

Aproximación al concepto de Autoestima en la Tercera Edad.

ANTONIO VICTOR MARTIN GARCIA.
Universidad de Salamanca

1. INTRODUCCION: ANTECEDENTES

Aunque no fue hasta finales del siglo pasado con el ya clásico libro de W. James (1890)¹ cuando por primera vez se trató con cierta profundidad el tema del autoconcepto, el dominio casi absoluto en la esfera psicológica americana (y, por ende, en la europea) de los postulados conductistas y funcionalistas durante la segunda, tercera y cuarta década de este siglo, impidieron la atención detenida sobre este concepto, al igual que también de otros constructos conceptuados despectivamente por éstos como «mentalísticos». Ello, por varias razones, de las que, siguiendo a Wylie (1974)² destacan dos. La primera, porque el mismo Freud, en sus primeras teorías enfatizó vigorosamente el papel del ELLO y no explicó formalmente un constructo del *Self*, al mismo tiempo que no concedió a las funciones del YO más importancia que la pura y relativamente verbal.

En segundo lugar, la teoría freudiana carecía, en ese momento, de todo crédito y había sido negada o ignorada por muchos psicólogos americanos, quienes estaban centrados fundamentalmente en la necesidad del rigor científico, en la susceptibilidad de los tests empíricos y en la compatibilidad con los modelos teóricos a los que debían favorecer.

En las últimas tres décadas, el panorama ha cambiado radicalmente, a tenor del volúmen de análisis teóricos y estudios empíricos realiza-

1 James, W. (1890), *Principios de Psicología*, vol. I. New York: Jorro (traducido de Holt).

2 Wylie, C. R. (1974), *The Self-Concept. A review of Methodological Considerations and Measuring Instruments*, vol. I. Revisión del mismo libro de 1961.

dos, ocupando el autoconcepto uno de los problemas centrales de la psicología de la personalidad y, por extensión adquiere también un papel preponderante en el campo de la psicología y de la pedagogía social³.

Sin embargo, y a pesar de la considerable atención que el concepto ha tenido y tiene, o quizás por ello, hoy día puede concluirse que no existe una teoría, modelo o corriente teórica que explique, defina o mida el autoconcepto de tal manera que pueda ser considerada como definitiva o mayoritariamente compartida y confirmada. Existen, eso sí, un gran número de modelos conceptuales diferentes sobre el autoconcepto, cada uno de los cuales puede ser asociado con una estrategia de medida particular.

Buena prueba de esta falta de 'consenso' en la comunidad científica, pese a lo abultado de los esfuerzos realizados en el estudio de este constructo, lo muestra el hecho de la existencia de gran cantidad de instrumentos metodológicos empleados para intentar medir el concepto/valoración de sí mismo como puede verse en el cuadro siguiente:

NOMBRE DEL INSTRUMENTO	AUTOR/ES	Nº ITEMS	AÑO
Técnica Q. (Q Sorts)	Stephenson	200	1953
Self-Esteem Scale	Byrne	68	1974
Index of Adjustment and Values			
IAV: Adult Form.	Bills, Vance y Mclean	49	1951
Self Activity Inventory:SAI	Worchel		1957
Self Esteem Inventory	Coopersmith	58 (25)	1967
Self Esteem Scale	Rosenberg	10	1965
Social Self Esteem Scale	Long;Henderson y Ziller	—	1969
Adjetive Check List:ACL.	Gough y Heirun	300	1965
Adjetive Rating Scales for Self-Description			
The Personal Attribute Inventory	Veldman y Parker	56	1970
Interpersonal CheckList:ICL	Parish; Bryant y Shiraz	100	1976
Test de Davidson y Lang	Laforge y Suczek	128	1955
Escala de Autoconcepto	Davidson y Lang	35	1960
The Self-Perception Inventory	Lipsitt	22	1958
Escala del Sí Mismo Percibido	Soares y Soares	—	1974
The Tennessee Self-Concept Scale	Bhatnager	15	1969
The Body Cathexis Scale	Fitts	90	1964
The Who are You Test	Secord y Jourard	40	1953
Cuestionario de Autoconcepto en Adultos	Bungental y Zelen	20	1950
	Clemente;Ochoa;Sánchez	90	1985

3 Algunos van aún más lejos: James, Cooley, Mead, Lecky, Sullivan, Hildgard, Snygg y Combs o el mismo Rogers entienden que el autoconcepto constituye el concepto central de toda la Psicología, en tanto que proporciona la única perspectiva desde la que puede ser entendida la conducta del individuo.

