



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

HABILIDADES SOCIALES, PERCEPCIÓN DE SOLEDAD Y BIENESTAR EMOCIONAL EN DOS GRUPOS DE ADULTOS MAYORES.

ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN - REPORTE

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

PAOLA GUADALUPE GUZMÁN NAMBO

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. ANA LUISA MÓNICA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL

SINODALES:

DRA. ROCÍO TRON ÁLVAREZ

DRA. MARGARITA CHÁVEZ BECERRA





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO 1. ENVEJECIMIENTO	11
Definición de envejecimiento.....	11
Definición de vejez	12
Componentes físicos	13
Componentes psicológicos.....	15
Componentes sociales	16
 CAPÍTULO 2. HABILIDADES SOCIALES	 17
Habilidades Sociales en la tercera edad.....	20
 CAPÍTULO 3. BIENESTAR EMOCIONAL	 21
Bienestar Emocional en la tercera edad.....	23
 CAPÍTULO 4. SOLEDAD	 26
Soledad y depresión	27
Tipos de soledad.....	28
Causas de la soledad.....	30
La soledad en la tercera edad	30
 CAPÍTULO 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	 33
Preguntas de investigación.....	33
Justificación	33
Objetivos.....	35
Objetivo general.....	35
Objetivos específicos	35
Hipótesis de investigación.....	36

CAPÍTULO 6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	37
Tipo de estudio.....	37
Diseño de investigación	37
Tipo de muestra.....	37
Participantes	37
Criterios de inclusión	38
Criterios de exclusión.....	38
Recursos.....	38
Instrumentos.....	38
Escenarios	39
Definición de variables.....	40
Definiciones conceptuales	40
Definiciones operacionales.....	40
Procedimiento	41
Análisis de resultados.....	42
CAPÍTULO 7. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS	43
Descripción de resultados.....	43
Correlación entre variables.....	48
Análisis Comparativo	49
CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN.....	50
CAPÍTULO 9. CONCLUSIONES.....	53
BIBLIOGRAFÍA	55
ANEXOS	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Habilidades Sociales en el grupo del Centro Recreativo (n = 99).....	43
Figura 2: Habilidades Sociales en el grupo de la Clínica de Salud (n = 119).....	43
Figura 3: Soledad en el grupo del Centro Recreativo (n = 99).....	44
Figura 4: Soledad en el grupo de la Clínica de Salud (n = 119).....	44
Figura 5: Bienestar Emocional en el grupo del Centro Recreativo (n = 99).....	45
Figura 6: Bienestar Emocional en el grupo de la Clínica de Salud (n = 119).....	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Efectos del Envejecimiento.....	13
Tabla 2. Medidas descriptivas de los instrumentos aplicados al grupo de la Clínica de Salud (n = 119) y del Centro Recreativo (n = 99).....	41
Tabla 3. Puntos de corte para Habilidades Sociales, Soledad y Bienestar Emocional en adultos que asisten al Centro Recreativo (Población Sana).....	42
Tabla 4. Correlaciones significativas entre Habilidades Sociales, Soledad y Bienestar Emocional por cada grupo.....	46
Tabla 5. Estadística inferencial de las Habilidades Sociales, Soledad y Bienestar Emocional.....	47

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Ficha de datos sociodemográficos.....	57
Anexo 2. Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM).....	58
Anexo 3. Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL.....	60
Anexo 4. Escala de Bienestar Subjetivo (PGC) Paul Lawton.....	61

RESUMEN

Se realizó una investigación cuyo objetivo general fue comparar el nivel de Habilidades Sociales y su relación con la percepción de Soledad y Bienestar Emocional en dos grupos de Adultos Mayores, pacientes adscritos a una Clínica de Salud (n = 119) y asistentes a un Centro Recreativo (n = 99), teniendo una muestra no probabilística de cuotas de 218 participantes, cuyas edades oscilaron entre los 60 y 95 años. Los resultados demuestran que los Adultos Mayores que asisten a un Centro Recreativo poseen mayor Bienestar Emocional que los del Centro de Salud, y no se encontró diferencias significativas entre los grupos para las Habilidades Sociales y Soledad.

Palabras clave: Habilidades Sociales, Soledad, Bienestar Emocional, Adultos Mayores.

INTRODUCCIÓN

El aumento en la población adulta mayor ha ido incrementando considerablemente por lo cual se ha prestado una mayor atención al estudio de los cambios que se presentan en esta etapa de la vida, de tal forma que se logre mantener y llegar a esta edad con una calidad de vida óptima.

La Organización de la Naciones Unidas (ONU, 2007), refiere que a nivel mundial el número de personas adultas mayores se ha incrementado en gran parte, de tal manera, que se considera alcanzará alrededor de los 2000 millones de personas en todo el mundo. Principalmente, en nuestro país se encuentra una tendencia en el aumento de la población de la tercera edad, como menciona el Consejo Nacional de Población (CONAPO), se ha percibido desde hace 20 años el crecimiento de una manera rápida. Actualmente, 8.2 millones de mexicanos son personas adultas mayores, siendo el 7.7% de la población total, aumentando por año aproximadamente a 292 mil personas y se calcula que el incremento continuará hasta 793 mil personas para el año 2033 que posteriormente, se irá disminuyendo poco a poco hasta 532 mil en el 2050.

De tal manera, se espera que si la proporción actual es de uno de cada trece habitantes, para el 2030 serán uno de cada seis y en el 2050 más de uno de cada cuatro, es decir, el tamaño de la población adulta mayor será de a 9.9 millones en 2010, 18.4 millones en 2025 y 36.2 millones en 2050 (CONAPO, 2005).

Por lo tanto, la pirámide poblacional de nuestro país se modificara de tal manera que su base será más delgada para el 2015 y aún mas para el 2050.

Entonces, es importante considerar la población que va a predominar en unos años, los adultos mayores, teniendo claro que se tiene que trabajar y entender el proceso del envejecimiento, la etapa de la tercera edad como se le conoce, lo cual se desglosa con detalle en el capítulo 1 de éste reporte. De una manera concreta, se han señalado dos categorías de envejecimiento: el envejecimiento exitoso o afortunado, donde el descenso de

la funcionalidad de la persona es ocasionada por la edad, existiendo una mayor probabilidad de enfermarse y poseer alguna discapacidad como consecuencia, pero lo relevante es que la persona es capaz de mantenerse y puede optimizar algunas capacidades físicas funcionales y el compromiso activo con la vida; y otro tipo es el envejecimiento usual, en el que se enlazan los resultados de las enfermedades y los estilos de vida sobre el envejecimiento individual (Rowe & Kahn, 1998; Quintanar, 2003).

Por lo tanto, es necesario lograr que las personas que llegan a la tercera edad lo hagan adaptándose psicológicamente a las condiciones de esta etapa en su vida, mediante un envejecimiento exitoso o afortunado, optimizado y manteniendo algunas capacidades físicas funcionales y el compromiso activo con la vida (Rowe & Kahn, 1998; Quintanar, 2003).

De esta manera, entre otras variables de adaptación psicológica en la vejez se encuentran las habilidades sociales, la percepción de soledad y el bienestar psicológico.

Las Habilidades Sociales (Caballo, 1993; Juncos & Pereiro, 2000), para favorecer la comunicación y contribuir a mantener y desarrollar el nivel de satisfacción, además de contribuir a la adaptación a las nuevas situaciones de la tercera edad (Baltes & Baltes, 1993).

Mediante ellas se puede reducir el sentimiento de soledad, ya que éste se deriva de la naturaleza de los déficits interpersonales del afecto que el individuo recibe de los otros, principalmente de aquellos que son importantes o valiosos para el sujeto en cuestión (Montero-Lopez, 2009), que pueden implicar carencias afectivas relacionadas con una necesidad de intimidad y/o apego, y cognitivas vinculadas con una percepción de estimulación social por debajo del nivel óptimo considerado por el individuo (Montero, 1998).

Por otra parte, la percepción de soledad al igual que influye en la interpretación y el significado que le da el anciano a ciertos acontecimientos como la aparición de

enfermedades físicas incapacitantes, la pérdida de los seres queridos y la posibilidad de perder la independencia y el control sobre su vida y actividad, puede llevarle a una merma de su valoración (Antequera-Jurado & Blanco, 1998).

En otras palabras, repercute en el bienestar subjetivo que se define como satisfacción por la vida, felicidad, moral; y como la valoración global que la persona realiza en función de criterios propios (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002).

CAPÍTULO 1

ENVEJECIMIENTO

Definición de envejecimiento

Se observa, que en algunos idiomas emplean sólo una palabra para referirse al envejecimiento, como sucede en el griego, donde la palabra *geron* incluye significados cronológicos, biológicos y sociales. En hebreo, son de uso habitual las palabras *kashish*, *zakén* y *yashish*. El término *senescencia*, procede del latín *senescere*, que quiere decir alcanzar la vejez. El idioma inglés, utiliza diferentes términos, como: *old age*, *aging*, *old aged*, *oldness age*, *senescence*. Los franceses, introdujeron el término *tercera edad*, y más recientemente, *cuarta edad* (Zegers, 2002). En el idioma español se usan las expresiones de *anciano*, *longevo*, *edad propecta*, así como algunos términos que pueden ser despectivos como *viejo*, *edad senil* o *ruco*.

No existe una sola definición que englobe, desde las diversas perspectivas, lo que es el envejecimiento. El término, tiene su raíz en *aetas* que significa la condición de llegar a viejo y se entiende como *“un proceso normal de cambios, relacionados con el paso del tiempo, que se inicia al nacer y continúa a lo largo de la vida, siendo la ancianidad la fase final de la vida”* (Quintanilla, 2000, p.12).

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1993) define el término *envejecer* como el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que surgen como consecuencia de la acción del tiempo en los seres vivos.

Para Babb (1998), el envejecimiento es el proceso secuencial acumulativo, reversible, no patológico de deterioro del organismo maduro, propio de los miembros de una especie, que con el tiempo se vuelve incapaz de enfrentar al estrés del entorno y por ende aumenta su posibilidad de morir.

También, Pulido (2003) menciona que el envejecimiento es el periodo de declinación de la vida que termina con la muerte. Siendo la manifestación de acontecimientos biológicos que ocurren durante un tiempo y se hace presente hasta cuando uno lo experimenta y lo ve, pero el paso del tiempo no mide el ritmo del envejecimiento.

Definición de vejez

Referente a la vejez, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como *“el período de la vida en que el menoscabo de las funciones mentales y físicas se hacen cada vez más manifiestos en comparación con períodos anteriores”* (Solís & Marín, 2001).

De acuerdo con (Zarragoitia, 2003), la vejez es la etapa que más detectamos los seres humanos, pues es en la que se comienza a perder de manera progresiva diferentes capacidades, físicas e intelectuales, siendo más notables a partir de los 60 años; este sector presenta tres características fundamentales:

- Situación psicosocial: Disminución del soporte sociofamiliar, pérdida del estatus laboral y económico, así como mayor aislamiento social causado por la menor capacidad y recursos que el anciano dispone para adaptarse a las circunstancias.
- Situación física: Tendencia a enfermedades físicas y discapacidad.
- Situación biológica: Es más frecuente la aparición de fenómenos neurodegenerativos o enfermedades físicas que pueden producir sintomatología depresiva.

Por lo tanto, el envejecimiento de las personas no es más que una etapa en el desarrollo de cada individuo, que presenta características y cambios muy notables, pero no por esto se debe considerar un cataclismo (Zarragoitia, 2003).

Componentes físicos

Dentro de los componentes físicos del envejecimiento podemos observar claramente los cambios provocados en la piel cuando aparecen las arrugas, en el cabello comienzan a salir las canas, la postura recta pasa a ser encorvada, disminuye la audición y visión, así como las funciones vitales. Cambia el propio aspecto, modificándose la estatura, el peso, la piel, cara, labios, nariz, uñas, el tamaño del tórax, la composición y el agua corporal.

