

MESA REDONDA: EL AUTOCONCEPTO DE LOS ANCIANOS

PONENCIA: EL AUTOCONCEPTO EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Rosario Antequera Jurado

Carmen Santin Vilariño

Alfonso Blanco Picabia

INTRODUCCION

El autoconcepto suele definirse, en sentido genérico, como la imagen, los pensamientos y los sentimientos que el individuo tiene de sí mismo. Pensamientos y sentimientos que nos van a permitir diferenciar dos componentes del autoconcepto: el cognitivo y el evaluativo (Rosenberg, 1979). El primero de ellos hace referencia a las creencias sobre varios aspectos de uno mismo (tales como la imagen corporal, la identidad social, los valores, habilidades o los rasgos) que el individuo considera que posee. Los aspectos evaluativos del autoconcepto, al que también solemos denominar autoestima, consisten en los sentimientos positivos o negativos que el individuo experimenta sobre sí mismo (McCrae y Costa, 1988). En la determinación de ambos componentes va a jugar un papel importante la

imagen que el sujeto considera que los demás tienen de él (dimensión social).

Con las matizaciones que iremos exponiendo a continuación, el autoconcepto de los ancianos parece experimentar, según se recoge en gran parte de la bibliografía sobre el tema, un descenso generalizado. Si bien, al mismo tiempo se mantiene la hipótesis de que este descenso es más acentuado en algunas de las dimensiones de las que consta el autoconcepto (imagen corporal, estima de sí mismo y la valoración social)

Así, en lo que se refiere a la percepción de la imagen corporal en los ancianos, los resultados obtenidos son contradictorios, lo que se ha interpretado como que la preocupación por la imagen corporal no sea una función de la edad per se, sino que obedezca

más bien a algunas circunstancias especiales de la vida (Kalish, 1975). Así por ejemplo, lo que parece más consensuado es que el estado de salud (enfermedades incapacitantes) ejercen una gran influencia sobre el mismo (Beadoin, 1974).

En lo que se refiere a la estima de sí mismo, se ha demostrado que esta determinada por un lado, por las alteraciones físicas (L'Ecuyer, 1985) y por otro por las connotaciones que para el anciano conlleva el «ser viejo». Etiquetarse a sí mismo como «viejo» implica el estar próximo al final de la vida y mermado de facultades. Por ello el percibirse a sí mismo como anciano parecería estar asociado con la aceptación de la muerte (Munnichs, 1980).

Por lo que respecta a la dimensión social del concepto de anciano, ésta se encuentra caracterizada por matices claramente peyorativos. Matices que suponen un rechazo personal y un disgusto hacia el envejecer, la enfermedad, la incapacidad y el miedo a la debilidad, la inutilidad y la muerte (Snyder y Swann, 1978; Rodin, 1980).

Dado que los estereotipos y los juicios sociales son la suma de las expectativas culturales, tales expectativas pueden ser asumidas incluso por los miembros del grupo cultural afectado. Si estos estereotipos son clara-

mente peyorativos, como en el caso de los ancianos, la autoestima de éstos tiende a disminuir y cuando la autoestima decrece, la creencia en la propia capacidad para ejercer control sobre el ambiente también declina (Rodin y Langer, 1980). Los ancianos pueden, de esta manera, sobrestimar los decrementos de sus capacidades, que pueden ser vivenciadas como incompatibles con los estandars de la conducta competente (Bandura, 1971). Los efectos de esta conciencia de este declive pueden ser más devastadores que el cambio en sí mismo (Langer, 1979).

Quizás sea la importancia de la valoración social y el jugar un papel activo en el entramado social, lo que hace que uno de los acontecimientos que aparece en la literatura como más impactante sobre el autoconcepto de los ancianos es, al comienzo de este periodo evolutivo, la jubilación, que supone de pérdida de papel social y de relaciones interpersonales. Conforme avanzan los años, la institucionalización o la posibilidad de convertirse en un asilado, es el factor que mayor impacto va a ejercer sobre el autoconcepto de los ancianos.

De manera que el autoconcepto de ancianos institucionalizados en comparación al de aquellos que continúan viviendo en el hogar familiar, se va a caracterizar (según se refleja en la

literatura existente sobre el tema) por un mayor descenso de la autoestima, mayor autodegradación y menores expectativas sobre su capacidad para poder enfrentarse a sus circunstancias y al mundo exterior (Tobin, 1978).

