



UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO



Campus Celaya-Salvatierra
División de Ciencias de la Salud e Ingenierías
Doctorado en Ciencias de Enfermería

Efecto de una intervención psicoeducativa en las respuestas
ineficaces de adaptación al proceso del envejecimiento en
adultos maduros

Tesis

Que para obtener el grado de:
Doctor en Ciencias de Enfermería

Presenta:

MCE. Ana Laura Carrillo Cervantes

Director de Tesis:

Dra. Norma Elvira Moreno Pérez

Codirectores:

Dr. Héctor Daniel Vega Macías

Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto

Celaya, Guanajuato, enero, 2018.

Agradecimientos

A las autoridades de la Universidad Autónoma de Coahuila y directivos de la Facultad de Enfermería U.S., por los apoyos otorgados para la realización de mis estudios de doctorado.

Al Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP), por la beca proporcionada para la realización de mis estudios y tesis doctoral.

A las autoridades del Campus Celaya-Salvatierra, División de Ciencias de la Salud e Ingeniarías de la Universidad de Guanajuato, por mantener el programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería en el padrón de excelencia CONACyT.

A mi directora de tesis y tutora, Dra. Norma Elvira Moreno Pérez, gracias doctora por compartir sus conocimientos, por su disponibilidad, apoyo, guía y por haber sido parte importante durante mi formación en el doctorado.

Al Dr. Daniel Vega Macías, gracias por haber confiado en mi capacidad para realizar el presente trabajo, por compartir sus conocimientos y por estar disponible en todo momento que necesité de su apoyo y guía.

Al Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto, por su apoyo y guía durante mi formación en el doctorado.

A la Dra. María de los Ángeles Villarreal Reyna, Catedrático Investigador de la Facultad de Enfermería U.S. de la Universidad Autónoma de Coahuila, gracias por su apoyo incondicional y por compartir conocimiento y experiencias conmigo.

A la Maestra María Magdalena Delabra Salinas, Lic. Erika Ramos Cabrera y ELE. Maricruz Orozco Míreles, por su apoyo en la realización del programa Adáptate.

A los Maestros María Ascensión Tello García, Cecilia Mazatán Ochoa, Daniel Sifuentes Leura y José Luis Nuncio Domínguez, por su apoyo incondicional para poder realizar este proyecto.

A los directivos del Centro Polivalente de la Universidad Autónoma de Coahuila, por permitir la realización del estudio en sus instalaciones y por el apoyo e interés brindado durante todo el proyecto.

A Daniel Sifuentes Leura, Ruth Angélica Rivera Landa, Antonio Yam Sosa y Brenda Lizeth Cuevas Jaimes por compartir conmigo sus conocimientos y amistad.

A los adultos maduros que se interesaron en participar en el proyecto, gracias por su contribución al estudio.

Dedicatoria

A Jesús Rosales Cadenas, Valeria, Laura y Andrea Rosales Carrillo, mi hermosa familia, por su amor, paciencia y acompañamiento, lo cual me impulsó en los momentos difíciles y me ayudó a llegar hasta el final. Sin ustedes no lo hubiera logrado.

A Felipe y a mi hermana Paty, por su apoyo incondicional, consejería y amor, por su acompañamiento desde el inicio hasta el final de este proyecto, por apoyarme siempre y ayudarme a llevar a cabo todos mis sueños e impulsarme para lograrlos.

A mis hermanos Rubén, Arturo, Javier, Rosy y Lety; a sus esposos (as) y a mis sobrinos quienes me han inundado la alegría de vivir y aún en la distancia siempre han estado conmigo.

A mi hermana por decisión Gaby González Azpeitia, por todo su apoyo y acompañamiento en los momentos fáciles y difíciles de mí vida.

A mi padre, ejemplo de honestidad y trabajo arduo; a mi madre, ejemplo de vida, quien, con sus enseñanzas, su tenacidad, orgullo, solidaridad y amor inagotable me acompañó y acompañará siempre por el resto de mi vida. Estén donde estén los amaré por toda la eternidad.

Este logro se lo debo a todos, nunca acabaré de agradecerles lo que, por ustedes ahora soy.

Resumen

Introducción. Las respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento constituyen un factor de riesgo para la presencia de problemas de salud. Objetivo: Evaluar el efecto de una intervención psicoeducativa en las respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento en adultos maduros. Metodología: Diseño cuasiexperimental con dos grupos, experimental ($n_1=32$) y comparación ($n_2=31$). La muestra fue determinada para comparación de proporciones para grupos independientes, error máximo aceptable 5%, 95% de confianza y 95% de potencia, se consideró una tasa de atrición de 36%. La intervención se sustentó en el modelo de adaptación de Roy con una duración de 10 sesiones, una por semana, fue diseñada por profesionales de la salud e implementada por enfermería. Se utilizaron dos instrumentos: Cuestionario de estereotipos negativos hacia el envejecimiento y Escala de ansiedad ante el envejecimiento. Resultados: la intervención fue efectiva para disminuir los estereotipos negativos en adultos maduros, se encontró que las personas que participaron en la intervención mostraron una diferencia significativa en la media contrastada con el grupo comparación ($t=-15.69$, $p<0.05$). Para la variable de ansiedad ante el envejecimiento, se encontró una reducción significativa ($z=-4.93$, $p<0.05$) en la medición uno ($Md=77.50$) comparada con la dos ($Md=37.44$). Se mantuvo un efecto significativo hasta la medición de seguimiento en la disminución de estereotipos negativos hacia el envejecimiento ($\Lambda=0.121$; $F_{(3, 62)}=218.69$; $p=0.000$; $\eta^2=0.879$) y hubo una diferencia estadísticamente significativa al comparar las tres mediciones de ansiedad ante el envejecimiento ($X^2(2, n=63)=66.31$, $p=0.000$). Los adultos maduros que participaron en la intervención mostraron un efecto positivo en las respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento.

(Intervención psicoeducativa, Estereotipos negativos, Ansiedad ante el envejecimiento, Adulto maduro).

Summary

Introduction: The Ineffective response towards the process of adaptation to aging constitutes a factor of risk for the presence of health problems. **Objective:** To evaluate the effect of a psychoeducational intervention on the inadequate responses towards the process of adaptation to aging in elders. **Methodology:** Quasi-experimental design with two samples, experimental ($n_1=32$) and comparative ($n_2=31$). The simple was determined for the comparison of proportions for independent samples, maximum error acceptable 5%, 95% confidence and 95% potency, an attrition rate of 36% was considered. The intervention was sustained on Roy's adaptation model with a duration of 10 sessions, one per week, designed by health professionals and implemented by nursing professionals, two instruments were used: Negative stereotypes towards aging questionnaire and Anxiety towards aging scale. **Results:** the intervention was effective in the decrease of negative stereotypes in elders; it was found that the persons who participated in the intervention, showed a significant difference in the mean, when paired with the comparison group ($t=-15.69$, $p<0.05$). For the anxiety towards aging variable, a significant reduction was found ($z=-4.93$, $p<0.05$) on measurement one ($Md=77.50$), compared with measurement two ($Md=37.44$). A significant effect was sustained until the follow-up measurement, in the decrease of negative stereotypes towards aging ($\lambda=0.121$; $F_{(3, 62)}=218.69$; $p=0.000$; $\eta^2=0.879$) and there was a statistically significant difference when comparing the three measures of anxiety between aging ($X^2(2, n=63)=66.31$, $p=0.000$). The elders who participated in the intervention showed a positive effect in the ineffective adaptation responses towards the aging process.

(Psychoeducational intervention, negative stereotypes, Anxiety towards aging, Elder).

ÍNDICE

ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICAS	xiii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	4
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
IV. MARCO TEÓRICO	18
4.1 Respuestas ineficaces de adaptación, desde el Modelo de Adaptación de Roy (MAR)	18
4.2 Adulto Maduro	34
4.3 La psicoeducación como cuidado de enfermería	37
V. HIPÓTESIS	40
VI. OBJETIVO	41
6.1 Objetivo general	41
6.2 Objetivos específicos	41
VII. METODOLOGÍA	42
7.1 Tipo y diseño de estudio	42
7.2 Límites de tiempo y espacio	43
7.3 Universo	43
7.4 Muestra (tipo y tamaño)	43
7.5 Criterios de Elegibilidad	45
Inclusión	45

Eliminación	45
7.6 Variables	45
7.7 Instrumentos	46
Cédula de datos sociodemográficos y de convivencia con adultos mayores	46
Cuestionario de estereotipos negativos hacia el envejecimiento (CENVE)	46
Escala de Ansiedad ante el envejecimiento (EAE).	48
7.8 Procedimientos	50
Procedimiento del diseño de la Intervención “Adáptate al proceso de envejecimiento”	50
Procedimiento del estudio	50
7.9 Tratamiento del grupo experimental programa psicoeducativo “Adáptate al proceso de envejecimiento”	51
7.10 Tratamiento grupo comparación	52
7.11 Minimización de las amenazas a la investigación	52
7.12 Medidas para evitar las pérdidas de los participantes	53
7.13 Formación de equipos y entrenamiento de los colaboradores de investigación	54
7.14 Análisis estadístico	55
7.15 Recursos Humanos, materiales y financieros	57
Recursos Humanos	57
Recursos Materiales	58
Recursos Financieros	58
7.16 Consideraciones éticas y legales	58
VIII. RESULTADOS	61
IX. DISCUSIÓN	92
X. CONCLUSIONES	98

Limitaciones	99
RECOMENDACIONES	101
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
BIBLIOGRAFÍA	113
ÁPENDICES	115
Apéndice 1. Diseño de Intervención	116
Apéndice 2. Cronograma	127
Apéndice 3. Variable Dependiente	128
Apéndice 4. Variables Descriptivas	129
Apéndice 5. Cédula de Identificación	135
Apéndice 6. Presupuesto	144
Apéndice 7. Consentimiento Informado	145
ANEXOS	148
Anexo 1. Muestra	150
Anexo 2. Aprobación Comité Investigación	151
Anexo 3. Aprobación Comité Bioética	152
Anexo 4. Mini Mental de Folstein (MMSE)	153
Anexo 5. Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, Radolff, 1977)	155
Anexo 6. Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE)	157
Anexo 7. Escala de Ansiedad ante el Envejecimiento	159

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representación del sistema de adaptación humano	26
Figura 2. La persona vista como un sistema humano de adaptación	32
Figura 3. Esquema final de la intervención	33
Figura 4. Diagrama de progresión de los participantes a través de la intervención	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diseño cuasi-experimental con dos grupos y tres mediciones	43
Tabla 2. Características sociodemográficas por grupo experimental y comparación	63
Tabla 3. Características de Convivencia en el hogar con el adulto mayor por grupo experimental y comparación	65
Tabla 4. Características de Convivencia en el trabajo con el adulto mayor por grupo experimental y comparación	67
Tabla 5. Confiabilidad interna de los instrumentos	68
Tabla 6. Comparación de medias de medición base por grupos de Estereotipos negativos hacia el envejecimiento y Ansiedad ante el envejecimiento	69
Tabla 7. Comparación de medias de medición base por grupo de variables sociodemográficas y de convivencia con PAM	69
Tabla 8. Datos descriptivos de los estereotipos negativos y ansiedad ante él envejecimiento	73
Tabla 9. Estadística descriptiva y resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S) y Shapiro- Wilk para los estereotipos negativos y ansiedad ante él envejecimiento	80
Tabla 10. Prueba t de Student para la dimensión de estereotipos negativos hacia el envejecimiento medición inicial y medición final	82
Tabla 11. Prueba t de Student para la dimensión de ansiedad ante el envejecimiento medición inicial y medición final	83
Tabla 12. Prueba t de Student para la dimensión de estereotipos negativos por grupos en la medición final	84
Tabla 13. Prueba t de Student para la dimensión de ansiedad ante el envejecimiento por grupos, medición final	85

Tabla 14. Prueba de Wilcoxon para estereotipos negativos hacia el envejecimiento en el grupo experimental en la medición inicial y medición final	86
Tabla 15. Prueba de Wilcoxon para ansiedad ante el envejecimiento en el grupo experimental en la medición inicial y medición final	86
Tabla 16. Prueba de Mann-Withney para estereotipos negativos hacia el envejecimiento en el grupo experimental y comparación en la medición final	87
Tabla 17. Prueba de Mann-Withney para ansiedad ante el envejecimiento en el grupo experimental y comparación de la medición final	87
Tabla 18. Datos descriptivos y ANOVA de Estereotipos negativos por grupo y tiempo	89
Tabla 19. ANOVA de mediciones repetidas para Estereotipos negativos hacia el envejecimiento	89
Tabla 20. Friedman para ansiedad ante el envejecimiento	91

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Estereotipos negativos hacia el envejecimiento. Comportamiento de medias de sujetos por tiempo y grupo	74
Gráfica 2. Ansiedad ante el envejecimiento. Comportamiento de medias de sujetos por tiempo y grupo	75
Gráfica 3. Estereotipos negativos hacia el envejecimiento. Comportamiento de medias por tiempo y grupo (porcentaje)	76
Gráfica 4. Ansiedad ante el envejecimiento. Comportamiento de medias por tiempo y grupo (porcentaje)	77
Gráfica 5. Estereotipos negativos hacia el envejecimiento. Comportamiento de medias por tiempo y grupo	78
Gráfica 6. Ansiedad hacia el envejecimiento. Comportamiento de medias por tiempo y grupo	78

I. INTRODUCCIÓN

La presencia de respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento manifestadas a través de los estereotipos negativos y ansiedad ante el envejecimiento constituyen un factor de riesgo para que se presenten problemas de salud durante la etapa del envejecimiento, situación que se complica dado el número de personas adultas mayores (PAM) que existen en la actualidad. El número de PAM se ha incrementado por diversas causas entre ellas: el aumento de esperanza de vida que a nivel nacional es de 75.2 años en el 2016, el monto de la población de 60 y más años (edad establecida para considerar a un PAM en México en la Ley de los derechos de las personas adultas mayores), es de 12.4 millones y representa 10.40% de la población total. En las últimas décadas, este porcentaje ha ido aumentando, y de acuerdo con las proyecciones de población que estima el Consejo Nacional de Población (CONAPO)¹, aumentará 14.80% en 2030, lo que significa un monto de 20.4 millones.

Estos cambios demográficos se llevarán a cabo en muy corto tiempo en países en desarrollo, como es México², resultando que en un corto tiempo la cantidad de personas en etapa de envejecimiento sea abrumadora y como una posible consecuencia, que su percepción social no sea del todo favorable.

A medida que la demografía de la población cambia, es cada vez más urgente que los investigadores entiendan el origen y el mantenimiento de la discriminación por edad, y especialmente las formas de reducirlos. Por tal motivo las investigaciones relacionadas con los estereotipos negativos y la ansiedad ante el envejecimiento han tomado importancia.

Existen investigaciones que muestran que los estereotipos negativos hacia el envejecimiento tienen impacto en la conducta, salud y futuro de las

personas³⁻⁷, que pueden convertirse en la profecía de autocumplimiento a través de su influencia en la salud mental, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)².

También se menciona que, aunque se tomen medidas compensatorias, es difícil, conseguir un envejecimiento saludable si los estereotipos negativos se comparten en todo el grupo social al que pertenecen ⁸⁻¹⁰, lo cual trae como consecuencia que los sujetos presenten respuestas ineficaces que no les permitan una adaptación positiva hacia el proceso de envejecimiento.

La percepción social no favorable del proceso de envejecimiento puede ser percibida por todas las personas independientemente de su edad, sin embargo, en la etapa del adulto maduro, esta percepción puede empeorar debido a la presencia de crisis de carácter psicológico, emocional y social, entre otras.

La presencia de estereotipos negativos y ansiedad ante el envejecimiento afecta negativamente al rendimiento de los adultos mayores en el funcionamiento cognitivo y el rendimiento de conducción^{3,11}. Afecta la percepción de la salud, aumenta la percepción de la soledad y comportamientos de dependencia¹² y menor voluntad de vivir¹³. También se ha demostrado que se asocia con la depresión y el bienestar¹⁴, aumenta el riesgo de hospitalización durante un período de diez años¹⁵, aumenta la respuesta cardiovascular a estrés⁵, influye negativamente en la recuperación de eventos cardiovasculares¹⁶, e incluso se asocia con mayor evidencia de patología de Alzheimer como mayor pérdida de volumen hipocampal y mayor acumulación de ovillos neurofibrilares y placas amiloides¹⁷. Todas estas complicaciones se vuelven un área de oportunidad para que los profesionales de enfermería implementen cuidados preventivos para favorecer el envejecimiento saludable y mejorar la calidad de vida de las personas.

Según Roy⁵, los modos o respuestas ineficaces de adaptación a los cambios en las diferentes etapas de vida, son consideradas como las respuestas o conductas negativas a los estímulos ambientales, que no promueven la integridad ni contribuyen a los objetivos de adaptación y la integración de las personas con la tierra. Es decir, pueden, en la situación inmediata o si se prolongan durante un período prolongado, amenazar la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el dominio o la transformación de las personas y el entorno del sistema humano. Un ejemplo de las respuestas ineficaces de adaptación al proceso del envejecimiento es la presencia de estereotipos negativos y ansiedad ante el envejecimiento.

Para modificar las respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento es recomendable implementar intervenciones que cambien los estereotipos negativos y la ansiedad ante el envejecimiento, a través de la modificación de pensamientos y creencias negativas promoviendo así respuestas adaptativas que le permitan transitar hacia el envejecimiento de manera eficaz.

En base a lo mencionado anteriormente, se planteó el propósito de la presente investigación, que fue el de diseñar, implementar y evaluar el efecto de una intervención psicoeducativa en las respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento en adultos maduros, teniendo como referencia en modelo de adaptación de Roy. Se utilizó un diseño cuasiexperimental con grupo experimental y comparación con mediciones repetidas, el presente documento describe de manera específica las etapas del proyecto de investigación.

II. JUSTIFICACIÓN

El ser humano es un ser bio-psico-social, por lo que su abordaje debe ser a través de enfoques multidisciplinarios en todas sus etapas de vida. El envejecimiento, como etapa de vida, se debe considerar un proceso personal y único y no deberían generalizarse sus características. También es uno de los principales retos a los que se enfrentará la sociedad y el sector salud mexicano durante la primera mitad de este siglo¹⁷.

El cambio en las estructuras por edades de las sociedades y el incremento relativo de la población en edades avanzadas, que inició a mediados de los noventa, continuará durante toda la primera mitad del siglo XXI, primero a un ritmo moderado y después en forma más acelerada, hasta alcanzar 28 por ciento de la población en el año 2050¹⁷.

Esta modificación en los grupos de edad también representa un reto importante para el grupo que antecede al de los adultos mayores, el cual es denominado de muchas formas, algunos autores lo nombran: mediana edad, edad presenil o adultez intermedia, adulto maduro, o solo adultez, entre otros nombres; de igual forma el rango de edad no es claro puede ir de los 35 a los 64 años según sea la referencia^{18,19}, para la presente investigación se le denominará adulto maduro y el rango de edad considerado es de los 40 a los 59 años de edad¹⁸.

Un aspecto relevante de los adultos maduros es que en México es un grupo poblacional grande. En el año 2014 el total de la población era de 119, 713, 203, de los cuales 17, 441, 220 (15%) se encontraban entre los 40 a 59 años. Se proyecta que para el 2030 esta cifra se eleve a 137, 481, 336 mexicanos de los cuales 23, 947, 588 (17%) sean adultos maduros^{20, 21}.

De igual forma, Coahuila en el año 2014 contaba con una población total de 2, 925, 593, de los cuales 436, 678 (15%) se encontraban en el grupo de edad de los 40 a los 59 años y 143, 276 (32%) habitaban en la Cd. de Saltillo, convirtiéndola en la ciudad más poblada del estado. Se proyecta, que para el 2030 la población total se eleve a 3, 427, 879, de los cuales 606, 311 (18%) se encontrarán entre los 40 a 59 años y de estos radicarán en la Cd. de Saltillo 209, 953 (35%)^{20, 21}.

La etapa de adulto maduro se caracteriza porque es la antesala a la vejez, en el cual el individuo se enfrentará a los cambios normales del proceso de envejecimiento; si el adulto maduro posee estereotipos negativos y ansiedad ante el envejecimiento, puede presentar respuestas ineficaces de adaptación a este proceso.

El adulto maduro puede tener la creencia de que los adultos mayores poseen incapacidad física, psíquica y la enfermedad como sinónimo de vejez¹³, así como el miedo y un desajuste emocional a su propio envejecimiento⁸, lo cual se puede manifestar a través de conductas para evitar o evadir el proceso de envejecimiento.

Todo lo anterior hace que los adultos maduros consideren el envejecimiento como un proceso negativo generando una serie de prejuicios y teniendo una imagen negativa de este período considerándolo como una época de decadencia, inactividad, pérdidas y presencia de enfermedades y discapacidad, lo cual favorece tener respuestas ineficaces de adaptación.

Las respuestas ineficaces de adaptación son todos aquellos comportamientos que no contribuyen a la integridad y adaptación del individuo⁵. Para efectos de este proyecto se consideran a todas aquellas conductas que no le permiten al adulto maduro adaptarse a los cambios normales del proceso de envejecimiento y se pueden manifestar a través de

la presencia de estereotipos negativos, así como ansiedad ante el envejecimiento.

En cuanto a los estereotipos negativos, son imágenes erróneas que se van adquiriendo con el paso de los años. Si esta imagen se mantiene a lo largo de la vida, se va fortaleciendo y se convierte en estereotipos sociales⁴. Los cuales, son ideas erróneas acerca de un fenómeno, grupo social u objeto, estos pueden ser definidos como juicios, opiniones o creencias generalizadas acerca de rasgos o características físicas, psicológicas, sociales y de salud de la mayoría de los sujetos que pertenecen a un grupo y tienden a ser resultado de simplificaciones, de las que desconocemos su veracidad o falsedad y se basan muchas veces en informaciones ambiguas e incompletas²²⁻²⁴. Son una imagen mental que se establece culturalmente y por tanto está sujeto a los cambios sociales, ideológicos²⁴ y ponen de manifiesto procesos cognitivos y conductuales.

Los estereotipos muestran dos funciones en el ámbito social, la primera de ellas se basa en los modelos motivacionales, en la cual los estereotipos justifican la propia condición o las actuaciones sobre los demás⁷. Son respuestas a factores socio ambientales generados por las diferencias de los roles sociales. La segunda función se basa en el modelo cognitivo, en el cual se dice que los estereotipos se emplean para simplificar la complejidad de las demandas cognitivas y perceptivas del ambiente, son mecanismos de ahorro de energía que sirven para simplificar las demandas cognitivas ambientales¹⁰.

Los estereotipos no son unidimensionales, sino que contienen elementos positivos y negativos sobre múltiples rasgos, como señalan entre otros Palmore¹⁴ o Cuddy y Fiske¹⁴; y con el tiempo se aceptan sin siquiera ponerlos en tela de juicio, favorecen la aparición de conductas discriminatorias ya que con el tiempo van influyendo en las creencias de las personas que las poseen⁷. Rigen muchas veces la conducta del grupo

estereotipado acorde a lo que la sociedad marca como permitida, aunque las personas no estén de acuerdo con las conductas que se les exigen.

Butler menciona, que el contenido de los estereotipos subyace a un miedo y rechazo al envejecimiento, a la capacidad de aceptar el proceso de envejecimiento como una etapa más de la vida, lo que causa una continua contradicción con los valores narcisistas y eficientes de la juventud⁶.

Una variable que puede predecir la presencia de estereotipos hacia el envejecimiento es la ansiedad hacia el envejecimiento, la cual se define como la preocupación y la previsión de pérdidas físicas, mentales y personales adversos durante el proceso de envejecimiento. Lasher, Faulkender⁸ y Rivera²⁵ et al., han sugerido que la ansiedad podría mediar la relación entre los comportamientos hacia el envejecimiento y la adaptación al propio proceso del envejecimiento^{8, 25}.

Con respecto a la ansiedad hacia el envejecimiento, es considerada como una combinación de anticipación de pérdidas y preocupación hacia el futuro centrados alrededor del proceso de envejecimiento ^{5,8, 25}.

Como señala Callista Roy⁵, es importante identificar la presencia de respuestas ineficaces al proceso de envejecimiento de manera anticipada ya que si se identifican de manera previa a la etapa de adultos mayores se pueden implementar acciones para favorecer respuestas adaptativas ante el envejecimiento y el tránsito a la siguiente etapa de vida se realizará de manera favorable.

Se considera que la presente investigación atiende las demandas realizadas por organismos internacionales, nacionales y leyes que promulgan la no discriminación y el reconocer la importancia del grupo de adultos mayores²⁶⁻²⁸, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, la no discriminación por cualquier motivo o condición social²⁸,

la dignidad de las personas²⁷, así como atender los cinco principios de las Naciones Unidas: dignidad, independencia, autorrealización, participación y cuidados asistenciales²⁸.

A continuación, se presenta el marco empírico que sustenta la presente investigación, se ordena de acuerdo con las dimensiones que conforman la variable de estudio, que son los estereotipos negativos, después ansiedad ante el envejecimiento y al final los reportes de intervenciones realizadas en estas dimensiones.

Sobre los estereotipos negativos hacia el envejecimiento:

Ramírez y Palacios-Espinosa²⁹ en el 2016 exploraron la relación entre los estereotipos negativos y la ansiedad hacia el envejecimiento en 215 adultos encontrando que los estereotipos negativos predijeron significativamente más ansiedad hacia el envejecimiento.

Menéndez, Cuevas-Toroa, Pérez-Padilla y Lorence³⁰, en el 2015 realizaron una investigación cuyo propósito fue examinar las relaciones de los estereotipos viejistas con indicadores sociodemográficos en 350 jóvenes y adultos. Encontraron que la puntuación media del CENVE fue 33.97 (DE = 7.63). El cálculo de los percentiles 25 y 75 mostró que el 26.60% de los participantes obtenían resultados superiores a 40. Los contrastes post-hoc indicaron que las diferencias venían definidas por unas puntuaciones más bajas en los participantes con un nivel de formación alto (\bar{X} = 31.01; DE = 6.97), en los sujetos de más edad (45-59 años) esta tendencia se invertía y eran las mujeres las que tenían puntuaciones más elevadas.

Larraz³¹, en 2013 encuestó a 175 sujetos, encontrando presencia de estereotipos negativos hacia el envejecimiento en la población, donde el 70.90% obtuvo presencia de estereotipos negativos bajos a muy bajos y solamente el 29.10% obtuvo alta presencia de estereotipos.

En el año 2012 Lasagni³² et al., encontraron que existen estereotipos negativos hacia el envejecimiento en 965 adultos mayores Latinoamericanos y que su presencia se asoció significativamente con nivel de escolaridad y ocupación.

En resumen, para la dimensión de estereotipos negativos hacia el envejecimiento se puede decir que la presencia de estereotipos ha sido abordada en poblaciones de jóvenes universitarios y adultos mayores y que se encontró relación de estos con el nivel de escolaridad y ocupación.

Sobre la ansiedad ante el envejecimiento:

Shu, Choi³³, en el 2013, realizaron un estudio para identificar la ansiedad ante el envejecimiento y los factores que influyen en su presencia en 956 adultos de mediana edad (40-50 años). Encontraron que el promedio de los niveles de ansiedad fue del 59.54, DE=7.42; las variables con las que se encontró una diferencia significativa fueron el género, edad, estado civil, religión, el nivel de escolaridad, la ocupación, el nivel de salud percibido y la experiencia de vivir con PAM. Las variables que explican en un 11% las presencias de ansiedad fueron: la edad, religión, el nivel de escolaridad, la percepción de la salud.

Serrani-Azcurra³⁴, en 2012, estudió la relación entre la ansiedad hacia el envejecimiento y las actitudes ageístas en 144 estudiantes universitarios, encontró que la ansiedad se correlaciona positivamente con el ageísmo y negativamente con los conocimientos, que actúa como mediadora entre la experiencia individual con adultos mayores y las actitudes hacia el envejecimiento.

Allan y Johnson³⁵ en 2008, realizaron un estudio en 113 estudiantes universitarios, encontrando que la ansiedad fue menor en los participantes que tenían contacto diario con personas mayores en el trabajo, y mayor en

los participantes que tenían contacto diario en casa, que la ansiedad produce estereotipos negativos hacia el envejecimiento. Encontraron que el género, edad y ansiedad son variables explicativas de los estereotipos y que el contacto en casa y trabajo con adultos mayores son variables explicativas para la ansiedad.