Otros Instrumentos de medida de la autoestima/autoconcepto ⁴:

- *The Janis- Field Feelings of Inadequancy Scale (Eagly, 1967)
- *The Miskimins Self-Goal-Other Discrepancy Scale (Miskimins, 1971).
- *The Personality Research Form (Jackson, 1967).
- *The Jackson Personality Inventory (Jackson, 1970).
- *The California Psychological Inventory (Gough, 1956).
- *The Berger Self-Acceptance Scale (Berger, 1952).
- *The Phillips Self-Acceptance Scale (Philips, 1951).
- *The Self-Description Inventory (Cutick, 1962).
- *The Sherwood Self-Concept inventory (Sherwood, 1962).
- *The Repression-Sensitization Scale (Byrne, 1963).
- *The Barron Ego Strength Scale (Barron, 1953).
- *The Thomas-Zander Ego Strength Scales (Thomas and Zander, 1960).
- *The Self-Report Inventory (Bown, 1961).
- *The Twenty Statements (Who Am I ?) Test (Kuhn and AcPartland, 1954).
- *The Who Are you Test (Bugental and Zelen, 1950).
- *The Personal Orientation Inventory (Shostrum, 1968).
- *The Barclay Clasrromm Climate Inventory (Barclay, 1972).
- *The Brownfain Self-Concept Stability Measure (Brownfain, 1952).
- *Measure of Self-Consistency (Gergen and Morse, 1967).
- *The Duncan Personality integration Scale (Duncan, 1966).
- *The Mcdaniel inferred Self-Concept Scale (Mcdaniel, 1969).
- *The Unconscious Self-Evaluation Technique (Beloff and Beloff, 1959).
- *Self Esteem Scale (Lorr y Wunderlich, 1980)
- *Escala de Autoconcepto (Piers y Harris, 1964)

Cuadro 1.—*Relación de Indices y Escalas de medida de autoconcepto y autoestima. Elaboración propia.*

2. PROBLEMÁTICA SEMÁNTICA Y DIMENSIONAL DEL AUTOCONCEPTO: EN BUSCA DE UNA DEFINICIÓN OPERATIVA.

Una cosa que parece clara con respecto al concepto de sí mismo es que éste es utilizado, por los diferentes teóricos, para etiquetar diferentes ideas, manejando muchos términos similares como intercambiables. Bischof en un artículo de 1976 indica que en el diccionario inglés de psicología se admiten hasta cerca de mil formas posibles de combinación con la palabra «self»: aceptación de sí mismo; autocontrol; autorealización; autoevaluación; autoconciencia; etc., etc, y menciona algunos términos utilizados por los primeros teóricos como el de *self-actualitation* por A. Maslow; *self-actualitation* (conservación-

⁴ Para más detalle, véase: Crandall, R. (1973), *The measurement of self-esteem and related constructs*. En Robinson, J. P. y Shaver, P. R. (eds.) (1973), *Measures of social psychological attitudes*. Michigan: Institute for Social Research (cap. III, pp. 45-67).

autorealización) de C. Rogers; «autoconsistencia» de Lecky; o el «sí mismo verdadero» y el «sí mismo idealizado» de K. Horney (Bischof, 1976. p.182)⁵. Wylie (1974) utiliza la palabra *self-regard* (autoimagen), actitudes hacia sí mismo o hacia la imagen de sí mismo (*self-regarding attitudes*) como términos genéricos para incluir: autosatisfacción, autoaceptación, autoestima, autofavorabilidad o autoagrado, congruencia entre sí mismo y el sí mismo ideal, y/o discrepancias entre el sí mismo real y el sí mismo ideal. Más recientemente se utilizan términos como el de 'autoeficacia percibida' de Bandura (1987)⁶ o el de 'autoestima implícita' del que habla Fierro (1986)⁷.

Con todo, uno de los problemas centrales en cuanto a la polisemia e indefinición terminológica existente hace referencia, más exactamente, a la conceptualización, diferenciación y nivel de implicación entre los términos de autoestima y autoconcepto. A pesar de que existe un grupo de investigadores que consideran ambos términos como significativamente distintos, concediendo a la autoestima el carácter valorativo, evaluativo del sí mismo, siendo los aspectos propiamente descriptivos los recogidos en el de autoconcepto, sin embargo, es más generalizada entre los investigadores la opinión de que, al no existir una distancia conceptual empíricamente demostrada, y al condicionar los propios sentimientos y actitudes la misma autopercepción, ambos términos pueden ser utilizados, y de hecho así se hace, indistintamente, puesto que en la práctica, muchas de las escalas utilizadas para medir la autoestima o el autoconcepto permiten observar ítems semejantes o similares.

Por tanto son más los investigadores que resuelven el problema de la distinción entre autoconcepto-autoestima, englobando ésta última en aquel, entendiendo por autoconcepto, en sentido amplio, un constructo referido al sí mismo, al yo como percepción o actitud hacia sí mismo, en cuanto valoración global o general, compuesto, al mismo tiempo, de autovaloraciones sectoriales que afectan a las distintas facetas presentes en cualquiera de las etapas del ciclo vital de las personas. Estas facetas se refieren, básicamente, a los componentes físicos, sociales y emocionales, destacando también los componentes académicos o laborales.

