



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

¿LOS SENTIMIENTOS DE SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES
DISMINUYEN SU BIENESTAR SUBJETIVO
ASÍ COMO LOS NIVELES DE AUTOEFICACIA?

ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE
REPORTE QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

SANDRA VERA OTERO

DIRECTORA DE TESIS: DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ- CELIS
RANGEL

SINODALES: EDGARDO RUIZ CARRILLO
FERNANDO QUINTANAR OLGUÍN



TLALNEPANTLA EDO. DE MÉXICO MAYO 2006

Tesis parcialmente apoyada por PAPIIT en el proyecto no. IN304706-2



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Doy gracias a Dios porque comenzar a entender su proyecto para los hombres me ha ayudado a comprender el principal remedio para el hombre es el amor.

Que la ciencia y Dios no están peleados sino que ambos buscan el bienestar y la dicha del hombre, uno a partir del método científico y magníficas técnicas terapéuticas y otro a partir de la palabra que nos muestra como vivir una vida plena.

A nivel individual me ha mostrado que amar y compartir con una actitud de servicio es de personas grandes.

A MIS PADRES

*En primer lugar, gracias por darme la vida, apoyarme y hacer todas las cosas para hacerme una persona de bien. Gracias por enseñarme a perseverar, por alentarme a terminar mis estudios, por ayudarme en mis tareas y preocuparse cuando me desvelaba o no comía. **iii LOS QUIERO MUCHO!!!***

DREAM TEAM

A ustedes les agradezco que me hayan brindado su amistad y la oportunidad de trabajar con ustedes durante casi cuatro años. Nuestro equipo nos identificó tanto en el grupo como con los maestros, ustedes saben como nos llamaban. Adriana y María, ustedes también estuvieron conmigo en la realización de mi tesis.

HERMANOS

Por comprenderme y no hacer ruido cuando estaba trabajando y presionada con el trabajo. Échenle muchas ganas, cuentan conmigo.

SAÚL

Por ayudarme en los momentos que peor me sentía y brindarme palabras de aliento que me reconfortaban

DRA. ANA LUISA

Gracias por ser tan amable conmigo y mis compañeros, por el apoyo y la confianza brindados, así como por permitirnos aprender de usted e impulsarnos a seguir adelante con mejores proyectos.

MTRO. QUINTANAR

Le agradezco su amabilidad para conmigo, por interesarse en mi proyecto y dedicar tiempo para hacerme observaciones y facilitarme material.

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO	7
1.1 Demografía de la población adulta mayor.....	7
1.2 Teorías de la vejez.....	8
1.3 Estudio del envejecimiento.....	13
1.4 Proceso de envejecimiento.....	16
1.5 Envejecimiento exitoso.....	18
CAPÍTULO II. SOLEDAD EN PERSONAS ADULTAS MAYORES	20
2.1 Necesidades relacionadas con la soledad.....	20
2.2 Soledad como objeto de estudio en Psicología, definiciones y algunos conceptos relacionados.....	21
2.3 Dimensiones, características y definición de soledad.....	26
2.4 Tipos de soledad.....	27
2.5 Causas y consecuencias de la soledad.....	28
2.6 Teorías y Modelo multidimensional.....	29
2.7 Variables asociadas a la soledad.....	31
2.8 Soledad y prevención en personas adultas mayores.....	34
CAPITULO III. BIENESTAR SUBJETIVO	38
3.1 Estudio del Bienestar Subjetivo.....	38
3.2 Diversas definiciones de Bienestar Subjetivo.....	39
3.3 Bienestar subjetivo en personas adultas mayores.....	45
CAPÍTULO IV: AUTOEFICACIA	47
4.1 Definición de autoeficacia.....	47
4.2 Fuentes de creencias de eficacia.....	48
4.3 Medición de expectativas.....	51
4.4 Procesos activados por la eficacia.....	52
4.5 Autoeficacia y personas adultas mayores.....	54

CAPÍTULO V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	56
5.1 Pregunta de investigación.....	56
5.2 Objetivo general.....	56
5.3 Objetivos específicos.....	56
5.4 Justificación.....	56
5.5 Hipótesis de investigación.....	58
CAPÍTULO VI. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	59
6.1 Tipo de estudio, diseño y tamaño muestral.....	59
6.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	59
6.3 Materiales e Instrumentos.....	60
6.4 Escenario.....	61
6.5 Definición de variables.....	61
6.6 Procedimiento.....	62
6.7 Análisis de datos.....	65
CAPÍTULO VII. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	66
CAPÍTULO VIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	72
REFERENCIAS	77
ANEXOS	85

INDICE DE FIGURAS

Número de figura	Página
Figura 1. Frecuencia con la que las personas reportaron sentirse solas66	66
Figura 2. Bienestar Subjetivo en personas adultas mayores.....67	67
Figura 3. Nivel de Autoeficacia en personas adultas mayores.....67	67

INDICE DE TABLAS

Número de tabla	Página
Tabla 1. Escalas tipo Likert utilizadas en el Instrumento WHOQoL-breve versión en español.....	63
Tabla 2. Tabla de medidas descriptivas de los tres instrumentos utilizados.....	66
Tabla 3. Correlaciones entre los factores del Inventario de soledad (IMSOL) y el Instrumento de Expectativas de Autoeficacia en personas mayores.....	69
Tabla 4. Correlaciones entre los factores del Instrumento de Expectativas de Autoeficacia y la Escala de Bienestar Subjetivo en personas mayores.....	70
Tabla 5. Correlaciones r de Pearson entre los factores del Inventario de soledad (IMSOL) y los de la Escala de Bienestar Subjetivo en personas mayores.....	71

INDICE DE ANEXOS

Número de anexos	Página
Anexo 1. Ficha de datos sociodemográficos.....	86
Anexo 2. Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL.....	88
Anexo 3. Escala de Bienestar Subjetivo (<i>Philadelphia Geriatric Center</i> PGC).....	89
Anexo 4. Instrumento de Expectativas de Auto-eficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC- Breve).....	91
Anexo 5. Tarjetas de respuesta: Calidad y Satisfacción.....	92
Anexo 6. Tarjetas de respuesta: Intensidad y Frecuencia.....	93
Anexo 7. Tarjetas de respuesta: Si y No.....	94
Anexo 8. Recomendaciones para mejorar la calidad de vida en adultos mayores.....	95
Anexo 9. Directorio telefónico.....	96
Anexo 10. Solicitud y permiso para la aplicación de la batería de evaluación dirigida a personas adultas mayores.....	97

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar si los sentimientos de soledad se asocian con el bienestar subjetivo y la percepción de autoeficacia, en 207 personas adultas mayores pertenecientes a centros culturales del INAPAM. Se aplicó una ficha de datos sociodemográficos, el Inventario Multifacético de Soledad IMSOL, el Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve) y la Escala de Bienestar Subjetivo PGC. Los datos obtenidos mostraron que la autoeficacia se asoció débilmente a las variables de soledad y bienestar subjetivo; donde el dominio de autoeficacia para realizar actividades sociales tuvo el valor más alto de correlación negativa con soledad; asimismo soledad se asoció moderadamente al bienestar subjetivo; por lo que se concluyó que las personas que asisten a estos centros no se sienten solos debido a que en estos lugares encuentran redes de apoyo social.

Palabras clave: soledad, bienestar subjetivo, bienestar psicológico, autoeficacia.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas el aumento en la población anciana es un fenómeno común en la mayor parte de los países, como es el caso de México.

Este fenómeno es llamado envejecimiento poblacional que es debido a diversas causas como son la disminución de la mortalidad, disminución de la migración e inmigración de jóvenes, mejora de la ciencia médica, disminución de la tasa de natalidad, aumento de la calidad de vida así como del aumento en la esperanza de vida en países socioeconómicamente más desarrollados.

Por lo tanto, el envejecimiento debiera ser un tema estudiado por diferentes disciplinas para poder responder a todas aquellas nuevas situaciones que trae consigo este fenómeno social. En este trabajo, el tema del envejecimiento es revisado en el capítulo I.

En el caso de la psicología, aunque el estudio acerca del envejecimiento ha sido tardío, éste se ha estudiado desde aproximadamente ocho teorías, la teoría de la desvinculación, la teoría de la actividad y de los roles, la perspectiva interaccionista, la teoría de la continuidad, la perspectiva del ciclo vital, la teoría de la subcultura, teoría de la selectividad y la teoría intergeneracional, cada una tomando en cuenta aspectos importantes para el conocimiento del envejecimiento.

Se considera que en los últimos años, diversas disciplinas se han ocupado del estudio del envejecimiento, ya no solo en el sentido patológico, sino normal e incluso exitoso. En este sentido, la labor del psicólogo está encaminada a ayudar en el proceso de adaptación por medio del fomento de independencia del anciano, integración con su medio, creación de habilidades de comunicación, creación de una imagen positiva de la vejez, así como permitir que la persona mayor se sienta útil, entre otras.

Anteriormente se pensaba que la vejez era una etapa de decadencia en la que declinaban muchas funciones tanto físicas y fisiológicas como cognitivas, sin embargo, ahora se piensa como un proceso en el que se presentan deterioros pero al mismo tiempo se despliegan funciones que tal vez no declinen en ningún momento de la vida. Es decir, el envejecimiento exitoso depende de la adaptación a todos estos cambios que se presentan con el avance de la edad.

Uno de estos cambios, es la pérdida del cónyuge, familiares y amigos que son personas que proporcionan afecto a los ancianos, lo cual es de gran importancia debido a la condición sociable de los humanos, por lo mismo, aquí se revisa el constructo de soledad en el capítulo II.

La soledad ha sido un constructo difícil de estudiar, debido a la amplia gama de definiciones que han surgido, además de la asociación con otros conceptos como el aislamiento, retiro, abandono, separación, añoranza, etc.

Una primera aclaración que se hace acerca de este constructo es la identificación de lo objetivo y lo subjetivo, es decir, estar solo –sentido objetivo-, y sentirse solo –sentido subjetivo-. Sin embargo, distintos autores se han ocupado de generar definiciones de soledad que muestran algunas otras características de esta. La que parece ser más concisa es la que propone Montero (1998), en la que muestra a la soledad como un *“fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante, resultado de carencias afectivas, reales o percibidas que tiene un impacto diferencial sobre el funcionamiento y salud física y psicológica del sujeto”* (Montero, 1998; p. 11).

Se ha mostrado que el fenómeno de la soledad puede ser de diferentes tipos dependiendo del autor, por ejemplo Weiss considera que se puede diferenciar entre soledad emocional y soledad social; Köebel (1960) propone cuatro tipos de soledad: interna positiva, interna negativa, externa positiva y

externa negativa; respecto a la perspectiva temporal, Young (1982) distingue la soledad crónica, soledad situacional y soledad transitoria.

Por lo tanto se considera que la soledad presenta tres aspectos fundamentales: características emocionales, tipo de privación y la perspectiva de tiempo.

Se retoma el modelo multidimensional propuesto por De Jong-Gierveld (1987) en el que se toman en cuenta cuatro factores: 1) características descriptivas de la red social, 2) las evaluaciones subjetivas de la red, 3) las variables sociodemográficas y 4) las características de personalidad.

En otros países como el caso de España, se ha encontrado que la soledad es uno de los principales problemas que se presentan en la vejez, por lo que se considera que la prevención de ésta debe encaminarse hacia un aprendizaje y aceptación de la soledad, así como tomar una actitud altruista hacia los demás y buscar contactos sociales para participar en actividades comunitarias.

Un concepto central en la investigación de Calidad de Vida es el bienestar subjetivo, que se revisa en el capítulo III, en el que se muestra la construcción interior de los individuos, el cual se edifica a partir de del mundo que le rodea.

Debido a que el bienestar ha sido un tema de gran interés, es que diversos autores presentan su propia definición de bienestar subjetivo, cada uno con sus características particulares.

Se ha demostrado que el bienestar subjetivo juega un papel relevante en la calidad de vida del anciano puesto que, aunque las personas mayores durante la vejez cuentan con menos recursos, no ocurre lo mismo con la sensación de bienestar, ya que se ha encontrado que el bienestar no declina con la edad debido a la reorganización de aspiraciones y reubicación de las pérdidas (Baltes, 1998).

Un concepto muy relacionado con el bienestar subjetivo es la autoeficacia, por lo mismo se revisa en el capítulo IV. Este concepto se refiere a la creencia propia acerca de la capacidad para llevar a cabo una acción, diferente de las expectativas de resultados, los cuales se refieren a la estimación acerca de los resultados que producirá una acción. Ambos tipos de expectativas reflejan más los deseos, que la realidad, sin embargo son importantes a la hora de tomar la decisión de realizar una conducta. Estas acciones están reguladas a partir de procesos tanto cognitivos como motivacionales, afectivos y de selección.

Las creencias de las personas por su parte, pueden constituirse a través de experiencias de dominio, experiencias vicarias, persuasión verbal y de estados psicológicos emocionales como el estrés. Todos estos influyen en el modo de pensar, sentirse, motivarse y de actuar.

Un estado emocional que puede generar bajas expectativas de eficacia, así como bajas percepciones de bienestar, es la soledad. Según la Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), al menos en España, estos estados son frecuentes en personas adultas mayores, ya que comúnmente durante la vejez se pueden encontrar estados de viudez, pérdida de amigos y familiares cercanos, con los que compartía actividades, gustos y vivencias a los que estaba acostumbrado.

Por lo tanto, en el capítulo V se plantean tanto la pregunta de investigación así como los objetivos del estudio, en los que se pretende analizar si los sentimientos de soledad se asocian con el bienestar subjetivo y la percepción de autoeficacia, así como establecer las posibles relaciones entre los sentimientos de soledad y bienestar subjetivo, los sentimientos de soledad y la percepción de autoeficacia y entre el bienestar subjetivo y la percepción de autoeficacia. Igualmente se plantea la justificación del estudio y algunas hipótesis acerca de lo que se encontrará en el estudio.

Posteriormente, en el capítulo VI se describe la forma metodológica en la que se trabajó, tomando en cuenta el tipo de estudio, tamaño de la muestra utilizada, los criterios tomados en cuenta para la inclusión o exclusión de los participantes, así como los instrumentos y materiales utilizados, la descripción del lugar en el que se trabajó y por supuesto la definición de las variables utilizadas, el procedimiento utilizado durante la aplicación de los instrumentos y la forma en la que se analizaron los datos.

En el capítulo VII se lleva a cabo la descripción de los resultados encontrados, con respecto de los objetivos de este estudio, y posteriormente en el capítulo VIII se discuten los resultados más sobresalientes y se presentan las conclusiones y algunas sugerencias a las que se llegó con la realización de este estudio.

CAPITULO I. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

1.1 Demografía de la población adulta mayor

En las últimas décadas y en la mayoría de los países se presenta un fenómeno social de aumento en la población adulta mayor, México no ha sido la excepción, como país en vías de desarrollo. Ya que al igual que muchos otros países, en México la mortalidad descendió lentamente durante los años sesenta, debido a ello el aumento en la vida media fue pequeña; posteriormente el ritmo de descenso se recuperó aunque no fue tan rápido como antes.

Según la Comisión Nacional de Población CONAPO en el año 2000 los adultos mayores representaron el 6.8 por ciento de la población total del país y se espera que sean el 28 por ciento para el 2050 (Partida, 2004). Equivalentemente, conforme al censo de población y vivienda del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI en el año 2000, la población total en México es de 97 483 412 personas, de los cuales el porcentaje de población adulta mayor es de 7.2 (INEGI, 2000).

Algunas de las causas principales del aumento en la población se deben a diferentes causas entre las que se encuentran: la disminución de la mortalidad, donde según la CONAPO el riesgo de morir es de 44 por ciento entre el año 2000 y 2050; disminución de la migración e inmigración de jóvenes, según las estadísticas la tasa de emigración para los siguientes cincuenta años muestran que podría reducirse de 0.39 en el año 2000 a 0.23 por ciento en el 2050 (Guillén, 2003; Partida, 2004; Quintanilla, 2000); mejora de la ciencia médica; disminución de la tasa de natalidad (la tasa general de fecundidad (TGF) disminuyó de seis niños por mujer en 1975, cinco en 1979, cuatro en 1985, tres en 1994 a 2.2 en la actualidad); aumento de la calidad de vida; aunado a ello se encuentra el aumento

en la esperanza de vida en los países socioeconómicamente más desarrollados (Quintanilla, 2000).

Según las proyecciones de la CONAPO, la esperanza de vida aumentará de 74.0 años en el año 2000 (71.5 para los hombres y 76.5 para las mujeres) a 76.6 (74.2 y 79.1) en 2010; en 2030 a 79.8 (77.5 y 82.1) y finalmente a 81.3 años (79.0 para los hombres y 83.6 para las mujeres) en el 2050. El número de adultos mayores del país pasarán de 6.7 millones en 2000 a 36.5 millones en 2050 (Partida, 2004).

Guillén (2003, p. 3) entiende este fenómeno como envejecimiento poblacional, definido como “*el aumento de la proporción de personas de edad avanzada con respecto al total de esa población*”, ésto quiere decir que este hecho puede referirse tanto a pequeñas áreas rurales como a todo el mundo en su conjunto.

Este fenómeno ha traído consigo nuevas situaciones tanto a nivel económico, cultural y socioasistencial en las cuales se ha de trabajar para responder adecuadamente.

1.2 Teorías sobre la vejez

Martín (2002a) muestra distintas teorías que plantean diversas hipótesis acerca del envejecimiento.

Teoría de la desvinculación

Fue de las primeras y más influyentes teorías, propuesta por Cumming y Henry en 1961. Intentó explicar que durante la vejez aparece una separación gradual de la sociedad en la que hay una disminución de interacción de la persona

con su medio, la cual es conveniente para él y para la sociedad; tal es el caso de la jubilación.

Según esta teoría *“Los individuos mejor adaptados son los que van sustituyendo ocupaciones más activas por otras de menos responsabilidad y menos productivas”* (Martín, 2002a, p. 69).

La desvinculación existe, sin embargo, el concepto ha evolucionado y se entiende como *“un cambio de actitud hacia la vida, con una mayor interiorización y una transformación en los intereses y por lo tanto en muchas de las actividades, [se está] tratando de buscar una mayor adecuación a las posibilidades de cada anciano”* (Martín, 2002a, p. 69).

Teoría de la actividad y teoría de los roles

Fue desarrollada por Havighutst en 1961 y posteriormente por Neugarten y otros autores en 1977. En ésta se afirma lo contrario a la teoría de la desvinculación ya que sostiene que las personas activas o productivas se sienten satisfechas y felices.

El hecho de sustituir las actividades que se van perdiendo por otras actividades que las compensen favorecería a un envejecimiento exitoso.

La teoría de la actividad se sustenta en la teoría de los roles que considera que a lo largo de la vida se desempeñan diferentes roles que la definen social y personalmente como son los profesionales, familiares y relacionales. Entonces la adaptación al envejecimiento depende de cómo se ajuste a sus nuevos roles.

