



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

## BIENESTAR SUBJETIVO EN ADULTOS MAYORES: RELACION ENTRE LOS RECURSOS PERSONALES, SOCIO-FAMILIARES Y ESPIRITUALES

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRIA EN PSICOLOGIA GENERAL EXPERIMENTAL

PRESENTA:

PATRICIA EUGENIA ORNELAS TAVARES

DIRECTORA:

Mtra. Margarita Maldonado Saucedo

JURADO:

Dra. Maria Montero y López Lena  
Dra. Ana Luisa González-Celis Rangel  
Mtro. Everardo Camacho Gutiérrez  
Dra. Lucy Maria Reidl Martínez



MÉXICO, D. F. 2011



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 Carlos  
Por tu amor y entrega,  
Te dedico este trabajo y le agradezco a Dios  
Que me haya bendecido con tu presencia en mi vida.*

*A Carlitos  
Gracias por ser el hombre que eres,  
Te agradezco particularmente tu ánimo y disciplina para el trabajo,  
Por disfrutar conmigo la pasión de servir al otro.*

*A Bernie  
Mi “sonajita”, gracias por tu alegría  
Por tu vocación y tu compromiso con los demás,  
Por tu lucha por ser auténtica.*

*A mi Mamá  
Tu historia, tu edad, tu fortaleza y tu pasión por la vida  
Son las razones para este trabajo.*

*A mis hermanos,  
Jorge, Rebeca, Lupe, Pancho, Gloria, Carmen, Pepe, a sus esposos e hijos  
Chata, Manuel, Margarita, Pipis, Luis, a sus esposos e hijos.*

*A Margarita Maldonado  
Gracias por tu apoyo y entusiasmo,  
Por tu guía y sobre todo, por tu amistad.*

*A mis amigos y compañeros  
Con quienes disfruto compartir la sabiduría de la vida  
Aprendida de los Adultos Mayores*

## Resumen

El presente es un estudio de tipo correlacional cuyo objetivo fue la identificación de la posible relación entre el sentido de bienestar subjetivo percibido y los recursos personales, sociales, familiares y espirituales en una muestra de 813 *adultos mayores* -405 varones y 409 mujeres- habitantes de zonas depauperadas en las ciudades de Cuernavaca, Culiacán, Chilpancingo y Guadalajara, México. Las variables del estudio fueron extraídas del Cuestionario para Adultos Mayores generado por el CONACYT y el Instituto Nacional de Salud Pública (Proyecto Salud 2002 C01-7419) como parte del Proyecto: “Envejecimiento, Pobreza y Salud en la Población Urbana”, Se compararon los niveles de Bienestar Subjetivo por género, estado civil, y escolaridad, mediante la comparación de medias a través de la prueba *t de student* y de *ANOVA*, además de la correlación ( $r$ ) producto-momento de Pearson para establecer la fuerza y dirección de la relación entre las variables. Los resultados muestran la existencia de una relación positiva entre Recursos Personales y Recursos Familiares y, con mayor fuerza, entre aquéllos y el Bienestar Subjetivo. De manera similar, aunque con menor fuerza, los Recursos Religiosos denotan una relación significativa. En contraste, la relación estadística entre Recursos Sociales y Bienestar Subjetivo muestra una dirección negativa. Del análisis de los resultados obtenidos destaca el hecho de que los varones, casados, o cohabitando con alguna persona, los alfabetas y los habitantes de la ciudad de Guadalajara reportan un mayor nivel de Bienestar Subjetivo. Los resultados, confirman, además, la necesidad de potenciar en los adultos mayores sus recursos personales, su sentido de competencia, de auto eficacia, y de control interno que favorezcan en ellos el logro del bienestar subjetivo.

**Palabras Clave:** *Adulto Mayor, Bienestar Subjetivo, Recursos Personales, Recursos Sociales, Recursos Familiares, Recursos Espirituales.*

## Índice

	<b>Página</b>
<b>Introducción</b>	5
<b>1. Tendencias de Envejecimiento en la Población</b>	8
<b>2. Bienestar Subjetivo</b>	20
<b>3. Modelos Teóricos del Bienestar Subjetivo</b>	26
<b>4. Características de la Vejez</b>	41
<b>5. Recursos del Adulto Mayor en México</b>	57
<b>5.1 Recursos Institucionales</b>	57
<b>5.2 Recursos Económicos</b>	59
<b>5.3 Recursos Socio-Familiares</b>	63
<b>5.4 Recursos Personales</b>	70
<b>5.5 Recursos Espirituales</b>	79
<b>6. Objetivos</b>	84
<b>7. Metodología</b>	88
<b>7.1 Sujetos</b>	88
<b>7.2 Escenarios</b>	89
<b>7.3 Instrumento</b>	90
<b>7.4 Procedimiento</b>	91
<b>8. Resultados</b>	92
<b>9. Discusión</b>	108
<b>10. Referencias</b>	120
<b>11. Anexos</b>	127

## Introducción

La transición demográfica que experimenta la mayor parte de los países del mundo pone de manifiesto la necesidad de orientar los esfuerzos políticos, económicos, científicos y sociales a atender a los grupos más desprotegidos de la población. Tal es el caso de los adultos mayores.

En México, con base a los resultados del último recuento censal, del año 2000, viven 97.5 millones de personas, de las cuales 3.7 millones son mujeres de 60 años o más y 3.3 millones son hombres en este mismo rango de edad (INEGI, 2005). Las condiciones de vida de los ancianos dependen, con mucho, del contexto en que se encuentran. Aquéllos que viven en condiciones de pobreza, aún superados los 60 años, siguen formando parte de la población económicamente activa. Muchos otros, ante la dificultad de encontrar empleo, se involucran en el comercio informal o en el autoempleo para obtener los recursos económicos que, aunque insuficientes, les faciliten su manutención y el acceso a los servicios especiales de salud que requieren, muchos de los cuales son consecuencia de procesos relacionados con la edad.

Sin embargo, no son sólo motivos económicos los que motivan a los adultos mayores a continuar laborando. El sentido de productividad, la importancia de las relaciones sociales y la autoestima son variables que afectan en forma determinante esta etapa de la vida. Es común encontrar ancianos que, después de una productiva trayectoria laboral, se enfrentan a la jubilación. En este período, conocido también como “muerte social”, aunque reciben algún porcentaje de lo que fueran sus ingresos, que en nuestro país difícilmente cubre sus necesidades básicas, se deteriora su capacidad para relacionarse con los demás; se sienten desplazados por las nuevas generaciones y tienden a enclaustrarse en un ambiente familiar que

frecuentemente propicia también rechazo y abandono. A estos problemas se suma además el marcado deterioro en su salud, su autonomía e independencia.

No obstante, aun en un contexto de pobreza extrema, es posible encontrar adultos mayores que se describen a sí mismos como personas sanas y contentas, que disfrutan a plenitud esta etapa de su vida. En poblaciones suburbanas, donde existe difícil acceso a los recursos económicos e institucionales para el cuidado de su salud y la satisfacción de sus necesidades, es posible encontrar adultos mayores cuentan con otros recursos que contribuyen a elevar la calidad de su vida. Comportamientos *resilientes*, caracterizados por una peculiar capacidad para enfrentar la adversidad y aprender de ella, pueden detectarse en algunas personas que poseen tales características. El contacto ocasional con algunos familiares o vecinos, el acrecentamiento de su fortaleza personal, como resultado de haber forjado un espíritu de lucha ante la adversidad, el dolor y la soledad; el encuentro o re-encuentro con valores o vivencias espirituales propios puede favorecer en el anciano a la percepción de un bienestar subjetivo que habrá de marcar su actitud hacia la vida y hacia el futuro. De estos hechos se desprende la pregunta que enmarca la presente investigación: **En un contexto de pobreza extrema, ¿Qué factores se relacionan con el bienestar subjetivo reportado por ciertos adultos mayores?**

El objetivo de este estudio se centra en la identificación de la relación existente entre los recursos personales, socio-familiares y espirituales, de que disponen adultos mayores que viven en zonas depauperadas o marginales del país, y la experiencia de bienestar subjetivo, reportado por ellos, con la esperanza de que los resultados que se obtengan de esta investigación puedan ser de valor para el diseño de propuestas educativas y programas de acción orientados a fortalecer y

hacer más accesibles tales recursos y puedan cristalizar en una contribución al incremento de la calidad de vida de los adultos mayores, en el seno de las comunidades mismas en que ellos habitan.

Este estudio se inserta en el contexto de la transición demográfica que está teniendo lugar en el mundo de hoy y, de manera particular, se enfatiza la importancia del estudio acerca de los adultos mayores y su representatividad social en México. Se aborda el proceso de envejecimiento y las diversas señales que marcan el ingreso a esta etapa del desarrollo vital; se analizan estudios particularmente relevantes acerca del bienestar subjetivo reportado por los ancianos y de los recursos que determinan la percepción de dicho bienestar y, posteriormente, se exponen los resultados de un estudio de campo realizado con una muestra de adultos mayores de 60 años, habitantes de áreas marginales de cuatro importantes ciudades del país, y que fueron encuestados acerca de su bienestar subjetivo y de sus recursos personales, sociales, familiares y espirituales. El trabajo concluye con un análisis estadístico de los resultados y los barruntos de una propuesta de atención al anciano, tendiente a aportar, bien sea en forma modesta, al mejoramiento de su bienestar personal y, de esta manera, al incremento de su calidad de vida.



## 1. TENDENCIAS DE ENVEJECIMIENTO EN LA POBLACIÓN

Los cambios generados en las últimas décadas, en los ámbitos social, económico, político y científico han impactado demográficamente en forma por demás notable, elevando la tasa de envejecimiento de la población. Ante la disminución de la mortalidad infantil y el mejoramiento sustancial en los programas nutricionales de la niñez; el acertado manejo científico de las enfermedades y el control de la natalidad que, en suma, redundan en una mayor expectativa de vida para el hombre, el número de ancianos en la población registra un fuerte incremento. A continuación se presenta un análisis detallado acerca de las tendencias de envejecimiento en la población mundial y, de manera particular, en la población de nuestro país.

En este aspecto, es preciso consignar que, desde una perspectiva mundial, existe la dificultad de precisar el inicio de la etapa de *envejecimiento* como una característica universal; en consecuencia, la consideración de este problema demográfico debe enmarcarse en el contexto particular de cada lugar. Cada país tiene su propio ritmo y temporalidad: las costumbres, la cultura, el estilo de vida y hasta el clima, son variables que pueden propiciar el aceleramiento o el retraso en la aparición del proceso de envejecimiento. De esta manera, uno de los criterios más utilizados en los estudios demográficos es la *edad cronológica*. Es a partir de los 60 años de edad que, en la mayoría de los países, se considera que la persona alcanza el rango de *adulto mayor*.

En forma similar, se arguye que una sociedad envejece cuando se incrementa proporcionalmente el número de ancianos en relación con los otros grupos de edad. Conforme una sociedad va envejeciendo, demanda la existencia de estructuras que se adecuen a esta transformación, toda vez que esta tendencia tiene un impacto determinante en el consumo, el ahorro, la inversión, la distribución del ingreso, la demanda y oferta de mano de obra, la disponibilidad de servicios de salud y de diversa índole, las relaciones inter generacionales, la equidad social y de género, y la gestión política y económica.

A propósito del Día Internacional de las Personas de Edad, en el año 2002 se realizó en Madrid, España, la *Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento*, que concluyó con la adopción, por parte de los representantes de cerca de 160 países, del *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002* y la respectiva *Declaración Política*. Como fruto de tal reunión los gobiernos de los países participantes se comprometieron a emprender iniciativas en tres direcciones prioritarias: desarrollo, salud y bienestar de los adultos mayores; y a crear un entorno favorable al desarrollo de una sociedad para todas las edades. (A/CONF. 197/9 Naciones Unidas, 2002)

A este respecto, se ha estimado que el porcentaje de personas de 60 años o más en el mundo pasará del 10 al 22 por ciento entre los años 2000 y 2050, tiempo en que se prevé que la proporción de ancianos igualará a la de niños de 0 a 14 años, lo que constituirá un parte aguas en la historia de la humanidad pues, por primera vez, los jóvenes y los viejos representarán la misma proporción demográfica. (Annan, 1991).

En los países en desarrollo, el proceso de envejecimiento tendrá lugar rápidamente hacia la primera mitad del siglo XXI. Entre los años 2000 y 2050, se

prevé que el porcentaje de personas de edad avanzada aumente de 8 a 21 por ciento, mientras que el de niños bajará de 33 a 20 por ciento. Se estima, además, que en menos de tres decenios, tres cuartas partes de la gente mayor de todo el mundo vivirán en países en desarrollo (Annan, 1991)

Más allá de las consideraciones biológicas, el envejecimiento trae consigo una gran cantidad de cambios asociados a la edad que se relacionan con la percepción que las personas tienen de sí mismas, la valoración que los demás les asignan y el papel que desempeñan en su comunidad.

Aunque se ha realizado gran cantidad de investigaciones, iniciativas y trabajos relacionados con la atención a los ancianos, sobre todo en países industrializados, existen zonas geográficas menos desarrolladas que tienen como prioridad la satisfacción de necesidades básicas, no sólo de los ancianos, sino también de los diferentes grupos de edad; por ello, las políticas y el desarrollo económico en dichas regiones limitará mucho el acceso a algunos e importantes beneficios para las personas mayores.

### *La Situación de América Latina y el Caribe*

Fijando el interés en la realidad más próxima, en este estudio se analiza la situación de América Latina y el Caribe en relación al impacto de la transición demográfica que se registra en esos territorios.

A la luz de las estadísticas demográficas más recientes, se puede afirmar que la población de América Latina y el Caribe está envejeciendo. La esperanza de vida individual ha incrementado en la medida en que los avances tecnológicos se han puesto a disposición de diferentes poblaciones. Dado que en los países de América Latina se encuentra una notable desigualdad en las condiciones económicas y

sociales, el rostro de la vejez se caracteriza cada vez más por la marginación del progreso debido a su escasa productividad, desubicándola socialmente y asignándole una situación de casi total abandono. La heterogeneidad, por otro lado, constituye una característica de los indicadores de envejecimiento en los países latinoamericanos. En este sentido Chackiel (2000) afirmaba:

*“En 1995 la proporción de personas de 60 y más años de edad, en un país de transición demográfica moderada como Guatemala, apenas supera el 5 por ciento, mientras que Uruguay, con una transición avanzada y precoz, alcanza a 17 por ciento” (p. 5)*

Se espera que entre los años de 2010 y 2050 la tasa de crecimiento en este grupo poblacional se acercará al 4 por ciento anual. Por ello, a partir del año 2000, la población de adultos mayores de América Latina tiende a duplicarse en solo dos décadas, con lo que llegará aproximadamente a 80 millones de personas. Por ello los problemas asociados al envejecimiento que se vienen marcando en América Latina y el Caribe son grandes, como ya se ha mencionado, no sólo para los servicios de salud y seguridad social, sino para todo el modelo de desarrollo. Muchos aspectos de la equidad afectan sobre todo a las personas mayores. La capacidad para orientar correctamente el desarrollo económico y social y otorgar condiciones de vida justas a todos, y particularmente a los adultos mayores, habrá de tener un gran impacto en el resto de la sociedad.

El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División Población, ha llevado a cabo diversas actividades de cooperación técnica y capacitación, además de reuniones interdisciplinarias de especialistas, orientadas al seguimiento de los procesos de transición demográfica, a la determinación de las

condiciones de vida de las personas de edad y al estudio de las repercusiones del envejecimiento demográfico sobre los sistemas de pensiones.

Entre los aspectos que se han considerado como más urgentes se encuentra el ámbito laboral. En las condiciones de pobreza que predominan en la región, el trabajo y la jubilación son considerados como elementos ajenos y poco accesibles para la mayoría de la población. Por otro lado, en el área de la salud se encuentra el mayor rezago en cuanto a la respuesta a las necesidades de una población que envejece. El índice de mortalidad de los adultos mayores se ha asociado a enfermedades crónicas y degenerativas, para lo que los sistemas de salud no han logrado encontrar una respuesta efectiva ante la demanda de servicios. Según el Estudio Demográfico realizado en nuestro país por el INEGI (2007), las principales causas de mortalidad en adultos de 65 años y más son las enfermedades del corazón, la *diabetes mellitus*, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades obstructivas crónicas

### *Relaciones entre Generaciones*

Otro tema igualmente importante es el conflicto en las relaciones *intergeneracionales* dentro de la familia. Los problemas de migración de los adultos jóvenes y la mayor participación de la mujer en el ámbito laboral han contribuido al detrimento de las formas tradicionales del cuidado de los adultos mayores. Esto repercute en la valoración del anciano en la familia y la tensión que genera el suministrarle los cuidados que requiere. Los valores de la juventud excluyen, en muchos casos, el aprecio por el anciano. Los viejos son vistos como una generación de atraso cultural que se contrapone a los valores y costumbres de la población joven. De ahí el incremento en el recurso a instituciones asistenciales para los

ancianos, siempre y cuando se cuente con recursos para ello. En caso contrario, se opta muchas veces por el abandono del viejo a su suerte.

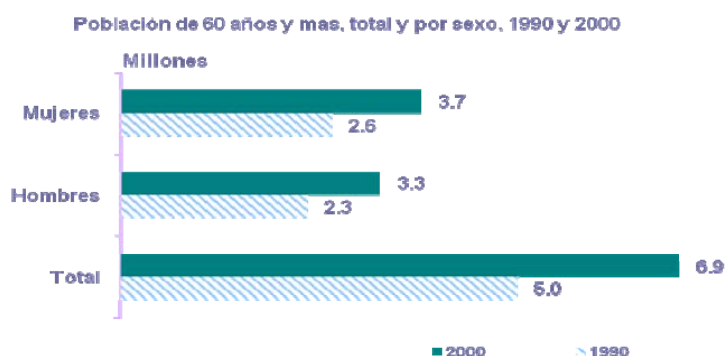
Entre los cambios sociales que la CELADE advierte, se encuentran: el acelerado ritmo del envejecimiento y la modificación de la estructura de la población; de manera que se incrementa el número de jubilados, mientras que la población que sostiene económicamente a niños y ancianos se proyecta proporcionalmente menor a esos grupos de edad. Es decir, tradicionalmente el peso económico del sostenimiento de los adultos mayores ha dependido de generaciones más jóvenes, generalmente hijos adultos. (Muñoz, 2002). Además, como menciona Aranibar (2001) *“...el desempleo juvenil, la tardía emancipación de los hijos, el allegamiento en la casa paterna/materna, el apoyo a la formación de los nietos, pueden aminorar e incluso invertir la relación de dependencia en el ámbito familiar.”* (p. 34).

Las consecuencias derivadas del fenómeno del envejecimiento en la población han propiciado un incremento en el número de personas ancianas en condiciones difíciles de vivienda, con poca protección social y un bajo poder adquisitivo; también existe un incremento en las personas ancianas empobrecidas y enfermas que carecen de atención eficaz y rápida; el ciclo enfermedad-pobreza continúa cuando las familias pobres tienen que afrontar los “gastos catastróficos de salud” (Lozano, 1996) para solventar tratamientos prolongados que requieren las enfermedades crónicas que muchos de los adultos mayores presentan. Otra consecuencia es que existen además personas ancianas jubiladas que deben dejar sus responsabilidades para pasar a una situación pasiva y dependiente de la familia y del Estado, con el consiguiente cambio en sus condiciones de vida y de participación social. De la misma manera se observa, además, un número creciente

de personas ancianas emigrantes o afectadas por la migración familiar a causa de la penuria económica.

### *Transición Demográfica en México.*

La población de México, por otro lado, atraviesa desde hace varias décadas por una fase de plena y acelerada transición demográfica. En el censo del año 2000, el INEGI reportó que la población mayor a los 60 años representa el 7.1 por ciento (6.9 millones), de los cuales 3.7 millones son mujeres y 3.3 millones hombres.



INEGI (2005) Los Adultos Mayores en México. Perfil Socio-demográfico al inicio del Siglo XXI

De manera comparativa, y de acuerdo a los datos aportados por el INEGI, la población adulta en nuestro país se incrementó en 10 años en casi dos millones de personas. Según en Censo General de Población y Vivienda del año 2000, en el caso específico del estado de Jalisco, se registraron 6,322,002 habitantes, de los cuales 438,909 eran mayores de 59 años (Canales, Montiel y Torres, 2004). Los estados en que se registró mayor incremento en la población adulta son Zacatecas, Distrito Federal, Nayarit, Oaxaca y Yucatán, con alrededor del 8.5 por ciento. De los adultos mayores censados en 2000, la mayoría de las mujeres no tenían pareja y el 35% eran analfabetas, en tanto que se detectó un número mayor de hombres

casados o en unión libre y con un nivel cultural más alto que las mujeres (INEGI, 2005).

En el año 2002 se registraron 267 mil 794 defunciones de personas de 60 años y más, cifra que constituye el 58.2 por ciento del total de fallecimientos registrados. La proporción fue casi idéntica para hombres y mujeres. Entre las principales causas de mortalidad en esta población se enumeran las enfermedades del corazón, *diabetes mellitus*, tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares.

La población de 60 años y más consume el 16.1 por ciento del total de los gastos hospitalarios en los hospitales del Sistema Nacional de Salud del país, lo que se traduce en 685 mil 252 casos de enfermos en hospitales durante 2002. De los 1.8 millones de personas que presentan discapacidad en México, el 41.5 por ciento lo representan personas de 60 años o mayores. Las discapacidades más frecuentes son de tipo motriz, visual y auditivo. El INEGI (2005) reportó, además, que 1.2 millones de hogares se conforman exclusivamente por adultos mayores, cifra que representa el 5.4 por ciento del total de hogares en el país. De éstos, 4.8 por ciento están formados por el jefe y al menos un pariente (no cónyuge ni hijos); 39.6 por ciento están integrados por una pareja de personas de edad (el jefe y su cónyuge) y 52.6 por ciento, por personas de edad avanzada que viven solas.

### *Condición Conyugal*

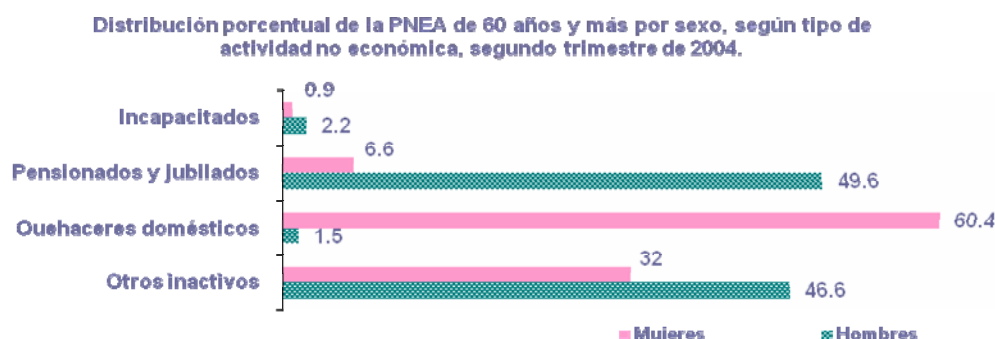
Al considerar la situación conyugal de los adultos mayores, el estudio del INEGI (2000) revela que existe un 4.8% de hombres solteros y un 6.8% de mujeres en la misma condición. El 68.7% de los hombres mayores a 60 años están casados en comparación con el 41.3 % de las mujeres. El 8% de los hombres se encuentra



en unión libre, mientras que en las mujeres el porcentaje es de 3.8%. Estos datos contrastan con el 18.2% de los hombres que se encuentran separados, divorciados o viudos, y el 47.8% de mujeres en las mismas condiciones.

### *Situación Laboral*

En relación al trabajo, la Encuesta Nacional de Empleo (2004) en el país, durante el segundo trimestre registró 3.3 millones de personas económicamente activas (PEA) de 60 años y más; es decir, 7.6 por ciento del total, con una mayor participación de los hombres, quienes en su mayoría trabajaban por su cuenta. Por otra parte, la población no económicamente activa (PNEA) de 60 años y más, representaba el 16.6 por ciento de la registrada a nivel nacional. De la PNEA de personas de edad, 69 de cada 100 son mujeres. La siguiente gráfica ilustra las actividades de este grupo de población.



INEGI, STPS (2008) Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Segundo trimestre de 2008

Como puede observarse, la mayor parte de las mujeres participan en actividades domésticas sin que esto les reditúe económicamente. Por otro lado, también es alto el porcentaje de hombres adultos jubilados que reciben una ayuda económica y que no laboran por enfermedad o por falta de oportunidades laborales. En este contexto, la transición demográfica que pone de manifiesto el

envejecimiento creciente de la población demanda el análisis de esta realidad y el diseño de estrategias que permitan a cada país y a cada región responder a las necesidades de su población adulta. Para ello es preciso el conocimiento de los diferentes componentes del crecimiento de la población, desde la distribución poblacional y geográfica, los recursos asistenciales y sociales que serán necesarios para atender sus demandas y los movimientos migratorios que también complicarán la disposición de dichos servicios. Todo ello para hacer frente a esta realidad que nos está permeando: la vejez.