En resumen, se encontró que la ansiedad se correlaciona de manera positiva con los estereotipos y que a su vez se relaciona con el género, la edad, estado civil, religión, el nivel de escolaridad, la ocupación, el nivel de salud percibido y la experiencia de vivir con PAM. La ansiedad ante el envejecimiento produce estereotipos negativos hacia el envejecimiento.

Sobre estudios relacionados con intervenciones:

Blanco-Molina y Pinazo-Hernanids³⁶ en 2016, realizaron una intervención cuyo objetivo fue medir el cambio en los estereotipos antes y después de exponerse a visiones positivas del proceso del envejecimiento en 187 estudiantes, los cuales fueron expuestos a partir de un corto-documental, a través de la exposición indirecta. Se encontraron diferencias significativas entre las medidas pre y post en el CENVE ($t(156) = 7.872, p.001, CI [2.34, 3.91]$), indicando el efecto esperado en el cambio de los puntajes de la escala al ver el corto-documental sobre envejecimiento activo. Se encontró una correlación positiva ($r = 0.33, p = 0.01$) entre la puntuación del postest del CENVE y si las personas convivían con una persona mayor. Los participantes que vivían con una persona mayor tenían mayor puntuación en la escala CENVE, es decir, puntuaban más alto en prejuicio hacia las personas mayores además del temor por la vejez.

Rittenour y Cohen³⁷ en el 2016, realizaron una intervención basada en la simulación de la progresión de la edad propia y extraña sobre la presencia de estereotipos negativos y ansiedad ante el envejecimiento. Encontraron que las mujeres tuvieron más sentimientos positivos en comparación con

los hombres. La simulación del propio envejecimiento aumenta la presencia de los estereotipos negativos. Este experimento prueba el efecto de una simulación de progresión en la vejez sobre la ansiedad y las percepciones del envejecimiento de adultos jóvenes (N = 139) sobre los adultos mayores como un grupo social.

En el 2015, Sarabia y Castañedo³⁸, exploraron la modificación de estereotipos y mitos sobre la vejez en 76 estudiantes de enfermería antes y después de impartir la asignatura de enfermería del envejecimiento, encontraron que la prevalencia del estereotipo negativo global y por dimensiones disminuyó. Se confirmaron diferencias significativas para los tres factores, así como para la puntuación global.

McCleary, en el 2014³⁹, realizó una intervención con el uso de películas y documentales de personas adultas mayores y el aprendizaje intergeneracional, donde encontró que los estudiantes incrementaron sus actitudes positivas hacia el envejecimiento en la medición posttest en comparación con el pretest.

Huei-Lih, Hsiu-Hung, Huey-Shyan⁴⁰, en el 2013, realizaron una intervención con estudiantes de enfermería, la cual se administró en una sesión de 60 minutos por semana durante dieciséis semanas, encontraron como resultados que la actitud del cuidado mejoró después de la intervención, manteniéndose en las mediciones de seguimiento.

Campos y Salgado⁴¹ en 2013, realizaron una intervención que implicó contacto práctico con adultos mayores en ocho mujeres y tres hombres estudiantes de psicología, encontraron que existe diferencia estadísticamente significativa en los puntajes de estereotipos negativos en la primera y segunda medición.

Wurtele y Maruyama, en el 2013⁴², realizaron una intervención en 129 estudiantes, encontrando que hubo un cambio estadísticamente significativo en la dimensión de estereotipos negativos hacia el envejecimiento. La intervención consistió en que los participantes reflexionaran acerca de la presencia de creencias negativas a través de la identificación de las más comunes y la participación en un foro de discusión posteriormente de tener los resultados.

Butler y Baghi⁴³, en 2008, realizaron una intervención con una duración de tres meses. Las sesiones se realizaban una vez a la semana por 20 minutos en las cuales convivían los estudiantes con adultos mayores. Los resultados mostraron cambios significativos en la escala de actitud de los estudiantes hacia el envejecimiento.

En resumen, las intervenciones muestran que son efectivas en la disminución de estereotipos negativos y ansiedad ante el envejecimiento, se han abordado estrategias de diversos tipos como son: conocimientos acerca del envejecimiento, el contacto con adultos mayores, las reuniones intergeneracionales, sin embargo, no se encontraron intervenciones en la población de interés.

El vacío del conocimiento se encuentra precisamente en esta vertiente, el acceso a los adultos maduros es una oportunidad para la investigación, ya que es una población que se ha mantenido sin ser estudiada, otros factores importantes para la relevancia disciplinar fueron el abordaje teórico ya que no se encontraron intervenciones con el referente teórico de sor Callista Roy, el diseño cuasiexperimental con grupo comparación y mediciones repetidas, la psicoeducación como estrategia de abordaje de enfermería, así como el diseño, implementación y evaluación de intervenciones psicoeducativas por parte de profesionales de enfermería.

Los beneficios obtenidos con la realización de la presente investigación fueron de manera particular para la disciplina ya que permitió a los profesionales de enfermería, específicamente a los investigadores, la oportunidad generar conocimiento acerca del fenómeno de estudio en el contexto sociohistórico del sujeto de estudio. También permitió la implementación de intervenciones de enfermería novedosas en el objeto de estudio, y abordando al sujeto en ciclos de vida que no habían sido abordados.

En el ámbito social, los beneficios fueron, de primera instancia, hacia los adultos maduros a través de la implementación de programas que favorecieron de manera anticipada la modificación de conductas de riesgo para prevenir complicaciones relacionadas con el proceso de envejecimiento. En una segunda instancia se espera un beneficio en el futuro a favor de los adultos mayores, ya que, al modificar conductas de riesgo en la etapa previa al envejecimiento, su transición hacia este será en mejores condiciones, favoreciendo así el envejecimiento exitoso y mejorando la calidad de vida.

Esta investigación contribuye a la construcción y/o reconstrucción del concepto del envejecimiento, favoreciendo una visión positiva del mismo por parte de los adultos maduros, coadyuvando así a la adaptación y transición adecuada a la etapa de la vejez.

De la misma manera, permitió establecer líneas de investigación en el área del cuidado anticipado de enfermería en el envejecimiento exitoso (nombrado por la OMS), en el cual la persona adulta mayor debe ser partícipe de su salud manteniendo una alta capacidad cognitiva y funcional, ausencia o baja probabilidad de enfermedad (control de las enfermedades) y un activo compromiso con la vida (participación social).

Se consideró un proyecto viable y factible ya que se pudo acceder a la población seleccionada, así mismo el investigador principal se capacitó en la técnica de abordaje propuesta en este proyecto que es la terapia cognitivo conductual a través del uso de la psicoeducación, además de contar con experiencia en el manejo de grupos en investigación ya que participó como facilitador responsable y facilitador colaborador en proyectos de investigación de diferentes líneas de generación y aplicación del conocimiento (LGAC) en enfermería y en tesis de doctorado en enfermería. También se contó con el tiempo suficiente para dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteada, los recursos fueron absorbidos por el investigador principal.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento ha producido un cambio demográfico, tan rápido, que hoy México se encuentra ante la necesidad de atender los efectos del alto crecimiento poblacional del pasado y de dar respuesta a las necesidades institucionales y sociales para poder encarar los desafíos actuales y futuros. Este proceso seguramente influirá de distintas maneras y formas en la sociedad, la economía, la política, la cultura y la salud¹⁷. Así mismo, demandará atención de profesionales de salud, entre ellos profesionales de enfermería altamente capacitados y sensibilizados para el trabajo con las PAM.

El número y proporción de la población de edades avanzadas aumenta con respecto a los otros grupos de edad, en un proceso que finalmente supone una estructura de población perennemente envejecida⁴⁴. El envejecimiento es un fenómeno inevitable y la mejor forma de enfrentarlo es, en principio, aceptándolo⁴⁵.

La vejez no es solo una cuestión de pensiones y servicios especiales, es también un estado de ánimo condicionado en buena parte por lo que piensan los que no son viejos, en este caso a los adultos maduros, respecto del hecho de envejecer donde nadie está preparado para asumir ese hecho natural e inevitable⁴⁶. Esto trae como consecuencia que la imagen que se tiene de las personas adultas mayores o el envejecimiento en muchas ocasiones no sea del todo favorable, convirtiéndose en estímulos que no permiten que los adultos maduros se adapten al proceso de envejecimiento.

Las imágenes sociales negativas sobre las personas mayores influyen de manera importante en la desvalorización del grupo de adultos mayores y en la sobre valorización del resto de los grupos; además, las imágenes negativas hacia el envejecimiento determinan una reducción en la identificación con

el grupo de adultos mayores, es decir, la no pertenencia al grupo que se discrimina, como es el caso de los adultos maduros ²³.

Los adultos maduros al no identificarse como parte del grupo que discriminan y al presentar, como ya se mencionó, las primeras manifestaciones del proceso de envejecimiento generan respuestas ineficaces de adaptación a los cambios que están presentando.

Esto se puede manifestar por la no aceptación o evasión del proceso de envejecimiento, alteraciones de salud, alteraciones emocionales, psicológicas, convirtiéndose en un mal predictor de salud; en el ámbito a nivel social puede convertirse en una barrera política, económica y de salud, manifestándose a través de la discriminación de adultos mayores, negándoles tratamiento médico o convirtiéndose en barreras para su desarrollo.

Dentro de las consecuencias de las respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento están las afecciones a nivel físico, psicológico, emocional y pueden influir en un estado de la mente-voluntad de vivir^{10, 39}.

Todo esto favorece una pérdida prematura de independencia, mayor discapacidad, mayores índices de depresión y una mortalidad anticipada en personas que, en otras condiciones, mantendrían una vida productiva, satisfactoria y saludable^{4, 10, 46}, impidiendo así que se logre tener un envejecimiento exitoso.

Por lo anterior se considera de gran prioridad atender este tipo de problemáticas, desde el punto preventivo para poder mejorar la calidad de vida de las personas en esta etapa de vida, favoreciendo así conductas promotoras de salud anticipadas, primero en adultos maduros lo cual beneficiará con el tiempo a los adultos mayores, favoreciendo así, como lo menciona Roy⁵, la adaptación al proceso del envejecimiento.

De acuerdo con lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el efecto de una intervención psicoeducativa en las respuestas ineficaces de adaptación al proceso del envejecimiento en adultos maduros?

IV. MARCO TEÓRICO

El presente proyecto se apoya en el Modelo de Adaptación de Roy (MAR), el cual se considera adecuado para poder dar explicación a las respuestas de adaptación ante el proceso de envejecimiento a través de la modificación de estereotipos negativos y la ansiedad ante el envejecimiento. El presente capítulo describe el MAR, las características de los adultos maduros y la psicoeducación como estrategia de abordaje en la intervención de enfermería.

4.1 Respuestas ineficaces de adaptación, desde el Modelo de Adaptación de Roy (MAR)

El MAR fue propuesto por sor Callista Roy⁵ en 1963, inspirado en la Teoría General de Sistemas de Von Bertalanffy y la Teoría del Nivel de Adaptación de Helson.

Roy postula las siguientes creencias filosóficas y valores acerca de la enfermería:

- Las personas y el mundo tienen patrones comunes y relaciones integrales, que los identifican como seres únicos. La transformación de las personas y del ambiente están creados en la conciencia humana, o sea, en la capacidad que tiene cada uno de interpretar el ambiente interno y externo.
- La adaptación es el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental⁴⁷⁻⁴⁹.
- Desde su perspectiva, la persona es un sistema adaptativo holístico, en constante interacción con el ambiente interno y externo para

lograr la adaptación. De acuerdo con esto, la adaptación puede ser vista como un proceso, pero también como un resultado⁵.

- La conciencia del yo y el medio ambiente está arraigada en el pensamiento y la sensación.
- Las decisiones humanas son responsables de la integración de procesos creativos.
- Pensar y sentir median la acción humana.
- La integración de los significados humanos y ambientales da como resultado la adaptación.

De manera general, el MAR define a las personas como sistemas holísticos adaptativos compuesto por partes que funcionan como una unidad para algún propósito. Se puede adaptar al medio a través de los procesos de aprendizaje. Se reconoce que tienen pensamientos, sentimientos y capacidades, arraigadas en la conciencia y el sentido, por el que se ajustan de manera efectiva a los cambios y, a su vez, afectan el ambiente⁵.

El sistema experimenta entradas, salidas, así como procesos de control y retroalimentación. Los estímulos que recibe la persona son las entradas, los cuales provocan procesos de afrontamiento y generan las respuestas, conductas o adaptación a determinada situación, las cuales se convierten en las salidas del sistema^{47,49}.

Los estímulos se definen como todo aquello que provoca una respuesta. Pueden venir del medio externo, es decir, del medio ambiente (estímulo externo) o puede tener su origen en el ambiente interno (estímulo interno). Los estímulos son el punto de interacción con el medio ambiente y provocan una conducta o respuesta inmediata en la persona, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación⁵.

El estímulo focal Es el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona. La persona enfoca toda su actividad en el estímulo y gasta

energía tratando de enfrentarlo^{5, 47-49}. Como el entorno de la persona está en constante cambio muchos estímulos nunca se convierten en focales, es decir, nunca tienen la atención de la persona. Se es consciente de ellos solamente cuando son especialmente agradables, desagradables o que se tienen que cambiar. Cuando el individuo los reconoce como focal, está obligado a responder a ellos.

Los estímulos contextuales son los aquellos presentes en una situación y que contribuyen al efecto del estímulo focal, es decir, los estímulos contextuales son todos los factores ambientales que se presentan para el sistema de adaptación humana desde dentro o fuera, pero que no son el centro o la atención. Los estímulos contextuales son aquellos que también pueden ser identificados como los que afectan a la situación. Estos factores influirán en cómo las personas pueden tratar con el estímulo focal^{5, 47}.

Los estímulos residuales son factores desconocidos que se encuentran en el ambiente, cuyos efectos no han sido determinados. Estos pueden ser una expectativa, un valor, una actitud o una creencia, producto de una experiencia pasada. En el momento en que se conoce la forma en la que actúan o que la persona es consciente de ellos se vuelven contextuales^{5, 47, 48}.

La enfermera debe reconocer que los estímulos pueden ser internos (al interior de las personas) y externos (provenir del medio ambiente) y que los estímulos focales y contextuales cambian rápidamente. Lo que es focal de una sola vez pronto se convertirá contextual y lo que es contextual puede deslizarse lo suficiente en el fondo para convertirse residual.

Los estímulos activan los procesos de afrontamiento regulador y cognitivo, los cuales, según Roy, son los mecanismos que le permiten adaptarse a una determinada situación. Esos procesos pueden ser innatos o adquiridos y responder e influir en los cambios del entorno⁵. El subsistema de

afrontamiento regulador es mediado por el sistema nervioso autónomo y endócrino, y responde automáticamente a los estímulos^{5, 47,48}.

El subsistema de afrontamiento cognitivo está enmarcado en la consciencia y tiene relación con los procesos cognoscitivos y emocionales que le permiten a la persona interpretar la situación y afrontar los estímulos con base en el análisis de la situación, fundamentada en su experiencia y educación^{5, 47-49}. La conciencia monitorea y regula el comportamiento humano, a través del procesamiento de la información, la persona otorga un significado al estímulo, interactúa con este y alcanza los niveles más altos de integración consigo mismo y con la sociedad⁵.

Este subsistema responde mediante cuatro canales cognitivos emocionales: procesamiento de la información perceptual, aprendizaje, juicio y emoción. El procesamiento de la información incluye las actividades de atención selectiva, codificación y memoria. El aprendizaje implica la imitación el refuerzo, y la comprensión mientras que el proceso de juicio abarca actividades tales como la resolución de problemas y toma de decisiones⁵. A través de la emoción del individuo, las defensas se usan para buscar alivio de la ansiedad y para realizar una valoración y un apego afectivo⁵.

A través de estos subsistemas la persona interpreta los estímulos ambientales que percibe y genera comportamientos o respuestas que pueden ser efectivas o inefectivas; estas actúan como retroalimentación para incrementar o reducir los esfuerzos de afrontamiento^{5, 47-50}. Estas respuestas se evidencian en cuatro modos de adaptación: Fisiológico- físico, autoconcepto-identidad de grupo, función de rol y modo de interdependencia.

La categoría perteneciente a los aspectos físicos del sistema humano es denominada el modo fisiológico- físico. La parte fisiológica del modo en el

modelo de adaptación de Roy es asociada con la manera en que los individuos y los grupos interactúan como seres fisiológicos con el entorno⁵.

El segundo modo adaptativo es denominado el modo de autoconcepto de la persona. Se define como el conjunto de creencias y sentimientos que los individuos poseen sobre sí mismos en un momento dado. Se forma a partir de las propias percepciones y las percepciones de los demás, y dirige los comportamientos. Las personas desarrollan las creencias y sentimientos de sí mismos a partir de sus percepciones y de la retroalimentación del cómo los perciben los demás⁵.

Roy⁵ lo divide en el yo físico, incluida la sensación corporal y la imagen corporal; y el yo personal, que consiste en autoconsistencia, yo-ideal, y moral-ético-espiritual.

El yo físico incluye dos componentes, sensación corporal e imagen corporal. La persona se ve a sí misma con rasgos físicos, apariencia, funcionamiento, sexualidad y estados de salud y enfermedad. La sensación corporal se aplica a sentir y experimentar uno mismo como un ser físico. La imagen corporal se aplica a cómo la persona se ve a sí misma físicamente. La sensación corporal y la imagen corporal se muestran como las dos partes componentes del ser físico.

El yo personal incluye tres componentes: autoconsistencia, yo ideal, y el yo moral-ético-espiritual. La autoconsistencia se refiere a un sistema organizado de ideas acerca del yo, la persona se esfuerza por mantener una autoorganización coherente y evitar un desequilibrio. El yo ideal relacionado con lo que a uno le gustaría ser o es capaz de hacer. El yo moral-ético-espiritual incluye un sistema de creencias y una evaluación de quién es uno en relación con el universo.

El MAR describe que las personas tienen procesos vitales básicos en cada modo adaptativo. Los procesos básicos del modo de autoconcepto incluyen el autodesarrollo, autopercepción y autoenfoque.

El proceso de auto desarrollo se refiere al desarrollo de las personas a través de la vida. El desarrollo del proceso del autoconcepto se puede resumir como etapas de crecimiento personal basadas en el desarrollo físico, cognitivo y moral, y teniendo en cuenta las reacciones de los demás hacia sí mismo. Los problemas de adaptación en esta área pueden interferir con la capacidad de la persona para hacer lo necesario para mantener la salud o para sanar cuando no es saludable.

En el proceso de autopercepción, la percepción significa la interpretación de la persona a través de los estímulos sensoriales y la apreciación consciente de ella. La percepción de uno mismo significa que la persona asimila lo que está sucediendo en el entorno y, a través de la percepción, define quiénes son por cómo interpretan la información. La autopercepción surge en el proceso de la experiencia social cuando el bebé, el niño y el adulto se relacionan con otros individuos y con la sociedad en general^{5, 47-49}.

El último proceso, según Roy es el autoenfoque o focalización, Enfocarse implica estar en contacto con el yo físico y personal en una manera particular. Uno está en contacto con uno mismo de una manera que emerge esperanza, energía, continuidad, sentido, propósito y orgullo. La persona puede enfocarse en ser un yo individual dentro de la comunidad humana en su lucha por la paz, unidad y equilibrio (McMahon, 1933). El enfoque implica un enfoque de conciencia de quien es uno y de los lugares que ocupa como individuo entre otras personas en la sociedad. Surge el término de autoconsistencia, la cual se refiere a la organización de ideas y actitudes sobre uno mismo que se adquieren a través de la transacción entre la persona y el entorno. Así mismo, el individuo realiza esfuerzos para

minimizar las discrepancias percibidas entre el autoconcepto y otros aspectos de su experiencia. El individuo usa procesos cognitivos para reducir la tensión y mantener un yo coherente.

Roy menciona que en el modo de autoconcepto existen procesos compensatorios, basados en las fortalezas personales de cada persona. Estos procesos representan el nivel adaptativo en el cual los procesos de afrontamiento regulador y cognitivo se activan mediante situaciones que representan desafíos a los procesos integrados de vida. Cuando estos procesos compensatorios son ineficaces ocurren procesos comprometidos, los procesos comprometidos resultan en problemas de adaptación, dentro de estos problemas de adaptación se encuentra la ansiedad⁵.

La ansiedad es el resultado de cualquier situación que amenace la sensación de autoconsistencia de una persona y se define como una inquietud dolorosa de la mente debido a una amenaza vaga e inespecífica. Una respuesta de ansiedad recurrente, prolongada o grave, por otro lado, puede ocultar el intento de los individuos de adaptarse al medio ambiente. La ansiedad como un proceso comprometido utiliza energía innecesaria y es ineficaz en las experiencias interesantes de uno mismo en el autoconcepto personal⁵.

Los cambios específicos a los componentes del modo de autoconcepto que pueden ocurrir en la ansiedad incluyen cambios en el impulso sexual y el rendimiento; disgusto con el cuerpo de uno; tristeza y llanto; pseudoalegría; negación de sentimientos, preocupación interna; auto discurso negativo; reflexión sobre problemas; arrebatos enojados; y presencia de miedo, aprensiones y preocupaciones⁵.

El estímulo focal para los comportamientos ansiosos es la amenaza percibida. Los estímulos comunes incluyen experiencias de pérdida, reales o anticipadas; cambios repentinos en el estilo de vida, cambios positivos o

rápidos o extremos en la función del rol; vida familiar disruptiva; conflicto inconsciente; necesidades no satisfechas⁵; todas ellas manifestaciones también en la ansiedad ante el envejecimiento.

Por su parte, el modo de rol se define como un conjunto de expectativas acerca de cómo una persona que ocupa una posición se comporta hacia un individuo que ocupa otra posición. La necesidad básica que subyace en el modo de función de rol ha sido identificada como la integridad social, la necesidad de saber quién es uno en relación con los demás para que se pueda actuar^{5, 47-49}.

De acuerdo con el MAR el modo de función de rol posee una perspectiva interaccionista formada a través de la interrelación con otro y abarca la toma de roles propiamente. En consecuencia, los roles de las personas son descubiertos, creados, modificados y definidos⁵.

Es importante mencionar que, para Roy, enfermería es una profesión que a través de conocimientos especializados contribuye a resolver las necesidades de salud y bienestar de los individuos y grupos enfocándose en los procesos de afrontamiento y promoviendo la adaptación positiva⁵.

La promoción de la adaptación positiva se logra manejando los estímulos (alterándolos, incrementándolos, reduciéndolos, removiéndolos o manteniéndolos) o bien fortaleciendo los procesos adaptativos a través de estrategias de afrontamiento⁵, específicamente en el caso de este proyecto el afrontamiento cognitivo.

La posibilidad de reenmarcar las respuestas ineficaces de adaptación a través de la modificación de los estereotipos negativos hacia el envejecimiento y disminuir la ansiedad hacia el envejecimiento, a través del uso de estrategias psicoeducativas, puede facilitar la adaptación de los adultos maduros hacia el proceso del envejecimiento.

Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy

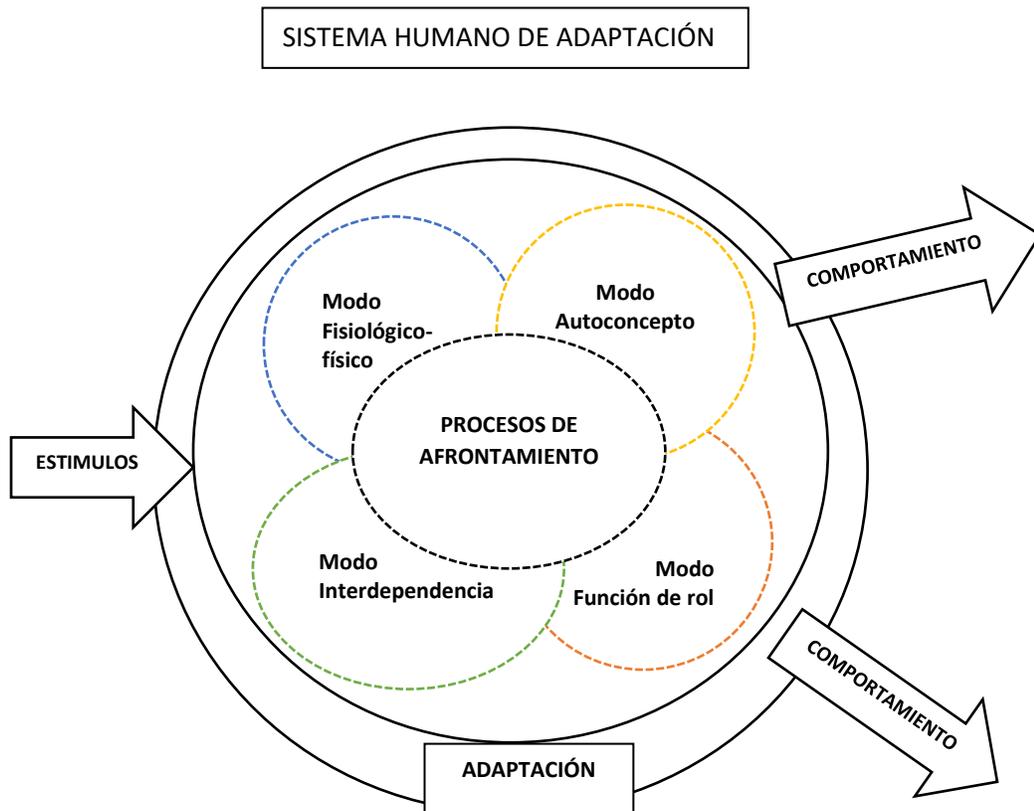


Figura 1. Representación del sistema de adaptación humano.

Tomado de Roy Callista The Roy Adaptation Model. Editorial Appleton y Lange. P 45.

Para esta investigación, en las entradas se encuentran la presencia de estímulos como son el proceso del envejecimiento y los estereotipos negativos hacia el envejecimiento los cuales activan el mecanismo de afrontamiento cognitivo, este mecanismo desencadena la respuesta del modo de autoconcepto a través de la autopercepción y la focalización y como salida en una primera instancia se encuentran las respuestas ineficaces de adaptación manifestada con la presencia de estereotipos negativos hacia el envejecimiento y ansiedad ante el envejecimiento (Véase Fig. 1).

La variable respuesta o salida se considerará las respuestas eficaces de adaptación al proceso del envejecimiento, manifestada a través de la disminución de los estereotipos negativos y ansiedad ante el envejecimiento (Véase Fig. 2).

En cuanto a los estereotipos negativos hacia el envejecimiento, como se mencionó anteriormente, son considerados una imagen estructurada y aceptada por la mayoría de las personas, son una idea, un pensamiento o prejuicio que se tiene comúnmente acerca de algo, los cuales pueden afectar la percepción que tiene el individuo acerca de sí mismo.

En el caso de la vejez, estas ideas suelen ser erróneas y asociadas a aspectos negativos como personas enfermizas, frágiles, improductivas, intransigentes o dependientes^{1,2}. Son constructos sociales, históricos y culturales que influyen sobre el comportamiento de los individuos, especialmente sobre los jóvenes, quienes, al tener ideas negativas sobre la vejez, tratan de escapar de ella¹³.

Según Devine¹⁴, que parte del modelo tripartito de las actitudes, los estereotipos representan básicamente el componente cognitivo de las actitudes de prejuicio. Por su parte, Jost y Banaji¹⁵, se centran en los aspectos afectivos y motivacionales del fenómeno y definen los estereotipos como creencias despectivas sobre grupos sociales en un sistema caracterizado por la separación de la gente dentro de roles, clases, posiciones o estatus. Sin embargo, una característica principal de los estereotipos es la falsedad de la información que contienen, puesto que permiten inferir cualidades idénticas para todos los miembros de un grupo.

Es por lo anterior que socialmente se les adjudican las mismas características a los individuos privándolos de una identidad. Una característica interesante de los estereotipos hacia el envejecimiento es que hay grupos que pueden tener estereotipos negativos y positivos al mismo

tiempo. Por ejemplo, Cuddy y Fiske¹⁶ señalan que algunos estereotipos de la vejez contienen atribuciones positivas, como prestigio y sabiduría. Sin embargo, la mayoría de los autores coinciden en que las creencias sociales sobre la vejez son básicamente negativas en todas las culturas. Por lo que se asocia a las personas percibidas como adultos mayores con presencia de enfermedades físicas y mentales, discapacitados y con falta de interés hacia las actividades cotidianas¹⁷.