Perspectivas interaccionistas

Se basa en el interaccionismo simbólico que considera que los mismos individuos construyen su lugar en el mundo con base en sus interacciones, gestos y respuestas sociales.

Según Corraliza, (2000; citado en Martín, 2002a) el enfoque psicosocial considera tres conceptos fundamentales:

- *La interacción.* Análisis de la forma y escenario en el que las personas se relacionan entre sí.
- *La situación.* Influencia de los factores situacionales como son sociales, culturales, físicos, instrumentales, etc., en la realización de la actividad.
- *Interpretación.* Interpretación o significado personal que el individuo concede a cierta situación.

Una vez que los adultos mayores se adaptan a los sucesivos y nuevos requerimientos de la sociedad, éstos tendrán la capacidad de mantener una imagen positiva de sí mismos

Dentro de este enfoque se presentan varias teorías como propuestas: *La teoría del etiquetado* basada en los estereotipos sociales del comportamiento de los adultos mayores. *La teoría del intercambio social* en la que el *status* es el resultado del balance entre los beneficios que le aporta la sociedad y los costes que le demanda. *La teoría crítica de la economía política* dentro de la que se plantea que las condiciones políticas, económicas y sociales propician la imagen devaluada de los ancianos.

Teoría de la continuidad

Esta teoría enfatiza que envejecer es un proceso de continuidad más que de cambios. El sujeto elige hacia lo que percibe como continuidad tanto interna como externa. Interna se refiere a la permanencia en el tiempo del temperamento, afecto, disposiciones, aptitudes, ideas, valores y creencias; y la continuidad externa a las circunstancias y costumbres sociales.

Mantener una continuidad interna y externa es adecuada para el envejecimiento ya que se produce un sentimiento de seguridad y mantiene la autoestima.

Perspectivas del ciclo vital

Más que teoría, se refiere a un marco teórico en el que se concibe al envejecimiento como un proceso de evolución y desarrollo que inicia en el nacimiento, y la experiencia varía en función de los factores históricos.

Dentro de esta perspectiva cabe destacar el modelo de Erikson de 1968 donde divide el desarrollo humano en ocho etapas y cada una se relaciona con una temática psicológica que debe resolverse. El desarrollo psicológico es un proceso continuo de resolución de crisis. Durante la vejez el conflicto sería la integridad y la desesperación. La integración se presenta cuando existe una aceptación de los éxitos y fracasos pasados. Dos procesos importantes en el envejecimiento son la aceptación del proceso vital y la capacidad para relacionarse con generaciones posteriores.

Se considera insuficiente el enfoque del ciclo vital para describir y explicar los elementos diferenciales individuales en el proceso de envejecimiento, por lo que se considera necesario adoptar la *perspectiva de curso de la vida y curso de*

la acción, ya que integra la vivencia de cada individuo y la secuencia de las acciones y decisiones realizadas.

Teoría de la subcultura

Fue desarrollada por Rose en 1968 y sostiene que los mayores forman una subcultura y una minoría social y que al interactuar entre sí con otros grupos de edades podría ayudar a mantener la identidad y una autoestima positiva.

Ésto está relacionado con la teoría de la comparación social, es decir, que un individuo para validarse necesita compararse con otros de su entorno y situarse en una escala equiparable.

Teoría de la selectividad

Vino a reemplazar las teorías de desvinculación y de la actividad, fue publicada en 1991 por Carstensen y se refiere a que las interacciones sociales se eligen por razones y funciones específicas en edad avanzada. Como puede ser la elección de familiares más que nuevas relaciones.

Teorías intergeneracionales

Se encuentran dos enfoques antagónicos, uno es la tendencia de ayuda mutua entre las distintas generaciones, y el otro es la lucha intergeneracional en la que se plantea un conflicto de intereses entre los distintos grupos de edad debida a la competencia por la escasez de recursos.

Algunos comentarios acerca de las distintas teorías

Martín (2002a) comenta que cada una de las teorías o perspectivas aporta conocimientos dignos de tomarse en cuenta para el estudio del envejecimiento así como muestra una visión polifacética de éste.

Igualmente piensa que el envejecimiento no se puede explicar sólo desde aspectos individuales, por lo que habría que recurrir a enfoques que contemplen el contexto personal y social dentro de este grupo de edad y dentro de la sociedad.

1.3 Estudio del envejecimiento

Martín en (2002b) ha observado que el estudio acerca del envejecimiento ha sido relativamente poco estudiado, por ejemplo la psicogeriatría ha centrado su interés en el ámbito de la psicopatología y ha dejado de lado el estudio del envejecimiento normal. En las ciencias sociales se han realizado propuestas teóricas en las que se relacionan aspectos tanto demográficos como socioeconómicos, relacionales y de satisfacción.

La psicología se ha ocupado del envejecimiento tardíamente; la psicología evolutiva clásica se ha dedicado principalmente al desarrollo infantil y la adolescencia, no es sino hasta hace algunos años que con la perspectiva del ciclo de vida, se ha contemplado el desarrollo y declive de diferentes funciones, procesos y conductas del envejecimiento. La mayoría de las investigaciones que se han realizado acerca del envejecimiento, se han dedicado al estudio de la inteligencia y otros procesos cognitivos por medio de pruebas psicométricas. Ya el estudio acerca de patrones de cambio, estabilidad y algunas otras características psicológicas como la personalidad, la identidad, los procesos afectivos, las posibilidades y formas de adaptación, las relaciones con los otros, la calidad de vida, entre otras han sido mucho más recientes (Martín et al, 2002b).

Esto es Martín, et al. considera que esta situación ha cambiado en los últimos años, debido a que en muchas de estas disciplinas se ha observado un gran desarrollo ya que se realizan numerosos estudios sobre el envejecimiento cerebral fisiológico y sus correlatos cognitivos y psicoafectivos, que pueden proporcionar una concepción amplia y profunda del proceso de envejecimiento.

Fierro (1994) supone que “una psicología del envejecimiento ha de estudiar el despliegue de la totalidad de los distintos subsistemas comportamentales. Entre ellos ha de estudiar también aquel subsistema –o, mejor, conjunto de subsistemas- psicológico o comportamental al que llamamos personalidad”.

Se define a la psicología del envejecimiento como el estudio científico de la conducta durante la fase de envejecimiento de la vida, y se centra en los aspectos cognitivos, emocionales y comportamentales de las personas mayores (Belsky, 2001).

El estudio acerca del envejecimiento se centra tanto en personas sanas como enfermas, en el proceso de envejecimiento natural como el patológico, así como en personas en edades previas a la vejez. Los cambios asociados al envejecimiento requieren de un proceso de adaptación en el que el psicólogo puede aportar conocimientos y técnicas de intervención para afrontarlo de una forma adecuada.

La labor de intervención del psicólogo de envejecimiento tendrá como objetivo “*optimizar el proceso adaptativo con la ayuda de intervenciones sobre las necesidades de los ancianos, así como de su entorno familiar y social*” (González-Celis, 2004, p. 262).

González-Celis et al, (2004, p. 7) menciona concretamente las competencias profesionales del psicólogo del envejecimiento entre las cuáles se encuentran:

- ❑ Fomentar la autonomía e independencia posibilitando una mejor calidad de vida en los ancianos y en su entorno.
- ❑ Prevenir o retrasar al máximo las patologías físicas o mentales de los ancianos.
- ❑ Fomentar la integración del usuario en su medio social, familiar o institucional, estimulando las relaciones intrageneracionales e intergeneracionales.
- ❑ Trabajar la comunicación interpersonal e intergrupala
- ❑ Trabajar sobre la orientación del tiempo y el espacio para mejorar la salud integral, el bienestar personal y la calidad de vida de los ancianos y en su caso el afrontamiento a la enfermedad, incapacidad o pérdida.
- ❑ Conseguir que la persona mayor se sienta y sea útil, a través del fortalecimiento de su autoeficacia personal.
- ❑ Realización de diagnósticos y evaluaciones.
- ❑ Elaborar estrategias para maximizar los recursos e independencia de los ancianos.
- ❑ Diseñar programas de promoción y mantenimiento de la salud mental y prevención primaria de la enfermedad psicológica del deterioro físico y favorecer la integración social.
- ❑ Estudiar y planificar recursos adaptados a las nuevas necesidades de las personas mayores.
- ❑ Diseñar programas actuaciones dirigidas a mantener y fomentar la creatividad y expresividad, para potenciar la autoestima y favorecer la integración social.
- ❑ Participación en la dinamización de la vida cotidiana del anciano.

- Sensibilizar a la población general sobre una imagen positiva de la vejez.
- Potenciar el sentido de pertenencia a la comunidad, estimulando la participación en la vida social.
- Diseño de actuaciones e intervenciones en el mantenimiento y mejora de las capacidades cognitivas, psicomotrices y sensoriales.

Las funciones de evaluación e intervención en la tarea de prevención, así como los conocimientos y habilidades que lleva a cabo el psicólogo contribuyen en la mejora de calidad de vida de las personas mayores (González-Celis, et al).

1.4 Proceso de envejecimiento

Para decir que un sujeto es viejo, por lo general se toma como referencia la edad cronológica, que sirve principalmente para fines estadísticos. No obstante, esta referencia tiene divisiones en sí misma, ya que en los países desarrollados se toman en cuenta como adultos mayores a partir de los 65 años, en cambio en los países en vías de desarrollo es desde los 60 años (Lozano, 2000).

El uso de eufemismos para referirse a la vejez denota que es un período que no acaba de satisfacer a nuestros mayores, aún cuando se habla de elementos positivos de ésta, todo ello nos muestra que los adultos mayores no están disfrutando esta etapa de la vida (Ulla, Espinosa, Fernández E., Fernández, A. & Prieto, 2005).

Se señala que cuando se intenta definir la vejez como estado, puede tener distintos índices que muestran el momentos de inicio; uno de ellos es de carácter biológico, como acumulación de achaques, dolencias, o enfermedades físicas; también pueden ser de naturaleza social, referida a la consideración de la cual es objeto el anciano por parte de los demás en la sociedad. Igualmente

considera que la vejez es difícil de delimitar debido a que no suele mostrar indicios de comienzo tan claros como lo son los cambios en la adolescencia (Fierro, 1994).

El mismo autor considera aconsejable el uso de términos como 'envejecer' o 'envejecimiento' que denotan un proceso en lugar de algunos otros como vejez o tercera edad, ya que no recoge la naturaleza procesual del fenómeno.

Igualmente piensa que el envejecimiento no es un proceso evolutivo, pero tampoco involutivo, más bien piensa que es un proceso de decadencia o deterioro vial, en el que al menos se incluye alguna decadencia vital.

Al respecto hace alusión a dos formas de entender el curso del envejecimiento. Uno de ellos limita los procesos degenerativos y de reducción en algunas funciones al declinar biológico y psicológico. Un segundo enfoque reconoce este declinar así como un despliegue positivo de funciones que tal vez no declinan en ningún momento de la vida.

También destaca que con el envejecimiento no se presentan solamente deterioros sino que conjuntamente se mantienen e incluso se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas, es decir, que aprecia al envejecimiento como un conjunto de decadencia y despliegue entremezclados.

Para dar su punto de vista acerca de lo que es el envejecimiento toma en cuenta dos definiciones. La primera es de Handeler (1960 en Fierro, 1994, p. 4) "*El envejecimiento es el deterioro de un organismo maduro, deterioro resultante de cambios ligados al tiempo, esencialmente irreversibles e intrínsecos a todos los miembros de la especie*". La segunda, la toma de Birren y Renner, 1997; citado en Fierro, 1994, p. 4) "*Envejecimiento se refiere a los cambios regulares que ocurren en organismos maduros geriátricamente representativos y que viven bajo condiciones ambientales representativas, a medida que avanzan en edad*

cronológica". A esta última le cuestiona la relación que hace con la edad cronológica, ya que ésta no es determinante de los procesos de envejecimiento.

Entonces Fierro (1994, p.4) considera que *"el envejecimiento no constituye un proceso simple o unitario, sino un haz de procesos, asociados entre sí, aunque no necesariamente sincrónicos, y que se asocian, a su vez, con la edad cronológica, mas sin coincidir con ella e incluso sin variar en conexión mecánica con ella"*.

El proceso de envejecimiento tiene lugar tanto en los sistemas o estructuras del organismo como de la personalidad; desde el sistema biológico de supervivencia hasta el comportamental adaptativo ante amenazas de nuevos estímulos (Fierro et al, 1994).

1.5 Envejecimiento exitoso

En una concepción de "nueva gerontología" John Wallis Rowe introdujo el término envejecimiento exitoso, el cual rompe con el mito en el cual se considera al envejecer como un proceso doloroso, ligado al deterioro progresivo e irreversible de las capacidades funcionales.

Se ha observado que las variables asociadas al envejecer exitoso, incluyen hábitos alimenticios adecuados, ejercicio, vida activa, interacciones, apoyo social, trabajo productivo y el mantenimiento de funciones cognoscitivas (Rowe & Kahn, 1987).

Vellas (1996) realizó un estudio muy parecido en el que mostró que el envejecimiento activo es resultado de acciones como las siguientes:

1. Mantenimiento de las capacidades funcionales: físicas, mediante ejercicios; cerebrales, a través de activación psicológica; afectivas y

sociales a través del desarrollo y mantenimiento de una buena red de relaciones socio-afectivas.

2. Buen estado nutricional.
3. Un proyecto de vida motivante orientado a prevenir déficits psicológicos.
4. Sustituir lo que ya no se puede hacer con otras actividades a fin de evitar la carencia de las mismas.
5. Emplear paliativos apropiados como las prótesis que permitan compensar incapacidades.

La conclusión a la que llegaron fue que envejecer activamente favorece un envejecimiento exitoso.

CAPÍTULO II. SOLEDAD EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

2.1 Necesidades relacionadas con la soledad

El ser humano es considerado sociable por naturaleza, sin embargo, algunas personas son más sociables que otras, dependiendo sobre todo del ambiente en que viva durante la infancia ya que es cuando se despierta el interés de relacionarse con los demás, desarrollando así habilidades sociales y de comunicación (Aleixandre, 2004).

Es gracias al lenguaje que el individuo se humaniza, ya que fuera de la sociedad, en soledad, el hombre se animaliza como en los casos de los niños-lobos, sordomudos–ciegos antes de aprender su lenguaje, es decir, el humano en sociedad aprende el valor de la palabra, desarrolla el pensamiento, el diálogo, la convivencia, al igual que las pautas de conducta.

Entonces, debido a esta condición sociable del ser humano, es que no le sienta bien la soledad, aunque pueda variar en grados de resistencia según el sujeto y el momento evolutivo en el que se encuentre.

Para mantener sus relaciones interpersonales, la persona abre su conciencia al otro para que el otro haga lo mismo con él. Se busca una entrega total, una estrecha amistad ya que en estos periodos el amor y la filiación obligan a sacrificios y compromisos. Entonces, es en caso de la ausencia de esta ofrenda mutua, que se presentan sentimientos de soledad.

Maslow ha reconocido, al ser humano como un ser con diferentes necesidades, sin embargo, los ancianos debido a las características que presentan en esta etapa de su vida, pueden encontrarse con necesidades específicas. De la Serna (2000) menciona algunas necesidades del anciano, entre

las que propone el equilibrio físico, la necesidad de seguridad, de pertenencia, de consideración y de aceptación de la enfermedad y la muerte.

Las necesidades relacionadas con la soledad son la necesidad de pertenencia y necesidad de consideración. La primera de ellas se refiere a la necesidad de ser amado, de sentir que los otros cuentan con su afecto y que pertenecen a un grupo social. La necesidad de consideración se refiere a la necesidad de reconocimiento, de estima, de esperanza, de realizarse y de tomarse en cuenta como una persona útil (De la Serna, 2000).

2.2 Soledad como objeto de estudio en Psicología, definiciones y algunos conceptos relacionados

Algunos autores consideran a la soledad como un estado psíquico que casi cualquier ser humano ha experimentado a lo largo de su vida. Hablar de este sentimiento científicamente requiere distinguir cada una de sus características, las cuales han sido difíciles de reconocer (Expósito & Moya, 2000).

Dichos autores, suponen que el retraso en la investigación de la soledad en psicología ha sido debido a diversas dificultades como son la aparición de numerosas definiciones del constructo, la falta de un marco teórico explicativo y la dilatación en el desarrollo de instrumentos de medida fiables.

Se concibe la soledad como un constructo complejo que puede significar aislamiento, retiro, abandono, incomunicación, separación, desamparo, clausura, destierro, melancolía, nostalgia, añoranza o tristeza. Por lo tanto, se consideran dos complicaciones por afrontar (Aleixandre, 2004):

- a) Establecer una definición concreta de lo que se entiende como soledad.

- b) Es difícil hablar de cifras de prevalencia cuando no hay un criterio unánime en el concepto de soledad.

Y con ello, los principales problemas que se presentan para fijar una definición son:

Falta de comparabilidad. Debida a la falta de una definición general, lo que propicia que los investigadores desarrollen sus propias definiciones que fluctúan desde temas más o menos relacionados con las relaciones sociales, más o menos científicas descripciones de sentimientos relacionados con autopercepciones relativamente estables en el tiempo.

Falta de fiabilidad. Se refiere a la amplitud, vaguedad e imprecisión de muchas de las definiciones existentes.

Falta de delimitación taxonómica. Se refiere a la imposibilidad de declarar la entidad o entidades conductuales denominadas soledad. Las líneas generales que puede tomar son un sentido objetivo y un sentido subjetivo, es decir, estar solo y sentirse solo.

Además, se distingue a la soledad de otros conceptos parecidos como la falta de compañía y aislamiento, así como de constructos psicológicos como introversión, depresión, alineación o anomia (Díaz, Oliveros & cols., 2005).

Para algunos autores la primera distinción que habría que hacer es la de “estar solo” y la de “sentirse solo”, ya que es común confundir el aislamiento con la soledad. Sin embargo, el primero se refiere a la carencia de redes sociales, la marginación y el desarraigo que puede ir asociado a estar solo. La soledad está más asociada a sentirse solo aunque se encuentre acompañado de personas, es un sentimiento que propicia nostalgia, tristeza y añoranza (Rubio & Aleixandre, 2001).

Igualmente el aislamiento y la soledad se diferencian porque el aislamiento (estar solo) es una situación impuesta desde el exterior, en contra de la voluntad del sujeto y la soledad (sentirse solo) alude a las vivencias de interacción social, por lo que puede denominarse sentimiento de soledad sin que una implique la otra. Asimismo han encontrado que varios investigadores han relacionado el “estar solo” con un sentido objetivo y al “sentirse solo” con un subjetivo.

Martín (2002a) distingue entre soledad objetiva y subjetiva. La soledad objetiva, se presenta cuando las personas viven solas, en muchas ocasiones es propiciada por las circunstancias de la vida, sin embargo, la soledad objetiva también puede ser una experiencia buscada y enriquecedora, por lo tanto no tiene que ser amarga. Entonces, la soledad subjetiva se refiere al hecho de sentirse solo; por consiguiente los dos tipos de soledad están muy relacionados. Sin embargo, De Jong y Havens (s/f) consideran que el grado de soledad está débilmente relacionada con las características de la situación objetiva.