#### *Características Geo-Demográficas.*

Tal como se mencionó anteriormente, los rostros de la vejez tienen sus características peculiares en relación a la zona geográfica en que se habite. Por ello, es preciso identificar las características geo-demográficas de las entidades que se consideraron para este estudio:

1. *Sinaloa* es un estado al norte de la República Mexicana. Limita al norte con Sonora y Chihuahua, al este con Chihuahua y Durango, al sur con Nayarit y al oeste con el Golfo de California y el Océano Pacífico. Según el Censo General de Población del año 2000, está habitado por 2'608,442 personas de las cuales el 60% reside en la capital Culiacán. El 50% de sus habitantes es menor a 30 años y la escolaridad promedio corresponde a la educación media. La mayoría profesa la religión católica. La esperanza de vida en las mujeres sinaloenses es de 77.0 y en los hombres de 72.7
2. *Morelos* es uno de los estados más pequeños del país, con una superficie de 4,893 km<sup>2</sup>. Limita al norte con el Estado de México y el Distrito Federal; al este y sureste con Puebla; al sur y suroeste con Guerrero. Su capital es

Cuernavaca. Cuenta con una población de 1,612,899 habitantes, de los cuales el 55 por ciento es menor de 29 años. La esperanza de vida de los morelenses es de 73.6 años para hombres y 78.7 para mujeres

3. El estado de *Guerrero* se localiza en la costa del Pacífico y tiene una extensión territorial de 63, 794 kms. Cuadrados. Colinda al noroeste con Michoacán; al norte con el Estado de México y Morelos; al este con Puebla y Oaxaca, y al sur con el Océano Pacífico. Cuenta con una población de 3,115,202 habitantes, muchos de ellos hablantes de lengua indígena como el náhuatl, mixteco y tlapaneco. El 20 por ciento de la población mayor de 15 años es analfabeta. El 58 por ciento de la población es urbana y se concentra principalmente en Acapulco. La esperanza de vida es de 71.6 años para hombres y 76.1 para mujeres. El 89% de la población se declara católica.
4. El estado de *Jalisco* tiene una superficie territorial de 80,137 kms. Cuadrados; limita al norte con los estados de Nayarit, Zacatecas y Aguascalientes; al este con San Luis Potosí, Guanajuato y Michoacán y al sur con Colima y el Océano Pacífico, y al oeste con Nayarit. Según el Censo de Población del año 2000, Jalisco ocupaba el cuarto lugar nacional en población, con 6,752.113 de habitantes. El 56 por ciento de la población es menor a 30 años, de los cuales seis de cada 100 no asisten a la escuela. La esperanza de vida para las mujeres jaliscienses es de 77.9 años mientras que para los hombres es de 73.4 años. El 95 por ciento de sus habitantes afirmó profesar la religión católica.

Como se puede apreciar, el envejecimiento de la población es una realidad que empieza a percibirse en nuestro País. Es elocuente la forma como los datos

estadísticos empiezan a mostrar, por un lado, el incremento en la esperanza de vida de la población y, por otro, las deficiencias en la organización de políticas y servicios dirigidos a la atención de los adultos mayores, sobre todo en aquellos que viven en situaciones de pobreza. La presencia de enfermedades crónicas, la falta de servicios médicos y los cambios en la estructura familiar ponen en riesgo a esta población etárea. No obstante, desde el análisis particular de la población de adultos mayores, es posible encontrar una serie de recursos personales y socio afectivos que les generan la percepción de un bienestar subjetivo que hacen posible una vida con calidad. A este respecto, parece corroborarse la percepción de Lazarus (1991) al afirmar que una persona puede ser feliz aún viviendo en medio de grandes dificultades, en contraste con otras personas que parecen tenerlo todo y se describen infelices.

## 2. BIENESTAR SUBJETIVO

En esta coyuntura, es preciso hacer un alto para revisar la construcción y el análisis del complejo concepto de *bienestar* y las características que detenta el envejecimiento de la población.

El estudio del *bienestar subjetivo* ha generado un interés creciente entre los investigadores y ha estado estrechamente ligado al concepto de *Calidad de Vida*. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), por *Calidad de Vida* se entiende “*la percepción que los individuos tienen de su posición en la vida, en el contexto de su cultura y sistema de valores, en los cuales ellos viven, y en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses*” (Hubanks, & Kuy, 1994)

El concepto de *calidad de vida* tiene una difícil definición operacional ya que se ha conceptualizado como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal; sin embargo, también se echa mano de aspectos biológicos, psicológicos, conductuales y sociales (Diener, citado por Rodríguez, 1995).

Para comprender el concepto de *calidad de vida* necesariamente se deben observar los indicadores *objetivos* y *subjetivos* de bienestar. Los indicadores *objetivos* se refieren a realidades presentes en el hábitat físico y social de la persona y pueden centrarse en riqueza, amor u otra expresión de apoyo social, comodidad y salud, en tanto que los indicadores *subjetivos* se refieren principalmente al sentimiento de satisfacción y a un estado de ánimo positivo, determinado por elementos psicológicos y conductuales (Fernández-Ballesteros, 1998).

Con una visión más amplia, Haes y Van Knippenberg (en Rodríguez, 1995) señalan que la *calidad de vida* ha de considerarse como un constructo

*multidimensional* que abarca el estatus funcional, los síntomas relacionados con la enfermedad, el funcionamiento psicológico y el funcionamiento social.

Por *estatus funcional*, los autores entienden la capacidad del sujeto para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de las personas, tanto actividades de auto-cuidado (alimentarse, bañarse, vestirse, ir al baño), de movilidad (capacidad para moverse dentro y fuera de la casa) y de actividad física (caminar, subir escaleras, etc.).

Los *síntomas de enfermedad*, abarcan el dolor, la fatiga, el malestar corporal, trastornos del sueño, etc.

El *funcionamiento psicológico* pone de relieve los niveles de estrés psicológico que reporta el paciente y el impacto en su desarrollo físico y social.

Finalmente, el *funcionamiento social* se refiere a la afectación de las actividades sociales normales y de su red social de apoyo, formada principalmente por la familia, los amigos, la comunidad y el trabajo, con quienes se limita a convivir por dolor, fatiga, miedo al contagio, etc.

En suma, podría asumirse con Palomba (2002) que la *calidad de vida* es un concepto *multidimensional* que incluye aspectos del bienestar y de las políticas sociales: materiales y no materiales, objetivos y subjetivos, individuales y colectivos. Bizquerra (2000), por otra parte, destaca que el *bienestar subjetivo* ha recibido varios nombres como *bienestar psicológico*, *satisfacción vital*, *calidad de vida*, *felicidad*, etc., entre los que puede haber significados ligeramente diferentes.

Se sabe que, en la mayoría de los casos, el bienestar se produce en el momento en que las necesidades básicas se ven cubiertas y se puede acceder a la satisfacción de las necesidades superiores. Ya Abraham Maslow (1968) mencionaba que las necesidades básicas son fisiológicas, de seguridad, pertenencia, amor y

necesidades de estima, en tanto que las necesidades superiores o de autorrealización, se manifiestan en valores espirituales como la trascendencia, la vida espiritual, la perfección, el deseo de paz, justicia y orden.

Con el incremento en el promedio de vida en la población mundial se sabe que ahora se vive más y mejor. Sin embargo, el alargamiento de la vida implica que aparezcan una serie de afecciones de tipo invalidante. En este sentido, la *calidad de vida* no consiste sólo en vivir más. *Vivir mejor* tiene relación con que el adulto cuente con la percepción de salud, autonomía, acceso a actividades, satisfacción y apoyo social, satisfacción con su vida, recursos económicos, servicios sociales y culturales y a una vivienda digna (Fernández-Ballesteros, 2000).

Uno de los aspectos que más afecta la percepción de bienestar en los adultos mayores es la enfermedad. Por el contrario, percibir la salud como buena se asocia a niveles más altos de satisfacción con la vida y de bienestar (Fernández, Clúa, Báez, Ramírez y Prieto, 2000). A los ancianos les preocupa sufrir un deterioro físico o mental que los convierta en dependientes de otras personas, a partir del hecho de la percepción de los cambios que se han producido en la estructura familiar en el que el rol de la persona mayor se ha devaluado, al igual que la convivencia en domicilios diferentes así como la distancia geográfica de las nuevas generaciones ante las demandas laborales. Esta situación se puede agravar hasta el punto que muchos adultos mayores viven en condiciones de abandono y soledad.

Quienes poseen una valoración general de la vida como *agradable*, un sentimiento de utilidad y un deseo de emprender cosas nuevas, muestran indicadores de una mejor calidad de vida. Desde la perspectiva de la salud, entendida como el estado completo de bienestar *bio-psico-social*, (OMS, 1946), se sabe que el bienestar social se puede alcanzar a través de una educación que logre

formar generaciones que promuevan el crecimiento armónico de los ancianos junto con el desarrollo social. Es necesario invitar a las generaciones jóvenes a voltear la mirada a sus viejos y que juntos busquen métodos de inserción y participación social. En este sentido, se supone que si se mejora la calidad de vida de las personas mayores, se evitará el derroche de recursos en algunos servicios; esta mejora impulsaría el desarrollo de programas educativos y preventivos para otros adultos mayores y para las generaciones posteriores.

Cuando se compara el bienestar social en las ciudades y en áreas rurales, se percibe claramente la diferencia en lo que concierne a la convivencia familiar: en las áreas rurales los adultos mayores permanecen vinculados a sus familias, conservan y transmiten conocimientos, valores, costumbres y tradiciones a las nuevas generaciones de forma espontánea; la jubilación no es un evento traumático, toda vez que se siguen sintiendo útiles a la comunidad y personalmente gozan de un reconocimiento, autoridad y prestigio. La mayoría de los adultos mayores, tanto en áreas urbanas como rurales, desea continuar viviendo en su misma casa, con sus hijos u otros familiares; en el caso de necesitar ayuda, esperan adaptar su propio hogar para continuar allí con sus actividades y con un ingreso económico, así sea modesto, que les permita costear sus necesidades básicas y los servicios de salud que requieren.

#### *Bienestar e ingresos económicos.*

Al respecto de la consideración de que la pobreza pudiera ser la raíz de infelicidad en los adultos mayores y que las personas con ingresos elevados podrían sentirse un poco más satisfechas, Argyle (1972) hace referencia al caso curioso de que cuando estos ingresos son fruto de apuestas o de premios de lotería, tales



personas no son, en conjunto, más felices después del premio, debido a una ruptura con su forma de vida y a la pérdida de contactos sociales.

La *teoría del umbral*, expuesta por Bizquerra (2000), sugiere que debe haber un mínimo de ingresos por debajo de los cuales es muy difícil ser feliz. Por encima del umbral inferior, hay una franja en la cual se da una correlación positiva entre ingresos y bienestar subjetivo. Hay, sin embargo, un umbral superior por encima del cual ya no se da la correlación entre Ingresos y felicidad. De allí que no existan evidencias que demuestren que la clase socioeconómica afecta de manera significativa la experiencia de felicidad

### *Felicidad y Bienestar.*

A lo largo de la historia del pensamiento, la felicidad ha sido estudiada desde múltiples disciplinas con enfoques éticos, teológicos, políticos, económicos y psicológicos.

Averill y More (1993, en Bizquerra, 2000) intentan distinguir entre el concepto de felicidad y bienestar subjetivo. Estos autores afirman que la felicidad es un *constructo teórico* mientras que el bienestar subjetivo es una categoría descriptiva de carácter amplio. Sin embargo, estos autores no distinguen una diferencia específica sobre ambos conceptos. Por esta razón, en varias investigaciones se han utilizado como sinónimos los conceptos de "*felicidad*", "*satisfacción vital*" y "*bienestar subjetivo*".

El *bienestar subjetivo* consiste en una amplia categoría de fenómenos que involucran respuestas de tipo afectivo de parte de las personas, un grado de satisfacción en determinadas áreas o facetas del funcionamiento socio-personal y juicios globales de satisfacción con la vida. El *bienestar psicológico o subjetivo* esta

conformado por una dimensión más cognoscitiva (de *rasgo*), con respecto al bienestar -la satisfacción- y por otra dimensión más afectiva (de *estado*) -sentirse bien o mal en este momento-. La presencia de un estado afectivo positivo y la ausencia de malestar afectivo, junto con la satisfacción con la vida, conformaría la definición más aceptada de *bienestar subjetivo*. Dicho de otra manera, el *bienestar subjetivo* está compuesto de tres elementos independientes: a) la frecuencia y el grado de afecto positivo; b) el promedio de satisfacción durante un periodo de tiempo, y c) la ausencia de sentimientos negativos tales como la depresión y ansiedad. (Bizquerra, 2000). Existe, sin embargo, un cuarto componente que correlaciona significativamente con los otros tres: la *salud*. (Argyle y Martin, en Bizquerra, 2000)

Es posible que las personas sean felices, aún considerando las variables y acontecimientos negativos de la vida diaria. Los factores que contribuyen al bienestar de las personas se vinculan con la satisfacción con la propia vida, pero también con la vida familiar y social del individuo. Bizquerra (2000) argumenta que la felicidad y la satisfacción provienen, por orden de importancia, de: la vida familiar, la pareja, las amistades, la comunidad y las organizaciones.

El *bienestar subjetivo* ha sido estudiado a través de diversas disciplinas como la filosofía, la psicología, la economía, la política, la sociología, etc. A continuación se analizarán los modelos teóricos que lo han abordado como objeto de estudio.

### 3. MODELOS TEORICOS DEL BIENESTAR SUBJETIVO

En la historia de la psicología, se cuenta con innumerables textos (Freud 1900, Schneider, 1997, Hare, 2002) relacionados con el análisis de las patologías del ser humano. No obstante, poco se había realizado en torno a los recursos y a las variables positivas que promueven su desarrollo y su calidad de vida. Tal como se describió en el capítulo anterior, en la actualidad el *bienestar subjetivo* ha sido objeto de interés desde diferentes disciplinas y perspectivas teóricas. El análisis del bienestar subjetivo ha sido tema de estudio desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, enfoque que promueve los cambios en el estilo de vida que generen bienestar y salud, y también desde la perspectiva de la Psicología Positiva, que busca analizar las variables que representan los recursos de la persona para promover su bienestar (Carr, 2007) A continuación, se desglosan cuatro enfoques teóricos que buscan explicar el desarrollo del *bienestar subjetivo*.

#### a) Teoría de la Autodeterminación

En esta teoría Ryan y Deci, (2000) afirman que la condición social en la que vive el sujeto dificulta o facilita los procesos naturales de la auto-motivación y el desarrollo psicológico sano. Los autores identifican tres necesidades psicológicas básicas, universales e innatas: *ser competente, ser autónomo y lograr relaciones interpersonales satisfactorias*. La gratificación de estas necesidades es predictora del bienestar subjetivo y del desarrollo social.

#### b) Modelo Multidimensional del Bienestar Subjetivo

Los autores que representan esta teoría, (Ryff, 1989 y Ryff y Keyes, 1995), postulan que el funcionamiento psicológico está conformado por seis factores que son: *auto-aceptación, crecimiento personal, propósitos de vida,*

*relaciones positivas con otros, dominio medio ambiental y autonomía.* Con la edad, afirman estos autores, el crecimiento personal y los propósitos de vida van disminuyendo, y sucede lo contrario con respecto al dominio del medio ambiente, la autonomía y las relaciones positivas con otros. Como consecuencia, el significado del bienestar subjetivo cambia a lo largo de la vida.

*c) Modelo de Acercamiento a la Meta*

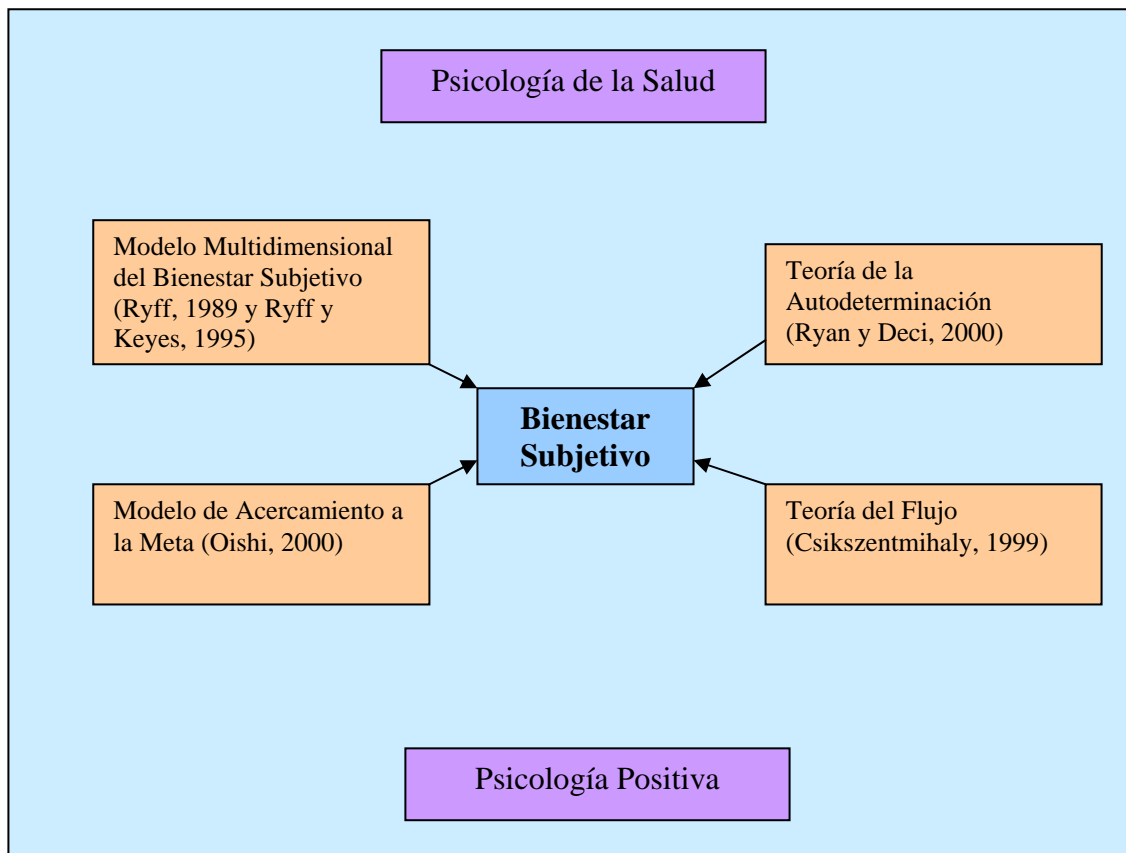
En esta teoría, Oishi (2001) afirma que los marcadores del bienestar subjetivo varían en los individuos, dependiendo de sus valores. Las diferencias individuales y los cambios en el desarrollo vital de las personas van ajustándose, de tal manera que las personas pueden lograr su bienestar subjetivo emparejando sus metas con los recursos que poseen. Naturalmente, la percepción del bienestar subjetivo variará en cada cultura, dependiendo de las necesidades y valores imperantes.

*d) Teoría del Flujo,*

Mihaly Csikszentmihaly (1999) afirma que el bienestar se encuentra en la actividad humana y no en el logro de la meta en sí. Lo que el individuo hace produce un sentimiento especial de *flujo*. Al realizar sus actividades, el individuo descubre de manera permanente y constante el significado de “vivir”, expresando su singularidad y reconociendo y *experienciando* la complejidad del mundo en que vive.

El marco teórico que sustenta esta investigación se expresa gráficamente a continuación:

## TEORIAS SOBRE EL BIENESTAR SUBJETIVO



A partir del análisis de los postulados precedentes surge la pregunta acerca de cuáles son los factores determinantes más importantes del bienestar subjetivo. En su investigación DeNeve y Cooper (1998) recogieron varios estudios *meta-analíticos* de los que se concluye que los correlatos más importantes del bienestar psicológico son: *la salud, la personalidad y el estatus socioeconómico* (que incluyen el nivel de estudios, los ingresos económicos y el estatus laboral).

Otro de los elementos importantes para la experiencia de *felicidad* es la personalidad. Diener, Suh, Lucas y Smith (1999, en Fernández-Ballesteros, 2000) postulan que la persona feliz presenta una serie de características notorias: tiene un temperamento positivo, tiende a mirar el lado positivo de las cosas, no rumia excesivamente los acontecimientos negativos que le acontecen, vive en una

sociedad desarrollada económicamente, tiene confidentes sociales y posee recursos adecuados para poder progresar hacia sus metas establecidas. Estas características son también las que distinguen a lo que la Psicología Positiva denominará una personalidad *resiliente*.

La *felicidad* ha sido definida como “*una evaluación global de la calidad de vida de las personas, de acuerdo con los propios criterios elegidos por ellas mismas*” (Fernández-Ballesteros, 1999). Muchas de las definiciones sobre la felicidad puntualizan el logro de la satisfacción armónica entre deseos y metas alcanzadas. Cabe señalar además, siguiendo la lógica de Argyle (1987) y Bizquerra (2000), que la felicidad no es un constructo semánticamente opuesto a la infelicidad, ya que ambas variables forman un continuo independiente.

Ya se ha mencionado anteriormente que Andrews y Withey (citados en Fernández-Ballesteros, 1999) postularon en principio tres posibles componentes de la felicidad:

- a) Emoción positiva (alegría, entusiasmo, gozo, placer, etc.
- b) Satisfacción con la vida o bienestar subjetivo
- c) Ausencia de emociones negativas (miedo, rabia, hostilidad, culpa, vergüenza, etc.)

Estos componentes coinciden con los propuestos por Bizquerra (2000) al definir el bienestar subjetivo, por lo que se puede concluir que ambos conceptos: felicidad y bienestar subjetivo, pueden ser considerados como sinónimos.

A partir de estas aportaciones, se precisa distinguir entre los aspectos *emocionales* y *cognitivos* de la felicidad. Anteriormente se enfatizaba la preponderancia entre el afecto positivo sobre el negativo; por ello la definición de bienestar subjetivo hacía hincapié en la experiencia emocional agradable. Esto

implica que la persona experimenta emociones positivas y agradables durante su vida, o bien tiene una predisposición a experimentar tales emociones. Sin embargo, investigaciones más recientes enfatizan el aspecto cognitivo que implica un proceso de juicio y una evaluación satisfactoria acerca de la vida como clave de la felicidad. Por esta razón, el estudio de la felicidad no se reduce a ser considerado como un constructo específicamente emocional o de personalidad, sino también y, de manera relevante, como un constructo cognitivo. Algunos autores han asociado el concepto de felicidad con otros constructos multidimensionales como *calidad de vida*.

Lo que resulta claro es que la felicidad se relaciona tanto con *factores personales* (por ejemplo, salud, satisfacción con la vida, relaciones sociales, actividades, etc.), como también con *factores socio-ambientales* (tales como la calidad ambiental, condiciones económicas, factores culturales, etc.); con *aspectos objetivos* (ingresos económicos, actividades, etc.) y con *aspectos subjetivos* (satisfacción con la vida, salud subjetiva, etc.), (Bizquerra, 2000).

Ante las características del entorno, muchas personas encuentran múltiples razones para ser pesimistas, sentirse infelices y caer en las depresiones más profundas. Por otro lado, hay personas que quieren ser felices pero sienten que no merecen serlo o se sienten culpables. Pareciera como si estuviera mal visto ser feliz. De allí que Bizquerra (2000) afirme:

*“...conviene insistir en dos aspectos: a) tener conciencia de la realidad que nos rodea y adoptar un compromiso con los otros; y b) esto no debe impedir un compromiso con nosotros mismos; el amor hacia uno mismo debe llevar a aceptar el derecho inalienable de buscar la propia felicidad.”* (p. 180)

Un problema central es que no hay un modelo ideal de felicidad. Cada cual es feliz a su manera; por ello el bienestar subjetivo se convierte en una experiencia

idiosincrásicamente personal. Sin embargo, es necesario analizar las evidencias empíricas.

Las investigaciones muestran que muchas personas dicen *ser felices*. Dichas personas poseen, de acuerdo a Javaloy (1996), un perfil característico: un alto nivel de energía, son afectuosas, decididas, flexibles, creativas y sociables. Tienen muchos momentos alegres y es fácil verlos reír y sonreír; toleran mejor la frustración y ven el lado positivo de las cosas

Normalmente se asocia la felicidad a un estado de salud físico y mental. El carácter de estas personas se distingue por el optimismo, la expresividad y la espontaneidad; saben conjugar el hedonismo con la generosidad, la soledad con las relaciones sociales. Buscan el equilibrio personal a través de una actividad enriquecedora que les proporciona felicidad. La persona feliz está dispuesta a ayudar a los demás. Es el denominado efecto "*sentirse-bien-por- hacer-el-bien*", que motiva a realizar más actos altruistas como expresión de la *autorrealización (self-actualization)* propuesta por Maslow (1974).