3. EL AUTOCONCEPTO-AUTOESTIMA EN LA VEJEZ

3.1. *El «Concepto de Sí Mismo» en los ancianos*

Muchas de las cuestiones reseñadas más atrás para el autoconcepto-autoestima son aplicables también a la población de personas

5 Bischof, J. L. (1976), *Adult Psychology*, 2.ª ed. Harper Row. Publishers.

6 Bandura, A. (1987), *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.

7 Fierro, A. (1986), 'Autoestima implícita: su medida y sus correlatos', *Evaluación Psicológica*, vol. 2, n. 4, pp. 73-98.

ancianas. Sin embargo, existen condicionantes específicos propios de este sector de edad que determinan que la imagen o la actitud hacia sí mismo sea cuantitativa y cualitativamente diferente a la de otros sectores de población más jóvenes.

Como hemos indicado, es mucha la importancia que a este concepto se atribuye, baste en este sentido citar como ejemplos a Shchwartz (1975) y Birren (1980). Para el primero, la autoestima es un factor crucial para hacer posible un envejecimiento próspero, para lo que es necesario comprender y apreciar los procesos transaccionales persona/ambiente que tienen lugar en el mismo (Shchwartz, 1975)⁸. El segundo lo sitúa como uno de los elementos que definen y limitan la conducta humana, de la mano de la herencia genética, las modificaciones y los estímulos físicos y sociales, alcanzándose a través de la integración de las experiencias vitales pasadas (Birren, 1980)⁹.

A pesar de esta importancia concedida al concepto de sí mismo también en la vejez, realmente son pocos los estudios que han abordado con suficiente validez esta temática. Monge (1975)¹⁰ realiza un interesante trabajo para ver hasta qué punto la estructura connotativa del autoconcepto permanece constante con el paso del tiempo. Teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas del estudio (mezcla de cohortes, muestreo no muy riguroso, etc.), el autor, por medio de una escala de diferencial semántico, compuesta por adjetivos bipolares diseñada a tal fin, extrae cuatro factores o componentes que, en su opinión, permanecen estables a través de una gran parte del ciclo vital¹¹.

En la misma línea, algunos trabajos han comprobado que factores como la edad, los ingresos económicos, tipo de vivienda o la misma educación no parecen estar asociados a una baja o alta autoestima en el anciano. En cambio, factores relacionados con una salud deficiente (invalidez, dolor y sufrimiento, etc.) y características de personalidad como la ansiedad, la depresión, y un locus de control externo, se asociaron significativamente con la baja autoestima (Hunter y Otros, 1982)¹².

Otro tipo de estudios tratan de destacar los factores que afectan o influyen en la autoimagen/autoestima del anciano en situaciones

8 Schwartz, N. A. (1975), *an observation on Self-esteem as the linchpin of Quality of Life for the aged. An essay.*

9 Birren, E. J. (1980), 'Progress in Research on Aging in the behavioral and Social Sciences', *Human Development*, vol. 23, n. 1 (2), pp. 33-45.

10 Monge, H. R. (1975), 'Structure of the Self-concept from adolescence through old age', *Experimental Aging Research*, n. 1, pp. 281-292.

11 En su versión original los cuatro factores descritos por Monge son: 1) Labeled Achievement/Leadership; 2) Congeniality/Sociability; 3) Adjustment; 4) Masculinity-Femininity. En Monge (1975), op. cit., p. 282.

12 Hunter, M. A. K., Linn, W. M. y Harris, R. (1981-82), 'Characteristics of high and low self-esteem in the elderly', *International Journal of Aging and Human Development*, vol. 14 (2), pp. 117-127.

específicas, como son las de enseñanza-aprendizaje. Así por ejemplo, Marcus (1972)¹³ destaca, que algunas características de elementos externos como son los valores sociales, las normas de edad, modelos de estatus, el desempeño de determinados roles y el sistema social total, son los que producen muchas de las conductas distintivas y problemáticas del anciano; en este caso, cuando la persona de edad se enfrenta con situaciones educativas que repercuten en la valoración sobre su propia imagen como 'alumno/discente', estas situaciones pueden llegar a influir de manera negativa sobre su propia autovaloración personal.

Por último, otro de los factores que han sido destacados por su influencia sobre las autopercepciones subjetivas de las personas ancianas en cuanto acomodo con la edad que se tiene, es el llamado '*estilo de vida*', definido en función de las experiencias significativas, el control personal sobre la propia vida, las afinidades personales y los contactos sociales.

En definitiva, el concepto de sí mismo es visto como un aspecto de gran importancia a tener en cuenta dentro de cualquier intento explicativo de determinadas actitudes, comportamientos, nivel de implicaciones, tomas de decisión, etc., de las personas, cualquiera que sea su edad. Esto explica la inclusión del autoconcepto/autoestima como una de las variables más relevantes a considerar (bien como variable dependiente, bien como independiente o, en cualquier caso, como variable a controlar) en los diseños de investigación con ancianos, así como en programas de intervención en la vejez.