Igualmente, Rubio y Aleixandre (2001) consideran que esta diferenciación no parece clara, ya que se puede estar solo, marginado o aislado y no tener sentimientos de soledad. Esto depende de la situación social y las características personales, ya que algunas personas con un pequeño número de contactos sociales se consideran solos y algunos otros con el mismo número de contactos sociales se sienten suficientemente bien (De Jong & Havens, s/f).

Al respecto, Jódar (1994) considera que estar rodeado de gente no quiere decir que no se va a presentar estrés o depresión; ya que en muchas ocasiones los familiares que con buenas intenciones, intentan ayudar, no necesariamente atienden las necesidades específicas.

Por lo tanto diferenciar la soledad de otros conceptos ha sido solo el principio en la exploración de este fenómeno ya que diversos autores han desarrollado su propia definición.

Así tenemos que para Expósito y Moya (2000) *“la soledad es un estado emocional que sobreviene cuando la persona no ha logrado las relaciones interpersonales íntimas o estrechas que desea”* (p. 580).

Rubio y Aleixandre (2001, p. 3) retoman dos definiciones de soledad. La primera es de Peplau y Caldwell (1978), los cuales reconocen que *“el sentimiento de soledad se da cuando las relaciones sociales logradas por una persona son menos numerosas o satisfactorias de lo que ella desearía”*. La segunda definición referida fue la de Klein (1982) según la cual *“es la falta de amor y la ruptura de relaciones las que provocan la sensación de abandono que lleva a la soledad”*.

Días y Oliveros (2005, p. 1) citan dos definiciones de soledad. Una de ellas es la de Young que la definió como *“la ausencia o percepción de ausencia de relaciones sociales satisfactorias”*, la cual enfatiza la importancia de la cognición, emoción y conducta, en función de que la emoción y conducta de las personas solitarias son respuestas de los pensamientos y atribuciones. La segunda definición aludida fue la de Peplau y Perlman los cuales la definen como *“una respuesta a la discrepancia entre las relaciones interpersonales deseadas y las existentes”*.

Con base en varias definiciones de distintos autores Peplau y Perlman (1982) identificaron tres características comunes en la vivencia de soledad (Días & Oliveros, 2005; Montero, 1998):

1. La soledad es resultado de deficiencias en las relaciones sociales.
2. Representa una experiencia subjetiva, que no necesariamente esta relacionada con aislamiento.

3. Es desagradable y emocionalmente angustiante.

Las características más importantes de las definiciones propuestas derivan de la naturaleza de los déficits interpersonales, por lo que se pueden identificar carencias afectivas y cognitivas (Montero, 1998).

Los déficits están relacionados con una necesidad de intimidad y/o apego; en cuanto a los déficits cognitivos están vinculados con una percepción de estimulación social por debajo del nivel óptimo considerado por el individuo (Montero, 1998).

Sin embargo, Peplau y Perlman (2005) han encontrado que las características que la mayoría de los autores apoyan para la soledad son:

- La soledad es una experiencia aversiva, parecida a otros estados afectivos negativos como la depresión o ansiedad.
- Se distingue al aislamiento social de la soledad debido a que en esta, el individuo refleja una percepción subjetiva de las deficiencias en las relaciones de su red social.

Rubio y Aleixandre (2001) concluyen en su investigación 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 una impronta de cariño. Igualmente 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. Sin embargo reconocen que vivir solos de manera obligada, incrementa los índices de soledad, aunque el 29% de las personas que sienten soledad, no viven solas.

La intensidad con que se vive la soledad depende de la evaluación subjetiva de la ausencia de amistades o de la inadecuada calidad de sus amistades en comparación con las amistades que desean, en gran parte dependen de los estándares sociales prevalecientes como de la constitución óptima de las redes de amistad (De Jong & Havens, s/f).

2.3 Dimensiones, características y definición de soledad

De Jong-Gierveld y Raadschelders (1982) identificaron tres dimensiones de soledad 1) evaluación de la situación social en la que se encuentra el sujeto, 2) tipo de déficit social que experimenta y 3) el tiempo asociado con la soledad (Montero, 1998).

Por lo que plantean tres aspectos fundamentales de la soledad:

1. *Características emocionales.* Aluden a emociones positivas como la felicidad o afecto, así como a emociones negativas como el miedo e incertidumbre.
2. *Tipo de privación.* Está relacionado con la naturaleza de las relaciones ausentes, es decir, si son significantes o relevantes para la persona, esto se puede medir en tres subcategorías: a) sentimientos de ausencia de un apego íntimo, b) sentimientos de vacío y c) sentimientos de abandono.
3. *Perspectiva de tiempo.* Referida a la proporción en que la soledad ha sido experimentada como a) incambiable, b) temporal o c) con resignación, atribuyendo la causa de su soledad a otros.

Montero (1998) concibe la soledad como un fenómeno con tres características esenciales:

1. *Es multidimensional*, ya que involucra aspectos de personalidad (evaluaciones cognitivas, antecedentes de desarrollo afectivo, autoestima), de habilidades conductuales, de interacción social y cultural.
2. *Es potencialmente estresante*, debido a que depende de la interpretación que realice el sujeto de la situación de carencia ya sea afectiva, social y/o física, sea evaluada como negativa o como una oportunidad de autoconocimiento.
3. *Es situacional*, puesto que puede variar en intensidad y duración. Se pueden identificar antecedentes, manifestaciones y consecuencias relacionadas con el funcionamiento físico, psicológico y social.

La misma autora define a la soledad como un “*fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante, resultado de carencias afectivas, reales o percibidas que tiene un impacto diferencial sobre el funcionamiento y salud física y psicológica del sujeto*” (Montero, 1998; p. 11).

2.4 Tipos de soledad

Weiss en 1973 citado en Díaz, Oliveros y cols. (2005) propuso una tipología de soledad:

- ❑ Soledad emocional, que consiste en la falta de una relación intensa o relativamente perdurable con otra persona como por ejemplo individuos recientemente divorciados o viudos, estas relaciones pueden ser románticas o personales que generen afecto y seguridad.
- ❑ Soledad social, se refiere a la falta de pertenencia a un grupo o red social.

Cuando una relación se pierde, el déficit vivenciado por la persona depende de la provisión social que aportaba. Weiss (op. cit.) estableció seis

provisiones sociales, entre las cuales se encuentran la de acercamiento y la provisión de integración social. La provisión de acercamiento se refiere a la sensación de satisfacción y seguridad que reciben las personas. La provisión de integración social es aquella en la que el individuo comparte intereses y preocupaciones con otras personas (Díaz, Oliveros & cols., 2005).

Kölbel (1960) propuso cuatro tipos de soledad (Montero, 1998):

1. *Soledad interna positiva*. Este tipo de soledad es vivida como una forma de libertad o contacto con otras personas.
2. *Soledad interna negativa*. Es un sentimiento de alineación debido en el que se siente solo estando rodeado de personas.
3. *Soledad externa positiva*. Es un tipo de aislamiento físico voluntario en el que se buscan experiencias reflexivas positivas.
4. *Soledad externa negativa*. Se presenta cuando las circunstancias generan sentimientos negativos muy profundos.

Con relación a la perspectiva temporal, Young (1982) propone tres tipos: a) *Soledad crónica*, cuando la soledad dura años y la persona se siente incapaz de establecer relaciones sociales satisfactorias, b) *Soledad situacional*, que se presenta cuando ocurren eventos estresantes como un divorcio, c) *Soledad transitoria*, es asociada con situaciones breves del sentimiento de soledad (Montero, 1998).

2.5 Causas y consecuencias de la soledad

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

Es decir, la soledad es responsabilidad de la persona en sí misma más que del ambiente social ya que depende de cómo la persona evalúa sus relaciones sociales y la forma en que le afectan para que reaccione de determinada forma ante ellos.

Así, las personas que piensan negativamente sobre sí mismas y esperan ser rechazadas por los otros, además de poseer la creencia de no poder hacer nada ante la situación, provoca que las personas se aíslen para protegerse de la ansiedad que les provocan sus relaciones sociales.

La soledad no solo tiene como consecuencia una sensación desagradable, sino que algunas pueden ser más graves, tanto en su salud física como mental.

Todos necesitamos de los demás para satisfacer nuestras necesidades tanto materiales como psicológicas y no contar con ello disminuye la sensación de bienestar.

Las redes sociales son importantes, ya que son una fuente potencial de recursos de apoyo e información a la que pueden recurrir sus miembros, en especial cuando enfrentan problemas, además que la red posibilita sentirse cuidado, valorado y estimado por otros.

La soledad también se ha relacionado con alcoholismo, abuso de drogas, hostilidad hacia los otros, enfermedades psicosomáticas y suicidio (Altea, 2005).

2.6 Teorías y Modelo multidimensional

Weiss distinguió dos tipos de teorías para explicar la soledad. Las primeras son situacionales, las cuales atribuyen un papel importante a las deficiencias en el ambiente como causa de la soledad, algunos ejemplos pueden

ser la muerte del marido, mudarse hacia una nueva ciudad, vivir aislado geográficamente. El segundo tipo de teorías son caracterológicas, en la que se enfatizan las diferencias individuales ya que ciertas personas estarían más dispuestas a la soledad debido a la forma en que reaccionan ante situaciones interpersonales (Díaz, Oliveros & cols., 2005).

Montero (1998) alude al modelo propuesto por De Jong-Gierveld en 1987, el cual define a la soledad como una experiencia personal y subjetiva, por lo que su énfasis principal lo pone en los procesos cognitivos que medían las características de la red social y la experiencia de soledad.

Los factores que Montero (1998) considera son cuatro: 1) características descriptivas de la red social, 2) las evaluaciones subjetivas de la red social, 3) las variables sociodemográficas, y 4) las características de personalidad.

Las características descriptivas de la red social están determinadas por la cantidad y calidad de contactos sociales, donde la calidad tiene mayor relevancia para la resolución de la soledad, ya que no hay efecto directo entre el número de contactos sociales y la soledad.

La base para las evaluaciones subjetivas son los factores situacionales y disposicionales, donde los primeros incluyen las características descriptivas de la red social como son la edad, género, forma de vida, empleo, tipo de vivienda y los factores disposicionales aluden a los valores y creencias. La satisfacción con la red social está determinada por la evaluación subjetiva de los contactos realizados comparados con los deseados.

Por último, las características de personalidad son tres: el concepto del yo, la ansiedad social y la introversión – extroversión. Este modelo midió en tres tipos la privación social para medir la soledad: 1) deseo de un amigo o confidente muy cercano, 2) sentimientos de vacío y 3) sentimientos de abandono.

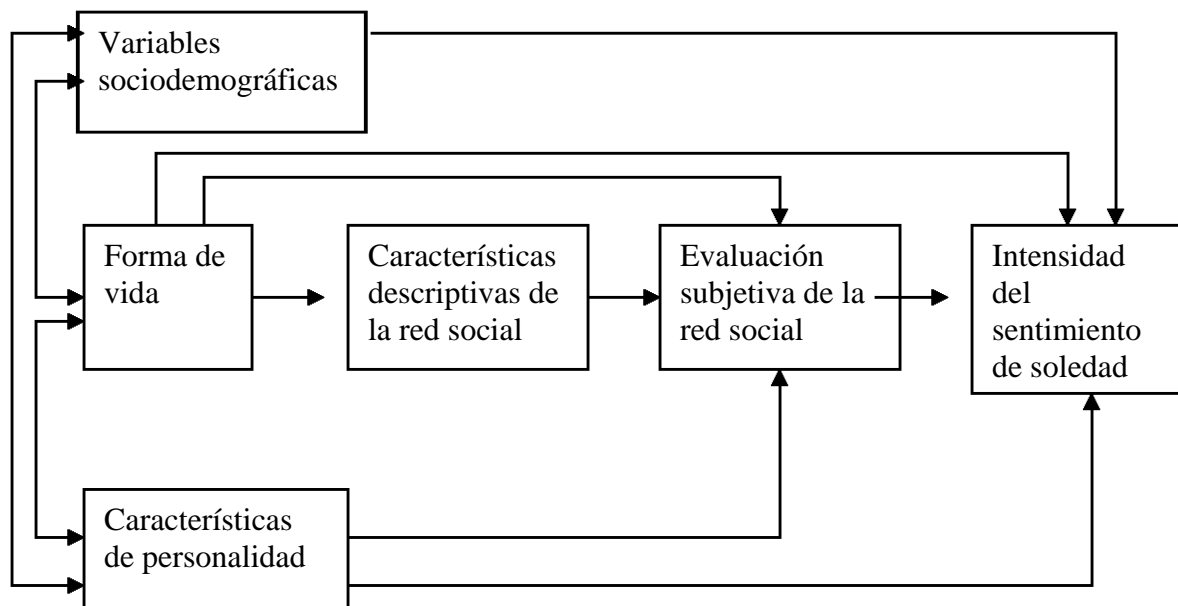


Figura. 1. Modelo multidimensional de soledad (De Jong-Gierveld, 1987).

2.7 Variables asociadas a la soledad

Algunos conceptos vinculados al fenómeno de soledad son la autorrevelación, personalidad, variables cognitivas, habilidades sociales y desesperanza (Díaz, Oliveros & cols., 2005) desolación (Altea, 2005)

La autorrevelación hace referencia a la habilidad para revelar pensamientos y sentimientos propios a él u otras personas; la falta de esta habilidad se asocia con variadas formas de desajuste social.

En cuanto a la personalidad, las personas extrovertidas son personas sociales que buscan acompañarse de otros, contrariamente las personas introvertidas son tranquilas, introspectivas y reservadas, en consecuencia, los extrovertidos son menos solitarios debido a que poseen redes sociales. Entonces cuando las personas carecen de habilidades para relacionarse con otras personas puede aumentar la probabilidad de estar solo.

Respecto a las variables cognitivas Peplau y Perlman encontraron que una posible característica de la soledad pudiera ser una negativa generalizada, puesto que la gente sola expresa una mayor negatividad hacia otros, por lo que se puede deducir que los sentimientos de soledad son manifestaciones de una tendencia general a percibir negativamente las situaciones (Díaz, Oliveros & cols., 2005).

Las habilidades sociales que se han correlacionado con la soledad son la pasividad, la falta de asertividad, la timidez, sociabilidad inhibida, menor autorrevelación o falta de reciprocidad en ésta; así como la baja atención personal que se refiere a las preguntas o comentarios que se realizan a compañeros.

La desesperanza entendida como el mantenimiento de expectativas negativas o pesimistas relativas a su futuro y presente. Esta se encuentra relacionada positivamente con el nivel de soledad, por lo que se le considera un factor de riesgo hacia la desesperanza, y ésta última tiende hacia conductas suicidas.

Cabe distinguir también entre soledad y desolación, donde ésta última podría entenderse como la percepción de la soledad como una experiencia negativa.

Se han planteado dos tipos de desolación: *desolación social* y *desolación emocional*. La primera de ellas surge de un sentimiento de exclusión o de insatisfacción con amistades así como de la necesidad de reafirmar el valor personal. Mientras tanto, la desolación emocional tiene que ver con la satisfacción con la calidad de los lazos personales (Kleinke, 2001).

Se han llevado a cabo investigaciones que demuestran que aquéllos adultos mayores que no dependen exclusivamente de la ayuda que le dan sus

hijos, también tienen mayores niveles de bienestar y menores niveles de soledad (De Jong & Havens, s/f).

Los mismos autores mencionan que un mayor número en las relaciones y la heterogeneidad en ellas, da mayor probabilidad que el soporte emocional y social sea satisfactorio y se presenten menos experiencias de soledad.

Los adultos mayores también buscan autonomía y prefieren vivir residencial y financieramente independientes, tanto como sea posible; pero al mismo tiempo, ellos aprecian la comunicación con sus hijos, hermanos y otros. En otras palabras ellos buscan lo que Rosenmayr llama "*intimacy at a distance*" (De Jong & Havens, s/f, p. 111).

Se llevó a cabo un estudio longitudinal de cinco mediciones durante veinte años, de los sobrevivientes de un grupo de 500 adultos en población rural, intervenidos inicialmente en 1979, de los cuáles una minoría significativa no está sola ni socialmente aislada en las mediciones en el tiempo. Igualmente se mostró que la prevalencia de soledad incrementa con el avance de la edad y a partir de 1995 más de la mitad de los sobrevivientes fueron evaluados al menos moderadamente solos. Entre los principales determinantes de los eventos de la vida que afectan y ponen en riesgo de soledad en una etapa tardía son el deterioro de la salud y alguna combinación de estar viudo y vivir solo; así la soledad incrementa con la edad, pero no por la edad *per se* (Wenger & Burholt, s/f).

Havens, Hall, Silvestre y Jivan (1996) encontraron diferentes factores que predicen los resultados en submuestras rural y urbana. El factor en común que predice tanto aislamiento como soledad es la salud.

2.8 Soledad y prevención en personas adultas mayores

Según datos realizados por el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) en 1995 se describieron las principales necesidades y demandas de los adultos mayores en España, donde se encontró que la soledad ocupa el tercer lugar como uno de los mayores problemas. Al respecto, Tournier (1961) ha catalogado a la soledad como la enfermedad más devastadora de la vejez (Aleixandre, 2004).

Por su parte, otros autores coinciden en que la soledad es uno de los principales problemas para personas mayores, al menos en la Unión Europea, ya que un 44 por ciento de la población de 65 años y mayores, lo ponen como el principal problema (De Jong & Havens, s/f).

Según un estudio realizado en México en contextos rurales empobrecidos con mujeres y hombres mayores de 60 años, se encontró que los principales temores asociados a la vejez fueron la soledad, la enfermedad, la pobreza y la pérdida de independencia (Treviño-Siller, Pelcastre-Villafuerte y Márquez-Serrano, 2006).

Lo más mencionado y mejor identificado es la soledad, ya que estar solo en esta etapa de la vida —sentirse desprotegido— y morir solo —en abandono— son dos de las ideas que más angustia generan entre la población.

Los apoyos más significativos con los que pueden contar en esta etapa son los cónyuges, los hijos y ocasionalmente los nietos o las nueras.

Sin embargo, el hacerse viejo genera una percepción y significado más positivo para las mujeres que para los hombres, ya que los hombres no tejen redes sociales a lo largo de su vida, a diferencia de las mujeres que pueden seguir desempeñando roles con sus hijos, nietos y nueras. Por lo tanto, se puede

observar que el papel de la familia en México durante la vejez juega un papel fundamental (Treviño-Siller, Pelcastre-Villafuerte y Márquez-Serrano, 2006).

Los determinantes de soledad muestran paralelismo en diversos escenarios y culturas, aunque los datos transnacionales también revelan diferencias importantes entre regiones y culturas.

