

Los probables yo en relación a salud percibida por un grupo de ancianos de Monterrey, México

Possible selves and perceived health by a group of elders in Monterrey, Mexico

María Abigail Hilario Castillo¹, Mirtha Idalia Celestino Soto², Bertha Cecilia Salazar-González³, Juana Edith Cruz Quevedo⁴

¹Master en Ciencias de Enfermería, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, Nuevo León, México.

²Master en Ciencias de Enfermería, Facultad de Enfermería Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

³PhD, Secretaría de Investigación, Facultad de Enfermería Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

⁴Doctora en Ciencias de Enfermería, Facultad de Enfermería Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

RESUMEN

Objetivo: conocer la relación entre los probables yo (esperanzas y temores) y las acciones expresadas por un grupo de ancianos del área metropolitana de Monterrey, México y su salud percibida.

Metodología: diseño descriptivo; con 80 ancianos viviendo en la comunidad, edad promedio de 70.59 ± 6.82 años. Se aplicó el Examen Breve del Estado Mental como prueba filtro, el cuestionario de salud SF-12 y cinco preguntas semiestructuradas para conocer esperanzas y temores generales y acciones.

Resultados: el 96.3% exteriorizó al menos una esperanza en salud, 81.4% al menos un temor en salud, el 56.4% indicó realizar una acción para evitar que sus temores en salud se presenten. La salud se asoció con acciones para el logro de esperanzas ($r_s=.279, p< .05$), y evitar temores en salud ($r_s=.242, p< .05$).

Conclusión: los probables yo no mostraron relación con la salud percibida, en contraste las acciones en torno al logro de esperanzas y a evitar que los temores se hagan realidad mostraron relación significativa con la salud percibida.

Palabras clave: Probables yo, Salud percibida, Anciano.

ABSTRACT

Objective: to know the relation between possible selves (hopes and fears) and actions expressed by a group of elders from a metropolitan area of Monterrey, Mexico and their perceived health.

Methods: descriptive design; with 80 community dwelling elders with mean age 70.59 ± 6.82 years old. It was applied to the Mini mental State Examination as a screening test, the SF-12 questionnaire and five semi structured questions inquiring about their general hopes, fears and related actions.

Results: at least one health related hope and one fear was identified by 96.3% and 81.4%

respectively. At least one action to avoid fears coming true was mentioned by 56.4%. Perceived health was related to actions to pursue hopes ($r_s=.279, p < .05$), and to avoid health fears ($r_s=.242, p < .05$).

Conclusions: no relation was found between possible selves and perceived health, in contrast both actions to pursue hopes and to avoid fears were significant related to better health.

Key words: Possible selves, Perceived health, Elderly.

Introducción

México ocupa el séptimo lugar entre los países con envejecimiento acelerado.¹ El estado de Nuevo León, se caracteriza por tener una esperanza de vida superior a la media nacional (76.4 años),² lo que no significa que estas personas tengan salud. Sin embargo alcanzar estas edades muestra en parte que han sido capaces de superar diversos obstáculos a lo largo de su vida, incluyendo situaciones de enfermedad, cronicidad y dependencia física y social. En ese sentido es frecuente escuchar a los ancianos exteriorizar sus preocupaciones por dejar de valerse por ellos mismos y consecuentemente depender de otras personas para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria. Estas expresiones, representan la esperanza de conservar la salud que ahora tienen, como elemento crítico de su independencia física, que a su vez confirma que para ellos la salud es muy importante.^{3,4} Paradójicamente, esta esperanza refleja simultáneamente el temor de perderla. Durante la vejez, la percepción que el anciano tiene de sí mismo juega un papel importante, manifestándose a través de su estado de ánimo que junto a las limitaciones funcionales o sociales repercuten de manera directa en la toma de decisiones, incluyendo las de salud.⁵

En México las expresiones de algunos ancianos reflejan la creencia de que ellos no pueden hacer nada por evitar males o protegerse de catástrofes, refiriendo que será 'la voluntad de Dios'. De acuerdo a Pelcastre y Márquez⁵ el anciano mexicano ve a Dios como su refugio y al mismo tiempo como la razón de sus malestares; percepción que sugiere que los ancianos conservan una actitud de aceptación o resignación acerca de sus condiciones de vida en general y particularmente de la salud.