En la población la presencia de estereotipos negativos hacia el envejecimiento se puede identificar como un problema ya que: a) afecta a todos los grupos poblacionales, sin importar su edad género u ocupación¹⁹⁻²⁴; b) los estereotipos se generalizan, es decir, las características negativas no corresponden a todo los sujetos que integran el grupo de PAM^{20,26-31} c) afectan de manera directa o indirecta la forma de trato que reciben las PAM (conductas paternalistas, de infantilización, institucionalización, intervenciones innecesarias, negación de tratamiento, trato violento, etc.)^{19,20,21,23,24,30-32}.

Los estereotipos negativos hacia el envejecimiento se pueden dividir en diferentes esferas como son: salud, motivacional-social y carácter-personalidad³⁸. En el primer aspecto se abordan los estereotipos negativos referidos a la salud física y mental; en el segundo se refiere a aspectos de motivación y de relaciones interpersonales y el último acerca de la rigidez mental de los problemas de labilidad emocional que, supuestamente, son propios de las personas mayores⁴⁰.

Aunado a esto, los estereotipos tienen la característica de mantenerse inalterables en el tiempo, por lo que los grupos de diferentes edades tienden a mantener representaciones similares de la vejez¹⁸.

Esta forma de pensar se trasmite de generación a generación y se aprende socialmente, no es juzgada ni puesta en duda; los estereotipos afectan la autopercepción del envejecimiento de las personas adultas mayores, así

como de lo que ellos esperan de su propio envejecimiento. Es posible, por tanto, que de esto pueda producir el rechazo hacia el envejecimiento y el paso del tiempo en algunas personas independientemente su edad.

Al verse afectada la autopercepción de las personas con estereotipos negativos hacia el envejecimiento, y que los sujetos no tengan suficientes elementos como para responder eficazmente a esta situación, se compromete un proceso de adaptación, uno de los más comunes es la ansiedad, en este caso ansiedad hacia el proceso del envejecimiento, la cual según Lasher y Faulkender, está antecedida por intentos de muchos adultos, por preservar la apariencia de la juventud a través del uso de cosméticos y cirugía plástica, teñir el cabello y vestirse lo más juvenil posible. También por la negación de interactuar con personas de edad avanzada, la negativa a reconocer su edad, la falta de planificación para la jubilación y la negativa a asociarse con otras personas más viejas sugieren que en algunas personas se produce ansiedad ante el envejecimiento.

La expresión de ansiedad ante el envejecimiento se puede manifestar en cuatro dimensiones, la primera de ellas es la dimensión física, en la cual se tiene temor a los cambios en el estado de salud físico, la apariencia física, la autoeficacia, la sexualidad. La segunda dimensión es la psicológica que se manifiesta en temores a la pérdida de la flexibilidad, el grado percibido de control, problemas de dependencia, autoestima y satisfacción con la vida, así como la presencia de trastornos psicológicos.

La tercera dimensión es la relacionada con los problemas sociales, que incluyen las pérdidas como son la pérdida de trabajo, apoyo y contacto social, las económicas y desapego a las interacciones sociales. La última dimensión es la transpersonal o espiritual y se refiere al temor de confrontación con la muerte, búsqueda de significado de los eventos vividos, y la relación de la persona con Dios.

Aunado a estas dimensiones se encuentren, la presencia de miedos, como son el miedo al envejecimiento, el miedo al propio envejecimiento y a la convivencia con personas mayores.

Todo esto favorece el arraigo de los estereotipos negativos y la ansiedad ante el envejecimiento en los adultos maduros.

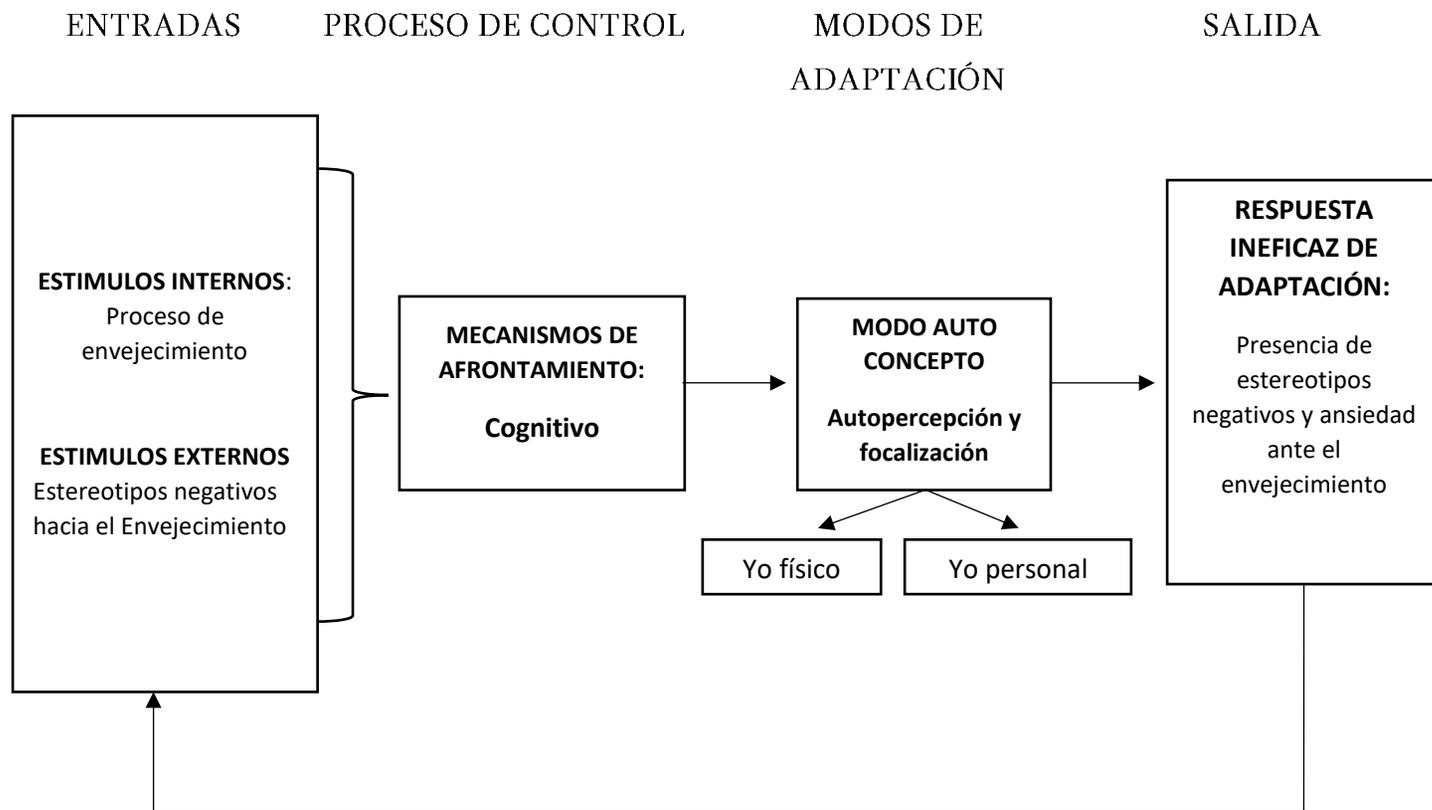
Por otra parte, para Roy, Enfermería es una profesión sanitaria que se centra en los procesos de la vida y los patrones de las personas con el compromiso de promover la salud y de todo el potencial de la vida de los individuos, familias, grupos, y la sociedad global⁵.

La función de enfermería es fortalecer la integración de la persona con el ambiente, para ello, las enfermeras valoran los comportamientos de las personas y los factores que influyen en sus habilidades de adaptación. De esta manera, los cuidados de enfermería promueven la expansión de las habilidades adaptativas y contribuyen a mejorar las interacciones con el ambiente (adaptación y cuidado en el ser humano).

Enfermería, a través de conocimientos especializados contribuye a resolver las necesidades de salud y bienestar de los individuos y grupos enfocándose en los procesos de afrontamiento y promoviendo la adaptación positiva. La promoción de la adaptación positiva se logra manejando los estímulos (alterándolos, incrementándolos, reduciéndolos, removiéndolos o manteniéndolos) o bien fortaleciendo los procesos adaptativos a través de estrategias de afrontamiento⁵, esto lo puede realizar a través de la implementación de estrategias de psicoeducación.

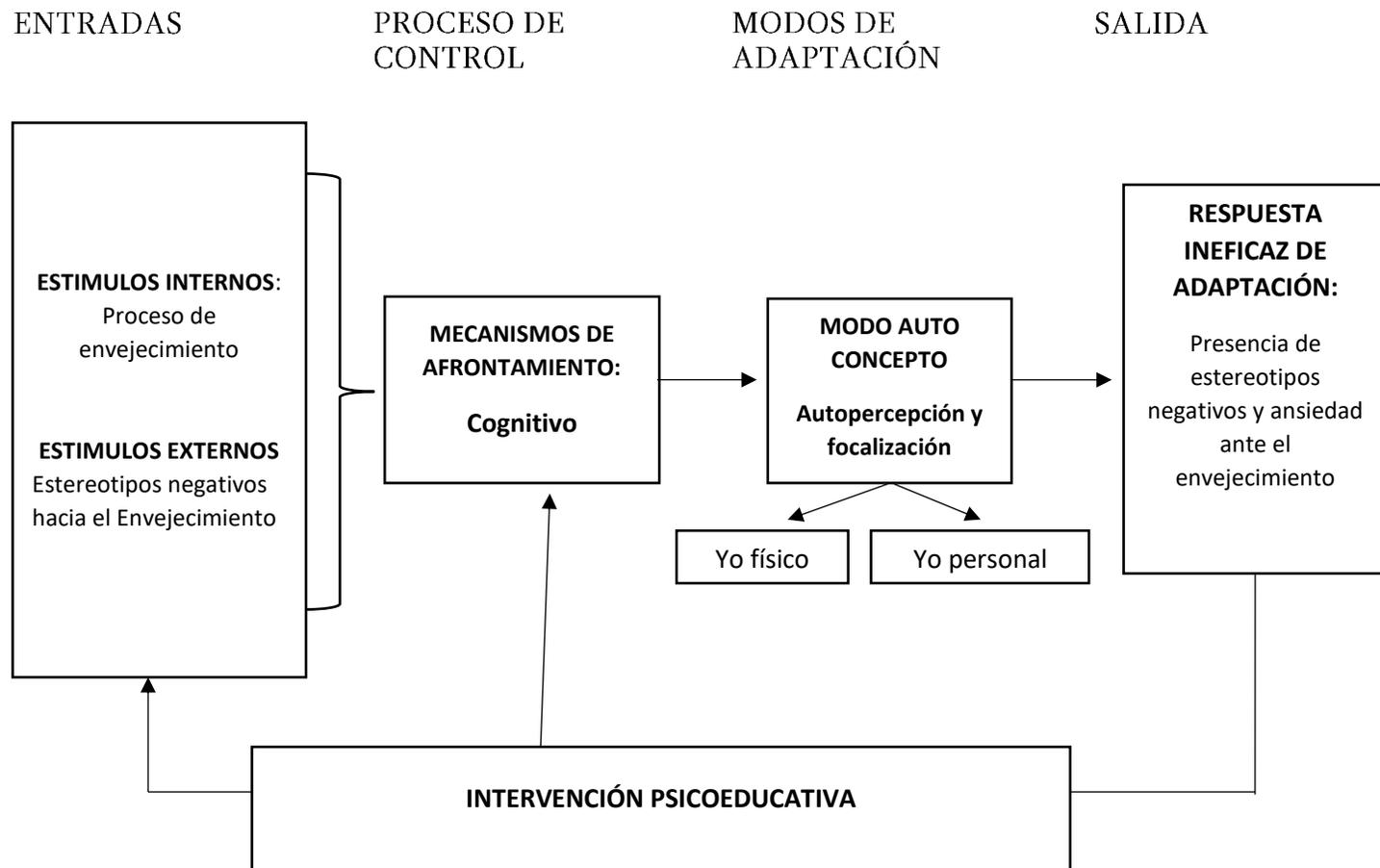
Los conceptos con los que se trabajaron son: 1) Estímulos: el proceso del envejecimiento y la presencia de estereotipos negativos hacia el envejecimiento; 2) El mecanismo de afrontamiento cognitivo; 3) En los modos de adaptación, el modo de función de autoconcepto, considerando los procesos vitales básicos de autopercepción y autoenfoco o focalización

(Véase figura 2); 4) La salida del proceso como las respuestas eficaces de adaptación al envejecimiento, con la disminución de estereotipos negativos hacia el envejecimiento y la disminución de ansiedad ante el envejecimiento (Véase figura 3).



Fuente: Carrillo-Cervantes Ana Laura, 2016.

Figura 2. La persona vista como un sistema humano de adaptación.



Fuente: Carrillo-Cervantes Ana Laura, 2016.

Figura 3. Esquema final de la intervención.

4.2 Adulto Maduro

Las características de los adultos maduros están influenciadas por la forma en la que han vivido las etapas previas y pueden ser de manera plena o bien estar influenciadas por estilos de vida no saludables.

La edad madura está caracterizada por pérdidas y ganancias. La mayoría de las personas tienen buenas condiciones físicas, cognitivas y emocionales. Tienen grandes responsabilidades y múltiples roles, además se sienten capaces de manejar diversas situaciones^{18, 49-51}.

En esta etapa la persona empieza a notar cambios a nivel corporal como son: a nivel físico, aunque algunos cambios fisiológicos resultan del envejecimiento y la estructura genética, la conducta y el estilo de vida afectan el momento en que ocurren y su extensión^{18, 50,51}.

Se presentan cambios graduales y leves en el funcionamiento sensorial y psicomotor: problemas visuales, pérdida gradual de la audición, declinación en la sensibilidad del gusto y olfato, pérdida de sensibilidad al tacto, disminución de la coordinación y la fuerza, pérdida de resistencia debido al funcionamiento más lento del metabolismo basal ^{49,50}.

Hay cambios estructurales y sistémicos: cambios en la estructura y sistemas corporales, capacidad vital, regulación de la temperatura y respuesta inmunológica, también son comunes las pérdidas en la densidad ósea y la capacidad vital^{18, 19,50}.

En cuanto a la sexualidad y funcionamiento reproductivo, hay pérdida en la capacidad reproductora, inicio de la etapa de la menopausia, las actitudes hacia la menopausia, y los síntomas experimentados dependen de características personales, experiencias pasadas y actitudes culturales^{18,19,51}.

Por lo general, la actividad sexual disminuye de manera ligera y gradual, pero la calidad de las relaciones sexuales puede mejorar. Entre las mujeres, la disfunción sexual disminuye con la edad; en los hombres ocurre lo contrario. Una gran proporción de hombres maduros experimenta disfunción eréctil. La disfunción sexual se relaciona con causas físicas, así como con la salud, el estilo de vida y el bienestar emocional⁵¹.

Para los hombres y las mujeres, aumenta la ansiedad por envejecer en una sociedad que da gran importancia a la juventud, en caso de que los adultos maduros tengan respuestas ineficaces de adaptación al proceso del envejecimiento, manifestados por estereotipos negativos y ansiedad, inicia una serie de comportamientos adecuados según el grupo social al que pertenezcan, dentro de los cuales empiezan las prácticas Anti-edad tratamientos médicos para evitarlo, cirugías, botox, el vestirse o comportarse de determinada forma, entre otras cosas.

En cuanto a su salud, la mayoría de las personas adultas maduras son saludables y no tienen limitaciones funcionales. En esta etapa inicia la presencia de preocupaciones por la salud, a pesar de que esta sea buena, hay factores que influyen para que la salud de un adulto maduro sea buena o mala como son: el factor socioeconómico, acceso a servicios de salud, a poder elegir un estilo de vida favorecedor, dieta, ejercicio, etc.; los estados emocionales y el manejo de estrés, la presencia de estrés ocupacional, el deterioro laboral, desempleo, entre otros^{18, 51}.

En cuanto al desarrollo cognoscitivo, las investigaciones no muestran un patrón uniforme en los cambios relacionados con la edad para todas las habilidades intelectuales, la cognición adopta formas distintivas en esta etapa. La inteligencia fluida, que es la capacidad de resolver problemas novedosos que requieren poco o ningún conocimiento previo, disminuye con la edad. La inteligencia cristalizada, que es la habilidad para recordar y

usar la información adquirida a lo largo del tiempo, se mantiene o incluso mejoran con la edad^{18, 51}.

Dentro de las características cognoscitivas de la edad madura, la experiencia desempeña un papel importante: los adultos maduros requieren más tiempo para procesar nueva información, pero logran compensar esta desventaja con el juicio es desarrollado a partir de la experiencia⁵¹.

Pensamiento integrador: el pensamiento posformal es apropiado para las tareas complejas, los roles múltiples, las elecciones desconcertantes y los desafíos propios de esta etapa de vida. Una característica importante del pensamiento posformal es su naturaleza integradora, se combina la lógica con la intuición y la emoción, se integran hechos e ideas conflictivas, así como la nueva información con lo que ya conocen. Interpretan lo que leen, ven o escuchan en términos del significado que tiene para ellos. Solución de problemas prácticos, las personas de edad madura tienden a ser eficientes en la solución de problemas prácticos⁵¹.

Otra característica importante de esta edad es el desempeño creativo, es el producto de una red de fuerzas biológicas, personales, sociales y culturales. Surge de la interacción dinámica entre el creador, las reglas y técnicas del dominio y los colegas que trabajan en ese dominio.

La creatividad e inteligencia. La inteligencia en general tiene poca relación con el desempeño creativo. Sin embargo, las personas creativas, al definir un problema: 1) reconocen información relevante del problema, información que a menudo nadie más pensó, 2) suman 2+2, viendo relaciones entre piezas de información aparentemente no relacionadas y 3) ven analogías entre un nuevo problema y uno que ya enfrentaron. Esas habilidades se vuelven más eficientes con la experiencia y el conocimiento⁵¹.

Trabajo y Educación: los roles están diferenciados por la edad (estructura vital en que los papeles principales, aprendizaje, trabajo y tiempo libre, se basan en la edad; es típica en las sociedades industrializadas), esto es vestigio de una época en la cual se vivía menos y las instituciones sociales eran menos diversas. En una sociedad integrada por la edad (sociedad actual) los distintos roles aprendizaje, trabajo y tiempo libre estarían abiertos a los adultos de todas las edades^{18, 50,51}.

Las personas con patrones profesionales estables permanecen en una sola vocación y, para la madurez, han alcanzado posiciones de poder y de responsabilidad. Por lo que se vuelven adictos al trabajo. Las personas con un patrón cambiante, en lugar de conformarse con su elección ocupacional inicial, tratan de lograr un mejor equilibrio entre lo que pueden hacer, lo que desean y esperan de su trabajo y lo que obtienen de este ^{18,50}.

4.3 La psicoeducación como cuidado de enfermería

La psicoeducación es un acercamiento terapéutico en el cual se proporciona información a personas, acerca de una situación de salud, es un proceso en el cual un facilitador (profesional de enfermería) detalla y resume información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y abordaje de una situación que provoca estrés desde su entorno, situación que implica también la consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema⁵².

Por lo tanto, la psicoeducación es una de las terapias utilizadas para dar solución a los procesos de la vida diaria que provocan estrés en las personas y que por este motivo se vuelven difíciles de solucionar.

Las ventajas de la psicoeducación grupal son: en primer lugar, potencia el intercambio de experiencias entre personas que están en situaciones similares y, con ello, el fomento de las redes de apoyo social informal,

especialmente en situaciones que puedan mostrar dificultad; en segundo lugar, proporciona un escenario sociocultural de construcción del conocimiento en el que se favorece el respeto ante la diversidad de puntos de vista y el aprendizaje de comportamientos alternativos; en tercer lugar, la intervención grupal con personas que presentan problemas similares permite economizar tiempo y esfuerzo a los profesionales de la salud responsables de la atención a las familias, entre ellos los profesionales de enfermería⁵².

Enfermería, por lo tanto, retoma la promoción de la salud (PS), como una función sustancial de la profesión, y esta herramienta permite brindar información sanitaria al individuo y grupos específicos; a pesar de que se reconoce la PS como un proceso que informa motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables⁵².

Para Roy enfermería, es *“una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir, y da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de las familias, de los grupos y de la sociedad en general. La enfermería actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación”* (29)⁵.

El objetivo de la enfermería es mejorar el nivel de adaptación de individuos, grupos y personas contribuyendo a una buena salud, calidad de vida y muerte digna; facilita la adaptación interviniendo en el fomento de la capacidad de adecuación y mejorando interacciones del entorno⁵³.

En resumen, se considera que la psicoeducación consiste en una serie de intervenciones enfocadas a mejorar el conocimiento de una enfermedad o situación que provoque estrés a personas, grupos o familias, acerca del cuidado y mejorar así su calidad de vida.

La psicoeducación en enfermería es un recurso valioso en la intervención, ya que cambia la visión que tienen sobre el problema y modifica la conducta de los participantes, también tiene la ventaja de implementarse de manera sencilla y de muy bajo costo impactando de manera directa en el mecanismo de afrontamiento cognitivo a través del procesamiento de información que ya se tiene o brindar conocimiento nuevo para que las personas otorguen significado a los estímulos del ambiente, puedan interactuar con este y alcanzar los niveles más altos de integración consigo mismos y con la sociedad.

V. HIPÓTESIS

Los adultos maduros que participan en la intervención psicoeducativa muestran un efecto positivo en las respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento respecto a los participantes del grupo comparación, evidenciado por la disminución de los estereotipos negativos hacia el envejecimiento y los niveles de ansiedad ante el envejecimiento.

VI. OBJETIVO

6.1 Objetivo general

Evaluar el efecto de la intervención psicoeducativa en las respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento en adultos maduros.

6.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a la población de estudio de acuerdo con las variables sociodemográficas.
- Analizar los resultados de las respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento en el grupo control y comparación de las mediciones inicial y al término de la intervención
- Comparar la medición de seguimiento de las respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento en el grupo experimental y comparación con la medición inicial y al término de la intervención.
- Calcular el efecto de la intervención psicoeducativa en los estereotipos negativos y la ansiedad ante el envejecimiento en los sujetos de estudio del grupo experimental y grupo comparación.

VII. METODOLOGÍA

7.1 Tipo y diseño de estudio

Se utilizó un diseño de estudio cuasi-experimental⁵⁴⁻⁵⁷ con grupo de comparación y mediciones repetidas, esbozado de acuerdo con Campbell, Stanley y Shuttlesworth⁵⁷⁻⁵⁹, (véase tabla 1). La variable dependiente fue el resultado de la intervención psicoeducativa en las respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento, conformada por dos dimensiones: estereotipos negativos y ansiedad ante el envejecimiento.

Por una parte, el grupo experimental recibió una intervención, la cual estuvo conformada por 10 sesiones, con una frecuencia de 1 día a la semana y con una duración entre 60 a 90 minutos del programa denominando “Adáptate al proceso del envejecimiento” (Apéndice 1), el cual buscó la promoción de la salud a través del conocimiento real del envejecimiento para modificar las respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento. Por la otra, el grupo comparación recibió un curso de primeros auxilios en niños. Se optó por este curso dirigido a menores con la finalidad de no centrar la atención en el proceso de envejecimiento.

Tabla 1. Diseño cuasi-experimental con dos grupos y tres mediciones.

Grupo	Medición base pretest	Componente Tratamiento	Medición posttest	Medición de seguimiento
Experimental	O1	TE	O2	O3
Comparación	O1	TC	O2	O3

Nota: TE Tratamiento experimental; TC= Tratamiento Comparación; O= Mediciones

Tabla 1. Diseño cuasi-experimental con dos grupos y tres mediciones. Tomado de Campbell DT, Stanley JC. Experimental and quasi-experimental designs for research. Handbook 0/ Research on Teaching.

7.2 Límites de tiempo y espacio

El estudio se realizó en el Centro Polivalente de la Universidad Autónoma de Coahuila (U. A. de C), el cual brinda atención de salud de primer nivel en el área de medicina, odontología y enfermería, así como actividades culturales y recreativas a la comunidad. La intervención de enfermería se realizó de mayo a julio del 2017 (Apéndice 2).

7.3 Universo

La población estuvo conformada por 186 adultos maduros entre los 40 a 59 años que asisten en el turno matutino y vespertino al centro Polivalente de la U. A. de C., en la ciudad de Saltillo, Coahuila.

7.4 Muestra (tipo y tamaño)

Para el cálculo de la muestra, se consideraron estudios previos de intervenciones para modificar los estereotipos negativos hacia el envejecimiento, lo cual permitió conocer la intensidad del

probable efecto. Al respecto, los estudios refieren que la presencia de los estereotipos al inicio de la intervención fue de 62% y al finalizar disminuyeron a un 12.30%³⁸.

Considerando lo anterior se obtuvo una muestra preliminar a través del Programa para el Análisis de Datos Epidemiológicos de Datos Tabulados versión 4.1 (EPIDAT), para comparación de proporciones para grupos independientes, con un error máximo aceptable del 5%, un 95% de confianza y un 95% de potencia; con base en ello se obtuvo un total 44 sujetos, es decir, 22 para cada uno de los grupos (Anexo 1). Sin embargo, para compensar las posibles pérdidas de casis durante la intervención se consideró una tasa de atrición de 36%, por lo que la muestra final estuvo conformada por 64 adultos maduros, 32 grupo experimental y 32 grupo comparación. Se aleatorizaron los sujetos a los grupos, manejando en el turno matutino el grupo experimental y al grupo comparación asignado al turno vespertino. Cabe señalar que, durante la intervención, los mecanismos de retención de los sujetos (véase apartado 7.12 Medidas para evitar las pérdidas de los participantes) resultaron bastante efectivos, por lo que la tasa de atrición tuvo un efecto mínimo en la práctica, con lo cual se tuvo una muestra final más robusta, lo cual siempre mejora la confianza y disminuye el error de las estimaciones.

Este tamaño de muestra se considera suficiente en la medida que los estudios cuasiexperimentales y experimentales pueden utilizar muestras más pequeñas que los estudios descriptivos y correlativos. A medida que aumenta el control en el estudio, puede disminuir el tamaño de la muestra y ésta aún se aproximaría a la población diana⁵⁴⁻⁵⁶.

7.5 Criterios de Elegibilidad

Inclusión

- Adultos maduros entre los 40 a 59 años de edad.
- Con presencia de estereotipos negativos hacia el envejecimiento medido a través del Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia el Envejecimiento (CENVE).
- Adultos maduros que acepten participar de manera voluntaria en el estudio y que firmen la hoja de consentimiento informado
- Sin deterioro cognitivo evidenciado por el Mini Mental Estado (MMSE), obteniendo un puntaje entre 23 a 29 puntos según el grado de escolaridad (Anexo 2).
- Sin signos de depresión, medido a través de Center for Epidemiological Studies–depression (CES-D), con un puntaje menor a 15 (Anexo 3).

Eliminación

Adultos maduros que decidan abandonar la intervención y que no cubran el 80% de asistencias al programa de intervención.

7.6 Variables

Variable dependiente: Respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento (Apéndice 3).

Descriptivas: Edad, género, religión, estado civil, ocupación, escolaridad, servicio médico y fondo de retiro, presencia de enfermedades y estado de salud, atención médica, convivencia con adultos mayores y si el adulto mayor presenta alguna dificultad para realizar actividades de su vida diaria y el origen de dicha dificultad si en su trabajo convive con algún adulto mayor si

el adulto mayor presenta alguna dificultad para realizar actividades de su vida diaria y cuál es el origen de dicha dificultad (Apéndice 4).

7.7 Instrumentos

Se utilizaron tres instrumentos para medir la variable de respuestas ineficaces de adaptación ante el envejecimiento: 1) Cédula de datos sociodemográficos, 2) Estereotipos negativos ante el envejecimiento y 3) Escala de ansiedad ante el envejecimiento.

Cédula de datos sociodemográficos y de convivencia con adultos mayores

Se elaboró una cédula de datos sociodemográficos la cual consta de dos secciones. La primera incluye datos generales de los participantes, mientras que la segunda sección explora la convivencia con adulto mayor (Apéndice 5).

Cuestionario de estereotipos negativos hacia el envejecimiento (CENVE)

Para medir la dimensión de estereotipos negativos hacia el envejecimiento se aplicó el Cuestionario de estereotipos negativos hacia el envejecimiento (CENVE) (Anexo 1)⁷.