Perlman rechaza la idea de la existencia de experiencia de soledad universal. Acepta que la soledad ocurre en todas las culturas, pero ésta está influenciada por los factores culturales, los cuáles dan la forma de soledad, que es la prevalencia, intensidad y antecedentes, pero en cada cultura, la forma es diferente, por lo mismo, la soledad está también en los límites culturales (De Jong & Havens, s/f).

Se piensa que aislamiento social y soledad son problemas asociados con el envejecimiento que son determinantes críticos de bienestar para la gente mayor. Por lo tanto, un adecuado mantenimiento en los niveles de contactos influye en la importancia que se le da en la comunidad.

Al respecto, algunos autores consideran que son los modelos culturales y las representaciones sociales los que llevan a las personas ancianas al aislamiento, separación y retiro ya que se ha observado que la soledad es producto de países desarrollados en los que se favorece la masificación en un individualismo creciente (Singer, 1999), donde la familia en su interior son pequeños mundos de soledad productos de la mentalidad de la época moderna (Díaz, 2002).

Por su parte, Martín (2002a) 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.

A las personas solitarias les falta compañía de otras personas, por lo mismo buscan sustituirlas con animales, incluso con seres inertes. No son pocos los que al entrar a casa encienden el televisor o el radio para sentirse acompañados, algunos más se refugian en los recuerdos que proporcionan los objetos que han atesorado a lo largo de sus vidas (Aleixandre, 2004).

Por su parte, Rodríguez (1994) considera que 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 los considera suficientes, por que en muchas ocasiones se siguen sintiendo solos en medio de la gente, incluso en reuniones familiares.

Algunos autores consideran que 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, 2005).

La soledad es una de las situaciones más temidas para los adultos mayores, por lo que realizar actividades conjuntas es una forma de aferrarse a la realidad, relativizar las propias preocupaciones así como de evitar distorsiones cognitivas.

Es a partir de la comunicación, transmisión de ideas y de sentimientos desde una actitud profunda de comprensión, de respeto e interés por los problemas del anciano que se resanará el problema y necesidad más grande que presentan los adultos mayores, para encontrar el sentido de la vida (Rodríguez, 1994).

Aleixandre (2004) consideran que la solución a la soledad podría ser el dejar de ser solitario y volverse solidario, suministrando y aceptando cariño a los que nos rodean, lo que devuelve la comunicación interpersonal y la intimidad.

CAPITULO III. BIENESTAR SUBJETIVO

3.1 Estudio del Bienestar Subjetivo

La Calidad de Vida y el Bienestar Subjetivo son variables que han sido estudiadas y definidas desde la antigüedad hasta la fecha; sin embargo, su estudio en la investigación sistemática, data de unas tres décadas (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2004).

Algunos autores consideran que hablar de *Calidad de Vida* se ha vuelto moneda corriente, ya que diversos profesionales como los políticos, economistas, sociólogos y psicólogos, lo usan indistintamente para todo tipo de discursos (Hernández & Contreras, 2005).

De cualquier forma, un concepto central en la investigación de Calidad de Vida en psicología es la satisfacción, debido a que muchas de las apreciaciones subjetivas son evaluadas con base en éste término (Hernández & Contreras, 2005; Sánchez-Sosa & González-Celis, 2004). Por lo tanto, el estudio acerca del bienestar subjetivo es resultado de la ampliación del concepto de calidad de vida (Díaz, 2001).

La psicología, en este campo ubica al componente subjetivo como esencial para explicar al ser humano, ya que no es suficiente tomar en cuenta el contexto socioeconómico del individuo, sino a la compleja construcción interior que es la subjetividad individual donde la persona procesa el mundo que le rodea. Sin embargo, no hay que olvidar que las formas sociales influyen en la subjetividad de los individuos (Díaz, 2001).

Dentro de la literatura, Palomar (2005) ha encontrado al concepto de bienestar subjetivo medido como indicador subjetivo y nombrado de diferentes maneras como bienestar, calidad de vida, bienestar subjetivo o psicológico,

felicidad y satisfacción en la vida, los cuáles, en términos estrictos tienen diferentes significados pero connotaciones similares.

3.2 Diversas definiciones de Bienestar Subjetivo

Se han realizado numerosos estudios sobre bienestar subjetivo, no obstante son pocos los acuerdos en relación a su constitución. A continuación se muestran algunas definiciones citadas Palomar (2005):

- De acuerdo con Leelakulthanit y Day (1992) la vida es un constructo constituido por varios campos específicos. Por lo tanto, el bienestar subjetivo está conceptualizado como la felicidad que genera satisfacción en las diferentes áreas de la vida.
- La definición de Levi y Anderson (1975) contempla al bienestar subjetivo como una medida constituida por el bienestar: mental, físico y social, tal como la percibe un individuo o grupo. La satisfacción en la vida incluye áreas como la salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación económica, competitividad y confianza, entre otros.
- Para Pullium (1989) el bienestar subjetivo está conformado por diversos componentes: a) bienestar material, b) relaciones familiares, c) salud familiar, d) educación de los hijos y e) variables de personalidad.
- Para Moriwaki (1974) “bienestar psicológico” lleva por sí misma la connotación de salud mental, por lo que para él una persona feliz es una persona adaptada social y psicológicamente.
- Según Day (1987) el bienestar subjetivo supone que tiene relación con trece áreas de actividades: vida familiar, vida laboral, placer y recreación, salud personal, cuidados en relación a la salud, consumo de bienes y servicios, posesiones materiales, *self*, vida espiritual, situación del país, relación con el gobierno federal y relación con el gobierno local.
- Por su parte, Flanagan (1978) distingue 15 componentes del bienestar subjetivo: bienestar económico, bienestar físico y salud, relaciones con

parientes, tener y criar hijos, relaciones de pareja, amigos cercanos, actividades cívicas y sociales, actividades políticas, desarrollo personal, conocimiento personal, trabajo, expresión personal y creatividad, socialización, actividades de recreación pasiva, actividades de recreación activa.

- Según Groenland (1990) se puede producir una clasificación funcional de bienestar a partir de algunas características:

- 1) Bienestar basado en criterios objetivos *versus* criterios subjetivos
- 2) Bienestar individual *versus* bienestar grupal o social
- 3) Bienestar basado en criterios cognitivos *versus* criterios afectivos
- 4) Bienestar momentáneo *versus* bienestar a largo plazo
- 5) Bienestar global *versus* bienestar multidimensional
- 6) Bienestar basado en el sujeto *versus* basado en los motivos
- 7) Bienestar general *versus* bienestar en áreas específicas de la vida

Paul Lawton se refiere al bienestar subjetivo como la valoración cognitiva acerca del grado de satisfacción con la propia vida, respecto de las metas obtenidas y deseadas de todo aquello cuanto esperaba realizar en la vida y lo que ha logrado (González-Celis, 2005).

Para Diener y Suh el bienestar subjetivo es la evaluación acerca la propia vida en la que se incluyen las dimensiones cognitiva y afectiva; la primera con referencia a la satisfacción con la vida en su totalidad y por áreas específicas, y la dimensión afectiva porque se relaciona con la frecuencia e intensidad de emociones positivas y negativas; a partir de sus múltiples interacciones generan percepciones en el individuo acerca de sus vivencias que van desde la agonía hasta el éxtasis (Díaz, 2001).

De acuerdo con Veenhoven (2000) la Calidad de Vida Subjetiva está referida a como la gente aprecia su vida personalmente, es decir, implica un juicio

del individuo y por tanto los criterios subjetivos varían de acuerdo a los juicios emitidos, por ejemplo, qué tan satisfecho está con su salud (Sánchez-Sosa & González Celis).

Las medidas del bienestar psicológico principalmente la autoaceptación y las relaciones positivas con los demás, determinan mayormente el bienestar subjetivo, que los factores económicos, sociales y demográficos; como por ejemplo, la cantidad de necesidades que una persona puede satisfacer, más que el monto de su ingreso (Veenhoven, 2005).

Para Díaz (2001) el bienestar subjetivo está comprendido como una compleja red de interacciones en los niveles macrosocial, microsocioal e individual. Este autor considera que cualquier hecho social no puede prescindir del estudio del factor económico dado que determina la formación económica social. La mayor diferencia en los países son el tipo de cultura, individualista o colectivista. En el primer tipo de cultura, se enfatiza lo individual como elemento decisivo para el éxito, por lo que se refuerza la autonomía y los motivos individuales. En cambio, las culturas colectivistas, los grupos son más importantes que lo individual, por lo que primordialmente se privilegia la armonía y funcionamiento grupal, a pesar de las emociones y motivos individuales.

Las determinaciones microsocioales como la familia, escuela, los centros laborales y los abuelos entre otras juegan un papel importante en los reportes de bienestar subjetivo.

Es debido a la poca capacidad explicativa de las variables demográficas en los reportes de bienestar de los individuos que los científicos centran su atención a los procesos de adaptación y los mecanismos personales que se encargan de su regulación.

Por lo que se refiere a Anguas ha explorado el significado, dimensiones, características y conductas del bienestar subjetivo en mexicanos, por lo que propone que el bienestar subjetivo es *“La percepción de un estado interno, positivo de homeostasis, acompañado por un tono afectivo agradable, resultado de la satisfacción de necesidades elementales y superiores del individuo”* (Anguas, 2005, p. 179).

Esta autora para proponer el concepto de bienestar subjetivo, toma como punto de partida la cultura. Por lo que comienza distinguiendo que la cultura proporciona los factores sociales y espirituales para que el hombre se entienda con sus semejantes.

Algunos aspectos considerados como principales características de la cultura son: a) la cultura emerge de interacciones adaptativas, b) la cultura consiste en un conjunto de elementos compartidos y c) la cultura es transmitida a través del tiempo y de una generación a otra.

Las culturas incrementan el sentido de control por medio de costumbres, mitos, normas y valores, lo cual les permite estar en un sistema organizado que les permite sentirse bien.

Algunos elementos culturales incluyen: formas de vestir, innovaciones tecnológicas específicas, métodos de obtención de alimentos, actividades económicas, patrones de interacción social, patrones de crianza, la educación de los jóvenes, formas de tomar decisiones, modos de solución al conflicto, creencias y conductas que regulan las relaciones del ser humano con el universo, preferencias estéticas, conductas que incrementan la comprensión del mundo, patrones de comunicación y muchos más, ya que la cultura es multifacética.

La heterogeneidad de condiciones ambientales, geográficas e históricas generará un sin número de respuestas, lo que originarán formas culturales similares y distintas, semejantes y opuestas, llamadas subculturas.

Los seres humanos poseen estructuras biológicas muy similares, estructuras sociales parecidas y viven en medios ambientales físicos muy parecidos; sin embargo, dentro de todas estas similitudes existen diferencias como pueden ser los grupos étnicos que son aquellos que forman parte de la cultura mexicana (*étnic*) pero que poseen características particulares (*étnic*)

Una variable cultural que influye en el individualismo es el individualismo y el colectivismo. En la primera, las personas están orientadas hacia sus propias metas. En las culturas colectivistas se pueden encontrar sentimientos de apoyo social.

Dos terceras partes de la población mundial vive en culturas colectivistas, donde una prueba normativa es mantener la armonía con los demás, conciliando la conducta con las necesidades y expectativas de los demás. Es de esperarse que individuos de estas culturas subordinen sus sentimientos personales a los deseos del grupo como puede ser la familia.

Algunos autores suponen que existen causas universales de bienestar subjetivo debido a que tenemos necesidades universales entre la que encuentra la satisfacción, lo cual puede llevar a un bienestar subjetivo, es decir, el logro de metas hace feliz a la gente; sin embargo también se puede encontrar que los correlatos de bienestar subjetivo varían en función de las diferentes culturas.

La estructura de la experiencia emocional del bienestar subjetivo que Anguas (2005) propone para los mexicanos se conforma de diez factores, cinco positivos y cinco negativos:

POSITIVOS

1. *Afectividad positiva*. Indica sentimientos positivos referidos a la experiencia de amor, cariño o afecto y deseo de un bien como la alegría o felicidad por el cumplimiento de expectativas, deseos y/o proyectos.
2. *Afectividad interna positiva*. Son sentimientos que indican plenitud como la dicha o el gozo.
3. *Esperanza*. Refiere a la presencia de una energía positiva (entusiasmo) y a la anticipación de logro de algo que se desea (optimismo).
4. *Hedonismo emocional*. Está conformado por la pasión y el placer, los cuáles se acompañan de atracción con una connotación de deseo sexual y la búsqueda de experiencias agradables.
5. *Éxito*. Es aquella percepción de haber conseguido un resultado satisfactorio en la realización de proyectos (triumfo y satisfacción) que implican control de la situación.

NEGATIVOS

6. *Expresividad negativa*. Incluye tres sentimientos: enojo, coraje y furia, los cuáles obstaculizan el logro del deseo. Se caracterizan por la irritación y movimiento en contra del causante con el fin de apartarlo e incluso destruirlo.
7. *Expresividad emocional interna negativa*. Se comprende de frustración, desilusión y sufrimiento, los cuales contrarían la percepción al constatar que los deseos y proyectos no se cumplirán (sea justificado o no), lo cual se une a sentimientos de dolor que pueden ser físicos o emocionales.
8. *Emocionalidad negativa*. Es un conjunto de sentimientos negativos como la tristeza o depresión que se presentan ante la experiencia de

pérdida de nuestros deseos y proyectos. Es una automodificación a través del deseo de alejarse, aislarse y mantenerse pasivo.

9. *Nerviosismo*. Lo conforman la ansiedad y desesperación los cuales producen un cambio o alteración que se acompaña de preocupaciones y miedo ante la percepción de un suceso que altera la normalidad física y psíquica, conocida o desconocida, ante la tardanza de algo que se desea.
10. *Afectividad negativa*. Cuando se presenta una experiencia de peligro o de algo que excede sus posibilidades de control, se presentan sentimientos desagradables, deseos de huida (temor) y/o de imposibilidad de descanso (preocupación).

Para Anguas (2005, p. 189) el bienestar subjetivo en México se encuentra constituido por dos elementos fundamentalmente: *“la experiencia emocional (suma de experiencias emocionales positivas y negativas ante los eventos de la vida) y la evaluación afectivo-cognitiva de la vida”*.

En algunos estudios se ha mostrado que la satisfacción con un área de la vida se da a partir de la importancia que se le da a las circunstancias, es decir, se obtendrán resultados en el bienestar cuando dichos aspectos sean significativos en la vida; por ejemplo, si para una persona resulta significativo tener hijos se sentirá satisfecha, al contrario de aquellos que les es poco importante tener hijos (Anguas, 2005; Hernández & Contreras, 2005).

3.3 Bienestar subjetivo en personas adultas mayores

Se ha encontrado evidencia suficiente en la que se demuestra el relevante papel del bienestar subjetivo en la Calidad de Vida del anciano y en la experiencia del envejecimiento (González-Celis, 2005).

Conforme las personas envejecen cuentan con menos recursos tanto materiales, biológicos, sociales y psicológicos, sin embargo no ocurre lo mismo

con el bienestar subjetivo, debido a que existe evidencia en la que se muestra que éste no declina con la edad.

Al respecto Anguas (2005) ha encontrado que los factores positivos, tales como la afectividad positiva, la afectividad interna positiva, la esperanza, el hedonismo emocional y el éxito se mantienen e incluso incrementan en algunos casos; mientras tanto los factores negativos de la experiencia emocional tienden a disminuir conforme aumenta la edad.

Igualmente se ha mostrado un patrón muy claro acerca de la satisfacción ya que a medida que aumenta la edad, es mayor el nivel de contento. En referencia a la satisfacción con la interacción social expresada, los atributos y logros personales, se presentó un aumento desde la adolescencia hasta la adolescencia tardía, presentándose una disminución en los dos grupos siguientes que son los jóvenes adultos y adultos, para presentar una recuperación en los adultos tardíos.

Todo esto se explica debido a que las personas reorganizan su escala de aspiraciones, reubicando las pérdidas para mantener sus niveles de bienestar (Baltes, 1998).

CAPÍTULO IV: AUTOEFICACIA

4.1 Definición de autoeficacia

A lo largo de los años se han propuesto muchas teorías acerca del centralismo del control en las vidas humanas, algunas se refieren a la motivación, los estados afectivos y a las acciones que están mayormente basadas en las creencias que en la información objetiva.

La investigación realizada está relacionada a una medida global del control percibido la cual está vinculada a correlatos psicosociales; donde se busca una teoría que dentro de un marco conceptual unificado explique los orígenes de las creencias de eficacia, su estructura y función, los procesos mediante los que operan así como los diversos efectos que producen. A nivel individual y colectivo, la teoría de autoeficacia contempla todos esos subprocesos (Bandura, 1999).

Sin embargo, la autoeficacia no debe confundirse con otros constructos relacionados con el *self* como pueden ser la autoestima y el *locus de control*. La autoestima se refiere al aprecio global acerca de sí mismo, donde el componente esencial es el autoaprecio, es decir, es un componente afectivo. *Locus de Control* son expectativas de carácter general acerca de si los resultados dependen de la conducta, LC interno o LC externo (Bandura, 1999).

Bandura se refiere al *self* como una capacidad psicológica de autorreflexión que es una de las cinco capacidades humanas básicas junto con la simbólica, de previsión o anticipación, el aprendizaje por observación y autorregulación (Villamarin, 2003).

La autoeficacia está definida por Bandura (1999, p. 21) como “*las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras*”. Sin embargo, Bandura

diferencia las expectativas de eficacia de las expectativas de resultados; refiriéndose a la primera como las creencias que tiene una persona de su propia eficacia o capacidad para llevar a cabo una conducta; mientras que las expectativas de resultados, están vinculadas a “*la estimación, por parte de una persona, de que una determinada conducta producirá unos ciertos resultados*” (Bandura, 1982, p. 102).

Ambos tipos de expectativas son importantes en la realización de las conductas, puesto que una persona puede sentirse capaz de realizar una conducta, pero no esperar que ésta le aporte resultados significativos, por lo que lo más probable es que no la realice; al igual que si la persona cree que cierta conducta le traerá beneficios, pero no se siente capaz de realizarlo, tampoco lo llevará a cabo (Villamarin, 2003).

Tanto las expectativas de eficacia como las de resultados están comprendidas por cogniciones específicas y cambiantes que se elaboran a partir de información de diferentes orígenes: los propios logros, fracasos del pasado, la observación del comportamiento de los demás, la persuasión verbal y la autopercepción de los estados fisiológicos propios (Bandura, 1999).

4.2 Fuentes de creencias de eficacia

Según Bandura (1999) las creencias de eficacia de las personas, pueden desarrollarse a través de cuatro formas: experiencias de dominio, experiencias vicarias, persuasión verbal y los estados psicológicos emocionales.

Las *experiencias de dominio* son consideradas las más efectivas, debido a que son las más auténticas pruebas de si la persona reúne o no lo que se requiere para el éxito. Los éxitos establecen creencias de eficacia, en cambio los fracasos las debilitan. Cuando las personas están convencidas de contar con lo necesario para alcanzar el éxito, perseveran ante la adversidad.