Entre los motivos apuntados para dar cuenta de este mayor descenso del autoconcepto de ancianos institucionalizados, encontramos los siguientes (Tobin, op. cit):

- a) porque disminuye el sentimiento de poder controlar sus propias vidas, ya que el internamiento supone la pérdida de la independencia que les quedaba (aunque en muchos casos ya fuera escasa) y tener que someterse al reglamento de la institución.
- b) porque interpretan la institucionalización como un rechazo y abandono de sus familiares, único vínculo y papel social que les quedaba, además de representar la pérdida de los únicos lazos afectivos que les quedaban.
- c) porque le hace enfrentarse a la idea de su propia muerte. Los ancianos ven el traslado a una residencia como el último cambio que realizaran antes de su muerte y ello les genera miedo y hostilidad hacia los demás y hacia sí mismo.

Sin embargo, consideramos habría que reconsiderar hasta qué punto los ancianos, o al menos los ancianos de nuestro medio sociocultural, se ajustan a lo que sistemáticamente se ha recogido en la literatura (especialmente anglosajona) y que se recoge en la mayoría de los manuales y obras de consulta que actualmente se publican sobre la vejez. Por ello diseñamos una investigación en la que abordamos el estudio del autoconcepto tanto de aquellos ancianos que continuaban residiendo en sus hogares familiares como de aquellos otros que residían en instituciones.

II. OBJETIVOS

Los objetivos concretos que nos propusimos fueron los siguientes:

- a) Determinar si realmente se produce un descenso del autoconcepto de los ancianos comparados con otros grupos de edad.
- b) Comprobar si el descenso del autoconcepto (si es que lo hay) es generalizado o incide especialmente en algunas de las dimensiones que lo integran.
- c) Comprobar la incidencia que sobre el autoconcepto de los ancianos ejercen variables que a nivel teórico pueden determinarlo. Varia-

bles demográficas y psicosociales (tales como la edad, el estado civil, los ingresos, el nivel de estudios; el estado de salud; el apoyo familiar y el sentirse o no viejo) así como variables emocionales (tales como el estado anímico deprimido).

- c) Determinar la influencia que la institucionalización ejerce tanto sobre el autoconcepto de los ancianos como en las dimensiones que lo integran.

III. MATERIAL Y MÉTODO

A) SUJETOS

El total de la muestra de ancianos seleccionada para el presente trabajo está constituida por 95 ancianos varones, no activos laboralmente y en los que ni en la entrevista ni en los informes de las personas que residían con ellos, se detectaban alteraciones del estado mental. Sus edades oscilaban entre los 65 y los 92 años. Hemos seleccionado tan sólo varones porque consideramos que las connotaciones que conlleva la vejez es distinta para hombres y para mujeres ya que para ellos los cambios en los roles sociales e incluso familiares son más drásticos y pueden determinar un mayor descenso de su autoconcepto.

Los ancianos se constituían en tres grupos muestrales, en función de su lugar de residencia:

- El grupo 1 estaba constituido por 35 ancianos varones que residían en el hogar familiar, cuyas edades oscilan entre los 65 y los 88 años, con una media de 72,8 y una desviación típica de 6,01 (Cuadro 1).
- El grupo 2 constituido por ancianos que residían en una Institución de carácter benéfico para ancianos válidos, en el que contamos con 30 ancianos con edades comprendidas entre los 65 y los 92 años, con una media de 78,2 y una desviación típica de 7,79 (Cuadro 1).
- El grupo 3 constituido por 30 ancianos que residían en una Residencia para ancianos válidos, dependiente del INSERSO, cuyas edades oscilaban entre los 65 y los 90 años, con una media de 82,3 y una desviación típica de 5,22 (Cuadro 1).

Seleccionamos estas dos residencias por responder a dos conceptos asistenciales bien diferenciados y con claras distinciones tanto en cuanto a organización como en cuanto a cantidad y cualificación del personal dedicado a asistir a los ancianos, como en la filosofía asistencial subyacente a ambas instituciones. De esta manera, pretendemos determinar hasta qué

punto es el simple hecho de estar institucionalizados o es el tipo de institución (con su selección de aquellos ancianos que reúnen unas determinadas características personales y so-

ciales) y lo que determina las diferencias descritas entre los ancianos que residen en los distintos tipos de centros geriátricos y los que continúan viviendo en el hogar familiar.