En ambos sexos, el peso corporal se incrementa cerca del 25% en los hombres y 18% en las mujeres, también la grasa corporal aumenta entre el 18% y 36% en hombres y de 33% a 48% en mujeres. Se pierde masa del músculo estriado y se reduce el agua corporal en un 50% por una deshidratación celular y un menor volumen de hidrosolubles, lo cual ocasiona la contracción del volumen sanguíneo y la disminución de masa muscular. Además, ocurren variaciones de la estatura de aproximadamente cinco centímetros en el hombre y tres centímetros en la mujer, aparte de alteraciones vasculares y degenerativas (Pérez & Morales, 2000; Torres & Chaparro, 2003).

Se presenta la disminución de la agudeza visual por pérdida de neuronas y por el endurecimiento y capacidad del cristalino; la disminución de la función auditiva se acelera por la esclerosis del oído medio e interno; también disminuyen los umbrales sensoriales como es el gusto y el olfato.

En esta etapa, el caminar, subir escaleras o hacer ejercicio se vuelve más difícil, pues estas acciones involucran el aparato cardiovascular donde el bombeo que realiza el corazón ya no es tan eficiente, empeorándose con malos hábitos de alimentación y el consumo de alcohol y tabaco.

Como vemos, existen diversos cambios físicos que se presentan en el adulto mayor, donde también se ven implicados los sistemas del organismo como el aparato respiratorio, aparato digestivo, aparato cardiovascular, sistema nervioso, sistema renal, sistema endocrino y sistema inmunitario; los cuales, se afectan en un menor o mayor nivel de acuerdo a los estilos de vida de cada persona (Ver tabla 1).

Tabla 2: Efectos del Envejecimiento

ÓRGANO O SISTEMA	EFFECTOS NATURALES DEL ENVEJECIMIENTO	FACTORES ACELERADORES
<i>Piel</i>	Pierde espesor y elasticidad (aparición de arrugas). Se contusiona más fácilmente al debilitarse los vasos sanguíneos cercanos a la superficie.	Proceso acelerado por el tabaquismo y la excesiva exposición al sol.
<i>Cerebro / Sistema nervioso</i>	Pierde parte de la capacidad de memorización y aprendizaje a medida que las células mueren. Mayor lentitud de reacción ante los estímulos (los reflejos se debilitan).	Proceso acelerado por el consumo excesivo de alcohol y otras drogas, y por repetidos golpes en la cabeza.
<i>Sentidos</i>	Se hacen menos agudos al irse perdiendo las células nerviosas.	Proceso acelerado por el tabaquismo y la exposición constante a ruidos altos.
<i>Pulmones</i>	Se reduce su eficacia al disminuir su elasticidad.	Proceso acelerado por el tabaquismo, la contaminación del aire y la falta de ejercicio.
<i>Corazón</i>	Bombea con menos eficacia, dificultando el ejercicio.	Proceso acelerado por el consumo excesivo de alcohol y tabaco, y por malos hábitos alimenticios.
<i>Circulación</i>	Empeora y aumenta la presión sanguínea al endurecerse las arterias.	Proceso acelerado por lesiones y obesidad.
<i>Articulaciones</i>	Pierden movilidad (rodillas, cadera) y se deterioran debido al desgaste y presión constantes (la desaparición del tejido cartilaginoso entre las vértebras provoca el “encogimiento” típico de la ancianidad).	Proceso acelerado por lesiones y obesidad.
<i>Músculos</i>	Pierden masa y fortaleza.	Proceso acelerado por la falta de ejercicio y la desnutrición.

Fuente: Tomada de Ramos y Petroff (1997).

Componentes psicológicos

Se encuentran diversos cambios en el comportamiento, en el plano psicológico, mencionan Fuguet y Caner (1993) se encuentran las capacidades intelectuales así como los rasgos de personalidad y carácter. En las primeras, se pueden presentar baja eficiencia para resolver problemas, influyendo en la capacidad de aprendizaje y en la intuición, pero se conserva la creatividad y la capacidad imaginativa. En cuanto a la personalidad, no parece alterarse en esta etapa, excepto en casos patológicos.

En el plano psicofisiológico, existe una disminución en la capacidad funcional, pues se llegan a presentar cambios en:

- La memoria: se torna difícil retener información de hechos recientes (memoria a corto plazo) y se conservan mejor los hechos del pasado, estos derivados de la memoria retrógrada.
- La inteligencia: disminuyen las habilidades del pensamiento, la toma de decisiones acertadas, rigidez en los juicios de ideas y el grado de atención.
- La psicomotricidad: aumenta el tiempo de reacción.
- La competencia en la vida cotidiana: se presenta dependencia de otros para tareas básicas como el auto-cuidado, y en las relaciones interpersonales.

Aunque los procesos mentales ya no actúan de manera eficaz como en etapas anteriores de la vida, éstos se pueden adaptar a las condiciones que demanda la edad (Stassen & Thompson, 2000).

Por otra parte, en esta etapa es más frecuente presenciar pérdidas de sus seres queridos, como lo son sus amigos y principalmente, su pareja (Martín, 2008). Y también la vivencia de la pérdida de algo significativo, desencadenado de una separación, el alejamiento de los hijos, la jubilación, una enfermedad o incluso el cambiarse de hogar.

Otro aspecto significativo relacionado a los cambios psicológicos, es el miedo, que se llega a presentar al pensar en la vejez como una etapa de deterioro y por lo tanto, la muerte, lo que puede conllevarse a la soledad, aburrimiento y rutina, o en otras situaciones, tratar de resolver asuntos pendientes y retomar actividades.

Componentes sociales

Normalmente, en el proceso de la vejez, los cambios sociales que se presentan son alrededor del estatus laboral, pues si éste se culmina, disminuye en el soporte económico, también se modifica en gran medida las acciones cotidianas, pues el contacto con los compañeros de trabajo es menor y se cuenta con un aumento de tiempo libre y puede darse un mayor aislamiento social.

Todo dependerá de la planeación y expectativas que el adulto mayor tenga idealizados para esta etapa de vida. Ya que es posible transformar su rol en la familia y pueda crear nuevas relaciones con sus hijos, nietos o amigos. Pues el tiempo libre, puede proporcionar la realización de redes sociales para su beneficio, fortaleciendo las relaciones con las que ya se contaban o logrando mayor interacción en centros comunitarios y lugares de esparcimiento.

Por otra parte, el adulto mayor al depender de otros miembros de la familia, cuando la vejez está muy avanzada, puede afectar la relación con los hijos y por lo tanto, su estabilidad familiar, para no caer en esta situación hay que tener presente que el adulto mayor conserva su madurez emocional (González-Celis, 2003).

CAPÍTULO 2

HABILIDADES SOCIALES

El campo de las Habilidades Sociales experimentó un gran auge durante los años setenta y se desarrolló a gran velocidad durante las siguientes décadas incorporando a su vez los hallazgos obtenidos en otras áreas de la psicología, especialmente distintos elementos de orientación cognitiva.

Los seres humanos tenemos la necesidad de estar en constante interacción con distintos grupos porque somos seres sociales; crecemos dentro de un grupo social y a lo largo de nuestra vida nos vamos relacionando y creando nuevos esquemas de interacción social, los cuales favorecen a nuestro desarrollo como personas.

Nuestra interacción cotidiana demanda el empleo de habilidades necesarias para la comunicación e interacción grupal, habilidades que se adquieren a lo largo de nuestra vida. Por lo tanto, hay diferencias en la forma de interacción social que maneja cada persona, y puede presentarse dificultades para entablar amistades, para iniciar y sostener una conversación o para solicitar información, lo cual, trae como consecuencia relaciones interpersonales limitadas o superficiales, pasividad en la interacción con las personas, ser agresivo, insatisfacción personal y sensación de frustración al no alcanzar metas personales o laborales.

De acuerdo con Caballo (1986), *“la conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”*. Caballo (1986) señala que las habilidades sociales tienen las siguientes características:

- Nadie nace sabiendo relacionarse con los demás, las habilidades sociales se adquieren por entrenamiento, instrucción o experiencia directa.
- Las habilidades sociales contienen componentes motores observables (gesticulaciones), emocionales y afectivos (ansiedad o alegría) y cognitivos (percepción social).
- Las habilidades sociales son una característica de la conducta, no de las personas, son estilos de respuesta específicos a situaciones concretas.

Entre otros autores, Ríos (1994) señala que existen diversos tipos de habilidades sociales, dentro de las cuales destacan las siguientes:

- *Habilidades Comunicativas*: Necesarias para iniciar y mantener conversaciones con otras personas. Las cuales se dividen en: *No verbales*: Mirada, sonrisa, gestos, expresión facial, postura, contacto físico, orientación corporal, proximidad, apariencia corporal. *Verbales*: Habilidades conversacionales, hablar en público, saludos, comportamientos de cortesía, aceptación de críticas justas, pedir y conceder favores, hacer preguntas, pedir disculpas, aceptar cumplidos, identificar emociones en los demás, expresar a los demás nuestras emociones.
- *Habilidades para transmitir afectos*: Se consideran importantes para establecer relaciones positivas con los demás, transmitir afecto y calidez y demostrar que se valora a otras personas; o bien, manifestar desagrado o rechazo hacia actividades o características de los demás sin agredir. También son necesarias para pedir disculpas y aceptar equivocaciones sin dejar de lado nuestra dignidad de personas.
- *Habilidades para alcanzar objetivos*: No son de naturaleza interpersonal pero que requieren habilidades sociales para conseguirlos. Por ejemplo, realizar una entrevista de trabajo o pedir un ascenso; las habilidades sociales permiten mostrarse ante el entrevistado como una persona competente, motivada o con un buen rendimiento.
- *Conducta asertiva*: Dentro de las habilidades sociales está la manifestación conductual asertiva que entendemos como la capacidad de una persona para transmitir a otros sus

posturas, opiniones, creencias o sentimientos de manera eficaz y sin sentirse incómodo, sin aceptar pasivamente lo que otros piden y sin agredir. Dentro de las diversas conductas asertivas se encuentran: rechazar peticiones, expresar desacuerdos, manejar críticas, solicitar cambios de conducta, expresar sentimientos negativos justificados (molestia, desagrado, enojo), defender los derechos personales.

Las habilidades sociales constituyen una de las partes más importantes de nuestra vida, pues estas conllevan un conjunto de relaciones sociales y estas se encuentran inmersas en las cosas que hacemos, pues hay un componente de relación que determina en gran medida (el facilitar u obstaculizar) nuestra búsqueda de una adecuada y aceptada forma de vivir. Si vivimos en sociedad, difícilmente vamos a poder escapar de los efectos de las relaciones sociales, cada persona desea pertenecer y participar junto con otros individuos, disponer de poder o influencia en su grupo de pertenencia, y disfrutar de la intimidad, el amor o el afecto de las personas que elija.

Conjuntamente, las Habilidades Sociales se forman de elementos moleculares conductuales, como lo es la mirada o el contacto ocular, la postura corporal, los gestos o expresiones faciales y los componentes paralingüísticos (Caballo, 1993).

Se considera que una persona está atenta a las señales de la otra si la mira a en la mitad de los ojos o de la cara; si se mira directamente a los ojos puede indicar implicación y si se desvía la mirada desea evitarlo. En cuanto a la postura corporal, la posición del cuerpo y sus extremidades, reflejan sus actitudes y sentimientos hacia sí mismo y hacia los otros, determinándose en la forma de sentarse, de caminar o de estar de pie. Los gestos pueden depender del contexto cultural, para la interpretación de éstos, se toma en cuenta el movimiento de la boca.