Por otro lado, para Myers (1993), los rasgos de la persona feliz son: autoestima, optimismo, extroversión y control personal. Según este autor, una persona con autoestima sana posee un *locus de control* interno; no es presuntuosa ni arrogante. Caso contrario al de las personas con autoestima baja, en quienes valorarse depende del contexto y su estado de ánimo está en función de la forma cómo percibe o *siente* que lo ven los demás.

En algunos estudios se ha demostrado que el declive de las personas mayores en relación a la satisfacción con su vida se debe, principalmente, a la pérdida de ingresos y de estatus. Fernández-Ballesteros (1999) sostiene que no existe una relación significativa entre edad y felicidad. No obstante, por otro lado,



Rubio y cols., 1977, en Fernández-Ballesteros, 1999) mostraron en un estudio sobre la insatisfacción en cinco grupos de edad entre los 65 años y más, que existe mayor nivel de insatisfacción con la vida en personas de 85 años y mayores, y que esto puede atribuirse al incremento de los problemas de invalidez y déficit de autonomía.

Diener y Suh, (en Fernández-Ballesteros, 1999) analizaron la relación entre *bienestar subjetivo* y edad en un estudio con 60,000 sujetos de cuarenta naciones diferentes, midiendo los tres componentes del bienestar (satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo). En sus resultados, reportan que sólo el afecto positivo tendía a declinar con la edad, mientras que la satisfacción con la vida muestra un leve incremento y el afecto negativo mostró pequeños cambios en diferentes etapas de la vida. Con base en estos datos, se puede afirmar que las personas mayores se pueden encontrar igual de satisfechas que las jóvenes, aunque experimenten con menor frecuencia e intensidad sentimientos, tanto positivos como negativos.

Una posible explicación de por qué la satisfacción con la vida no disminuye y más bien tiende a aumentar con la edad es que, en el caso de los jóvenes, se plantean metas a veces muy elevadas que, al no alcanzarse, producen sentimientos de frustración, en tanto que las personas mayores, con su experiencia y madurez, se adaptan de manera más fácil a sus condiciones de vida, por lo que la discrepancia entre las aspiraciones y los logros es mucho menor. La satisfacción con la vida es estable a través de la edad, aunque los ingresos económicos y el matrimonio no lo sean. Esto indica que las personas mayores se acomodan más fácilmente a las circunstancias que les rodean.

### *Salud*

Se sabe que muchos adultos califican su calidad de vida en función de otras variables como salud, ingresos, etc. Expresiones típicas en el contexto de los ancianos en México, tales como “*habiendo salud, todo lo demás es ganancia.*” explican la importancia que se concede a esta variable para evaluar su calidad de vida. No obstante, en algunos casos, pacientes que sufren de cáncer y que están expuestos a tratamientos de quimioterapia, aprecian y reportan que disfrutan más la vida que antes de su enfermedad. En el caso de los pacientes hipocondríacos, reportan con frecuencia menor satisfacción con su vida, por lo que se puede asumir que la felicidad puede estar más relacionada con la salud mental que con la salud física.

### *Ingresos económicos*

También es común encontrar en la literatura (Carr, 2007) y en los reportes de los propios ancianos, argumentos que aluden a que los ingresos están relacionados con la felicidad. Este argumento, sin embargo, puede ser válido sólo hasta cierto punto, tal como se indicó anteriormente. Ciertamente, puede sostenerse que existe una relación entre el nivel de ingresos y de felicidad, aunque esta correlación será tanto más válida cuanto más se refiera al punto de tener las necesidades básicas cubiertas. Una vez que esto sucede, los ingresos no representan una fuente de satisfacción para ellos.

### *Religiosidad*

Por otro lado, con la disminución de actividades y la adaptación a un nuevo ritmo de vida, las personas mayores tienden a mostrarse más religiosas. Es común encontrar en los templos y centros de culto un mayor número de adultos mayores que personas de otras edades. Por esta razón existe una base para suponer una

relación muy importante entre la religión y el bienestar de los ancianos. En 1998, Levin y Chatters realizaron un análisis estructural para estudiar la influencia de la religión en el bienestar psicológico, concluyendo que la religión ejerce un efecto directo en el bienestar psicológico de los mayores e indirecto a través del estado de salud de los mismos. Una explicación plausible de este fenómeno es, por una parte, la consciencia de la proximidad del término de la propia vida y el encuentro con una realidad desconocida, que trasciende la existencia en el tiempo y en el espacio. Por otro lado, el aislamiento y la soledad, que caracterizan las vivencias de la adultez mayor, favorecen la reflexión y el encuentro personal con realidades espirituales, tal vez soslayadas en la juventud.

#### *Estado Civil*

En relación con el estado civil, se puede afirmar que los niveles altos de bienestar están asociados con el hecho de estar casado. Esto puede deberse a que las personas que viven solas presentan, en general, más problemas psicológicos que las que viven acompañadas. Mariano Rojas (en Garduño et al. 2005), en un estudio realizado en cinco estados del centro-sur de México, encontró que, en una escala ordinal de 1 a 7 de *bienestar subjetivo*, los casados reportaban un mayor promedio ( $\bar{x}=5.49$ ;  $S=0.86$ ) que los solteros ( $\bar{x}=5.40$ ;  $S=0.99$ ), que los divorciados ( $\bar{x}=5.12$ ;  $S=0.90$ ) que los que viven en Unión Libre ( $\bar{x}=5.34$ ;  $S=0.84$ ) y que los viudos ( $\bar{x}=4.74$ ;  $S=0.98$ ).

#### *Género*

Con respecto al género, Rubio y cols (1997. cit por Fernández-Ballesteros, 1999) realizaron una investigación sobre calidad de vida en personas mayores. En ella se compararon la satisfacción con la vida entre hombres y mujeres en función de la edad. En este estudio se puede apreciar que las mujeres presentan mayor nivel

de insatisfacción que los hombres, lo que puede explicarse a partir de que la percepción del envejecimiento en la mujer es vista culturalmente más negativa que en el hombre. No obstante, Rojas (en Garduño et al., 2005) en su estudio sobre *bienestar subjetivo*, que abarcó un rango de edades entre los 18 y 65 años o más, comenta que las mujeres tienden a expresar un mayor nivel de bienestar subjetivo que los hombres, mostrando además una menor dispersión (Mujeres  $\bar{x}=5.42$   $S=0.88$  y Hombres  $\bar{x}=5.37$ ,  $S=0.99$ ). Sin embargo, este mismo autor comenta que el bienestar subjetivo tiende a disminuir conforme aumenta la edad de las personas

### *Relaciones Sociales*

Las relaciones sociales también son una fuente de bienestar. Sin embargo, como se abordará en el siguiente capítulo, la satisfacción que producen las relaciones sociales requiere de reciprocidad, dado que se disfruta tanto el dar como el recibir.

### *Personalidad*

Desde la perspectiva de la personalidad, se puede suponer que las personas que tienen un temperamento más positivo son más optimistas y ven el lado bueno de las cosas. Una adecuada autoestima constituye un predictor muy fuerte de la satisfacción, de la misma manera que lo es la percepción del *locus* de control interno y de la extroversión (DeNeve y Cooper, 1998)

### *Inteligencia*

Aunque la inteligencia teórica ha sido una variable muy apreciada socialmente, su relación con la satisfacción con la propia vida no es significativa, y una posible explicación es que las personas más inteligentes tienden a plantearse metas más elevadas (Muñoz, 2002).. Asunto muy diferente y significativamente importante es la relación entre la *inteligencia emocional* y la *satisfacción existencial*, toda vez que esa

dimensión de la personalidad humana arranca precisamente del presupuesto de que el adecuado manejo de las emociones es determinante para la inteligente manera de relacionarse exitosamente con el entorno.

### *Sentimiento de Logro*

A partir de su estudio, Pavot (2004) afirma que el bienestar subjetivo en personas mayores se relaciona con un número importante de logros en la vida, tales como un alto nivel de satisfacción en sus relaciones personales y maritales, así como éxito laboral, adecuada habilidad para afrontar el estrés y mejores condiciones de salud.

### *Actividad y Desvinculación*

La realización de actividades se vincula también con la felicidad: por ello se ha popularizado la idea de que el compromiso activo causa felicidad (Argyle, en Carr, 2007). En el modelo de vejez competente o vejez con éxito, propuesto por Fernández-Ballesteros (2002) en su colección de textos, y apoyado por Ranzijn (2002), Thomas (2003), Kahana y Kercher, (2003), insiste en dos teorías que se contraponen: *la teoría de la actividad (Havigurst, 1987)* y *la teoría de la desvinculación (Cumming & Henry, 1961; Henry, 1964)*. La primera postula que la persona es feliz y se siente satisfecha en la medida en que se siente productiva y es útil a otras personas. En el caso de las personas mayores, necesitan pensar que son necesarias a los demás y que la sociedad todavía los necesita. La segunda teoría afirma que las personas mayores desean reducir sus actividades y contactos sociales, sintiéndose satisfechas cuando lo logran. En este sentido, en las personas mayores se produce un proceso gradual de desconexión universal, normal y natural, por lo que constituye una forma de envejecer satisfactoriamente.

No obstante, ninguna de estas teorías, *per se*, resulta suficiente para explicar la acomodación satisfactoria a la vejez. Sin embargo, se cree que la clave para el envejecimiento con éxito, competente o satisfactorio, radica ineludiblemente en la capacidad de adaptación de la persona mayor a los cambios físicos que se van produciendo y a los agentes externos estresantes (factores psicosociales que se presentan). Evidentemente, no todas las personas se adaptan a tales cambios de la misma forma.

Ante tal diversidad de opiniones, y a riesgo de que puedan ser consideradas como una fácil recomendación, Bizquerra (2000) sugiere las siguientes acciones para lograr la felicidad:

- *Gestión de tiempo*: La distribución del tiempo es esencial. Mantener un equilibrio entre el tiempo dedicado al trabajo, a la familia y a los intereses personales, puede generar un sentimiento de bienestar.
- *Fijarse objetivos realistas*: Tal como lo propone Pinquart (2002) en su artículo, es necesario que las personas –sobre todo adultas- establezcan metas alcanzables que supongan retos, considerando que la excesiva facilidad genera aburrimiento y la excesiva dificultad genera estrés y sentimientos de frustración. Para ello es importante considerar detenidamente posibilidades y limitaciones.
- *Disfrutar de los pequeños avances que se logran*: Las emociones positivas crean hábito; por ello es preciso potenciar este hábito a través del reconocimiento de los propios avances.
- *Autoestima*: Es importante mantener un elevado nivel de autoestima a pesar de las imperfecciones y de los errores; además hay que concederse siempre una segunda oportunidad.

- *Ser Positivo:* Mantener una visión positiva y optimista de la vida repercute favorablemente en la salud.
- *Sentido del Humor:* Relativizar las situaciones conflictivas es saludable, ya que ayuda a prevenir enfermedades físicas y mentales; relaja, disminuye la tensión, alegra la vida y hace posible expresar sentimientos negativos sin provocar estrés.
- *Reír:* Se ha demostrado que la risa estimula el sistema inmune y tiene efectos benéficos en la salud física y mental. Por ello es importante aprender a auto provocarse la risa voluntariamente.
- *Altruismo:* Ayudar a los demás aumenta la autoestima y mejora la salud. Por ello las personas involucradas en actividades de voluntariado reportan sentirse muy bien.
- *Mantener relaciones sociales:* Los vínculos sociales sirven como una red de apoyo, son estímulos positivos y fuente de satisfacción personal.
- *No dejarse influir negativamente por los demás.* Hay que procurar el contacto con personas positivas, trabajadoras, alegres y que transmitan una visión positiva de la vida.
- *Música:* Escuchar música, cantar y bailar provocan estados emocionales positivos. También ha demostrado ser un efectivo tratamiento para la depresión.
- *Ejercicio Físico:* La práctica del ejercicio físico tiene efectos positivos sobre la salud física y mental.
- *Imaginación emotiva:* A veces es saludable fantasear sobre lo que a uno le gustaría hacer, a dónde le gustaría ir, con quién quisiera estar, etc., y emocionarse intencionalmente con ese pensamiento.

- *Relajación*: Practicar frecuentemente técnicas de relajación, respiración, meditación y control emocional es una manera de procurar estar en forma, con múltiples efectos positivos.
- *Ser escuchado*: Cuando se tiene algún problema es importante encontrar a alguien que sea capaz de escuchar -sin juzgar- y que sirva de apoyo y ayuda de cara a una clarificación de la situación y a vislumbrar posibles vías de acción.
- *Expresar afecto*: Expresar los propios sentimientos y emociones a los seres queridos ayuda a mantener buenas relaciones íntimas, que repercuten positivamente en los estados de ánimo.

Estas sugerencias, según el autor, son válidas para cualquier persona, de cualquier edad y condición.

#### *Evaluación de la Felicidad.*

Procurar todo este conjunto de acciones facilita la experiencia de felicidad. Sin embargo, surge la pregunta ¿Es posible medir la felicidad? En la actualidad, se cuenta con un conjunto de instrumentos que permiten evaluar el bienestar psicológico de manera confiable y válida. Normalmente se solicitan auto informes en los que la persona evaluada expresa lo que siente y elige, de entre una serie de alternativas, la respuesta que refleja mejor su estado de ánimo. No obstante, mucho enriquecería la evaluación psicológica de dichos constructos, si además del auto-informe y de la selección de respuestas adaptativas, se incluyeran mediciones psicofisiológicas de los estados afectivos, así como observaciones o grabaciones de las expresiones faciales, posturas y lenguaje corporal asociadas al bienestar y a la felicidad.



Entre los instrumentos diseñados para medir el bienestar subjetivo de las personas mayores y que cumplen satisfactoriamente con los criterios psicométricos de confiabilidad, validez y sensibilidad, según Buela-Casal, Caballo y Sierra (1996), se pueden enumerar los siguientes:

- Escala de Balance Afectivo de Bradburn (1969)
- Escala de Moral del Centro Geriátrico de Filadelfia, de Lawton (1975)
- Índices de Satisfacción con la Vida de Neugarten, Havighurst y Tobin (1961)
- Inventario de Felicidad de Oxford (Argyle, Martin y Crossland (1989)
- Índice de Bienestar Psicológico (GWB) Dupuy (1978)
- Índice de Bienestar. Campbell, Converse y Rodgers (1976)
- Escala de Satisfacción con la Vida. Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985)
- Cuestionario Breve de Calidad de Vida (Prieto y Antó, 1994)

La aplicación de estos instrumentos de evaluación a muestras representativas de población adulta está aportando información valiosa sobre las características de la vida afectiva a lo largo del ciclo vital. Los resultados han demostrado que con la edad aparece una mayor probabilidad de fragilidad biológica (reducción del funcionamiento y enfermedad) junto a una mayor probabilidad de fortaleza psicológica (vitalidad, función social, sentimientos, calidad de vida o salud mental) tanto en condiciones de salud como en enfermedad (Alonso, 1998; Lizan y Reig, 1999, cit. por Fernández-Ballesteros, 2000).

A partir del análisis del *bienestar subjetivo* y su relación con otras variables psicosociales, resulta necesario revisar el proceso de envejecimiento y el impacto de la edad en el funcionamiento físico, intelectual y social.

## 4. CARACTERÍSTICAS DE LA VEJEZ

Envejecer significa muchas cosas. El concepto de “viejo”, normalmente se asocia al concepto de edad avanzada. Cuando las personas llegan a los 65 años en promedio, se piensa que ingresan a la etapa de la vejez. Esta edad se ha considerado también como el momento de la *jubilación*. Sin embargo, los cambios que ocurren en cada década a partir de los 60 años, ameritan un estudio segmentado de esta etapa del ciclo vital.

La vejez como un estado del individuo, supone una etapa peculiar de la vida: la última. El envejecimiento es, por tanto, un largo proceso que ocurre desde el nacimiento hasta la muerte. Normalmente la *edad cronológica* es el criterio que con más frecuencia se considera para marcar la vejez; sin embargo, no es el único, ya que la *edad física*, entendida como la pérdida de eficiencia biológica en la medida en que pasa el tiempo, constituye también un indicador de la vejez.

El envejecimiento ha sido explicado a través de diferentes enfoques teóricos. A continuación se abordan algunos de ellos.

### 4.1 Teorías Biológicas

Desde el punto de vista biológico se han propuesto diversas explicaciones sobre el envejecimiento. Entre ellas destacan: la teoría del error celular de Simic (1992); la teoría de los radicales libres, propuesta por Harman (1950); la teoría de la disfunción tóxica celular de Koly y Kerski-Oja, (1992); y la teoría de la supresión del sistema inmunológico (Luqmani, Gordon y Bacon, 1994) entre otras.

### 4.2. Teorías Psicológicas

Diferentes aproximaciones teóricas de la psicología han intentado explicar los cambios que ocurren al envejecer; sin embargo, es un hecho que no todos los seres humanos experimentan el mismo declive biológico y psicológico con la edad, ni

tampoco es posible aparear la evolución biológica con la psicológica, ya que una depende de estructuras orgánicas mientras que la segunda se ve fuertemente influida por el contexto sociocultural.

4.2.1. Entre los *Teóricos del Desarrollo*, Erikson (1950), quien propuso sus célebres ocho etapas en las que describe los conflictos que se presentan y las virtudes que se desarrollan como consecuencia de haber librado dichos conflictos, propone en la vejez la crisis de la integridad *versus* la desesperación. Las virtudes resultantes de haber librado satisfactoriamente este conflicto son la prudencia y la sabiduría. Cabe mencionar, sin embargo, que no existen evidencias empíricas que sostengan con mayor precisión la manera como los ancianos puedan librar satisfactoriamente dicho conflicto.

4.2.2. La *teoría de la gerotranscendencia* propuesta por Tornstam (2005) establece que el desarrollo humano es un proceso de toda la vida que continúa en la vida del adulto mayor. La *gerotranscendencia* es descrita como una *meta-perspectiva*, desde una visión racional y materialista, hacia una más cósmica y trascendente, normalmente, seguida por un incremento en la satisfacción con la vida. En el proceso de la *gerotranscendencia* el individuo experimenta una redefinición de sí mismo y de las relaciones con otros y un nuevo entendimiento sobre los aspectos existenciales fundamentales. Aunque esta teoría adopta una perspectiva que enfatiza el cambio y el desarrollo, su propósito es que el individuo llegue a un *yo menos ocupado* y al mismo tiempo más selectivo en sus elecciones sociales y en otras actividades.

4.2.3. Los *teóricos del ciclo vital*, tales como Neugarten (1999), describen el ciclo de la vida con base a dos condiciones fundamentales: los eventos que suponen una transición para la persona y los roles que ésta asuma, los cuales implican

cambios en el auto-concepto y en la propia identidad. En estas teorías, se enfatiza un balance entre el *crecimiento* (ganancias) y el *declive* (pérdidas), aunque la proporción en este balance cambia al inicio y al final de la vida.

4.2.4. La *teoría de la actividad* planteada por Havigurst (1987) a fines de los años cuarenta, sitúa a la *actividad* como la base del envejecimiento *exitoso*. Es decir, consideraba en su estudio que aquellas personas mayores que más actividades realizaban eran las más adaptadas y que sobrevivían más años en mejor estado, ya sea porque continuaban con las mismas tareas y roles, o porque las cambiaban en función de sus preferencias. Esta teoría ha sido compartida por psicólogos y sociólogos y ha servido de fundamento para las políticas sociales en las que se promueve la actividad en la vejez. En la perspectiva de la teoría de la actividad, se asume que la actividad es vital para el bienestar. Es importante, para los adultos mayores, ser participantes activos y dinámicos en el mundo que los rodea. De acuerdo a este concepto, el logro exitoso de cada tarea favorece la felicidad y las mejores oportunidades de éxito. Se asume en esta teoría que la gente mayor tiene las mismas necesidades y preferencias psicológicas y sociales. Esta teoría enfatiza que el bienestar y la satisfacción vital definida como “*envejecimiento exitoso*”, se refleja en la edad adulta mayor en la medida en que la persona se involucra en el contexto social, por ejemplo, manteniendo los roles y las relaciones sociales. Esta teoría asume que el grado de satisfacción subjetiva depende de qué tan activo es el individuo. La teoría está basada en la creencia de que el propio auto-concepto se afirma mediante actividades asociadas con varias formas de ejercer un rol. Cuando ocurre una pérdida,

ésta debe ser reemplazada con roles, intereses o personas nuevas y diferentes.

4.2.5. La *teoría de la continuidad* (Maddox y Atchley, en Fernández-Ballesteros, 2000) se asocia a la teoría de la actividad y emerge del enfoque del ciclo vital y postula un desarrollo continuo del individuo adulto, incluyendo su adaptación a situaciones externas negativas. En este sentido, se insiste en la alta probabilidad de asociación entre el pasado y el presente, y los patrones que pueden ser anticipados sobre las formas de pensar, actuar y relacionarse. La continuidad es base del proceso de adaptación al cambio que ocurre a través de dos grandes mecanismos: el primero, un deseo de continuidad motiva a las personas a prepararse previamente para cambios como la jubilación, la viudez, e incluso la discapacidad; en segundo lugar, el deseo de continuidad puede servir como una meta para la adaptación en el esfuerzo por preservar, en la medida de lo posible, la continuidad de sus vidas, previniendo enfermedades y la incapacidad derivada de estas.

De esta manera, la continuidad del yo ocurre en dos dominios: interno y externo. La *continuidad interna* ocurre cuando uno quiere conservar algunos aspectos pasados de sí mismo, de manera que el pasado sirva de apoyo al *nuevo yo*. La *continuidad externa* involucra el mantener las relaciones, los roles sociales y el ambiente. La teoría de la continuidad puede reconocerse como una teoría del desarrollo, porque relaciona la personalidad y los aspectos que favorecen ciertas acciones en la vejez, con base en factores similares que ocurrieron durante otras etapas del ciclo vital. Esta teoría establece que es importante para la identidad de la persona preservar sus roles y su capacidad durante su vejez. Por ello, el envejecimiento exitoso

depende de la habilidad del sujeto para mantener y continuar patrones de conducta previos o encontrar nuevos roles.

La premisa básica de la teoría de la continuidad es que las personas en la adultez joven y media se adaptan a los cambios asociados con el proceso normal del envejecimiento, y se basan en los recursos existentes y en estrategias de afrontamiento cómodas. En otras palabras, el logro de las metas personales, el afrontamiento al envejecimiento, las experiencias pasadas, las decisiones y conductas constituyen el fundamento de su conducta actual.

4.2.6. La *teoría de la falta de compromiso o desligamiento* (Manning, en Lefrancois, 2001) asume que, desde la edad de adultez media en adelante las personas tienden a voltear sus miradas hacia sí mismas, de manera que, mientras más avanzan en edad, los individuos tienden a abandonar sus roles y actividades previas. Esto da lugar a un gradual aislamiento de la sociedad.

En la teoría de la *falta de compromiso o desligamiento*, se asume que la vejez es inevitable y consiste en una gradual tendencia a disolver los compromisos y a ausentarse de los roles y de las actividades sociales. Este proceso es irreversible una vez que se ha iniciado; es una preparación para la muerte, para la separación gradual del individuo. La persona anciana incrementa su preocupación por sí mismo y decrementa su interés por los demás. Al mismo tiempo, la tendencia de la sociedad es rechazar a los individuos ancianos. El resultado es un decremento en la interacción entre las personas ancianas y el sistema social. Sin embargo, esta teoría no especifica quién comienza con la falta de compromiso: el individuo o la sociedad.

### 4.3 Teorías Sociológicas

4.3.1. La *teoría de la desvinculación* propuesta por Cummings (citado en Fernández-Ballesteros, 2000), postula un planteamiento interactivo entre la sociedad y el individuo que, a lo largo del proceso de envejecimiento, tienen la misma finalidad y objetivo: la desvinculación del individuo con y de la sociedad. Esta desvinculación es funcional ya que prepara al sujeto para morir y para ser sustituido por otra generación.

4.3.2. La *teoría de la subcultura* (Rose, 1960, en Fernández-Ballesteros, 2000) propone que las pérdidas de seres queridos en personas adultas los llevan a una cultura de aislamiento y de soledad. Este aislamiento es la base sobre la que se afirma que los ancianos poseen todos los rasgos característicos de un grupo aislado, y de manera más contundente aún por encima del aislamiento de las clases sociales o del género.

4.3.3. Finalmente, la *teoría de la modernización* (Fernández-Ballesteros, 2000) afirma que el estatus social de las personas mayores es una *covariante* inversa al grado de industrialización de la sociedad en la que habitan. Desde este planteamiento se postula que la posición social de los adultos mayores es inversamente proporcional al grado de industrialización. No obstante, no existen suficientes evidencias empíricas transculturales que sostengan esta teoría.