Cuadro 1. EDAD MEDIA Y DESVIACION TIPICA DE LOS DISTINTOS GRUPOS DE ANCIANOS

	Nº SUJETOS	MEDIA	DES. TÍPICA
Hogar familiar	35	72,85	6,01
Ins benéfica	30	78,26	7,79
Res. INSERSO	30	82,33	5,22
GRUPO TOTAL	95	77,55	7,47

B) MATERIAL TESTOLOGICO

a) Una entrevista sistematizada con la que tratamos de obtener a través de preguntas estructuradas y semiestructuradas (recopiladas de la encuesta elaborada por Ramos, 1982), información sobre los datos personales del anciano (edad, estado civil, nivel de ingresos, estudios, profesión,...), así como sobre una serie de variables psicosociales que podemos agrupar en las siguientes áreas:

- Familia
- Apoyo social
- Percepción subjetiva de su estado físico y satisfacción con el mismo
- Hábitos y entretenimientos

Asimismo se incluye una cuestión sobre si realmente se sienten viejos o no.

b) *La Escala de Autoconcepto de Tennessee* (Fitts, 1965), que consta de 100 ítems ante los que el sujeto ha de indicar sobre una escala de 5 puntos (de más a menos verdadero) la medida en que considera que los enunciados de los distintos ítems le conciernen o caracterizan. Evalúa cinco parcelas del autoconcepto: el sí mismo físico, el sí mismo moral-ético, el sí mismo personal, el sí mismo familiar y el sí mismo social. Cada una de ellas son evaluadas, a su vez, en función de tres dimensiones internas del autoconcepto que denomina «autoestima», «com-

portamiento» y «autoconcepto» propiamente dicho.

- c) *Escala Geriátrica para la Depresión (G.D.S., Brink, Yesavage y cols, 1982)*. Escala que consta de 30 ítems, con dos opciones de respuesta: «Verdadero» o «Falso». Es una escala creada específicamente para evaluar el estado anímico deprimido en los ancianos y que ha sido adaptada a la población geriátrica española por Pérez Almeda y cols (1990).

C) ANALISIS ESTADISTICOS

Con los resultados obtenidos en estas pruebas por los distintos grupos muestrales, se han efectuado los siguientes análisis estadísticos:

- a) *Análisis descriptivo*: Se calcularon los estadísticos básicos (Frecuencias Absolutas, Medias y Desviaciones Típicas) tanto de las respuestas dadas a los distintos ítems que integraba la entrevista como de la puntuación total obtenida tanto en la Escala de Autoconcepto de Tennessee como en la Escala Geriátrica para la Depresión.
- b) *Análisis simple de la varianza*: Entre las distintas variables utilizadas en la entrevista así como en la puntuación total y de las distintas dimensiones de las que consta

la Escala de Autoconcepto de Tennessee en función del grupo de ancianos como entre la puntuación obtenida en la Escala Geriátrica para la Depresión y la obtenida en la Escala de Autoconcepto de Tennessee.

IV. RESULTADOS

A.- CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS ANCIANOS QUE INTEGRABAN LOS DISTINTOS GRUPOS MUESTRALES

En lo que se refiere a las características sociodemográficas de los ancianos que integran los distintos grupos, hemos obtenido las siguientes diferencias (Cuadro 2):

En estos resultados comprobamos que es fundamentalmente el grupo de ancianos que residen en el hogar familiar, el que se diferencia de los otros dos grupos en variables como la edad, el estado civil, los estudios o el nivel de ingresos (en el sentido de que por término medio tienen menos edad, hay mayor proporción de ancianos casados, menos ancianos analfabetos y su nivel de ingresos es superior). Ello no es de sorprender ya que los problemas que aparecen en la tercera edad y que hacen que los ancianos

sean cada vez menos autosuficientes y más dependientes (y que, por tanto, incrementan la posibilidad de institucionalización) aumentan progresivamente conforme avanza la edad

(Kellaher, 1985). Por otro lado, la presencia del cónyuge aumenta las posibilidades de seguir viviendo en el propio hogar.