Las *experiencias vicarias* se refieren al aprendizaje de modelos sociales, ya que observar alcanzar el éxito a personas similares a uno, a partir de esfuerzos persistentes, aumenta las creencias de la persona respecto a que posee las capacidades necesarias para dominar determinada actividad.

El impacto de este modelado está influido por la similitud con el modelo, ya que modelos diferentes no influirán en las creencias de eficacia. Los modelos a través de su conducta y pensamientos expresados, enseñan destrezas y estrategias efectivas para manejar las demandas ambientales. Otro elemento importante son las actitudes exhibidas, debido a que una actitud perseverante en la que continuamente se superan los obstáculos, será más efectiva que si se muestran específicamente las habilidades.

La *persuasión social* fortalece las creencias en relación a sus capacidades para alcanzar el éxito y en muchas ocasiones se promueve un mayor esfuerzo sostenido durante mayor tiempo que cuando dudan de sí mismas o piensan en sus deficiencias personales. De modo que la autoeficacia persuasiva permite a las personas esforzarse lo necesario para alcanzar el éxito y fomentar el desarrollo de destrezas y sensación de eficacia personal. Algo importante de destacar es que es mucho más difícil fomentar altas expectativas de eficacia mediante la persuasión social, que debilitarlas.

Al juzgar sus capacidades, las personas también responden parcialmente a sus *estados psicológicos y emocionales*, dado que las ejecuciones pobres provocan reacciones de estrés y tensión, las cuales son señales de vulnerabilidad. En las actividades que implican fuerza, las personas experimentan fatiga, dolores y molestias como señal de debilidad.

Por lo tanto, las altas expectativas de eficacia favorecen al estado físico reduciendo el estrés y los estados emocionales negativos así como las falsas interpretaciones de los estados orgánicos. Es muy importante la forma en que son

percibidas o interpretadas las reacciones emocionales o físicas, por ejemplo, las personas con alto sentido de eficacia consideran su estado de activación efectiva como un facilitador energizante de la ejecución, en cambio, aquellas personas influidas por las dudas a cerca de sí mismas, evalúan la activación como un debilitador.

Bandura (1999) considera que independientemente de la forma en que se haya transmitido la información ya sea activa, vicaria, persuasiva o afectivamente, la importancia la adquiere mediante el procesamiento cognitivo a través del cual la información es seleccionada, sopesada e integrada a los juicios de autoeficacia.

La forma en que los logros de ejecución alteran la eficacia percibida depende de las preconcepciones de la persona respecto de sus capacidades, dificultad percibida de las tareas, cantidad de esfuerzo, estado físico y emocional, cantidad de ayuda externa y las circunstancias situacionales en que se ejecuta la acción (Bandura, 1999).

Por lo tanto con todas estas fuentes de información se pueden constituir diferentes formas de influencia para intervenir sobre las expectativas (Bandura, 1999).

Según Bandura (1999) las creencias de eficacia incluyen el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar de las personas, por lo que la autoeficacia contribuye a la motivación y a los logros humanos. Igualmente considera que las expectativas de eficacia influyen sobre la conducta a través de tres mecanismos básicos: a) *Motivacionales*, se refiere a la elección de conductas, esfuerzo y persistencia. b) *Emocionales*, referido a la modulación del componente subjetivo y fisiológico de los estados emocionales. c) *cognitivos*, que influyen sobre otros tipos de pensamiento como las atribuciones causales y metas de rendimiento.

4.3 Medición de expectativas

Bandura (1982) ha advertido que las pruebas empíricas en las que se relacionan las expectativas y el rendimiento, en general han proporcionado débiles resultados, debido a que las medidas de expectativas se refieren a las esperanzas de las personas más que a los sentimientos de destreza.

También distingue entre expectativas de eficacia y expectativas de éxito. En estas últimas, las personas juzgan el punto hasta el cual pueden beneficiarse de un comportamiento. Ambas expectativas suelen medirse en autoevaluaciones globales como si constituyesen un factor estático y unidimensional, por lo tanto estas mediciones reflejan una mezcla de esperanzas, pensamientos que responden más a los deseos que a la realidad, creencias en el poder de los procedimientos o fé en el terapeuta, por lo que no es difícil pensar que tales medidas tienen poca relación con la magnitud del cambio en la conducta (Bandura, 1982).

Las expectativas de eficacia se realizan en tres dimensiones para determinarlas con la misma precisión con la que se miden los cambios conductuales (Bandura, 1982; 1999):

- a) *Magnitud*. Estimación en la que se determina el mejor rendimiento posible para él en ese momento o circunstancia.
- b) *Generalidad*. Grado en que un individuo considera que dispone de los recursos necesarios para solucionar o ser eficaz en una situación concreta y específica.
- c) *Fuerza*. Confianza experimentada por la persona para alcanzar un rendimiento dado.

4.4 Procesos activados por la eficacia

Bandura (1999) plantea que el funcionamiento humano es regulado mediante las creencias de eficacia a través de cuatro procesos fundamentales:

- *Procesos cognitivos.* Muchas de las acciones están organizadas en el pensamiento. Las creencias de las personas son los modelos de escenarios anticipados que construyen y ensayan en el pensamiento, entonces aquellas personas con alto sentido de eficacia, visualizan escenarios de éxito, al contrario de aquellos que dudan de su eficacia ya que visualizan escenarios de fracaso. Un quehacer importante del pensamiento es capacitar a las personas para predecir sucesos y controlar aquellos que influyen en su vida.
- *Procesos motivacionales.* La mayor parte de la motivación se genera cognitivamente, es decir, las personas dirigen sus acciones anticipadamente a partir de las creencias de lo que pueden hacer y los resultados que van a obtener respecto a sus objetivos a partir de un plan de acción realizado voluntariamente y realizando el mayor esfuerzo para alcanzar el éxito; es decir, las personas se van motivando así mismas a partir de un pensamiento anticipador.

Existen diferentes formas de motivadores cognitivos a partir de los cuales se han elaborado distintas teorías:

- a. *Atribuciones causales.* Las creencias de eficacia influyen sobre las atribuciones causales, es decir, las personas que se consideran eficaces, atribuyen las causas del fracaso al esfuerzo insuficiente o a las condiciones situacionales adversas, en cambio las que se consideran ineficaces atribuyen los fracasos a su falta de habilidades.

- b. Expectativas de resultados. En esta la motivación se regula por medio de la creencia de que un curso de acción producirá ciertos resultados, así como del valor concedido a dichos resultados.
- c. Metas cognitivas. La capacidad de influir en las metas o desafíos mediante la evaluación de la ejecución es un importante mecanismo cognitivo de motivación, ya que es a través de la autoinfluencia que se regula la motivación acerca de la acción. El establecimiento de metas implica un proceso de comparación de la ejecución percibida como estándar. La motivación basada en metas está gobernada por tres tipos de autoinfluencia que repercuten en las reacciones de autosatisfacción y autoinsatisfacción que pueden ser ante la ejecución personal, ante la eficacia percibida para el logro de metas y ante el reajuste de metas personales con respecto a los propios progresos.

Las creencias de eficacia contribuyen a la motivación de diversas maneras: determinan las metas que las personas se establecen, la cantidad de esfuerzo invertido, el tiempo que perseveran ante dificultades y su resistencia a los fracasos.

- *Procesos afectivos.* Las creencias de manejo en las capacidades de las personas influyen sobre la cantidad de estrés y depresión que experimentan en situaciones amenazantes o difíciles, así como en el nivel de motivación. Por lo tanto, aquellos individuos que consideran que pueden manejar los estresores, permanecen imperturbables, al contrario de los que opinan que no pueden manejar los estresores.
- *Procesos de selección.* Las creencias de eficacia personal influyen sobre los tipos de actividades y entornos que seleccionan para participar, por consiguiente la selección es de aquellos entornos que son conocidos y de aquellos en los que se sienten capaces de actuar.

4.5 Autoeficacia y personas adultas mayores

Algunos autores han encontrado que a partir de la teoría del ciclo vital, la literatura gerontológica ha dejado de concebir a la vejez desde un modelo decremental, para entenderla como una etapa más en el desarrollo del individuo, lo cual expresa continuidad en la existencia.

En esta etapa los sujetos se encuentran con problemas al igual que en otros grupos de población, por lo que en la senectud se van a producir una serie de cambios y acontecimientos a nivel biológico, psicológico y social propios y característicos de esta etapa. De entre todos estos cambios experimentados parece ser que los biológicos son sobre los que se puede ejercer menor grado de control (Antequera-Jurado y Blanco, 1998).

En el caso de los ancianos, los estados depresivos así como los cuadros de ansiedad previos a la jubilación han mostrado una estrecha relación con la autoeficacia. Sin embargo, también se ha encontrado que disponer de apoyo y confianza en las aptitudes para realizar una acción, incrementa el sentido de eficacia.

Todas estas modificaciones y/o pérdidas requieren que el anciano reformule la apreciación, el concepto de sí mismo y su propia identidad personal de forma positiva y no de forma que genere malestar, sufrimiento, mala calidad de vida que potencie su deterioro físico y/o mental.

El interés de los investigadores en conceptos relacionados con el control debido a la asociación que han mostrado dichos elementos como mediadores de las respuestas de estrés, entre estos constructos, los más determinantes son el de percepción de control y el que en este momento nos interesa, la autoeficacia. Ambos son característicos individuales que están relacionados, por lo que una persona que cree que puede modificar una situación -percepción de control-,

previamente confía que puede hacerlo de una forma efectiva -expectativas de eficacia- (Antequera-Jurado y Blanco, 1998).

También refieren que la autoeficacia es predictora de iniciación, duración, extensión de conductas de afrontamiento en situaciones concretas. Las expectativas de los ancianos dependen de las percepciones que tienen de sus habilidades y aptitudes, así como de las dificultades asociadas a la tarea. La evaluación del grado de dificultad la realizan a partir de experiencias pasadas, experiencias vicarias y valoraciones que el anciano realice sobre sus acciones.

Se espera que los individuos con mayor autoeficacia intenten controlar cuando se presente una posibilidad y experimenten un menor nivel de estrés. Esto está asociado a una mayor capacidad para afrontar los problemas y conflictos.

En algunas investigaciones que González-Celis y Sánchez-Sosa (2000) han llevado a cabo acerca de autoeficacia con adultos mayores, se ha medido la autoeficacia a partir de diversas actividades, como actividades de independencia, recreativas activas, recreativas pasivas, sociales y de protección a la salud en los cuales se mostraron resultados de asociación positiva y significativa con el bienestar subjetivo, percepción de salud y habilidades cognitivas, así como relaciones negativas con signos de depresión. Por lo tanto, la valoración que el anciano realiza acerca de su autoeficacia está relacionado con una experiencia de mayor bienestar psicológico, así como mejor funcionamiento, percepción de salud y menores niveles de depresión, por lo que sugieren fortalecer la autoeficacia en esta población (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002).

Al igual que en la anterior investigación, en el presente trabajo se utilizó la misma escala, no obstante, en éste se tiene el principal objetivo de analizar si los sentimientos de soledad se asocian con el bienestar subjetivo y la percepción de autoeficacia, debido a que se tienen las hipótesis en las que la soledad está asociada tanto al bienestar subjetivo como a la autoeficacia y el bienestar subjetivo con la percepción de autoeficacia en las personas mayores.

CAPÍTULO V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

5.1 Pregunta de investigación

¿Los sentimientos de soledad en adultos mayores disminuyen su bienestar subjetivo así como los niveles de autoeficacia?

5.2 Objetivo general

Analizar si los sentimientos de soledad se asocian con el bienestar subjetivo y la percepción de autoeficacia.

5.3 Objetivos específicos

Objetivo específico 1: Determinar si existe relación entre los sentimientos de soledad y bienestar subjetivo.

Objetivo específico 2: Establecer las posibles relaciones existentes entre los sentimientos de soledad y la percepción de autoeficacia.

Objetivo específico 3: Establecer asociaciones entre el bienestar subjetivo y la percepción de autoeficacia.

5.4 Justificación

Indudablemente con el avance de la edad, se presentan cambios a nivel físico, biológico, psicológico y social, sin embargo, no necesariamente tienen que ser cambios negativos como lo han demostrado algunas teorías del envejecimiento, sino también pueden ser positivos como lo proponen teorías más recientes.

Aunque algunos ancianos aprecian a la vejez con respecto a sus ventajas como son el aumento del tiempo libre, menor número de responsabilidades, disminución de competitividad, entre otras, la gran mayoría, la considera una etapa difícil y dura, con diversas dolencias, escasez económica, sentimientos de soledad y pérdida de autonomía.

Cuando un anciano se siente incapaz de realizar una tarea no intentará buscar estrategias que le permitan realizarla, lo cual acrecentará los sentimientos negativos que forman círculos difíciles de romper.

Son muchos los ancianos en los que disminuye la utilización de recursos para llevar a cabo actividades, debido a la reducción de las exigencias del entorno, la actividad y el frecuente aislamiento social.

Es evidente que durante la vejez son frecuentes los estados de viudez, pérdida de familiares y amigos, lo que obstaculiza el acceso a las redes de apoyo que estaba acostumbrado (Martín, 2002a).

Se han encontrado algunos estudios en los que se considera que durante la vejez, la soledad es la enfermedad más devastadora; al menos en España, en 1995 el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales IMSERSO encontró que la soledad ocupa el primer lugar como uno de los mayores problemas de esta población. Diferentes autores han encontrado que diversos problemas como el suicidio en muchas ocasiones es consecuencia de soledad y aislamiento (Aleixandre, 2004). Debido a ello, la soledad puede ser un problema de gran relevancia, sobre todo si hablamos de un país colectivista como lo es México.

Al respecto, algunos autores han observado que el apoyo social ayuda a superar las crisis de vida y a satisfacer necesidades cotidianas así como a promover apoyo emocional (Jódar, 1994).

En consecuencia, el objetivo de este estudio es analizar si los sentimientos de soledad se asocian con el bienestar subjetivo y la percepción de autoeficacia en adultos mayores.

5.5 Hipótesis de investigación

H1. Existe correlación entre soledad y el bienestar subjetivo.

H2. Existe correlación entre soledad y la percepción de autoeficacia.

H3. Existe correlación entre el bienestar subjetivo y la percepción de autoeficacia.

CAPÍTULO VI. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 Tipo de estudio, diseño y tamaño muestral

El estudio llevado a cabo fue de tipo transaccional correlacional, ya que se quería conocer el comportamiento de las variables de bienestar subjetivo y autoeficacia con respecto a la variable de soledad en un momento determinado.

El tipo de muestra fue *no probabilística de sujetos voluntarios*, ya que en este tipo de muestra se procura que los sujetos sean homogéneos en variables como edad y sexo para que los efectos no obedezcan a variables individuales sino a las condiciones a las que fueron sometidos.

Se trabajó con 207 sujetos entre 60 y 90 años donde la moda que se presentó fue de 72 años con una frecuencia de 17 sujetos que representan el 8.2 por ciento de la población total, de los cuales 173 fueron mujeres y 34 hombres, es decir, un 83.6 y un 16.4 por ciento respectivamente. El porcentaje de población viuda en esta población fue de 41.5, es decir 86 personas. Los sujetos que reportaron vivir solos son 82 personas representa un porcentaje de 39.6. Los participantes pertenecen a uno de los cuatro centros del Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores INAPAM, los cuáles se ofrecieron voluntariamente para participar en las evaluaciones psicológicas que se llevaron a cabo.

6.2 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Estar inscritos en cualquiera de los cuatro centros del INAPAM
- Personas mayores de 60 años sin importar el género
- Participación voluntaria

Criterios de exclusión

- Todas aquéllas personas que no cumplieron con los requisitos antes mencionados.
- Se eliminarán los cuestionarios que estén incompletos o mal llenados.
- No se tomarán en cuenta los cuestionarios de las personas que se retiraron voluntariamente antes de terminar la evaluación.
- Se detuvo la aplicación de la entrevista cuando las personas se extendieron y divagaron en sus respuestas.

6.3 Materiales e Instrumentos

Materiales

- Copias de cada uno de los instrumentos (ver anexos 1 al 4)
- Tarjetas de ayuda (ver anexos 5 al 7)
- Pluma

Instrumentos

- Ficha de datos sociodemográficos que contiene 31 reactivos. Se incluye información demográfica, de salud, comportamientos saludables, problemas que vive actualmente, actividades y tiempo libre (ver anexo 1).
- Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL de Montero (2000) mide la frecuencia de la experiencia de soledad. Incluye 38 afirmaciones en las cuales se describen sentimientos de soledad en referencia a cuatro factores que son: Bienestar emocional, amistad, pareja y compañeros. Ofrece las opciones de respuesta en escala tipo Likert, y son: siempre, muy seguido, moderadamente, a veces y nada (ver anexo 2).

- Escala de Bienestar Subjetivo (*Philadelphia Geriatric Center PGC*) de Paúl Lawton, mide el bienestar subjetivo y consta de 18 afirmaciones de las cuales cuatro aparecen dos veces (Factor 1, reactivo 1 con Factor 2, reactivo 3; Factor 1, reactivo 3 con Factor 3, reactivo 6; Factor 1, reactivo 6 con Factor 3, reactivo 4; Factor 2, reactivo 6 con Factor 3, reactivo 3). Se encuentran divididos en tres factores, el primero mide agitación, el segundo actitud hacia su propio envejecimiento y el tercero mide soledad e insatisfacción y las opciones de respuesta son Si y No (ver anexo 3).
- Instrumento de Expectativas de Auto-eficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve) de González-Celis (2002). Consta de 26 ítems que son presentados en cinco tipos de actividades: actividades de independencia, actividades recreativas mentales, actividades recreativas físicas, actividades sociales y actividades de protección a la salud. Las opciones de respuesta están dadas en escala tipo Likert y van desde completamente, bastante, moderadamente, un poco hasta nada (ver anexo 4).

6.4 Escenario

El proyecto se realizó simultáneamente en cuatro centros culturales pertenecientes al Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (INAPAM): Centro Cultural Alambra, Centro Cultural Cuauhtémoc, Centro Cultural San Francisco y Centro Cultural Aragón. En cada centro se proporcionó un salón o cubículo con butacas y mesas, se trataron de controlar las variables extrañas como son el ruido u otro tipo de interrupciones que pudieran afectar los resultados de la investigación.

6.5 Definición de variables

SOLEDAD. Fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante, resultado de carencias afectivas, reales o percibidas que tiene un impacto diferencial sobre el funcionamiento y salud física y psicológica del sujeto (Montero, 1998, p. 11).

BIENESTAR SUBJETIVO. Evaluación acerca la propia vida en la que se incluyen las dimensiones cognitiva y afectiva (Diener y Suh, citado en Díaz, 2001).

AUTOEFICACIA. “Es la convicción de que uno puede efectuar con éxito, la conducta necesaria para producir esos resultados” (Bandura, 1982, p. 102).