4. ESTUDIO EMPIRICO

Lo que sigue corresponde a los resultados obtenidos en un trabajo nuestro más amplio, en el que la variable 'autoestima' fue considerada como potencial variable influyente en la decisión, de una muestra de ancianos, de participar en determinadas actividades socio-educativas¹⁴.

A continuación exponemos únicamente los datos que hacen referencia al estudio parcial en el que se investigó la incidencia de determinados factores sobre esta variable en la muestra estudiada. Es decir, en este caso la variable 'autoestima' es considerada como variable dependiente.

13 Marcus, E. E. (1972). 'Factor affecting the Self-Image of the Older-Aged learner' (Documento reproducido en ERIC, 71 p.).

14 Martín García, A. V. (1992), *Educación y envejecimiento. Análisis de la participación educativa en la vejez. Tesis doctoral*. Universidad de Salamanca, 760 pp.

4.1. Método

Hipótesis de trabajo

Mantenemos la hipótesis de que el *concepto valorativo de sí mismo: autoestima*, tal y como aquí es entendida, de los ancianos institucionalizados estudiados, no estará relacionada con factores socio-demográficos principales (sexo, estado civil, edad, nivel instructivo,...) y sí, en cambio, con factores que tienen que ver con el grado de implicación social, con la orientación del tiempo libre y de situación individual (estado de salud...). Mucho más concretamente, estimamos que existirán relaciones significativas entre la variable 'Autoestima' con las variables 'Estado de salud percibida' y el 'uso del tiempo libre'.

Características principales de la Población y de la Muestra

Definimos la *población* objeto de estudio como la compuesta por todas aquellas personas adultas jubiladas (sin relación laboral activa), válidas (esto es, sin condicionantes físicos o psíquicos que impidan su normal desarrollo personal y una potencial participación educativa) cuyo ámbito de residencia esté fijado en Centros o Instituciones conocidos comúnmente como Residencias de Ancianos, localizadas en la provincia y capital de Salamanca.

El número total de sujetos considerados en este estudio como *muestra* válida fue de 128 personas residentes en centros o instituciones para ancianos, cuya media de edad estaba situada en 78,04 años para los hombres y 81 años para las mujeres. Los primeros representan el 38,28 % del total, las segundas el 61,72 %. Como resulta evidente, las residencias de ancianos están mayoritariamente compuestas por personas con importantes carencias familiares. El individuo soltero o viudo y sin hijos es el prototipo del residente. Las parejas, en las que normalmente uno de los miembros está aquejado de alguna enfermedad o impedimento, suponen un porcentaje bastante discreto sobre el total. Por último, el grupo de separados y/o divorciados es mínimo, correspondencia que se mantiene de igual manera en la población general mayor de 65 años (un 0,74% según el Padrón Municipal de 1986). Los datos porcentuales en este punto son los siguientes: el 35,94% de la muestra son solteros; el 11,72% casados; el 50,0% viudos, y el 2,34% separados.

Por otro lado, el 10,94 % de la muestra la constituyen personas analfabetas; el 75,2% tienen estudios básicos (leer y escribir y estudios primarios); el 5,7% cuenta con estudios medios y, finalmente, el 7,4 % tiene estudios superiores.

Tipo de muestreo

En primer lugar se realizó un muestreo por centros (Residencias) en función de las variables siguientes: localización (capital-provincia);

dependencia (público-privado); administración (religiosa-laica). A continuación, una vez en el centro seleccionado y con la correspondiente autorización, realizamos un muestreo por individuos.

El primer criterio a la hora de seleccionar a los sujetos a entrevistar fue el de no incluir a aquellas personas con incapacidades o deterioros físicos o psíquicos relevantes, así como aquellos ancianos que presentaban signos clínicos de trastornos psicopatológicos o de depresión grave. De este modo, se solicitó de la dirección de la residencia un listado con todas las personas residentes del centro, de la que fueron tachadas todas aquellas que la dirección (en ocasiones con ayuda del médico de la residencia) consideró como no válidas. A partir de la lista de los residentes válidos (aproximadamente un 50 o un 60 % del total) se realizó un muestreo estratificado proporcional por factores de edad, sexo y estado civil (en general fue imposible obtener más datos personales, en este punto de la investigación, sobre nivel de estudios, uso del tiempo libre, etc. de los residentes, con los que 'estratificar', de modo más preciso la población (en este caso, en cada centro).

A continuación dividimos la residencia por sectores (plantas) y dedujimos el número y característica (edad, hombre-mujer; casado-viudo, etc...) necesaria en cada uno de los sectores. Evidentemente, necesitábamos contar con que algunas personas se negarían a ser entrevistadas, que no se encontraran presentes, estuvieran enfermas, etc; por lo que se dispuso de un sistema de sustitución para estos casos (es preciso aclarar que fueron escasas las personas que se mostraron reacias a colaborar).