Independientemente de la formulación teórica que se adopte, la realidad es que el envejecimiento trae consigo cambios en diferentes esferas que deben ser analizados y que se exponen a continuación:

#### 4.4. Señales de Envejecimiento

El fenómeno del envejecimiento no se manifiesta de la misma manera en todos los individuos no obstante, una de las características comunes por las que se percibe el deterioro es a través de cambios en el funcionamiento físico, intelectual y social.

En relación con el *funcionamiento físico*, los cambios propios del envejecimiento comienzan a aparecer en la etapa de la adultez media y avanzan progresivamente durante el resto de la vida. Después de lograr la plenitud en la mayoría de las funciones, la fuerza y la resistencia comienzan a decaer en la adultez media; un ejemplo es la estatura como resultado del encogimiento y endurecimiento de los tendones, la atrofia muscular y el aplanamiento de los pies. Además, la piel comienza a adelgazarse, pierde elasticidad y comienza a mancharse. Así mismo, el cabello se adelgaza, las encías cambian su forma y provocan la caída de piezas dentales.

Con la edad hay una disminución de la flexibilidad, la fuerza y el vigor físico. Disminuye la capacidad aeróbica y la pérdida de células motrices; sin embargo, este deterioro se puede evitar y en algunos casos es reversible. Mucho depende, de la actividad física con que se mantenga el adulto mayor.

La presencia de enfermedades también cambia con la edad. Mientras los adultos jóvenes son más susceptibles a enfermedades agudas, en el caso de los ancianos la demanda de los servicios de salud se debe a la presencia de uno o varios trastornos crónico-degenerativos. No por ello dejan de padecer alteraciones agudas; sin embargo, su capacidad para enfrentarlas se vuelve más difícil. Entre los padecimientos más comunes en las personas mayores se encuentran las infecciones de las vías respiratorias, artritis, hipertensión, diabetes, pérdida auditiva,



dolencias cardíacas, deterioros visuales, y arterioesclerosis. Otras enfermedades asociadas regularmente con la edad adulta son la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Alzheimer.

Con respecto al *funcionamiento intelectual* se sabe que el patrón clásico del envejecimiento sostiene que no existen declives significativos en las puntuaciones de la escala verbal del WAIS (*Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos*), mientras que en las escalas de ejecución o manipulativas, se observa una gran disminución en las puntuaciones obtenidas. A partir de esta observación se han realizado múltiples estudios que sostienen que las habilidades verbales en conjunto se preservan hasta los 80 años (Albert y Heaton, 1986, cit. por Fernández-Ballesteros, 2000). Contrariamente, las funciones viso-perceptivas, viso-espaciales y viso-constructivas propias del hemisferio cerebral derecho son más vulnerables a los efectos del envejecimiento y que, en general, disminuyen significativamente con la edad.

Con base en la teoría *bifactorial* de la inteligencia propuesta por Catell (1963) y Horn (1968), se establecen dos patrones diferenciados de la capacidad intelectual: la inteligencia *fluida* o habilidad para enfrentarse con problemas nuevos y que constituye el componente biológico o genético de la inteligencia, relativamente independiente de la educación y del ambiente; y la *inteligencia cristalizada*, que representa la habilidad para aplicar aprendizajes previos y se basa en la acumulación y aprovechamiento de la experiencia. En relación con el WAIS, se supone que la *inteligencia fluida* estará evaluada por los procesos manipulativas, o *escala de ejecución*, mientras que la *inteligencia cristalizada* estaría medida por la *escala verbal*. En este sentido, se plantea que la inteligencia fluida sigue un patrón

normativo de declive gradual a lo largo de la vejez, mientras que la inteligencia cristalizada sigue un patrón de estabilidad.

No obstante, aunque diversos estudios han apoyado el patrón de declive intelectual de la vejez, las aportaciones de Baltes y Baltes (1990) sugieren que aunque la mecánica de la inteligencia pueda tener cierto declive, los dominios de la pragmática (por ejemplo la inteligencia práctica y la *sabiduría*) pueden mostrar cambios positivos en la vejez. Esto indica que los ancianos pueden desarrollar habilidades sustitutivas de algunas de las que declinan y optimizan sus recursos a través de la selección de actividades en las que quieren lograr ciertos dominios; también intentan compensar a través de nuevos repertorios de conducta adaptativos, sin renunciar a su realización. Finalmente, minimizan las pérdidas y maximizan las ganancias logradas mediante la estimulación o por el cambio en las condiciones ambientales. Esta optimización de los recursos supone cierta plasticidad y ésta, junto con la compensación, son las variables que modulan el funcionamiento cognitivo durante la vejez.

Por otro lado, en estudios realizados con ancianos, los déficits en la memoria sensorial no se han vinculado con el envejecimiento (Poon, 1977), más bien los problemas que se presentan en la memoria sensorial visual se han asociado a problemas de atención y percepción (Hultsch y Dixon, 1990). En relación a la memoria a corto plazo, no existen evidencias de deterioro asociadas a la edad, sobre todo en adultos sin demencias; más bien se presentan en relación a la memoria de trabajo que se ve seriamente afectada a partir de los 70 años (Dobbs y Rule, 1989). Este deterioro se explica por un declive en la habilidad general de procesamiento sobre todo en aspectos relacionados con la velocidad y la agilidad con que dicho procesamiento se lleva a cabo. No se han encontrado grandes

deficiencias asociadas con la edad en la memoria a largo plazo, aunque cuando la complejidad de la tarea aumenta, el recuerdo también se va deteriorando, además de que los problemas parecen estar más relacionados con la recuperación que con el reconocimiento. Los aspectos de la memoria a largo plazo que parecen verse más afectados son los episódicos (información ligada al contexto) y los procedimentales (información sobre destrezas). Sin embargo, no hay evidencias de que la información semántica, independiente del contexto, se vea afectada. (Fernández-Ballesteros, 2000)

Es común encontrar diversas opiniones que afirman que entre más viejo se es resulta más difícil aprender y adaptarse a los cambios. Sin embargo, existen evidencias en diferentes culturas de que los ancianos, al retirarse de su empleo, disponen de mayor tiempo para aprender nuevas actividades que antes no podían realizar.

Fernández-Ballesteros. et al (1999) afirman que la investigación sobre el aprendizaje en la tercera edad ha mostrado evidencias de que los adultos mayores adquieren la respuesta condicionada más lentamente que los jóvenes; es decir, las personas mayores son tan *condicionables* como los jóvenes, sólo que se requiere un mayor número de ensayos. En relación al *condicionamiento operante*, tampoco existen diferencias significativas entre el aprendizaje en jóvenes y adultos mayores a través de las consecuencias. Más bien existen evidencias de que los adultos mayores se benefician más del reforzamiento positivo que los jóvenes, aunque también cometen más errores.

Ante esta realidad, es posible plantear el potencial continuo del desarrollo cognitivo en la edad adulta, según el cual algunas habilidades cognitivas de por vida pueden seguir mejorando con la edad y algunas capacidades cognitivas nuevas

pueden surgir en la edad adulta (Perlmutter, 1988 cit por Lemme, 2003). Se sabe por investigaciones (Sinnott, 1994, cit por Lemme (2003), que el aprendizaje de los jóvenes se enfoca en la acumulación de hechos (procesamiento analítico ascendente) mientras que en los adultos maduros el aprendizaje supone utilizar una organización de orden superior para dar sentido a los hechos y elaborar una mejor teoría (procesamiento sintético descendente). Por esta razón, es posible que el adulto mayor sea capaz de utilizar ambas modalidades de razonamiento a fin de enfrentar los retos de su entorno.

Finalmente, dentro del análisis de los componentes cognitivos de los adultos mayores, es necesario mencionar la *sabiduría* como un elemento asociado en muchos casos a la vejez. Según Baltes y Staudinger, (2000, cit por Lemme, 2003), las características de la *sabiduría* consisten en que el adulto mayor

- Aborda interrogantes y estrategias importantes y difíciles sobre la conducción y el significado de la vida
- Comprende el conocimiento sobre los límites del conocimiento y las incertidumbres del mundo
- Representa un nivel verdaderamente superior de conocimientos, juicios y consejos
- Construye conocimientos que tienen un alcance, una profundidad, una medida y un equilibrio extraordinarios
- Comprende una sinergia perfecta de mente y carácter, es decir, una orquestación de conocimientos y virtudes
- Representa los conocimientos utilizados para el bien o el bienestar de uno mismo y los demás

- Se reconoce fácilmente cuando se manifiesta, aunque resulte difícil de lograr y especificar

Si bien el interés por la investigación sobre la sabiduría es amplio, aún quedan varias preguntas por responder en relación a su desarrollo, a las diferencias de género, al nivel sociocultural o a las experiencias académicas que influyen para lograrla. No obstante, la capacidad cognitiva del adulto mayor permite conjuntar de manera armónica las habilidades y conocimientos acumulados a lo largo de su vida para aportar una serie de experiencias que enriquecen a quienes les rodean.

Con respecto al *Funcionamiento Social* es importante analizar el fenómeno de la muerte social llamada *jubilación*. Contrariamente al origen mismo del término latino “*jubilare*”, es decir *alegrarse*, con él se designa la entrada oficial a la vejez, el dejar de trabajar, con lo que no sólo termina la vida productiva, con sentido de utilidad, y con una considerable reducción de los ingresos, sino que también se pierde el contacto social con otras personas, compañeros de trabajo y amigos.

Los adultos mayores pueden jubilarse en México desde los 60 años y en algunos empleos desde los 30 años de servicio, independientemente de la edad. Es una etapa de la vida en que se tienen menores ingresos y la mayoría de ellos son destinados a la alimentación y a la preservación de la salud. Lamentablemente, no existen oportunidades laborales para la mayoría de los ancianos ya que sus condiciones de funcionalidad están limitadas por los posibles problemas de salud que la edad conlleva.

La jubilación, por su parte, es uno de los cambios más importantes que tienen lugar en los últimos años de la vida. Tradicionalmente, una persona jubilada manifiesta una afectación en su economía, en la salud, en las relaciones interpersonales, en el sentido de valía y productividad personal y en el significado

del trabajo en sí mismo. Lamentablemente, no existe en México una cultura que prepare al adulto mayor hacia la jubilación y al uso de su tiempo libre.

Se sabe por estudios (Carlisle, 1979 cit. por Kalisch, 1983) que la satisfacción vital que reportan algunos jubilados se relaciona con una amplia gama de actividades que realizan y que repercuten en su salud, su economía, en sus relaciones afectivas y en el disfrute de la vida.

El adulto mayor que deja de trabajar, orienta la mayoría de sus actividades a la convivencia familiar. No obstante, la *etapa del nido vacío* en la que los hijos de independizan y abandonan la casa paterna, es una realidad que enfrenta el anciano. Al envejecer los padres, la mayoría de los hijos brindan apoyo y cuidado a sus familiares mayores, en una proporción un poco mayor en el caso de las hijas que de los hijos. El contacto frecuente que se ofrece a las personas mayores les ofrece un sentimiento de mayor seguridad (Kalisch, R. 1983). No obstante, el deseo del adulto mayor es mantener las relaciones y el contacto con sus hijos sin representar una carga para ellos. Por otro lado, la posibilidad de ofrecer un apoyo a los matrimonios jóvenes, sobre todo en el cuidado de los nietos, parece ser una tendencia social en los últimos años, en los que se ha transferido el rol de padres a los abuelos.

El rol de los abuelos ha sido poco investigado (Pinazo, 1999; González y De la Fuente, 2008). Sin embargo, es conocido que en nuestra cultura los abuelos tienen contactos más satisfactorios con los nietos, ya que su relación no implica tantas obligaciones y responsabilidad como las que existen entre padres e hijos. Para muchos adultos mayores el ser abuelo constituye un elemento fundamental en su identidad personal y les representa una nueva forma de dar sentido a su vida. La comunicación y el intercambio de experiencias sentimentales entre abuelos y nietos

proveen a unos y otros de sensaciones de ser apreciados y estimados. En algunos casos, los abuelos consideran dicho rol como una forma de mantener y preservar sus experiencias a través de la familia (Dellman-Jenkins, Blankemeyer y Olesh, 2002) Finalmente, también cabe señalar que algunos abuelos ven en su rol la oportunidad para comportarse de acuerdo a un estereotipo de “bonachones”, caracterizado por una sobrada indulgencia ante el comportamiento de los nietos.

Por otro lado, la relación marital es, sin duda, una de las experiencias más importantes en la vida adulta. Con todo y que la satisfacción con el matrimonio alcanza su menor nivel en la mediana edad para aumentar después, en la vejez la satisfacción marital alcanza niveles que ningún otro grupo de edad logra (Campbell, Converse & Rodgers, citado en Cáliz, 1983).

Aún tomando en consideración la información previa, también ocurre que en los matrimonios de edad avanzada las preocupaciones por la salud y por la inminencia de la muerte de alguno de los miembros, constituye un factor que altera y puede llegar a deteriorar la relación de pareja. Normalmente las mujeres asumen un rol más dominante, generalmente por la mala salud del marido. Algunos rasgos de inflexibilidad, las enfermedades crónicas y el deterioro cognitivo pueden generar distanciamiento y hostilidad en la relación. Por esta razón, aunque el divorcio es poco común, también tiende a ocurrir en esta etapa vital a razón de 1.3 por ciento de la población de 60 años y mayores, según el censo del 2000 (INEGI, 2005)

Kalisch (1983) afirma que la forma más seria de pérdida del rol familiar ocurre cuando se produce la muerte de algún miembro de la familia, especialmente la del cónyuge. El viudo o la viuda experimenta no sólo la pena de la pérdida, sino también la de la privación, fruto de la ausencia del cónyuge. La soledad, la privación

afectiva y sexual, la falta de alguien con quien compartir las experiencias cotidianas representan uno de los factores de mayor estrés e indefensión en el adulto mayor.

Existen más viudas que viudos, en primer lugar porque la mujer tiende a vivir más años que el hombre; en segundo lugar porque normalmente las mujeres se casan con hombres mayores que mueren antes que ellas y, en tercer lugar, porque muchos viudos se vuelven a casar, mientras que las viudas se mantienen solteras en la mayoría de los casos.

Uno de los efectos de la viudez, una vez superada la pérdida, es la tendencia de algunos viudos a refrescar sus relaciones sociales con amigos y amigas de otros tiempos (Fernández-Ballesteros, 2000). Aunque este tipo de experiencias son benéficas, en ocasiones las limitantes de salud o físicas provocan que el anciano viudo, se quede cada vez más solo.

Con respecto a la vida social de los adultos mayores, la tendencia apunta a que los ancianos disfrutan más las relaciones con personas de su misma edad que con personas de menor edad. Esto se explica posiblemente porque se sienten mejor con personas que han compartido su vida, sus recuerdos y son relaciones que iniciaron en el período de la socialización temprana. Si a esto se añaden las experiencias de posible discriminación de la juventud, naturalmente el anciano buscará fomentar relaciones con sus pares (Fernández-Ballesteros, 1992). Muchas veces la vida social del anciano se limita a la interacción ocasional con sus vecinos, siendo éstos un grupo de referencia con quienes puede entablar conversaciones que les permitan compartir sus anécdotas y recordar el contexto de valores y actitudes con las que vivieron durante su juventud.

Lo que es un hecho, es que la interacción social del anciano provee de experiencias satisfactorias que pueden beneficiarle en esta etapa de su vida. Sin



embargo, ¿qué tan disponibles están los recursos sociales, familiares, personales o espirituales que la teoría confirma que ayudan a los adultos mayores a mejorar su calidad de vida? A continuación se revisarán los recursos con que cuenta el *Adulto Mayor* en nuestro país.

## 5. RECURSOS DEL ADULTO MAYOR EN MEXICO

“Cumplir años” es un hecho que preocupa cada vez más a la población en general. La tendencia al envejecimiento de la población plantea no sólo consecuencias que afectan al ámbito económico, sino también a nivel personal, social y familiar. Se han desarrollado estudios (Montorio e Izal, 1999) en los que se han puesto de manifiesto los cambios asociados a los aspectos sociales y psicológicos del adulto mayor y, como respuesta a esta tendencia al envejecimiento, en México se han desarrollado programas de atención orientados a proveer de recursos a los adultos mayores que les permitan mejorar su calidad de vida.

### 5.1 Recursos Institucionales

En el terreno de la salud, en México se cuenta con los servicios médicos asistenciales de la Secretaría de Salud, tales como Centros de Salud Comunitaria de la Secretaría de Salud, a los que puede acudir cualquier persona. También se cuenta con las clínicas y hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en donde las personas reciben atención siempre y cuando sean beneficiarios de dichas instituciones. En las comunidades marginadas es común que las personas mayores acudan a buscar atención a sus necesidades de salud con médicos particulares, homeópatas, yerberos y en farmacias de productos similares en donde encuentran atención médica y medicamentos a bajo precio. Recientemente la opción del Seguro Popular está facilitando el acceso de la población de adultos mayores a los servicios de salud.

Los ancianos “*representan el grupo más grande de personas beneficiarias de la asistencia social en el mundo entero*”, de acuerdo a lo reportado por Gutiérrez-Robledo L.M. y cols. (1996). Aun cuando una buena parte de los ancianos son

funcionales e independientes, existe una población significativa que absorbe gran parte de los presupuestos gubernamentales para la salud, toda vez que requieren cuidados prolongados administrados por personal experimentado. Las personas que integran este segmento de la población, más dependientes, tienen un alto riesgo de ser institucionalizadas en lugares de estancia prolongada tales como asilos y *casas de descanso*, donde las condiciones no son las más adecuadas y su evolución normalmente es desfavorable.

Durante más de dos décadas el Instituto Nacional para la Senectud (INSEN), por Decreto Presidencial del 22 de agosto de 1979, se había dedicado a atender y proteger a personas de 60 años y más. Sus actividades se dirigían especialmente a la atención médico-asistencial, y a la promoción y creación de Casas Hogares para atención del anciano, orientándose a personas mayores de 60 años, de ambos sexos, sujetos de maltrato, rechazo familiar o pobreza extrema.

No obstante, el crecimiento acelerado de la población adulta y de las necesidades que había que satisfacer dieron lugar a que el 17 de enero de 2002 el INSEN pasara a formar parte de la Secretaría de Desarrollo Social y modificó su nombre por Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPLEN). El 25 de junio de 2002 se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, creándose por ella el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Con esta Ley el Instituto se conformó como el órgano rector de las políticas públicas de atención hacia las personas de 60 años o más, con un enfoque de desarrollo humano integral en cada una de sus facultades y atribuciones. Entre sus objetivos se encuentra el proteger, atender, ayudar y orientar a las personas de la tercera edad, así como conocer y analizar su problemática para encontrar soluciones adecuadas. Hacia el logro de tales objetivos es que dirige sus esfuerzos

fomentando y proporcionando asistencia médica, asesoría jurídica y opciones de ocupación.

La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) ha puesto un especial énfasis en la inclusión social y laboral de las personas mayores. El INAPAM actualmente ofrece una amplia variedad de servicios, muchos de ellos aún centralizados en la Ciudad de México; sin embargo, se pretende que estos apoyos cubran todo el territorio nacional. Entre los servicios que se ofrecen a los adultos mayores en nuestro país se encuentran: la Credencial de Afiliación, los Centros de Atención Integral, los Clubes de la Tercera Edad, los Centros Culturales, los programas de Educación para la Salud, el programa de Albergues y Residencias Diurnas, el programa de Actividades Socioculturales, el de Cultura Física, el de Turismo y Recreación, el de Certificación en Competencia Laboral, el de Enseñanza y Servicios Educativos, Servicios Psicológicos, Bolsa de Trabajo, Capacitación para el trabajo y ocupación del Tiempo Libre, el Departamento de Asesoría Jurídica, el programa de Tercera Llamada, el INAPAM Va a tu Barrio etc., que junto con otros eventos deportivos y culturales constituye una amplia gama de recursos institucionales que se ofrecen a la población de adultos mayores, principalmente de la Ciudad de México.

## 5.2 Recursos Económicos

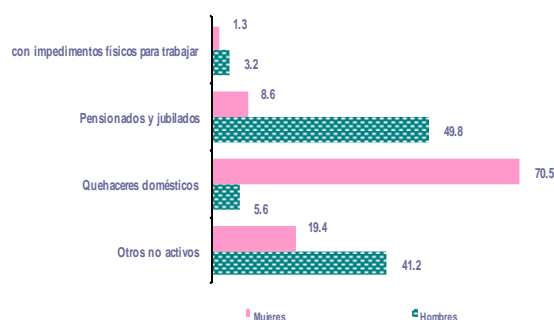
Como se mencionó anteriormente, según la Encuesta Nacional de Empleo 2008, al segundo trimestre de ese año existían 3.6 millones de personas económicamente activas de 60 años o mayores. El 70.1 por ciento de esa población eran hombres, dedicados a los sectores primario y terciario de la economía.



Fuente: INEGI, STPS. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Segundo trimestre de 2008

Es igualmente importante señalar que entre la población no económicamente activa, uno de cada 100 hombres se dedica a las labores del hogar mientras que la proporción en mujeres es de 60 de cada cien. La siguiente gráfica muestra la distribución porcentual por sexo de la población que no labora.

Distribución porcentual de la PNEA de 60 años y más por sexo, según tipo de actividad no económica, segundo trimestre de 2008



**Nota:** No se incluyó a las personas que estudian, por no ser estadísticamente significativo.

Fuente: INEGI STPS. . Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Segundo trimestre de 2008.

En ésta última gráfica, llama la atención el porcentaje de personas jubiladas o pensionadas. El envejecimiento necesariamente termina por imponer una cesantía en el trabajo, con la consiguiente pérdida de ingresos por la actividad económica. En la vejez, las necesidades materiales se cubrirán necesariamente a través de los

fondos para la jubilación, las redes sociales, el apoyo familiar, la caridad pública y, en los sectores pudientes, con el ahorro y las inversiones acumuladas.

La forma de retiro ideal es a través de la jubilación en la que una institución de seguridad social provea de una pensión sustitutiva de los ingresos por el trabajo y que, idealmente, debiera alcanzar para satisfacer sus necesidades y mantener su nivel de vida. Vista así, la pensión no es una dádiva, es un derecho del trabajador, como justa recompensa por el tiempo laborado. Sin embargo, en la realidad esto no opera. En México, de la población económicamente activa, casi la mitad, (47 por ciento), no está cubierta por un plan de pensiones de retiro. Éstos son los más necesitados: los habitantes del medio rural, los trabajadores independientes, los subempleados y los desempleados. Entre ellos, cuando sólo cuentan con un plan de pensión que depende de alguna institución de seguridad social, el ingreso mensual recibido apenas si alcanza a satisfacer sus necesidades básicas. Por esta razón la familia seguirá absorbiendo el costo de las deficiencias en el sistema de pensiones y de seguridad social en nuestro país.

Según Canales, Montiel y Torres (2004), el envejecimiento de la población no sólo incrementará la cantidad de trabajadores que sobrevivan a los 65 años y que, por tanto, presionarán por sus respectivas jubilaciones, sino que, además, tendrán una mayor esperanza de vida, lo cual implica que el sistema de pensiones no sólo deberá cubrir los costos de la jubilación y de salud previsional para una mayor cantidad de personas, sino también lo tendrá que hacerlo durante una mayor cantidad de tiempo.

El Sistema de Seguridad Social en México mantiene las políticas de suministro de pensiones a empleados jubilados de toda la República Mexicana que han laborado hasta los 65 años en alguna empresa, que han pagado las

contribuciones al sistema de ahorro para el retiro y para el sistema de pensiones. No obstante, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, existe un problema de liquidez y de falta de equidad dentro de la propia institución, ya que las políticas de jubilación para los ex-empleados del mismo IMSS están consumiendo no sólo los recursos de sustentabilidad del propio Instituto, sino también se está consumiendo una parte sustancial de los recursos destinados a pagar las jubilaciones del resto de los empleados de todo México.

Lamentablemente, no se han consolidado los acuerdos para frenar este desmantelamiento económico del IMSS. Sin embargo, se espera que en las revisiones del contrato colectivo de trabajo con el sindicato de empleados del IMSS, se concreten soluciones que garanticen el suministro de los recursos necesarios para toda la población y, en particular, para los jubilados que, además de requerir el pago de sus pensiones, también necesitan servicios de salud de mayor calidad y eficiencia.

En general, en correspondencia a mayor pobreza y menor cobertura social en un país, menor es la participación laboral de las personas de edad. El caso de las mujeres cobra singular importancia ya que presentan mayor índice de dependencia por su poca participación en el ámbito laboral formal. Las mujeres que trabajan suelen recibir remuneraciones más bajas que los hombres y permanecen menos tiempo en el mercado de trabajo. Todo ello limita sus posibilidades de generar ahorros para la vejez y alimenta la dependencia.