Este cuestionario evalúa tres dimensiones de los estereotipos negativos hacia el envejecimiento: Salud, Motivacional-Social, Carácter personalidad. Está compuesto de 15 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 4 puntos, un ejemplo de ítem es, la mayor parte de las personas cuando llegan a los 60 años, aproximadamente, comienzan a tener un considerable

deterioro en la memoria. Las opciones de respuesta corresponden a una escala tipo Likert con cuatro categorías de respuesta que van desde “1=desacuerdo total, 2= desacuerdo, 3= acuerdo y 4= acuerdo total”. Los participantes indicarán el grado de conformidad con el ítem, ya que todos los ítems son calificados positivamente; los más altos puntajes serán indicadores de mayor presencia de estereotipos negativos hacia el envejecimiento.

Con una calificación total que va de 15 a 60 puntos. Puntuaciones altas indican un elevado grado de creencia en los estereotipos negativos de la vejez, mientras que puntuaciones bajas indican poco nivel de creencia en tales estereotipos.

Está compuesto por tres factores y son: primer factor, identificado como Salud, integrado por 5 ítems (1, 4, 7, 10 y 13), todos con saturaciones positivas, por lo que una puntuación alta en el factor es indicativa de un mayor grado de estereotipos negativos referidos a la salud física y mental. Expresa afirmaciones acerca del deterioro general de la salud y la aparición de discapacidades; deterioro cognitivo y de memoria como inevitables y a la existencia de enfermedades mentales en las personas mayores.

Segundo Factor: Motivacional-Social (M-S), compuesto por 5 ítems (2, 5, 8, 11 y 14), todos con saturaciones positivas, por lo que una puntuación alta en el factor es indicativa de un mayor grado de estereotipos negativos referidos a aspectos de motivación y de relaciones interpersonales. Habla de las creencias en las carencias afectivas interpersonales, así como la falta de intereses vitales para desempeñar de forma efectiva una actividad laboral.

El tercer factor, Carácter- Personalidad (C-P), compuesto por 5 ítems (3, 6, 9,12 y 15) con saturaciones positivas, por lo que una puntuación alta en el factor es indicativa de un mayor grado de estereotipos negativos referidos al carácter- personalidad. En sus ítems se hacen afirmaciones acerca de la rigidez mental de los problemas de labilidad emocional que, supuestamente, son propios de las personas mayores. Se expresa la idea muy generalizada, de comportamientos por parte de las personas mayores como si volvieran a la infancia, lo que sugiere en ellos un debilitamiento del estatus de adulto.

Tiene una adecuada consistencia interna se reporta un Alfa de Cronbach de 0.67, 0.64 y 0.66 por dimensión (salud, motivacional-social y carácter- personalidad), y su valor total fue de 0.76.

Escala de Ansiedad ante el envejecimiento (EAE).

Para medir la dimensión de Ansiedad ante el envejecimiento se utilizó la escala de ansiedad ante el Envejecimiento (EAE) (Anexo 2).

La Escala de Ansiedad ante el Envejecimiento (EAE), fue elaborada por Lasher y Faulkner⁸, 1993 y en el año 2007 fue adaptada a población mexicana por Rivera et al.²⁵., está compuesta por 20 ítems, con una escala de respuesta de tipo Likert de 4 puntos, ejemplo del ítem, disfruto estar con gente vieja. Las opciones de respuesta son 1= en desacuerdo, 2 = ligeramente en desacuerdo, 3= ligeramente de acuerdo y 4= de acuerdo. Está conformada por 20 ítems, donde siete se evalúan de manera inversa (2, 5, 6, 8, 14 y 17). Los participantes indicaron el grado de conformidad con el ítem; para obtener el

puntaje total hay que revertir los ítems las puntuaciones altas indican mayores niveles de ansiedad hacia el envejecimiento. Con un puntaje total de 20 y un máximo de 80.

Su objetivo es evaluar la ansiedad ante el envejecimiento como un factor sobresaliente en el proceso de ajuste hacia sí mismo. El desajuste se manifiesta en cuatro dimensiones principales: dimensión física, psicológica y social y transpersonal o espiritual. Estas cuatro dimensiones se sintetizan en tres miedos específicos: miedo al envejecimiento, miedo a ser viejos y miedo o ansiedad ante la gente vieja.

Miedo a la gente vieja (1, 3, 10, 13 y 19), esta escala evalúa el malestar y la insatisfacción derivada de interacciones con los adultos mayores, las preguntas no están relacionadas hacia el propio envejecimiento, más bien están enfocadas hacia el envejecimiento de otros y la forma de reacción del individuo (Alpha de Cronbach=0.73).

Preocupaciones psicológicas (5, 7, 11, 16 y 18), las preocupaciones sobre tareas psicológicas o cambios asociados con el envejecimiento.

Apariencia física (4, 9, 12, 15 y 20) contiene preguntas relacionados con la ansiedad acerca de cómo los aspectos físicos cambian con la edad (Alpha de Cronbach=0.79).

Miedo a las pérdidas asociadas con el envejecimiento (2, 6, 8, 14 y 17), se relaciona con las preguntas conectadas con algo que se pierde en la vejez (Alpha de Cronbach=0.63). La ansiedad acerca de las fuentes de pérdidas esperadas en la vejez, como la independencia (Alpha de Cronbach=0.73).

7.8 Procedimientos

Procedimiento del diseño de la Intervención “Adáptate al proceso de envejecimiento”

El procedimiento para el diseño de la intervención “Adáptate al proceso de envejecimiento”, se realizó en dos etapas: la primera consistió en la búsqueda y análisis de las intervenciones publicadas acerca del fenómeno de estudio⁶⁰. En ellas se realizó un análisis detallado de las estrategias de abordaje que mostraron efectividad para reducir las variables estudiadas. Se seleccionaron los contenidos que mostraron efectividad y se adaptaron a las condiciones de la presente investigación, obteniendo un primer bosquejo de los contenidos temáticos para la intervención.

En una segunda etapa, con el primer bosquejo, se consultó a expertos de acuerdo con las temáticas seleccionadas (máster en educación, psicólogo y un profesor en educación física), se realizó una revisión adaptando los contenidos de acuerdo con las observaciones realizadas⁶⁰.

Procedimiento del estudio

Una vez que se obtuvo la aprobación del Comité de Investigación y Bioética de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya-Salvatierra de la Universidad de Guanajuato (Anexo 2 y 3), se solicitó la aprobación de los directivos del Centro Polivalente de la Universidad Autónoma de Coahuila.

Una vez obtenidas las cartas de aprobación, se realizó la difusión del programa Adáptate al proceso del envejecimiento, a través de diferentes actividades como son: entrega de volantes, charlas en las áreas de consulta y actividades recreativas y una lotería, en todas las actividades se invitó a los adultos maduros que asistían a

las diferentes actividades al Centro Polivalente a participar en el programa. Se elaboró un directorio de las personas interesadas en participar y se les cito a reunión para poder aplicar la batería de instrumentos (CES-D, MMSE y CENVE).

En cuanto se tuvo la información de la primera aplicación se realizó una llamada a las personas que cumplían los criterios de inclusión para la conformación de los grupos experimental y comparación, se les invito a participar en el programa, informándoles los objetivos del mismo, que su participación sería voluntaria y se obtuvo la firma del consentimiento informado (Apéndice 7).

En cuanto se tuvo la firma del consentimiento informado, se aplicó la batería de instrumentos, a través de una entrevista, iniciando con la cédula de datos sociodemográficos, convivencia con personas mayores, CENVE y Escala de ansiedad ante el envejecimiento.

A través de una llamada telefónica se les cito el día y la hora de acuerdo con el grupo al que fueron asignados, para dar inicio al programa de intervención.

7.9 Tratamiento del grupo experimental programa psicoeducativo “Adáptate al proceso de envejecimiento”

La dosis del tratamiento se realizó en una sesión por semana, la duración aproximada de las sesiones estuvo entre los 60 a 90 minutos de duración, por un periodo de diez semanas ^(52,53). La intervención se llevó a cabo por dos facilitadores. La intervención psicoeducativa “Adáptate al proceso del envejecimiento” tuvo la finalidad de modificar las respuestas ineficaces de adaptación al

proceso del envejecimiento a través de la disminución de los estereotipos negativos, y la ansiedad ante el envejecimiento en adultos maduros.

Estuvo conformado por dos componentes uno psicológico y otro educativo los cuales se abordan de manera mixta en las 10 sesiones que la conforman. El componente educativo tuvo la finalidad de brindar conocimiento real acerca del proceso de envejecimiento desde las perspectivas, físicas, fisiológicas emocionales y psicológica. El componente psicológico, promover cambios en las creencias, pensamientos, sentimientos y conductas enfocadas el proceso de envejecimiento. Al inicio de cada sesión se le otorgo al participante un cuadernillo de trabajo para que tuviera consigo los materiales usados en cada sesión con la finalidad de realizar un reforzamiento de los contenidos abordados⁶⁰⁻⁶².

7.10 Tratamiento grupo comparación

El tratamiento del grupo comparación consistió en un curso de primeros auxilios enfocado en atención a los niños, con una duración aproximada de 10 horas, con una frecuencia de 1 día a la semana. Las sesiones estuvieron enfocadas a la enseñanza de inmovilización y vendajes, curación de heridas, manejo de quemaduras e inyecciones intramuscular y subcutáneas. Al finalizar la intervención y las mediciones se les ofreció el programa “Adáptate al proceso de envejecimiento”.

7.11 Minimización de las amenazas a la investigación

Con el fin de minimizar las amenazas a la validez interna de la presente investigación se realizaron las siguientes estrategias^{56,60}.

La investigadora principal no participó en la intervención “Adáptate al proceso del envejecimiento”, esto con la finalidad de evitar la amenaza de compensación del tratamiento. Sus funciones se limitaron a realizar actividades de la implementación de la intervención, proporcionar orientaciones generales a los participantes, entrenar facilitadores y supervisar el desarrollo y apego al protocolo.

Se estandarizó la intervención a través de la elaboración de un programa de Diseño de la intervención, el cual guio el desarrollo de la intervención. También se elaboró un manual del facilitador, manual de capacitación del facilitador, cuadernillo de trabajo para los adultos maduros y un manual de aplicación de instrumentos⁶⁰.

La fidelidad al apego de las actividades de la intervención se evaluó en tres momentos, antes, durante y después de la entrega de la intervención. Antes de la entrega se verificaron los conocimientos, habilidades y actitudes de los facilitadores sobre el envejecimiento. Durante la entrega, se empleó una lista de cotejo y evaluación de cada sesión para llevar un control de avance de las actividades y apego a los contenidos y tiempos establecidos para cada actividad y sesión. Al finalizar cada sesión se realizaba una mesa redonda con facilitadores y equipo de investigación para verificar el cumplimiento de las actividades planeadas y llevar un control de los contratiempos surgidos⁶¹⁻⁶².

7.12 Medidas para evitar las pérdidas de los participantes

Para tratar de asegurar la participación y retención de los sujetos en la intervención se realizó la misma dentro del sector seleccionado, además se llevaron a cabo diversas medidas para evitar la pérdida de participantes; 1) se hizo énfasis de la

importancia de completar la intervención y el seguimiento durante la finalización de cada una de las sesiones; 2) se solicitaron datos personales como son teléfono y dirección así como información de familiares de los asistentes para poder localizarlos en caso de que no se les pueda contactar; 3) se les llamó por teléfono un día antes de cada sesión⁶⁰. Cabe destacar que a los participantes que durante el desarrollo de las sesiones manifestaron dificultad económica para el traslado al Centro polivalente, se les brindó apoyo económico para su traslado.

7.13 Formación de equipos y entrenamiento de los colaboradores de investigación

El grupo para la implementación de la Intervención psicoeducativa de enfermería estuvo integrado por tres equipos: a) equipo de facilitadores, responsable de hacer la entrega del tratamiento a los adultos maduros asistentes al programa; b) equipo de recolección de datos encargado de la aplicación de los instrumentos a los adultos maduros, c) equipo de investigación, conformado por el investigador principal y directores de tesis responsables de supervisar el proyecto completo.

El reclutamiento del equipo de facilitadores y recolectores de datos estuvo a cargo del investigador principal. Como criterios de selección fue: 1) ser profesional de enfermería; 2) tener experiencia en el manejo de grupos; 3) capacidad de trabajo en equipo; 4) disponibilidad de horario.

La difusión para la selección de los facilitadores y equipo de recolección de datos se realizó mediante la publicación de la convocatoria a profesionales de enfermería, se llenó una cédula de datos de las personas interesadas y luego se realizó una

entrevista personal para identificar a los aspirantes que reunieron los criterios de elegibilidad.

A los facilitadores y equipo de recolección de datos seleccionados se les explicó las responsabilidades y compromisos adquiridos para la implementación de la intervención

Las facilitadoras responsables de la intervención fueron entrenadas durante una semana, para asegurar la comprensión y adherencia al protocolo para lo cual se elaboró un manual de entrenamiento del facilitador en el que se especifican roles y actividades a realizar. Se les explicó y entregó todo el material (cuadernillos de trabajo para participantes, videos, discos compactos, música, entre otros)^{31,34,40,43}. También cada facilitador demostró el desarrollo de las sesiones, esto con la finalidad de anticipar y evitar contingencias.

En cuanto al equipo de recolección de datos, fueron entrenados por una semana para asegurar que no existan dudas acerca de la batería de instrumentos seleccionados, se resolvieron las dudas que se presentaron.

7.14 Análisis estadístico

La captura, organización, procesamiento y análisis de datos se llevó a cabo en el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales en su versión 23.0 (SPSS V23.0). Los datos fueron capturados por el investigador principal para asegurar la correcta captura, codificación y validación de los datos. Se precedió a revisar la consistencia interna de cada uno de los instrumentos a través del Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach.

Se realizó estadística descriptiva para caracterizar la muestra y para resumir los estimadores muestrales antes y después de la intervención.

Se realizó la Prueba de Bondad de Ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para contrastar la hipótesis de normalidad en la distribución de las variables continuas considerándose significativas con un valor $p < 0.05$, esto permitirá la selección de pruebas paramétricas en el caso de normalidad o no paramétricas para resultados con distribución libre. De manera alterna, también se utilizó la prueba de Shapiro-Wilks para contrastar normalidad en los datos, debido a que esta prueba suele ser más eficiente en muestras relativamente pequeñas.

Para corroborar la igualdad de grupos se realizó prueba de t de Student para muestras independientes y la U de Mann-Whitney para las variables continuas y para las variables categóricas se procesó la prueba de χ^2 .

Para comparar las medias del grupo experimental de la medición inicial y final de la intervención se procesó la prueba t de Student para muestras relacionadas, también se llevó a cabo la prueba de Wilcoxon. Para comparar las medias del grupo experimental y comparación de la medición final de la intervención se procesaron las pruebas de t de Student para muestras independientes y la U de Mann-Whitney.

Para alcanzar los últimos dos objetivos que son el de comparar la medición de seguimiento con la medición inicial y la de término de la intervención, así como el calcular el efecto de la intervención psicoeducativa en los adultos maduros del grupo experimental y comparación; por último, contrastar la hipótesis que dice los

adultos maduros que participan en la intervención psicoeducativa muestran un efecto positivo en las respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento respecto a los participantes del grupo comparación, evidenciado por la disminución de los estereotipos negativos hacia el envejecimiento y el nivel de ansiedad ante el envejecimiento se procesó la prueba de ANOVA de mediciones repetidas y la prueba de Friedman, respectivamente.

Para medir el efecto de la intervención se plantearon intervalos de confianza para proporciones al 95%, lo cual permitirá asociar un margen de error a las estimaciones generadas en la investigación. De esta manera, se obtiene información respecto al rango en el que se encuentra la magnitud del efecto de la intervención y tener interpretaciones más adecuadas.

7.15 Recursos Humanos, materiales y financieros

Recursos Humanos

Para el desarrollo de la presente investigación se requirieron tres equipos que conforman los recursos humanos, el primero a) equipo de facilitadores, responsables de llevar a cabo las sesiones planeadas en la intervención; b) equipo de recolección de datos encargado de la aplicación de los instrumentos a los adultos maduros, c) equipo del investigador principal y directores de tesis responsables de supervisar el proyecto completo.

Responsable: MCE Ana Laura Carrillo Cervantes

Director de tesis: Dra. Norma Elvira Moreno Pérez

Codirector: Dr. Héctor Daniel Vega Macías

Codirector: Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto

Colaboradores: DCE María de los Ángeles Villarreal Reyna, MCE María Magdalena Delabra Salinas, Lic. Erika Ramos Cabrera, Estudiante de Licenciatura en enfermería Maricruz Orozco Míreles como facilitadores de grupo experimental y ME Cecilia Ixel Mazatán Ochoa y MCE Daniel Sifuentes Leura como facilitadores del grupo Comparación; y como integrantes del equipo de colecta de datos MAEM José Luis Nuncio Domínguez, MCE María Asunción Tello García y la estudiante de Licenciatura en Enfermería Estefanía Mata.

Recursos Materiales

Para el buen funcionamiento de la presente intervención se utilizaron cuadernillos de trabajo, plumas y lápices para los asistentes, también se requirieron de diversos materiales para la realización de las sesiones. Así mismo para la integración adecuada del grupo experimental y comparación se ofreció un pequeño refrigerio al finalizar cada sesión en sus respectivos grupos.

Recursos Financieros

El costo presupuestado de la intervención es de \$ 50,000.00, para sustentar económicamente la intervención el costo fue absorbido por el investigador principal (Apéndice 6).

7.16 Consideraciones éticas y legales

Este estudio se apegó a lo dispuesto por la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, Declaración de Helsinki y en las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación

Biomédica en seres Humanos, en los artículos que se mencionan a continuación⁶⁴⁻⁶⁷.

En el Título Segundo, Capítulo I, Artículo, donde se estipula que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar. Por este motivo, se respetó la decisión de los adultos maduros de participar o no en la investigación, así mismo se ofreció un trato respetuoso y profesional por parte del equipo de investigación⁶⁴⁻⁶⁸.

La propuesta fue aprobada por el Comité de Investigación y el comité Bioética del Campus de Ciencias de la Salud e Ingenierías de Celaya Salvatierra de la Universidad de Guanajuato (Anexo 2 y 3), se asistió al sector seleccionado buscando la aprobación de los directivos del Centro Polivalente de la U. A. de C. (artículo 14, fracción VII y VIII)⁶⁴⁻⁶⁸.

Además, cada participante firmó un consentimiento informado (Apéndice 7) en el cual se especificó su participación, objetivo, duración, posibles riesgos y beneficios. Así mismo se informó a los participantes que son libres de abandonar la intervención en caso de que así lo decidieran (artículo 14, fracción V, artículo 20 y artículo 21, fracciones I, II, III, IV y VII; Declaración de Helsinki, principio básico 9 y 10). Se protegió en todo momento la privacidad y anonimato de los participantes (artículo 16) para lo cual se resguarda el material, teniendo solo acceso el investigador principal y equipo de asesores y se garantizó que el término del proyecto se destruirá las fichas de los datos personales y las encuestas se resguardarán por 5 años destruyéndolas al finalizar este periodo⁶⁴⁻⁶⁸.

Este estudio se consideró de riesgo mínimo ya que aunque los adultos maduros se sometieron a una intervención los procedimientos son considerados comunes (artículo 17, fracción II), además que se trabajó solamente con procesos cognitivos, la intervención se llevó a cabo a través de la psicoeducación, en la cual se abordaron temas como: Cambios fisiológicos, psicológicos y emocionales del envejecimiento, principales discapacidades en los adultos mayores, la sexualidad en el envejecimiento, actividad física, entre otros. Además, el investigador principal y colaboradores estuvieron atentos a cualquier signo de riesgo para suspender la sesión o de ser necesario retirar al participante de la investigación (artículo 18)⁶⁴⁻⁶⁸.

VIII. RESULTADOS

En el presente capítulo se muestran los resultados derivados de la intervención. En primer orden se muestra el diagrama de progresión de los sujetos de la intervención y se describen las características sociodemográficas y de convivencia con las PAM tanto para el grupo experimental y como para el grupo comparación. Asimismo, se presentan la confiabilidad de los instrumentos y las pruebas para verificar la igualdad de los grupos. Enseguida se muestra la estadística descriptiva para las dimensiones de estereotipos negativos hacia el envejecimiento y de ansiedad ante él envejecimiento. Finalmente, se presentan al lector los intervalos de confianza y las pruebas que verifican que los resultados de la intervención son estadísticamente significativos.

Diagrama de la progresión de los sujetos de la intervención

La progresión de los participantes en la intervención se muestra en la figura 3, en la cual se puede observar que se culminó la intervención con la participación del 98% de las personas que iniciaron la intervención.

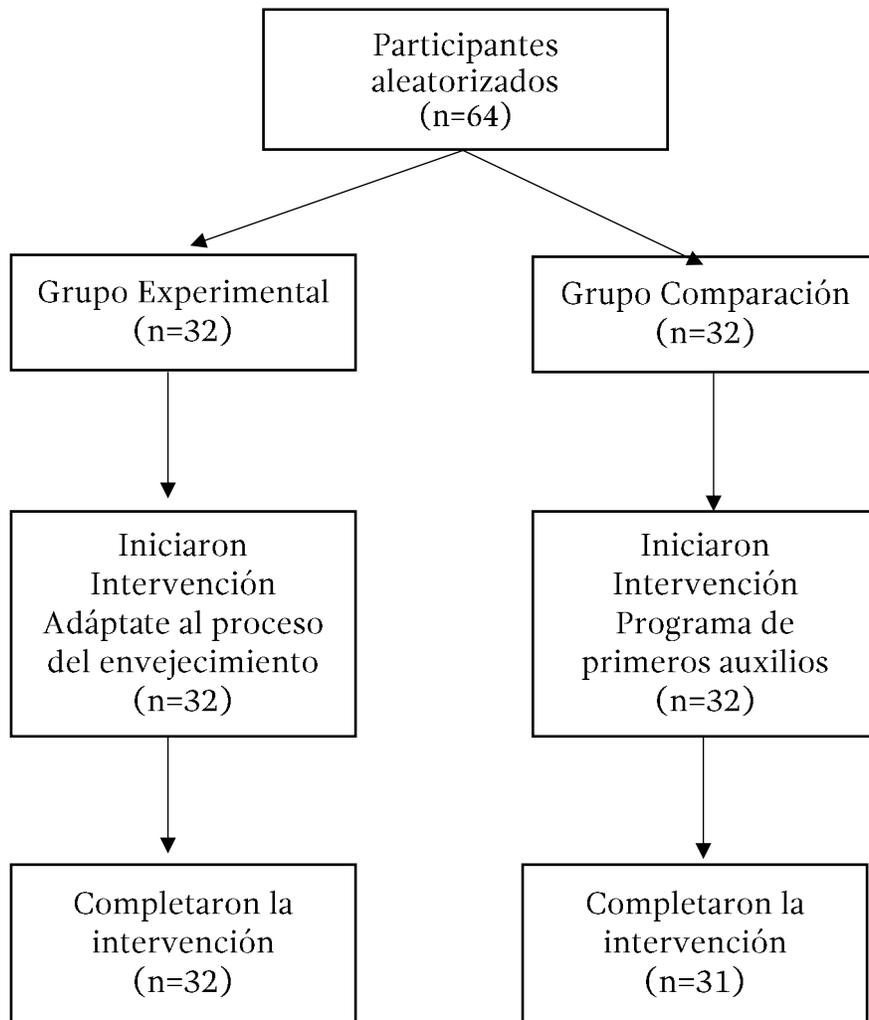


Figura 4. Diagrama de progresión de los participantes a través de la intervención.

Descripción de la muestra e igualdad de grupos

Para alcanzar el primer objetivo específico planteado, se presentan las características sociodemográficas de los participantes por grupo. Por una parte, el grupo experimental estuvo conformado por 32 adultos maduros de 40 a 59 años, con una media de 47.13 años y una desviación estándar (DE) de 6.47; la mayor parte de los participantes del género femenino con un 96.90%, católicas con un 90.60%, casadas con un 65.60% y se dedican al hogar 84.40%.

En cuanto al nivel de estudios, el 50% terminó la secundaria. Destaca que el 92.80% cuenta con seguridad social; sin embargo, el 96.90% no tiene un fondo de ahorro; el 46.87% reporta estar en condición de enfermedad, siendo la más frecuente la diabetes con un 60% y la hipertensión arterial (HTA) en un 20%. Los adultos maduros en su mayoría refieren un estado de salud regular en un 68.80% y cuando presentan alguna enfermedad se atienden en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (Véase tabla 2).

Por su parte el grupo comparación, estuvo conformado por 31 adultos maduros de 40 a 59 años, con una media de edad de 50.13 y una DE=6.49; de igual forma la mayoría son mujeres en un 96.80%, católicas con un 90.80%, casadas en el 77.40%, dedicadas al hogar 84.40%. En cuanto a la escolaridad, el 35.50% terminó la secundaria. El 77.4% cuenta con seguridad social; sin embargo, el 90.30% no tiene un fondo de ahorro; el 48.38% padece alguna enfermedad y de estos el 53.33% padecen diabetes y el 26.67 HTA. Los adultos maduros en su mayoría refieren un estado de salud regular en un 61.30% de los casos y cuando presentan alguna enfermedad se atienden en el IMSS (Véase tabla 2).

Tabla 2. Características sociodemográficas por grupo experimental y comparación.

Variable	Experimental		Comparación	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sexo				
Femenino	31	96.90	30	96.80
Masculino	1	3.10	1	3.20
Religión				
Católico	29	90.60	30	96.80
Cristiano	2	6.30	0	0.00
Otro	1	3.10	1	3.20

Estado Civil				
Soltero	6	18.80	4	12.90
Casado	21	65.60	24	77.40
Divorciado	0	0.00	1	3.20
Unión Libre	4	12.50	1	3.20
Viudo	1	3.10	1	3.20
Ocupación				
Ama de casa	27	84.40	21	67.70
Empleado/obrero	3	9.40	10	32.30
Otro	1	3.10	0	0.00
Sin empleo	1	3.10	0	0.00
Escolaridad				
Primaria incompleta	2	6.30	3	9.70
Primaria completa	5	15.60	4	12.90
Secundaria incompleta	3	9.40	2	6.50
Secundaria completa	16	50.0	11	35.50
Preparatoria incompleta	1	3.10	1	3.20
Preparatoria completa	2	6.30	5	16.10
Licenciatura incompleta	2	6.30	2	6.50
Licenciatura completa	1	3.10	3	9.70

Fuente: levantamiento propio basado en la Cédula de datos sociodemográficos.

Nota: *f* = Frecuencia; % = Porcentaje

En lo que respecta a la convivencia en el hogar con las PAM, en el grupo experimental, el 37.50% de los adultos maduros refieren vivir y tener contacto con PAM en su hogar, en el 16.66% de los casos las PAM tiene problemas de movilidad al subir o bajar escaleras y dificultad para aprender o poner atención, el 8.30% dificultades para ver aun usando lentes y el 25%

dificultades auditivas. Solamente el 9.40% de las PAM dependen económicamente de los adultos maduros encuestados.

En el grupo comparación, el 25.80% de los adultos maduros refieren convivir en el hogar con PAM, el 9.70% de las PAM tiene problemas de movilidad, dificultades para bañarse, cambiarse o comer por sí mismo y dificultad para aprender cosas nuevas, 6.50% problemas para ver aun usando lentes, para establecer comunicación oral y para escuchar. Solamente el 12.90% de los adultos maduros tienen como dependientes económicos a PAM (Véase tabla 3).

Tabla 3. Características de Convivencia en el hogar con el adulto mayor por grupo experimental y comparación.

Variable	Experimental		Comparación	
	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%
Depende económicamente alguna PAM de usted				
Si	3	9.40	4	12.90
No	29	90.60	27	87.10
Convive con PAM en casa				
Si	12	37.50	8	25.80
No	20	62.50	23	74.20
PAM con dificultad de movilidad				
Si	2	6.30	3	9.70
No	30	93.80	28	90.30
PAM con dificultad visual				
Si	1	3.10	2	6.50
No	31	96.90	29	93.50
PAM con dificultad para comunicarse				
Si	0	0	2	6.50
No	32	100	29	93.50
PAM con dificultad para Oír				

Si	3	9.40	2	6.50
No	29	9.60	29	93.50
PAM con dificultad para AVD (bañarse, vestirse o comer)				
Si	0	0.00	3	9.70
No	32	100	28	90.30
PAM con dificultad para poner atención o aprender cosas				
Si	2	6.30	3	9.70
No	30	93.80	28	90.30
PAM con limitación mental				
Si	0	0.00	1	3.20
No	32	100	30	96.80

Fuente: levantamiento propio basado en la Cédula de convivencia con PAM.