Dentro de los componentes paralingüísticos o verbales, se encuentran:

- La latencia o el intervalo de silencio entre la terminación de una oración y el inicio de otra por individuos distintos;

- El volumen, que siendo bajo puede indicar sumisión o tristeza, y volumen alto indicar dominio, extroversión, seguridad y/o persuasión;
- El timbre, referido a la calidad vocal o resonancia de la voz;
- el tono y la inflexión se usan para comunicar sentimientos y emociones;
- Las vacilaciones, falsos comienzos y demasiadas repeticiones, muestran inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad;
- El tiempo adecuado para conversar de cada individuo se basa en un intercambio recíproco de la información;
- La claridad y velocidad al hablar.

Habilidades Sociales en la tercera edad

De las conductas socialmente habilidosas que se han correlacionado con el estar o sentirse solo o acompañado, durante la tercera edad es la falta de asertividad, ser tímidos, pasivos y poco sociables (Gil & García, 1998). Por tal motivo, las Habilidades Sociales conductuales son benéficas en la persona para mantener y originar redes sociales satisfactorias (Caballo, 1993; Caballo, Del Prette, Monjas & Carrillo, 2006; Juncos & Pereiro, 2000).

De acuerdo con Baltes & Baltes (1993), las Habilidades Sociales favorecen la comunicación, al igual que se logra mantener y desarrollar el nivel de satisfacción, beneficiando adaptarse a los cambios de la tercera edad.

Junco y Pereiro (2000) realizaron un entrenamiento de Habilidades Sociales en 151 adultos mayores, obteniendo mejoría en asertividad, hacer y recibir críticas, afrontar hostilidades, comenzar y mantener conversaciones, así como mejora en su comunicación no verbal.

CAPÍTULO 3

BIENESTAR EMOCIONAL

Es necesario mencionar que al Bienestar Emocional se le ha proporcionado diversas definiciones, de tal manera que se ha ido transformando el término y también se le conoce como Bienestar Subjetivo ó Bienestar Psicológico, teniendo entre ellas estrecha relación; se derivan de diferentes posturas y autores. En éste capítulo mencionaré las definiciones más relevantes y que en el ámbito psicológico nos competen.

Para Diener, Suh, Lucas y Smith (1999), *“el Bienestar Subjetivo es una categoría amplia de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, dominios de satisfacción y juicios globales de satisfacción con la vida”* p.277, y señala que la satisfacción con los dominios de vida incluyen variables externas que están ligadas con la satisfacción personal como lo son la satisfacción con la pareja, el trabajo, el lugar donde habitan, el ingreso económico, entre otros, los cuales conforman el componente cognitivo del Bienestar Subjetivo.

Veenhoven (1984) define el Bienestar Subjetivo como el grado en que una persona juzga de un modo general o global su vida en términos positivos, el individuo utiliza dos componentes en esta evaluación, sus pensamientos y sus afectos. El componente cognitivo, la satisfacción con la vida, representa la discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros, cuyo amplio rango evaluativo va desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso o frustración. El elemento afectivo constituye el plano hedónico, es decir, el que contiene el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes.

De acuerdo con Sánchez-Sosa & González-Celis (2004) el Bienestar engloba tres áreas: el comportamiento (lo que hace), las cogniciones (lo que piensa) y las emociones (lo que siente). Tomando en cuenta estos componentes, se define al Bienestar Emocional como la satisfacción por la vida, la felicidad, la moral; y como el valor en general que el individuo realiza en función de criterios propios (Lawton, 1983; y Sánchez-Sosa &

González-Celis, 2002); expresada en lo correspondiente a las metas obtenidas y deseadas (González-Celis, 2004).

En este sentido, el Bienestar Emocional o Psicológico corresponde a una descripción de adaptación social y psicológica, así como, un componente afectivo y emocional de las personas en función de los eventos más importantes de la propia vida (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2004).

Se dice que una persona tiene un alto Bienestar Subjetivo al considerar y evaluar globalmente su vida de manera positiva, y es una persona que con mayor frecuencia se siente contenta y pocas veces está triste. De tal manera, que un individuo que posee un bajo Bienestar Subjetivo, se siente insatisfecho con su vida y frecuentemente vivencia emociones negativas, como lo es la depresión. Se ha nombrado felicidad al Bienestar Subjetivo al tener muchas emociones agradables y ligeras experiencias desagradables, además de estar inmerso en actividades interesantes y sentirse satisfecho con su propia vida (Diener, 1999, citado en Zamarrón, 2006).

Zamarrón (2006), indica que el Bienestar Subjetivo es *“la evaluación que una persona hace de su vida en términos cognitivos (referidos a la evaluación del sujeto sobre su vida) y emocionales (referidos al estado de ánimo del sujeto). El componente emocional es el equilibrio entre los afectos positivos y los negativos. El componente cognitivo es la evaluación de la vida de acuerdo con los estándares del propio individuo”* p.6. Quedando así conformado por tres elementos principalmente: Satisfacción con la vida (matrimonio, amigos, trabajo, familia, etc.), afecto positivo (evaluado con emociones como el gozo, afecto y orgullo) y niveles bajos de afecto negativo (evaluado con emociones o sentimientos como culpa, vergüenza, tristeza, ira o ansiedad). Por lo tanto, es más probable que una persona considere su vida satisfactoria si posee experiencias emocionales positivas.

El Bienestar Emocional para Anguas (2004), es una percepción propia, personal, única e íntima que tiene la persona de su situación física y psíquica, pero no forzosamente concuerda con la valoración concreta y objetiva de quienes observan ciertas situaciones.

También, se ha visto que la personalidad tiene gran efecto en el Bienestar Subjetivo, por ejemplo, el optimismo, el sentido del humor, la autoestima y la extraversión son rasgos de personalidad que comúnmente poseen las personas felices (Argyle, 1987, citado en Zamarrón, 2006). Se ha observado, que los extravertidos experimentan mayores niveles de afecto positivo y los neuróticos más afecto negativo (Costa, 1980, citado en Zamarrón, 2006).

En un estudio realizado en la Universidad de los Andes, se evaluó el Bienestar Subjetivo y su predicción a partir de la autoeficacia y la satisfacción con algunos dominios específicos de la vida en 795 personas, (alumnos, profesores y empleados). Los resultados muestran que los dominios afines a la satisfacción con las relaciones afectivas, el futuro, el trabajo y el nivel de autoeficacia tienen un porcentaje alto de varianza del Bienestar Subjetivo. El 80% de la muestra alcanzó puntajes altos de satisfacción con la vida y evaluaron de manera satisfactoria la mayoría de los dominios, destacando la familia, la libertad y los amigos (Zamarrón, 2006).

Bienestar Emocional en la tercera edad

Uno de los factores que mejor explica el Bienestar Subjetivo, es el mantenerse activo durante la vejez, ya que realiza un efecto directo sobre la satisfacción con la vida, pues al ejercer actividades ayudamos a nuestra salud física y mental, y con esto, a la percepción del envejecimiento y las relaciones sociales, lo cual resulta fundamental para mejorar el sentimiento de felicidad (Zamarrón & Fernández-Ballesteros, 2000).

El nivel de salud en el caso de las personas adultas mayores es fundamental para la elaboración de su autoconcepto físico, la percepción de sus niveles cognitivo y social; la interpretación y el significado que le da el anciano a ciertos acontecimientos, como la aparición de enfermedades físicas incapacitantes, la pérdida de los seres queridos, y la posibilidad de perder la independencia, el control sobre su vida y actividad, puede llevarle a una merma de su valoración (Antequera-Jurado & Blanco, 1998).

A pesar de que las personas adultas mayores cuentan con menos recursos biológicos, materiales, sociales y psicológicos, su bienestar emocional no declina forzosamente con la edad, ya que pueden reorganizar sus aspiraciones, reubicar sus pérdidas y mantener el nivel de bienestar (Baltes, 1977; 1998). Una estrategia es que la persona se mantenga en ambientes suficientemente estables, que le resulten familiares y que le permitan desempeñar actividades que le son cotidianas y que pueden efectuar con éxito; además de disminuir los conflictos, favoreciendo la cohesión y valoración positiva de sí misma (Antequera-Jurado & Blanco, 1998).

Algunas variables que influyen en los adultos mayores y que se han encontrado en diversos estudios, de acuerdo con Kafetsios y Nezlek (2002) son:

1. Género: debido al distinto proceso de socialización de mujeres y hombres parece que puede ser más satisfactoria la vida para una anciana que vive sola que para un anciano en la misma situación. Y también por la misma razón, la mujer suele tener mayor facilidad para el manejo de las relaciones íntimas, contando probablemente con más recursos interpersonales que pueden compensarle de ciertas pérdidas.
2. Estado civil: la viudedad puede ser un factor de riesgo para la inseguridad, modulada por el tiempo que hace que enviudaron.
3. Enfermedades: que pueden aumentar la autopercepción de vulnerabilidad. Esta variable podría interactuar con el tipo de apoyo social con que el sujeto cuente.
4. Razón por la que estén en el centro de día, las personas que asisten. Cabe suponer que si es por voluntad de otras personas, los ancianos pueden llegar a considerarse una carga y eso contribuir a su inseguridad, mientras que si lo han decidido por sí mismos estarán más inclinados a aceptar esta situación y no se sentirán rechazados.
5. Trato recibido en casa, que si es negativo contribuirá a su inseguridad.

6. Sucesos recientes. Si han ocurrido sucesos traumáticos y negativos pueden repercutir en su inseguridad.
7. El estilo afectivo del anciano puede condicionar ciertos comportamientos y actitudes en el anciano. Cabe destacar en este sentido la forma en que afronta su enfermedad, que probablemente sea más positiva si su estilo afectivo es seguro y más negativa si es inseguro.
8. La satisfacción por la asistencia al centro de las personas que asisten, con el trato personal del centro, con el trato recibido en casa y con las actividades programadas en el centro, que se espera que sea mayor si es seguro, ya que las personas seguras tienden a percibir sus interacciones como más íntimas y emocionalmente positivas y sienten que los demás tienen buena capacidad de respuesta hacia ellos y sus necesidades.

CAPÍTULO 4

SOLEDAD

A lo largo de nuestra vida, interactuamos con las personas formando relaciones que pueden ser de menor o mayor intensidad, como lo puede ser una amistad temporal o la que se mantiene durante toda la vida. De estas interacciones resultan satisfacciones como sentirse acompañado o escuchado y al mismo tiempo pueden evitar sentimientos de Soledad.

Es importante saber diferenciar el sentir, del estar solo. El estar solo, se refiere a la escasez de redes sociales, el alejamiento y el desarraigo del individuo, por lo que, la Soledad está más relacionada al sentirse solo, aunque la persona se encuentre acompañada de otras, es un sentimiento que ocasiona por lo general, nostalgia, tristeza y melancolía (Rubio & Aleixandre, 2001).

Martín (2002), distingue entre Soledad objetiva y subjetiva. Entendiendo la Soledad objetiva cuando la persona vive sola, ya sea ocasionada por las circunstancias de la vida o por que el mismo individuo lo propicia, por lo tanto, no tendría que ser una experiencia mala. Por su parte, la Soledad subjetiva tiene que ver con el hecho de sentirse solo, pudiéndose estar acompañado.

Desde la perspectiva psicológica se encuentran diversos autores que aportan su visión acerca de la Soledad, siendo uno de los primeros, Sullivan (1953, citado en Montero & Sánchez-Sosa, 2001) quien define a la Soledad como *“una experiencia displacentera, asociada con la carencia de intimidad interpersonal”* p.20. Young (1987, citado en Montero & Sánchez-Sosa, 2001) la especifica como *“la ausencia real o percibida de relaciones sociales satisfactorias, que pueden ser acompañadas por manifestaciones de distress psicológico”* p.20. Otro autor importante por sus investigaciones en el tema, es Weiss (1973, citado en Montero & Sánchez-Sosa, 2001) quien menciona que la Soledad *“es una respuesta ante la ausencia de una provisión de relación particular”* p. 20.