Los hombres activos que llegan a la vejez simplemente dejan de trabajar, mientras que la mayoría de las mujeres de esa edad continúan dedicadas a las tareas del hogar. Por ello, según Canales et al. (2004) no se puede hablar de retiro en su caso, toda vez que continúan realizando las mismas actividades que cuando

estaban en edad potencialmente activa. Esto mismo se observa en los registros de jubilación: mientras que el 26 por ciento de los hombres de este grupo de edad está jubilado, el porcentaje de las mujeres apenas llega al 4 por ciento. Por tanto, se puede hablar de un grado de cobertura bajo entre los hombres y un grado de cobertura casi inexistente entre las mujeres.

Otro fenómeno que llama la atención en las sociedades más desarrolladas es el envejecimiento de su fuerza de trabajo. Se están produciendo procesos de discriminación por edad, que tienen su origen en los cambios tecnológicos. Al mismo tiempo, las teorías científicas apoyan estas tendencias laborales y legitiman tal discriminación en aras de la necesidad de mayor velocidad y su reflejo en las tareas productivas. La reducción del horario laboral necesaria para un adulto mayor hace que abandonen la fuerza de trabajo porque a las empresas no les conviene pagar altos costos de horas-hombre con una persona considerada como ineficiente, rutinario e inflexible.

Aunque existen espacios promovidos por el gobierno de México para que los adultos mayores regresen al trabajo, aún falta mucho por hacer para lograr que ellos cuenten con un respaldo laboral y económico que les permita una vida digna. Tal expectativa resulta cada vez más utópica en momentos, como el que estamos viviendo, en que el nivel de desocupación de las personas "*en edad productiva*" (es decir, menores de 45 años) preanuncia un futuro muy poco tranquilizador, muy a pesar de las declaraciones triunfalistas de quienes están en el gobierno.

### 5.3 Recursos Socio-Familiares

Se dice que jubilarse es morir socialmente, ya que no sólo se pierde la fuente de trabajo, también se pierden los compañeros y amigos del trabajo y, aunado a ello, la sensación de utilidad y productividad personal. Este paso se considera previo a la



muerte biológica. Por ello, el efecto de la jubilación y el sentimiento de indefensión que produce en gran cantidad de adultos ha sido objeto de estudio en variadas investigaciones.

El hecho de la jubilación orilla necesariamente al anciano a una pérdida de roles que acarrea consigo la atenuación del apoyo social y la ruptura de la identidad. Sin embargo, algunos adultos tienden a compensar la pérdida de una forma de actividad social, implícita en el trabajo, con el incremento de su actividad en otras redes sociales que les facilitan una compensación y un ajuste a eventos que esta nueva etapa de la vida les presenta, logrando un nuevo equilibrio personal a través de sus redes sociales.

Desde la perspectiva del enfoque psicosocial, propuesto por Ross y Nisbet (1991, en Fernández-Ballesteros, 2000) la forma en que se caracterice la vejez determinará en gran medida las condiciones sociales.

El apoyo y los recursos sociales con que cuenta un individuo son indicadores también de la calidad de su vida. El término de *apoyo social* ha sido utilizado desde hace varios años. A fines del siglo XIX, E. Durkheim enfatizó la importancia del establecimiento y el mantenimiento de las relaciones interpersonales para el logro y optimización de la salud. Introdujo el concepto de *anomia*, tratando de demostrar que la sociedad industrial, como responsable de la ruptura de las conexiones sociales de los trabajadores inmigrantes en las ciudades, constituía un factor causal de la desintegración entre los individuos y sus comunidades, de la reducción del apoyo, de la pérdida de las relaciones sociales basadas en los roles y en las normas sociales adoptadas por estas personas y del malestar psicológico.

Roca y Pérez (1999) definen el "*apoyo social*" como aquellos "*recursos sociales accesibles y/o disponibles a una persona, encontrados en el contexto de las*

*relaciones interpersonales y sociales que pueden influir tanto de forma positiva como negativa en la salud y bienestar de los individuos implicados en el proceso. Su característica distintiva radica en su carácter interactivo, dinámico y extensible a lo largo de la dimensión temporal” (p. 30)*

Sin embargo, existe una diferencia entre el *apoyo social* y la *red social*. El apoyo social se distingue por dos dimensiones primarias: *cuantitativa vs. cualitativa*. Es decir, el apoyo *cuantitativo* se refiere a la cantidad de personas con quienes se interactúa y la frecuencia de los contactos con otros, mientras que en términos *cualitativos* se distingue la adecuación de esos contactos, qué tan buenos son en términos de la calidad de los mismos. De la misma manera, el apoyo social se puede distinguir, además, por la manifestación instrumental, tangible e informativa, por un lado, y por la expresión emocional y apoyo psicológico, por el otro (Roca y Pérez, 1999).

El *apoyo social* se relaciona con la calidad de vida e incluye el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis (Sarason y Sarason, 1985). El *apoyo social* tiene como función primaria aumentar las capacidades personales de sus miembros y promover el logro de sus metas vitales. Entre sus funciones específicas se encuentra la posibilidad de que los integrantes compartan sus problemas comunes, proporcionen intimidad, prevengan el aislamiento, definan las competencias mutuas y proporcionen elementos de referencia, sobre todo en los momentos de crisis en los que el apoyo y la asistencia son determinantes.

Sarason y Sarason (2009) afirman que las mujeres generalmente se orientan más a las relaciones que los hombres y desempeñan un rol de proveedoras de apoyo a otros. No obstante, con el tiempo estos roles van cambiando.

A su vez, Rodríguez (1995), añade que el término *red social* se utiliza también para referirse al conjunto de personas o grupos que interactúan entre sí y a la estructura de dichas relaciones. La red social de una persona está compuesta por el conjunto de todas aquellas otras con las que mantiene contacto y que forman una especie de cuerpo social. En este sentido, la red social de las personas mayores puede representarse por la familia, los vecinos, el grupo de amigos, el grupo de compañeros con quienes comparte sus tiempos de ocio, etc. Las redes sociales pueden ser organizadas o personales. En la red organizada los integrantes forman un conjunto más amplio con fines comunes y roles independientes. En la red personal no todos los integrantes tienen relaciones entre sí, los roles pueden ser difusos y poco distintos.

Las redes sociales, según Rodríguez (1995), tienen particularmente tres funciones:

- Ayudan a la persona focal para que pueda cumplir sus metas personales o para que pueda hacer frente a las exigencias de una situación concreta. La ayuda puede ser tangible (dinero) o intangible (cariño, asistencia emocional)
- Los miembros de la red pueden proporcionar consejo o información sobre cómo lograr las metas de la persona focal o cómo completar determinadas tareas.
- Los miembros de la red proporcionan evaluaciones y retroalimentación con respecto a la manera como se han cumplido las expectativas o los requisitos de las metas de la persona.

Las redes sociales se refieren, principalmente a los aspectos estructurales de las relaciones sociales de la persona, mientras que el apoyo social se refiere a los aspectos funcionales de la interacción del individuo con sus redes sociales (Hanson y Bertil, 1994). Los recursos sociales adquieren especial interés en el período de la vejez. Los cambios que experimentan los adultos mayores aumentan la susceptibilidad a la enfermedad mediante la ruptura de relaciones estables y/o la eliminación de fuentes tradicionales de apoyo social. La viudez, la jubilación y los repentinos movimientos geográficos involuntarios son sucesos característicos de esta etapa y son capaces de afectar de manera importante la salud y el bienestar de quienes los experimentan. James y Davies (1987), en su estudio sobre la medición del apoyo y satisfacción social en ancianos, demuestran que los ítems que evalúan la disponibilidad percibida de amigos y buenos vecinos es un factor discriminante para personas deprimidas y no deprimidas, más que aquellos ítems que evaluaban los sentimientos de pertenencia familiar o contar con alguien con quien hablar francamente.

Las redes sociales de las personas mayores son más pequeñas que las de las personas jóvenes, notándose mayor diferencia alrededor de los 70 años. En este período también es frecuente desarrollar relaciones asimétricas en las que se recibe mucho apoyo pero disminuye la posibilidad de ser recíproco y lo que se recibe es fundamentalmente apoyo instrumental, tangible, reduciendo significativamente las demostraciones de afecto y reafirmación.

La dependencia de los ancianos, asociada con el apoyo recibido que no pueden corresponder, puede acentuar los efectos psíquicos y sociales de deterioro físico, percibiendo de manera más negativa el estado de salud real. A este respecto, Palo (1984, en Roca y Pérez, 1999) pone de relieve que la ayuda ofrecida

puede tener un impacto negativo indirecto en la autovaloración mediante sus efectos sobre la moral psicológica, cuando los resultados de la misma –aparentemente positivos en un sentido- podrían contribuir a sentimientos de minusvalía y disminución de la autoestima en el anciano. Grandes niveles de ayuda que desconozcan o no utilicen el potencial humano presente en el anciano, pueden generar un receptor dependiente, acentuando la percepción de la carencia de recursos y el disminuido nivel de competencia con que cuenta éste para enfrentar las demandas de su ambiente. Así mismo, Bowling, Farquhar y Browne (1991) opinan que la contribución de las redes y el apoyo social al bienestar subjetivo en personas adultas no es consistente y más bien parece que el estado de salud es el predictor más poderoso para la satisfacción vital en dicha población.

La soledad –tal vez la más evidente ausencia de apoyo social- junto con la falta de actividad del anciano, se han asociado con un estado deteriorado de la salud psicológica. La baja estimulación social y el aislamiento, actúan como estresores psico-fisiológicos para muchos ancianos institucionalizados.

En los adultos mayores, los hijos adultos y la pareja –si aún vive- le proveen de la mayor ayuda tangible. El apoyo informacional y emocional es provisto por una variedad de fuentes que incluyen la descendencia, las organizaciones formales, tales como las religiosas, los grupos de apoyo y los clubes de amigos.

La transformación de la familia moderna ha producido un cambio de roles tradicionales para ambos sexos y para las diferentes edades. Tradicionalmente las mujeres tienden a sentirse más identificadas con la familia que con el trabajo, a diferencia de los hombres con quienes ocurre lo opuesto. El nuevo rasgo de la estructura familiar, como resultado del declive de la mortalidad y la fecundidad es lo que se denomina “*verticalización*” es decir, el aumento del número de generaciones

vivas que incrementa las posibilidades de mantener relaciones inter-generacionales al tiempo que se contraen las relaciones intra-generacionales al disminuir el número de miembros de una generación” (Fernández-Ballesteros, 2000)

En este mismo sentido, hasta hace algunos años, varias generaciones podían convivir en un mismo hogar. Sin embargo, en la actualidad es frecuente encontrar a personas ancianas que vivan solas o con su cónyuge. Los ancianos tienden a vivir con algún familiar cuando la salud, la viudez o los recursos económicos hacen difícil el vivir solos. Ham-Chande (2003) señala que, aunque no se descarta el amor filial ni las obligaciones sentimentales y éticas hacia los mayores, estos principios se ven afectados ante la falta de recursos para cubrir las necesidades vitales del resto de la familia.

La pérdida del cónyuge es reconocida como el evento estresante más intenso (Holmes y Rahe, 1967). Cuando esto ocurre en la vejez, el que sobrevive tiende a ser más vulnerable a padecer enfermedades y deterioros en su salud física y psicológica que, en muchos casos, anticipan la propia muerte. No obstante, en el caso de los hombres existe mayor probabilidad de volverse a casar después de la viudez o del divorcio, mientras que las mujeres pueden pasar mucho tiempo de su vida como viudas. La viudez supone cambios profundos y pérdidas de carácter objetivo y subjetivo teniendo consecuencias negativas en la salud y la mortalidad, aunque puede mejorar con el tiempo. En el caso de la viudez, los hijos proporcionan un apoyo importante para los padres.

En algunas ocasiones, cuando se pierde a la pareja, el que sobrevive normalmente se desplaza a la vivienda de algún familiar. En estos casos, es importante que el anciano elija libremente en dónde quiere vivir, con el objeto de proporcionarle la sensación de control y dominio sobre su vida y su futuro.

#### 5.4 Recursos Personales

Por recursos personales se entiende el conjunto de estrategias de afrontamiento que emplea el adulto mayor para responder a las demandas de su entorno, a su sentido de coherencia y también a la percepción de control que posee sobre su vida, sus decisiones y sus bienes.

Wiesmann, y Juachim Hannich (2006) realizaron un estudio cuyos hallazgos ponen de manifiesto la importancia de la coherencia como una forma de crear o mantener la integridad psicológica que se representa como el bienestar subjetivo. Afirman que la promoción de una fuerte sensación de coherencia debe ser un objetivo mayor en las intervenciones gerontológicas, ya que en este estudio se demostró que la sensación de coherencia, el bienestar y los recursos resistentes se encuentran interrelacionados.

Sin embargo, el análisis de los recursos con que cuenta el adulto mayor implica el estudio del conjunto de elementos tales como su afectividad, su personalidad, su autoestima y su capacidad de *afrontamiento* que le sirvan de base para enfrentar las demandas propias de su condición particular y del ambiente.

De manera particular, el *afrontamiento* es un medio de que disponen las personas mayores para hacer algo, para funcionar en su medio, para vivir y para que esta vida sea larga y de calidad. Es el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que emplea la persona para responder a las demandas del ambiente (Lazarus y Folkman, 1986). La salud, las creencias positivas o existenciales, los recursos y condiciones materiales, las habilidades sociales o el apoyo social, podrán ser importantes pero nunca determinantes para una vida de calidad. El *afrontamiento*, es decir, lo que la persona hace, es la cuestión central para un envejecimiento y una vejez de calidad.

Tradicionalmente se cree que el envejecimiento lleva consigo un notable número de pérdidas, un incremento en los problemas de salud y un progresivo declive. Los estereotipos sobre la vejez atribuyen a las personas mayores “...características como la rigidez, la inflexibilidad o la resistencia al cambio” (Fernández-Ballesteros et al, 1999). Estas pérdidas y disminuciones reducirían significativamente los recursos adaptativos tanto físicos como mentales de las personas mayores, dañarían su auto concepto, su imagen de continuidad personal, aumentarían los problemas de salud mental y de pérdida de control y se reduciría su perspectiva personal y vital. Sin embargo, los estudios actuales están demostrando que las personas mayores se perciben más eficaces cuando tienen la posibilidad de mantener una sensación de control y una visión positiva de sí mismos y de su desarrollo personal (Brändtstätter, Wentura y Grave, en Fernández-Ballesteros, 2000).

La relación entre los recursos de competencia personal y la presión del medio determina en mucho la sensación de bienestar. Si la presión ambiental no supera en mucho el grado de competencia, se estará potenciando en el anciano un comportamiento de desafío, alerta, satisfacción; un mayor grado de autonomía y actividad y, por lo mismo, una mayor calidad de vida, en tanto que una presión ambiental fuerte junto a un nivel de competencia bajo, o un nivel alto de competencia junto con una presión ambiental baja, favorecen la aparición de comportamientos desadaptativos y de afectos negativos.

Se piensa que la felicidad es el resultado de la satisfacción de necesidades, deseos o metas a través de un continuo cumplimiento del propio plan de vida. De la misma manera, se considera que para lograr la felicidad debiera existir un equilibrio entre placeres y dolores, y un comportamiento satisfactorio y congruente. El



comportamiento bien hecho o *ético* de Aristóteles o las *experiencias cumbre* de Maslow pueden ser ejemplos de experiencias de actividad asociadas a bienestar psicológico de excelencia. Las teorías cognoscitivas, por su parte, establecen que el bienestar subjetivo resulta de comparar unas situaciones estándar en condiciones reales con otras situaciones, con otros momentos o con otras personas en peor o mejor situación. Del grado de equilibrio entre las aspiraciones y los logros o del nivel de adaptación y acomodación a los acontecimientos dependerá el grado de bienestar percibido.

#### 5.4.1 Personalidad

Dentro del estudio de la personalidad destacan las tendencias básicas o rasgos *disposicionales* que son las responsables de la estabilidad y la consistencia que se observa en el desarrollo de la persona. Desde la perspectiva *pentafactorialista* las dimensiones importantes de la personalidad son: la *extraversión*, que se asocia al dinamismo, asertividad, actividad, extroversión y dominio; la *afabilidad*, que mide el comportamiento altruista, comprensivo, tolerante, cordial y cooperador; el *tesón*, que evalúa la persona responsable, ordenada, meticulosa, precisa, tenaz, perseverante y diligente; la *estabilidad emocional*, que mide el grado de control de emociones e impulsos y evalúa a la persona equilibrada, tranquila y paciente, y la *apertura mental* evalúa la persona abierta a intereses de tipo cultura, abierta a lo nuevo, a ideas y valores diferentes a los propios, habitual de la persona creativa, informada y también fantasiosa. Costa y McCrae (1984), afirman que se presenta una gran estabilidad en las principales dimensiones de la personalidad a través de la edad adulta, con un ligero descenso en los puntajes relacionados con la extroversión y un aumento en los puntajes de estabilidad emocional.

Por otro lado, Havighurst y Neugarten (1999) proponen, a partir del estudio de Kansas City sobre la vida adulta, la existencia de ocho tipos de personalidad ligados a actividades adaptativas y satisfacción con la vida:

- *Reorganizados*: son individuos competentes, dedicados a una amplia variedad de actividades.
- *Integrados y Centrados*: tienden a seleccionar actividades y obtienen satisfacción centrándose en uno o dos objetivos.
- *Desligados con éxito*: personas con un alto nivel de satisfacción vital junto con un bajo nivel de actividad en algunas áreas concretas
- *Persistentes*: mantienen en lo posible las actividades de la etapa media de la vida
- *Limitados*: reducen gradualmente su nivel de actividad en desempeños específicos, como una forma de defensa contra el envejecimiento.
- *Buscadores de apoyo*: tienen éxito en la obtención de apoyo emocional y se benefician de comportamientos de dependencia
- *Apáticos*: muestran niveles bajos de satisfacción vital aunados a la poca actividad en áreas específicas
- *Desorganizados*: muestran un deterioro cognoscitivo agudo y un escaso control emocional.

Existen diversos autores que analizan los cambios en la personalidad como resultado de la transición a ciertas etapas cronológicas, desde una perspectiva evolutiva. Tal es el caso de Jung (1931) quien afirmó que el balance de extroversión-introversión cambia hacia una mayor introversión y donde el proceso de individuación conduce a la madurez del individuo. Rogers (1970), por su parte, plantea que la mediana edad es un período de re-evaluación de las propias metas

en que surgen los cambios de roles y se cuestionan las propias capacidades. Levison. (1978) por otro lado, afirma que la transición a la vida adulta puede pasar inadvertida para algunas personas y para otros pueden ser el origen de crisis al no aceptar pérdidas o fracasos ocasionales. Sin embargo, no existe un consenso entre los teóricos para explicar las razones por las que un adulto mayor puede sobreponerse mejor a las adversidades que experimenta como resultado del deterioro propio de su edad o de las condiciones socioeconómicas o familiares que le rodean.

En este sentido, llama la atención que algunos adultos mayores muestran rasgos de personalidad más resistentes o que se consideran con mayor fortaleza que otros. Es posible que estos rasgos, como la mayor parte de los constructos que explican el desarrollo de la personalidad, tengan una base genética y otra, la mayoría, sea resultado del aprendizaje. Los orígenes de concepto de personalidad resistente se encuentran en los estudios de Kobasa y Maddi (en Peñacoba y Moreno 1998) quienes afirman que los elementos relevantes de la personalidad resistente es la sensación de compromiso, de control y de reto. En este sentido, la Psicología Positiva propone el concepto de *resiliencia* para explicar las características de personalidad similares a las ya expuestas.

El concepto de *resiliencia* es relativamente nuevo. Kotiarenko (1997) realizó un exhaustivo resumen de las definiciones que varios autores han hecho sobre la resiliencia. Por ejemplo:

- Habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva (ICCB, 1994, en Kotiarenko, 1997)

- Enfrentamiento efectivo ante eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes y acumulativos (Löse, Blieneser y Köferl, 1989, en Kotiarencó, 1997)
- La resiliencia implica dos componentes: la resistencia frente a la destrucción –es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión- y, además, la resistencia, es decir la capacidad para construir un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles.(Vanistendael, 1994, citado por Melillo et al, 2001)

Las diferentes definiciones que se han propuesto para el concepto enfatizan las características de una persona *resiliente*: habilidad, adaptabilidad, baja susceptibilidad, enfrentamiento efectivo, capacidad, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, temperamento especial y habilidades cognitivas, todas ellas expuestas frente a situaciones vitales adversas y estresantes que le permiten al sujeto atravesarlas y superarlas. Pero ¿cómo se logra ser un sujeto resiliente?

La *resiliencia*, según Melillo (2001) “...se produce en función de procesos sociales e intrapsíquicos. No se nace resiliente ni se adquiere naturalmente en el desarrollo. Depende de ciertas cualidades del proceso interactivo del sujeto con los otros seres humanos, que es, a la vez, responsable de la construcción del sistema psíquico humano”. (p.87) Entre los atributos que se encuentran frecuentemente en personas consideradas *resilientes* son:

- a) Introspección: entendida como la capacidad de preguntarse a sí mismo y responderse de manera honesta.

- b) Independencia: consiste en marcar los límites entre uno mismo y el medio; mantener una prudente distancia física y emocional, sin caer en el aislamiento.
- c) Capacidad de relacionarse: es la capacidad de crear lazos con otras personas y equilibrar la necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros.
- d) Iniciativa: tendencia a exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes
- e) Humor: encontrar lo cómico en la propia tragedia
- f) Creatividad: capacidad de crear orden, belleza y metas a partir del caos y el desorden
- g) Moralidad: Representa el deseo de bienestar a toda la humanidad y la capacidad de comprometerse con valores.
- h) Autoestima consistente: es el fruto del cuidado afectivo de sí mismo y por personas significativas.

Aunque para efectos de este estudio no se consideró ni se midió la *resiliencia* como tal, los recursos personales, sociales y espirituales se vinculan con dicho concepto, en función de la descripción ya expuesta de las características de la personalidad *resiliente*.

Por otro lado, las investigaciones gerontológicas muestran que los ancianos que no desarrollan una actividad se enferman más y mueren más jóvenes que los que se mantienen dinámicos y conservan o desarrollan nuevas redes sociales con sus vecinos o familiares. Por ello se deduce que uno de los factores de riesgo principales del deterioro de la calidad de vida en la vejez es el aislamiento social ligado a la exclusión y al rechazo. El propio envejecimiento constituye una etapa evolutiva que para muchos representa indiscutiblemente una adversidad. Las

sucesivas pérdidas que se experimentan al envejecer implican un desafío para convertirlas en ganancias, valorando y reforzando lo que no necesariamente se pierde, lo que le permite al anciano sostenerse.

La construcción de mallas de contención externas e internas es lo que hace al anciano *resiliente* (Knopoff, Santagostino y Zarebski (en Melillo, Suárez y Rodríguez (2004). Mantener y actualizar una identidad, compensar las pérdidas con ganancias, tener recursos para recomponer la autoestima en el presente y no en el pasado, recordando de modo *reminiscente* (aferrado al presente, con proyección al futuro), no nostálgico; poseer un proyecto diario que organice la vida alrededor de cierta rutina, seguir relacionado con el exterior, con su entorno, expresar sus emociones con palabras, cuestionar sus prejuicios, auto-cuestionarse y poder reírse de sí mismo; poder relativizar, no aferrarse a una identidad marcada por un rol o una función, diversificar sus apoyos (familia, estudio, trabajo, otros ideales); adaptarse a las limitaciones y al enlentecimiento, mantenerse *auto-válidado*, seguir funcionando a pesar de patologías; vivir hasta y no hacia la muerte y desarrollar un sentido de trascendencia... eso es ser resiliente (Melillo, Suarez y Rodríguez, 2004, p.215). Como resultado de este trabajo psíquico permanentemente renovado se logra sostener la identidad y construir la tarea psíquica que sugiere Erikson para esta edad: la sabiduría como aceptación de la finitud de la existencia.

Trabajar con el humor, la creatividad, el juego, el fortalecimiento de redes sociales, la auto gestión, el *empoderamiento* y la auto-eficacia a través del protagonismo, la solución de problemas comunitarios, las tareas emocionales y cognitivas que muchos viudos aprenden les permiten tener una perspectiva diferente de la vida.

#### 5.4.2 *Afectividad*

La afectividad suele ser considerada como una tendencia a reaccionar emocionalmente. Emoción y afecto varían en función de la intensidad. Los estudios que se han enfocado en la intensidad de la experiencia emocional pronostican que, con base en el decremento de la inervación del sistema nervioso autónomo, como consecuencia de la edad, se observan disminuciones en los parámetros de amplitud y tiempo de reacción, mientras que, por otro lado, para la capacidad de expresar la emoción en términos motores, no existen diferencias significativas entre las personas jóvenes y las personas mayores. No obstante, existen datos contradictorios en diversas investigaciones con relación a la afectividad y emocionalidad en la vejez (Fernández-Ballesteros, sf)

En lo que respecta al análisis de la afectividad en las personas mayores, la motivación tiene un papel predominante. Los motivos son factores *energizantes* del comportamiento, que determinan la fuerza y la dirección de la conducta de un sujeto en la persecución de una meta u objetivo. Durante la vejez existen menos necesidades que satisfacer, por lo que el sistema motivacional es mucho más reducido que en otras etapas de la vida. Los procesos motivacionales se han interpretado en términos de la auto-eficacia o percepción de control, aunados a las evaluaciones cognitivas que el sujeto realiza sobre sus habilidades.