Recogida de datos

En todos los casos se realizó mediante entrevistas personales e individualizadas, en salas habilitadas al efecto, exentas de ruidos, interferencias y en total intimidad. Por tanto, el entorno físico ha sido el mismo para todos los sujetos (evidentemente, con distintos espacios de un centro a otro). Todas las preguntas de la batería de cuestionarios fueron leídas al anciano por el entrevistador.

Las entrevistas tenían una duración aproximada de 20 a 25 minutos en las que al tiempo que se recogían los datos referidos a las cuestiones que se le planteaban al sujeto, se tomaron notas sobre anécdotas y experiencias vitales de los sujetos que ayudaban a distender y crear un mejor 'raport' entre entrevistador y entrevistado y proporcionaron un mayor enriquecimiento sobre el conocimiento que sobre éstos, su psicología y forma de vida se pretendía.

Por otro lado, con objeto de controlar los sesgos que pudieran introducir el orden de aplicación de las pruebas, disminuir el efecto de la fatiga sobre las respuestas y equiparar la influencia que sobre el estado de ánimo pudieran tener los distintos momentos del día, se

intercaló el orden de presentación de las pruebas, así como el momento de la realización de las entrevistas (mañanas-tardes).

VARIABLES DE CONTEXTO Y REPRESENTATIVIDAD MUESTRAL

En cuanto a la contextualización de los cinco centros muestreados, tres están situados en Salamanca Capital (incluimos uno en Santa Marta) y dos en el núcleo urbano de Béjar. Por otro lado, una de las consideraciones más interesantes en favor de la representatividad de la muestra es, precisamente, la existencia de una proporción prácticamente similar de sujetos residentes en centros cuya administración y responsabilidad de gestión recae en personal religioso (47,6% de sujetos) y aquellos otros que residen en centros de administración /gestión directa de personal no religioso o laico (el 52,4 % de la muestra). El mayor número de sujetos entrevistados está situado en la franja de edad que va de los 75-85 años. El porcentaje de mujeres residentes es manifiestamente superior al de hombres. Esta es una constante que se mantiene también en el resto de la población total de ancianos. Basten para ello dos apuntes. Los datos que poseemos sobre el particular son que, en las diez residencias de ancianos de la provincia de Salamanca (en el momento de aplicación del estudio), el 38,7 % de los residentes son hombres, frente al 61,3% de mujeres. Porcentajes que se acercan considerablemente a los de la muestra. En segundo lugar, y utilizando como fuente el Padrón Municipal del INI de 1986, casi el 60% de la población salmantina mayor de 65 años eran mujeres ¹⁵.

Por otro lado, en cuanto a la variable «nivel de estudios», los datos de la muestra apuntados más arriba están muy próximos a los datos de la población general de ancianos según el Padrón Municipal de 1986 (INE, pp. 63-65), en los que la mayor franja de sujetos está situado en el nivel de estudios básicos (78,6%); un 8, 2 % con estudios medios; un 5, 7 % con estudios superiores y, por último, un 6,0 % son analfabetos.

Todos estos datos apoyan también y a nuestro juicio, la representatividad muestral conseguida.

VARIABLES SOCIOEDUCATIVAS CONSIDERADAS

Fueron las siguientes: *Nivel de estudios*: Los sujetos fueron categorizados en esta variable como 'nivel nulo' (analfabeto); nivel muy elemental (saber leer y escribir); nivel medio-bajo (primarios); nivel medio-medio (secundarios); nivel medio-alto (bachiller); nivel superior (estudios superiores). A parte de la variable «Nivel de estudios, se con-

15 La referencia al Padrón de 1986 es obligada, puesto que aún no se conoce sino un avance de resultados sobre el Censo de Población de 1991, en el que no figuran más que los datos totales de población por provincias sin especificaciones de edad, sexo, etc.

sideró como variable en este grupo la de *Uso del tiempo Libre*. De este modo, los sujetos entrevistados fueron categorizados, con respecto a esta variable, del modo siguiente: a) aquellos que dedican gran parte de su tiempo libre a actividades de carácter sociocultural y/o educativo (los definimos como «claramente orientados»); b) sujetos que dedican una pequeña parte de su tiempo a este tipo de actividades («ligeramente orientados»); y c) aquellos que no dedican nada de su tiempo a tales asuntos («nada orientados»).

La variable salud percibida

La 'percepción del estado de salud', como variable subjetiva, tiene su justificación en primer lugar, en tanto en cuanto, la percepción, incluso más que la salud real, puede convertirse, tal y como hemos señalado anteriormente, en uno de los condicionantes que afectan a la conducta de participación educativa y, de otro modo, puede influir sobre el concepto de sí mismo. En segundo lugar, se hacía considerablemente complejo medir, de forma objetiva, el estado real de salud de cada uno de los sujetos de la muestra. De ahí la consideración de salud «percibida».