Cuadro 2. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS QUE ESTABLECEN DIFERENCIAS ESTADISTICAS ENTRE LOS ANCIANOS DE LOS DISTINTOS GRUPOS DE ANCIANOS

VARIABLES	GRUPOS	SIGNIFICATIVO
EDAD	Hogar fam/Inst Benf	0.002 **
	Hogar fam/R INSERSO	0.001 **
	Inst Benf/R INSERSO	0.021 *
ESTADO CIVIL	Hogar fam/Inst Benf	0.000 **
	Hogar Fam/R INSERSO	0.007 **
	Inst Benf/R INSERSO	0.006 **
ESTUDIOS	Hogar fam/Inst Benf	0.010 **
	Hogar fam/R INSERSO	0.046 *
	Inst Benf/R INSERSO	0.640
INGRESOS	Hogar fam/Inst Benf	0.000 **
	Hogar fam/R INSERSO	0.068
	Inst Benf/R INSERSO	0.021 *
VISITA REALIZAN	Hogar fam/Inst Benf	0.000 **
	Hogar fam/R INSERSO	0.345
	Inst Benf/R INSERSO	0.047 *
VISITA RECIBEN	Hogar fam/Inst Benf	0.011 **
	Hogar fam/R INSERSO	0.482
	Inst Benf/R INSERSO	0.034 *
SAT FAMILIAR	Hogar fam/Inst Benf	0.000 **
	Hogar fam/R INSERSO	0.007 **
	Inst Benf/R INSERSO	0.012 **

Asimismo, comprobamos que son los ancianos que residen en la institución benéfica los que cuentan con un menor apoyo social-familiar (expresado a través del número de visitas que realizan y reciben y el grado de satisfacción con la atención familiar prestada).

En el Cuadro 3 se puede comprobar que no ha habido diferencias estadísticas valorables en lo que se refiere al estado de salud, (en el que casi el 80% de todos los grupos manifestaban padecer algún tipo de enfermedad crónica si bien eran los que residían en sus hogares familiares los que en

menor proporción calificaban su salud como mala) ni a la satisfacción con la misma. Tampoco se produjeron diferencias en lo que se refiere al sentirse viejo ya que casi el 50% de la muestra global manifestaba no sentirse viejo. La edad como motivo para sentirse viejo fue referida tan sólo por el 17% de los ancianos, por lo que parece que tal y como ha sido afirmado con anterioridad por otros autores (Furstenberg, 1989; Kastenbaum y cols, 1972; McCrae y Costa, 1988), los ancianos no utilizan sistemáticamente la edad como criterio para definirse a sí mismos.

CUADRO 3. VARIABLES SOCIDEMOGRAFICAS QUE NO ESTABLECEN DIFERENCIAS ESTADISTICAS ENTRE LOS ANCIANOS DE LOS DISTINTOS GRUPOS DE ANCIANOS

VARIABLES	GRUPOS	SIGNIFICATIVO
PROFESIÓN	Hogar fam/Inst Benf	0.067
	Hogar fam/R INSERSO	0.346
	Inst Benef/R INSERSO	0.121
ESTADO DE SALUD	Hogar fam/Inst Benf	0.478
	Hogar Fam/R INSERSO	0.654
	Inst Benf/R INSERSO	0.351
SATISFACCIÓN CON EL ESTADO DE SALUD	Hogar fam/Inst Benf	0.379
	Hogar fam/R INSERSO	0.589
	Inst Benf/R INSERSO	0.491

VIEJO POR JUBILACION	Hogar fam/Inst Benf	0.648
	Hogar fam/R INSERSO	0.765
	Inst Benf/R INSERSO	0.596
VIEJO POR EDAD	Hogar fam/Inst Benf	0.755
	Hogar fam/R INSERSO	0.634
	Inst Benf/R INSERSO	0.588
SENTIRSE VIEJO	Hogar fam/Inst Benf	0.561
	Hogar fam/R INSERSO	0.754
	Inst Benf/R INSERSO	0.611

B) RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO

En lo que se refiere a la escala de autoconcepto, las puntuaciones obtenidas se muestran en el cuadro 4.