Es poco probable que se mantenga el auto-concepto que se poseía en los primeros años de la vida adulta, que difiere notablemente del que se tiene una vez iniciada la vejez. Sin embargo, a pesar de los cambios que ocurren a lo largo de la vida, las características de la personalidad suelen ser bastante estables, según lo demuestran diversos estudios longitudinales. En el caso del auto-concepto, la autoestima y la percepción de control sobre la propia vida, normalmente se

experimentan cambios en función de los éxitos o fracasos experimentados. El auto-concepto a menudo se ha concebido como un rasgo más de la personalidad, considerándolo como el conjunto de aquellas motivaciones, actitudes y conductas que son relevantes para la autodefinición y el significado de la propia vida. (McAdams, 1993, en Fernández-Ballesteros, et al. 1999). Cuando la vejez se asocia a la experiencia de pérdidas de estatus social, contactos sociales, autonomía etc., se esperaría que el auto-concepto sufriera un cambio en sentido negativo. Sin embargo, no existen evidencias empíricas que sostengan dicha afirmación. Al contrario, se sabe que en la vejez se incrementa la auto-aceptación y la aceptación de los demás, generando mayores niveles de altruismo e interioridad. En este sentido, es de esperarse un aumento en la autoestima a lo largo de la vida, siempre que el individuo logre dar un sentido de totalidad e integridad a su vida y a su identidad a pesar de los cambios.

Se puede afirmar, por tanto, que durante la vejez disminuye la emocionalidad, en cuanto expresión fisiológica; sin embargo, la expresión motora de la emoción se mantiene constante y existe un mayor nivel de control emocional percibido (Marquez, Izal, Montorio y Losada, 2008). Parece que no hay cambios notables en las condiciones motivacionales intrínsecas de las personas cuando llegan a la vejez, ya que se mantiene el sentido de eficacia y control. Puede aparecer un decremento en la extroversión, pero el auto-concepto se mantiene a lo largo de las distintas edades

## 5.5 Recursos Espirituales

*Bienestar espiritual* es un concepto que se genera a partir del estudio de dos dimensiones: una vertical, que se refiere a la relación personal con Dios y otra



horizontal, que se vincula a la satisfacción personal con la vida, independientemente de la religión.

Es común encontrar que la religión es uno de los recursos de que echan mano los adultos mayores para afrontar los múltiples cambios de la vida adulta. La experiencia de fe, la creación de grupos sociales dentro de las iglesias y la posibilidad de llevar a cabo acciones altruistas, son algunos de los beneficios reportados por los adultos en su experiencia religiosa (Emery, E. Pargament, K. 2004).

También se han realizado estudios que demuestran la relación entre las prácticas religiosas y espirituales con los beneficios en la salud de personas mayores (Cohen, A. y Koenig, H., 2003). En otros estudios (Ardelt y Koenig, 2007) han demostrado que la religiosidad intrínseca está relacionada positivamente con el bienestar subjetivo.

Tal como se mencionó anteriormente, un gran número de adultos mayores mexicanos acude a las experiencias religiosas intensificando sus prácticas y dedicando una buena parte de su tiempo a realizar actividades relacionadas con su religión. No obstante, es importante distinguir entre *religión*, *religiosidad* y *espiritualidad*. A este respecto, Rivera-Ledezma y Montero-López, M. (2008), conceptualizan la *religión* como un sistema de naturaleza social que integra creencias y prácticas de conducta organizadas y que tienen como objetivo mantener o re-establecer una relación con Dios. No obstante, la religión implica dos conceptos relacionados pero distintos: la *espiritualidad* y la *religiosidad*. Así, la religiosidad es el “*marco conceptual de interpretación de la experiencia de lo divino; provee los medios para facilitar la ocurrencia de la experiencia e interpretarla cuando ya ha ocurrido*” (Montero-López y Rivera Ledezma, 2008)

Estos mismos autores consideran que la religiosidad posee un componente cognitivo y un componente conductual, mientras Meadow y Kahoe (1984) sostienen que la conducta religiosa posee un componente *cognitivo* (el credo que intenta responder a la ansiedad existencial generada por el *sinsentido* de la vida); un componente *afectivo* (que implica el culto que intenta reducir la ansiedad existencial producida por el sentimiento de finitud y muerte) y un componente *conductual* (que involucra un código de conducta y que intenta responder a la ansiedad existencial hacia los sentimientos de culpa o hacia la propia conducta). La *espiritualidad* y la *religiosidad* son elementos dinámicos y estáticos del mismo fenómeno. Mientras que la espiritualidad es un proceso que nutre y da sentido a la experiencia, la religiosidad da estructura y dirección formal. La espiritualidad puede ser considerada como *rasgo* –al introyectar los valores éticos y morales de la religiosidad, la fe y el compromiso existencial- y *estado*, como un sentido de comunión con lo divino, con el mundo, con la vida y con el otro, llegando incluso al desplazamiento del estado natural por el estado espiritual.

Lo espiritual, describen de manera poéticamente gráfica Rivera-Ledezma y Montero-López (2008), “... *es la mirada del Viejo, que apacible, ve y escucha los luceros infinitos originarios de su vida, ocultos tras el ocaso, tras el brillante sol de su existencia*” (p.7)

La religión es entonces el conjunto de reglas y comportamientos a los que los sujetos deben ajustarse según sus creencias y contexto social. La sociedad mexicana tiene una composición cada vez más plural en el campo religioso; por ello, particularmente en la última década, se han gestado acciones importantes desde el gobierno y la sociedad para impulsar el conocimiento, respeto y tolerancia en materia religiosa. En este contexto, el *Instituto Nacional de Estadística, Geografía e*

*Informática (INEGI, 2000)* se suma a este propósito al dar a conocer la información estadística que sobre este tema captan los censos de población y vivienda en la publicación *La Diversidad Religiosa en México*, donde se presenta una serie de indicadores básicos que muestran el perfil socio-demográfico de los principales grupos religiosos.

Entre los principales datos del documento, destacan los siguientes: El Censo General de Población y Vivienda del año 2000 muestra que de cada 100 personas mayores de 5 años, 91.2 se declaran católicos, 0.7 por ciento pentecostales, 2.9 por ciento evangélicos, 1.2 son testigos de Jehová, 0.2 por ciento mormones y el 1.8 por ciento manifiestan que no tienen religión. (INEGI, 2000)

El catolicismo es la religión mayoritaria en México pero, a partir de 1960 ha disminuido su peso porcentual registrando de 1990 al 2000 una disminución del 2 por ciento. Regionalmente se observan grandes diferencias. En el centro del país, particularmente en el Bajío, el porcentaje de católicos es más alto; en contraposición, esta religión tiene menor presencia en el Sur-sureste y en la frontera Norte del país. Chiapas es la entidad federativa con la mayor pluralidad religiosa y con el más alto porcentaje de población sin religión. En contraste, Guanajuato registra el más alto porcentaje de población católica.

De acuerdo con su doctrina, expresión del culto y organización, se clasificaron a las distintas religiones que declararon profesar las personas. En la publicación se describen 12 grupos religiosos: Católico, Evangélico, Pentecostal, Testigos de Jehová, Protestante Histórico, Adventista del Séptimo Día, Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días (Mormón), Espiritualista, Judaico, Budista, Nativista e Islámico. En cuanto a la población sin religión, cerca de la mitad de los tres millones de personas de cinco años y más que declaró no profesar ninguna religión reside en

el Sur-sureste del país; 62 por ciento tiene entre 5 y 29 años, y 59 por ciento son hombres (INEGI, 2000).

Con esta información se puede observar que la religión es una característica sociocultural de importancia particular, sobre todo por el incremento en las prácticas religiosas de las personas mayores.

En un estudio reciente realizado por Wong-McDonald y Richard, (2004) se afirma que la conceptualización tradicional de un Dios *benevolente* y una motivación *intrínseca* están fuertemente relacionados con la sensación de bienestar espiritual. Actuar independientemente de Dios, afirman los autores, se relaciona con un menor bienestar espiritual.

Debido a la complejidad que implica medir las experiencias espirituales, en este estudio se centrará la atención principalmente en las prácticas religiosas y en la percepción que de éstas tienen los adultos mayores, respondiendo a preguntas que indagan qué tan religiosos se consideran y qué tan importantes son sus creencias religiosas.

## 6. OBJETIVO

Con base en la revisión anterior y ante la perspectiva de poder colaborar con el Instituto Nacional de Salud Pública a través del Proyecto de Envejecimiento, Pobreza y Salud en la población urbana, realizado en cuatro ciudades del País, se pretende identificar las relaciones que existen entre el bienestar subjetivo y los recursos con que cuenta el adulto mayor.

Para ello, se ha formulado la siguiente Hipótesis:

***“Existe una relación estadísticamente significativa entre los recursos personales, sociales, familiares y espirituales, y la experiencia de bienestar subjetivo, reportado por los adultos mayores.”***

Las Variables del estudio fueron elegidas del *Cuestionario para Adultos Mayores* que, como parte del Proyecto: “Envejecimiento, pobreza y salud en la población urbana”, generaron CONACYT y el Instituto Nacional de Salud Pública. (Proyecto Salud 2002 C01-7419)

Este instrumento consta de varias secciones de las cuales sólo se explicarán detalladamente las que fueron consideradas para este trabajo:

### 1. Socio-demográfica

En esta sección se incluyó información sobre los encuestados relativa a:

- Identificación personal, sexo, edad, posesión o no de documentos de identificación: acta de nacimiento, credencial para votar, credencial del INSEN o INAPAM.
- Tipo de comunidad en que ha vivido la mayor parte de su vida (pueblo o ciudad), tiempo de vivir en el lugar actual
- Nivel de educación: si sabía leer o escribir, los años de estudio

- Vida familiar: su estado civil, número de hijos, con quién y con cuántas personas vive, quién es el jefe del hogar en que vive, su vivienda es propia o rentada
- Vida Laboral: trabaja o no, razón por la que no trabaja, su actividad principal en el día y en el trabajo,

## 2. Historia Migratoria.

## 3. Bienestar Subjetivo

Este es un cuestionario integrado por doce reactivos que se responden en una escala tipo Likert de tres opciones (*nada, algo, mucho*) y que, junto con una pregunta final, miden satisfacción con la propia vida, nivel de auto-aceptación, relaciones positivas con los demás, capacidad para responder a las obligaciones presentes y a los problemas futuros. Esta escala se evalúa con un mínimo de 12 y un máximo de 36 puntos, por lo que a mayor puntaje corresponden mayores niveles de bienestar subjetivo y viceversa.

Con respecto a la objetividad del instrumento, González y Salgado-de Snyder (2006) coordinadores del Proyecto han comentado : *“este instrumento ha sido utilizado por el equipo de investigación obteniendo resultados satisfactorios que garantizan la validez y confiabilidad del mismo y que se han visto reflejados en diversas publicaciones”* (p 101)

## 4. Salud Mental

## 5. Problemas de Salud

## 6. Alcohol y Tabaco

## 7. Uso de Remedios y Medicamentos

## 8. Recursos y Apoyos

Esta sección constituye una de las más relevantes para este estudio. Los reactivos que la integran fueron diseñados y validados por el equipo de Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública. La sección de Recursos y Apoyos se dividió en cuatro grandes áreas, de las cuales fueron consideradas tres. La sección de recursos económicos no fue tomada en cuenta debido a que una de las variables de inclusión para este estudio fue que los ancianos vivieran en situaciones de pobreza, por lo que la información recabada en esta sección no se consideró relevante. Aunque en teoría se sabe que la estabilidad económica tiene un peso muy significativo en el bienestar subjetivo, difícilmente se podría observar variabilidad en este aspecto. Las secciones que sí fueron tomadas en cuenta son las siguientes:

a) *Apoyos Familiares*. Esta sección está integrada por 13 reactivos de opción múltiple que indagan la cantidad y la frecuencia con la que el encuestado percibía el apoyo de sus familiares, tanto en lo afectivo y, al apoyo a su funcionalidad y autonomía, como a las relaciones con ellos y al sentido de compañía que representan.

b) *Apoyos Sociales*. En esta sección se utilizaron sólo dos preguntas para este estudio, orientadas a identificar la existencia de algún grupo de amigos o familiares con quienes contaba el encuestado para enfrentar situaciones difíciles. Otra pregunta que se incluyó en esta sección del instrumento, pero no en este estudio, indagaba acerca de la cantidad de horas que el adulto mayor pasaba solo en su casa y finalmente si tenía alguna persona bajo su cuidado.

c) *Recursos Económicos*: Esta sección incluye preguntas sobre la facilidad que tendría el adulto para conseguir dinero, quién o quiénes lo apoyan y qué

tanto le alcanza el dinero que recibe. Esta sección no fue considerada para este trabajo.

d) *Recursos Personales* (fuerza personal). Esta sección consta de cuatro reactivos relacionadas con la percepción que tiene el encuestado sobre qué tan fuerte se siente para soportar sus crisis y problemas emocionales, para “cargar su propia cruz”, y para ayudar a sus familiares y amigos con sus problemas emocionales. Este instrumento fue diseñado originalmente por Díaz Guerrero y Melgoza (1994)

9. *Religiosidad*. En esta sección se incluyeron cinco reactivos elaborados por el equipo de Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública. Se pretendió detectar qué tan religioso se consideraba el encuestado, qué tan importantes le son sus creencias religiosas. También esta sección indagaba con qué frecuencia hacía oración en su casa, con qué frecuencia asistía a servicios religiosos y la frecuencia con la que buscaba consuelo espiritual ante las dificultades. De estos reactivos, sólo se consideraron los primeros dos para este estudio.

#### 10. Conclusiones

La aplicación de la encuesta tomó entre 45 y 60 minutos.



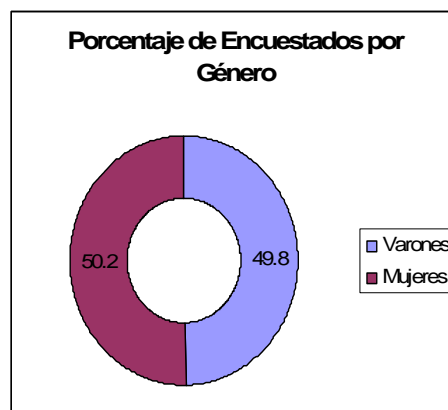
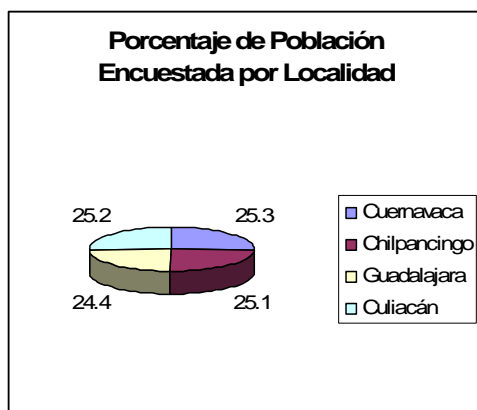
## 7. METODOLOGIA

El presente estudio es de tipo correlacional. En él se pretende establecer la fuerza y la dirección con que se relacionan las variables de fuerza personal, recursos sociales, familiares y espirituales con el bienestar subjetivo percibido en una población de 813 adultos mayores.

### *7.1 Sujetos*

Para los fines de esta investigación, se contó con la participación de 814 sujetos, adultos mayores de diferentes zonas de la República Mexicana, específicamente de los estados de Morelos, Jalisco, Guerrero y Sinaloa. En un estudio precedente del mismo Instituto Nacional de Salud Pública, realizado en 2001, se estudiaron algunos aspectos de la salud de los ancianos que viven en pobreza rural en los estados de Morelos, Guerrero y Jalisco, por lo que el actual proyecto busca dar continuidad a los resultados obtenidos en el primer estudio, pero ahora en zonas urbanas marginales e incluyendo al estado de Sinaloa "...a fin de evaluar el estado de salud y la calidad de vida de los ancianos que residían al norte del país" (Salgado y Wong, 2006)

Del total de la población estudiada, el 25.3 por ciento corresponde a adultos mayores de la ciudad de Cuernavaca, Morelos; 25.1 por ciento, de la ciudad de Chilpancingo, Guerrero; 24.4 por ciento, de la ciudad de Guadalajara, Jalisco y 25.2 por ciento de la ciudad de Culiacán, Sinaloa. Tal población estuvo constituida por 405 varones (49.8 por ciento) y 409 mujeres (50.2 por ciento). El promedio de edad de la muestra fue de 69 años y medio.



El 48.2 por ciento de los encuestados ha vivido la mayor parte de su vida en pueblo y el 51.5 por ciento ha vivido en ciudad. La mayoría (65 por ciento) tiene más de cinco años viviendo en el lugar actual y el resto menos de cinco años. El 54.5 por ciento de los sujetos sabe leer y el 52.9 por ciento sabe escribir. La mitad de la población no cursó ningún grado de escolaridad o apenas el primero de primaria. El 56.1 por ciento está casado o viviendo con alguien; el 3.4 por ciento nunca se casó, el 7 por ciento está divorciado o separado y el 33.4 por ciento es viudo. El 94.2 por ciento tiene hijos. El 60.4 por ciento no tiene trabajo. El 71.5 por ciento vive en casa propia, acompañado de su cónyuge (19.8 por ciento), de sus hijos (22 por ciento), solos (12 por ciento), otros familiares (5.7 por ciento) o con amigos (0.2 por ciento). El 54.4 por ciento de los encuestados son los jefes de la casa donde viven.

## 7.2 Escenarios

La encuesta se aplicó en diferentes zonas marginadas de las ciudades elegidas para el estudio, en las zonas geográficas del centro, occidente, noroeste y suroeste de México. Se eligió una muestra intencionada debido al interés del Equipo de Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública en realizar este

estudio en poblaciones de adultos mayores altamente vulnerables, por sus condiciones de pobreza, entendida ésta como la privación de elementos necesarios para la vida humana dentro de una sociedad y de medios y recursos para modificar dicha situación. Se inició el estudio considerando el método directo a fin de evaluar el nivel de pobreza, basado en las características de la vivienda como primer filtro y la observación de las necesidades básicas insatisfechas (Rodríguez, 2002). Los diferentes escenarios en que fueron aplicadas las encuestas estuvieron constituidos por colonias de la periferia de las ciudades; algunas de las viviendas carecían de servicios primarios tales como agua, energía eléctrica, drenaje, pavimento y alumbrado público. Las construcciones eran básicamente de ladrillo y concreto, fachadas inconclusas y, en algunos casos, se trabajó en el interior de casas de cartón y lámina. Las encuestas se realizaron en el hogar de cada sujeto. La información acerca de las condiciones y características del hogar también se consignó en el instrumento.

### 7.3 Instrumento

Del Cuestionario ya descrito, sólo se emplearon los siguientes apartados:

- Bienestar Subjetivo (González y Salgado-de Snyder, 2006): integrado por 12 reactivos con tres opciones de respuesta (*nada, algo mucho*) y que arroja una puntuación entre 12 y 36 puntos que sugieren que a mayor puntuación corresponde mayor nivel de bienestar subjetivo y viceversa. (Anexo 1)
- Apoyos Familiares: integrado por 13 reactivos que indican la cantidad y frecuencia con la que el adulto mayor percibe el apoyo de su familia.
- Apoyos Sociales: Con base en los dos reactivos que se consideraron para este estudio, se identificó la presencia o ausencia de grupos de

amigos o familiares que apoyaran a la persona a enfrentar situaciones difíciles.

- Religiosidad: medida con dos reactivos que indicaban qué tan religioso se consideraba la persona encuestada y, qué tan importantes le son sus creencias religiosas

#### 7.4 Procedimiento

Una vez construido, probado y validado el instrumento, se procedió a su aplicación, buscando completar 200 encuestas por ciudad, 50 por ciento de las cuales se aplicaron a adultos mayores femeninos y el 50 por ciento restante a adultos mayores masculinos. Se seleccionó un vecindario que cumpliera con las características estipuladas por el INSP. Una vez allí se solicitó a los vecinos información y orientación acerca de los domicilios en que habitaran adultos mayores. Una vez localizados, se informaba al destinatario sobre la aplicación de la encuesta y se solicitaba su firma a la carta de consentimiento, en la que expresaba su deseo de participar en el estudio. Cuando la persona aceptaba, se procedía a la aplicación del instrumento. Una vez realizada esta labor, se procedió a enviar los instrumentos al Instituto Nacional de Salud Pública para su captura con el programa estadístico SPSS. Luego de dieciséis meses, se tuvo acceso a la base de datos con información concerniente a las variables seleccionadas para los fines de la presente investigación y de allí se procedió al análisis estadístico de los resultados que fundamentan la aceptación o el rechazo de la hipótesis planteada. Se emplearon análisis descriptivos, comparación de medias con las pruebas *t de student* y *anova*, con análisis *post hoc* para comparar las variables en las diferentes localidades además de las correlaciones *r* de Pearson.

## 8. RESULTADOS

Resulta determinante realizar el análisis particular de cada variable seleccionada y establecer posteriormente la relación de las mismas con la experiencia de bienestar subjetivo reportado por la población de estudio.

### a) Recursos Personales

Para evaluar esta sección se utilizaron cuatro reactivos relacionados con la fuerza personal reportada por cada sujeto, en una escala que va desde la percepción de “*nada fuerte*” (1) hasta “*muy fuerte*” (4). El rango total de puntuaciones de la escala, sumando los cuatro reactivos fue de 4 como valor mínimo y hasta 16 como valor máximo. A partir de la comparación de las medias a través de la prueba *t de student* para las variables de sexo, escolaridad y estado civil y un análisis de varianza (ANOVA) para las variables de lugar de aplicación, se obtuvieron diferencias significativas en los recursos personales por sexo y por entidad. La muestra total obtuvo una calificación de fuerza personal, con un promedio de  $\bar{x}=9.10$ , considerada como “*algo fuerte*”, con una *S* de 2.71. Cabe señalar que el promedio para las mujeres fue de  $\bar{x}=8.80$ , con una *S* de 2.54, mientras que los hombres promediaron  $\bar{x}=9.41$ , con una *S* de 2.84. La submuestra de Guadalajara obtuvo un puntaje ligeramente mayor a los otros tres escenarios, con un promedio de  $\bar{x}= 9.86$  y una *S* 2.89 de puntaje general, mientras que en el escenario de Culiacán se obtuvo un  $\bar{x}=9.54$ , y una *S* de 2.56; Cuernavaca,  $\bar{x}=8.93$  y *S* 2.36. Finalmente, en Chilpancingo se obtuvo  $\bar{x}= 8.10$  y *S* de 2.67.

Tabla No. 1 Comparación de los Recursos Personales reportados por Sexo, Estado Civil, Escolaridad y Localidad

Recursos Personales		Promedio	Desv.Est.	Prueba	$p < .05$
Sexo	Hombres	9.41	2.54	$t = 3.230$	.001
	Mujeres	8.80	2.84		
Estado Civil	Casado o con alguien	9.33	2.67	$t = 2.690$	.007
	Soltero/Viudo/Divorciado	8.81	2.73		
Escolaridad	Alfabeta	9.44	2.6	$t = 5.286$	.000
	Analfabeta	8.75	2.7		
Lugar de Aplicación	Cuernavaca	8.93	2.36	$F = 17.604$	.000
	Chilpancingo	8.10	2.67		
	Guadalajara	9.86	2.89		
	Culiacán	9.54	2.56		

Tal como se observa en la tabla anterior, se perciben diferencias significativas en la comparación de los recursos personales de acuerdo a sexo, estado civil, escolaridad y lugar de aplicación. En un análisis *post hoc* se observa que existe una diferencia significativa en la percepción de los recursos personales entre las submuestras de Cuernavaca y Chilpancingo ( $p = .018$ ); entre las de Cuernavaca y Guadalajara ( $p = .005$ ); entre las de Chilpancingo y Guadalajara ( $p = .000$ ), y entre las de Chilpancingo y Culiacán ( $p = .000$ ).

#### b) Recursos Sociales

Los apoyos sociales que describe la muestra encuestada, se evaluaron mediante un conjunto de reactivos relacionados con su percepción de apoyo y ayuda que obtienen de vecinos y amigos, las horas que pasa solo(a) al día y la presencia de alguna persona que esté bajo su cuidado. En este sentido, la muestra de estudio reporta que el 50.5 por ciento “*cuenta con personas, que no viven con ellos*”, para ayudarlos cuando las cosas se ponen difíciles, siendo principalmente, familiares, amigos, y vecinos, mientras que el 49.5 por ciento reporta que no cuenta con dicho apoyo. Por otro lado, el 67.6 por ciento respondió que “*no cuenta con personas*”.

