Ítems
	La cosas se deben hacer como yo digo Me fastidia que me den consejos Me enoja que me quieran llevar la contraria Es innecesario que yo pida ayuda
Desdén	Siento desprecio por las personas Hay una exageración por el cuidado del medio ambiente Las personas son malas Venimos a sufrir a esta vida Soy indiferente con responsabilidades de los demás Ya es inútil preocuparme por el futuro Es obligación de los demás atenderme Los demás deben arreglar sus problemas como puedan

Fuente: Elaboración propia

ANEXO C. Carta de consentimiento informado

Toluca, Méx. a _____ de _____ del 2019

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted es invitado a formar parte del proyecto de investigación: "Factores psicosociales asociados a los estilos identitarios en adultos mayores". El estudio tiene el objetivo de identificar los factores psicosociales que favorecen la conformación de los diferentes estilos identitarios e incluye la aplicación de cuatro baterías psicológicas y una ficha sociodemográfica.

Es importante señalar que no se realizarán intervenciones psicológicas y los datos personales obtenidos en el registro serán tratados con absoluta confidencialidad y anonimato.

Su participación en el presente estudio es totalmente voluntaria, por lo que puede decidir libremente participar o no.

Por medio de la presente autorizo participar en el proyecto de investigación titulado: "Factores psicosociales asociados a los estilos identitarios en adultos mayores"

_____ Firma del participante	_____ Firma del aplicador
--	-------------------------------------

El presente instrumento forma parte de un proyecto de investigación. Se pide su apoyo para contestarlo de forma anónima con el único fin de investigación. A continuación se le solicita contestar algunos datos sociodemográficos. Marque con una X la opción que corresponda

Sexo	Estado civil:	Ocupación:	Con quién vive	Padece de:	Escolaridad	Práctica deporte	¿Dónde vive?
Hombre () Mujer ()	Casado () Soltero () Viudo () Divorciado ()	Jubilado () Empleado () Hogar () Autoempleo: ()	Hijos () Nietos () Pareja () Solo () Otro: _____	Diabetes () Hipertensión () Osteoporosis () Ninguno () Otro: _____	Primaria () Secundaria () Bachillerato () Licenciatura () Posgrado ()	No () Sí () ¿Cuál? _____	

ANEXO D. Formato de aplicación Instrumentos: Integridad en el adulto mayor (IAM) y Desesperanza en el adulto mayor (DAM)

A continuación se presentan una serie de enunciados que expresan algunos pensamientos. Lea atentamente cada uno de ellos y marque con una X la frecuencia con la que le vienen estos pensamientos representada al frente mediante una gráfica. Las que las opciones de respuesta son:

nunca , casi nunca , algunas veces, , casi siempre y siempre

Al terminar revise haber contestado todo el instrumento.



1. Acepto mi vida tal como la he vivido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Doy gracias a Dios por lo que he vivido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Aprendí las lecciones que me dio la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Busco ser justo con las personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Confío en la bondad de las personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dedico tiempo para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Disfruto contemplar la naturaleza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Disfruto la vida a pesar de mis limitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A mi edad ya no me pueden corregir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Es innecesario que yo pida ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Es obligación de los demás atenderme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Estoy en paz con la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Estoy orgulloso de lo que he logrado hacer en esta vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Guardo resentimiento a mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hago valer mi opinión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hay amor en la humanidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hay una exageración por el cuidado del medio ambiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. He disfrutado cada momento de mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. He participado en mejorar el mundo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Las cosas se deben hacer como yo digo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. La humanidad es buena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. La vida no tiene sentido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me gusta platicar mis experiencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Las personas son malas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
25. Las personas toman tiempo para escucharme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Los consejos son para los jóvenes no para personas de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Los demás deben arreglar sus problemas como puedan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Me agrada mi cuerpo tal cual es	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Me asusta la idea de dejar de ser funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Me asusta la idea de depender de otros para hacer cosas básicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Me da miedo ser una carga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Me duele recordar mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Me enoja que me quieran llevar la contraria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Me queda poco tiempo para arreglar lo que hice en el pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Me entristece la forma en que vivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Me fastidia que me den consejos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Me siento tranquilo cuando hablo de mi pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Me gusta resolver diferencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Me ilusiona pensar en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Me molesta que me corrijan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Me preocupa la pérdida de valores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Me preocupa mejorar el medio ambiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Me preocupa perder la memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Me siento culpable por lo que hice en mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Me siento desamparado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Me siento frustrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Me siento inútil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Me siento parte de mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Me siento preparado para recibir ayuda en caso de ser necesario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Me siento satisfecho con lo que he vivido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. La vida tiene sentido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Me siento una persona capaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
53. Mi vida puede servir de ejemplo a otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. No admito que discutan mis decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Pienso que mi vida fue un fracaso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Platico mis anécdotas con buen humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Prefiero la muerte que vivir discapacitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Promuevo el respeto a las tradiciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Puedo expresar mis sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Quisiera ser una persona diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Quisiera volver a nacer para no cometer los mismos errores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Rechazo a las personas que invaden mi casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Sé sobreponerme a los malos momentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Siembro el bien en las personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Siento que es tarde para arreglar mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Siento que falle en las metas que me propuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Siento que soy una carga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Soy auténtico en mi forma de ser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Soy capaz de tomar mis decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Soy consciente de mis errores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Soy deshonesto con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Soy indiferente con responsabilidades de los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Soy solidario con las necesidades de los otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Tengo miedo a la muerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Tengo miedo a una enfermedad grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Tengo miedo a una incapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Trato de ser mejor cada día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Valoro mis logros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Venimos a sufrir a esta vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Ya es inútil preocuparme por el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO E. Formato de aplicación instrumento: Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

Instrucciones: Lea cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indique la frecuencia con cada una de ellas utilizando las siguientes opciones.