Peplau y Perlman (1981, citado en Montero & Sánchez-Sosa, 2001) señalan que “*la Soledad es una experiencia displacentera que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente en algún sentido importante, ya sea cualitativa o cuantitativamente*” p.20. Identificando tres características de la Soledad, cuando:

- 1) Es secuela de deficiencias en relaciones interpersonales.
- 2) Es una experiencia subjetiva que difiere con la realidad física del aislamiento social.
- 3) Se torna como una experiencia de estrés y desagrado.

Lehr (2003), alude que el grado de Soledad que experimenta cada persona, depende de sus expectativas en relación a las interacciones sociales. Una consecuencia del sentimiento de soledad se origina por la falta de afecto interpersonal, especialmente de los que considera importantes para el individuo.

Finalmente, Montero y Sánchez-Sosa (2001) define a la Soledad como un “*fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante; resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, que tiene un impacto diferencial sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica del sujeto*” p.21.

Refiriéndose como característica *multidimensional*, porque implica aspectos de personalidad (evaluaciones cognitivas, antecedentes de desarrollo afectivo, autoestima), de interacción social y de habilidades conductuales. *Subjetivo y potencialmente estresante*, pues dependerá de la interpretación que de la persona de la situación para que evalúe como negativa o una oportunidad de autoconocimiento la carencia afectiva, social y/o física. Y es *secuencial*, ya que varía la intensidad y duración donde influyen factores físico-situacionales, socio-culturales y de personalidad (Montero & Sánchez-Sosa, 2001).

Soledad y depresión

En ocasiones, se ha confundido soledad y depresión, sin embargo, pese que una no depende de la otra podrían tener un origen en común.

La soledad es una importante área para la investigación que ha sido postergada por algunos problemas, tales como la dificultad para distinguir entre soledad y depresión, las cuales ha menudo se correlacionan. Según ciertos teóricos, soledad y depresión poseen importantes diferencias. Weis (?) afirma que en la soledad la persona puede liberarse de la angustia de sentirse solo para relacionarse nuevamente con la gente, en cambio, en la depresión la persona más bien se rinde a ello (Díaz, Oliveros, et al. 2001).

Para encontrar las posibles relaciones causales entre soledad y depresión se debe vincular con los datos de correlación entre ellas. Al menos tres causales de relación parecen plausibles:

1. La soledad prolongada puede ser una causa común de depresión.
2. La depresión puede causar en la gente la reducción de actividad social, quedando finalmente solo.
3. Otro factor como el quiebre de una relación, simultáneamente puede producir ambas.

La soledad y la depresión ocurren como estados de ánimo transitorios, lo cual cuando se mantienen en forma estable por algún tiempo, es usualmente considerado un problema psicológico. Valorando la estabilidad de estas experiencias es improbable que un estado inestable particularmente pueda ser identificado como una causa de cualquier cosa.

Tipos de soledad

Weis, Hojat y Rook (1973, citados en Muchnik & Seidmann, 2005) mencionan dos tipos de Soledad:

- Soledad por aislamiento emocional: Causada por la ausencia de una relación íntima. Refiriéndose a una relación donde se mantenga un lazo de confianza, seguridad y reciprocidad.
- Soledad por aislamiento social: Se presenta cuando no existen lazos con un grupo social cohesivo de pertenencia, como lo es una red social de amigos ó una

organización vecinal. La persona, al no sentirse parte de un grupo, da por hecho que no tiene nada en común con los demás.

Kölbel (1960, citado en Montero, 1998) propone cuatro tipos de Soledad:

- Soledad interna positiva: Experimentada como un medio necesario para descubrir nuevas formas de libertad o contacto con otras personas.
- Soledad interna negativa: Es considerada como un enajenamiento de sí mismo y de los otros, como un sentimiento de alienación, ya que se percibe solo aún rodeado de otras personas.
- Soledad externa positiva: Se presenta en las situaciones de aislamiento físico voluntario, como puede ser el darse un momento para reflexionar.
- Soledad externa negativa: Se presenta cuando una situación externa, como la muerte de un ser querido, conduce a sentimientos muy profundos y negativos de pérdida.

En relación al aspecto temporal, Young (1982, citado en Montero & Sánchez-Sosa, 2001) menciona tres tipos de soledad:

- Soledad crónica: Cuando dura varios años y la persona se siente incapaz de establecer relaciones sociales satisfactorias.
- Soledad situacional: Cuando se presentan eventos estresantes como el divorcio, la muerte de la pareja o de una persona querida.
- Soledad transitoria: Es muy común y presenta una alta incidencia, ya que se experimentan sentimientos de Soledad en periodos muy breves.

De acuerdo con Muchnik y Seidmann (2005) señalan que la duración con la que se experimenta la Soledad, está relacionada con el nivel de educación, estado civil, historia de divorcios por parte de los padres y niveles de intimidad.

Causas de la soledad

Las personas que se encuentran solas poseen deficiencias en sus habilidades sociales, pues en sus interacciones prestan poca atención a los demás y se les dificulta responder a preguntas así como para mantener una conversación con otros (Altea, 2005).

Las investigaciones clínicas mencionan dos causas que determinan que un individuo se sienta solo, las cuales son:

- Internas o personales: Dificultad para estar solo, carencias de algunas habilidades sociales ó patrones cognitivos disfuncionales.
- Externas o situacionales: Escasez de recursos sociales, económicos ó demográficos.

De tal manera, que las dificultades que poseen las personas en algunas dimensiones de las habilidades sociales, se relacionan con la presencia de Soledad. Por lo que Wittenberg y Reis (1986, citados en Muchinik & Seidmann, 2005) indican los siguientes aspectos: la apertura de la persona, forma de inicio del contacto social, habilidad para establecer encuentros, capacidad para proveer consejo y guía, manejo de la asertividad en los momentos que se requiera expresar sentimientos negativos o de desacuerdo, así como, la resolución de conflictos.

La soledad en la tercera edad

En América Latina, el porcentaje de adultos mayores que viven solas va en aumento, principalmente son más hombres que mujeres en esta situación (ONU, 2007a). Bhatia, Swami y Bathia (2007), mencionan como resultado de un estudio realizado, que el vivir solos o ser viudos, fomenta la percepción de soledad que en las que viven en pareja o con la familia.

Buendía y Riquelme (1994) indican que la soledad de los adultos mayores resulta de la carencia de la calidad de sus relaciones sociales, destacando seis causas por las que el individuo se llega a sentir solo:

- 1) El deterioro en las relaciones familiares.
- 2) El aislamiento social.
- 3) Escasa participación en actividades de su agrado.
- 4) El alejamiento residencial de los hijos.
- 5) La falta de apoyo social.
- 6) Con el paso de la edad puede aumentar el sentimiento de soledad al tener cambios en la salud, estado civil y la inseguridad hacia el futuro.

Por otro lado, existen recursos personales (pe. habilidades para relacionarse con otras personas), familiares (como proveedores primarios de apoyo) y sociales (pe. amistades para intercambiar información y realizar actividades), entre otros, que protegen al individuo del sentimiento de soledad (Rodríguez, 2009).

De esta manera, para prevenir la soledad, Martín (2002) considera que la prevención debe orientarse hacia un aprendizaje y aceptación de la soledad, y tomar una actitud altruista hacia los demás, buscando contactos sociales mediante la participación en actividades comunitarias.

Es decir, la mejor forma de evitar el aislamiento, es relacionarse con otras personas y con lo que ocurre en el entorno, así como cultivar relaciones con la familia y las amistades para constatar el valor y significación que son para ellos (Ulla, Espinoza, Fernández E., Fernández, A. & Prieto, 2003); suministrando y aceptando cariño de quienes los rodean, lo que devuelve la comunicación interpersonal y la intimidad (Alexandre, 2004).

Las visitas, los regalos, las llamadas telefónicas y muestras similares de afecto ayudan de alguna manera a soportar el vacío existencial que viven las personas mayores, sin embargo no son suficientes, por que en muchas ocasiones se siguen sintiendo solos en medio de la gente, incluso en reuniones familiares (Rodríguez, 1994).

Algunos conceptos vinculados al fenómeno de soledad son la autorrevelación o habilidad para revelar pensamientos y sentimientos, la personalidad, las variables

cognoscitivas, las habilidades sociales, la desesperanza (Díaz, Oliveros et al, 2005), y la desolación (Altea, 2005).

Por ejemplo, las personas solas poseen deficiencias en sus habilidades sociales, ya que en sus interacciones prestan poca atención a los demás, se autofocalizan en sus interacciones y tienen dificultades para responder a preguntas, así como para continuar en los tópicos de la conversación (Altea, 2005).

Así, la percepción de soledad depende de los recursos psicológicos, sociales y conductuales de los que dispone un individuo, por lo que contar con una estructura psicológica funcional, disponer de una red social eficiente y/o poseer un repertorio conductual que contrarreste el sentimiento de soledad, propician la disminución de la percepción de soledad por parte del individuo (Montero-López, 2009).

Por otro lado, en su investigación con adultos mayores, Rubio y Aleixandre (2001), concluyen que la soledad está estrechamente relacionada con la ausencia de personas queridas, es decir, es un sentimiento de falta de compañía de seres con los que se ha establecido relaciones cercanas. Del mismo modo, estos autores, consideran importantes las causas que llevan a las personas a vivir solas, ya que si es por propia voluntad, la soledad puede ser vivida de forma positiva, en cambio cuando son obligados, se vive de forma negativa.

CAPÍTULO 5

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Preguntas de investigación

¿Existirá asociación entre el nivel de Habilidades Sociales con la Soledad y el Bienestar Emocional en adultos mayores?

¿Existirán diferencias en el nivel de Habilidades Sociales, Soledad y Bienestar Emocional entre dos grupos de adultos mayores?

Justificación

La población de personas adultas mayores se ha incrementado notablemente, y continuará incrementándose, tanto en el mundo como en México. Se espera que para el 2050, a nivel mundial la cifra alcance los 2000 millones personas (ONU, 2007), y a nivel nacional 532 mil personal (CONAPO, 2005).

Además, es claro que existen diversos cambios en las personas de la tercera edad que pueden ser considerados como negativos o pérdidas, tal es el caso de la mayor frecuencia de enfermedades físicas y la discapacidad consiguiente, aunado a la disminución del soporte socio-familiar, la pérdida del estatus laboral y económico, la posibilidad de un mayor aislamiento social (Menchón, 1997).

Sin embargo, parece más sensato considerar el envejecimiento de las personas como una etapa más del desarrollo humano, con características muy peculiares que, si bien conlleva a una serie de repercusiones en todos los sentidos, no se debe considerar por esto un cataclismo (Zarragoitia, 2003).

En este sentido, se han establecido dos categorías de envejecimiento: el envejecimiento exitoso o afortunado, en el que la declinación funcional es solamente atribuido a la edad y existe una mayor probabilidad de enfermedad y discapacidad asociada a ella, sin embargo aún pueden mantenerse y optimizarse algunas capacidades físicas funcionales y el compromiso activo con la vida; el otro es el envejecimiento usual, en el que se combinan los efectos de las enfermedades y los estilos de vida sobre el envejecimiento intrínseco (Rowe & Kahn, 1998; Quintanar, 2003).

Por lo tanto, es necesario lograr que las personas que llegan a la tercera edad lo hagan adaptándose psicológicamente a las condiciones de esta etapa en su vida, mediante un envejecimiento exitoso o afortunado, optimizado y manteniendo algunas capacidades físicas funcionales y el compromiso activo con la vida (Rowe & Kahn, 1998; Quintanar, 2003).

De esta manera entre otras variables de adaptación psicológica en la vejez se encuentran las habilidades sociales, la percepción de soledad y el bienestar psicológico.