Nota: *f* = Frecuencia; % = Porcentaje

También se abordó la convivencia de PAM con adultos maduros fuera del hogar, es decir, tener amistad o convivencia en el trabajo, respondiendo los adultos maduros del grupo experimental que el 25% conviven con PAM en estas condiciones; el 21.90% de los adultos maduros refieren que las PAM con las que conviven tienen problemas de movilidad; 9.40% problemas de vista; el 12.50% problemas para comunicarse y poner atención; el 6.30% problemas para oír y el 15.60% problemas para vestirse. El grupo comparación el 45.20% conviven con PAM, donde el 21.90% tienen problemas de movilidad, 19.40% problemas para bañarse, cambiarse o comer solos, el 16.10% dificultades para oír, al 12.90% para comunicarse y solamente el 9.70 y 3.20% dificultades para poner atención y limitaciones mentales respectivamente (Véase Tabla 4).

Tabla 4. Características de Convivencia en el trabajo con el adulto mayor por grupo experimental y comparación.

Variable	Experimental		Comparación	
	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%
Convive con PAM en el trabajo				
Si	8	25.00	14	45.20
No	24	75.00	17	54.80
PAM con dificultad de movilidad				
Si	7	21.90	7	21.90
No	25	78.10	25	78.10
PAM con dificultad visual				
Si	3	9.40	9	29.00
No	29	90.60	22	71.00
PAM con dificultad para comunicarse				
Si	4	12.50	4	12.90
No	28	87.50	27	87.10
PAM con dificultad para Oír				
Si	2	6.30	5	16.10
No	30	93.80	26	83.90
PAM con dificultad para AVD (bañarse, vestirse o comer)				
Si	5	15.60	6	19.40
No	27	84.40	25	80.60
PAM con dificultad para poner atención o aprender cosas				
Si	4	12.50	3	9.70
No	28	84.40	28	90.30
PAM con limitación mental				
Si	0	0.00	1	3.20
No	32	100	30	96.80

Fuente: levantamiento propio basado en la Cédula

Nota: *f* = Frecuencia; % = Porcentaje

Confiabilidad Interna de los Instrumentos

La consistencia interna de los instrumentos que midieron estereotipos negativos hacia el envejecimiento y ansiedad ante el envejecimiento fue valorada a través de la prueba Alfa de Cronbach. En general, los instrumentos obtuvieron un coeficiente de confiabilidad aceptable y consistente con los resultados reportados por los autores de estos instrumentos (Véase Tabla 5).

Tabla 5. Confiabilidad interna de los instrumentos.

Nombre del instrumento	Reactivos	Coeficiente Cronbach		
		M. Basal	M. Final	M. seguimiento
Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia el Envejecimiento (CENVE)	15	0.67	0.95	0.95
Escala de Ansiedad hacia el Envejecimiento (EAE)	20	0.69	0.83	0.83

Fuente: CENVE; EAE

Igualdad de Grupos

Para determinar la equivalencia de los grupos se realizó la prueba de t de Student intra e inter grupos del comportamiento de la dimensión de Estereotipos negativos hacia el envejecimiento; también se realizó la prueba de U de Mann-Whitney para la ansiedad ante el envejecimiento. La Tabla 6 muestra los datos descriptivos y resultado de las pruebas en estas variables. Las variables no mostraron diferencia significativa por grupo, por lo que se establece que existe igualdad de grupos.

Tabla 6. Comparación de medias de medición base por grupos de Estereotipos negativos hacia el envejecimiento y Ansiedad ante el envejecimiento.

t de Student				
Variable	G1 ($n_1 = 32$)	G2 ($n_2 = 31$)	t	Valor de p
Estereotipos negativos hacia el envejecimiento	85.20	84.20	0.44	0.66
U de Mann-Whitney				
Variable	G1 ($n_1 = 32$)	G2 ($n_2 = 31$)	U	Valor de p
Ansiedad ente el envejecimiento	75.62	71.07	409.50	0.23

Fuente: levantamiento propio basado en CENE y EAE.

G1= Grupo Experimental; G2= Grupo Comparación.

Adicionalmente, se realizó el análisis de Chi cuadrada para explorar las diferencias en la distribución de las variables cualitativas sociodemográficas y de convivencia con las PAM de acuerdo con los grupos. Bajo la hipótesis de igualdad de grupos, el P-valor resultó en todas las variables mayor a 0.05, lo que indica que los grupos son equivalentes (Véase Tabla 7).

Tabla 7. Comparación de medias de medición base por grupo de variables sociodemográficas y de convivencia con PAM.

Variable	Gi ($n=32$)	G2 ($n=31$)	Chi ²	Valor de p
Género				
Femenino	31	30	0.001	0.746
Masculino	1	1		

Cohabita en su residencia con				
PAM				
Si	12	8	0.994	0.234
No	20	23		
Escolaridad				
Primaria incompleta	2	3	3.708	0.813
Primaria completa	5	4		
Secundaria incompleta	3	2		
Secundaria completa	16	11		
Preparatoria incompleta	1	1		
Preparatoria completa	2	5		
Licenciatura incompleta	2	2		
Licenciatura completa	1	3		
Posgrado	0	0		
Religión				
Católico	29	30	2.002	0.368
Cristiano	2	0		
Otra	1	1		
Estado civil				
Soltero	6	4	3.385	0.469
Casado	21	24		
Divorciado	0	1		
Unión Libre	4	1		
Viudo	1	1		
Ocupación				
Ama de casa	27	21	6.505	0.089
Empleado u Obrero	3	10		
Otro	1	0		
Sin empleo	1	0		
Seguro Médico				

Si	30	27	3.429	0.064
No	2	7		
Estado de salud				
Bueno	9	11	0.404	0.817
Regular	22	19		
Malo	1	1		
Convive con PAM como amigos o en el trabajo				
Si	8	14	2.816	0.078
No	24	17		

Fuente: CENVE; EAE; G1= Grupo Experimental; G2= Grupo Comparación, p= p-valor.

Descriptivos de las Respuestas Ineficaces de Adaptación al Envejecimiento.

A continuación, se presentan las medidas descriptivas de la variable respuestas ineficaces de adaptación al proceso del envejecimiento manifestada a través de los estereotipos negativos hacia el envejecimiento y ansiedad ante el envejecimiento en el grupo experimental y el grupo comparación.

Los datos descriptivos de la dimensión de estereotipos negativos hacia el envejecimiento indican que los participantes experimentan creencias negativas hacia el envejecimiento evidenciados por el valor mínimo de 71.11 en un índice del 0 al 100, donde a mayor puntaje mayor presencia de estereotipos. Por dimensiones la más afectada fue la de carácter

personalidad ($\bar{x}=87.90$; $DE=11.66$), la cual habla de las creencias encaminadas a las carencias afectivas interpersonales y falta de intereses vitales de las PAM; seguida de la dimensión de salud ($\bar{x}=87.70$; $DE=10.46$) la que hace referencia a las creencias generalizadas acerca del deterioro general de salud y presencia de discapacidades y por último la de motivacional social ($\bar{x}=80$; $DE=13.75$), esta dimensión habla de las creencias acerca de la rigidez mental y comportamientos infantilizados acerca de las PAM (Véase Tabla 8).

En la gráfica 1 se pueden observar los valores individuales de los estereotipos de la primera y segunda medición del grupo experimental (panel A), y el grupo comparación (panel B).

En lo que respecta a la Ansiedad ante el envejecimiento, la cual se refiere al miedo hacia el envejecimiento de los otros, preocupaciones relacionadas con el cambio de la apariencia física y por último miedo anticipado a las pérdidas en la vejez se encontró que el 50% de los participantes presentó niveles de ansiedad altos ($Md=77.50$ y $Md=75$) en el grupo experimental y comparación respectivamente, la ansiedad es la presencia de sentimientos negativos hacia el envejecimiento lo cual puede impedir que el adulto maduro de adapte al proceso del envejecimiento.

En la gráfica 2 se pueden observar los valores individuales de la ansiedad de la primera y segunda medición del grupo experimental (panel A), y el grupo comparación (panel B).

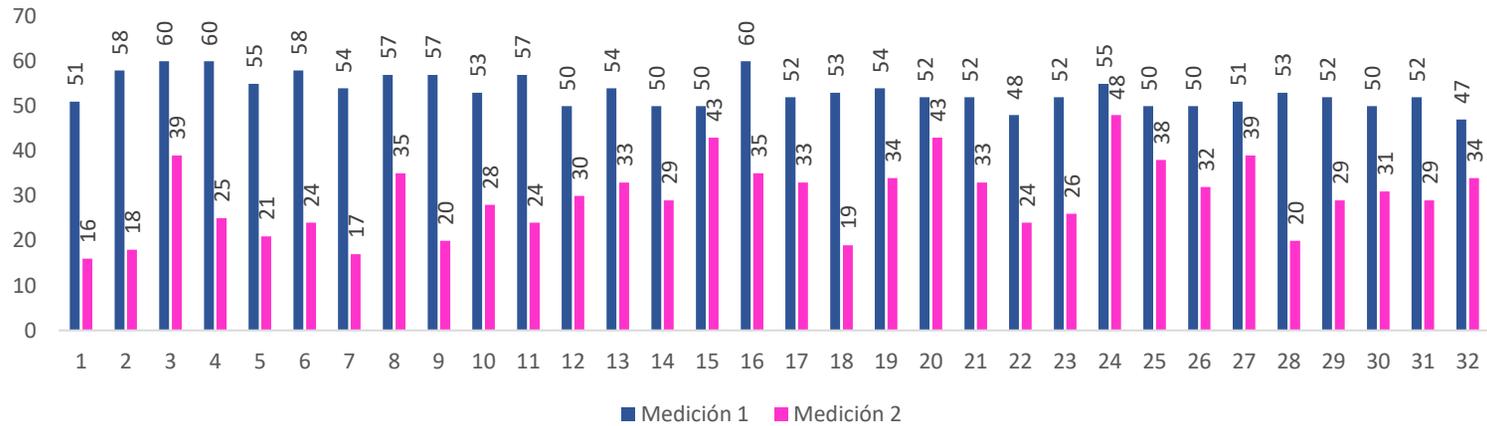
Tabla 8. Datos descriptivos de los estereotipos negativos y ansiedad ante él envejecimiento.

Variable	Experimental		Comparación					
	\bar{x}	DE	Valor Mín.	Valor Máx.	\bar{x}	DE	Valor Mín.	Valor Máx.
Estereotipos negativos hacia el envejecimiento	85.20	7.79	71.11	100	84.15	10.80	64.44	100
Salud	87.70	10.45	60.00	100	84.51	13.37	53.33	100
Motivacional- Social	80.00	13.75	46.67	100	83.44	14.38	53.33	100
Carácter-Personalidad	87.90	11.66	53.33	100	84.51	11.84	66.67	100
Ansiedad ante el envejecimiento	75.62	8.99	71.11	100	71.07	14.63	43.33	95

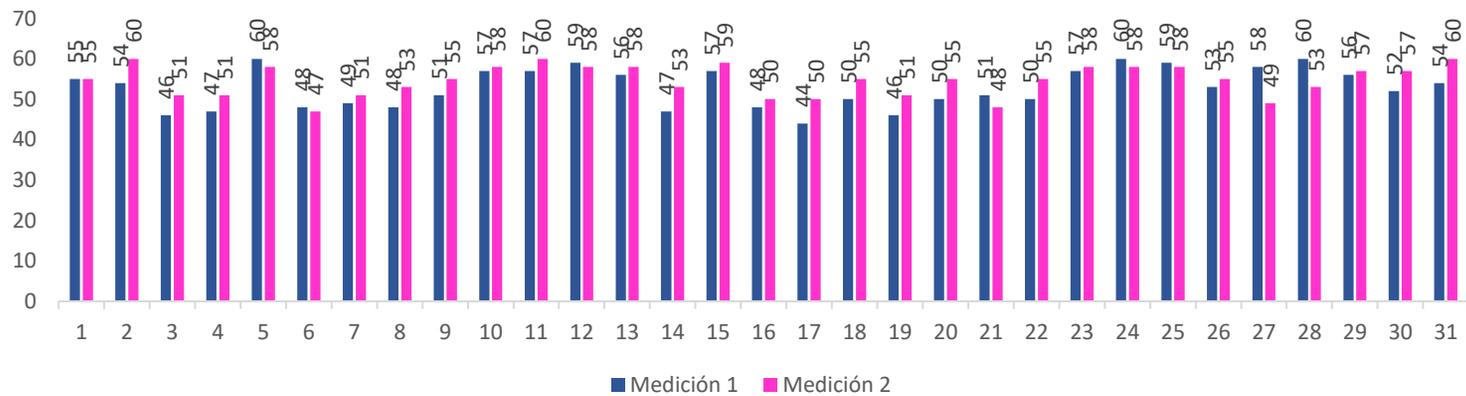
Fuente: Fuente: levantamiento propio con base en CENVE, EAE; \bar{x} = media; DE= Desviación estándar; Valor

Gráfica 1. Estereotipos negativos hacia el envejecimiento. Comportamiento de medias de sujetos por tiempo y grupo.

Panel A grupo experimental



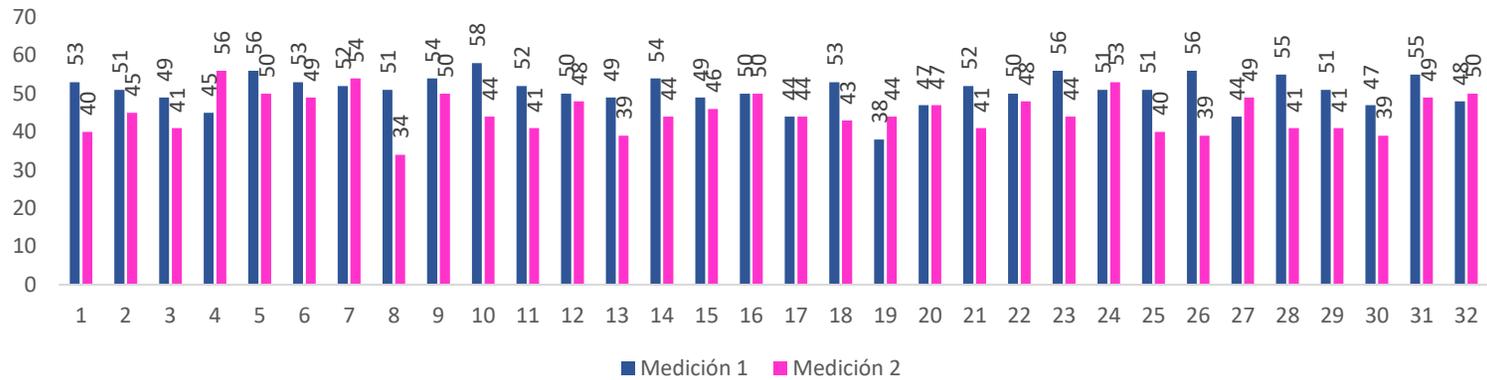
Panel B grupo comparación



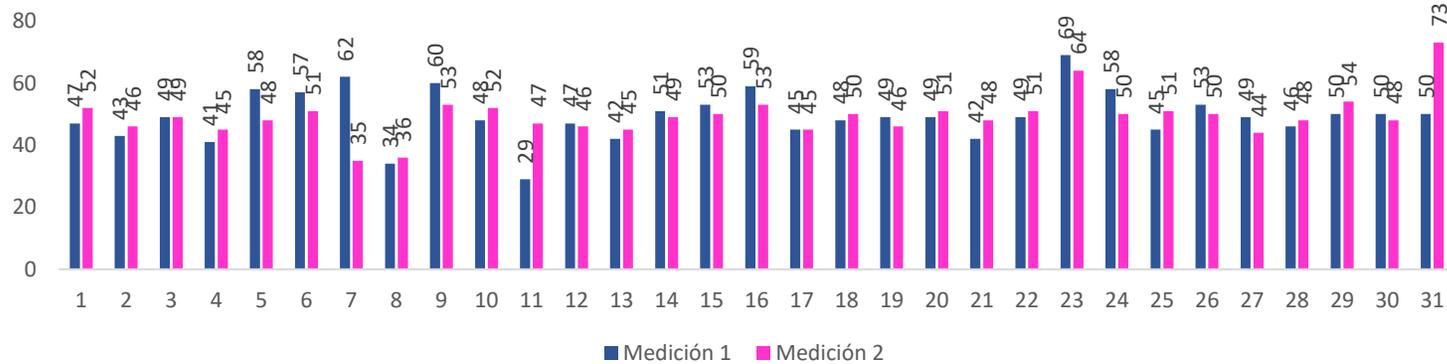
Fuente: levantamiento propio con base en CENVE.

Gráfica 2. Ansiedad ante el envejecimiento. Comportamiento de medias de sujetos por tiempo y grupo.

Panel A grupo experimental



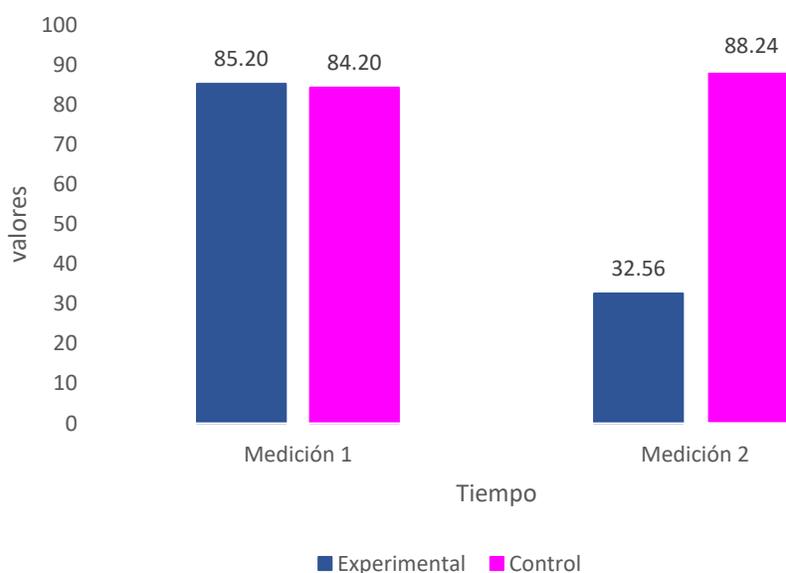
Panel B grupo comparación



Fuente: levantamiento propio con base en EAE.

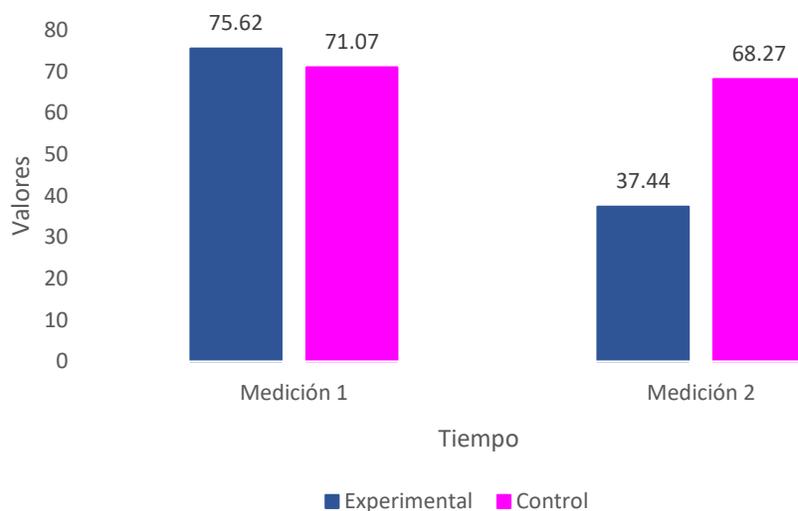
El lector puede observar en las gráficas 3 y 4 el comparativo de la medición inicial (T₁) y medición final (T₂) por grupo experimental y grupo comparación de la dimensión de estereotipos negativos hacia el envejecimiento y ansiedad, respectivamente. En el cual muestra que existe una disminución evidente de los valores de la media en el grupo experimental respecto de la medición 2, sugiriendo un efecto positivo de la intervención.

Gráfica 3. Estereotipos negativos hacia el envejecimiento. Comportamiento de medias por tiempo y grupo (porcentaje).



Fuente: levantamiento propio con base en CENVE.

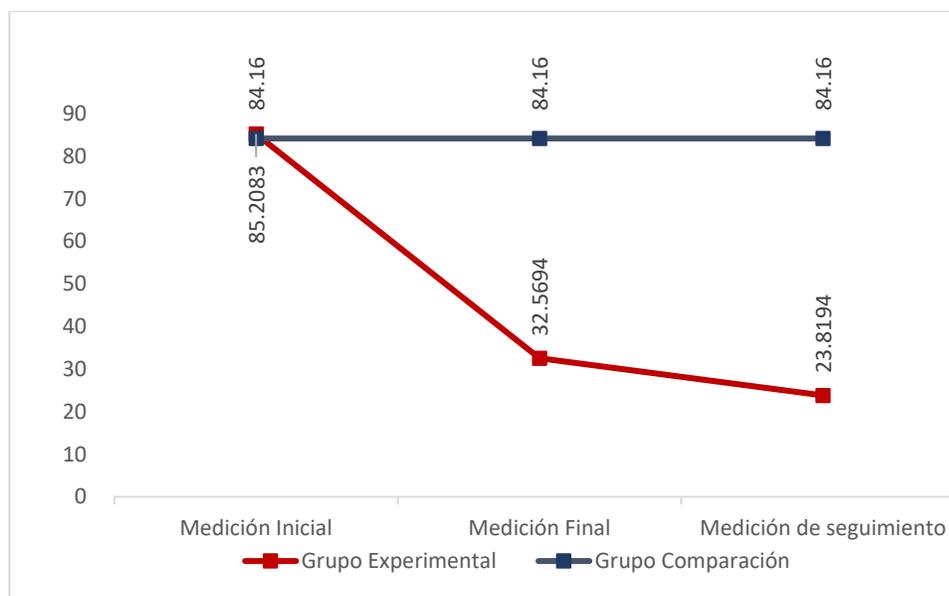
Gráfica 4. Ansiedad ante el envejecimiento. Comportamiento de medias por tiempo y grupo (porcentaje).



Fuente: levantamiento propio con base en EAE

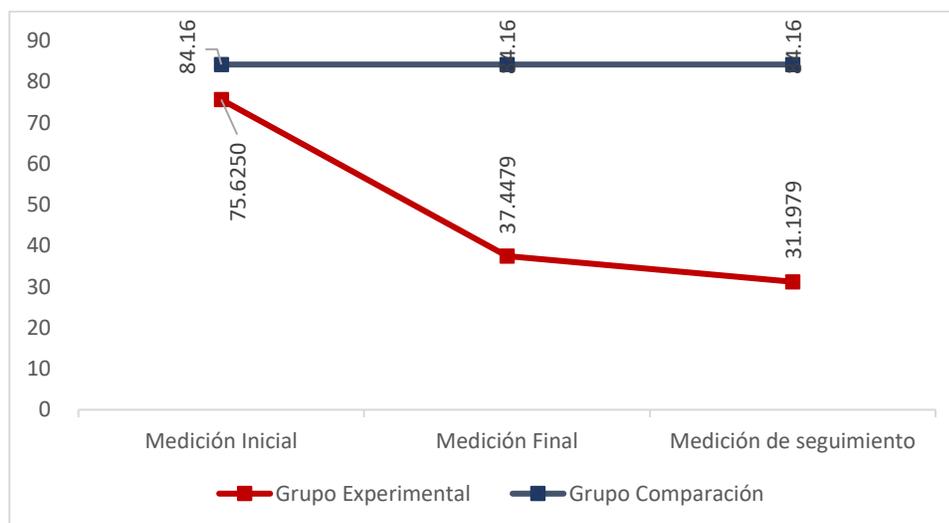
Finalmente, se presentan los resultados del comparativo de las medias de los estereotipos negativos hacia el envejecimiento y de ansiedad ante el envejecimiento de los grupos experimental y comparación a través del tiempo, donde se puede observar que existe una disminución de los valores y esta disminución se mantiene a través del tiempo.

Gráfica 5. Estereotipos negativos hacia el envejecimiento. Comportamiento de medias por tiempo y grupo.



Fuente: levantamiento propio con base en CENVE.

Gráfica 6. Ansiedad hacia el envejecimiento. Comportamiento de medias por tiempo y grupo.



Fuente: levantamiento propio con base en EAE.

Pruebas de normalidad y homocedasticidad.

En el inciso anterior se mostró que en el grupo experimental hubo un efecto positivo de la intervención tanto en ansiedad como estereotipos, al comparar la primera y la segunda medición. Por el contrario, el grupo comparación no registró cambios entre las mediciones. No obstante, es conveniente verificar que los resultados sean estadísticamente significativos, para ello más adelante en el trabajo se expondrán las pruebas correspondientes. De manera previa, en este apartado se presentan las pruebas de normalidad y homocedasticidad que permitieron la selección de las pruebas de significancia.

A continuación, para determinar la normalidad de los datos, se presenta el resultado de la prueba Kolmogorov- Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors para las dimensiones de estereotipos negativos hacia el envejecimiento y ansiedad ante el envejecimiento. También se procesó la prueba de Shapiro-Wilk considerando que el tamaño de la muestra se considera pequeño.

Los resultados muestran que solo la dimensión de estereotipos negativos hacia el envejecimiento tiene un comportamiento normal en ambas pruebas ($D^a=0.108$, $p>0.05$; $S-W=0.963$ $p<0.05$), Mientras que la ansiedad ante el envejecimiento no presenta normalidad (Véase Tabla 9). Lo cual indica que la variable ansiedad requiere de pruebas de distribución libre.

Tabla 9. Estadística descriptiva y resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S) y Shapiro- Wilk para los estereotipos negativos y ansiedad ante el envejecimiento.

Variable	\bar{x}	Md	DE	Mín	Máx	D ^a	p	S-W	p
Estereotipos negativos hacia el envejecimiento	84.69	84.44	9.33	64.44	100	0.108	0.063	0.963	0.054
Ansiedad ante el envejecimiento	73.38	76.66	12.22	43.33	95	0.158	0.000	0.917	0.000

Fuente: levantamiento propio con base en CENVE, EAE

Nota: Md= Mediana; DE= Desviación estándar, Min= mínimo; Max= máximo, D^a= Kolmogorov-Smirnov, S-W= Shapiro-Wilk; p= valor-p

En cuanto a la igualdad de varianzas (homocedasticidad) se procesó la prueba de Levene encontrando que en ambos casos (estereotipos negativos hacia el envejecimiento y ansiedad ante el envejecimiento) se obtuvo una p-valor menor a 0.05 (F=7.181, p=0.009; F=6.922, p=0.011, respectivamente) por lo que aceptamos la hipótesis nula, es decir, las varianzas son heterocedásticas.

Pruebas de significancia estadística e Intervalos de Confianza

Para alcanzar el segundo objetivo que es el de analizar los resultados de las respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento de las mediciones inicial (T_1) y al término de la intervención (T_2). Se realizaron análisis paramétricos, bajo supuestos de normalidad y homocedasticidad, y de manera paralela se plantearon test no paramétricos de manera tal que se pudiera contar con pruebas que funcionan incluso cuando no se cumplen estos supuestos y que son adecuados para muestras relativamente pequeñas.

Primero se realizó un análisis del grupo experimental en el tiempo uno (medición basal) y el tiempo dos (medición final) de la dimensión de estereotipos negativos hacia el envejecimiento. Se aplicó la prueba de t de Student para muestras relacionadas ya que presentó normalidad. Dicha prueba fue conducida para evaluar si hubo diferencia de medias significativa de la intervención psicoeducativa en las puntuaciones obtenidas en la dimensión de estereotipos negativos hacia el envejecimiento de los adultos maduros. Se encontró una diferencia significativa en el decremento de las puntuaciones del CENVE en el tiempo uno ($\bar{x}= 85.20$; DE=7.79) y tiempo dos ($\bar{x}=32.56$, DE=18.13) (Véase Tabla 10). La reducción de la media en las puntuaciones del CENVE fue de 52.64 con un nivel de confiabilidad de 95%, con un intervalo de confianza abarcando desde 45.17 hasta el 60.10.