	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre
1. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme. .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO F. Formato de aplicación de Instrumento: Bienestar Psicológico (BP-22)

A continuación se presentan afirmaciones con las que puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Indique el grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación colocando un **X** en la casilla adecuada. Le ruego responder con sinceridad y franqueza. Por favor no deje ningún reactivo sin contestar.

1. Mi vida se acerca al ideal en casi todos los sentidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Comúnmente me siento atento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Generalmente me siento intranquilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estoy satisfecho con mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Frecuentemente me siento preocupado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La mayoría de las veces me siento inspirado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Regularmente me siento disgustado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Frecuentemente me siento orgulloso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Si pudiera vivir mi vida otra vez, prácticamente sería la misma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Generalmente me siento irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Casi siempre me siento con miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Comúnmente me siento fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Regularmente me siento culpable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que deseo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Con frecuencia me siento emocionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Casi siempre me siento asustado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Frecuentemente me siento interesado en algún tema o actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Regularmente me siento enojado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Regularmente me siento avergonzado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Las condiciones de mi vida son excelentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Comúnmente me siento nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Casi siempre me siento activo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO G. Formato de aplicación Instrumento: Inventario de Depresión de Beck

Escoja la respuesta adecuada según cómo se sintió usted la semana pasada.

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida?	SI	NO
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO
3. ¿Siente usted que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se aburre usted a menudo?	SI	NO
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?	SI	NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)?	SI	NO
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI	NO
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?	SI	NO
12. De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil?	SI	NO
13. ¿Se siente usted con mucha energía?	SI	NO
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable?	SI	NO
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?	SI	NO

ANEXO H. Evidencia publicación de artículo. Diseño y validez de contenido de instrumento: estilos identitarios en adultos mayores.

alternativas
psicología

Número 46. Febrero - Julio 2021

Diseño y validez de contenido del instrumento: estilos identitarios en adultos mayores

Lizbeth Vera Esqueda²⁷, Martha Elizabeth Zanatta Colín²⁸, Alejandra Moysén Chimal²⁹ y Aida Mercado³⁰

Facultad de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma del Estado de México

Resumen

El objetivo del presente es reportar la validez de contenido del instrumento: "Estilos identitarios en adultos mayores", sustentado en la teoría de Erikson que plantea dos tendencias, una sintónica (integridad) y otra distónica (desesperanza). Para la recolección de datos se realizó un juicio de expertos conformado por seis docentes-investigadores de la Universidad Pública. El formato de evaluación considera tres aspectos: pertinencia, saturación y redacción con dos opciones de respuesta: si o no cumple con el criterio. Se realizó un análisis estadístico con la prueba binomial, el cual arroja que 13 ítems evaluados en el factor de integridad y 9 en el de desesperanza cumplen con los tres criterios. Por tanto, el instrumento cumple con validez de contenido en 22 de los 61 reactivos propuestos.

Palabras clave: validez de contenido, estilos identitarios, adultos mayores

²⁷ UAEMéx. FaCICo. Correo electrónico: veraesqueda@hotmail.com

²⁸ UAEMéx. FaCICo. Correo electrónico: elizatt12@hwi.com

²⁹ UAEMéx. FaCICo. Correo electrónico: amoy seno@uaemex.mx

³⁰ UAEMéx. FaCICo. Correo electrónico: aidamercadom@gmail.com

ANEXO I. Evidencia envío de artículo. Evidencia de validez referida en la estructura interna de instrumentos sobre estilos identitarios.

REVISTA
IBEROAMERICANA
DE PSICOLOGÍA Y SALUD

NÚMERO ACTUAL NÚMEROS ANTERIORES COMITÉ EDITORIAL AVANCE ONLINE INDEXACIÓN ENVÍO

English Español

Envío Manuscrito Código asignado: 311hrc56

Verifique que los datos mostrados son correctos.

Enviar Modificar

MENÚ

- Autores
- Normas publicación
- Envío originales
- Estado de mi artículo
- Modificaciones
- Revisores

ARTÍCULO Ver Manuscrito PDF

Título en español: Evidencia de validez referida en la estructura interna de instrumentos sobre estilos identitarios
 Título abreviado: Validez de instrumentos sobre estilos identitarios
 Título en inglés: Evidence of validity referred to in the internal structure of instruments on identity styles
 Palabras clave: evidencia de validez, estructura interna, estilos identitarios

To: Lizbeth Vera Esqueda

Estimado/a colega:

Por la presente, acusamos recibo de su manuscrito, cuya referencia aparece debajo, remitido para su posible publicación en "Revista Iberoamericana de Psicología y Salud". Le agradecemos que haya elegido nuestra revista como medio de publicación de sus trabajos.

Puede consultar el estado de su artículo desde <http://articulos.rips.cop.es/enlaces2/estado.aspx> introduciendo el código que le proporcionamos al final de este mail.

Atentamente le saluda,

Ramón G. Cabanach
Director

175/2021 Evidencia de validez referida en la estructura interna de instrumentos sobre estilos identitarios
Código: 311hrc56

Revista Iberoamericana de Psicología y Salud (RIPS)
Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos
Conde de Peñalver 45, 5ª planta izquierda
28006 Madrid (España)
Tel.: +34 91 444 90 20
E-mail: rips@cop.es
www.rips.cop.es