Las habilidades sociales (Caballo, 1993; Juncos & Pereiro, 2000), para favorecer la comunicación y contribuir a mantener y desarrollar el nivel de satisfacción, además de contribuir a la adaptación a las nuevas situaciones de la tercera edad (Baltes & Baltes, 1993).

Mediante ellas se puede reducir el sentimiento de soledad, ya que éste se deriva de la naturaleza de los déficits interpersonales del afecto que el individuo recibe de los otros, principalmente de aquellos que son importantes o valiosos para el sujeto en cuestión (Montero-Lopez, 2009), que pueden implicar carencias afectivas relacionadas con una necesidad de intimidad y/o apego, y cognitivas vinculadas con una percepción de estimulación social por debajo del nivel óptimo considerado por el individuo (Montero, 1998).

Por otra parte, la percepción de soledad al igual que influye en la interpretación y el significado que le da el anciano a ciertos acontecimientos como la aparición de

enfermedades físicas incapacitantes, la pérdida de los seres queridos y la posibilidad de perder la independencia y el control sobre su vida y actividad, puede llevarle a una merma de su valoración (Antequera-Jurado & Blanco, 1998). En otras palabras, repercute en el bienestar subjetivo que se define como satisfacción por la vida, felicidad, moral; y como la valoración global que la persona realiza en función de criterios propios (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002).

Objetivos

Objetivo general

Comparar el nivel de Habilidades Sociales y su relación con la percepción de Soledad y Bienestar Emocional en dos grupos de adultos mayores, que provienen de dos escenarios diferentes, pacientes adscritos a una Clínica de Salud, y asistentes a un Centro Recreativo.

Objetivos específicos

1. Describir y comparar el nivel de Habilidades Sociales entre un grupo que asiste a una Clínica de salud y un grupo de un Centro Recreativo.
2. Describir y comparar el nivel de Soledad entre un grupo que asiste a una Clínica de salud y un grupo de un Centro Recreativo.
3. Describir y comparar el nivel de Bienestar Emocional entre un grupo que asiste a una Clínica de salud y un grupo de un Centro Recreativo.
4. Analizar si el nivel de Habilidades Sociales tiene relación con la Soledad entre un grupo que asiste a una Clínica de salud y un grupo de Centro Recreativo.
5. Analizar si el nivel de habilidades sociales tiene relación con el bienestar subjetivo entre un grupo que asiste a una Clínica de salud y un grupo de Centro Recreativo.

Hipótesis de investigación

1. El nivel de las Habilidades Sociales es diferente si los adultos mayores asisten a un Centro de Salud que a un Centro Recreativo.
2. El nivel de Soledad es diferente si los adultos mayores asisten a un Centro de Salud que a un Centro Recreativo.
3. El nivel de Bienestar Emocional es diferente si los adultos mayores asisten a un Centro de Salud que a un Centro Recreativo.
4. Las Habilidades Sociales que poseen los adultos mayores están relacionadas con su nivel de Soledad.
5. Las Habilidades Sociales que poseen los adultos mayores están relacionadas con el Bienestar Emocional.
6. Entre más nivel de Habilidades Sociales menor nivel de Soledad en los adultos mayores.
7. Las Habilidades Sociales que poseen los adultos mayores disminuyen la experiencia de Soledad y benefician la experiencia de Bienestar Emocional.

CAPÍTULO 6

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio

Descriptivo-correlacional (Hernández, Fernández & Baptista, 2001).

Diseño de investigación

Cuasi-experimental con dos grupos de comparación (Hernández, Fernández & Baptista, 2001).

Tipo de muestra

Muestra no probabilísticas de tipo intencional por cuotas, por disponibilidad de 100 a 150 adultos mayores.

Participantes

Se entrevistaron a 218 adultos mayores, de los cuales 99 fueron del Jardín de la Tercera Edad y 119 de la Clínica 61 del IMSS, cuyas edades oscilaron entre los 60 y 95 años de edad.

Las características de los grupos con las que se trabajaron en las instituciones son:

En la Clínica 61 del IMSS se entrevistó a 119 adultos mayores, de los cuales, 44 son hombres y 75 mujeres, con un promedio de edad de 70.75 años en un rango de 60 a 95 años, respecto al estado civil, 65 son casados, 36 viudos, 8 tienen pareja, 5 están separados, 4 son solteros y 1 divorciado.

En el Jardín de la Tercera Edad de Chapultepec se entrevistó a 99 adultos mayores, de los cuales, 44 son hombres y 55 mujeres, con un promedio de edad de 73.92 años en un rango de 60 a 90 años, respecto al estado civil, 40 son viudos, 22 casados, 15 son solteros, 9 tienen pareja, 6 divorciados y 5 están separados (2 no contestaron).

Criterios de inclusión

Personas mayores de 60 años (hombres y mujeres), participación voluntaria, sin deterioro cognitivo aparente.

Criterios de exclusión

Aquellas personas que no cuenten con las características antes mencionadas, que se retiren de manera voluntaria sin terminar de contestar los instrumentos ó con deterioro cognitivo aparente.

Recursos

Materiales: copias fotostáticas de la batería.

Humanos: psicólogos egresados y/o en preparación.

Instrumentos

1. Ficha de datos sociodemográficos, y hoja de reporte de salud, que incluye reactivos para obtener respuesta de los participantes en cuanto: percepción de salud, enfermedades, género, edad, escolaridad, estado civil, participación en actividades, y con quien viven los ancianos (Anexo 1).
2. Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM), conformado por 41 reactivos, con una confiabilidad de $\alpha=0.964$ y una varianza de 66.486, con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, con valores de 0 a 4, constituidos por seis dominios:

amabilidad, hacer peticiones, expresar afecto y agrado, expresar opiniones, expresar desacuerdo e Iniciar conversaciones. La suma de todas las respuestas varía de 0 a 120, donde cuanto mayor sea la puntuación obtenida, más son las habilidades sociales que posee el individuo (Anexo 2).

3. Escala de Bienestar Subjetivo (*Philadelphia Geriatric Center*, PGC), elaborada por Lawton en 1975 y adaptada para población anciana en México por González-Celis (2002), con un *Alfa de Cronbach* de .81 y un coeficiente de correlación “r” de Pearson de .62 con el Instrumento de Calidad de Vida Breve (WHOQoL-BREF). La escala está constituida por 17 afirmaciones con opciones de respuesta dicotómicas, con valores de cero y uno, agrupadas en tres dominios: agitación, actitud hacia su propio envejecimiento, y soledad/insatisfacción. La suma de todas las respuestas varía de 0 a 17, donde cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mejor es el bienestar emocional del individuo (Anexo 3).

4. Inventario Multidimensional de Soledad en su versión adaptada a Adultos Mayores (IMSOL-AM; Montero-López Lena 2009), con una consistencia interna para sus dos factores de $\alpha = .93$ en alienación familiar, y un valor $\alpha = .89$ en insatisfacción personal, además de un coeficiente “r” de .51 ($p < .01$) con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y de $-.58$ ($p < .01$) con la Escala de Soporte Social Percibido (ESS). El inventario consta de 20 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert, con valores de cero a cuatro, agrupados en dos dominios: alienación familiar e insatisfacción personal. La suma de las respuestas de los veinte reactivos varía de 0 a 80, en donde cuanto mayor es la puntuación obtenida, mayor es la percepción de soledad del individuo (Anexo 4).

Escenarios

Escenario 1: Salas de espera de la Clínica 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del Estado de México.

Escenario 2: Instalaciones (jardines, salones, etc.) del Jardín de la Tercera Edad de Chapultepec en la Ciudad de México.

Definición de variables

1. Habilidades Sociales
2. Soledad
3. Bienestar Emocional

Definiciones conceptuales

Habilidades Sociales: “se considera una conducta socialmente habilidosa como ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de ese individuo en un momento adecuado a la situación, respetando las conductas de los demás, y que generalmente resuelve problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas” (Caballo, 1993, p. 6).

Soledad: “fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante, resultado de carencias afectivas, reales o percibidas, que tienen un impacto diferencial sobre el funcionamiento y salud física y psicológica del sujeto” (Montero, 1998, p 53).

Bienestar Emocional: es una medida multidimensional del bienestar subjetivo global, reflejado en la satisfacción por la vida, felicidad, paz o logro percibido por el individuo (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002).

Definiciones operacionales

Habilidades Sociales: respuestas al Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM); registro de los componentes moleculares: emisión de conductas socialmente habilidosas, postura corporal, fluidez y tiempo de habla.

Bienestar Emocional: medida que abarca los tres factores: factor 1. Agitación; factor 2. Actitud hacia su propio envejecimiento; y factor 3. Soledad / Insatisfacción, comprendidos en la escala de Bienestar Subjetivo (PGC), elaborada y revisada por

Lawton en 1975 y adaptada para población anciana en México por González-Celis (2002).

Soledad: puntaje obtenido en el IMSOL (Montero, 1998), que mide la frecuencia de la experiencia de soledad en relación a cuatro dimensiones: bienestar emocional, amistad, pareja o alguien en especial y compañeros.

Edad: años cronológicos que los participantes manifiestan tener.

Género: autoasignación del sujeto a una de las categorías como hombre o mujer.

Procedimiento

1. Durante la aplicación de los instrumentos se cuidó que fuera homogénea para todos los participantes, asimismo se controlaron las variables extrañas que podrían interferir en la aplicación, tales como ruido, interrupciones, distracción y fatiga.
2. Se aplicaron los instrumentos en sesiones individuales con una duración de 20 minutos a 1 hora, mediante entrevista.
3. El orden de la aplicación fue la siguiente: Ficha de datos sociodemográficos, Escala de Bienestar Subjetivo (PGC), Inventario Multidimensional de Soledad (IMSOL-AM) y Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM).
4. Para determinar la ausencia de deterioro cognitivo se aplicaron las cinco preguntas de orientación temporal (día de la semana, fecha, mes, año y estación del año) del *Mini-Mental State Examination (MMSE)*. Con base en las cuales, se descartaron a los individuos que contestaron incorrectamente al menos a una de esas preguntas.

5. Al concluir la aplicación se les agradeció su participación y se le entregó una lista de recomendaciones y un directorio de lugares donde pudieran ellos realizar una actividad así como los números telefónicos de servicios de salud o emergencia (Anexo 5).
6. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 15, en la que se capturó la información de los instrumentos de evaluación psicológica.

Análisis de resultados

1. Medidas descriptivas de tendencia central y de dispersión para describir las variables de cada grupo.
2. Crear puntos de corte para cada una de las variables en cada grupo a partir de una desviación estándar.
3. Frecuencia de los niveles de cada una de las variables por grupo.
4. Establecer niveles de correlación entre las variables en cada grupo mediante la aplicación de la prueba de “r” de Pearson.
5. Probar si existen diferencias en los niveles de las variables entre los dos grupos, mediante la aplicación de la prueba “t” de Student para grupos independientes.

CAPÍTULO 7

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Descripción de resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de las evaluaciones realizadas en ambos grupos respecto de Habilidades Sociales, Soledad y Bienestar Emocional.

Tabla 2. Medidas descriptivas de los instrumentos aplicados al grupo de la Clínica de Salud (n = 119) y del Centro Recreativo (n = 99).

	Sede	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
<i>Habilidades Sociales</i>	Centro Recreativo	84.75	28.55	17	123
	Clínica de Salud	78.75	27.89	21	123
<i>Soledad</i>	Centro Recreativo	17.15	17.96	0	67
	Clínica de Salud	16.55	19.49	0	76
<i>Bienestar Emocional</i>	Centro Recreativo	11.94	4.05	1	17
	Clínica de Salud	10.26	4.04	1	17

En la tabla 2, los resultados exhiben que hay mayor puntuación en el nivel de Habilidades Sociales para las personas que asisten al Centro Recreativo, y es ligeramente superior la Soledad y el Bienestar Emocional de las personas que acuden al Centro Recreativo que al de la Clínica de Salud. Los datos descriptivos nos llevan a suponer que hay diferencia en el nivel de Habilidades Sociales debido a que se encontró mayor puntuación en el Centro Recreativo que en la Clínica de Salud. Los resultados descritos se someten a prueba mediante un análisis estadístico que más adelante se muestra.