*fuera de sus familiares*" con quienes compartir sus secretos o asuntos íntimos y sólo el 32.4 por ciento afirmó que sí cuenta con personas de confianza que no son precisamente sus familiares. Como se mencionó, estos dos reactivos fueron los únicos que se tomaron en cuenta para el análisis estadístico, indicando la presencia (1) o ausencia (2) de apoyo social. El promedio de puntajes obtenidos por la muestra sugiere más bien la ausencia de recursos sociales, tal como se aprecia en la tabla 2.

Dentro de ésta misma área, se encontró que los adultos mayores permanecen solos en sus casas un promedio de 5.39 horas, con una  $S$  de 6.88. Los hombres reportan un  $\bar{x}$ = 4.56 horas solos y una  $S$  de 6.74, mientras que las mujeres pasan más tiempo solas ( $\bar{x}$ = 6.20 horas con una  $S$ = de 6.93).

También se encontró que 282 encuestados (el 34.6 por ciento de la muestra) tiene de una a cuatro personas bajo su cuidado, quienes son casi en su totalidad familiares: pareja, hijos o nietos (99.8 por ciento) y el 12 por ciento de los mismos tienen algún problema de salud.

Al comparar la puntuación obtenida por la muestra evaluada acerca de los recursos sociales por sexo, estado civil, escolaridad y localidad, los resultados muestran una diferencia significativa en relación al sexo y al lugar de aplicación únicamente.

Tabla No. 2 Comparación de la Percepción de los Recursos Sociales por sexo, localidad, estado civil y escolaridad.

Recursos Sociales		Promedio	Desv.Est.	Prueba	$p < .05$
Sexo	Hombres	3.22	.77	$t = 1.961$	.050
	Mujeres	3.12	.79		
Estado Civil	Casado o con alguien	3.21	.78	$t = 1.443$	.150
	Soltero/Viudo/Divorciado	3.13	.78		
Escolaridad	Alfabeta	3.12	.76	$t = -1.886$	.060
	Analfabeta	3.22	.80		
Lugar de Aplicación	Cuernavaca	3.30	.70	$F = 7.444$	.000
	Chilpancingo	3.29	.81		
	Guadalajara	3.03	.78		
	Culiacán	3.05	.81		

En este caso, también se realizó un análisis *post hoc* para la variable *lugar de aplicación*; los resultados sugieren una diferencia significativa en la percepción de los recursos sociales entre las sub-muestras de Cuernavaca y Guadalajara ( $p = .006$ ), entre las de Cuernavaca y Culiacán ( $p = .015$ ); entre las de Chilpancingo y Guadalajara ( $p = .009$ ) y entre las de Chilpancingo y Culiacán ( $p = .020$ )

### c) Recursos Familiares

En relación a los apoyos familiares que presenta la muestra encuestada, se indagó a través de diversos reactivos la percepción de cuidado, atención, paciencia, tiempo y confort percibido en sus relaciones. Los resultados que se obtuvieron de la encuesta registran que el promedio de la percepción de estas variables que los encuestados tuvieron fue de  $\bar{x} = 38.13$ ,  $S = 7.72$ , en una escala de cuatro intervalos que va de *nada* (1) a *mucho* (4), con una puntuación mínima de 15 y una máxima de 60, ubicándose en un rango considerado entre “*algo*” de *cuidado, atención, paciencia, tiempo y confort*.



Por otro lado, un promedio de  $\bar{x} = 3.54$  y  $S = 0.74$  indica que la muestra encuestada reporta que “*siempre le exigen, discuten o lo han decepcionado sus familiares*”. Además, los encuestados consideran que, “casi siempre ( $\bar{x} = 2.78$ ,  $S = 1.11$ ) lo acompañarían o le darían dinero”.

Comparando tal percepción de acuerdo a sexo, los hombres obtuvieron una media de  $\bar{x} = 38.21$  y  $S = 7.45$  en relación al apoyo familiar total, en tanto que las mujeres lograron una media de  $\bar{x} = 38.04$  y  $S = 7.99$ . Ambos rangos son bastante similares ya que indican que cuentan con “*algo de cuidado, atención, paciencia, tiempo, confort, exigencia y apoyo económico*” y no muestran una diferencia estadísticamente significativa, como sucede también en relación con el estado civil. Por otro lado, con respecto a la escolaridad, las personas que saben leer y escribir también obtuvieron una diferencia significativa en comparación con las analfabetas. Finalmente, si se comparan las cuatro entidades, se detectan diferencias significativas que precisan en un análisis *post hoc* que muestra que las submuestras de Cuernavaca y Chilpancingo difieren estadísticamente ( $p = .038$ ) al igual que las de Chilpancingo y Guadalajara ( $p = .000$ ) y Chilpancingo y Culiacán ( $p = .000$ ).

Tabla No. 3 Comparación del Apoyo Familiar por Sexo, Estado Civil, Escolaridad y Localidad

Recursos Familiares		Promedio	Desv.Est.	Prueba	$p < .05$
Sexo	Hombres	$\bar{x} = 38.21$	$s = 7.45$	$t = 0.329$	.742
	Mujeres	$\bar{x} = 38.04$	$s = 7.99$		
Estado Civil	Casado o con alguien	$\bar{x} = 38.83$	$s = 7.73$	$t = 0.754$	.451
	Soltero/Viudo/Divorciado	$\bar{x} = 37.38$	$s = 7.64$		
Escolaridad	Alfabeta	$\bar{x} = 38.31$	$s = 7.49$	$t = 5.140$	.000
	Analfabeta	$\bar{x} = 37.89$	$s = 8.00$		
Lugar de Aplicación	Cuernavaca	$\bar{x} = 38.03$	$s = 7.57$	$F = 9.458$	.000
	Chilpancingo	$\bar{x} = 35.85$	$s = 7.59$		
	Guadalajara	$\bar{x} = 39.24$	$s = 8.11$		
	Culiacán	$\bar{x} = 39.40$	$s = 7.10$		

d) *Religiosidad*

En relación a la evaluación de los recursos religiosos, se abordó el tema con un conjunto de cinco reactivos que intentan evaluar las características de religiosidad en las muestras de estudio, en una escala de 1 a 3, en donde 1 significa “*nada*” y 3 “*mucho*”. En esta sección del cuestionario se obtuvieron los siguientes resultados: ante la pregunta sobre si *¿se considera usted una persona religiosa?* El 7.6 por ciento respondió que nada; 48.3 por ciento, respondió algo y 44.1% respondió mucho. El 70.3 por ciento de los encuestados manifestaron que las creencias religiosas son muy importantes para ellos mientras que el 66 por ciento afirmó que hace oración en su casa. Respecto a la frecuencia con que asisten a los servicios religiosos, 37.8 por ciento reportó que asiste al menos una vez a la semana. De manera contrastante, el 41 por ciento reportó que *nunca* busca consuelo espiritual, el 28.9 por ciento *algunas veces* lo busca y el 30.1 por ciento afirma que *siempre* acude en busca de apoyo espiritual

Con respecto a las preguntas que se emplearon para el análisis de este estudio, se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación a sexo, escolaridad y localidad.

Tabla No. 4 Comparación de los reactivos de religiosidad por sexo, estado civil, escolaridad y localidad

Religiosidad		Promedio	Desv.Est.	Prueba	$p < .05$
Sexo	Hombres	$\bar{x} = 2.20$	$s = .51$	$t = 4.336$	.000
	Mujeres	$\bar{x} = 2.39$	$s = .47$		
Estado Civil	Casado o con alguien	$\bar{x} = 2.26$	$s = .51$	$t = 1.846$	.065
	Soltero/Viudo/Divorciado	$\bar{x} = 2.33$	$s = .49$		
Escolaridad	Alfabeta	$\bar{x} = 2.55$	$s = .49$	$t = -2.529$	.012
	Analfabeta	$\bar{x} = 2.46$	$s = .57$		
Lugar de Aplicación	Cuernavaca	$\bar{x} = 2.57$	$s = .39$	$F = 12.850$	.000
	Chilpancingo	$\bar{x} = 2.43$	$s = .57$		
	Guadalajara	$\bar{x} = 2.66$	$s = .43$		
	Culiacán	$\bar{x} = 2.36$	$s = .65$		

En el análisis *post hoc* de la variable *lugar de aplicación*, se observan diferencias significativas entre las sub-muestras de Cuernavaca y Culiacán ( $p = .002$ ); entre las de Chilpancingo y Guadalajara ( $p = .000$ ) y entre Guadalajara y Culiacán ( $p = .000$ ).

#### e) Bienestar Subjetivo

Esta variable fue medida con un cuestionario de 12 reactivos en una escala de tres intervalos en la que 1 significa “*nada*”, 2 “*algo*” y 3 “*mucho*”. La puntuación total de la suma de reactivos oscila entre los 12 y 36 puntos. La población encuestada obtuvo un promedio de  $\bar{x} = 22.39$ ,  $S = 4.55$ , que la ubica en el rango de “*algo*” de bienestar subjetivo general.

Se realizó un análisis más detallado sobre el bienestar subjetivo en relación al sexo, el estado civil, el nivel de escolaridad. Se encontraron diferencias significativas en los niveles de bienestar obtenidos por los hombres, con un promedio de  $\bar{x} = 22.4$  ( $S = 4.6$ ) en relación al de las mujeres,  $\bar{x} = 22.1$  ( $S = 4.6$ ). Se analizó la diferencia entre el bienestar subjetivo y el estado civil, obteniendo

diferencias significativas ( $p=0.000$ ). Este análisis muestra que las personas casadas o que vivían con alguien obtuvieron los puntajes más elevados de bienestar subjetivo ( $\bar{x}=22.96$ ;  $S=4.45$ ); seguido de los divorciados o separados ( $\bar{x}=22.26$ ;  $S=3.51$ ), le siguen los solteros, nunca casados ( $\bar{x}=21.82$ ;  $S=5.11$ ), mientras que los viudos obtuvieron los puntajes más bajos ( $\bar{x}=21.5$ ;  $S=4.7$ ). Por otro lado, también se obtuvieron diferencias significativas en los niveles de bienestar reportados por personas que sabían leer y escribir ( $\bar{x}=23.45$ ;  $S=4.31$ ) y en las personas que sólo sabían leer o escribir o carecían totalmente de ambas habilidades ( $\bar{x}=21.31$ ;  $S=4.55$ ). También se obtuvieron diferencias significativas ( $p<0.01$ ) comparando los niveles de bienestar subjetivo entre las personas que trabajan ( $\bar{x}=22.90$ ;  $S=4.43$ ), con mayor nivel de bienestar, en contraste con las personas que no trabajan ( $\bar{x}=22.05$ ;  $S=4.61$ ). Finalmente, se hizo un análisis de correlación entre el nivel de bienestar subjetivo y la presencia de sintomatología depresiva, medida con el CSD de Radloff (1977). Los resultados mostraron una relación significativa ( $p<0.01$ ) que sugiere que a mayor bienestar subjetivo, menor sintomatología depresiva.

A continuación se muestra una tabla con las comparaciones realizadas por sexo, estado civil, educación y localidad en relación al bienestar subjetivo.

Tabla No. 5 ANOVA. Comparación del Bienestar Subjetivo por género, localidad, estado civil y escolaridad

Bienestar Subjetivo		Promedio	Desv.Est.	Prueba	$p<.05$
Sexo	Hombre	$\bar{x}=22.70$	$s=4.53$	$t=1.960$	.050
	Mujer	$\bar{x}=22.08$	$s=4.57$		
Estado Civil	Casado o con Alguien	$\bar{x}=22.96$	$s=4.45$	$t=4.064$	.000
	Soltero/Viudo/Divorciado	$\bar{x}=21.66$	$s=4.59$		
Escolaridad	Alfabeta	$\bar{x}=23.26$	$s=4.37$	$t=6.897$	.000
	Analfabeta	$\bar{x}=21.47$	$s=4.57$		
Lugar de Aplicación	Cuernavaca	$\bar{x}=22.60$	$s=4.84$	$F=3.667$	.012
	Chilpancingo	$\bar{x}=21.48$	$s=4.59$		
	Guadalajara	$\bar{x}=22.75$	$s=4.57$		
	Culiacán	$\bar{x}=22.73$	$s=4.11$		

Tal como se observa, la variable *bienestar subjetivo* difiere significativamente en todas las comparaciones realizadas. Con respecto a la localidad, el análisis *post hoc* sugiere una diferencia significativa con respecto a esta variable entre las submuestras de Chilpancingo y Guadalajara ( $p=.049$ )

Una vez analizadas las variables de manera individual y partiendo de la hipótesis de nulidad planteada “**Ho: No existe una relación estadísticamente significativa entre los recursos personales, sociales, familiares y espirituales, y la experiencia de bienestar subjetivo reportado por los adultos mayores**”, se presentan a continuación los resultados del análisis de correlación efectuado entre las variables de interés. Para ello, se obtuvieron los totales de cada sujeto para cada una de las escalas, integrando los 12 reactivos de la escala de bienestar subjetivo, los cuatro reactivos de la escala de fuerza personal, dos de apoyo social, 13 de apoyo familiar y dos de religiosidad

Como se observa en la Tabla 5 que aparece a continuación, las variables de recursos y apoyo familiar ( $r = .479$ ) y recursos personales ( $r=.507$ ) son las que obtienen una correlación media con la variable de bienestar subjetivo. El factor de religiosidad ( $r = .136$ ) y el de apoyo social ( $r= -.099$ ), muestran una fuerza de relación prácticamente nula con la variable de bienestar subjetivo, no obstante, la relación con las cuatro variables es altamente significativa al valor  $p<0.01$

Tabla No. 5 Correlaciones entre Bienestar Subjetivo y los Recursos Familiares, Sociales, Personales y Religiosos

	Bienestar Subjetivo	Recursos y Apoyo Familiar	Apoyo Social	Recursos Personales	Religiosidad
Bienestar Subjetivo	1.000				
Recursos y Apoyo Familiar	.479**	1.000			
Apoyo social	-.099**	-.045	1.000		
Recursos Personales	.507**	.383**	-.178**	1.000	
Religiosidad	.136**	.161**	-.108**	.106**	1.000
N	814	814	814	814	814

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Con base en este análisis, se fundamenta el rechazo de la hipótesis nula, ya que los resultados demuestran una relación estadísticamente significativa entre el bienestar subjetivo y los recursos familiares, personales, religiosos y sociales. Sin embargo, el análisis detallado de las variables, permite apreciar que la presencia de recursos personales tiene mayor fuerza ( $r = .507$ ,  $p < .01$ ) que el resto de las variables en su relación con el bienestar subjetivo, seguida de la presencia de recursos y apoyo familiar. ( $r = .479$ ,  $p < .01$ ) y de la religiosidad ( $r = .136$ ,  $p < .01$ ). Cabe señalar que los resultados muestran una correlación negativa entre el bienestar subjetivo y el apoyo social ( $r = -.099$ ,  $p < .01$ ). La fuerza de esta relación es prácticamente nula, sin embargo es posible que el tamaño de la muestra explique el nivel de significancia estadística. Algo similar sucede con la variable de religiosidad, ya que aunque la correlación es estadísticamente significativa, la fuerza de la relación es baja ( $r = .136$ )

Al analizar la correlación entre las mismas variables pero por sexo, se observan los siguientes resultados:

Tabla No. 6 Correlación de Variables por Sexo

		<i>Bienestar Subjetivo</i>	<i>Recursos Apoyo Familiar</i>	<i>y Apoyo Social</i>	<i>Recursos Personales</i>	<i>Religiosidad</i>
<i>Bienestar Subjetivo</i>	<i>Hombres</i>	1.00				
	<i>Mujeres</i>	1.00				
<i>Recursos y Apoyo Fam.</i>	<i>Hombres</i>	.523**	1.00			
	<i>Mujeres</i>	.447**	1.00			
<i>Apoyo Social</i>	<i>Hombres</i>	-.144**	-.091	1.00		
	<i>Mujeres</i>	-.101*	-.009	1.00		
<i>Recursos Personales</i>	<i>Hombres</i>	.482**	.386**	-.252**	1.00	
	<i>Mujeres</i>	.495**	.400**	-.109*	1.00	
<i>Religiosidad</i>	<i>Hombres</i>	.111*	.129**	-.074	.104*	1.00
	<i>Mujeres</i>	.253**	.132**	-.154**	.180**	1.00

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Estos datos sugieren que tanto en hombres como en mujeres, el bienestar subjetivo se relaciona significativamente con los recursos familiares, sociales, personales y religiosos. De la misma manera, tanto en los hombres como en las mujeres, se demuestra que a mayor apoyo familiar, mayores recursos personales y religiosos. Sin embargo, la relación entre el apoyo social y los recursos personales se muestra diferente en el caso de las mujeres, cuya relación es significativa al nivel de  $p < .05$  a diferencia de los hombres ( $p < .01$ ). También resulta importante observar que la relación entre los recursos sociales y la religiosidad sólo es significativa en la población femenina, mientras que los recursos personales y la religiosidad es significativa en ambos sexos.

Por otro lado, la correlación entre las variables principales de este estudio con las sub-muestras de diferentes ciudades, arroja los siguientes resultados:

Tabla No. 7 Correlación de Variables por Localidad

	Ciudad	Bienestar Subjetivo	Recursos y Apoyo Familiar	Apoyo Social	Recursos Personales	Religiosidad
Bienestar Subjetivo	Cuernavaca	1.00				
	Chilpancingo	1.00				
	Guadalajara	1.00				
	Culiacán	1.00				
Recursos y Apoyo Fam	Cuernavaca	.479**	1.00			
	Chilpancingo	.490**	1.00			
	Guadalajara	.439**	1.00			
	Culiacán	.516**	1.00			
Apoyo Social	Cuernavaca	-.099**	-.045	1.00		
	Chilpancingo	-.188**	-.081	1.00		
	Guadalajara	-.148*	.031	1.00		
	Culiacán	.115	.062	1.00		
Recursos Personales	Cuernavaca	.507**	.383**	-.178**	1.00	
	Chilpancingo	.496**	.469**	-.205**	1.00	
	Guadalajara	.515**	.316**	-.157*	1.00	
	Culiacán	.382**	.290**	-.060	1.00	
Religiosidad	Cuernavaca	.136**	.161**	-.108**	.106**	1.00
	Chilpancingo	.265**	.237**	-.219**	.077	1.00
	Guadalajara	.059	.080	-.112	.089	1.00
	Culiacán	.014	.147*	.009	.042	1.00

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Este análisis demuestra que el bienestar subjetivo se relaciona principalmente con los recursos familiares y personales en las cuatro localidades, mientras que el apoyo social y la religiosidad muestran relaciones significativas solo en algunas localidades.

Llama la atención que la relación entre los recursos familiares y personales es significativa en las cuatro localidades y los recursos familiares se relacionan además con la religiosidad únicamente en Cuernavaca y Chilpancingo ( $p < .01$ ) y con Culiacán ( $p < .05$ ). El apoyo social se relaciona de forma negativa con los recursos personales y con la religiosidad en la muestra de Cuernavaca y Chilpancingo. También en Guadalajara se presenta una relación negativa entre el apoyo social y los recursos personales. Finalmente, sólo en la muestra de Cuernavaca, se observa una correlación baja, pero significativa entre los recursos personales y la religiosidad ( $p < .05$ ).



Por otro lado, también se realizó una correlación entre las variables principales de este estudio y el estado civil de los sujetos. Para ello, se utilizaron dos categorías: los que estaban casados o vivían con alguien y, en otro grupo, los solteros, viudos, separados o divorciados. Los resultados se describen a continuación:

Tabla No. 8 Correlación de Variables con el Estado Civil

	Edo. Civil	Bienestar Subjetivo	Recursos y Apoyo Familiar	Apoyo Social	Recursos Personales	Religiosidad
Bienestar Subjetivo	Casado/ con Alguien Soltero/Viudo/Divorc.	1.00 1.00				
Recursos y Apoyo Fam.	Casado/ con Alguien Soltero/Viudo/Divorc.	.528** .432**	1.00 1.00			
Apoyo Social	Casado/ con Alguien Soltero/Viudo/Divorc.	-.186** -.051	-.158** .082	1.00 1.00		
Recursos Personales	Casado/ con Alguien Soltero/Viudo/Divorc.	.481** .488**	.415** .360**	-.230** -.117*	1.00 1.00	
Religiosidad	Casado/ con Alguien Soltero/Viudo/Divorc.	.134** .199**	.135** .111*	-.084 -.167**	.081 .147**	1.00 1.00

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Tal como se observa en los resultados anteriores, el bienestar subjetivo se relaciona de manera significativa con los recursos familiares, personales y religiosos, en personas que viven solas y acompañadas. Llama la atención que en el caso de las personas que viven solteras, viudas o divorciadas, la relación entre el bienestar subjetivo y el apoyo social no es estadísticamente significativa. También se observa que las correlaciones entre el apoyo familiar y otras variables, muestran que entre más apoyo familiar tengan los solteros y casados, muestran más recursos personales y religiosos, no obstante, cabe destacar que la relación es inversa entre el apoyo familiar y el apoyo social en personas casadas o que viven con alguien y no es significativa en la población de solteros, viudos o divorciados.

También en este análisis, se observa que existe una correlación negativa entre el apoyo social y los recursos personales y religiosos, concluyendo que a

mayor percepción de recursos personales entre solteros y casados, menor es el apoyo social percibido. De la misma manera, se observa que en la población de solteros, a mayor religiosidad, menor apoyo social y curiosamente, a mayor percepción de los recursos personales, mayor es la religiosidad en solteros, viudos o divorciados.

Finalmente, se hizo una correlación también con las variables principales y el nivel de educación

Tabla No. 9 Correlación entre Variables con Escolaridad

	Edo. Civil	Bienestar Subjetivo	Recursos y Apoyo Familiar	Apoyo Social	Recursos Personales	Religiosidad
Bienestar Subjetivo	Alfabeto Analfabeto	1.00 1.00				
Recursos y Apoyo Fam.	Alfabeto Analfabeto	.472** .452**	1.00 1.00			
Apoyo Social	Alfabeto Analfabeto	-.095 -.089	-.092 .017	1.00 1.00		
Recursos Personales	Alfabeto Analfabeto	.433** .495**	.391** .341**	-.239** -.091	1.00 1.00	
Religiosidad	Alfabeto Analfabeto	.169** .084	.195** .013	-.106* -.151**	.080 -.151**	1.00 1.00

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Tal como se muestra en la tabla, el bienestar subjetivo sigue relacionándose principalmente con los recursos personales y familiares en personas alfabetas y analfabetas y también se muestra una relación significativa entre el bienestar subjetivo y la religiosidad en personas alfabetas. De la misma manera, se observan correlaciones significativas entre los recursos familiares y sociales en personas alfabetas y analfabetas, así como también hay una relación estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y la religiosidad en personas alfabetas. Por otro lado, se observan correlaciones inversas, estadísticamente significativas entre los recursos sociales y personales en alfabetas y entre los recursos sociales y

religiosidad en alfabetas y analfabetas. Finalmente, se observa una correlación negativa entre los recursos personales y la religiosidad en personas analfabetas.

En conclusión, los análisis realizados permiten afirmar que, de la población estudiada, los hombres, casados o viviendo con alguien, alfabetas y de la población analizada en Guadalajara, muestran un grado mayor de recursos personales. Por otro lado, las mujeres, los solteros, viudos o divorciados, los alfabetas y la muestra de Guadalajara, reportan un nivel mayor de recursos personales. Con respecto a los recursos familiares, los resultados revelan que la población masculina, los casados, los alfabetas y los de Culiacán obtuvieron los puntajes más elevados. Con respecto a la religiosidad, se observa que la población integrada por las mujeres, solteros, viudos o divorciados, alfabetas y de la Ciudad de Guadalajara, reportan un nivel más alto en este aspecto y, finalmente, el nivel de bienestar subjetivo más elevado se encuentra en la población masculina, casados o viviendo con alguien, alfabetas y de la ciudad de Guadalajara.

Con respecto a la relación entre el *Bienestar Subjetivo y los Recursos Personales*, las correlaciones con mayor fuerza se observaron en mujeres, solteros, viudos o divorciados, analfabetas y de la ciudad de Guadalajara. Las correlaciones con mayor fuerza entre el *Bienestar Subjetivo y los Recursos Sociales* fueron inversamente proporcionales en hombres, casados o viviendo con alguien y de Chilpancingo. La relación entre el *Bienestar Subjetivo y los Recursos Familiares* registraron mayor fuerza entre la población masculina, casados o viviendo con alguien, alfabetas y de Culiacán. Las correlaciones con mayor fuerza entre el *Bienestar Subjetivo y la Religiosidad* se observaron en la población de mujeres, solteros, viudos o divorciados, alfabetas y de Chilpancingo.