Los probables yo representados por esperanzas y temores se derivan del concepto de auto esquema⁶ extendido hacia el futuro, por Markus y Nurius.⁷ Los probables yo representan las ideas de las personas acerca de lo que pueden llegar a ser, de lo que les gustaría ser y de lo que temen ser; constituyen un vínculo conceptual entre la cognición y la motivación. En ese sentido el yo es un potente organizador de las experiencias a lo largo de la vida. Indagar los probables yo de los ancianos constituye un método que sirve a los profesionales de la salud para informar sobre sus metas más importantes y sus temores. Para Hooker⁴ el futuro posee significado diferente en las personas; particularmente para los ancianos la salud en el futuro adquiere relevancia. Los probables yo esperados representan las esperanzas mientras que los no deseados constituyen los temores. La esperanza o expectativa potencial, es la resultante de un proceso complejo de pensamientos, sentimientos y acciones que varían a través del tiempo.⁸ Tanto las esperanzas o deseos como las imágenes de temor acerca del yo funcionan como incentivos para la acción.⁷ La acción define lo que debe ser alcanzado y lo que debe ser evitado⁹ y de esta manera permite a la persona simular mentalmente escenarios futuros, que a su vez faciliten las decisiones a favor o en contra de determinadas acciones.¹⁰

Son escasos los estudios recientes que abordan el concepto de posibles yo (esperanzas y temores) en ancianos, mismos que se han llevado a cabo en norteamericanos de acuerdo a subgrupos de edad¹¹ sanos y con enfermedad de Alzheimer, Parkinson¹² y en mujeres ancianas como predictor

para la práctica de la mamografía.¹³ Por lo tanto el interés de este estudio fue explorar si los ancianos mexicanos poseen esperanzas de salud y más importante aún si consideran que pueden hacer algo por su salud. Explorar los deseos o esperanzas y los temores experimentados por el anciano posee el potencial para que la enfermera lo ayude reflexionando con él, acerca de lo que le resulta importante respecto a su salud. Así como para aquel que no posea esperanzas, el concepto de probables yo ofrece la posibilidad de recrear esperanzas con el anciano, en virtud de que según los teóricos son modificables.^{3,7,14} Más importante aún, se le puede ayudar anticipando con él las posibles acciones que puede emprender o continuar realizando para que las esperanzas se conviertan en realidad y por el contrario los temores no se presenten. De esta manera la enfermería contribuiría en la promoción, el fomento del auto cuidado y el mantenimiento de la salud del anciano que ahora vive más años.

El objetivo de este trabajo fue conocer la relación entre probables yo (esperanzas y temores) y acciones expresadas por los ancianos y su salud percibida.

Metodología

El diseño del estudio fue descriptivo transversal. La población de estudio se conformó por ancianos de 60 años a más residentes de la comunidad de dos municipios del área metropolitana de Monterrey. Se utilizó un muestreo de tipo probabilístico estratificado por sexo, previo censo de las manzanas seleccionadas a fin de conocer el número de ancianos potenciales y sus viviendas. La muestra fue de 80 ancianos. La recolección de datos se llevó a cabo de agosto a noviembre de 2006, en sus hogares. Se incluyeron ancianos que tuvieran la capacidad de escuchar la voz del entrevistador y de articular verbalmente en español en forma entendible también por el entrevistador y que en el examen breve del estado mental¹⁵ obtuvieran un puntaje mínimo de 17 (en analfabetas) o 20 puntos (con escolaridad de 1 a 4 años);¹⁶ en este estudio los puntajes oscilaron entre 18-29 puntos.

Se aplicó un cuestionario de percepción salud y preguntas semiestructuradas para recoger la información sobre esperanzas, temores y acciones. Se uso el Cuestionario de Salud SF-12 desarrollado por Ware, Kosinski y Séller,¹⁷ que es la versión reducida del Cuestionario de Salud SF-36 del Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachussets y elaborado por Stewart, Hays y Ware.¹⁸ Para reducirlo, se utilizaron métodos de regresión lineal múltiple y se seleccionaron aquellos reactivos que mejor reprodujeran las dos medidas sumario del SF-36. Los 12 reactivos explicaron más del 90% de la varianza;¹⁷ contiene dos reactivos de cada una de las siguientes áreas: función física, rol físico, rol emocional, salud mental; y un reactivo de dolor corporal, de vitalidad, función social y salud general; están representadas todas las sub-escalas del SF-36.