Lo anterior muestra que al incrementar el estímulo focal y contextual en el grupo experimental las respuestas ineficaces de adaptación se convierten en respuestas eficaces de adaptación al proceso del envejecimiento.

Tabla 10. Prueba t de Student para la dimensión de estereotipos negativos hacia el envejecimiento medición inicial y medición final.

Variable	\bar{x}	Md	DE	t	gl	P	95% de IC de la diferencia	
							LI	LS
Tiempo 1	85.20	83.33	7.79	14.38	31	0.000	45.17	60.10
Tiempo 2	32.56	32.22	18.13					

Fuente: levantamiento de datos propio, basados en CENVE; t= t de Student; gl=grados de libertad; p= valor de significancia; IC= Intervalos de Confianza

De igual forma se procesó la misma prueba para la dimensión de ansiedad ante el envejecimiento; encontrando una diferencia significativa en el decremento de las puntuaciones del EAE en el tiempo uno (\bar{x} =75.62; DE=8.99) y tiempo dos (\bar{x} =37.44; DE=9.74) (Véase Tabla 11). La reducción de la media en las puntuaciones del EAE fue de 38.17 con un nivel de confiabilidad de 95%, abarcando desde 33.06 hasta 43.28.

Tabla 11. Prueba t de Student para la dimensión de ansiedad ante el envejecimiento medición inicial y medición final.

Variable	\bar{x}	Md	DE	t	gl	P	95% de IC de la diferencia	
							LI	LS
Tiempo 1	75.62	77.50	8.99	15.23	31	0.000	33.06	43.28
Tiempo 2	37.45	35.70	9.75					

Fuente: levantamiento de datos propio, basados en CENVE; t= t de Student; gl=grados de libertad; p= valor de significancia; IC= Intervalos de Confianza

En la Tabla 12 se muestran los resultados de la prueba t para muestras independientes la cual fue conducida para comparar las puntuaciones de estereotipos negativos hacia el envejecimiento en el grupo experimental y grupo control de la medición final, asumiendo que las varianzas son heterocedásticas (F=14.01, p<0.05), se encontró que hubo diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas para el grupo experimental (\bar{x} =32.57; DE=18.13) y grupo comparación (\bar{x} =88.24, DE=8.45) (ver tabla 12), por lo que se asume que los adultos maduros que participaron en el Programa Adáptate mostraron una diferencia significativa en la media comparada con la del grupo comparación (t=-15.69, p<0.05). La reducción de la media en las puntuaciones del Estereotipos negativos fue de -55.68 con un nivel de confiabilidad de 95%, abarcando desde -62.82 hasta -48.52.

Tabla 12. Prueba t de Student para la dimensión de estereotipos negativos por grupos en la medición final.

Variable	\bar{x}	Md	DE	t	Gl	p	95% de IC de la diferencia	
							LI	LS
Estereotipos negativos hacia el envejecimiento								
Experimental	32.57	32.22	18.13	-5.69	44.17	0.000	-62.82	-48.52
Comparación	88.24	88.88	8.45					

Fuente: levantamiento de datos propio, basados en CENVE; t= t de Student; gl=grados de libertad; p= valor de significancia; IC= Intervalos de Confianza

Para comparar las puntuaciones de los niveles de ansiedad ante el envejecimiento en grupo experimental ($\bar{x}=37.45$; DE=9.74) y comparación ($\bar{x}=68.27$; DE=13.48) de la medición final, se utilizó la prueba de t de Student para muestras independientes y asumiendo que las varianzas son homocedásticas (F=2.34, p>0.05), se encontró que hubo una diferencia significativa en los valores finales (t=-10.42, p<0.05). La reducción de la media en las puntuaciones de EAE fue de -30.83 con un nivel de confiabilidad de 95%, abarcando desde -36.74 hasta -24.91 (véase Tabla 13).

Tabla 13. Prueba t de Student para la dimensión de ansiedad ante el envejecimiento por grupos, medición final.

Variable	\bar{x}	Md	DE	t	Gl	p	95% de IC de la diferencia	
							LI	LS
Ansiedad ante el envejecimiento								
Experimental	37.44	37.5	9.74	-10.42	61	0.000	-36.74	-24.91
Comparación	68.27	71.66	13.48					

Fuente: levantamiento de datos propio, basados en EAE; t= t de Student; gl=grados de libertad; p= valor de significancia; IC= Intervalos de Confianza

Asumiendo que los supuestos para las pruebas no se cumplieran, de manera complementaria se procesó la prueba no paramétrica de Rangos de Wilcoxon encontrando una reducción significativa de los estereotipos negativos hacia el envejecimiento, participando en el Programa Adáptate, $z=-4.93$, $p<0.05$. La puntuación mediana de los estereotipos negativos se redujo antes del programa (Md 1 =83.33) a después del programa (Md 2= 32.22) (Véase Tabla 14).

Tabla 14. Prueba de Wilcoxon para estereotipos negativos hacia el envejecimiento en el grupo experimental en la medición inicial y medición final.

Variable	\bar{x}	Md	DE	Z	p
Estereotipos negativos hacia el envejecimiento					
Medición 1	85.20	83.33	7.79	-4.93	0.000
Medición 2	32.56	32.22	18.13		

Fuente: levantamiento propio basado en CENVE; \bar{x} = media, Md= Mediana, DE = Desviación estándar, Z = Estadístico de la Prueba Wilcoxon, n = 161

En la dimensión de la ansiedad ante el envejecimiento se encontró una reducción significativa ($z=-4.93$, $p<0.05$) en la medición uno (Md=75.62) comparada con la medición dos (Md=37.44) (Véase Tabla 15).

Tabla 15. Prueba de Wilcoxon para ansiedad ante el envejecimiento en el grupo experimental en la medición inicial y medición final.

Variable	\bar{x}	Md	DE	Z	p
Ansiedad ante el envejecimiento					
Medición 1	75.62	77.50	8.99	-4.93	0.000
Medición 2	37.44	37.44	9.74		

Fuente: levantamiento propio basado en CENVE; \bar{x} = media, Mdn = Mediana, DE = Desviación estándar, Z = Estadístico de la Prueba Wilcoxon, n = 161

Para ver la diferencia de medias entre el grupo experimental y comparación de la medición final de la dimensión de estereotipos negativos hacia el envejecimiento se procesó la prueba de U de Mann-Whitney y se encontró que existe una diferencia significativa entre el valor obtenidos en el grupo

experimental (Md=32.57, n=32) confrontado con el grupo comparación (Md=88.24, n=31), U=1.50, $p < 0.01$; $z = -6.81$ (Véase tabla 16).

Tabla 16. Prueba de Mann-Withney para estereotipos negativos hacia el envejecimiento en el grupo experimental y comparación en la medición final.

Variable	n	\bar{x}	Md	U	p
Estereotipos negativos hacia el envejecimiento					
Experimental	32	32.57	32.22	1.50	0.000
Comparación	31	88.24	88.88		

Fuente: levantamiento de datos propio basados en EAE; \bar{x} = media; Md= mediana; U= U de Mann-Withney; p= valor de significancia.

Para ver la diferencia de medias entre el grupo experimental y comparación de la medición final de la dimensión de ansiedad ante el envejecimiento se encontró que existe una diferencia significativa entre el valor obtenidos en el grupo experimental (Md= 37.50, $n_1 = 32$) y comparación (Md = 71.66, $n_2 = 31$), U = 47.00, $z = -6.17$, $p = 0.000$ (Véase tabla 17).

Tabla 17. Prueba de Mann-Withney para ansiedad ante el envejecimiento en el grupo experimental y comparación de la medición final.

Variable	n	\bar{x}	Md	U	p
Ansiedad ante el envejecimiento					
Experimental	32	37.44	37.50	47.00	0.000
Comparación	31	68.27	71.66		

Fuente: levantamiento de datos propios basados en EAE; \bar{x} = media; Md= mediana; U= U de Mann-Withney; p= valor de significancia.

Para alcanzar el tercer y cuarto objetivo, que son comparar la medición de seguimiento (T_3 , seguimiento a las 10 semanas) con la medición inicial (T_1 , antes de la intervención) y al término de la intervención (T_2 , final de la intervención), así como calcular el efecto de la intervención psicoeducativa en los estereotipos negativos y al mismo tiempo dar respuesta a la hipótesis planteada que establece que los adultos maduros que participan en la intervención psicoeducativa muestran un efecto positivo en las respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento respecto a los participantes del grupo comparación, evidenciado por la disminución de los estereotipos negativos hacia el envejecimiento y ansiedad ante el envejecimiento. Se procesó la prueba de ANOVA de un factor con mediciones repetidas, la cual fue llevada a cabo para comparar las puntuaciones en la prueba de estereotipos negativos hacia el envejecimiento en los tres tiempos.

La Tabla 18, muestra el comportamiento de las medias a través del tiempo de la dimensión de estereotipos y el resultado del ANOVA. Se puede observar que, para el grupo experimental, las medias disminuyen a través del tiempo y se mantiene en la medición de seguimiento. Mientras que el grupo comparación, muestra un pequeño aumento en la medición final y un leve decremento en la medición de seguimiento. Se observan diferencias significativas en los tiempos uno y dos, mientras que el tiempo 3, es decir, la medición de seguimiento no muestra diferencia significativa.

Tabla 18. Datos descriptivos y ANOVA de Estereotipos negativos por grupo y tiempo.

Variable	G1	G2	$F_{(1,61)}$	Valor de p
	\bar{x} ($n_1 = 32$)	\bar{x} ($n_2 = 31$)		
Tiempo 1	85.20	84.16	7.18	.009
Tiempo 2	32.53	88.24	14.03	.000
Tiempo 3	23.82	81.87	1.06	.306

Fuente CENVE G1= Grupos Experimental; G2= Grupo Comparación.

La Tabla 19 muestra los resultados del ANOVA de mediciones repetidas incluyendo el análisis multivariado para la dimensión estereotipos. El análisis comprende de la medición inicial a la medición de seguimiento T₁ al T₃.

La prueba de contrastes multivariados permite apreciar que al seguimiento de la intervención tuvo efecto significativo de la interacción tiempo por grupo, con un tamaño de efecto grande ($\eta^2 = 0.879$).

Tabla 19. ANOVA de mediciones repetidas para Estereotipos negativos hacia el envejecimiento.

Efectos de Tiempo 1 al Tiempo 3					
Contraste Multivariado	λ	F	Valor de p		η^2
Tiempo X Grupo	.121	218.69	.000		.879
Fuente de Variación	gl	CM	F	p	η^2
Entre-Sujetos					
Grupo	2	21318.76	202.86	.000	.769
Error	122	105.09			
Intra-Sujetos					

Tiempo	1	822504.90	43512.32	.000	.983
Tiempo X Grupo	1	0 66627.12	284.51	.000	.823
Error	61				

Fuente: Levantamiento propio basado en CENVE; λ = Lambda de Wilks; F=
 η^2 = eta parcial cuadrado.

Esto sugiere que la intervención de enfermería fue efectiva para disminuir los estereotipos negativos hacia el envejecimiento en los adultos maduros.

En cuanto a la variable de ansiedad ante el envejecimiento, como se mencionó con anterioridad al obtener un comportamiento no normal, se procesó la prueba de Friedman, la cual fue llevada a cabo para comparar las puntuaciones en la prueba de ansiedad ante el envejecimiento en los tres tiempos.

Los resultados de la Prueba Friedman indicaron que hubo una diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones de Ansiedad ante el envejecimiento a través de los tres tiempos (Tiempo 1 o preintervención, Tiempo 2 o postintervención y Tiempo 3 o seguimiento a las 10 semanas), $X^2(2, n = 63) = 66.31, p = 0.000$. La inspección de los valores de la mediana mostró un decremento en las estadísticas de ansiedad desde la preintervención (Md =76.66) a la postintervención (Md = 50.00) y una disminución mayor en el seguimiento (Md = 45.00).

Tabla 20. Friedman para ansiedad ante el envejecimiento.

	N	Percentiles		
		25	50 (Mediana)	75
EAE Tiempo 1	63	68.33	76.67	81.67
EAE Tiempo 2	63	35.00	50.00	71.67
EAE Tiempo 3	63	31.66	45.00	61.67

Fuente: levantamiento propio basado en EAE; N= muestra.

En síntesis, se obtuvieron evidencias estadísticamente significativas de que la intervención psicoeducativa de enfermería tuvo efectos positivos en las respuestas ineficaces de adaptación al proceso del envejecimiento de los adultos maduros que participaron en el grupo experimental en contraste con el grupo comparación, disminuyendo sus estereotipos negativos hacia el envejecimiento y los niveles de ansiedad ante el envejecimiento al final de la intervención y manteniéndola a través del tiempo.

IX. DISCUSIÓN

En este apartado se discuten los resultados obtenidos de la presente investigación, la cual tuvo como propósito diseñar, implementar y evaluar el efecto de una intervención psicoeducativa en las respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento en adultos maduros, teniendo como referencia el Modelo de Adaptación de Roy (MAR).

Este estudio se centró en el incremento de los estímulos, que atendiendo a Roy es todo aquello que provoca una respuesta, pueden venir del medio interno y/o externo. Son el punto de partida de la interacción de la persona con el ambiente y provocan una respuesta inmediata que puede ser ineficaz o eficaz.

Cuando los estímulos son negativos para el proceso del envejecimiento pueden provocar una respuesta no adaptativa o ineficaz. Estos estímulos se modificaron brindando conocimiento real del envejecimiento, dando a conocer los principales estereotipos negativos del envejecimiento, la realidad y necesidades sexuales de las PAM, así como los principales miedos anticipados al envejecimiento, entre otras cosas. Todo ello con la finalidad de que la adaptación al proceso del envejecimiento se vea manifestada a través del modo de autoconcepto representado por la disminución de la ansiedad ante el envejecimiento y del modo de función de rol a través de la disminución de los estereotipos negativos hacia el envejecimiento.

A continuación, se discuten los resultados obtenidos de la intervención psicoeducativa de acuerdo con el propósito del estudio, los objetivos planteados y a la hipótesis establecida.

En cuanto al perfil demográfico de los participantes tanto en el grupo experimental como en el de comparación se encontró que en su mayoría

son mujeres, católicas con un 90.60% y 90.80% respectivamente; casadas con un 65.60% y un 77.40%; y dedicadas al hogar con un 84.40% en ambos grupos, esto es característico de la población adulta madura mexicana, donde todavía se considera que el rol de la mujer es el hogar y el desarrollo de trabajo doméstico derivado de la condición de género⁶⁹. En cuanto al nivel educativo en el grupo experimental el 50% terminó la secundaria, mientras que en el grupo comparación solamente el 35.50% terminó la secundaria, esto también coincide con el perfil de la mujer mexicana la cual aún es rezagada de la educación⁶⁹.

En lo referente a la salud en el grupo experimental el 92.80% cuenta con seguridad social; el 46.87% reporta estar en condición de enfermedad, siendo la más frecuente diabetes con un 60% y la hipertensión arterial (HTA) en un 20%. El grupo comparación por su parte, el 77.40% cuenta con seguridad social y el 48.38% padece alguna enfermedad y de estos el 53.33% padecen diabetes y el 26.60% HTA, estas cifras coinciden con lo reportado en ENSANUT 2012⁷⁰ a nivel nacional, donde se reporta que el grupo más afectado por la diabetes e hipertensión arterial es el grupo de los 40 a 60 años, en el cual se encuentran los adultos mayores que participaron en esta investigación.

En lo que respecta a la convivencia en el hogar con las PAM, en el grupo experimental, el 37.50% de los adultos maduros refieren vivir y tener contacto con PAM en su hogar, mientras que en el grupo comparación este porcentaje disminuye a un 25.80%, lo cual es coherente con lo reportado a nivel nacional donde el 28% de las familias mexicanas son de tipo ampliado, es decir, familias nucleares más otros parientes en el hogar, entre ellos abuelos⁶⁹.

De los adultos mayores con los que conviven en casa o en el trabajo entre el 9.40% al 16.66% presentan algún tipo de discapacidad, en orden de importancia se encuentran las que afectan la movilidad, la vista, audición, lo

cual coincide con lo reportado en ENSANUT, donde las principales dificultades de las PAM son: problemas de movilidad con 17.80, visión 11.5% y audición 9.5%⁷⁰.

Los resultados encontrados del nivel de estereotipos negativos hacia el envejecimiento en esta investigación de manera global y por dimensiones coinciden por los encontrados por Lasagni, Bernal, Tuzzo, Rodríguez, Heredia y Muñoz; Menéndez, Cuevas-Toro, Pérez-Padilla y Lorence, lo cual significa que la presencia de estereotipos negativos hacia el envejecimiento está presente en poblaciones de diferentes contextos sociales y culturales.

En cuanto a los niveles de ansiedad los resultados encontrados en esta investigación, son superiores a lo reportado por Serrani-Azcurra; Allan y Johnson, dicha diferencia pudiera deberse a que la población del presente estudio presenta mayor edad que la reportada por los dos autores y una menor convivencia con PAM ya sea en el hogar o en el área de trabajo, también es importante recalcar que según Serrani-Azcurra el contacto con PAM tiene una influencia en el nivel de ansiedad ante el envejecimiento lo cual pudiera explicar la diferencia antes mencionada.

En función de los hallazgos encontrados en la comprobación de la hipótesis, se concluye que la intervención mostró un efecto positivo en la disminución de los estereotipos negativos hacia el envejecimiento de los participantes del grupo experimental a diferencia del grupo comparación. Lo que sugiere que el adulto maduro que recibe información sobre el proceso normal del envejecimiento tiene menos creencias negativas en las áreas de la salud, motivación- social y carácter-personalidad acerca del envejecimiento, estos resultados coinciden con Sarabia y Castanedo; con Butler y Baghi; y Mc Cleary; Wuertele y Maruyama; Hwang , Wang, Lin.

Así mismo, presenta menor nivel de ansiedad ante el envejecimiento manifestada por el temor a los cambios físicos del envejecimiento, pérdida del control y dependencia, pérdida de trabajo y relaciones sociales y por

último la confrontación a la muerte. De esta manera, el adulto maduro ve el envejecimiento como una etapa más de la vida, como parte de un proceso normal y en el que todas las personas van a pasar por ella, también reconoce que en esta etapa hay presencia de enfermedades y problemas en diversas índoles, sin embargo, estas características no deben generalizarse a todas las personas adultas mayores.

Lo anterior confirma la aseveración de Roy acerca de que enfermería desempeña un papel único como facilitadora de la adaptación de las personas con las que interactúa, a través del incremento de los estímulos positivos, activando con esto el proceso de afrontamiento cognitivo a través de los contenidos y estrategias de la intervención. También, los contenidos, activaron los procesos emocionales y cognoscitivos que le permitieron a los adultos maduros analizar el proceso del envejecimiento, procesando la información otorgada, dándole un significado positivo para poder alcanzar un nivel de integración de su persona y la etapa de vida que está viviendo.

El hecho de que se haya observado una disminución de los estereotipos negativos y la ansiedad ante el envejecimiento sugiere que el MAR es adecuado para estudiar el fenómeno del envejecimiento en adultos maduros.

En relación con el efecto positivo de la intervención para disminuir los estereotipos negativos y la ansiedad ante el envejecimiento, los resultados son congruentes con los reportados por Blanco-Molina y Pinazo-Hernandis; McCleary; Huei-Lih, Hsiu-Hung y Huey-Shyan; Campos y Salgado; Wurtele y Maryyama; Butler y Baghi, quienes en sus intervenciones mostraron que se disminuyeron los estereotipos negativos y la ansiedad ante el envejecimiento mediante la enseñanza real del proceso del envejecimiento con el uso de estrategias como son, la proyección de películas o documentales en los cuales aparecieran PAM activos e

independientes y la simulación o proyección del propio envejecimiento entre otras estrategias.

Adicionalmente se puede señalar que la intervención psicoeducativa aplicada en este estudio es efectiva en relación con los resultados esperados, cuando se combinan, sesiones grupales, estrategias como las presentaciones orales, uso de materiales didácticos como crucigramas, sopas de letras, role playing, cine debate, elaboraciones de plan de vejez, actividad física y ejercicios para mejorar el afrontamiento; que se administren de manera semanal dejando actividades de enlace entre cada sesión, a fin de mantener el interés y favorecer la permanencia de las personas.

Así mismo, según los resultados obtenidos, se demuestra que la estrategia de abordaje de la psicoeducación aplicada por profesionales de enfermería es eficaz, convirtiéndose en otra opción para brindar cuidado a las personas favoreciendo las habilidades necesarias y mejorando las conductas que fomentan la salud⁵².

Una ventaja del presente estudio fue la metodología utilizada para la entrega del currículo de la intervención breve en cual se consideró: 1) protocolización y estandarización de la intervención en manuales para el facilitador y el participante, 2) entrenamiento de facilitadores con la finalidad de garantizar la fidelidad de la intervención y el apego del protocolo, 3) evaluación de la fidelidad de intervención antes, durante y posterior a la entrega de la intervención por medio de lista de cotejo en el seguimiento del proceso de la entrega y un cuestionario sobre el grado de cumplimiento de las actividades planeadas, control del tiempo y respeto entre los participantes⁶⁰.

Conforme a los resultados obtenidos en esta investigación, se puede concluir que la intervención psicoeducativa sustentada del MAR es pertinente para explicar el fenómeno de la adaptación hacia el proceso del

envejecimiento en persona adultos maduros. Es importante reconocer la influencia de los estímulos, en la forma que una persona enfrenta el envejecimiento y las creencias acerca de este proceso, y que estas formas de enfrentar influyen en los modos de adaptación que tiene para presentar una respuesta eficaz de adaptación.

X. CONCLUSIONES

Basándose en los hallazgos del estudio es posible concluir que la hipótesis planteada se conserva, es decir, los adultos maduros que participaron en la intervención psicoeducativa mostraron un efecto positivo en las respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento respecto a los participantes del grupo comparación, evidenciado por la disminución de los estereotipos negativos hacia el envejecimiento y los niveles de la ansiedad ante el envejecimiento.

Así mismo, de acuerdo con el propósito para el presente estudio podemos concluir que el diseño de la intervención el cual se realizó por un equipo de expertos de la salud dirigidos por un profesional de enfermería y basado en la psicoeducación, contribuyó a darle guía teórica y metodológica a la intervención. Las sesiones que se elaboraron contribuyeron a disminuir los niveles de estereotipos negativos y los niveles de ansiedad ante el envejecimiento.

Además, en el MAR (que guío el proyecto de investigación), Roy considera que uno de los objetivos de la Enfermería es la contribución a la resolución de las necesidades de salud de los individuos y los grupos promoviendo así la adaptación a través del conocimiento especializado. Esta adaptación positiva se puede lograr a través de la modificación de los estímulos por medio de intervenciones favoreciendo así los modos adaptativos.

Un hallazgo importante fue el supuesto científico de Roy que establece que los sentimientos y pensamientos median la acción humana. Los estereotipos negativos y la ansiedad ante el envejecimiento se explican en función del rol estratégico que juegan las cogniciones sobre las conductas de las personas, y se comprueba al modificar esas cogniciones y mejorar la conducta de las personas hacia el proceso del envejecimiento.

También fue confirmada la afirmación de Roy con relación a que las respuestas humanas o conductas adaptativas se generan en función de los estímulos y el nivel de adaptación de la persona. Al modificar los estímulos de los adultos maduros las respuestas ineficaces se convirtieron en respuestas eficaces o adaptativas al proceso del envejecimiento.

Otra estrategia efectiva, fueron los recordatorios telefónicos para la asistencia a las sesiones fueron eficaces para que los participantes asistieran evitando así la deserción, la cual se mantuvo dentro de lo esperado.

Todo lo anterior nos permite establecer las bases teórico-metodológicas para diseñar e implementar planes de cuidado de enfermería con enfoque anticipatorio que atiendan las dificultades de adaptación al envejecimiento, promoviendo así las líneas establecidas por organismos internacionales para favorecer el envejecimiento exitoso.

Limitaciones

En virtud de que las participantes en esta investigación representan un conjunto de personas con características muy específicas, es difícil la generalización por lo que los resultados deben ser tomados con cautela y ser considerados para poblaciones con características muy similares a la muestra estudiada.

La muestra es relativamente pequeña, por lo que se considera que una muestra más grande podría confirmar los resultados con mayor poder estadístico. Los grupos estuvieron conformados en su mayoría por mujeres, amas de casa y con niveles de escolaridad baja, lo que puede representar una limitante y a la hora de querer comparar los resultados con otros grupos tendrá que ser con grupos de características similares.

El comportamiento de la variable de ansiedad ante el envejecimiento mostró una leve modificación en el grupo comparación, lo cual puede explicarse por el tiempo de duración de la intervención en ambos grupos

(10 semanas, 10 sesiones) y el tiempo de convivencia que se daba al finalizar cada sesión.

RECOMENDACIONES

El aporte de este estudio no pretende ser un todo acabado, puesto que los resultados conducen a que se abran otros caminos de investigación, inclusive con otros abordajes, en la medida en que se puede ampliar, profundizar y seguir construyendo y reconstruyendo el conocimiento acerca de la adaptación al proceso del envejecimiento.

Se sugiere desarrollar estudios cuasiexperimentales que incluyan seguimientos a los 6 y 12 meses, para evaluar si el efecto de la intervención se mantiene en un plazo mayor de tiempo.

Para investigaciones futuras se recomienda incluir variables como la autoestima y la calidad de vida ya que la primera influye, de acuerdo con la literatura revisada, las estrategias de afrontamiento de las personas y la calidad de vida es uno de los beneficios esperados en la adaptación de las personas al proceso del envejecimiento.

Se sugiere que en futuras intervenciones se considere probar sesiones que aborden temas relacionado con el envejecimiento exitoso, como son, la participación social en la vejez, temas de nutrición y prevención de enfermedades, entre otras.

A pesar de que la intervención psicoeducativa mostró ser efectiva en la adaptación al proceso de envejecimiento, en intervenciones futuras, se recomienda incluir sesiones de que aborden otros temas como son actividad física ya que en esta intervención solo se llevó a cabo una sesión de taichí y los participantes refirieron gustos por otros tipos de ejercicios como el yoga, también manifestaron inquietudes acerca de la alimentación, por lo que se recomienda incluir este tema.

Se recomienda seguir aplicando la intervención en otros escenarios y con otros grupos de edad, para probar su efectividad en la adaptación al proceso del envejecimiento.