Cuadro 4. PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LAS DISTINTAS DIMENSIONES DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESE POR EL TOTAL DE LOS ANCIANOS

DIMENSIONES	MEDIA ANCIANOS	D. TIPICA ANCIANOS
AUTOCONCEPTO	120,2	10,6
AUTOESTIMA	120	11,9
AUTOCOMPOR.	119	11,8
AUTOCRITICA	33,9	7,1
A. FISICO	69,9	9,6
A. MORAL/ÉTICO	77,8	7
A. PERSONAL	72,8	8,1
A. FAMILIAR	71,3	7,9
A. SOCIAL	67,3	7,6
TOTAL	360	28

No obstante y dado que estas puntuaciones en sí mismas nos aportaban una escasa información sobre si verdaderamente en los ancianos se produce un descenso de su autoconcepto,

decidimos compararlas con las puntuaciones obtenidas por otros grupos de edad. Para ello utilizamos las puntuaciones obtenidas por una muestra de varones adultos que configuraban

la muestra con que Garanto efectuó la validación de la escala para población española. Los resultados se muestran en el cuadro 5.

Cuadro 5. PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LAS DISTINTAS DIMENSIONES DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESE POR LOS ANCIANOS DE LOS DISTINTOS GRUPOS Y UNA MUESTRA DE ADULTOS (GARANTO, 1984)

DIMENSIONES	P. MEDIA ADULTOS	P.MEDIA ANCIANOS	D. TIPICA ADULTOS	D.TIPICA ANCIANOS
Autoconcepto	116,3	120,2	10,7	10,6
Autoestima	108,7	120	15,7	11,9
Autocompor.	109,1	119	11,3	11,8
Autocrítica	—	33,9	—	7,1
A. Físico	66,2	69,9	8,3	9,6
A. Moral/ético	68,4	77,8	8	7
A. Personal	65,5	72,8	8,6	8,1
A. Familiar	68,1	71,3	8,4	7,9
A. Social	65,9	67,3	7,7	7,6
TOTAL	334,1	360	33,4	28

En el Cuadro 5 comprobamos que las puntuaciones obtenidas en todas y cada una de las dimensiones evaluadas por la Escala de Autoconcepto de Tennessee por la muestra de ancianos por nosotros utilizada son incluso superiores a las descritas para otros grupos de población adulta española (Garanto, 1984). Ello pone en entredicho las teorías que mantienen que en la vejez se produce un claro decremento en la autoestima personal.

Por el contrario, estos resultados pa-

recen confirmar la hipótesis de autores como McCrae y Costa (1988) o Holtzclae (1985), quienes sugieren que la búsqueda de un autoconcepto positivo es una tendencia universal. Todos buscamos la manera de valorar nuestras actividades y roles favorablemente y cuando uno de estos roles no puede ser desarrollado bien, es probable que devaluemos su importancia y centremos nuestra atención en áreas de la vida que son más consistentes con nuestra alta autoestima.

Así pues, esta elevada autovaloración

de los ancianos puede ser, al menos parcialmente el resultado de un intento defensivo de negar la realidad. Parece que cuando distintas facetas del Yo se vuelven disonantes con el concepto que el sujeto tiene (o quiere tener) de ellas, se defiende de las mismas y tiende a aislarlos. Mientras se desarrolla un proceso de defensa contra ese componente aislado (Gaber, 1974). Este fenómeno no aparece en otros periodos evolutivos y cuando aparecen suelen ser asociados con indicadores de una mala adaptación a las exigencias ambientales. Sin embargo, en la vejez parecen constituir una parte integral del sistema de autoconcepto de los ancianos, proveyéndolos de una manera distinta de enfrentarse con la ansiedad que les genera el envejecimiento y la proxi-

midad del fin de la vida. Por tanto esta distorsión defensiva puede ser una herramienta útil para los ancianos (Gaber, 1984)

C) Influencia de las variables estudiadas en la puntuación dada a la escala de autoconcepto

Los resultados obtenidos en lo que se refiere a la influencia que variables psicosociales ejercen sobre el nivel de autoconcepto de los ancianos se exponen en el cuadro 6, en el que podemos comprobar que son variables como el estado civil, los ingresos, la satisfacción con el estado de salud y el no sentirse viejo las que se relacionan a niveles de significación estadística con el autoconcepto.