Las respuestas varían de la siguiente forma: el reactivo 1 con 5 puntos va desde 1 = excelente a 5 = mala salud; los reactivos 2 y 3 con 3 puntos donde 1 significa si me limita mucho a 3 no me limita; los reactivos 4-7 tienen respuestas dicotómicas 1= si y 2 = no; el reactivo 8 tiene calificación de 1 a 5 puntos que va desde 1 = nada a 5 = demasiado; los reactivos 9-11 tienen valor de 1 a 6 puntos que van desde 1 = siempre a 6 = nunca; para el reactivo 12 sus opciones de respuesta son 5, donde 1 es siempre y 5 es nunca. Para calcular las puntuaciones primero se puntúan inversamente los valores de los reactivos negativos (1, 8, 9, 10) a fin de que guarden el mismo sentido que el resto de reactivos. Segundo, todos los puntajes se transforman a una escala de 0 a 100, en la que mayor puntaje indica mejor salud.¹⁹

Para conocer las esperanzas, temores y las acciones se usaron las preguntas semiestructuradas elaboradas por Cross y Markus³ (dichas preguntas no fueron específicas hacia la salud para evitar sesgos al dirigir las respuestas): Cuénteme acerca de sus esperanzas. ¿Cómo le gustaría estar de

aquí a un año? ¿Qué hace usted para que (esperanza expresada) se logre? ¿Me puede hablar de sus temores?; ¿qué no le gustaría que le pasara en un año? ¿Qué hace usted para evitar que (temor expresado) suceda? Las respuestas fueron audio-grabadas previa autorización del participante y fueron transcritas palabra por palabra y comparadas con la cinta de audio con el fin de verificar su fidelidad. Para el análisis de dichas entrevistas se usó la técnica de análisis de contenido,²⁰ se compararon los datos con el fin de agrupar las respuestas por similitud y clasificar la información en categorías. Se contaron el número de menciones de cada categoría a fin de generar frecuencias y porcentajes.

Para la realización de este estudio, se contó con la aprobación de los comités de ética e investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. La participación fue voluntaria, el participante podía desistirse de continuar en el estudio en el momento que lo deseara. Se contó con el consentimiento informado y por escrito, se protegió la privacidad y anonimato de cada participante. Para la captura e interpretación de los resultados se utilizó estadística descriptiva. Los datos fueron procesados a través del paquete Stastical Package for the Social Sciences, 2000 versión 10.0. Para fines de este informe solamente se consideraron las respuestas relacionadas con la salud. Posteriormente, se analizó la relación de salud percibida, número de esperanzas, temores y acciones a través del coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados

La media de edad de los participantes fue de 70.59 años ($DE= 6.82; 60-87$), la media de escolaridad fue de 4.66 años ($DE= 3.81; 0-19$); la mediana fue de 4 años, el percentil 25 correspondió a dos años y el 75 a 6 años de escuela. El 57.5% (46) de los entrevistados correspondió al sexo femenino. El 96.3% (77) señaló tener al menos una esperanza en salud, el 87.6% (70) al menos una acción para el logro de la esperanza en salud, el 81.4% (65) indicó tener al menos un temor de salud y el 56.4% (45) una acción para evitar que sus temores en salud se vuelvan realidad. Las esperanzas y temores más mencionados se relacionaron con la salud, otros temas fueron alrededor de familia y economía. Solamente hubo una mención en relación a la voluntad de Dios.

En la [tabla 1](#) se muestran las esperanzas así como las acciones para el logro de las esperanzas en salud y sus frecuencias. Las esperanzas con más menciones fueron tener más salud, sentirse mejor y recuperar su salud con un 40.42%, seguidas por sentirse igual como hasta ahora y estar bien con un 19.85% y las menos mencionadas fueron estar más delgada y sin depresión con 0.7%. A su vez se observa que las acciones más realizadas para el logro de las esperanzas en salud son: caminar, hacer ejercicio y estar más activo con un 23.22%, cuidarse, cuidarse de caídas, seguir las indicaciones del médico, no desvelarse con 18.06% y la menos realizada fue bordar y tejer con 1.93%.