NOMBRE DE LA VARIABLE	SIMBOLO	X	Sd.
01) * Tipo de Centro.	T.C.		
02) *Edad	Ed.	79,86	7,91
03) *Sexo	S.		
04) *E.Civil	E.C.		
05) *Nivel de Instrucción	N.I.		
06) * Uso del Tiempo Libre	U.T.L.		
07) * Uso del T. Libre Previo	U.T.L.p.		
08) *Indice de Satisfacción			
Vital Total	I.S.V.T.	17,22	6,53
09) *Autoesima	AU.	8,03	1,98
10) *Salud Percibida	S.P.		
11) *Tiempo de Residente	T.R.	5,71	4,60
12) *Nivel de Aburrimiento	N.A.		
13) *Nivel de Religiosidad	N.R.		

Cuadro 2.—Resumen de todas las variables consideradas en el diseño; Media y Desviación típica de algunas de ellas:

Instrumento de medida de la autoestima utilizado

De todas las escalas de medida del autoconcepto reseñadas más atrás, hemos elegido la escala de Rosenberg (1975)¹⁶ que aunque en su

¹⁶ Rosenberg, M. (1973), *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.

orígen fue diseñada para sujetos juvenes (adolescentes), su aplicación está avalada también para poblaciones de adultos-ancianos. En este sentido baste apuntar los trabajos de Hunter, Linn y Harris (1982)¹⁷.

Rosenberg parte del supuesto de que la autoimagen domina la vida subjetiva del individuo, determinando en gran medida sus pensamientos, sus sentimientos y su conducta (Rosenberg, 1975: 11). Esta imagen de sí mismo es conformada por la experiencia individual y, sobre todo, por la experiencia de interacción social.

Rosenberg utiliza en su estudio una escala de Guttman de diez ítems que representa y mide satisfactoriamente el nivel de autoestima a juzgar por la alta correlación que establece esta escala con la mayor parte de los instrumentos de medida dirigidos a este fin. Las mismas consideraciones que Rosenberg tiene en cuenta en su trabajo para el diseño de la escala son las que hemos considerado como más apropiadas para nuestro diseño. Esto es:

1. *Facilidad de administración.*—Puesto que el análisis con múltiples variables exige una muestra grande, no era posible utilizar técnicas que demandasen aplicar materiales o instrumentos con muchos ítems. Consideramos que la sencillez de la escala y la fácil interpretación de sus ítems para los sujetos la hacen especialmente conveniente a nuestros objetivos.

2. *Economía de tiempo de aplicación,* en torno a cuatro o cinco minutos.—Conviene tener en cuenta la «idiosincrasia» específica de los sujetos que estamos tratando: dificultades de localización y disposición; desconfianza; fácil cansancio..., es decir, las dificultades prácticas y «reales» de las entrevistas (necesariamente individuales), que aumenta con lo que algunos autores han denominado el «*respondent burden*» o nivel de molestia que experimenta el que contesta, cuando se «abusa» del número de preguntas (Sharp y Frankel, 1983)¹⁸.

3. *Unidimensionalidad.*—Rosenberg (1973) apunta al respecto: «necesitábamos un instrumento que nos permitiese situar a los sujetos en un sólo continuo que incluyera por igual a los individuos de muy alta y muy baja autoestima. La escala de Guttman asegura un continuo unidimensional, puesto que establece un patrón que debe satisfacerse antes de aceptar la escala. La adecuación de cada ítem no se determina principalmente por su relación con el puntaje total, sino por su relación con las pautas de los restantes ítems de la escala». La reproducibilidad de esta última es del 92% y su capacidad de medición del 72%.

4. *Validez externa.*—El índice de validez de la escala con otros instrumentos similares es considerablemente alto como para retener la escala de autoestima de Rosenberg como una de las de mayor validez externa.

17 Hunter, M. A. K., Linn, W. M. y Harris, R. (1981-82), op. cit.

18 Sharp, L. M. y Frankel, J. (1983), 'Respondent Burden: A Test of Some Common Assumptions', *Public Opinion Quarterly*, n. 47, p. 36-53.

La escala de autoestima de Rosenberg aplicada en este estudio es la siguiente:

1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.
2. A veces pienso que no sirvo para nada.
3. Me parece que tengo varias cualidades positivas.
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las persona de mi edad.
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso conmigo mismo.
6. A veces me siento verdaderamente inútil.
7. Creo que soy una persona digna de estima, al menos en la misma medida que los otros.
8. Desearía sentir más aprecio por mí mismo.
9. En conjunto, tiendo a pensar que soy un fracaso.
10. Mi actitud frente a mí mismo es positiva.

Las modalidades de respuesta son:

De acuerdo; Indeciso; En desacuerdo.—Los ítems positivos y negativos se alternan, con el fin de reducir sus efectos parciales sobre los sujetos examinados.