6.6 Procedimiento

Se estableció contacto con las autoridades del INAPAM para pedir la autorización (Anexo 10) de aplicar una batería que consta de nueve instrumentos, una vez obtenida, se invitó a participar a los asistentes de los centros de manera voluntaria, una vez que otorgaron el consentimiento informado expresado de manera verbal, se aplicaron nueve instrumentos en el siguiente orden, una ficha de datos sociodemográficos, el Instrumento WHOQoL-breve versión en español, la escala de Bienestar Subjetivo de Paul Lawton, el Instrumento de Expectativas de Auto-eficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve) de González-Celis. La escala de Depresión Geriátrica (GDS), Cuestionario de afrontamiento de Font, Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario de Beck (BDI), así como el Inventario Multifacético de Soledad (IMSOL).

De estos nueve instrumentos se seleccionaron para el presente reporte de investigación solo cuatro de acuerdo a los objetivos general y específicos; los instrumentos analizados fueron la escala de Bienestar Subjetivo de Paul Lawton, el Instrumento de Expectativas de Auto-eficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos Versión Breve (AeRAC-Breve) de González-Celis (2002) y el

Inventario Multifacético de Soledad (IMSOL), para su análisis y discusión, de acuerdo a los objetivos de la investigación.

La aplicación fue tipo entrevista, tuvo una duración entre 60 y 90 minutos por persona aproximadamente, si en ese periodo de tiempo no se concluía, entonces se concertaba una nueva cita para continuar con la aplicación y así no cansar a las personas. Las entrevistas se realizaron simultáneamente en un periodo de dos semanas en cada centro cultural.

Para la aplicación de la ficha de datos sociodemográficos, se leyeron cada uno de los ítems, así como las opciones de respuesta por lo que se solicitó que la respuesta fuera verbal.

Para la evaluación de calidad de vida se utilizó el Instrumento WHOQoL-breve preparado por la Organización Mundial de la Salud (1996; 1997; 1998; 2005) que contiene 26 ítems y se mide en diversas escalas tipo Likert (ver tabla 1).

Tabla 1. Escalas tipo Likert utilizadas en el Instrumento WHOQoL-breve versión en español.

Escala	Muy mala Mala Regular Buena Muy buena	Muy Insatisfecho Insatisfecho Regular Satisfecho Muy satisfecho	Nada Un poco Moderadamente Bastante Completamente	Nunca A veces Moderadamente Muy seguido Siempre
Items	1	2, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 y 25	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15	26

Para cada escala se utilizaron cinco tarjetas enmicadas de colores que servían de ayuda para que los participantes respondieran más fácilmente. En las primeras dos escalas estaba escrita la palabra (p. ej. Muy mala) y una carita que representaba a cada opción (ver anexo 5). Para las últimas dos se escribió una palabra (p. ej. Nada) y un recuadro relleno de color según lo que indicara la opción (ver anexo 6).

La escala de Bienestar subjetivo se leyó y se mostraron tarjetas con las opciones de respuesta si y no, para que los participantes contestaran.

Para la aplicación de la escala de autoeficacia se utilizaron cinco tarjetas enmicadas con las opciones de respuesta nada, un poco, moderadamente, bastante y completamente (ver anexo 6), tanto con palabras como con ayuda visual que consta de recuadros que se van llenando de color según la escala.

Para la medición de la presencia de depresión se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). Para obtener los datos se leyeron los reactivos y se mostraron tarjetas con las opciones de respuesta si y no (ver anexo 7).

Para la evaluación del cuestionario de afrontamiento de Font se pidió que recordara una situación o problema que le hubiera preocupado en la última semana y con base en ello se contestaron los reactivos según las opciones de respuesta que son siempre, muy seguido, moderadamente, a veces y nunca (ver anexo 6).

En la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para medir intensidad de ansiedad así como el Inventario de Beck (BDI) se leyeron ítem por ítem, junto con la opción de respuesta.

La investigadora leyó los ítems del inventario de Soledad para lo cual, el participante respondió verbalmente o señaló la opción de respuesta en las tarjetas que pudo ser: nada, a veces, moderadamente, muy seguido o siempre (ver anexo 6).

Después de la aplicación se regresó a los centros culturales para hacer algunas recomendaciones (ver anexo 8) a las personas que participaron en las evaluaciones, igualmente se les entregó un directorio telefónico (ver anexo 9) de

algunas instituciones a las cuales podrían asistir si ellos consideraban necesario algún tipo de servicio psicológico.

6.7 Análisis de datos

Se creó una base de datos en la que se incluyeron todas las escalas en el programa SPSS ver 12.0 y se computaron los datos de los participantes de los cuatro centros.

Posteriormente cada investigador tomó de la base de datos aquella información que fuese de su interés, en este caso se tomaron algunos ítems de la ficha de datos sociodemográficos: la edad, género, estado civil y con quién vive actualmente. También se utilizaron los datos de la Escala de Bienestar Subjetivo PGC de Paul Lawton; Instrumento de Expectativas de Auto-eficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve) de González-Celis (2002) e Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL de Montero (2000).

Los análisis estadísticos que se realizaron, tanto descriptivos como correlacionales, se llevaron a cabo para conocer los niveles de cada una de las variables, para lo cual se llevó a cabo una categorización por medio de la media y una y dos desviaciones estándar. Una vez obtenidos los resultados, se procedió a analizar y describir los datos encontrados, para posteriormente obtener conclusiones acerca de los objetivos e hipótesis de la investigación.

CAPÍTULO VII. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

En la tabla 2 se muestran las medidas descriptivas de cada uno de los instrumentos utilizados para la presente investigación, así como los coeficientes *Alpha de Cronbach* obtenidos, los cuales fueron significativos y altos en todos los casos; esto muestra una consistencia interna Inter reactivos satisfactoria.

Tabla 2. Tabla de medidas descriptivas de los tres instrumentos utilizados.						
Instrumento	N	Media	Desviación	Mínimo	Máximo	Alpha de Cronbach
IMSOL	186	25.08	27.68	0	126	0.9599
Escala de Bienestar Subjetivo	197	18.17	5.23	4	25	0.8655
Inventario de expectativas de Autoeficacia	203	67.60	17.58	23	100	0.92707

La figura 1 muestra la frecuencia de la percepción del sentimiento de soledad en personas mayores de los centros culturales del INAPAM, en donde el mayor número (120) de personas reportaron “nunca” sentirse solas; y solo 12 personas reportaron “siempre” sentirse solas.

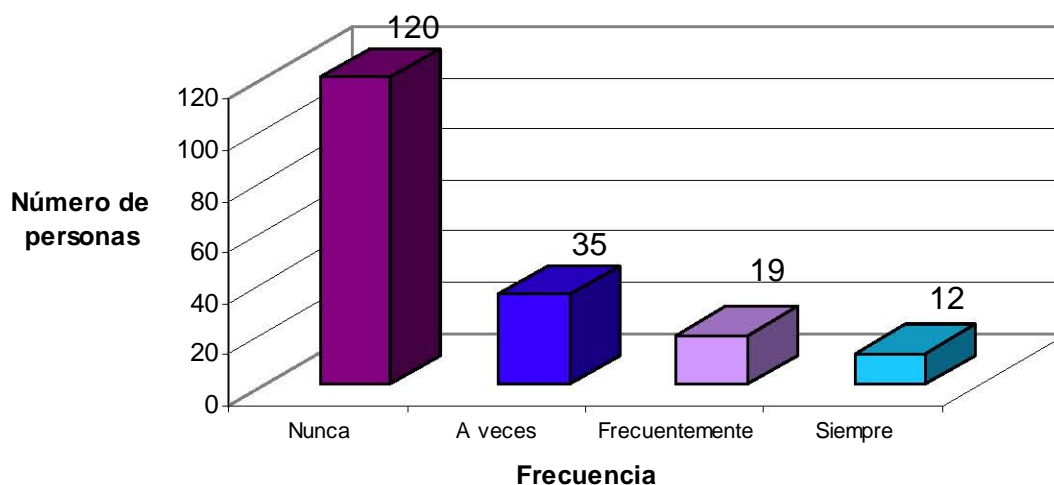


Figura 1. Frecuencia con la que las personas reportaron sentirse solas.

La representación del nivel de bienestar subjetivo percibido por los participantes, se encuentra en la figura 2, en la que se muestra que la mayoría de los participantes tiene un nivel moderado (112) y leve (73) de bienestar subjetivo. Cabe destacar que no se alcanzó el nivel máximo de bienestar subjetivo en esta población.

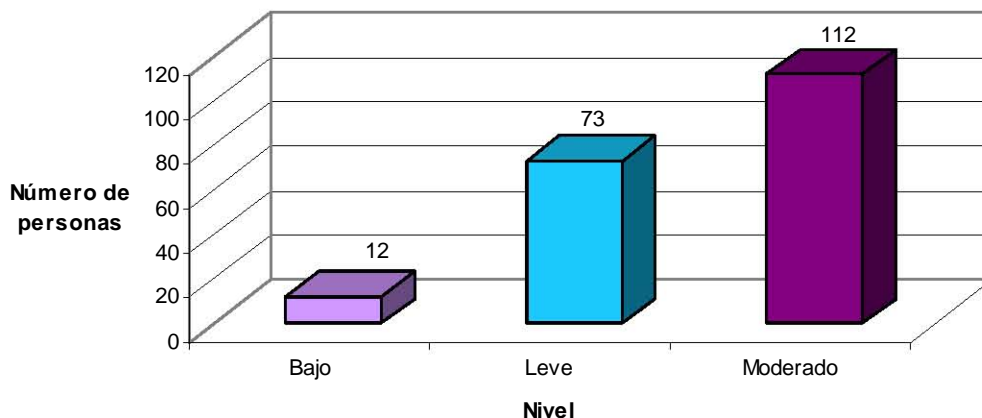


Figura 2. Bienestar Subjetivo en personas adultas mayores

Como se puede apreciar en la figura 3, los niveles de percepción de autoeficacia en su mayoría fueron buenos ya que 106 participantes se ubicaron en esta categoría. Igualmente 92 personas se ubicaron dentro de la categoría regular y sólo cinco presentaron un pobre nivel de autoeficacia.

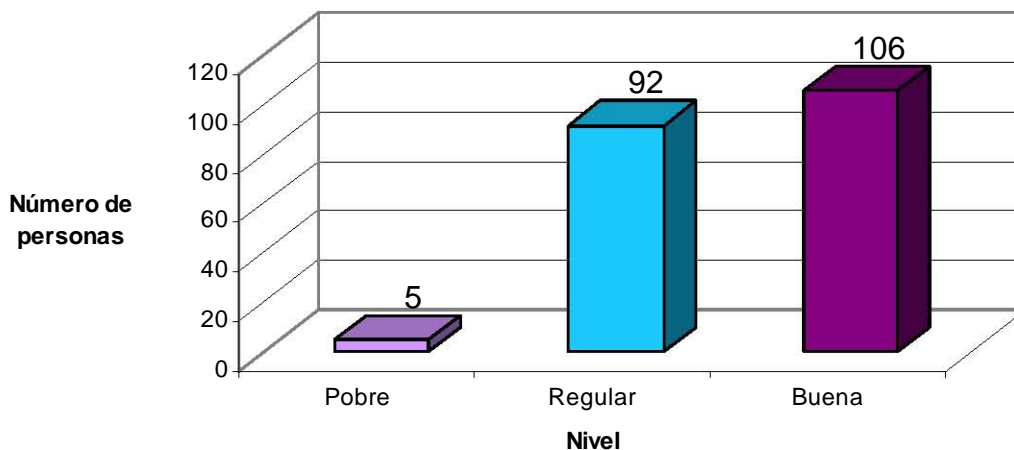


Figura 3. Nivel de Autoeficacia en personas adultas mayores

En cuanto al análisis de correlación entre el nivel de soledad y autoeficacia se encontró ($r = -0.304$, $p < 0.01$), lo cual quiere decir que hay una correlación negativa débil y significativa, por lo mismo es probable, que exista evidencia estadísticamente significativa para relacionar los niveles de soledad y de autoeficacia en la población adulta mayor que asiste a los centros culturales del INAPAM.

El análisis de correlación entre las variables de bienestar subjetivo y autoeficacia mostraron ($r = 0.353$, $p < 0.01$), lo cual muestra una correlación positiva débil en la que se podría decir que ambas variables se mueven en el mismo sentido, es decir, a mayor bienestar subjetivo, mayor autoeficacia sin embargo debido al bajo nivel de correlación obtenido, se requiere de investigación adicional, ya que los datos arrojan una evidencia significativa de la probable asociación entre el bienestar subjetivo y autoeficacia.

Para el análisis de correlación entre soledad y bienestar subjetivo se realizó la prueba de *pearson* en la cual se obtuvo ($r = -0.790$ y $p < 0.01$), esto nos muestra una correlación negativa considerable, es decir, a menor frecuencia de percepción de soledad encontramos mayor nivel de bienestar subjetivo.

Para conocer las relaciones entre factores de cada uno de los instrumentos, se realizaron análisis de correlación Pearson.

En la tabla 3 se puede apreciar que ninguna variable entre el inventario de soledad y el instrumento de expectativas de autoeficacia se correlacionó fuertemente, ya que las máximas correlaciones fueron para las categorías amistad ($r = -0.471$, $p < 0.01$) y compañeros ($r = -0.454$, $p < 0.01$) del inventario de soledad y actividades sociales del inventario de autoeficacia. El resto de correlaciones se encuentran por debajo de estos valores.

También se pueden observar factores como el de pareja del inventario de soledad y el factor de actividades de independencia ($r = -0.083$, $p > 0.05$); el factor de bienestar emocional y actividades recreativas físicas ($r = -0.118$, $p > 0.05$), así como el de pareja y actividades recreativas físicas ($r = -0.113$, $p > 0.05$) en las cuales no se encontraron correlaciones significativas.

Tabla 3. Correlaciones entre los factores del Inventario de soledad (IMSOL) y el Instrumento de Expectativas de Autoeficacia en personas mayores.

Autoeficacia						
Soledad		Actividades de Independencia	Actividades Recreativas Mentales	Actividades Recreativas Físicas	Actividades Sociales	Actividades de Protección a la Salud
	Bienestar Emocional	-0.172*	-0.224**	-0.118	-0.312**	-0.286**
	Amistad	-0.190**	-0.261**	-0.174*	-0.471**	-0.269**
	Pareja	-0.083	-0.182*	-0.113	-0.292**	-0.322**
	Compañeros	-0.250**	-0.286**	-0.173*	-0.454**	-0.321**

** Correlación significativa al nivel de 0.01 (2 colas)

* Correlación significativa al nivel de 0.05 (2 colas)

■ Sin correlación

Las relaciones entre los factores del instrumento de expectativas de autoeficacia y la escala de bienestar subjetivo se pueden observar en la tabla 4.

Como se puede observar en la tabla 4 las correlaciones entre los factores del instrumento de expectativas de autoeficacia y la escala de bienestar subjetivo son positivas débiles, ya que los puntajes obtenidos más altos son de ($r = 0.349$, $p < 0.01$) entre los factores de Actividades recreativas mentales, perteneciente al instrumento de autoeficacia y la actitud hacia el propio envejecimiento de la escala de bienestar subjetivo.

En las correlaciones de los factores de los dos instrumentos se aprecia que solo los factores de actividades recreativas físicas y agitación no fueron significativos ($r= 0.065$, $p>0.05$).

Tabla 4. Correlaciones entre los factores del Instrumento de Expectativas de Autoeficacia y la Escala de Bienestar Subjetivo en personas mayores.

	Bienestar Subjetivo		
	Agitación	Actitud hacia el propio envejecimiento	Soledad / Insatisfacción
Autoeficacia			
Actividades de Independencia	0.152*	0.334**	0.209**
Actividades Recreativas Mentales	0.270**	0.349**	0.259**
Actividades Recreativas Físicas	0.065	0.260**	0.176*
Actividades Sociales	0.227**	0.321**	0.323**
Actividades de Protección a la Salud	0.268**	0.177*	0.252**

** Correlación significativa al nivel de 0.01 (2 colas)

* Correlación significativa al nivel de 0.05 (2 colas)

■ Sin correlación

En la Tabla 5 se muestran las correlaciones de Pearson entre los factores del inventario de soledad y la escala de bienestar subjetivo, en la cual se observa que todos los factores se relacionan significativamente. Los factores que se correlacionan negativa y considerablemente son el bienestar emocional de la escala de soledad con el de agitación ($r= -0.712$, $p<0.01$) y el de soledad / insatisfacción ($r= -0.780$, $p<0.01$) de la escala de bienestar subjetivo. El resto de las correlaciones son consideradas correlaciones negativas medias

Tabla 5. Correlaciones r de Pearson entre los factores del Inventario de soledad (IMSOL) y los de la Escala de Bienestar Subjetivo en personas mayores.

Bienestar Subjetivo				
Soledad		Agitación	Actitud hacia el propio envejecimiento	Soledad / Insatisfacción
	Bienestar Emocional	-0.712**	-0.583**	-0.780**
	Amistad	-0.481**	-0.394**	-0.578**
	Pareja	-0.576**	-0.447**	-0.598**
	Compañeros	-0.543**	-0.503**	-0.622**

** Correlación significativa al nivel de 0.01 (2 colas)

CAPÍTULO VIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio se realizó con la finalidad de analizar si los sentimientos de soledad se asocian con el bienestar subjetivo y la percepción de autoeficacia en adultos mayores, donde se encontraron bajas percepciones de sentimientos de soledad, asociadas negativamente a moderados y buenos sentimientos de bienestar y autoeficacia, por lo que se podría decir que el objetivo general de este estudio si se cumplió.

Las asociaciones tanto entre soledad y autoeficacia, como entre bienestar subjetivo y autoeficacia fueron bajas, sin embargo, son significativas en ambos casos, por lo que parece necesario llevar a cabo investigación para someter a prueba estos resultados, ya que existe evidencia en la cual se muestra que dichas variables se relacionan fuertemente, como en el caso de Sánchez-Sosa y González-Celis (2002) que reportan haber encontrado asociaciones positivas significativas entre bienestar subjetivo y autoeficacia.

A diferencia de las correlaciones anteriores, los niveles de soledad y bienestar subjetivo se asocian moderada y negativamente, esto es, mientras los niveles de percepción de soledad son bajos, los niveles de bienestar son mayores, en otras palabras, aquéllas personas que no se sienten solas se perciben con moderados niveles de bienestar.

En el análisis por categorías entre soledad y autoeficacia se encontraron correlaciones débiles pero significativas. De éstas, las asociaciones más altas observadas fueron entre amistad ($r = -0.471$, $p < 0.01$) y compañeros ($r = -0.454$, $p < 0.01$), del inventario de soledad, con la categoría de actividades sociales del instrumento de autoeficacia, lo cual puede ser consecuencia de que en el centro cultural al que asisten, encuentran amistades con las que pueden irse de paseo, a bailar, a comer o simplemente encuentran con quién platicar lo que les pasa.