En la [tabla 2](#) se presentan los temores y las acciones para evitar o prevenir que los temores en salud se hagan realidad. Los temores más mencionados fueron: tener un tropiezo con su salud con 36.27% y morirse él o un familiar con 29.41%. Las acciones para evitar los temores en salud fueron: no comer cosas que hacen daño, comer bien y beber agua con 17.04%. Las menos mencionadas fueron: control de azúcar, acostarse a descansar, vacunarse contra la influenza, realizarse la mamografía, tomar hierbas y llorar, cada una de ellas con 1.13%.

El número de esperanzas no se relacionó con las acciones ($r_s = .098, p > .05$), en cambio el número de temores mostró relación significativa ($r_s = .33, p = .003$) con las acciones. El número de esperanzas y temores en salud no se asociaron con el índice de salud. Sin embargo este índice de salud se asoció tanto con las acciones para el logro de las esperanzas como con las acciones para evitar los temores en salud ($p = .012, p = .031$, respectivamente). A mayor número de acciones para el logro de las esperanzas y mayor número de acciones para evitar los temores en salud, mejor es la percepción de salud ([tabla 3](#)).

Se exploraron diferencias de las variables estudiadas de acuerdo al sexo, se observa que los hombres mostraron significativamente mejor salud percibida que las mujeres, (Hombres: Media = 68.06 vs. Mujeres: Media = 56.36; $t = -2.45, gl. 78, p = .017$). Respecto a las subescalas de función física, dolor y función social se mostraron diferencias en el mismo sentido; y en las acciones relacionadas a evitar los temores, los hombres mostraron más acciones que las mujeres como se observa en la [tabla 4](#).

Un dato importante es que los puntajes obtenidos en el examen breve del estado mental usado como prueba de escrutinio se relacionaron positivamente tanto con las acciones para el logro de esperanzas ($r_s = .314, p < .005$), como para evitar que los temores en salud se hagan realidad ($r_s = .253, p < .05$). Es decir, entre mejor estado mental mayor número de acciones reportadas por los ancianos. La escolaridad a su vez, se asoció con la percepción del estado de salud, por lo tanto a mayor escolaridad mejor percepción de salud ($r_s = .248, p < .05$). La edad no se relacionó con las variables de interés.

Discusión

Se estudió un grupo de 80 ancianos del área metropolitana de Monterrey México, viviendo en sus casas. El estrato socio económico de acuerdo al área geográfica de la vivienda corresponde al medio bajo,²¹ la escolaridad en este grupo fue baja. De acuerdo con Giordano²² la cultura influye las percepciones, valores, creencias y comportamientos hacia el envejecimiento y a su vez marca una pauta importante en las esperanzas, temores y acciones que refiera el anciano acerca de su visualización en el futuro.

La mayoría de los ancianos señaló tener al menos una esperanza relacionada con la salud, resultado congruente con la literatura revisada^{4,23} y con la independencia.^{11,12} Las esperanzas que más refirieron en el área de salud fueron: salud, tener más salud, sentirse mejor y recuperar su salud, seguida por la de sentirse igual como hasta ahora y estar bien; otras fueron estar con ánimo para funcionar y trabajar, con fuerza para caminar bien y hacer ejercicio, resultados que coinciden con Cross y Markus³ y Waid y Frazier.²⁴

Uno de los aspectos que valora el anciano mexicano es su independencia para poder realizar sus propias actividades de auto cuidado a la vez se siente bien consigo mismo. Capitalizando en sus respuestas es importante animarlos a que las acciones las lleven a cabo, por ejemplo explorar con ellos lugares, horarios en los que pueden realizar actividad física que les ayuda a su salud y a mantener su independencia. De acuerdo a Pelcastre y Márquez⁵ la salud del hombre anciano se asocia al hecho de funcionar y trabajar, situación que concuerda con el presente estudio.