Cuadro 6. NIVEL DE SIGNIFICACION ESTADÍSTICA DE DISTINTAS VARIABLES DE LA ENTREVISTA EN RELACION A LA PUNTUACION GLOBAL A LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESE POR EL TOTAL DE LOS ANCIANOS

	SIGNIFICACION
ESTADO CIVIL	0.0296 *
ESTUDIOS	0.6987
INGRESOS	0.0285 *
SAT. ESTADO DE SALUD	0.0009 **
SAT. CON ATENCION FAMILIAR	0.1683
VIEJO POR EDAD	0.1411
VIEJO POR JUBILACIÓN	0.6357
NO SE SIENTE VIEJO	0.0085 *

Dado que las variables que habían mostrado su relación con el autoconcepto tenían distintas opciones de respuesta (excepto con la variable «se siente viejo» que tan sólo tenía dos opciones de respuesta, verdadero o

falso), decidimos realizar en cada una de ellas un análisis de la varianza para determinar cuál de dichas opciones era la que realmente incidían en un mayor o menor nivel de autoconcepto (Cuadros 7 a 9).

Cuadro 7. NIVEL DE SIGNIFICACION DEL ESTADO CIVIL EN FUNCION DE LA PUNTUACION FINAL DADA A LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO (BAJO/ALTO AUTOCONCEPTO)

	CASADO	VIUDO	SEPARADO
SOLTERO	0.0114 *	0.0062**	0.6241
CASADO		0.7163	0.3796
VIUDO			0.2532

Cuadro 8. NIVEL DE SIGNIFICACION DEL NIVEL DE INGRESOS EN FUNCION DE LA PUNTUACION FINAL DADA A LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO (BAJO/ALTO AUTOCONCEPTO)

	25-35000	36-50000	51-60000	+60000
-25000	0.2025	0.0014 **	0.0313 *	0.0206 *
25-35000		0.2146	0.7362	0.7626
36-51000			0.5858	0.3468
51-60000				0.8888

Estos resultados nos muestran que son los sujetos solteros, con un menor nivel de ingresos, que consideran su estado de salud como malo y que se sienten viejos los que manifiestan un mayor descenso de su autoconcepto. Así pues parecen ser que aquellos

ancianos que poseen y han poseído un menor grado de apoyo familiar y social, que no han formado nunca una familia propia ni tampoco han desempeñado una profesión estable y de manera permanente (ya que el descenso de su nivel de ingresos es debi-

do a que nunca han cotizado en la seguridad social) los que experimentan en su vejez una disminución de su autovaloración. Mientras que por otra parte, la relación entre el estado de

salud negativo así como el etiquetarse a sí mismo como ancianos y el descenso del autoconcepto ya han sido puesta de manifiesto en la bibliografía existente sobre el tema.

Cuadro 9. NIVEL DE SIGNIFICACION DE LA SATISFACCION CON EL ESTADO DE SALUD EN FUNCION DE LA PUNTUACION FINAL DADA A LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO (BAJO/ALTO AUTOCONCEPTO)

	REGULAR	MALO
BUENO	0.2670	0.0021 **
REGULAR		0.0568 *

*) Influencia de la institucionalización

En lo que se refiere a la influencia que la institucionalización ejerce sobre el autoconcepto, los resultados obtenidos en las puntuaciones a la escala total y a las dimensiones que evalúa se muestran en el cuadro 10, mientras que el cuadro 11, se exponen los resultados obtenidos en el análisis de la varianza efectuado entre los distintos grupos de ancianos.

Resultados que nos muestran la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de ancianos que residen en la institución benéfica y el resto de los ancianos en todas y cada una de las dimensiones del autoconcepto valoradas excepto en la dimensión social. Asimismo hemos de destacar que a pesar de que las

puntuaciones obtenidas por este grupo son inferiores a las obtenidas por los otros dos grupos de ancianos siguen siendo notablemente iguales e incluso superiores a las ofrecidas por la población adulta. Ello está en clara disonancia con las teorías que mantienen que el descenso del autoconcepto es aún más drástico en ancianos institucionalizados (Sward, 1945, Norman, 1949; Masson, 1954; Dodge, 1961; Lehner y Gunderson, 1953; Tobin, 1978).