Entre las categorías de soledad y autoeficacia que no se observó correlación fue entre pareja y actividades de independencia ($r = -0.083$, $p > 0.05$); pareja y actividades recreativas físicas ($r = -0.113$, $p > 0.05$); así como bienestar emocional y actividades recreativas físicas ($r = -0.118$, $p > 0.05$). Las primeras dos, tal vez no se asociaron debido a que tanto las actividades físicas como las de independencia, son actividades que se llevan a cabo individualmente. El hecho de que las actividades físicas no se relacionen con el bienestar emocional, tal vez quiere decir que al menos en esta población, las actividades físicas no proporcionan sentimientos de bienestar.

Del mismo modo, se encontraron correlaciones débiles entre autoeficacia y bienestar subjetivo, pero las categorías en las que se encontró una asociación un poco más alta ($r = 0.349$, $p < 0.01$) fue entre las actividades recreativas mentales y la actitud hacia el propio envejecimiento, esto puede reflejar que cuando las personas tienen una actitud positiva hacia su propio envejecimiento, también realizan actividades que les ayudan a mantenerse mentalmente, o que aquellas personas que llevan a cabo actividades recreativas mentales tienen una actitud positiva hacia su propio envejecimiento.

La categoría en la que no se encontró asociación alguna entre autoeficacia y bienestar subjetivo ($r = 0.065$, $p > 0.05$) fue entre actividades recreativas físicas y agitación, lo cual puede significar que, el que se realicen o no actividades físicas, no altera el estado anímico de los participantes.

Entre las variables soledad y bienestar subjetivo, todas las categorías se relacionaron considerable y significativamente, sin embargo las que se relacionaron mayormente fueron el bienestar emocional con la agitación (-0.712 , $p < 0.01$) y la categoría que mide tanto soledad como insatisfacción (-0.780 , $p < 0.01$). Esto quiere decir que se encontraron bajos niveles de agitación y de soledad e insatisfacción, lo cual genera sentimientos de bienestar emocional en las personas de los cuatro centros.

En cuanto a la frecuencia de soledad se pudo observar que pocas personas se sienten solas, ya que la gran mayoría expresó nunca sentirse solo, esto podría ser explicado debido a que tienen actividades en el centro cultural y se encuentran con nuevas redes de apoyo que sustituyen a las relaciones perdidas; es decir, están satisfechos respecto a la necesidad de ser amado, sentir afecto de otros y sentirse adheridos a un grupo social (De la Serna, 2000).

Lo anterior está muy relacionado con la teoría de la desvinculación y la teoría de la actividad y de los roles. La primera plantea que los individuos mejor adaptados han sustituido actividades activas por aquéllas que les demandan menor responsabilidad y productividad, con el fin de buscar una mejor adecuación a sus nuevas posibilidades; y la segunda entiende que la persona juega distintos roles a lo largo de la vida, lo cual la define social y personalmente, por lo que su adaptación depende de cómo se ajuste a sus nuevos roles (Martín, 2002a).

En relación al bienestar subjetivo Anguas (2005) y González-Celis (2004) mencionan que, aunque con la edad declinan diversas funciones, no ocurre lo mismo con el sentido de bienestar y otros factores positivos. En este estudio, se encontraron moderados y leves niveles de bienestar, sin alcanzar los más altos, por lo que en este estudio y con esta población en particular no necesariamente se cumple con lo que las investigaciones han reportado, por lo que tal vez debiera reconsiderarse la investigación acerca del bienestar en esta población.

Además, en este trabajo se midió el bienestar subjetivo con respecto a los factores de agitación, actitud hacia el propio envejecimiento y soledad/insatisfacción, sin embargo, también pudo haber sido significativo que se midieran aspectos como los que midió Hernández y Contreras (2005), en las áreas: general, familiar, trabajo y relación de pareja, para saber con respecto a qué o quién están basando su sentimiento de bienestar.

Respecto a la autoeficacia se observó más comúnmente que las personas perciben un bueno o regular sentido de eficacia para realizar diversas actividades de la vida cotidiana, lo cual puede ser producto de la revaloración y reubicación positiva acerca de su escala de aspiraciones en la que sustituyen las pérdidas para mantener sus niveles de bienestar y no de forma que genere malestar (Anguas, 2005).

Debido a que los conceptos de soledad y bienestar subjetivo aún no son claros en la literatura científica sería prudente llevar a cabo mayor investigación con respecto a estos dos conceptos para su mejor comprensión y tener una referencia más certera acerca de lo que se refiere cada uno, ya que cada autor toma los conceptos con respecto a sus propios criterios.

Del mismo modo, sería muy ilustrativo llevar a cabo investigación con población en general, por que estar inscritos en alguna institución y realizar actividades, ya en sí mismo da indicios de un nivel de calidad de vida como puede ser que se mueven por sí solos, que tienen un nivel de solvencia económica, que donde viven les dan la libertad de hacer cosas por su cuenta, o simplemente que tienen la necesidad de sentirse útiles y productivos. En cambio, las personas que no tienen acceso a este tipo de servicios, que son la mayor parte de las personas, pueden estar teniendo problemas tanto de soledad como de bajo sentido de bienestar y autoeficacia.

Es cierto que relacionarse con gente, comunicarse con sus familiares y otras personas, ayuda a las personas mayores para reducir el riesgo de soledad, sin embargo, también es importante que los ancianos tengan la disposición de relacionarse con los demás para que sus interacciones sean satisfactorias, además, no se puede cambiar de un momento a otro la forma en que ha vivido o se ha relacionado la gente durante toda una vida. Sin embargo, dotar al anciano de un repertorio en habilidades sociales es tarea de los psicólogos que diseñen programas de intervención dirigidos a este sector de la población.

Así pues, la mayor parte de la gente va a llegar a la vejez, por lo tanto, no debemos verla solo como una etapa de deterioros, ya que es un momento de la vida que nos ofrece otro tipo de vivencias satisfactorias, como es el disfrutar del tiempo libre, de los nietos, y de todo aquello que se logró con el trabajo de muchos años.

ANEXOS



UNAM

ANEXO 1

1. FOLIO _____

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

2. NOMBRE _____

3. SEXO Femenino () Masculino ()

4. EDAD _____ (años cumplidos)

5. ESTADO CIVIL Soltero () Casado () Con pareja () Separado () Divorciado () Viudo ()

6. CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE Solo () Con su pareja o cónyuge ()

Con sus hijos () Con un familiar () Otro () ¿Quién? _____

7. ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA VIVIENDO ASÍ? Días _____

Meses _____

Años _____

8. ¿CUENTA CON ALGÚN INGRESO ECONÓMICO? Sí () No ()

9. ¿QUIÉN SE LO PROPORCIONA? _____

10. ¿EL INGRESO QUE USTED RECIBE SATISFACE SUS NECESIDADES? Sí () No ()

11. ¿CUÁL ES SU NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS?

Ninguno en absoluto () Primaria () Secundaria o Nivel Técnico () Bachillerato o Profesional ()

12. ¿LA VIVIENDA QUE USTED HABITA ES?

Rentada () Propia () Prestada () Vive en casa de algún familiar () Otra ¿cuál? _____

13. ¿CUÁL ES SU ACTIVIDAD PRINCIPAL?

Empleado () Trabaja por su cuenta () Retirado, Jubilado o pensionado ()

Labores del hogar () Busca trabajo () Otra ¿cuál? _____

Sólo en caso de que sea retirado, conteste las preguntas 14 y 15, si no pase a la pregunta 16

14. ¿CUÁL ERA SU ACTIVIDAD ANTERIOR?

Empleado () Trabaja por su cuenta () Labores del hogar () Otra ¿cuál? _____

15. FECHA DE SU RETIRO: Días _____

Meses _____

Años _____

16. MENCIONE TRES ACTIVIDADES QUE REALICE EN SU TIEMPO LIBRE.

1 Ver tv/escuchar música _____

2 Domésticas _____

3 Manualidades _____

4 Sociales, culturales, educativas _____

5 Oficios _____

6 Deportivas _____

7 Dormir/descansar _____

8 Otras, ¿cuáles? _____

17. ¿PERTENECE ALGÚN GRUPO O ASOCIACIÓN? Sí () No ()

18. ¿DE QUÉ TIPO?

Recreativa () Cultural () Educativa ()
Religiosa () Deportiva () Otra ¿cuál? _____

19. ¿QUÉ TIEMPO LE DEDICA?

Al menos una vez a la semana ()
Al menos una vez al mes ()
Ocasionalmente ()

20. ¿ESTÁ ENFERMO EN ESTE MOMENTO? Sí () No ()

21. ¿CUÁL ES SU ENFERMEDAD? _____

22. ¿DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO PADECE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA?

Días _____
Meses _____
Años _____

23. MENCIONE LOS TRES PROBLEMAS O PREOCUPACIONES MÁS SIGNIFICATIVOS QUE VIVE EN ESTE MOMENTO:

1. _____
2. _____
3. _____

A CONTINUACIÓN LE HARÉ ALGUNAS PREGUNTAS DE ACUERDO A CIERTOS HÁBITOS DE SU VIDA EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS:

24. ¿CUÁNTAS HORAS DUERME DIARIAMENTE? _____

25. ¿USTED TIENE EL HÁBITO DE FUMAR? Sí lo tengo () No lo tengo ()

26. ¿PIENSA CONSTANTEMENTE EN BEBER Y EN LAS BEBIDAS? Sí () No ()

27. ¿BEBE DURANTE EL DÍA? Sí () No ()

28. ¿CUÁNTAS COPAS BEBIÓ LA ÚLTIMA VEZ?

Lo suficiente para sentirse bien () Lo suficiente para perderse ()
Lo suficiente para emborracharse ()

29. REALIZA DIARIAMENTE ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA COMO:

Caminar, trotar, correr () Bailar () Ejercicios físicos () Subir y bajar escaleras ()
Quehaceres domésticos () Otras ¿cuáles? _____ Ninguna _____

30. ¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZA PARA MANTENERSE MENTALMENTE ACTIVO?

Leer () Ir al cine, teatro o espectáculos () Ir al museo () Juegos de mesa () Pintar ()
Resolver juegos () Ver tv () Aprender algo nuevo () Otras ¿cuáles? _____
Ninguna _____

31. EN RELACIÓN A SU ALIMENTACIÓN, USTED CONSUME:

Productos lácteos al menos una vez al día ()
Huevo 1 ó 2 veces por semana () Frutas y verduras al menos dos veces al día ()
Carne, pescado, aves o leguminosas diariamente ()
Al menos cinco vasos al día con agua u otros líquidos –jugos, te, café, leche, cerveza, vino- ()



ANEXO 2

Folio _____

Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL (Montero, 2000)

A continuación voy a leer una serie de afirmaciones que describen diversos sentimientos. Escuche cuidadosamente cada oración e indique de acuerdo con las tarjetas de respuesta que le mostraré, la frecuencia con la que experimenta tales sentimientos. 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.**

<i>F</i>	AFIRMACIÓN	Siempre	Muy seguido	Moderadamente	A veces	Nada
III	1. Siento que mi pareja o alguien en especial está conmigo sólo en apariencia	4	3	2	1	0
I	2. Me siento cansado (a) de luchar por la vida	4	3	2	1	0
I	3. Me siento abandonado (a)	4	3	2	1	0
I	4. Me siento incomprendido (a) en mi familia	4	3	2	1	0
I	5. Me siento desamparado (a)	4	3	2	1	0
I	6. Me siento apartado (a) de mi familia	4	3	2	1	0
I	7. Me siento solo (a)	4	3	2	1	0
I	8. Me siento inseguro (a) acerca de mi futuro	4	3	2	1	0
III	9. Me siento satisfecho (a) con mi vida sentimental	0	1	2	3	4
II	10. Siento plena confianza de llamar a mis amigos cuando quiero	0	1	2	3	4
III	11. Carezco de una pareja o alguien en especial que le de sentido a mi vida	4	3	2	1	0
I	12. Siento que mi vida carece de propósito	4	3	2	1	0
I	13. Siento que la vida está llena de conflictos y tristezas	4	3	2	1	0
III	14. Siento que alguien me apoya incondicionalmente	0	1	2	3	4
II	15. Siento que carezco de amigos (as) verdaderos (as)	4	3	2	1	0
II	16. Cuento con el apoyo incondicional de mis amigos (as)	0	1	2	3	4
I	17. Me siento como encerrado (a) en mí mismo (a)	4	3	2	1	0
II	18. Me siento distante del cariño de mis amigos (as)	4	3	2	1	0
I	19. Me siento triste	4	3	2	1	0
I	20. La soledad es mi única compañía	4	3	2	1	0
I	21. Siento que mi familia desapruueba mi manera de ser	4	3	2	1	0
I	22. Me siento rechazado (a)	4	3	2	1	0
IV	23. En mi vida cotidiana me siento a gusto con la gente que me rodea	0	1	2	3	4
I	24. Siento mi vida vacía	4	3	2	1	0
IV	25. Me siento ajeno (a) a la gente que me rodea en mi vida cotidiana	4	3	2	1	0
I	26. Me siento vacío (a) de cariño	4	3	2	1	0
I	27. Siento que sólo cuento conmigo mismo (a)	4	3	2	1	0
IV	28. En mi vida cotidiana carezco de un grupo al que me sienta integrado	4	3	2	1	0
III	29. Aunque esté junto a mí alguien en especial, la siento distante	4	3	2	1	0
IV	30. En mi vida cotidiana cuento con mucha gente que me apoya	0	1	2	3	4
I	31. Me siento insatisfecho (a) con mi vida	4	3	2	1	0
I	32. Me siento aislado (a)	4	3	2	1	0
III	33. Me siento completamente aceptado (a) por mi pareja o por alguien en especial	0	1	2	3	4
IV	34. Me llevo bien con la gente que me rodea	0	1	2	3	4
III	35. Aunque tenga pareja o alguien especial, me siento solo (a)	4	3	2	1	0
IV	36. Cuento con mucha gente que me acepta como soy	0	1	2	3	4
IV	37. Cuento con mucha gente que me apoya	0	1	2	3	4
I	38. Creo que mi familia desconoce mis sentimientos	4	3	2	1	0



ANEXO 3

FOLIO: _____

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 muchas cosas por que estar triste
SI NO
4. Tengo miedo de muchas cosas
SI NO
5. Me enfurezco más de lo acostumbrado
SI NO
6. La vida es dura para mí casi todo el tiempo
SI NO
7. Tomo las cosas duramente
SI NO
8. Me altero fácilmente
SI NO

Factor 2 - Actitud hacia su propio envejecimiento

1. Las cosas se ponen cada vez peor conforme yo me hago más viejo
SI NO
2. Yo tengo hoy tanta energía como la tenía el año pasado
SI NO
3. Las pequeñas cosas me molestan más este año
SI NO
4. Conforme envejezco, soy menos útil
SI NO
5. Conforme envejezco, las cosas son mejores/peores de lo que creí que serían
Mejores Peores
6. Algunas veces siento que la vida no vale la pena vivirla
SI NO
7. 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 por que estar triste

SI NO

7. A la gente le iba mejor en tiempos pasados

SI NO

8. Una persona debe vivir el presente y no preocuparse por el mañana

SI NO



UNAM

ANEXO 4

Instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve) (González-Celis, 2002)

Instrucciones: A continuación le voy a presentar cinco grupos de tarjetas con diferentes actividades cotidianas, y le voy a pedir que usted señale la tarjeta de respuesta de acuerdo a qué tan capaz o competente se perciba para ejecutar cada una de las actividades. Piense si la actividad la realizara la semana próxima.

Muy bien, ahora comencemos con el primer grupo de tarjetas de actividades.

Se presentan en orden las tarjetas de respuesta y cada una de las tarjetas de actividades de este grupo.

El sujeto señalará la tarjeta de respuesta. Se registran las respuestas del sujeto.

Continuar con los otros grupos de tarjetas.

	ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA	Completamente	Bastante	Moderadamente	Un poco	Nada
I-1	Preparar sus alimentos					
I-2	Planchar su ropa					
I-3	Quehaceres domésticos					
I-4	Lavar su ropa					
I-5	Asear su habitación					
I-6	Ir de compras					

	ACTIVIDADES RECREATIVAS MENTALES					
RM-1	Resolver juegos de pasatiempos					
RM-2	Armar rompecabezas					
RM-3	Pintar, dibujar o iluminar					
RM-4	Jugar juegos de mesa					
RM-5	Leer					
RM-6	Ver televisión					



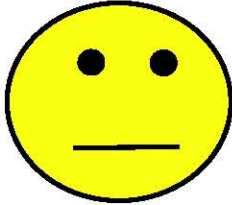


	ACTIVIDADES RECREATIVAS FISICAS					
RF-1	Hacer aerobics					
RF-2	Correr o trotar					
RF-3	Hacer ejercicio					
RF-4	Bailar o cantar					
RF-5	Nadar					

	ACTIVIDADES SOCIALES					
S-1	Platicar con familiares y amigos					
S-2	Platicar con vecinos					
S-3	Visitar familiares					
S-4	Visitar amigos					
S-5	Hablar por teléfono con amigos o familiares					
S-6	Convivir con gente de mi edad					



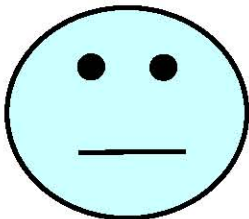


	ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN A LA SALUD					
PS-1	Realizar análisis médicos					
PS-2	Tomar medicamentos					
PS-3	Visitar al medico o ir al hospital					

ANEXO 5. TARJETAS DE RESPUESTA

Parámetro: Calidad

MUY MALA	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
				

Parámetro: Satisfacción

MUY INSATISFECHO	SATISFECHO	REGULAR	SATISFECHO	MUY SATISFECHO
				

ANEXO 6. TARJETAS DE RESPUESTA

Parámetro: Intensidad

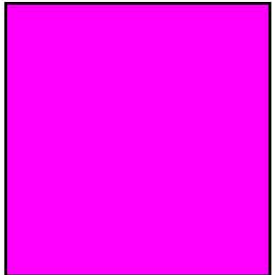
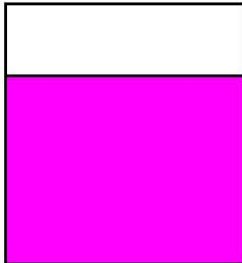
NADA

UN POCO

MODERADAMENTE

BASTANTE

COMPLETAMENTE



Parámetro: Frecuencia

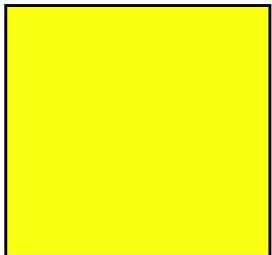
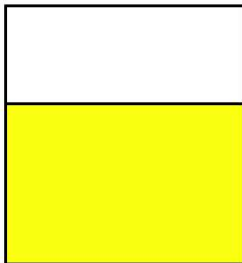
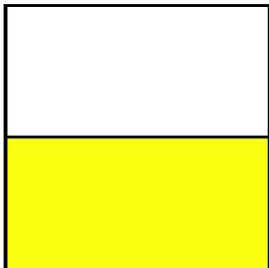
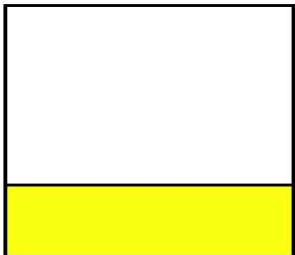
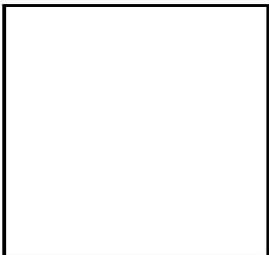
NUNCA

AVECES

MODERADAMENTE

MUY SEGUIDO

SIEMPRE



ANEXO 7. TARJETAS DE RESPUESTA

NO

SI

ANEXO 8

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES

- ✓ Mantener una alimentación adecuada y balanceada. Comer en horarios fijos y de acuerdo a la dieta prescrita por su médico.
- ✓ Hacer ejercicio, establecer una rutina diaria o semanal, de acuerdo a su condición de salud, sus necesidades, gustos, habilidades y preferencias.
- ✓ Acudir a su médico preferentemente, seguir las indicaciones de los tratamientos prescritos, asistir a sus revisiones, controles y exámenes periódicos.
- ✓ Cuidar su apariencia personal, mejorar su autoestima.
- ✓ Fomentar su independencia en sus actividades cotidianas. Valerse por sí mismo. Dar y solicitar ayuda si es necesario.
- ✓ Realizar actividades ocupacionales y mentales: leer, escribir, resolver juegos de pasatiempos, juegos de memoria, actividades manuales y recreativas, etc.
- ✓ Mantener contactos sociales, con gente de su edad y de otras edades. Asistir a reuniones sociales. Pertenecer a grupos con los que se identifique.
- ✓ Planear su vida, organizar su tiempo libre, sentirse útil y productivo.
- ✓ Fortalecer su autoeficacia para realizar sus actividades exitosamente. Autoselección de actividades, optimización y compensación de viejas actividades por nuevas actividades.
- ✓ Proponerse nuevas metas que lo alienten a sentirse bien.