Así mismo, incluir dentro de los grupos personas del género masculino ya que resulta interesante conocer su perspectiva acerca del proceso del envejecimiento y verificar si las estrategias implementadas en esta intervención son exitosas.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez R. Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization; 2015. [Consultado 15 Marzo 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796B3A2010-crecimiento-acelerado-poblacion-adulta-60-anos-mas-edad-reto-salud-publica&catid=1796%3Afacts&Itemid=1914&lang=en.
2. Organización Mundial de la salud. [Internet]. Envejecimiento y ciclo de vida [consultado 15 de Marzo 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
3. WHO. Echar abajo los estereotipos [Internet]. *World Health Organization*; 2015. [Consultado 10 Octubre 2015]. Disponible en: http://www.who.int/ageing/about/fighting_stereotypes/es/.
4. Bárcena CC, Iglesias GJA, Galán AMI, Abella GV. Dependencia y edadismo. Implicaciones para el cuidado. *Enfermería CyL [Internet] 2009 [Consultado 20 Marzo 2014]*; 1(1): 46–52. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/18/10>
5. Roy C. *The Roy Adaptation Model*. 3ra ed. Pearson Prentice Hall: 9780130384973; 2008.
6. Marcos ML. Modificaciones de los estereotipos sobre los mayores. En: *Comunicación e personas mayores. Actas do Foro Internacional*. [Internet]. 2007 [Consultado 7 Agosto 2015]; 29–46. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2651192>
7. Sánchez PC. *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas [tesis doctoral]*. Málaga: Universidad de Málaga. [Internet] 2004

- [consultado 15 Febrero 2014]; Disponible en: <http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/16704046.pdf>
8. Lasher KP, Faulkender PJ. Measurement of aging anxiety: Development of the anxiety about aging scale. *Int J Aging Hum Dev. Ene 1993; 37(4): 247–259.*
 9. Levy BR. Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. Jul 2003; 58(4): 203–P211.*
 10. Levy BR, Myers LM. Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Prev Med. Sep 2004; 39(3):625–629.*
 11. Levy BR, Hausdorff JM, Hencke R, Wei JY. Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. Jul 2000; 55(4):205–213.*
 12. Levy BR, Slade MD, Kasl SV. Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. Sep 2002; 57(5): 409–417.*
 13. Levy BR, Zonderman AB, Slade MD, Ferrucci L. Age stereotypes held earlier in life predict cardiovascular events in later life. *Psychol Sci. Mar 2009; 20(3):296–298.*
 14. Sánchez PC, Trianes TMV, Blanca MMJ. Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol. May 2009; 44(3):124–129.*
 15. Eugez R. Terapia Cognitivo Conductual [Internet]. *SlideShare*. 2011 [Consultada 21 Abril 2014]; Disponible en: http://es.slideshare.net/rocio_e/terapia-cognitivo-conductual-8992475
 16. Instituto de Terapia Cognitivo Conductual [Internet]. [Consultada 10 Abril 2014]; Disponible en: <http://www.icognitivoconductual.com/>

17. Envejecimiento demográfico de México: Retos y Perspectivas / Por una sociedad para todas las edades [Internet]. Consejo Nacional de Población CONAPO. 2016 [Consultado 10 Febrero 2016]; Disponible en:
http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Envejecimiento_demografico_de_Mexico_Retos_y_Perspectivas
18. Papalia DE, Olds W, Feldman RD, Herrera MV, Salinas MEO, Dávila MJF. Desarrollo humano. 11th ed. México: McGraw Hill; 2010.
19. Matus LP. Desarrollo de la Adolescencia y la Aduldez. [Internet]. México; 2002 [Consultado 20 Marzo 2014 Mar 20]. Disponible en:
http://www.upn303.com/files/lie/semestre4/Desarrollo_del_adol esente_y_del_adulto.pdf
20. Documento Metodológico Proyecciones de la población de México 2010-2050 [Internet]. *Consejo Nacional de Población CONAPO*. 2016 [Consultado 7 Agosto 2016]; Disponible en:
http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Documento_Metodologico_Proyecciones_2010_2050
21. Consejo Nacional de Población CONAPO [Internet] 2016 [Consultado 7 Agosto 2016]; Disponible en:
http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos.
22. Jensen F, Vogel N. Percepciones en torno al Envejecimiento en Jóvenes Universitarios: Apuntes en torno a la Profecía Autocumplida [Internet] 2007 [Consultado 10 Febrero 2014]; Disponible en:
<http://www.aacademica.org/vi.congreso.chileno.de.antropologia/25>.
23. Libro Blanco. ENVEJECIMIENTO ACTIVO [Internet]. Madrid, España: 2011 [Consultado 7 Agosto 2015]. Disponible en:
http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf

24. Carbajo VM del C. Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Revista de la facultad de Educación de Albacete [Internet]* 2009 [Consultado 20 Febrero 2014]; 24(2171-9098): 87–96. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3282988.pdf>
25. Rivera LA, Montero LLM, González CRAL, Sánchez SJJ. Escala de ansiedad ante el envejecimiento de Lasher y Faulkender: propiedades psicométricas en adultos mayores mexicanos. *Salud Ment [Internet]* 2007 Jul [Consultado 10 Marzo 2014]; 30(4). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58230408.pdf>
26. Plan de Acción Internacional de Viena Sobre el Envejecimiento Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento [Internet]. Viena, Austria: 2013 [consultado 15 Mayo 2014]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2013-08_plan-accion-envejecimiento-viena-1982.pdf
27. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [Internet]. *Naciones Unidas. Derechos Humanos. Oficina del Alto Comisionado*. 1996 [Consultado 20 Mayo 2014]; Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>
28. ONU. Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. Res.46/91 [Internet] 2003 [Consultado 20 Mayo 2014]. Disponible en: http://www.acnur.es/PDF/1640_20120508172005.pdf
29. Ramírez L, Palacios-Espinosa X. Stereotypes about Old Age, Social Support, Aging Anxiety and Evaluations of One's Own Health. *Journal of Social Issues*. 2016;72(1):47-68.
30. Menéndez Álvarez-Dardet S, Cuevas-Toro A, Pérez-Padilla J, Lorence Lara B. Evaluación de los estereotipos negativos hacia la

vejez en jóvenes y adultos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2016;51(6):323-328.

31. Larraz GB. Imagen Social de la Vejez: un acercamiento a los Principales Estereotipos y las Repercusiones Discriminatorias en las Personas Mayores [Internet] 2013 [Consultado 8 Marzo 2014]; 1–57. Disponible en: <http://zaguan.unizar.es/record/12051/files/TAZ-TFG-2013-759.pdf>
32. Lasagni CVX, Rodríguez BMS, Bernal AR, Tuzzo GM del R, Heredia CD, Muñoz MLM, et al. Percepción sobre la tercera edad en estudiantes de primer nivel de la facultad de psicología de ULACIT y su relación con el desarrollo de competencias profesionales para el trabajo con adultos mayores. *Red Latinoamericana de Gerontología* [Internet]. *Red Latinoamericana de Gerontología*. 2005 [Consultado 20 Marzo 2014]. Disponible en: <http://www.gerontologia.org/portal/noticia.php?id=2476>.
33. Suh S, Choi H. Aging Anxiety and Related Factors of Middle-Aged Adults. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2013;25(4):464-472.
34. Serrani-Azurra DJL. La ansiedad ante el envejecimiento como mediador de actitudes ageístas en estudiantes de Psicología. *Revista de Educación y Desarrollo* [Internet] 2012 [Consultado 20 Marzo 2012]; 22:5–12. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/22/022_Serrani.pdf
35. Allan LJ, Johnson JA. Undergraduate attitudes toward the elderly: The role of knowledge, contact and aging anxiety. *Educ Gerontol* [Internet] 2008 [Consultado 15 Marzo 2014]; 35(1):1–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/03601270802299780>

36. Blanco-Molina M, Pinazo-Hernandis S. INFORMACIÓN Y EXPOSICIÓN INDIRECTA PARA REDUCIR ESTEREOTIPOS HACIA EL ENVEJECIMIENTO. *International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista INFAD de Psicología*. 2016;1(2):367.
37. Rittenour C, Cohen E. Viewing Our Aged Selves. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2016;82(4):271-289.
38. Sarabia CCM, Castanedo PC. Modificación de estereotipos negativos en la vejez en estudiantes de enfermería GEROKOMOS [Internet]. España: 2015 [Consultado 2015 Septiembre 10]. Disponible en : <https://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/04/26-1-2015-010.pdf>
39. McCleary R. Using Film and Intergenerational Colearning to Enhance Knowledge and Attitudes Toward Older Adults. *Educational Gerontology*. 2013;40(6):414-426.
40. Huei-Lih H, Hsiu-Hung W, Huey-Shyan L. Effectiveness of Supervised Intergenerational Service Learning in Long-term Care Facilities on the Attitudes, Self-transcendence, and Caring Behaviors Among Nursing Students: A Quasiexperimental Study. *Educ Gerontol [Internet]* 2013 [Consultada 20 Marzo 2015]; 39(9):655–668. Disponible en: DOI: 10.1080/03601277.2012.734159
41. Campos BMA, Salgado GE. Percepción sobre la tercera edad en estudiantes de primer nivel de la Facultad de Psicología de ULACIT y su relación con el desarrollo de competencias Profesionales para el trabajo con Adultos Mayores. *Revista Rhombus [Internet]* 2013 [Consultado 20 Abril 2014]; 101(1):1–30. Disponible en: http://www.ulacit.ac.cr/files/careers/104_percepcion_de_estudiantes_sobre_tercera_edad.pdf
42. Wurtele S, Maruyama L. Changing Students' Stereotypes of Older Adults. *Teaching of Psychology*. 2012;40(1):59-61.

43. Butler FR, Baghi H. Using the Internet to facilitate positive attitudes of college students toward aging and working with older adults. *J Intergener Relatsh [Internet]* 2008 [Consultado 8 Agosto 2015]; 6(2):175–189. Disponible en: https://keycenter.unca.edu/sites/default/files/Internet_for_Intergeneration.pdf
44. Políticas de Privacidad. Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México [Internet]. *Consejo Nacional de Población CONAPO*. 2016 [Consultado 28 Julio 2016]; Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Diagnostico_socio_demografico_del_envejecimiento_en_Mexico
45. Rodríguez García R. *Práctica de la Geriatría*. Tercera ed. México D.F.:2011. Psicología del envejecimiento. En *Práctica de la Geriatría*. México. p. 24–9.
46. Moreno TA. Viejismo (ageism). Percepciones de la población acerca de la tercera edad: Estereotipos, actitudes e implicaciones sociales. *Poiésis [Revista on-line]* 2011 [Consultado 8 Agosto 2016]; 10(19):1–10. Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/101/75>
47. Díaz FL, Durán VMM, Gallego PP, Gómez DB, Gómez OE, González AY, et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichán [Internet]* 2009 [Consultado 10 Marzo 2015]; 2(1):19–23. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18/36>
48. Roy C. El Modelo de adaptación e Roy Fundamentación Histórica y filosófica. In: *Adaptación y cuidado humano. Una visión de Enfermería*. Colombia: 2007. p. 1–11.

49. Veloza Gómez M del M, Moreno Fergusson ME, Crespo Rodríguez O, Gutiérrez López C. Proceso de afrontamiento y adaptación. In: Adaptación y cuidado en el ser humano. una visión de Enfermería. Colombia: 2007. p. 13–25.
50. Antolínez Ruíz P, Carvajal Carrascal G, Díaz de Flores L, Gómez de Obando E. Adaptación y cuidado en el adulto. In: Adaptación y cuidado en el ser humano. Una visión de Enfermería. Colombia: 2007. p. 221–245
51. Papalia DE, Olds W, Feldman RD, Gross D, Salinas MEO, López JSH, et al. Desarrollo Humano. 9th ed. México: McGraw-Hill; 2004.
52. Cuevas-Cancino J, Moreno-Pérez N. Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. Enfermería Universitaria. 2017;14(3):207-218
53. Cite a Website - Cite This For Me [Internet]. Iris.paho.org. 2017 [cited 2 March 2015]. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6598/25857.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
54. Burns N, Grove SK. Investigación en Enfermería. 5th ed. Alicante: 2012.
55. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Metodología de la Investigación [Internet]. Quinta. México: 2010 [Consultado 20 Febrero 2011]. Disponible en: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
56. Polit DF, Hungler BP. Investigación Científica en ciencias de la salud. 6th ed. España: McGraw-Hill Interamerica de Espana; 2000.
57. Shadish WR, Cook TD, Campbell DT. EXPERIMENTAL AND QUASI-EXPERIMENTAL DESIGNS FOR GENERALIZED CAUSAL INFERENCE .jr-**- ** fr HOUGHTON MIFFLIN COMPANY Boston

- New York [Internet] 2005 [Consultado 11 Agosto 2015]. Disponible en: <http://impact.cgiar.org/pdf/147.pdf>
58. Campbell DT, Stanley JC. Experimental and Quasi-experimental al designs for research. [Internet] 2012 [Consultado 11 Agosto 2015]. Disponible en: [https://moodle.technion.ac.il/pluginfile.php/367640/mod_resource/content/1/Donald_T._\(Donald_T._Campbell\)_Campbell,_Julian_Stanley-Experimental_and_Quasi-Experimental_Designs_for_Research-Wadsworth_Publishing\(1963\)%20\(1\).pdf](https://moodle.technion.ac.il/pluginfile.php/367640/mod_resource/content/1/Donald_T._(Donald_T._Campbell)_Campbell,_Julian_Stanley-Experimental_and_Quasi-Experimental_Designs_for_Research-Wadsworth_Publishing(1963)%20(1).pdf)
59. Shuttleworth M. Diseño de medidas repetidas [Internet]. *Explorable.com*. [Consultado 8 Agosto 2016]; Disponible en: <https://explorable.com/es/disenio-de-medidas-repetidas>
60. Sidani S, Braden CJ. Design, evaluation, and translation of nursing interventions. 1st ed. United States: Wiley-Blackwell; 2011
61. Jiménez MG, Izal M, Montorio I. Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Suma Psicológica [Internet]* 2016 [Consultado 8 Agosto 2014]; 23(1):51–59. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134245262007>
62. Beck JS. Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización. 1st ed. Barcelona: Gedisa; 2000.
63. Coe R. Magnitud del Efecto: Una guía para investigadores y usuarios. *Revista de Psicología de la PUCP*. 2003; XXI (1):145–77.
64. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación, (7 de Febrero de 1984). [Internet]. [Consultada 15 Agosto 2014]; Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
65. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia

- de Investigación para la Salud. [Internet]. 2014 Apr 2 [Consultado 15 Agosto 2014]; Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS_ref01_02abr14.doc
66. WMA declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. *Asociación Médica Mundial*. [Consultado 2014 Agosto 10]; Disponible: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
67. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. [Internet]. 2002 [Consultado 2014 Agosto 8]; Disponible: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm.
68. Constitución P. SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN [Internet] México: 2014 [Consultado 20 Mayo 2014]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/constitucion/marzo_2014_constitucion.pdf
69. (INEGI) I. Población [Internet]. Beta.inegi.org.mx. 2017 [cited 3 November 2017]. Available from: <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/estructura/>
70. Últimas cifras de diabetes en México – ENSANUT MC 2016 | OMENT [Internet]. Oment.uanl.mx. 2017 [cited 3 November 2017]. Available from: <http://oment.uanl.mx/ultimas-cifras-de-diabetes-en-mexico-ensanut-mc-2016/>

BIBLIOGRAFÍA

Baltes P. Behavioral health and aging: Theory & research on selective optimization with compensation. *Gerontologist*. 2004;44:190.

Burnett J, Achenbaum WA, Murphy KP. Prevention and early identification of elder abuse. *Clinics in Geriatric Medicine*. Elsevier BV; 2014 Nov;30(4):743–59.

Butler RN. Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*. Oxford University Press (OUP); 1969 Dec 1;9(4 Part 1):243–6.

Cáceres RÁ. *Estadística aplicada a las ciencias de la salud*. Madrid: Díaz de Santos; 2007.

Edukavital. Cuál es el Significado de Adulto mayor - Concepto, Definición, Qué es Adulto mayor [Internet]. 2014 [Consultado 2018 Sep 8]. Disponible en: <http://edukavital.blogspot.com.es/2013/03/adulto-mayor.html>

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. El maltrato de las personas mayores Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. 2013 [Consultado 2015 Julio]. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf

Losada Baltar A, Montorio Cerrato I, Fernández de Trocóniz MI, Márquez González M. Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. 1st ed. España; 2005.

La imagen de los mayores en Europa [Internet]. Portal Mayores. 2009 [Consultado 2014 Junio 15]. Disponible en:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-imagen-mayores-2009-v1.pdf>

Moreno Fergusson ME, Alvarado García A. Adaptación y Cuidado en el anciano sano. In: Gutiérrez A. M del C, editor. Adaptación y cuidado en el ser humano una visión de Enfermería. 1st ed. Colombia; 2007.

Por E, Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. El maltrato de las personas mayores Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet] 2013 [Consultado 2016 Jul 27]. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf

Serra Desfilis E, Abengózar Torres MC. Ancianidad y preparación para la muerte. Anales de Psicología. 1990;6(2):147–58.

Varela Londoño LE. Trayectorias de vida: experiencias de un grupo urbano de adultos mayores. Investigación y Educación en Enfermería. 2008 Mar;16(1):48–58.

Vázquez Rodríguez C, Martínez Martínez M del C. Factores implicados en el cambio de los estereotipos: Variables endógenas y exógenas. Anales de Psicología. 2008;24(1):33–41.

ÁPENDICES

Apéndice 1. Diseño de Intervención



Universidad de Guanajuato
Campus Celaya-Salvatierra
División de Ciencias de la Salud e Ingenierías

Doctorado en Ciencias de Enfermería

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
“ADAPTATE AL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO”

Celaya, Guanajuato

Enero, 2017.

"ADAPTATE AL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO"



Contenido

Introducción.....	1
Fundamentación Teórica.....	2
Marco Lógico de la Intervención	3
Figura 1 Estructura Teórico- Conceptual- Empírico.....	4
Justificación	5
Cuestiones clave en la implementación del programa Adáptate al proceso del envejecimiento	6
Perspectiva General del Programa Adáptate: al proceso de envejecimiento	7
Evaluación.....	9
Descripción de la intervención	10
Nombre: “Adáptate al proceso del envejecimiento”.....	10
Estructura Metodológica	10
Duración de la Intervención.....	10
Dirigido.....	10
Institución de Impartición	10
Número de Horas.....	10
Horario.....	10
Costo	10
Recursos Humanos	10
Requisitos de permanencia	11
Objetivo general.....	11
Sesión 1	20
“Conociendo el Programa Adáptate ”	20
Sesión 2	40
“Reconociendo el Envejecimiento”.....	40
Sesión 3	60
“Cambios físicos y dependencia”.....	60
Sesión 4	79
“Aprendiendo a afrontar”.....	79
Sesión 5	97
“ No te preocupes ”.....	97
Sesión 6	112

"Me activo"	112
Sesión 7	124
"Mi trabajo y plan de vida"	124
Sesión 8	137
"Y mi sexualidad"	137
Sesión 9	152
"Se me olvidó	152
Sesión 10	173
"Juntándolo Todo"	173

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
“Adáptate al proceso de envejecimiento”.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Este manual es para uso **EXCLUSIVO** del investigador principal del proyecto y del equipo de investigación. El material de este manual **NO DEBE** citarse, duplicarse, distribuirse ni usarse para otros proyectos. Cualquier pregunta acerca de este manual deberá dirigirse a:

MCE Ana Laura Carrillo Cervantes
Investigadora principal

Dra. Norma Elvira Moreno Pérez
Tutora

DCE María de los Ángeles Villarreal Reyna
Asesor Metodológico

Introducción

El envejecimiento de la población es uno de los mayores retos a los que se enfrentará la sociedad mexicana y el sector salud durante la primera mitad de este siglo. El cambio en las estructuras por edades de las sociedades y el incremento relativo de la población en edades avanzadas, que inició a mediados de los noventa, continuará durante toda la primera mitad del siglo XXI, primero a un ritmo moderado y después en forma más acelerada, hasta alcanzar 28 por ciento de la población en el año 2050¹.

Este cambio en las estructuras puede modificar la percepción que se tiene de las personas mayores, volviéndola negativa, lo cual puede favorecer la presencia de actitudes negativas hacia el envejecimiento, y provocar que los adultos maduros tengan respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento esto se puede manifestar a través de la presencia de estereotipos negativos y ansiedad hacia el envejecimiento.

Para convertir las respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento es recomendable implementar intervenciones que modifiquen las actitudes, ansiedad y estereotipos negativos a través del fortalecimiento del modo en que los adultos maduros afrontan dichos cambios.

Por lo antes mencionado este programa de intervención se sustenta en el modelo de adaptación de sor callista Roy²⁻⁵, para lo cual se fortalecerán los procesos de afrontamiento al proceso de envejecimientos a través de técnicas como son: la lectura, adquisición de conocimiento, juego de roles, técnicas de humor, cine debate, entre otras.

Fundamentación Teórica

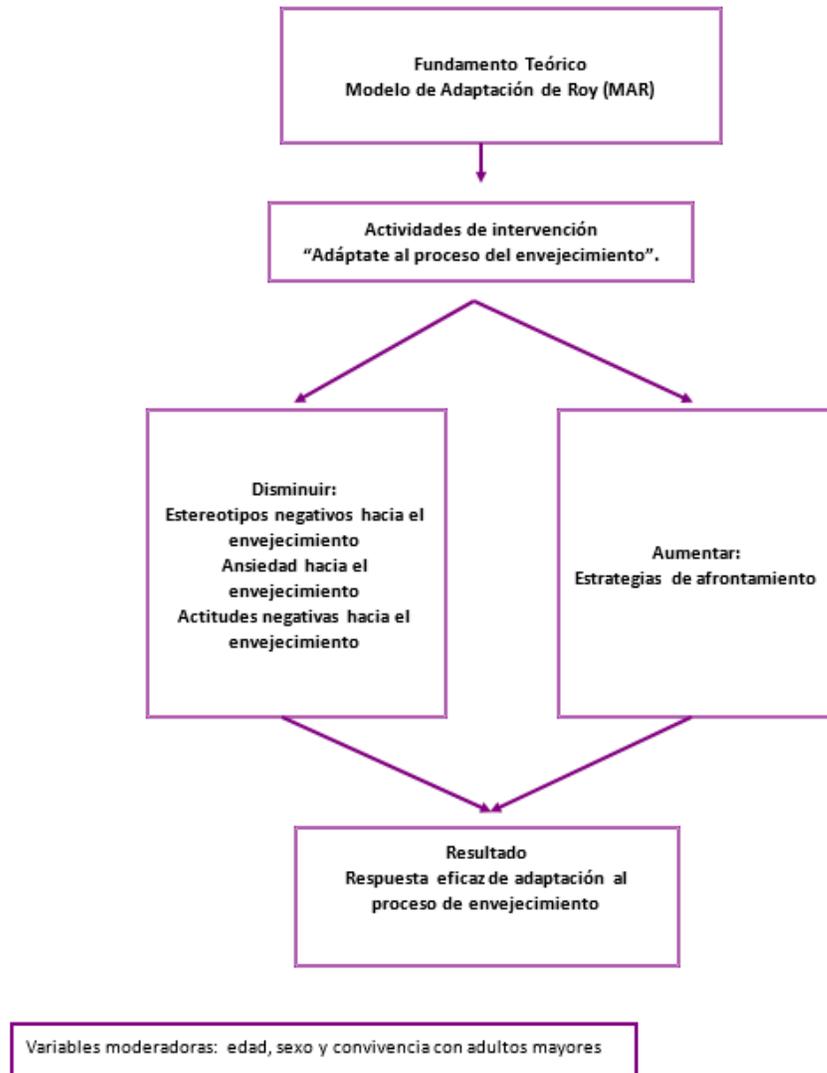
La intervención psicoeducativa está basada en la Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy¹⁻⁵, al participar los adultos maduros entre los 40 a 59 años de edad adquieren capacidades para modificar las actitudes negativas, a través del fortalecimiento de sus procesos de afrontamiento positivo para poder modificar los estereotipos negativos, disminuir la ansiedad hacia el envejecimiento y así poder tener respuestas eficaces que favorezcan su adaptación.

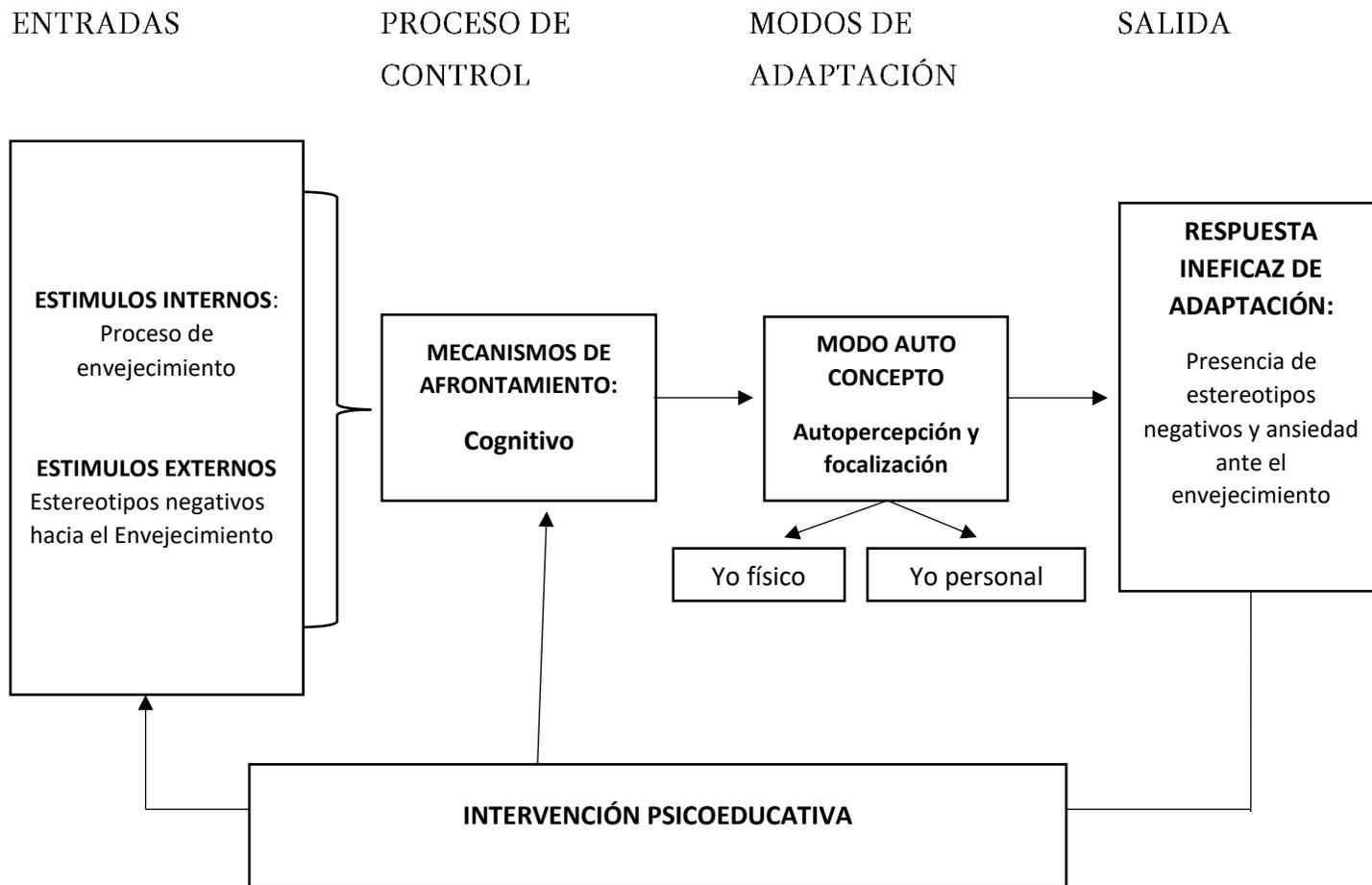
El modelo de Sor Callista Roy, se basa en la teoría de los sistemas por lo que se considera que existe una entrada (estímulos), un proceso (el proceso de afrontamiento) y una salida (adaptación), por lo que es importante que la persona vea el proceso de envejecimiento como un estímulo positivo y a través del uso de estrategias de afrontamiento adecuadas se adapte de manera positiva a esta etapa de vida.

La etapa de adulto maduro se caracteriza porque es la antesala a la vejez, en el cual el individuo se enfrentará a los cambios normales del proceso de envejecimiento; si el adulto maduro tiene estereotipos negativos y ansiedad ante el envejecimiento, tiene la creencia de que los adultos mayores tienen incapacidad física, psíquica y la enfermedad como sinónimo de vejez⁶, así como el miedo al proceso del envejecimiento y un desajuste emocional a su propio envejecimiento, lo cual se puede manifestar a través de conductas para evitar o evadir dicho proceso⁷.

La participación en la presente intervención permitirá que los adultos maduros identifiquen el proceso de envejecimiento como una parte normal de su ciclo de vida, que sean capaces de identificar los cambios normales y que no generalicen los aspectos positivos o negativos del mismo. Estos cambios se llevarán a cabo mediante estrategias de psicoeducación en las cuales se les brindará información real del envejecimiento, participarán en actividades para enfrentar y resolver los cambios que se presentan durante esta etapa, así como actividades para disminuir síntomas de ansiedad.

Marco Lógico de la Intervención





Fuente: Carrillo-Cervantes Ana Laura, 2016.

Esquema final de la intervención.

Descripción de la intervención

Nombre: “Adáptate al proceso del envejecimiento”.

En esta intervención se brindarán diversas estrategias de afrontamiento para favorecer que los adultos maduros modifiquen sus estereotipos negativos, disminuyan o eliminen la ansiedad hacia el envejecimiento favoreciendo así la adaptación al proceso del envejecimiento.

Estructura Metodológica

La intervención está integrada por 10 sesiones, con periodicidad de una a la semana, en cada sesión se señalan los objetivos que se deben alcanzar, los contenidos temáticos, las actividades que debe realizar el adulto maduro, palabras entre cuadros que significan acciones que el capacitador debe realizar y los productos de desempeño que evidencian que se alcanzó el objetivo esperado.

Duración de la Intervención

Dos meses y medio en los que se desarrollarán 10 sesiones, una sesión por semana con una duración de 1 hora a dos horas cada una.

Dirigido

Adultos maduros con estereotipos negativos hacia el envejecimiento.