Por tanto, no es el hecho de la institucionalización por sí misma la variable que puede explicar dicho decremento, sino otras variables relacionadas con la mismas y que en función de la naturaleza de nuestras muestras pueden ser tanto el tipo de institución y la calidad de la asisten-

cia que en la misma se ofrezca al anciano, como las distintas vivencias biográficas y sociales de los ancianos que residen en cada una de ellas. De hecho, resulta tremendamente difícil diferenciar el efecto de ambas variables ya que cada institución tiene unos criterios de selección para admitir el

ingreso de los ancianos y por tanto, aunque similares en características tales como la edad, los estudios, las profesiones, etc. sus vivencias y condiciones sociales, familiares, económicas y personales tanto actuales como pasadas difieren notablemente.

Cuadro 10. PUNTUACIONES MEDIAS Y DESVIACIONES TIPICAS OBTENIDAS POR LOS ANCIANOS QUE INTEGRAN LOS DISTINTOS GRUPOS EN LAS DIMENSIONES QUE COMPONEN LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

	HOGAR FAMIL.		INS. BENÉFICA		RES. INSERSO	
	X	D.T.	X	D.T.	X	D.T.
AUTOCONCEPTO	120,2	10,6	112,5	13,4	121,4	8,8
AUTOESTIMA	120	11,9	108,9	16,7	120,2	15
AUTOCOMPORTA	119	11,8	107,6	12,1	118,8	12,6
AUTOCRITICA	33,9	7,1	38,2	8,3	32,7	5,8
A. FISICO	69,9	9,6	64,2	11,2	74,6	8,5
A.MORAL-ETICO	77,8	7	72,1	8,3	75,9	9,5
A. PERSONAL	72,8	8,1	67,9	8,6	74,5	7
A. FAMILIAR	71,3	7,9	58,8	11,9	67	14,3
A. SOCIAL	67,3	7,6	66,1	8,4	68,7	6,5
A. TOTAL	360	28	329	33	360	25,4

**Cuadro 11. NIVELES DE SIGNIFICACION ESTADÍSTICA
EN LAS DIMENSIONES DEL AUTOCONCEPTO
ENTRE LOS GRUPOS DE ANCIANOS**

DIMENSIÓN	GRUPOS	SIGN
AUTOCONCEPTO	Ins. Benef/Hogar Fam.	0.011**
	Ins. Benef/Res INSERSO	0.004**
	Hogar Fam/Res INSERSO	0.651
AUTOESTIMA	Ins. Benef/Hogar Fam.	0.003**
	Ins. Benef/Res INSERSO	0.008**
	Hogar Fam/Res INSERSO	0.951
AUTOCOMPORTA.	Ins. Benef/Hogar Fam.	0.001**
	Ins. Benef/Res INSERSO	0.001**
	Hogar Fam/Res INSERSO	0.940
AUTOCRITICA	Ins. Benef/Hogar Fam.	0.030*
	Ins. Benef/Res INSERSO	0.004**
	Hogar Fam/Res INSERSO	0.441
A. FISICO	Ins. Benef/Hogar Fam.	0.031*
	Ins. Benef/Res INSERSO	0.001**
	Hogar Fam/Res INSERSO	0.045*
A.MORAL-ETICO	Ins. Benef/Hogar Fam.	0.004**
	Ins. Benef/Res INSERSO	0.106
	Hogar Fam/Res INSERSO	0.377
A. PERSONAL	Ins. Benef/Hogar Fam.	0.023*
	Ins. Benef/Res INSERSO	0.002**
	Hogar Fam/Res INSERSO	0.377
A. FAMILIAR	Ins. Benef/Hogar Fam.	0.001**
	Ins. Benef/Res INSERSO	0.019**
	Hogar Fam/Res INSERSO	0.138
A. SOCIAL	Ins. Benef/Hogar Fam.	0.548
	Ins. Benef/Res INSERSO	0.189
	Hogar Fam/Res INSERSO	0.436
A. TOTAL	Ins. Benef/Hogar Fam.	0.001**
	Ins. Benef/Res INSERSO	0.001**
	Hogar Fam/Res INSERSO	0.986

CONCLUSIONES:

- 1.- Los ancianos de nuestros grupos muestrales no presentan una disminución en su autoconcepto ni en ninguna de las dimensiones de las que consta, al menos tal y como son evaluadas por esta escala.
- 2.- Por el contrario, presentan un mayor nivel de autoconcepto que el mostrado por la población adulta. Lo que puede ser interpretado como un intento de defenderse contra las connotaciones negativas que conlleva el «ser viejo» así como el afrontar su propia finitud.
- 3.- Son varias las variables sociodemográficas que parecen estar relacionadas con el autoconcepto. Así son los ancianos solteros, con menores ingresos, peor valoración de su estado de salud y que se sienten viejos los que presentan menor nivel de autovaloración.
- 4.- La institucionalización por sí misma no parece ser una variable que incida directamente sobre la valoración de sí mismo, sino más bien variables con ellas relacionadas (tales como el tipo de institución, la asistencia prestada al asilado y las características biográficas y vivenciales de los ancianos acogidos en las mismas).

BIBLIOGRAFIA

- Bandura S. (1971). *Social Learning Theory*. Morristown, N.J.: *General Press*
- Beaudoin J.R. (1974). *La perception de soi des personnes âgées de 65 ans. Tesis doctoral no publicada*. Universidad de Sherbrooke.
- Brink T.L, Yesavage J.A, Lum O, Heersema P, Adey M, Rose T.L. (1982). Screening test for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, (1), 37-44.
- Dodge J.S. (1961). Changes in perception with age. *Perceptual and Motor Skills*, 13, 88.
- Fitts W.H. (1965). *Tennessee Self-Concept Scale*. Nashville: Counselor Recordings Tests.
- Furstenberg A-L. (1989). Older people's age self-concept. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, 268- 275.
- Gaber L.B. (1984). Structural dimensions in aged self-concept: A Tennessee self concept study. *British Journal of Psychology*, 75, 207-211.
- Garanto J. (1984). *Las actitudes hacia sí mismo y su medición*. Barcelona. *Servicio de Publicaciones de la Uni-*

versidad de Barcelona.

Kalish R.A. (1975). Late adulthood: Perspectives on human development. California. Brooks/Cole.

Kastenbaum R. y Cols (1972). The ages of me: Toward personal and interpersonal definitions of functional aging. *Aging and Human Development*, 3, (2), 197-211.

Langer E. (1979). Old age: An artifact?. En E. Langer (Ed): *Biology, Behavior and Aging*. Washington, D.C.: *National Research Council Publication*.

L'Ecuyer R. (1985). El concepto de sí mismo. Barcelona. Oikos-Tau.

Lehner G, Gunderson E. (1953). Height relationship on the Draw a Person Test. *Journal of Personality*, 17, 199-209.

Masson E.P. (1954). Some correlates of self-adjustments of the aged. *Tesis Doctoral no publicada*. Washington.

McCrae R.R, Costa P.T. (1988). Age, personality and the spontaneous self-concept. *Journal of Gerontology*, 43, (6), 177-185.

Munnichs J.M.A. (1980). Old age and finitude. Nueva York: Basel and Karger.

Norman R.D. (1949). Concealment of age among psychologists: Evidence for a popular stereotype. *Journal of Social Psychology*, 30, 127-135.

Pérez Almeida E, González M.A, Moraleda P, Zamora M.C. (1990). Incidencia de depresión en una residencia geriátrica y variables relacionadas con ella. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 24, (19), 27-33.

Ramos F. (1982). Personalidad, Depresión y Muerte. *Tesis Doctoral no publicada*. Universidad Complutense de Madrid.

Rodin J. (1980). Managing the stress of aging: the role of control and coping. En S. Levine and H. Ursin (Eds.): *Conference on coping and Health*. Academic Press.

Rodin J, Langer E. (1980). Aging labels; The decline of control and the fall of self-esteem. *Journal of Social Issues*, 36, (2), 12-29.

Rosenberg M. (1979). Conceiving the self. Nueva York: *Basic Books*.

Snyder M, Swann W. (1978). Behavioral confirmation in social interaction: from social perception to social psychology. *Journal of Experimental Social Psychology*, 14, 148-162.

Sward K. (1945). Age and mental ability in superior men. *American Journal of Psychology*, 58, 443-470.

Tobin S.S. (1978). Last home for the aged. San Francisco: *Jossey-Bass Publishers*.