En contraste con Frazier et al.,¹¹ en este estudio no se encontró relación entre el número de esperanzas y temores en salud y la salud percibida. El número de esperanzas y temores expresados fueron relativamente bajos, tal vez se deba a la escasa escolaridad y que representan conceptos abstractos. Otra razón pueda ser que en este estudio pocos ancianos (10) rebasaron ochenta años, a diferencia de Frazier et al.¹² que reportaron que los ancianos del grupo de ochenta años, con más enfermedades y limitaciones físicas obtuvieron mayor número de esperanzas y temores de salud e independencia.

Contrario a Hoppmann et al.¹⁰ y Yarcheski, Mahon, Thomas, Yarcheski y Canella²⁵ las esperanzas en salud no se relacionaron con las acciones, ello puede ser reflejo cultural de los mexicanos de este grupo de edad o bien como ya se señaló las esperanzas y temores son conceptos más abstractos que las acciones. Pelcastre y Márquez⁵ (2006) señalan que los ancianos mexicanos estudiados atribuyen a Dios sus enfermedades, muestran resignación y refieren que poco o nada pueden hacer para evitarla. Sin embargo, el hecho de que la muestra estudiada haya podido señalar al menos una esperanza y acciones acerca de su salud es relevante, pues le permite pensar que puede hacer algo a favor de su salud y no dejarlo sólo a la voluntad de Dios.

Respecto a los temores más señalados fueron tener algún tropiezo, morirse o muerte de un ser querido y caer enfermo, datos que concuerdan con Cross y Markus³ y Waid y Frazier.²⁴ Llama la atención que los temores hacia la pérdida de salud si se relacionaron con acciones para evitarlos; esto sugiere que los temores motivan hacia posibles acciones; no así las esperanzas que tal vez consideran irreales o bien sobre las que tienen poco control. Teóricamente los temores acerca del yo funcionan como incentivos para la acción.^{6,7}

Semejante a Frazier et al.¹¹ se encontró que los hombres reportaron significativamente más acciones de temores relacionados a la salud y se perciben mejor en el índice de salud, particularmente en los índices de función física, dolor y función social que las mujeres. Esto puede deberse a que comúnmente los hombres prolongan su vida laboral; a la edad de los participantes es frecuente encontrarlos activos, y por lo tanto tienen más interacción social con el medio. Además el hecho de que se consideren responsables del sustento familiar o proveedores puede influir, mientras que las mujeres se dedican a realizar actividades en el hogar y tal vez asuman una actitud de receptora y por lo tanto dependientes de que otros provean.

La edad no se relacionó con las variables de interés datos que contrastan con Frazier et al.;¹¹ que inclusive sugieren que las esperanzas y temores en salud varían en función de la edad y del número de enfermedades o limitaciones físicas; así como con Cross y Markus³ y Smith y Freund.²³ La edad mínima de los participantes del estudio de Smith y Freund²³ fue de 70 años mientras que en el presente esa fue la media encontrada. En México aunque se está incrementando la esperanza de vida, la media de edad todavía se encuentra relativamente baja al compararla con las reportadas en países más viejos como Estados Unidos de Norteamérica o de Europa.

El estudio posee varias limitaciones: no se documentó la condición laboral, servicio de salud, enfermedades, morbilidades o síndromes geriátricos, limitaciones en las actividades de la vida diaria.

Conclusiones

El número de esperanzas y temores en salud no se relacionaron con la salud percibida, sin embargo las acciones dirigidas a que sus esperanzas se hagan realidad y a evitar que los temores se hagan reales si mostraron relación con la salud percibida.

La mayoría de los ancianos mexicanos estudiados poseen al menos una esperanza y temor de relación a la salud. Expresaron realizar cuando menos una acción para el logro de la esperanza en salud y de evitar que los temores se presenten, lo que sugiere que se consideran capaces de hacer algo por su salud y auto cuidado y no dejar todo a la voluntad de Dios.