Institución de Impartición

Centro comunitario Polivalente de la Universidad Autónoma de Coahuila, en Saltillo, Coahuila.

Número de Horas

12.5 Horas

Horario

Adaptable al grupo Experimental y grupo de comparación

Costo

La intervención se impartirá de forma gratuita sin retribución monetaria para los participantes, ni los coordinadores.

Recursos Humanos

Se contará con la participación activa de la investigadora responsable:

M.C.E. Ana Laura Carrillo Cervantes

Requisitos de permanencia

Asistencia al menos del 80% a las sesiones

Objetivo general

El adulto maduro adquiere conocimientos y desarrolla actividades que le permitan adaptarse al proceso de envejecimiento a través de la modificación de actitudes negativas, creencias respecto a la salud, aspectos sociales y de motivación, así como el carácter personalidad del adulto mayor.

Apéndice 2. Cronograma

Año	2015											
Actividad/Meses	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	septiembre	Octubr e	Noviembr e	Diciembr e
Delimitación del tema												
Revisión bibliográfica												
Elaboración de protocolo												
Estancia Nacional												
Cualificación pre doctoral												
Año	2016											
Actividad/Meses	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubr e	Noviembr e	Diciembr e
Presentación del protocolo al comité de investigación												
Aprobación del protocolo al comité de investigación												
Elaboración de manuales de intervención												
Año	2017											
Actividad/Meses	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	septiembre	Octubr e	Noviembr e	Diciembr e
Piloteo de instrumentos												
Piloteo de intervención												
Intervención de enfermería												
Mediciones de instrumentos												
Procesamiento de la información												
Elaboración de informe												
Pre defensa de tesis												
Año	2018											
Actividad/Meses	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	septiembre	Octubr e	Noviembr e	Diciembr e
Defensa de Grado												
Publicación de resultados												

Apéndice 3. Variable Dependiente

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
Respuestas ineficaces de adaptación ante el proceso de envejecimiento	Son las respuestas o conductas negativas a los estímulos ambientales, que no contribuyen para responder a la adaptación de las personas (5)	Presencia de pensamientos, sentimientos negativos y preocupaciones acerca del proceso de envejecimiento lo que no le permite adaptarse al mismo.	Estereotipos negativos hacia el envejecimiento	El instrumento está dividido en tres factores: 1) Salud (1, 4, 7,10 y 13); 2) Motivacional-Social (2, 5, 8,11 y 14); 3) Carácter-personalidad (23, 6, 9,12 y 15). Con un total de 15 ítems con un rango de respuesta de 5 a 60 puntos, puntuaciones altas indican la presencia de estereotipos negativos hacia el envejecimiento.
			Ansiedad ante el envejecimiento	Las puntuaciones altas indican mayores niveles de ansiedad hacia el envejecimiento Puntaje mínimo 20 Puntaje máximo 80

Apéndice 4. Variables Descriptivas

Variable	Tipo de variable /	Definición conceptual	Rango	Estadístico
Edad	Numérica Discreta	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad en años cumplidos.	Número de años cumplidos	Se resume con media \bar{X} desviación estándar DE
Género	Categórica nominal	Características fenotípicas que distinguen al hombre de la mujer, se mide como hombre o mujer	1.- Femenino 2.- Masculino	Frecuencias (f) y porcentajes (%)
Religión	Categórica nominal	Conjunto de creencia o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la	1.- católico 2.- Cristiano 3.- Otros	Frecuencias (f) y porcentajes (%)
Estado civil	Categórica nominal	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, 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.	1.- Soltero 2.- Casado 3.- Unión Libre 4.- Divorciado/separado 5.- Viudo	Frecuencias (f) y porcentajes (%)

Variable	Tipo de variable /	Definición conceptual	Rango	Estadístico
Ocupación	Categórica nominal	Trabajo, empleo u oficio.	1.- Ama de casa 2.- Empleado u obrero 3.- Empleador o dueño	Frecuencia (f) y porcentaje (%)
Escolaridad	Categórica Ordinal	Nivel educativo cursado.	1.- Ninguna 2.- Primaria incompleta 3.- Primaria completa 4.- Secundaria incompleta 5.- Secundaria completa 6.- Preparatoria incompleta 7.- Preparatoria completa 8.- Licenciatura incompleta 9.- Licenciatura completa 10.- Posgrado	Frecuencia (f) y porcentaje (%)
Seguro médico	Categórica nominal	Si cuenta con seguro médico	1.- Si 2.- No	Frecuencia (f) y porcentaje (%)
Fondo de retiro	Categórica nominal	Si cuenta con fondo de ahorro para el retiro otorgado por su empleo	1.- Si 2.- No 3.- No trabajo	Frecuencia (f) y porcentaje (%)

Variable	Tipo de variable / nivel de medición	Definición conceptual	Rango	Estadístico
Fondo extraordinario de retiro	Catagórica nominal	Si cuenta con fondo de ahorro voluntario o extraordinario para el	1.- Si 2.- No 3.- No aplica	Frecuencia (f) y porcentaje (%)
Padece alguna enfermedad	Catagórica nominal	Si le han diagnosticado alguna enfermedad	1.- Si 2.- No	Frecuencia (f) y porcentaje (%)
Qué enfermedad padece	Abierta (con posterior codificación)	Qué enfermedad le han diagnosticado	Enfermedad diagnosticada	Frecuencia (f) y porcentaje (%)
Estado de salud	Catagórica ordinal	Se refiere a la percepción del adulto maduro acerca de sus condiciones de salud (salud física y mental)	1.- Buena 2.- Reglar 3.- Mala	Frecuencia (f) y porcentaje (%)
Atención médica	Catagórica nominal	Al tener problemas de salud en qué lugar atiende	1.- IMSS 2.- ISSSTE 3.- Seguro Popular 4.- Secretaria de Salud 5.- Magisterio 6.- Oportunidades 7.- Consultorio o Clínicas Privadas 8.- No se atiende No se atiende	Frecuencia (f) y porcentaje (%)

Variable	Tipo de variable / nivel de medición	Definición conceptual	Rango	Estadístico
Dificultad para realizar Actividades de la vida diaria (AVD)	Catagórica nominal	Dificultad para realizar actividades que componen la actividad cotidiana, actividad conformada por las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio	1.- Si 2.- No	Frecuencia (f) y porcentaje (%)
Origen de las dificultades para la realización de las AVD	Catagórica nominal	Motivo que la persona refiere como causa de las dificultades de las AVD	1.- Nació así 2.- Enfermedad 3.- Accidente	Frecuencia (f) y porcentaje (%)
Cohabita con algún adulto mayor en el hogar	Catagórica nominal	Si cohabita con algún adulto mayor	1.- Si 2.- No	Frecuencia (f) y porcentaje (%)

Variable	Tipo de variable / nivel de	Definición conceptual	Rango	Estadístico
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria del adulto mayor con quien cohabita	Categórica nominal	Si el adulto mayor con quien cohabita tiene dificultad para realizar actividades que componen la actividad cotidiana, actividad conformada por las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio	1.- Si 2.- No	Frecuencia (f) y porcentaje (%)
Origen de las dificultades del adulto mayor con quien cohabita	Categórica nominal	Motivo que la persona refiere como causa de las dificultades de las AVD del adulto mayor con quien cohabita	1.- Nació así 2.- Enfermedad 3.- Accidente 4.- La edad 5.- Otra causa	Frecuencia (f) y porcentaje (%)
Dependencia económica de adultos mayores	Categórica nominal	Si el adulto mayor con el que cohabita depende económicamente de él	1.- Si 2.- No	Frecuencia (f) y porcentaje (%)
Convive con algún adulto mayor como amigo o en su trabajo	Categórica nominal	Convivencia con adultos mayores como amigos o compañeros de trabajo sin que cohabite con ellos	1.- Si 2.- No	Frecuencia (f) y porcentaje (%)
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria (AVD) del adulto mayor amigo o con quien convive en trabajo	Categórica nominal	El adulto mayor amigo o con quien convive en su trabajo tiene dificultades para realizar actividades de la vida diaria	1.- Si 2.- No	Frecuencia (f) y porcentaje (%)

Origen de las dificultades para la realización de las ACV del adulto mayor amigo o con quien convive en el trabajo	Categoría nominal	Motivo que la persona refiere como causa de las dificultades de las AVD	1.- Nació así 2.- Enfermedad 3.- Accidente 4.- La edad 5.- Otra causa	Frecuencia (f) y porcentaje (%)
---	-------------------	---	---	---------------------------------

Apéndice 5. Cédula de Identificación



Universidad de Guanajuato
Campus Celaya-Salvatierra
División de Ciencias de la Salud e Ingenierías
Doctorado en Ciencias de Enfermería

Anexo 1

CUADERNILLO DE INSTRUMENTOS

Adáptate

al proceso de envejecimiento

Programa Adáptate al proceso del envejecimiento.



Universidad de Guanajuato
Campus Celaya-Salvatierra
División de Ciencias de la Salud e
Ingenierías
Doctorado en Ciencias de
Enfermería



Proyecto: Adáptate al proceso de envejecimiento

El proyecto “Adáptate al proceso de envejecimiento”, tiene como objetivo analizar el efecto de la intervención psicoeducativa en las respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento en adultos maduros.

Es importante mencionar que toda la información que se obtenga será confidencial (se mantendrá en secreto) y estará resguardada solamente por el investigador principal y su equipo de asesoría. Si se llegaran a publicar los resultados de estudio, mi identidad no será revelada.

Nombre _____

Domicilio _____

Número, teléfono, domicilio _____

Número teléfono celular _____

Nombre de persona para localizarlo _____

Número de teléfono de persona para localizarlo _____

Folio: _____

I.- Cédula de datos Sociodemográficos

1.- Edad	()	años
2.- Genero	() ()	1. Femenino 2. Masculino
3.- Religión	()	1. Católico 2. Cristiano 3. Otra
4. Estado civil	()	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Unión libre 5. Viudo
5.- Ocupación	()	1. Ama de casa 2. Empleado u obrero 3. Sin empleo
6.- Escolaridad	()	1. Ninguna 2. Primaria incompleta 3. Primaria Completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Preparatoria incompleta

		7. Preparatoria completa 8. Licenciatura incompleta 9. Licenciatura completa 10. Posgrado
7.- ¿Cuenta con seguro médico?	()	1. Si 2. No
8.- ¿Cuenta con fondo de retiro?	()	1. Sí 2. No
9.- ¿Padece alguna enfermedad?	()	1. Si 2. No
10.- ¿Qué enfermedad padece?		
11.- ¿Cómo considera su estado de salud	()	1. Bueno 2. Regular 3. Malo
12.- Al presentar algún problema de salud, en qué lugar se atiende	()	1. IMSS 2. ISSSTE 3. Seguro popular 4. Secretaria de salud 5. Magisterio 6. Oportunidades 7. Privado 8. No se atiende

II.- CONVIVENCIA CON ADULTOS MAYORES

13.- Convive en su residencia con algún adulto mayor: si _____ no _____

Si su respuesta es afirmativa contesta lo siguiente.

Coloque una marca (*) en el espacio en blanco si la persona adulta mayor con la que convive en su residencia presenta dificultad para realizar alguna de las siguientes actividades.

14.-	Caminar, moverse, subir o bajar escaleras o escalones	
15.-	Ver aun usando lentes	
16.-	Hablar, comunicarse o conversar. Oír, aun usando aparato auditivo	
17.-	Vestirse, bañarse o comer	
18.-	Poner atención o aprender cosas sencillas	
19.-	Tiene alguna limitación mental.	

Coloque la causa que usted considere correcta para la(s) dificultad (es) que marco en la pregunta anterior:

Opciones de respuesta:

- a.- Porque nació así
- b.- A causa de alguna enfermedad.
- c.- Por un accidente.
- d.- A causa de la edad
- e.- Otra causa (especifique cual):

		Causa
20.-	Caminar, moverse, subir o bajar escaleras o escalones	
21.-	Ver aun usando lentes	
22.-	Hablar, comunicarse o conversar. Oír, aun usando aparato auditivo	
23.-	Vestirse, bañarse o comer	
24.-	Poner atención o aprender cosas sencillas	
25.-	Tiene alguna limitación mental.	

26.- En su grupo de amigos o trabajo hay personas adultas mayores: si _____
no _____

Si su respuesta es afirmativa contesta lo siguiente.

Coloque una marca (*) en el espacio en blanco si la persona adulta mayor con la que es su amigo o convive en su trabajo presenta dificultad para realizar alguna de las siguientes actividades.

27.-	Caminar, moverse, subir o bajar escaleras o escalones	
28.-	Ver aun usando lentes	
29.-	Hablar, comunicarse o conversar. Oír, aun usando aparato auditivo	
30.-	Vestirse, bañarse o comer	
31.-	Poner atención o aprender cosas sencillas	
32.-	Tiene alguna limitación mental.	

Coloque la causa que usted considere correcta para la(s) dificultades que marco en la pregunta anterior:

Opciones de respuesta:

- a.- Porque nació así
- b.- A causa de alguna enfermedad.
- c.- Por un accidente.
- d.- A causa de la edad
- e.- Otra causa (especifique cual):

		Causa
33.-	Caminar, moverse, subir o bajar escaleras o escalones	
34.-	Ver aun usando lentes	
35.-	Hablar, comunicarse o conversar. Oír, aun usando aparato auditivo	
36.-	Vestirse, bañarse o comer	
37.-	Poner atención o aprender cosas sencillas	
38.-	Tiene alguna limitación mental.	

Observaciones:

Fecha: _____

Lugar: _____

Hora: _____

Nombre del encuestador: _____

Apéndice 6. Presupuesto

Material	Cantidad	Cantidad total	Costo
Manual de diseño de intervención	1	300.00	\$400.00
Manual del facilitador	3	300.00	\$ 900.00
Manual de capacitación del facilitador	3	250.00	\$ 750.00
Manual de capacitación del encuestador	10	35.00	\$ 350.00
Cuadernillo de instrumentos	192	25.00	\$ 4800.00
Elaboración de cuadernillo de trabajo	64	70.00	\$ 4480.00
Lápices	1	100	\$ 150.00
Plumas	1 p	100	\$ 230.00
Break para asistentes	600.00	26	\$ 15, 600.00
Banner	1	650	\$ 650.00
Botiquín	31	200.00	\$ 6400.00
Bolsas	80	20	\$ 1600.00
Gasolina	26	100	\$ 2600
Tai chi	1	1	\$ 2500
Película	1	500.00	\$ 500.00
Consumibles	1	8090	\$80900.00
		Total	\$50,000.00

Apéndice 7. Consentimiento Informado

Título del Proyecto: Efecto de una intervención psicoeducativa en las respuestas ineficaces de adaptación al proceso del envejecimiento en adultos maduros.

Investigador Responsable: MCE Ana Laura Carrillo Cervantes.

Estamos interesados en realizar una intervención de enfermería a través de la psicoeducación para modificar las respuestas ineficaces de adaptación al proceso del envejecimiento, por lo que lo estamos invitando a participar en este estudio, si usted acepta, dará respuesta a las preguntas de los cuestionarios y participará en las actividades antes mencionadas, en el horario, día y lugar establecido para esta actividad.

Propósito de estudio: diseñar, implementar y evaluar el efecto de una intervención psicoeducativa en las respuestas ineficaces de adaptación al proceso de envejecimiento en adulto maduros.

Descripción del Estudio/ Procedimiento: Si usted acepta participar en el estudio le pediremos que firme esta forma de consentimiento informado.

Los cuestionarios serán aplicados en el área asignada, se le protegerá cuidando en todo momento su privacidad, no se le identificará por su nombre, cuando se den a conocer los resultados se hará de manera grupal y el acceso a la información solo será por parte de los investigadores involucrados. Se me ha informado que para el programa “Adáptate” se conformarán dos grupos, yo pertenecerá a uno de ellos, dichos grupos se reunirán una vez a la semana hasta por 90 minutos, es decir, una hora y media.

Independientemente si su participación sea en cualquiera de los dos grupos del programa, contestará además una serie de instrumentos la semana 0, 10

y 15 después de terminado el entrenamiento. Se le asegura que la información será tratada con confidencialidad y que los resultados se darán a conocer en forma grupal sin identificar a quienes participamos.

Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento que usted lo decida y en caso de que desee dejar de participar.

Riesgos e inquietudes: No existen riesgos serios relacionados con su participación en el estudio. Si se siente indispuesto o no desea seguir hablando de estos temas puede retirarse en el momento que usted lo decida y reincorporarse a las actividades en cuanto lo desee.

Beneficios esperados: En este estudio no existe un beneficio personal por participar, en un futuro con los resultados de este estudio se podrán diseñar e implementar modelos de atención de enfermería para la disminución de los estereotipos negativo y la ansiedad ante el envejecimiento.

Alternativas: La única alternativa para este estudio implica no participar en el estudio.

Costos: No hay ningún costo por participar en el estudio.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:

Las únicas personas que conocerán que usted participa en el estudio, son usted y el equipo de investigación. Ninguna información sobre usted será dada a conocer, ni se distribuirá a ninguna persona. Los resultados de los cuestionarios serán publicados en una tesis o en un artículo científico pero únicamente de manera general, nunca se presentará información personalizada. Recuerde que los cuestionarios que usted conteste son anónimos y la información es confidencial. Los cuestionarios se mantendrán bajo custodia de la investigadora principal la cual destruirá

dicha encuesta pasado un año después de haber realizado la última medición.

Derecho de Retractor: Su participación en este estudio es voluntaria. Si usted decide participar está en libertad de retractarse en cualquier momento.

Preguntas: Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante de este estudio puede comunicarse con: MIE. Ana María Padilla Aguirre, presidenta del Comité de Bioética, Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Av. Ing. Javier Barros Sierra # 201. Esq. Av. Baja California, Ejido de Santa María del Refugio, Celaya, Gto. (Eje Juan Pablo II) Tel. +52 (461) 598 5922 Extensión 1627

Correo Electrónico: anyta50@hotmail.com

También puede establecer contacto con la responsable del estudio: MCE Ana Laura carrillo Cervantes que puede localizarla en la Escuela de Enfermería UAdeC Unidad saltillo, al teléfono 4121884, Calzada Madero 1237, Zona Centro.

Consentimiento: Yo voluntariamente acepto participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. Yo he leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas.

Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación.

Firma del Participante

Firma del Investigador Principal

Firma del Testigo

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

ANEXOS

Anexo 1. Muestra

Epidat: programa para análisis epidemiológico de datos

Archivo Edición Módulos Herramientas Ventana Ayuda

Índice de cálculos

[1] Tamaños de muestra. Comparación de proporciones independientes

Resultados

[1] Tamaños de muestra. Comparación de proporciones independientes:

Datos:

Proporción esperada en:
Población 1: 62,000%
Población 2: 12,300%
Razón entre tamaños muestrales: 1,00
Nivel de confianza: 95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Población 1	Población 2	Total
80,0	14	14	28
95,0	22	22	44

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

Módulos en uso

Comparación de proporciones independientes

Anexo 2. Aprobación Comité Investigación



UNIVERSIDAD
DE GUANAJUATO

MCE. ANA LAURA CARRILLO CERVANTES

DRA. NORMA ELVIRA MORENO PÉREZ

PRESENTE.-

Por medio de este conducto me permito comunicarle que el Comité de Investigación de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, realizó la revisión y evaluación de su protocolo de investigación titulado: "EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN LAS RESPUESTAS INEFICACES DE ADAPTACIÓN AL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN ADULTOS MADUROS", y resolvió que su protocolo está **APROBADO**. Asignándole el siguiente registro CIDSC-2811021.

ATENTAMENTE

"La verdad Os Hará Libres"

Celaya, Gto; 25 de Octubre 2016


DRA. GEORGINA OLVERA VILLANUEVA
PRESIDENTA DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN



CAMPUS OSLAYA Celaya
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS
25 DE OCTUBRE DE 2016

Anexo 3. Aprobación Comité Bioética



Comité de Bioética

"Universidad de Guanajuato: 20 años de autonomía universitaria,
Fortaleza Institucional y desarrollo permanente"

MCE Ana Laura Carrillo Cervantes
Estudiante del Doctorado Interinstitucional en Ciencias de Enfermería
División de Ciencias de la Salud e Ingenierías
PRESENTE

Por medio de este conducto me permito comunicarles que el Comité de Bioética realizó la revisión y evaluación de su protocolo de investigación titulado "**Efecto de una intervención psicoeducativa en las respuestas ineficaces de adaptación al proceso del envejecimiento en adultos maduros**" y dictaminó que su protocolo está **APROBADO**, asignándole el siguiente registro: **CBDCSI-112161104**

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"La Verdad Os Hará Libres"
Celaya, Gto., 4 noviembre 2016

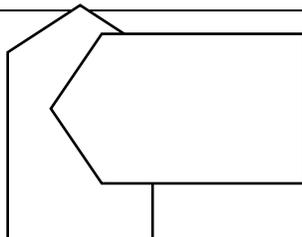
Dra. Georgina Olvera Villanueva
Presidente del Comité de Bioética

CAMPUS CELAYA-SALVATIERRA
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD
E INGENIERÍAS

c.c.p. Archivo del Comité de Bioética

Anexo 4. Mini Mental de Folstein (MMSE)

No sabe leer ni escribir _____ Años de escolarización	Puntos
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO	
¿QUÉ DÍA DE LA SEMANA ES HOY? ¿CUÁL ES EL AÑO? ¿CUÁL ES EL MES? ¿CUÁL ES EL DÍA? ¿CUÁL ES LA ESTACIÓN DEL AÑO? (Máximo 5 puntos)	0-5
DÍGAME EL NOMBRE DEL LUGAR ¿EN QUÉ COLONIA ESTAMOS? ¿EN QUÉ CIUDAD ESTAMOS? ¿EN QUÉ ESTADO VIVIMOS? ¿EN QUÉ PAÍS ESTAMOS? (Máximo 5 puntos)	0-5
FIJACIÓN	
REPITA ESTAS PALABRAS: CABALLO, PESO, MANZANA (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA PALABRA SEA CORRECTA. (Máximo 3 puntos)	0-3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
SI TIENE 100 PESOS Y ME LOS DA DE SIETE EN SIETE, ¿CUÁNTOS LE QUEDAN? (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA DIFERENCIA SEA CORRECTA AUNQUE LA ANTERIOR FUERA INCORRECTA (Máximo 5 puntos)	0-5
MEMORIA	
¿RECUERDA USTED LAS PALABRAS QUE LE DIJE ANTES? DÍGALAS (Máximo 3 puntos)	0-5
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
¿QUÉ ES ESTO? (MOSTRAR UN RELOJ) ¿Y ESTO? (MOSTRAR UNA PLUMA) (Máximo 2 puntos)	0-2
REPITA LA SIGUIENTE FRASE: NISI, NI NO, NI PERO (1 punto)	0-1
TOME EL PAPEL CON LA MANO IZQUIERDA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PONGALO EN EL SUELO (ANOTE UN PUNTO POR CADA ORDEN BIEN EJECUTADA) (Máximo 3 puntos)	0-3
LEA ESTO Y HAGA LO QUE DICE: CIERRE LOS OJOS (1 punto)	0-1
ESCRIBA UNA FRASE COMO SI ESTUVIERA CONTANDO ALGO EN UNA CARTA (1 punto)	0-1
COPIE ESTE DIBUJO	
	(CADA PENTÁGONO DEBE TENER 5 LADOS Y 5 VÉRTICES Y LA INTERSECCIÓN FORMA UN DIAMANTE)



	<p>NOTA: TANTO LA FRASE COMO LOS PENTÁGONOS CONVIENE TENERLOS EN TAMAÑO SUFICIENTE PARA PODER SER LEÍDOS CON FACILIDAD, EL PACIENTE DEBERÁ UTILIZAR ANTEOJOS SI LOS NECESITA HABITUALMENTE.</p> <p style="text-align: right;">TOTAL: _____</p>
<p>PUNTO DE CORTE: 24-30 PUNTOS NORMAL GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO: 19-23= LEVE; 14-18=MODERADO; Menor a 14= GRAVE</p>	

Anexo 5. Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, Radolff, 1977)

Indicación: Circule la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido la persona durante la semana previa a la aplicación

		Escasa - mente	Alg o	Ocasi onalm ente	La mayo- ría	NS/ NR
	¿Cuántos días...	Ningú n día	1 a 2 días	3 a 5 días	5-7 días	
1	¿Le molestaron cosas que generalmente no le molestaban?	0	1	2	3	
2	No se sentía con ganas de comer, tenía mal apetito?	0	1	2	3	
3	¿Sentía que no podía quitarse de encima la tristeza, ni con la ayuda de familiares y amigos?	0	1	2	3	
4	Sentía que era tan bueno como los demás?	0	1	2	3	
5	Tenía dificultad en mantener su mente en lo que estaba haciendo?	0	1	2	3	
6	¿Se sentía deprimido (a)?	0	1	2	3	
7	¿Todo lo que hacía era un esfuerzo?	0	1	2	3	
8	Se sentía optimista sobre el futuro	0	1	2	3	
9	¿Pensó que su vida era un fracaso?	0	1	2	3	
10	¿Se sentía con miedo?	0	1	2	3	
11	¿Su sueño era inquieto?	0	1	2	3	
12	¿Estaba contento (a)?	0	1	2	3	

13	¿Habló menos de lo usual?	0	1	2	3	
14	¿Se sintió solo (a)?	0	1	2	3	
15	¿Sintió que la gente no era amigable?	0	1	2	3	
16	¿Disfrutó de la vida?	0	1	2	3	
17	¿Pasó ratos llorando?	0	1	2	3	
18	¿Se sintió triste?	0	1	2	3	
19	Sentía que usted no le caía bien a la gente?	0	1	2	3	
20	¿No tenía ganas de hacer nada?	0	1	2	3	

Anexo 6. Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE)

Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE)		Desacuerdo total	Desacuerdo	De acuerdo	De acuerdo total
1.	La mayor parte de las personas cuando llegan a los 60 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria.				
2.	Las personas mayores tienen menos interés por el sexo.				
3.	Las personas mayores se irritan con facilidad y son “cascarrabias”.				
4.	La mayoría de las personas mayores de 60 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante seria como para deteriorar sus capacidades normales.				
5.	Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes.				
6.	A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven, más rígidas e inflexibles.				
7.	La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 60 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte				
8.	A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas.				
9.	Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños.				
10.	La mayor parte de las personas mayores de 60 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás.				
11.	A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos.				
12.	Los defectos de la gente se agudizan con la edad.				
13.	El deterioro cognitivo (pérdida de la memoria, desorientación, confusión) es una parte inevitable de la vejez.				

14.	Casi ninguna persona mayor de 60 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven.				
15.	Una gran parte de las personas mayores de 60 años chochean.				

Anexo 7. Escala de Ansiedad ante el Envejecimiento

Escala de Ansiedad Ante el Envejecimiento (EAE)		De acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	De acuerdo
1.	Disfruto el estar con gente vieja				
2.	Temo que cuando sea viejo (o) todos mis amigos se hayan muerto				
3.	Me gusta visitar a mis amigos/familiares viejos				
4.	He mentido acerca de mi edad a fin de parecer más joven				
5.	Creo que será muy difícil para mí sentirme contenta (o) cuando sea vieja (o)				
6.	De cuando llegue a ser más vieja (o), es mi salud lo que más me preocupa.				
7.	Tendré mucho en que ocupar mi tiempo cuando sea más vieja (o)				
8.	Me pongo nerviosa (o) cuando pienso que alguien tomará decisiones por mí cuando sea vieja (o).				
9.	Me molesta imaginarme siendo vieja (o).				
10.	Disfruto platicar con gente vieja.				
11.	Cuando sea vieja (o) creo que voy a sentirme bien con la vida.				
12.	Me ha preocupado el día en que al verme en el espejo me vea con arrugas.				
13.	Me siento muy a gusto cuando estoy cerca de una persona vieja.				
14.	Me preocupa que la gente me ignore cuando sea más vieja (o).				
15.	Verme vieja (o) me ha preocupado.				
16.	Creo que cuando sea vieja (o) todavía podré hacer casi todas las cosas por mí misma (o).				
17.	Me preocupa que la vida pierda sentido para mí cuando sea vieja (o).				

18.	Cuando sea vieja (o), confío en que me sentiré bien conmigo misma (o).				
19	Disfruto hacer cosas por las personas viejas.				
20.	Cuando me veo en el espejo me molesta ver cómo mi apariencia ha cambiado con la edad.				