ANEXO 9

DIRECTORIO TELEFÓNICO

LOCATEL TEL: 56-58-11-11

SAPTEL TEL: 52-59-81-21

DIF TEL: 56-04-01-27

CRUZ ROJA TEL: EMERGENCIAS (065) Ó 53-95-11-11 ext. 124

INAPAM TEL: 55-10-45-18

SECRETARÍA DE SALUD TEL: 57-40-36-81

CLÍNICA DE SALUD INTEGRAL (CUSI IZTACALA) TEL: 56-23-13-82

FUNDACIÓN HÉCTOR VÉLEZ DE LA ROSA TEL 56-74-70-42 ó 56-74-70-23

ATENCIÓN PSICOLÓGICA CLÍNICA TEL:55-73-56-91 ó 55-73-36-81

DIF ATENCIÓN ADULTOS MAYORES TEL: (55) 56-03-22-00

CENTRO DE CONVIVENCIA DE LA TERCERA EDAD

Profra. Ma. de la Luz Ballesteros Silva. Coord. del

Centro de Conv. de la 3era. Edad

“Parque Regional Metropolitano”

Tel. of: 31 4-80-40

Dom. of.: Anastasio Brizuela s/n.

CLÍNICA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE C.U.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNAM

Doctora Rebeca Sánchez. Tel. 56-22-23-09

ANEXO 10

Solicitud y permiso para la aplicación de la batería de evaluación dirigida a personas adultas mayores



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, a 29 de junio de 2005.

Lic. Juan Carlos González Llamas
Director de Gerontología
Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

Por medio de la presente, se solicita su autorización para aplicar una batería de evaluación dirigida a personas adultas mayores que asistan de forma regular a los Centros Culturales del INAPAM. Dicha batería, tiene la finalidad de evaluar la calidad de vida así como otras medidas adicionales, de las personas adultas que asisten a dichos centros. La batería de evaluación, está conformada por los siguientes instrumentos:

Cuestionario de afrontamiento (Font, 1990)

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

Instrumento de Auto-Eficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve) (González-Celis, 2002)

Escala de bienestar subjetivo (PGC) (Paul Lawton)

Inventario de depresión de Beck (BDI)

Inventario multifacético de soledad, IMSOL (Montero, 2000)

Instrumento de Calidad de Vida (WHOQoL-Breve) versión en español de la Organización Mundial de la Salud (traducido y validado por González-Celis & Sánchez-Sosa, 2002).

En cuanto a las condiciones de la aplicación, tomando en cuenta que son instrumentos largos, se pretende realizarla en dos sesiones con una duración aproximada de una hora cada una. Asimismo, sería recomendable, la aplicación de forma individual.

El grupo de trabajo está conformado por los siguientes psicólogos:

Acuña Gurrola María del Refugio

Aguirre Ortuño Nancy

García Ruiz Marisol

García Sandoval Margarita

Gómez Hernández Miriam

Lázaro López Gabriela

López Cueva Karta Araceli

Padilla Fuentes Adriana

Pérez Díaz Juan Manuel

Pineda Aniceto Maribel Anais

Reyes Jarquín Karina

Rodríguez Herrera Tomás

Vera Ortega Sandra



Cabe señalar que el trabajo de evaluación será supervisado por la Dra. Ana Luisa González- Celis Rangel. Por otra parte posterior a la evaluación, el grupo de trabajo, se compromete a entregar los resultados de la población evaluada.

En espera de su amable respuesta, reciba un cordial saludo y mi respeto académico.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"

DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL

PROFESOR TITULAR DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA, POSGRADO E INVESTIGACIÓN.

MIEMBRO DEL PADRÓN DE TUTORES DEL DOCTORADO EN PSICOLOGÍA.

MIEMBRO DEL SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGADORES.

RESPONSABLE DEL PROYECTO "CALIDAD DE VIDA, SALUD Y ENVEJECIMIENTO".

E-mail: algcr@servidor.unam.mx

Tels: 5623-1192 y 5623-1160 Fax: 5623-1193 y 5623-1205

ANEXO 10

Solicitud y permiso para la aplicación de la batería de evaluación dirigida a personas adultas mayores

07/01/2005 09:28 -55361425

DAG

PAG. 02

INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS
ADULTAS MAYORES
DIRECCIÓN DE GERONTOLOGIA



México D.F., junio 30, 2005
DdG.0929/2005


DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL
Profesora Titular de la
Carrera de Psicología, División de Investigación y
Posgrado de la
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México
Presente

En relación a su atenta comunicación de fecha 29 de junio del presente, me permito informarle que no existe ningún inconveniente para realizar la batería de evaluación que en su escrito menciona, por lo que le suplico de la manera más atenta se ponga en contacto, después del 15 de julio con los Administradores de los Centros Culturales:

- > Lic. María de la Cruz Serrano Fragoso, CC Aragón, tel. 5579 83 05
- > T.S. Leonardo Flores Santiago, CC Cuauhtémoc, tel. 5669 3104
- > Lic. Leticia Chávez Zamudio, CC San Francisco, tel. 5534 9597
- > T.S. Isabel Rojas Espíritu, CC Alhambra, tel. 5539 9637

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente,


Lic. Juan Carlos González Uamas
Director de Gerontología

JCGLL/pw



Petén No. 419, Col. Nervaite. C.P. 03020 México D.F. Tels. 55 36 11 43 ext. 112 / 55 23 45 81 / 55 36 14 25 Tel. Y Fax



REFERENCIAS

- Aleixandre, M. (2004). *Soledad en las personas mayores*. En: Yuste, N.; Rubio, R. y Aleixandre, M. Introducción a la psicogerontología. España : Psicología Pirámide. p.p. 213-234.
- Altea (recuperado en 2005). *El sentimiento de soledad: causas y consecuencias*. [En red] disponible en: http://www.altea.tie.cl/cont/art_ant.htm
- Anguas, A. (2005). *Bienestar subjetivo en México: un enfoque etnopsicológico*. En: Garduño, L.; Salinas, B. y Rojas, M. Calidad de vida y bienestar subjetivo en México. México: Plaza y Valdez. p.p. 167-195.
- Anquetequera-Jurado, R. y Blanco, P. A. (1998). *Percepción de control, autoconcepto y bienestar en el anciano*. En: Salvarezza L. [Comp.] La vejez. Una Mirada Gerontológica Actual. Buenos Aires: Piados. p.p. 95-124.
- Baltes, , P. B. (1977). *Strategies for psychological intervention in old age* Gerontologist. 13: 4-6.
- Baltes, M.M. (1998). *The psychology of the oldest-old : the fourth age*. Current Opinion in Psychiatry. 11(4), 411-415.
- Bandura, A. (1982). *Aprendizaje correctivo*. (A., Riviere, Trad.). En: Teoría del aprendizaje social. España: Espasa-Calpe. p.p. 100-109.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. Uited States of América: A. H. Freeman and Company.

- Bandura, A. (1999). *Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes*. En: Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. España: Desclée. p.p. 18-54.
- Barra, E. (2004). *Apoyo social, estrés y salud*. Revista Psicología y Salud. 14 (2).
- Belsky, J. (2001). *Las personas y el campo de estudio*. Psicología del envejecimiento. coord.. Trad. Froufe T. M. España: México. p.p. 15-22.
- De la Serna, I. (2000). *Necesidades del Anciano*. En: Manual de psicogeriatría clínica. España: Masson. p.p. 202 y 203.
- De los Rios, J.; Sánchez-Sosa, J.; Barrios, P. y Guerrero, V. (2004). *Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. Revista Medica. 42 (2). 109-116.
- De Jong, J. y Havens, B.(s/f). *Cross-national Comparisons of Social Isolation and Loneliness: Introduction and Overview*. Canadian Journal on Aging/ La Revue canadienne du vieillissement. 23(2). 109-113.
- Díaz, F. V.E. (2002). *La familia, la soledad y la muerte en la sociedad moderna*. (10). [En red] disponible en: <http://www.psicomundo.com/tiempo/index.htm>
- Díaz, G. (2001). *El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectivas*. Revista Cubana Medica Gen Integr 17(6):572-579 [En red] disponible en: Http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_6_01/mgi1162001.htm#cargo
- Díaz, R.; Oliveros, G. y otros (recuperado en 2005). *Concepto de soledad*. Apsique. [En red] disponible en: <http://www.apsique.com/tiki-index.php?page=SociSoledad>

- Expósito, F. y Moya, M. (2000). *Percepción de la soledad*. Psicothema. 12(4). p.p. 579 – 585. [En red] disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?ID=375>
- Fierro, A. (1994). *Proposiciones y propuestas sobre el buen envejecer*. En: Buendía, J. Envejecimiento y la psicología de la Salud. México: Siglo veintiuno. p.p. 3-25.
- González-Celis, A. (2005). *¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos?* En: Garduño, L.; Salinas, B. y Rojas, M. Calidad de vida y bienestar subjetivo en México. México: Plaza y Valdez. p.p. 259-294.
- González-Celis, A. (2004). *Aportaciones del enfoque cognitivo-conductual a la psicología del envejecimiento*. (en prensa).
- González-Celis, A. y Sánchez-Sosa, J. (2003). *Efectos de un programa Cognitivo-Conductual para Mejorar la Calidad de Vida en Adultos Mayores*. En: L.M. Reid, E. Matute & V. M. Alcaraz (Coord). Las aportaciones Mexicanas a la psicología. La Perspectiva de la Investigación en la Década 1995 – 2005. México; UNAM, de Guadalajara, U. Veracruzana (en prensa).
- Guillén, F. L. (2003). *Demografía del envejecimiento*. En: Guillén, F. y Pérez, J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. España: Masson. p.p. 3-8.
- Havens, B.; Hall, M.; Silvestre, G. y Jivan, T. (1996). *Social Isolation and Loneliness: Differences between Older Rural and Urban Manitobans*. Canadian Journal on Aging/ La Revue canadienne du vieillissement. 23(2). 129-140.

Hernández, E. y Contreras, C. (2005). *Motivación al logro, Autoeficacia, Expectativas de vida y Orientación Cultural como Determinantes del Bienestar Subjetivo en Adolescentes de la Ciudad de México.* Psicología Iberoamericana 13(1) 48-57.

Hernández, Z. (2002). *Atención de la salud del adulto mayor.* Revista Psicología y Salud. 12 (2). 269-276.

Hernández, Z. y Márquez M. (1999). *Evaluación del estado de salud y el apoyo social de la población adulta mayor en dos CERESOS del estado de Veracruz.* Revista Psicología y Salud. (13).

INEGI (2000). *Censo General de Población y Vivienda.*

Jódar, M. (1994). *Déficits y habilidades neuropsicológicas en el envejecimiento normal.* En: Buendía, J. Envejecimiento y la psicología de la Salud. México: Siglo veintiuno. p.p. 181-245.

Jolahan, C. K. y Holahan, C. J. (1987). *Self –efficacy, social support, and depresión in aging: A longitudinal analysis.* En: Journal of Gerontology. 42(1): 65-68.

Kastenbaum, R. (1980). *Nuestro cuerpo y sus etapas.* En: Vejez, años de plenitud. México; Harper and Row Latinoamericana. p.p. 17-37.

Katschnig, H. (2000). *Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría.* En: Katschnig, H.; Freeman, H., Sartorius, N. Calidad de vida en los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, p.p. 3-15.

- Kleinke, C. L. (2001). *Afrontamiento de la desolación, la timidez y el rechazo social*. En: Cómo afrontar los desafíos de la vida. España. Desclée. De Brouwer
- Lehman, A. F. (2000). *Instrumentos para medir la calidad de vida en los trastornos mentales*. En: H. Katsching, H., Freeman & N. Sartorius (Dir.). Calidad de Vida en los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson. p.p. 77-92.
- Lozano, A. (2000). *Envejecimiento del ser humano*. En: Introducción a la geriatría. 2da ed. México: Méndez.
- Martín, M. (2002b). *Aspectos psicológicos del envejecimiento*. En Agüera, L.; Martín, M. y Cervilla, J.: Psiquiatría geriátrica. España: Masson. p.p. 15 – 47.
- Martín, M. (2002a). *Aspectos psicosociales del envejecimiento*. En: Agüera, L.; Martín, M. y Cervilla, J. Psiquiatría geriátrica. España: Masson. p.p. 63 – 95.
- Montero, M. (1998). *Soledad: desarrollo y validación de un inventario multifacético para su medición*. Tesis de doctorado no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria, México, D. F.
- Murphy, P. M. y Kupshik, G. A. (1992). *What is loneliness? Defining a model*. En: Loneliness, stress and well-being: A helper's guide. London and New York: Tavistock/Routledge. p.p. 3-82.
- Palomar, J. (2005). *Estructura del bienestar subjetivo: construcción de una escala multidimensional*. En: Garduño, L.; Salinas, B. y Rojas, M. Calidad de vida y bienestar subjetivo en México. México: Plaza y Valdez. p.p. 113-141

- Pando, M.; Aranda, C.; Salazar, J.; Aldrete, M.; Mares, R. y Balcazar, N. (1998). *Redes familiares de apoyo y trastornos psicológicos en el adulto mayor en Guadalajara*. Revista Psicología y Salud. (12).
- Partida, V. B. (2004). Transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. [En red] disponible en:
<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm23.pdf>
- Pullium, R. (1989). *GAT makes good families: predictors of family welfare in the Philippines*. En: Journal of Comparative Family Studies. 20(1): 47-66.
- Quintanilla, M. (2000). *Causas y consecuencias del envejecimiento*. En: Enfermería geriátrica: Cuidados integrales en el anciano. Tomo I. Barcelona: Monsa. p.p. 43-48.
- Quintero, G. y González, U. (1997). *Calidad de Vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada*. En: Buendía, J [Ed.] Gerontología y Salud Perspectivas Actuales. Madrid: Biblioteca Nueva. p.p. 129-145.
- Ring, J. (1994). *Aspectos sociales de la depresión en los ancianos*. En: Buendía, J. Envejecimiento y la psicología de la Salud. México: Siglo veintiuno.
- Rodríguez, A. (1994). *Dimensiones psicológicas de la vejez*. En: Buendía, J. Envejecimiento y la psicología de la Salud. México: Siglo veintiuno. p.p. 53-75.
- Rowe, J. y Kahn, R. (1987) *Human aging, usual and successful*. Science. 237. 143-149.

- Rubio, R. y 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.
- Sánchez-Sosa, J. y González-Celis, A. (2002). *La calidad de vida en ancianos*. En: Psicología y Salud [Folleto]. México, UNAM.
- Sánchez-Sosa, J. y González-Celis, A. (2004). *Evaluación de la calidad de vida en psicología*. En: V. E. Caballo (Coord.). Manual para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos: Problemas de la Edad Adulta e Informes Psicológicos. Madrid: Editorial Pirámide. (en prensa).
- Singer, D. (1999). *Las transformaciones del macrocontexto. Antropología de la soledad*. (3) [En red] disponible en:
<http://www.psicomundo.com/tiempo/index.htm>
- Treviño-Siller, S.; Pelcastre-Villafuerte, B. y Márquez-Serrano, M. (recuperado en 2006). *Experiencias de envejecimiento en el México rural. Salud Pública de México*. 48(1) [En red] disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000100006&lng=e&nrm=iso&tlng=es
- Ulla, S.; Espinoza, F.; Fernández, E.; Fernández, A. y Prieto, S. (consultado en 2005). *Aspectos relacionados con el bienestar percibido en una residencia de mayores: Análisis descriptivo*. 5(1) [En red] disponible en:
<http://www.geriatrianet.com/>
- Vellas, P. (1996). *Envejecer exitosamente: concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva más positiva*. Salud Pública de México. 38. 513-522.

- Veenhoven (2005). *Lo que sabemos de la felicidad*. En: Garduño, L.; Salinas, B. y Rojas, M. Calidad de vida y bienestar subjetivo en México. México: UDLA, CECAVI, Plaza y Valdez. p.p. 17-55.
- Viamonte, M. (1993). *Aspectos emocionales*. En: Al encuentro de la salud, felicidad y longevidad. México: Trillas. p.p. 162-165.
- Villamarin, F. (2003). *Evaluación de la autoeficacia en psicología*. En: Gutiérrez, T.; Raich, R.; Sánchez, D. y Deus, J. Instrumentos de evaluación en psicología o de la salud. España: Alianza. p.p. 31 – 45.
- Wenger, G. C. y Burholt, V. (s/f). *Changes in Levels of Social Isolation and Loneliness among Older People in Rural Area: A Twenty-Year Longitudinal Study*. Canadian Journal on Aging/ La Revue canadienne du vieillissement. 23(2). 115-127.
- Zimbardo, P. (1992). *Teoría del aprendizaje social*. En: Psicología y vida. México: Trillas. p.p. 111-113.