Se realizaron puntos de corte para categorizar los niveles leve, moderado, regular y alto de los puntajes totales de cada variable (Tabla 3); los cuales se establecieron con base a una desviación estándar a partir de la media del grupo que asiste a un Centro Recreativo, la cual, se considera una población sana y activa, por lo que se pretende conocer cuántos adultos mayores de la Clínica de Salud, que por lo regular están enfermos, se localizan dentro de la población sana.

Tabla 3. Puntos de corte para Habilidades Sociales, Soledad y Bienestar Emocional en adultos que asisten al Centro Recreativo (Población Sana).

	Leve	Moderado	Regular	Alto
<i>Habilidades Sociales</i>	0 - 55.30	55.31 - 84.46	84.47 - 113.61	113.62 - 123
<i>Soledad</i>		0 - 17	18 - 35	36 - 80
<i>Bienestar Emocional</i>	0 - 7.89	7.90 - 11.94	11.95 - 15.99	16 - 17

De acuerdo a los niveles, en las Figuras de la 1 a la 6, se presentan los porcentajes del número de personas que obtuvieron puntajes para cada una de las variables en los dos grupos.

Habilidades Sociales. Como se observa en las figuras 1 y 2, se encuentra una ligera diferencia entre los grupos de adultos mayores, el mayor porcentaje en cuanto a Habilidades Sociales, en el Centro Recreativo se encuentra en el nivel moderado (32.20%) y regular (31.10%), de igual modo, en la Clínica de Salud se obtuvo mayor porcentaje en el nivel moderado (30.30%) y regular (27.70%).

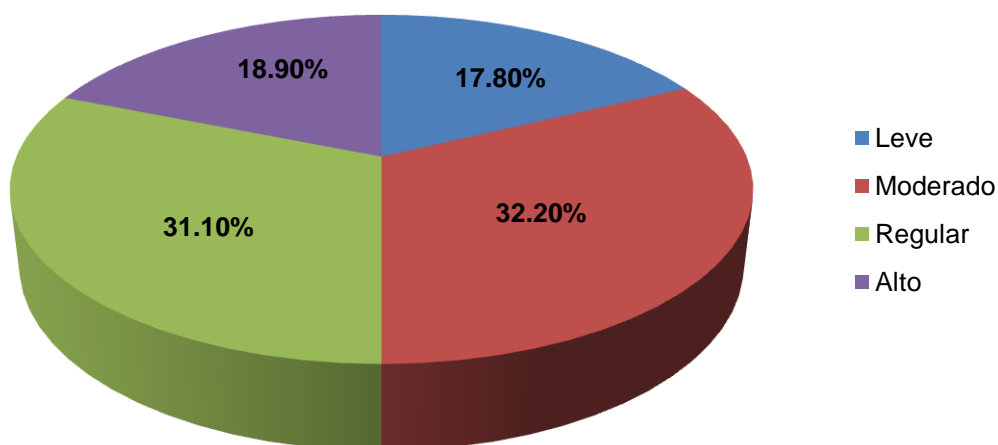


Figura 1: Habilidades Sociales en el grupo del Centro Recreativo (n = 99)

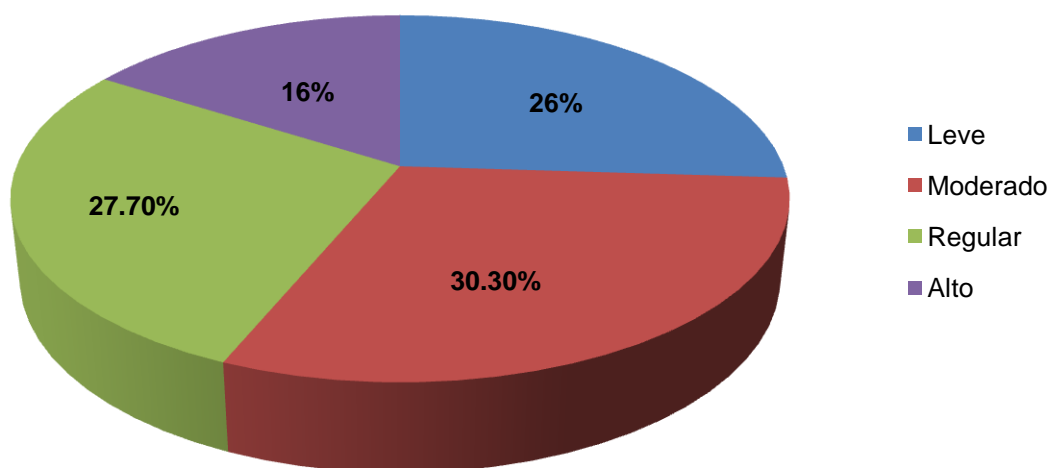


Figura 2: Habilidades Sociales en el grupo de la Clínica de Salud (n = 119)

Soledad. Como se exhibe en las figuras 3 y 4, el mayor porcentaje de los participantes en los dos grupos, presentan un nivel moderado en cuanto a percepción de Soledad, 62.60% en el Centro Recreativo y en la Clínica de Salud 64.70%.

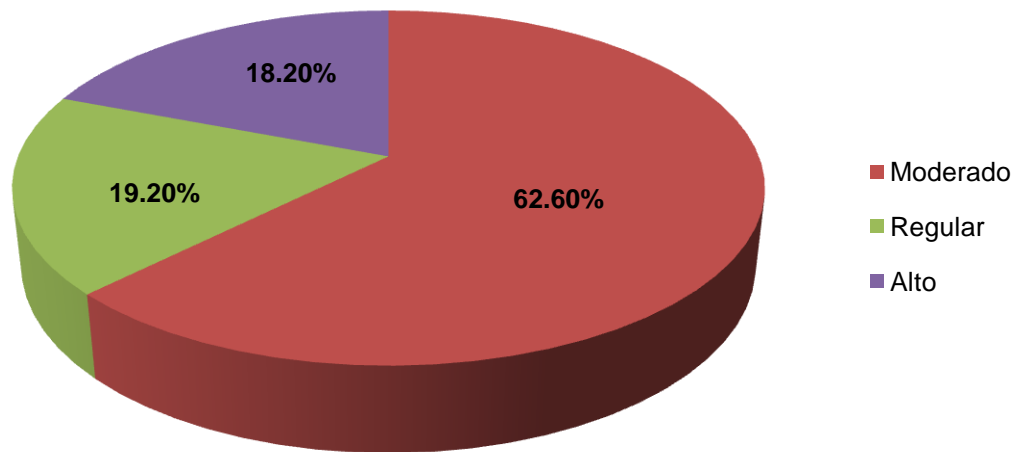


Figura 3: Soledad en el grupo del Centro Recreativo (n = 99)

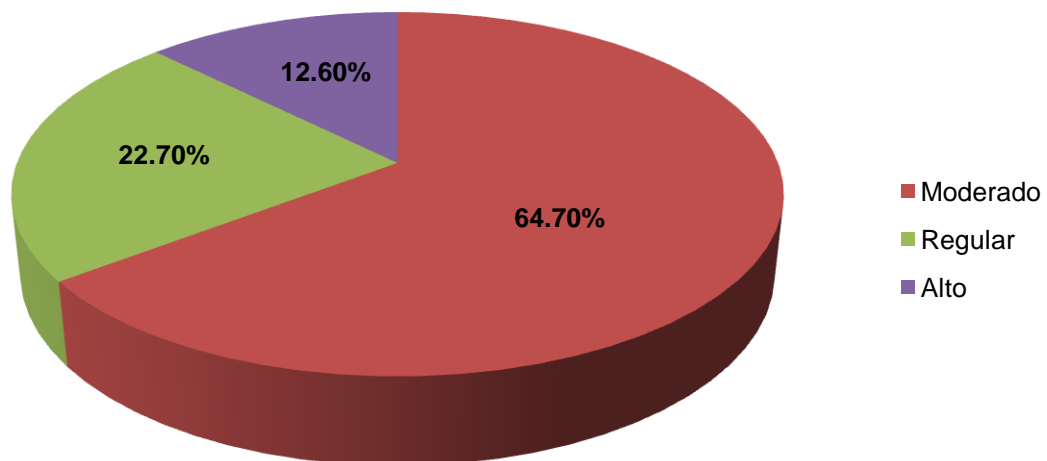


Figura 4: Soledad en el grupo de la Clínica de Salud (n = 119)

Bienestar Emocional. El 23.20% de los participantes del Centro Recreativo, presentan un alto nivel de Bienestar Emocional, siendo mayor que lo obtenido por los participantes de la Clínica de Salud (7.60%). El mayor porcentaje obtenido en los dos grupos se presenta en el nivel regular del Bienestar Emocional, Clínica de Salud (39.80%) y el Centro Recreativo (39.40%).

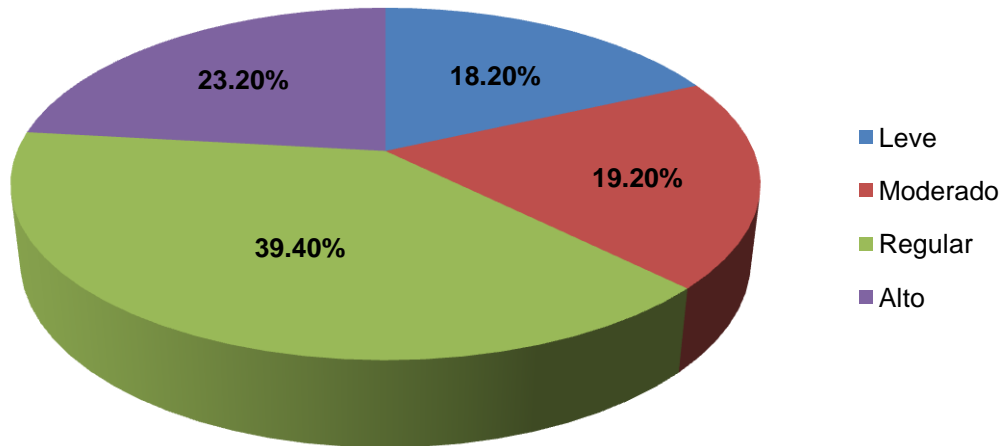


Figura 5: Bienestar Emocional en el grupo del Centro Recreativo (n = 99)

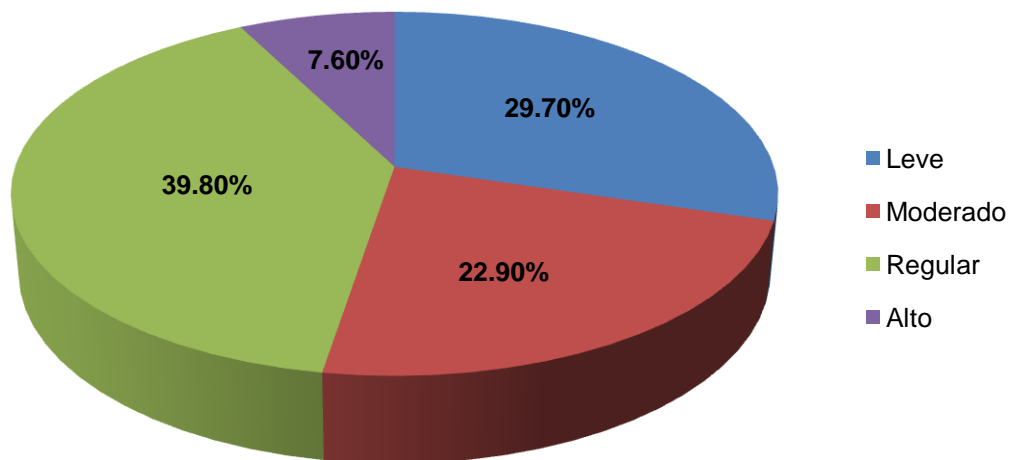


Figura 6: Bienestar Emocional en el grupo de la Clínica de Salud (n = 119)

Correlación entre variables

Se establecieron niveles de correlación entre las variables en cada grupo mediante la aplicación de la prueba de “r” de Pearson, a continuación se presentan las correlaciones significativas entre las Habilidades Sociales y Soledad, Habilidades Sociales y Bienestar Emocional, y Soledad con Bienestar Emocional.