Es importante profundizar en el concepto, concretar las acciones expresadas por los participantes en estudios de intervención y programas que favorezcan su salud e independencia.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática INEGI. Censo General de Población y Vivienda, México, 2000. [[Links](#)]
2. Consejo Nacional de Población. La dinámica demográfica en Nuevo León, 2000-2050. México, 2002. [[Links](#)]
3. Cross S, Markus H. Possible selves across the life span. *Hum Dev*, 1991; 1(34): 230-255. [[Links](#)]
4. Hooker K. Possible selves and perceived health in older adults and college students. *J Gerontol, Psychological Sciences*, 1992; 47(2): 85-95. [[Links](#)]
5. Pelcastre B, Márquez M. El significado de la vejez en adultos mayores que viven en condiciones de pobreza extrema de cuatro ciudades del país. En Salgado N, Wong R eds. *Envejecimiento, Pobreza y salud en población urbana: Un estudio en cuatro ciudades de México*, México, D.F.: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006: 135-152. [[Links](#)]
6. Markus H. Self-schemata and processing information about the self. *J Pers Soc Psychol*, 1977; 35(2): 63-78. [[Links](#)]
7. Markus H, Nurius P. Possible selves. *Amer Psychol*, 1986; 41(9): 954-969. [[Links](#)]
8. Dufault K, Martocchio B. Hope; its spheres and dimensions. *Nurs Clin North Am*, 1985; 20: 379-91. [[Links](#)]
9. Cotrell V, Hooker K. Possible selves of individuals with Alzheimer's disease. *Psychol Aging*, 2005; 20: 285-294. [[Links](#)]
10. Hoopmann CA, Gerstorf D, Smith J, Lumb PL. Linking possible selves and behavior: Do domain-specific hopes and fears translate into daily activities in very old age? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 2007; 62B(2): 104-111. [[Links](#)]
11. Frazier LD, Johnson PM, Gonzalez GK, Kafka CL. Psychosocial influences on possible selves: a comparison of three cohorts of older adults. *Int J Behav Dev*, 2002; 26(4): 308-317. [[Links](#)]
12. Frazier LD, Cotrell V, Hooker K. Possible selves and illness: a comparison of individual with Parkinson's disease, early-stage Alzheimer's disease, and health older adults. *Int J Behav Dev*, 2003; 27(1): 1-11. [[Links](#)]

13. Black M E, Stein KF, Loveland-Cherry CJ. Older women and mammography screening behavior: Do possible selves contribute? *Health Educ Behav*, 2001; 28(200): 200-216. [[Links](#)]
14. Markus HR, Herzog AR. The role of self-concept in aging. *Annu Rev Gerontol Geriatr*, 1991; 11: 110-143. [[Links](#)]
15. Folstein M, Folstein SE, Mc Hugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 1975; 12: 189-198. [[Links](#)]
16. Ostrosky- Solís F, López-Arango G, Ardila A. Influencias de la edad y de la escolaridad en el examen breve del estado mental (Mini-mental State Examination) en una población hispano-hablante, *Rev Mex de Salud Mental*, 1999; 22(3): 20-26. [[Links](#)]
17. Ware J, Kosinski M, Keller SA. 12-Item Short-Form Health Survey construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*, 1996; 34(3): 220-233. [[Links](#)]
18. Stewart AL, Hays RD, Ware JE Jr. The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population. *Med Care*, 1988; 26(7): 724-735. [[Links](#)]
19. Ware J, Kosinski M, Keller S. How to score the SF-12 physical and mental health summary scales. (2nd ed.). Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center, 1995. [[Links](#)]
20. Grawitz M. *Métodos y técnicas de las Ciencias Sociales*, (Vols. 1-2). Barcelona, España. Hispano Europea, 1984. [[Links](#)]
21. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, INEGI. *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)*, 2004; México. [[Links](#)]
22. Giordano J. Ethnicity and aging. *Gerontol Soc Work*, 1992; 18: 23-37. [[Links](#)]
23. Smith J, Freund AM. The dynamics of possible selves in old age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 2002; 57B(6): 492-500. [[Links](#)]
24. Waid LD, Frazier LD. Cultural differences in possible selves during later life. *J Aging Stud*, 2003; 17: 251-268. [[Links](#)]
25. Yarcheski A, Mahon N, Thomas J, Yarcheski B, Canella L. A meta-analysis of predictors of positive health practices. *J Nurs Scholarsh*, 2004; 36(2): 102-108.

Index de Enfermería

versión impresa ISSN 1132-1296

Index Enferm v.19 n.1 Granada ene.-mar. 2010

<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000100004>