Significado de la autoestima

Para Rosenberg la autoestima es una actitud positiva o negativa hacia un objeto particular: el sí mismo. Pero el concepto tiene dos connotaciones muy diferentes. Una connotación de la alta autoestima implica que el individuo piensa que él es «muy bueno»; otra muy diferente, se relaciona con el hecho de que crea ser «lo suficientemente bueno». En efecto, es posible que una persona se considere superior a la mayor parte de la gente, y sin embargo, se sienta inadecuada de acuerdo con ciertas normas que se ha impuesto a sí misma.

La alta autoestima, tal como se refleja en los ítems de nuestra escala, expresa el sentimiento de que uno es «lo suficientemente bueno». El individuo siente que es una persona digna de la estima de los otros; se respeta por lo que es, pero no se considera necesariamente superior a los demás.

Rosenberg indica que se podría emplear la expresión: «aceptación de sí mismo». Cuando hablamos de alta autoestima queremos decir simplemente que el individuo se respeta, se acepta y se estima, sin considerarse mejor o peor que los otros y sin creerse la esencia de la perfección. La baja autoestima, en cambio, implica insatisfacción, el desprecio y el rechazo de sí mismo. El individuo carece de respeto por el sí mismo que observa. (Rosenberg, 1973, pp. 38-39) ¹⁹.

¹⁹ Este punto reitera nuevamente el sentido y utilidad de aplicar la escala de Rosenberg, puesto que no ha sido nuestra intención, una vez comprobadas las dificultades de 'penetrar' en el mundo interno de los sujetos entrevistados, de llegar a determinar

4.2. Resultados empíricos de la Investigación

En los análisis estadísticos efectuados entre la variable 'nivel de autoestima' con el resto de variables consideradas, solamente aparecen diferencias significativas entre los grupos en cuanto a 'el Tipo de Centro'; 'el Nivel de Aburrimiento'; y 'el Nivel de Salud Percibida'.

En cambio, no aparecen diferencias estadísticas ($p > .005$) entre los grupos en función de: el sexo: valor del análisis efectuado (prueba t de Student) = 1.99; el estado civil : valor del análisis efectuado (análisis de varianza) = .521; el nivel instructivo: valor del análisis efectuado (análisis de varianza) = .749; el uso del tiempo libre: valor del análisis efectuado (anál. de varianza) = 2.42; el Nivel de religiosidad: valor del análisis efectuado (anál. de varianza) = 1.27.

Otro tipo de análisis efectuados (correlacional) muestran que no existe tampoco relación significativa ($p > .005$) entre la autoestima personal y: la edad: valor del análisis efectuado (anál. de correlación) = .135; tiempo de permanencia en el centro: valor del análisis efectuado (anál. de correlación) = .148 Por tanto, vamos a analizar únicamente aquellas variables que, estadísticamente, tienen alguna incidencia sobre la variable dependiente considerada.

4.2.1. Tipo de centro y Autoestima

Los resultados obtenidos en este punto conducen a la conclusión de que la autoestima o actitud valorativa hacia sí mismo, es mayor entre los ancianos residentes en centros dirigidos por personal laico que la de las personas residentes en centros dirigidos por personal religioso. La precaución lógica que hay que tomar a la hora de valorar este resultado, es la consideración de que es precisamente en las residencias dirigidas por religiosas donde existe un mayor número de ancianos física, psíquica y, sobre todo (puesto que nuestra muestra es sólo de válidos) económica y *afectivamente* necesitados. Esto explicaría la mayor concentración de sujetos vitalmente menos satisfechos consigo mismos en ese tipo de centros. Con esto estamos indicando que, en nuestra opinión, no es el factor «tipo de personal», sino el de «tipo de centro» y más aún, «tipo de residente» el que está determinando las diferencias de autoestima de unos grupos de sujetos a otros. Por tanto, entendemos que es el grupo de individuos que se concentran en los centros residenciales dirigidos por religiosas, el que está significativamente menos satisfecho, y manifiesta una muy baja autoestima, en términos generales, por la vida y por sí mismos, que el grupo de sujetos que se concentra en otro tipo de residencias diri-

exhaustivamente el grado de autoestima de cada uno de ellos. Más bien, nuestro propósito iba encaminado a obtener una puntuación clara sobre el punto de vista que sobre sí mismos expresaban, distinguiendo entre aquellos con muy alta autoestima de aquellos con muy baja autoestima.

das por personal laico. La estimación de la influencia del tipo de personal que los asiste sobre la propia estimación personal de aquellos, merecería de análisis más profundos, que exceden, en este momento nuestro trabajo.

4.2.2. Nivel de aburrimiento y Autoestima

Aunque la variable 'Nivel de Aburrimiento' la consideramos sólo a nivel meramente referencial, no por ello dejamos de apuntar este dato: los sujetos entrevistados que menos se aburren (no se aburren 'nunca' o 'casi nunca'), son aquellos que mayor estima hacia sí mismos manifiestan y viceversa. La explicación de este resultado no es fácil. Aunque parece conveniente la replicación del mismo para una valoración más precisa, sí puede indicarse que esta explicación puede tener bastante que ver con el hecho de que las personas que dicen no aburrirse (nunca o casi nunca) son aquellas con mayores posibilidades de interacción social, de movilidad personal, de ocupación del tiempo libre, etc. En cambio, aquellas otras que sí se aburren, es más que probable que sus niveles de actividad física y/o mental, salud, interacción social, ocio, etc., sean bajos, lo que indirectamente puede afectar a la autoestima personal.