Tabla 4: Correlaciones significativas entre Habilidades Sociales, Soledad y Bienestar Emocional por cada grupo.

	CENTRO RECREATIVO		CLÍNICA DE SALUD	
	<i>Soledad</i>	<i>Bienestar Emocional</i>	<i>Soledad</i>	<i>Bienestar Emocional</i>
<i>Habilidades Sociales</i>	-.400(**)	.247(*)	-.337(**)	.224(*)
<i>Soledad</i>		-.685(**)		-.631(**)

** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

Como se aprecia en la Tabla 4, los resultados obtenidos del Centro Recreativo tienen una correlación significativa negativa entre las Habilidades Sociales y la Soledad ($-.400, p \leq .01$), una correlación significativa positiva entre Habilidades Sociales y el Bienestar Emocional ($.247, p \leq .05$), y una correlación significativa negativa de Soledad con Bienestar Emocional ($-.685, p \leq .01$).

En la Clínica de Salud, la correlación fue significativa negativa entre las Habilidades Sociales y la Soledad ($-.337, p \leq .01$), correlación significativa positiva para Habilidades Sociales con el Bienestar Emocional ($.224, p \leq .05$), y una correlación significativa negativa de Soledad con Bienestar Emocional ($-.631, p \leq .01$).

Análisis Comparativo

A fin de corroborar si existen diferencias entre los dos grupos, en cuanto al nivel de Habilidades Sociales, Soledad y Bienestar Emocional en los adultos mayores, se aplicó una prueba t de Student para grupos independientes.

Tabla 5: Estadística inferencial de las Habilidades Sociales, Soledad y Bienestar Emocional.

	t	gl	Sig
<i>Habilidades Sociales</i>	1.539	210	.125
<i>Soledad</i>	.233	216	.816
<i>Bienestar Emocional</i>	3.039	215	.003*

* Diferencia significativa $p \leq .003$

En la Tabla 5, se observa que las diferencias son significativas sólo en el Bienestar Emocional ($t = 3.039$; $gl = 215$; $p = .003$), mientras que no existe evidencia estadística suficiente para suponer que hubiese una diferencia significativa en las Habilidades Sociales ($t = 1.539$; $gl = 210$; $p = .125$) y Soledad ($t = .233$; $gl = 216$; $p = .816$).

CAPITULO 8

DISCUSIÓN

El objetivo del presente trabajo fue comparar el nivel de Habilidades Sociales y su relación con la percepción de Soledad y Bienestar Emocional en dos grupos de adultos mayores, que provienen de dos escenarios diferentes, pacientes adscritos a una Clínica de Salud, y asistentes a un Centro Recreativo, lo cual, los resultados indican que existe diferencia significativa en el Bienestar Emocional.

Es así que, los adultos mayores al acudir frecuentemente a actividades en un Centro Recreativo donde tienen la oportunidad de convivir y expresarse, aumentan y promueven la satisfacción por la vida, la felicidad, la moral; así como, el valor en general que el individuo realiza en función de criterios propios (Lawton, 1983; y Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002).

Si bien, no hay suficiente evidencia estadística que pruebe una diferencia significativa para las Habilidades Sociales en los dos grupos, las medias indican que hay mayor nivel en las personas que asisten a un Centro Recreativo que las de una Clínica de Salud. De las conductas socialmente habilidosas que se han correlacionado con el estar o sentirse solo o acompañado, durante la tercera edad es la falta de asertividad, ser tímidos, pasivos y poco sociables (Gil & García, 1998). Por tal motivo, las Habilidades Sociales conductuales son benéficas en la persona para mantener y originar redes sociales satisfactorias (Caballo, 1993; Caballo, Del Prette, Monjas & Carrillo, 2006; Juncos & Pereiro, 2000).

Los resultados exhiben que hay mayor puntuación en el nivel de Habilidades Sociales para las personas que asisten al Centro Recreativo, y es ligeramente superior la Soledad y el Bienestar Emocional de las personas que acuden al Centro Recreativo que al de la Clínica de Salud. De acuerdo con Baltes & Baltes (1993), las Habilidades Sociales favorecen la comunicación, al igual que se logra mantener y desarrollar el nivel de satisfacción, beneficiando adaptarse a los cambios de la tercera edad, por lo tanto, es

recomendable asistir a Centros Recreativos donde podrán tener mayor contacto con las personas, interactuar, crear redes sociales y sentirse mejor.

Los datos descriptivos nos llevan a suponer que hay diferencia en el nivel de Habilidades Sociales debido a que se encontró mayor puntuación en el Centro Recreativo que en la Clínica de Salud, lo cual no se puede asegurar pues al realizar el análisis comparativo, señala no tener una diferencia significativa, dichos resultados pueden quedarse en pie para posteriores investigaciones, cuidando el sesgo que se llega a originar al hacer la entrevista a las personas.

Normalmente, en el proceso de la vejez, los cambios sociales que se presentan son alrededor del estatus laboral, pues si éste se culmina, disminuye en el soporte económico, también se modifica en gran medida las acciones cotidianas, pues el contacto con los compañeros de trabajo es menor y se cuenta con un aumento de tiempo libre y puede darse un mayor aislamiento social.

Todo dependerá de la planeación y expectativas que el adulto mayor tenga idealizados para esta etapa de vida. Ya que es posible transformar su rol en la familia y pueda crear nuevas relaciones con sus hijos, nietos o amigos. Pues el tiempo libre, puede proporcionar la realización de redes sociales para su beneficio, fortaleciendo las relaciones con las que ya se contaban o logrando mayor interacción en centros comunitarios y lugares de esparcimiento.

Las personas que se encuentran solas poseen deficiencias en sus habilidades sociales, pues en sus interacciones prestan poca atención a los demás y se les dificulta responder a preguntas así como para mantener una conversación con otros (Altea, 2005).

Por otro lado, existen recursos personales (pe. habilidades para relacionarse con otras personas), familiares (como proveedores primarios de apoyo) y sociales (pe. amistades para intercambiar información y realizar actividades), entre otros, que protegen al individuo del sentimiento de soledad (Rodríguez, 2009).

De esta manera, para prevenir la soledad, Martín (2002) considera que la prevención debe orientarse hacia un aprendizaje y aceptación de la soledad, y tomar una actitud altruista hacia los demás, buscando contactos sociales mediante la participación en actividades comunitarias.

Es decir, la mejor forma de evitar el aislamiento, es relacionarse con otras personas y con lo que ocurre en el entorno, así como cultivar relaciones con la familia y las amistades para constatar el valor y significación que son para ellos (Ulla, Espinoza, Fernández E., Fernández, A. & Prieto, 2003); suministrando y aceptando cariño de quienes los rodean, lo que devuelve la comunicación interpersonal y la intimidad (Alexandre, 2004).

A pesar de que las personas adultas mayores cuentan con menos recursos biológicos, materiales, sociales y psicológicos, su bienestar emocional no declina forzosamente con la edad, ya que pueden reorganizar sus aspiraciones, reubicar sus pérdidas y mantener el nivel de bienestar (Baltes, 1977; 1998).

Una estrategia es que la persona se mantenga en ambientes suficientemente estables, que le resulten familiares y que le permitan desempeñar actividades que le son cotidianas y que pueden efectuarse con éxito; además de disminuir los conflictos, favoreciendo la cohesión y valoración positiva de sí misma (Antequera-Jurado & Blanco, 1998).

CAPÍTULO 9

CONCLUSIONES

A continuación se enlistan algunas de las conclusiones a las que se llegó en esta investigación:

- Ψ Recomendar enviar a los pacientes después de su consulta cotidiana en la Clínica de Salud, a realizar la evaluación psicológica; en dado caso de realizar otras investigaciones, se obtendrían mejores resultados, evitando un gran sesgo en la selección de los participantes.
- Ψ Crear más lugares de esparcimiento o Centro Recreativos para los adultos mayores.
- Ψ Difundir los espacios destinados a los adultos mayores con los que ya se cuentan.
- Ψ Instaurar Lugares de Día con los servicios necesarios para la atención del adulto mayor.
- Ψ Impartir programas de aprendizaje y talleres de Habilidades Sociales que beneficien a los adultos mayores en sus relaciones interpersonales.
- Ψ Enseñar a las personas a fomentar las Habilidades Sociales, para disminuir los índices de percepción de soledad y aumentar el Bienestar Emocional.
- Ψ Tanto en Centros Recreativos y Centros de Salud, es necesario mejorar las Habilidades Sociales, para evitar desencadenar enfermedades.
- Ψ A menor Soledad, mayor Habilidades Sociales y Bienestar Subjetivo.
- Ψ Adultos Mayores Sanos = mayor Bienestar Emocional y menor Soledad.

- Ψ El Bienestar Emocional puede ser una variable predictora de la salud y enfermedad.

- Ψ Los psicólogos tenemos las herramientas para desarrollar y fomentar las Habilidades Sociales en los adultos mayores.

- Ψ Espacios de integración para adultos mayores, así como, encuentros intergeneracionales que ayuden a la sensibilización y aprendizaje de la etapa del adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- Altea (recuperado en 2005). *El sentimiento de soledad: causas y consecuencias*. (En red). Disponible en: http://www.altea.tie.cl/cont/art_ant.htm
- Babb, P. (1998). *Manual de Enfermería Gerontológica*. México: Mc Graw Hill Interamericana
- Barrio, I., Barreiro, J., Pascau, J., Júdez, J., Simón, P., Molina, A. & Gilarranz, S. (2006). La dependencia en el decir de los mayores. *Gerokomos*, 17, (2), 66-74.
- Bhatia, S. Swami, H. & Bhatia, V. (2007). A study of health problems and loneliness among the elderly in Chandigarh. *Indian Journal of Community Medicine*, 32 (4), 255-258.
- Buendía J. & Riquelme A. (1994). Jubilación, salud y envejecimiento. En: Buendía (comp.) *Envejecimiento y psicología de la salud (73-83)*. España: Siglo XXI.
- Buz Delgado, José; Bueno Martínez, Belén, (2006). “Las relaciones intergeneracionales”. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 66. Lecciones de Gerontología, disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/buz-relaciones-01.pdf>
- Caballo, V. E. (1986). *Evaluación de las habilidades sociales*. Madrid: Pirámide, pp. 34-74.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Siglo Veintiuno.
- Caballo, V., Del Prette, Z., Monjas, I. & Carrillo, G. (2006). Evaluación de las habilidades sociales en la vida adulta. En: Caballo, V. *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. (pp. 401-420.) España: Pirámide.
- Díaz, R., Oliveros, G. y otros (2001). *Soledad*. Apsique. Recuperado el 13 de marzo del 2011 de <http://www.apsique.com/node/120>.
- Fuguet, J. & Caner, C. (1993). El anciano sano. En: *Enfermería geriátrica*. (pp. 35-43). Barcelona: Ediciones científicas y técnicas.