4.2.3. Salud y Autoestima

La autoestima está relacionada con la percepción de la salud que se tenga. De tal modo, cuanto mejor es ésta, más alta es la puntuación en la valoración sobre sí mismo en los sujetos. La explicación de este hecho es evidente en sí misma. En el contexto de las edades que estamos analizando, y en el contexto grupal donde se desenvuelven estos sujetos, el percibirse con un buen estado de salud puede indicar también una «proyección» de esa percepción a los otros (sobre todo ancianos compañeros) que, probablemente también, perciben el buen estado de salud y físico del sujeto en cuestión. Esta doble percepción positiva puede actuar a modo de refuerzo sobre la propia opinión valorativa del sujeto que se encuentra bien de salud. Más claramente, los marcos de referencia y de comparación para los sujetos que se autovaloran positivamente son precisamente los sujetos ancianos que se encuentran en peores condiciones físicas y/o psíquicas que ellos. Del mismo modo, el marco de referencia de aquellos que se autovaloran negativamente son los sujetos que están en mejor estado.

De este modo, el estado de salud tanto propio como el estado de salud de los otros que rodean al sujeto, queda resaltado como uno de los factores que mejor definen las relaciones de competencia, de comparación y de referencia entre los sujetos (puesto que no existen, o están muy disminuidos, otro tipo de 'estímulos competitivos' deriva-

dos por ejemplo del desempeño profesional, político-social, intelectual, físico o de atractivo sexual).

Discusión

Como hemos visto, en relación con la hipótesis planteada al principio, ésta parece confirmarse parcialmente. Esto es, los análisis estadísticos efectuados revelan la no existencia de relaciones significativas ($p > .005$) entre variables sociodemográficas como la edad de los sujetos, su estado civil, o el sexo, con la variable dependiente considerada. Tampoco aparecen diferencias entre la autoestima con variables de tipo socioeducativo (nivel instructivo de los sujetos o el uso que del tiempo libre hacen)

El *concepto valorativo de sí mismo*, en los ancianos institucionalizados, tiene, en cambio, fundamentalmente, un referente de relación muy claro que se sitúa en la propia autopercepción personal de deterioro físico. Este deterioro se manifiesta aún más cuando se identifica y compara con los otros. A pesar de esto, y aunque como indicamos, la modificación, percepción y estructura del propio yo se va realizando por medio de la identificación con los otros (el resto de ancianos), ocurre un fenómeno curioso, según el cual, el anciano relega a un segundo plano al resto de ancianos referentes, a los que, de alguna manera, tiende a desvalorizar o evitar, utilizando lo que podríamos denominar un 'mecanismo de defensa', que al mismo tiempo justifique su propia situación ante sí y ante los demás. De este modo, si la autopercepción y, en ocasiones, la autovaloración, sobre sí mismo es positiva, el anciano tiende a relacionarse, sobre todo en aquellas tareas diarias que le satisfacen, con los otros compañeros en situaciones y condiciones físicas más o menos idénticas a la suya y tiende a emitir juicios que conllevan sentimientos de evitación, identificados con manifestaciones de pesar y de lástima hacia los ancianos con deterioros físicos importantes (así, suelen comentar: *«es que..., vera Vd., cuando veo a esos 'pobres' en la silla de ruedas, o a esos que les tienen que hacer todo...»* (...) *«lo único que le pido a Dios es que me lleve consigo, antes de verme en esa situación»*). En cambio si la autopercepción es negativa, el sujeto suele evocar a un pasado mítico en el que él no sólo tenía las cualidades (físicas sobre todo) que ahora ha perdido y que evidencia en los demás, sino que manifiesta que poseía muchas más, casi rayando en la exageración (*Yo..., antes...*). En este caso más que la edad en sí misma, es el cuerpo el que actúa como impedimento para ni siquiera plantearse situaciones de actividad. La participación en actividades, manifestaciones socioeducativas y/o culturales, de alguna manera lleva implícita esa idea de actividad, de movimiento, de acción, lo que conduce, finalmente, a desconsiderarla, cuando menos, si esa participación no lleva explicitada también la idea de que, de producirse, sería en condiciones de inferioridad con respecto a los demás.

SUMMARY

This research try to analyze trough an empirical study, factors and variables that influence to self-esteem in a sample of old people. Relevant conclusion are: 1) there is a significative influence between health perceived and elder's self-steem; 2) it doesn't exist a significant relations between variables like, gender, age, marital condition, and self-steem in elder population.