- González-Celis, A. (2003) Los adultos mayores: un reto para la familia En: L.L. (Com.) Dinámica de la familia. *Un enfoque psicológico sistémico*. (pp. 127-139). México: Prax.
- Juncos, O. & Pereiro, A. (2000). Intervención en comunicación y lenguaje en la tercera edad. En: *Temas de Gerontología III*. (167-175). Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Jung, J. (1997). Balance and source of social support in relation to well-being. *The Journal of General Psychology*, 124, 77-90.
- Lehr, U. (2003). *Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*. España: Herder.
- Martín, M. (2002). Aspectos psicosociales del envejecimiento. En: Agüera, L.; Martín, M. y Cervilla, J. *Psiquiatría Geriátrica*. (pp. 63 – 95). España: Masson.
- Martín, J. (2008). Psicoterapia en la edad tardía. *Clínica y Salud*, 19, (1), 101-120.
- Montero M. (1998). *Soledad: Desarrollo y Validación de un inventario Multifacético para su Medición*. Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Montero M. & Sánchez-Sosa, J. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud mental*, 1 (24), 19-27.
- Muchnik E. y Seidmann S. (2005). *Aislamiento y Soledad*. Argentina: Ed. Universitaria de Buenos Aires.
- ONU. (2007a). Estudio Económico y Social Mundial 2007. *El desarrollo en un mundo que envejece*. Reseña. United Nations publication. Disponible en: http://www.un.org/esapolicywesswess2007filesoverviewlanguagesoverview_sp.pdf. pdf.
- Organización Panamericana de la Salud (1993). *Enfermería gerontológica*. Conceptos para la práctica, Washington, D.C. o visite el sitio <http://www.paho.org/>.
- Pérez E. & Morales J. (2000). Fisiología del envejecimiento. En Rodríguez, R., Morales, J., Encinas, R., Trujillo, Z. Y D,Hyver, C. *Geriatria*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Pulido, M. E. (2003). *Envejecimiento y Longevidad*. Recuperado el 3 de mayo de 2011, de <http://www.homeopatia.com.mx/memorias2003/EnvejecimientoyLongevidada.htm>

- Quintanilla, M. (2000). Causas y consecuencias del envejecimiento. *Enfermería geriátrica: Cuidados integrales en el anciano*, 43-48.
- Ramos, J. y Petroff, N. (1997). *Ancianidad*. Recuperado el 8 de mayo de 2011 de, <http://www.monografias.com/trabajos5/anciani/anciani.shtml>
- Ríos S. (1994). Importancia de las habilidades sociales en los adolescentes. *Revista Electrónica Iztacala*, UNAM, 9(5), pp. 12-32.
- Rubio, R. & Aleixandre, M. (2001). *Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre estar solo y el sentirse solo*. *Revista Multidisciplinaria Gerontológica*. 11 (1) 23-28.
- Stassen, K. & Thompson, R. (2000). *Psicología del desarrollo: Adulthood y vejez*. España: Médica Panamericana.
- Solís Y. & Marín R. (2001). La tercera edad. *Interpsiquis*, 2.
- Torres M. & Chaparro A. (2003). *Síndrome y cuidados en el paciente geriátrico*. En Guillén, F. y Pérez, J. España: Masson.
- Zamarrón C. (2006). “El bienestar subjetivo en la vejez”. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 52. Lecciones de Gerontología, II [<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zamarron-bienestar-01.pdf>]
- Zamarron, M.D.; Fernández-Ballesteros, R (2000). Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencias. Factores determinantes. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*; 35: 17-29.
- Zarragoitia, A. (2003). La depresión en la tercera edad. *Revista electrónica de geriatría y gerontología*, 5 (2). Disponible en:http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD091_Zarragoitia.pdf.
- Zegers, B. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Recuperado el 5 de mayo de 2011, de <http://biblioteca.uandes.cl/documentos/DesplegarTesis.asp?nombre=C:/www/biblioteca/documentos/Bzegers.xml>

ANEXOS

Anexo 1

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. NOMBRE _____
2. SEXO Femenino () Masculino () 3. EDAD _____ (años cumplidos)
4. ESTADO CIVIL Soltero () Casado () Con pareja () Separado () Divorciado () Viudo ()
5. ¿CON CUÁNTAS PERSONAS VIVE? _____
6. CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE Solo () Con su pareja o cónyuge () Con sus hijos () Nietos ()
Hermanos () Amigos () Personas pagadas sin vínculos () Con un familiar () Otro ()
¿Quién? _____
7. ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA VIVIENDO ASÍ?
Días _____
Meses _____
Años _____
8. ¿CUÁL ES SU NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS?
9. ¿CUÁL ES SU ACTIVIDAD PRINCIPAL?
Empleado () Trabaja por su cuenta () Retirado, Jubilado o pensionado ()
Labores del hogar () Busca trabajo () Otra ¿cuál? _____
10. MENCIONE TRES ACTIVIDADES QUE REALICE EN SU TIEMPO LIBRE.
1 Ver tv/escuchar música _____ 5 Oficios _____
2 Domésticas _____ 6 Deportivas _____
3 Manualidades _____ 7 Dormir/descansar _____
4 Sociales, culturales, educativas _____ 8 Otras, ¿cuáles? _____
11. ¿Cómo evaluaría su salud?
Muy buena () Buena () Regular () Mala () Muy mala ()
12. ¿Qué tan satisfecho está con su salud?
Muy satisfecho () Satisfecho () Regular () Insatisfecho () Muy insatisfecho ()
13. ¿ESTÁ ENFERMO EN ESTE MOMENTO? Sí () No ()
14. ¿CUÁL ES SU ENFERMEDAD? _____
15. ¿DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO PADECE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA?
Días _____
Meses _____
Años _____

Anexo 2

Cuestionario de Habilidades Sociales para Adultos Mayores (CHaSAM)



El siguiente cuestionario ha sido construido para proporcionar información sobre la forma cómo actúa normalmente. Escuche cuidadosamente cada oración e indique de acuerdo con las tarjetas de respuesta que le mostraré, la frecuencia con la que realiza las siguientes conductas. Por favor, sea sincero(a) y espontáneo(a) al responder, señalando la opción de respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. Recuerde: **No deje ninguna pregunta sin contestar.**

UNAM

			Nunca o casi nunca	A veces	Muy seguido	Siempre
1	II.	Si no estoy de acuerdo con un amigo se lo digo.				
2	III.	Si necesito ayuda la pido.				
3	IV.	Soy una persona que sabe defender sus derechos				
4	V.	Expreso lo que siento a las personas que quiero.				
5	VI.	Cuando una persona me agrada se lo digo.				
6	I.	Me resulta fácil hacer nuevos amigos/as.				
7	II.	Expreso lo que pienso.				
8	III.	Si necesito ayuda de alguna persona la pido.				
9	V.	A las personas que aprecio les digo que las quiero.				
10	VI.	Me es fácil mostrar a la gente mi agrado hacia ellos.				
11	II.	Cuando no estoy de acuerdo con algo lo digo.				
12	III.	Pido ayuda a mi familia cuando la necesito.				
13	V.	Abrazo a las personas que quiero.				
14	II.	Expreso mi opinión aunque no sea popular.				
15	III.	Pido ayuda a mis amigos si así lo requiero.				
16	V.	Digo a mis amigos que los aprecio.				
17	VI.	Expreso mi agrado a mis conocidos.				
18	III.	Cuando necesito ayuda de algún conocido se la pido.				
19	V.	Digo a mis familiares que los quiero.				
20	II.	Tengo derecho a expresar mis opiniones.				
21	III.	Si no entiendo algo pido que me lo expliquen.				

Le voy a preguntar lo que piensa de su vida en **las dos últimas semanas** y va a contestar con unas tarjetas que le voy a enseñar y que le pueden ayudar a responder las preguntas.

			Nunca o casi nunca	A veces	Muy seguido	Siempre
22	V.	Procuro ayudar a las personas que aprecio.				
23	VI.	Soy amigable con las personas que me agradan.				
24	I.	Procuro conversar con las personas aunque no las conozca.				
25	V.	Digo que quiero a las personas sin importar lo que otros piensen.				
26	VI.	Expreso mi agrado por las personas.				
27	I.	Yo inicio las pláticas con mis amigos.				
28	III.	Pido favores a los demás.				
29	V.	Procuro que las personas que quiero se sientan bien.				
30	VI.	Cuando una persona me agrada la ayudo.				
31	I.	Las pláticas con mis familiares las comienzo yo.				
32	II.	Digo a mis conocidos cuando no estoy de acuerdo con ellos.				
33	III.	Pido favores a mis amigos.				
34	V.	Expreso a mis amigos que los quiero.				
35	VI.	Si mi vecino me agrada procuro ayudarlo.				
36	I.	Con mis conocidos yo inicio las pláticas.				
37	III.	Pido favores a mis conocidos.				
38	IV.	Defiendo mis derechos.				
39	V.	Expreso a mis familiares que los quiero.				
40	VI.	Cuando un conocido me agrada procuro ayudarlo.				
41	III.	Pido favores a mis familiares.				

Observaciones:

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!



Anexo 3

Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL (Versión Breve) (Montero, 2000)

INSTRUCCIONES. Enseguida encontrará una serie de afirmaciones que describen diversos sentimientos. Su tarea consiste en indicar con qué frecuencia experimenta dichos sentimientos empleando para ello la clave que se encuentra al lado derecho de cada oración. Responda de manera sincera y espontánea, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, lo que importa es lo que usted sienta.

Afirmaciones	Todo el tiempo (4)	La mayor parte del tiempo (3)	Algunas veces (2)	Casi nunca (1)	Nunca (0)
01. Siente que solo cuenta consigo mismo(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
02. Se siente rechazado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
03. Se siente inseguro(a) acerca de su futuro	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
04. Se siente aislado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
05. Se siente incomprendido(a) en su familia	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
06. Se siente vacío(a) de cariño	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
07. Se siente cansado(a) de luchar por la vida	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
08. Se siente como encerrado(a) en sí mismo(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
09. Se siente solo(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
10. Se siente apartado(a) de su familia	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
11. Se siente abandonado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
12. Siente su vida vacía	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
13. Siente que su familia desconoce sus sentimientos	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
14. Se siente insatisfecho(a) con su vida	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
15. Siente que su familia desapueba su manera de ser	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
16. Siente que su vida carece de propósito	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
17. Se siente desamparado(a)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
18. Siente que la soledad es su única compañía	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
19. Siente que su vida está llena de conflictos y tristezas	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
20. Se siente triste	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)

Anexo 4



Escala de Bienestar Subjetivo (PGC) Paul Lawton

Instrucciones: A continuación se le mostrarán dos tarjetas, una con la palabra SI y otra con la palabra NO; escuche atentamente cada una de las afirmaciones y señale la tarjeta que se ajuste a los sentimientos y pensamientos que ha experimentado en las dos últimas semanas.

Factor 1 - Agitación

1. Las pequeñas cosas me molestan más este año
SI NO
2. Algunas veces me preocupo tanto que no puedo dormir
SI NO
3. Tengo miedo de muchas cosas
SI NO
4. Me enfurezco más de lo acostumbrado
SI NO
5. Tomo las cosas duramente
SI NO
6. Me altero fácilmente
SI NO

Factor 2 - Actitud hacia su propio envejecimiento

8. Las cosas se ponen cada vez peor conforme yo me hago más viejo
SI NO
9. Yo tengo hoy tanta energía como la tenía el año pasado
SI NO
10. Conforme envejezco, soy menos útil
SI NO
11. Conforme envejezco, las cosas son mejores/peores de lo que creí que serían
Mejores Peores
- 12 Soy tan feliz ahora como cuando era más joven
SI NO

Factor 3 - Soledad/Insatisfacción

1. ¿Qué tan solo me siento?
2. Veo lo suficiente a mis amigos y familiares
SI NO
3. Algunas veces siento que la vida no vale la pena vivirla
SI NO
4. La vida es dura para mí casi todo el tiempo
SI NO
5. ¿Qué tan satisfecho estoy con mi vida actualmente?
6. Tengo muchas cosas porque estar triste
SI NO