Parece interesante además presentar la interacción entre los diferentes recursos evaluados en la población. Por ejemplo, la relación entre los *Recursos Personales* y los *Recursos Sociales* muestran una correlación negativa con mayor fuerza en la población de hombres, casados o viviendo con alguien, alfabetas y de Chilpancingo. La correlación entre los *Recursos Personales* y los *Recursos Familiares* presenta mayor fuerza entre las mujeres, casados o viviendo con alguien, alfabetas y de Chilpancingo. La relación entre los *Recursos Personales* y la *Religiosidad* muestra una correlación más alta entre mujeres, solteros, viudos o divorciados y de la población de Cuernavaca. Entre los *Recursos Sociales* y los *Recursos Familiares*, sólo se encuentra una correlación negativa entre los casados y no es significativa en las otras variables demográficas. Los *Recursos Sociales* y la *Religiosidad* muestran una mayor correlación en las mujeres y también muestran una correlación negativa entre los solteros, viudos o divorciados, en los analfabetas y en los habitantes de Chilpancingo. Finalmente, la relación entre los *Recursos Familiares* y la *Religiosidad* muestra una correlación más alta entre mujeres, casados o viviendo con alguien, entre los alfabetas y entre los habitantes de Chilpancingo.

## 9. DISCUSIÓN

Lazarus (1991) sostiene que una persona puede ser feliz aún viviendo en medio de un ambiente adverso y enfrentando grandes dificultades, mientras que otras personas que pueden tener “todo”, se describen infelices.

La muestra que participó en el presente estudio vive en condiciones de pobreza que ya es, en sí misma, una condición adversa para cubrir sus necesidades más básicas. No obstante, los resultados permiten analizar las variables que correlacionan de forma más significativa con el bienestar subjetivo.

A partir de estos hallazgos, se puede apreciar la importancia que tiene para los adultos mayores evaluados el percibir que cuentan con la *fuerza personal* para hacer frente a las adversidades y también la presencia del *apoyo familiar*. De acuerdo con los resultados, estas dos variables constituyen la principal fuente de bienestar subjetivo para los ancianos, hallazgo que coincide con la *Teoría de la Autodeterminación* (Ryan y Deci, 2000), en la que se afirma que la gratificación de las tres necesidades: *ser competente, ser autónomo y lograr relaciones interpersonales*, contribuyen de manera significativa con el logro del bienestar subjetivo.

Analizando los reactivos que componen la *Escala de Fuerza Personal* o recursos personales, resalta la importancia de mantener una sensación de control emocional, de tolerancia para soportar las propias crisis y la percepción de una capacidad para ayudar a familiares y amigos. Dicho de otra manera, estos reactivos hacen alusión al *locus de control interno*, la tolerancia a la frustración, el *empoderamiento y la auto-eficacia*, que reportan los ancianos, y a su capacidad *resiliente*, entendida como la capacidad personal para enfrentar la adversidad.

Los resultados confirman lo mencionado por Fernández-Ballesteros (2000), en el sentido de que las personas mayores se perciben más eficaces y, en este caso, con mayor bienestar subjetivo cuando mantienen una sensación de control y una visión positiva de sí mismos y de su desarrollo personal. Llama la atención que en este estudio, los hombres, las personas casadas o que viven con alguien, y los que saben leer y escribir reportan una mayor percepción de recursos personales. Por entidades, los datos de Guadalajara denotan una mejor percepción de la fuerza personal, mientras que los resultados de Chilpancingo muestran la más baja.

Dado que la *fuerza personal* es la variable que se correlaciona con mayor fuerza con el bienestar subjetivo, los resultados apoyan las teorías de Rubio et al. (en Fernández Ballesteros, 1999) con respecto a que los hombres reportan un nivel mayor de satisfacción con la vida. También los resultados apoyan a Rojas (en Garduño et. al., 2005) al sostener que los casados reportan mayor bienestar subjetivo que los solteros, y a DeNeve y Cooper (1998) que afirman que la percepción de control interno incrementa la autoestima y el bienestar. Es posible que saber leer y escribir, condición necesaria para categorizarlos como alfabetas, constituye también parte de la percepción que el adulto mayor tiene sobre su competencia personal. El estilo de vida que se vive en la ciudad de Guadalajara, donde aún se conservan tradiciones familiares de atención y apoyo al varón de la familia y de evitar la disolución del matrimonio mediante el divorcio, puede explicar por qué se registra una percepción mayor de fuerza personal entre la población. Sin embargo, vale la pena plantear nuevas hipótesis al respecto, ya que Guadalajara encabeza las ciudades que reportan mayor fuerza personal, mayor religiosidad y mayor bienestar subjetivo.

También cabe mencionar los resultados que muestran que a mayor percepción de recursos personales, menor percepción de recursos sociales en la muestra masculina, en los casados o viviendo con alguien y en alfabetas. Esto sugiere que entre más competentes y capaces de enfrentar las demandas del ambiente, menos dependen del apoyo social. Por otro lado, se observa que a mayor percepción de recursos personales, corresponde una percepción más alta de los recursos familiares encabezados por las mujeres, casados o viviendo con alguien, los alfabetas y habitantes de Chilpancingo. Por lo que se podría afirmar que si los adultos mayores cuentan con una percepción adecuada de su fuerza personal y del apoyo familiar, pueden no sentir la necesidad de ampliar sus redes sociales. De la misma manera, las mujeres, los solteros, viudos o divorciados y principalmente de la muestra de Cuernavaca, reportan una relación entre la percepción de sus recursos personales y la variable de religiosidad. En este sentido valdría la pena identificar cuál es causa y cuál es efecto. Lo que resulta evidente es que como solteros, viudos o divorciados, posiblemente proyectan mayor práctica religiosa o a tener una vida espiritual mucho más intensa que los que viven en familia, lo cual puede ser base para una investigación posterior.

En relación con el apoyo familiar, la cultura mexicana tiende a conservar las costumbres del cuidado de los ancianos en hogares ampliados (INEGI, 2005). No obstante, en virtud de que la influyente cultura global va transformando la manera de vivir en muchos países, en México la tendencia a dejar solos a los ancianos va en aumento. Llama la atención que sólo el 12 por ciento de la población encuestada reporta que vive sola y el promedio de bienestar subjetivo muestra diferencias significativas entre aquellos que viven

con familiares o amigos, destacando la importancia del apoyo familiar en el proceso de envejecimiento. En este sentido cabe afirmar que los adultos mayores dan apoyo al resto de la familia, sobre todo mediante el cuidado a otros miembros. Este hecho apoya a Havigurst (1987) quien afirma que la persona se siente feliz y satisfecha en la medida en que se siente productiva y útil a otras personas, así como Kalisch (1983) que comenta que los adultos mayores desean mantener las relaciones con sus hijos sin representar una carga para ellos. Sin embargo, el promedio de la población encuestada reporta la percepción de recibir poco cuidado, atención, paciencia, tiempo y confort de parte de su familia. Nuevamente, los hombres y los casados reportan un mayor apoyo familiar que las mujeres aunque la diferencia no sea significativa. No obstante, la percepción de apoyo familiar es significativamente diferente cuando se evalúa a personas que saben leer y escribir y las que no. En Culiacán y Guadalajara, los adultos mayores encuestados perciben mayor apoyo que los que viven en Cuernavaca y Chilpancingo. Es importante destacar que aunque la percepción que tiene la muestra sobre el apoyo familiar es “algo” de apoyo, queda la duda si en realidad lo que representa el apoyo familiar lo constituye la oportunidad que los adultos mayores conservan de seguir “aportando” a la familia a través del cuidado de otros familiares como los nietos, apuntalando más al sentido de competencia y de utilidad personal –que suma a la atribución de fuerza personal- más que al apoyo recibido de la familia.

Por otro lado, los recursos espirituales que fueron medidos en este estudio mediante las preguntas sobre si la persona se considera religiosa y qué tan importantes son sus creencias religiosas, llama la atención que, siendo México uno de los países con mayor población católica en el mundo y siendo



éstas creencias transmitidas por las generaciones adultas, la relación entre recursos religiosos y bienestar subjetivo, aunque significativa es muy baja ( $r = .136$ ). Una posible explicación podría relacionarse con el tamaño de la muestra que afecta la significación estadística y, por otro lado, la inaccesibilidad a los servicios religiosos, que puede estar supeditada a la asistencia y/o apoyo de un familiar para desplazarse al templo, haciendo que dichas prácticas se realicen con poca frecuencia y sean menos valoradas por la población que el resto de los recursos. Las personas que integran la muestra estudiada clasifican en un nivel medio y alto de religiosidad y consideran sus creencias religiosas como “muy importantes”. No obstante, las mujeres, los solteros, viudos o divorciados y los alfabetas se consideran personas más religiosas y afirman que sus creencias religiosas son más importantes que los varones, los casados, o viviendo con alguien, y los analfabetas. Además, la muestra de Guadalajara encabeza la lista en relación a qué tan religiosos se consideran y qué tan importantes son sus creencias religiosas, seguida por las de Cuernavaca, Chilpancingo y, al final, Culiacán. Una posible explicación es la tradición religiosa que se vive en los estados del centro de la República, en contraste con la pluralidad religiosa que se vive en los estados del norte por la cercanía con los Estados Unidos. Estos resultados contrastan con los reportados por E. Lee, (2007), quien en un estudio con una población asiático-americana, de 145 adultos mayores, comprueba que el uso de las habilidades de afrontamiento religioso se han asociado con una alta satisfacción en la vida y enfatizan que la práctica del perdón contribuye a mejorar la satisfacción vital y el sentido de auto-eficacia. También afirma que el apoyo religioso se asocia a una menor cantidad de síntomas depresivos, hecho que también se confirma en este estudio. También Levin y Chatters (1998) afirmaron

que la religión ejerce un efecto directo en el bienestar psicológico y González-Celis, Ruiz Carrillo, Chávez Becerra y Trón Alvarez (2009) muestran en su estudio que la espiritualidad beneficia a la calidad de vida en un grupo de adultos mayores.

No obstante, estos datos contrastan con los hallazgos de Rivera Ledezma y Montero M. (2005) quienes afirman que los adultos mayores en México no se benefician de su vida espiritual y que el grado de convicción espiritual, el soporte social y las estrategias de afrontamiento predijeron de manera escasa el ajuste psicológico de la población que ellos analizaron. Ciertamente la religiosidad es una de las variables que correlaciona con menor fuerza con el bienestar subjetivo en este estudio y en un análisis de regresión, la religiosidad junto con el apoyo social constituyen las dos variables que se relacionan con menor fuerza para predecir el bienestar subjetivo.

Llama la atención que la correlación con mayor fuerza entre la religiosidad y los recursos personales y de la religiosidad con los recursos sociales se presenta en analfabetas.

Por otro lado, estos resultados confirman lo que Maslow (1967) propone en su conocida teoría de jerarquía de necesidades. En ella sostiene que mientras las personas no tengan cubiertas sus necesidades básicas, resulta difícil lograr satisfacer sus necesidades de autorrealización y, aún más difícil, la necesidad de auto trascender, que propone la Psicología Transpersonal. Por lo anterior, parece que en esta población, la evaluación de los recursos religiosos y espirituales tiene un peso menor en el nivel de bienestar subjetivo reportado. Cabe señalar que aunque se pretendió evaluar los recursos espirituales de los adultos mayores, los reactivos contenidos en el instrumento empleado no

permitieron un análisis exhaustivo de esta variable, principalmente porque la construcción de los mismos estaba orientada más a la evaluación de las prácticas religiosas y su importancia para los adultos mayores. Debido a ello, resulta necesario diseñar métodos de evaluación de la espiritualidad que permitan profundizar en el peso de dicha variable en el bienestar de los ancianos.

Finalmente, dadas las características del estilo de vida de las personas mayores en situaciones de pobreza, es común encontrar una vida social muy limitada. La pérdida del empleo por jubilación o incapacidad constituye uno de los factores que contribuyen al aislamiento social. Por otro lado, en las colonias encuestadas no se contaba con calles pavimentadas, los terrenos son irregulares y el desplazamiento de los ancianos resulta casi imposible, sobre todo en aquellos que tienen dificultades motoras. Aunado a esto, el nivel de inseguridad que caracteriza estas comunidades es muy alto, por lo que la población evita salir ante la amenaza de ser asaltada o que en su ausencia, los vándalos se introduzcan en sus domicilios para despojarlos de lo poco que tienen.

Resulta interesante observar el impacto de la ausencia de recursos sociales, el aislamiento y la falta de redes sociales de apoyo. Tal como se mencionó anteriormente, las relaciones interpersonales contribuyen de manera significativa a promover el bienestar subjetivo (Bizquerra, 2000; Havigurst, 1987), por lo que resultaría muy útil promover actividades que fortalezcan todos los recursos posibles para que los ancianos logren una mayor sensación de bienestar subjetivo. Por otro lado, los resultados demuestran que más de la mitad de los encuestados (67.6%) no cuenta con personas fuera de sus familiares con quien pueda compartir sus asuntos personales. Llama la atención

que las mujeres encuestadas pasan más tiempo solas que los hombres y que en Chilpancingo y Cuernavaca, los adultos mayores entrevistados reportan que hay personas –no familiares- con quienes cuentan para enfrentar situaciones difíciles, a diferencia de Guadalajara y Culiacán donde reportan un apoyo social menor.

Aunque la literatura afirma que la satisfacción con las relaciones interpersonales tienen un peso relevante en el logro del bienestar subjetivo, parece que los recursos sociales es la variable que tiene menor fuerza en las personas encuestadas. Muchos adultos mayores pasan varias horas solos y conviene facilitar su presencia y participación en actividades que les permitan ampliar su red social de apoyo. Por otro lado, al analizar dos preguntas que se emplearon para este estudio, la primera, que hace referencia a si la persona encuestada “*cuenta con personas que no viven con ella para ayudarla cuando las cosas se ponen difíciles*” y cuya respuesta sugiere que la mitad de los sujetos (50.5 por ciento) cuenta con dicho apoyo, deja qué pensar, pues en una pregunta abierta adicional se indagó sobre quiénes eran las personas que ofrecían ese tipo de apoyo, obteniéndose la respuesta de que son sus hijos –que no viven con ellos- los que aportan dicho apoyo. Parece entonces que los adultos mayores encuestados reportaron como *apoyo social*, el apoyo de sus hijos. Esto se confirma con la segunda pregunta, que indaga si cuenta con personas o grupos de personas que no sean sus familiares a las que le cuente sus secretos o cosas íntimas a lo que el 67.7 por ciento respondió que no. Esto contradice la teoría y valdría la pena conocer qué genera la escasez de recursos sociales, si es la falta de redes sociales que se acerquen a los adultos mayores o es el poco interés de ellos tienen por relacionarse con su entorno para circunscribirse exclusivamente al ámbito familiar. Será entonces que la falta de recursos sociales explica el nivel

“medio” de bienestar subjetivo. El aislamiento en el que vive la población encuestada parece apoyar la *teoría de la desvinculación* de Cumming & Henry (1961); la *teoría de la falta de compromiso o desligamiento*, propuesta por Manning (en Lefrancois, 2001) y la *teoría de la gerotranscendencia* de Tornstam (2005), mientras que, por otro lado, parece contradecir lo propuesto por Havigurst (1987) en su *teoría de la actividad*.

Con estos resultados se aprecia también la limitada accesibilidad que los adultos mayores tienen a una vida social más activa. Aunado a ello, los programas de promoción social que ha desarrollado el INAPAM en el Distrito Federal, aún no se extienden a otras partes de la República.

Con respecto al bienestar subjetivo, se observa que el nivel reportado es “*medio*” y que se muestran diferencias significativas entre el bienestar subjetivo reportado por las mujeres y por los hombres, siendo mayor el de los hombres. Estos hallazgos confirman lo que afirmaron Rubio y cols. (1977, en Fernández-Ballesteros, 1999) que sostienen que las mujeres reportan menor bienestar subjetivo que los varones, y contrasta con los hallazgos de Rojas (en Garduño, 2005) quien afirma lo contrario, es decir, que las mujeres reportan un mayor nivel de bienestar subjetivo.

Por otro lado, llama la atención que las personas casadas, y las alfabetas reportan un mejor nivel de bienestar subjetivo, confirmando con esto los hallazgos de Rojas. (en Garduño, 2005) que afirma que los casados reportan un mayor nivel de bienestar subjetivo. Si se parte de que las variables que correlacionaron con mayor fuerza con el bienestar subjetivo fueron los recursos y apoyo familiar (casados o viviendo con alguien) y los recursos personales

(alfabetización y empleo), se ha de concluir que estos hallazgos coinciden con la teoría expuesta anteriormente.

El análisis conjunto de las variables demuestra que existe una relación significativa entre el bienestar subjetivo y los recursos personales, el apoyo familiar, la religiosidad y, finalmente, el apoyo social. Sin embargo, analizando el peso de la relación entre tales variables y el bienestar subjetivo, parece que a las personas con un mayor nivel de bienestar subjetivo, les resulta menos relevante los recursos espirituales y el apoyo social. Más bien, parece que los recursos personales y familiares tienen mayor peso en la percepción del bienestar subjetivo, y también la religiosidad, aunque con menor fuerza. Esto confirma los hallazgos reportados por González-Celis, et al. (2009) quienes, en su estudio reportan una relación significativa y directa entre los niveles de auto-eficacia, educación y el bienestar subjetivo.

Por último, aunque la sintomatología depresiva no estaba contemplada en el análisis inicial, parece conveniente analizar la relación entre ésta y el bienestar subjetivo. Los resultados confirman que a mayor bienestar subjetivo menor nivel de sintomatología depresiva, con lo que se confirman los resultados de DeNeve y Cooper (1998) al afirmar que la salud es el principal predictor del bienestar subjetivo.

Con todo lo descrito anteriormente, resulta importante subrayar que la percepción de los recursos familiares y la indudable relevancia del apoyo familiar, constituyen los pilares para que el adulto mayor perciba un grado de felicidad o bienestar subjetivo. De allí que se desprenda la necesidad de formar personalidades *resilientes* en la juventud y en la edad adulta para ayudar a

enfrentar el envejecimiento con una mejor percepción de sus recursos personales. Lamentablemente, la tendencia en nuestra población orienta muchos de los esfuerzos en las familias para evitar la adversidad y las contrariedades, hecho que disminuye la posibilidad de que los jóvenes logren desarrollar la capacidad para afrontarlas y sobreponerse.

La capacitación en el trabajo y en los programas *pre-jubilatorios* que se ofrecen en las Instituciones Públicas y Privadas, podrían ser el escenario adecuado para promover y reforzar los recursos personales de los individuos, desarrollar e incrementar el sentido de auto-eficacia. Otro escenario posible para desarrollar la resiliencia en adultos y en adultos mayores que no trabajan puede ser en los centros de Culto, debido a la frecuente presencia de las mujeres en las prácticas religiosas.

De igual suerte, educar y sensibilizar a la población en torno al respeto y al cuidado digno de los ancianos es una exigencia primordial para atender a esta parte de la población, considerando que cada vez representará una mayor proporción entre la población mexicana. La generación de políticas públicas orientadas a la atención del anciano y la promoción y difusión de investigaciones que permitan a la población un conocimiento más cercano y preciso de esta población etárea, constituye una urgencia para poder responder al cambio demográfico que se comienza a sentir.

La satisfacción vital de cada anciano depende, en mucho, de las experiencias positivas que obtenga al percibirse competente, con recursos personales, familiares, sociales, espirituales y económicos. La población aquí representada requiere de la urgente participación de los profesionales, de las instituciones y de los gobernantes para mejorar su calidad de vida. Los recursos

personales existen; sin embargo, es necesario potenciar más su satisfacción vital mediante las intervenciones oportunas para ampliar su espectro de recursos y, por ende, su bienestar en general.

Finalmente, parece pertinente y necesario elaborar instrumentos de medición más sensible para evaluar la espiritualidad en los adultos mayores, de tal naturaleza que vayan más allá de la pura medición de las prácticas religiosas y logren identificar las características que aquella conlleva y el impacto que tiene sobre su bienestar subjetivo.



## 10. REFERENCIAS

1. Annan, Koffi, Secretario General de las Naciones Unidas. Discurso al inaugurar el año Internacional de las Personas de Edad el 1 de octubre de 1998. Copyright ONU- División de Políticas Sociales y Desarrollo. Versión en Español: Centro de Información de las Naciones Unidas para España. Consultado el 14 de mayo de 2005 en <http://www.eclac.cl/celade/>
2. Aranibar P. (2001) Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP. Chile: CEPAL-ECLAC Recuperado el 20 de diciembre de 2010 de <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/9260/lcl1656p.pdf>
3. Ardelt, M. & Koenig, C.S. (2007) The importance of religious orientation in dying well: Evidence from three case studies. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 19 (4), 61-79
4. Argyle (1972) *The Psychology of Interpersonal Behavior*. Inglaterra: Ed. Penguin
5. Argyle (1987) *The Psychology of the Happiness*. Londres & Nueva York: Methuen & Co. Ltd.
6. Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1990). *Successful aging*. New York: Cambridge University Press
7. Bazo R. Teresa y García S. Benjamín (2006) *Envejecimiento y Sociedad: Una Perspectiva Internacional*. Madrid: Editorial Médica Panamericana
8. Bizquerra R. (2000) *Educación emocional y Bienestar* Barcelona: CISSPRAXIS
9. Bowling, A., Farquhar, M., & Browne, P. (1991). Life Satisfaction and Associations with Social Network and support variables in three samples of elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6(8), 549-566. Retrieved from EBSCOhost.
10. Buela-Casals G, Caballo VE y Sierra JC (1996) *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. México: Siglo XXI Editores
11. Canales, A.; Montiel, I; Torres, T. (2004) "Situación actual y perspectivas de Envejecimiento en Jalisco. *Gente Grande*". México: Universidad de Guadalajara y CONACYT, 182 Págs.
12. Carr A. (2007) *Psicología Positiva. La ciencia de la Felicidad*. México: Paidós
13. Catell, R.B. (1963) *Theory of Fluid and Crystallized Intelligence: A critical Experiment*. En Fernández-Ballesteros (2000) *Gerontología social*. Madrid: Pirámide
14. Csikszentmihaly (1997), *Fluir: una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós.
15. Cohen, A. y Koenig, H., (2003) Religion Religiosity and Spirituality in the Biopsychosocial model of health and ageing. *Ageing International; Summer 2003*, Vol. 28 Issue 3, p215, 27p
16. Costa P.T., Jr., y McCrae R.R. (1984) Personality as a life-long determinant of psychological well-being. En C. Malatesta, and C. Izard (Eds): *Affective processes in adult development and aging*. Beverly Hills, CA: Sage Publisher pp. 141.150
17. Cumming, E., y Henry, W.E. (1961) *Growing old; the process of disengagement*. Nueva York: Basic Book
18. Chackiel, J (2000) *El Envejecimiento de la Población Latinoamericana: ¿Hacia una relación de dependencia favorable?* Serie Población y Desarrollo. Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE: División Población. Organización de las Naciones Unidas.

19. Dellmann-Jenkins M.; Blankemeyer M., y Olesh, M. (2002) Adults in expanded grandparent roles: considerations for practice, policy and research. *Educational Gerontology*, 28: 219- 235
20. DeNeve K. y Cooper H. (1998) Happy Personality: A Meta Analysis of 137 Personality Traits and Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin* Vol. 124, No. 2, 197-229. American Psychological Association Inc.
21. Díaz-Guerrero R., Melgoza E.(1994) Fuerza personal. Medida breve de fibra emocional. *Aletheia*; 13:21-24
22. Dobbs A. R. y Rule B. G. (1989) Adult Age Differences in working memory. *Psychology and aging*, 4 (4), 500-503
23. Emery, E. Pargament, K. (2004) The many faces of Religious Coping in late life: conceptualization Measurement, and links to well-being. *Ageing International*; Winter 2004, Vol. 29 Issue 1, p3, 25p
24. Erikson, E. H. (1950) *Childhood and society*. Nueva York: Norton.  
Fernández-Ballesteros (1998) Quality of life: The differential condiciones. *Psychology in Spain*, 2(1), 557.65
25. Fernández-Ballesteros R., Fresneda R. M., Iñiguez J., Zamarrón M.D. (1999) *Qué es la Psicología de la Vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva, 229 Págs.
26. Fernández-Ballesteros R. (2000) *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide, 612 Págs.
27. Fernández-Ballesteros R.(2002) *Vivir con Vitalidad. Colección de 4 tomos.: Envejeciendo Bien; Cuide su cuerpo; Cuide su Mente (III), Envejecer con los demás (IV)* Madrid: Editorial Pirámide
28. Fernández-Ballesteros R. (sf) *La Psicología de la Vejez*. Recuperada el 17 de dic. de 2010de <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>
29. Fernández N, Clúa AM, Báez RM, Ramírez M y Prieto V (2000) Estilos de vida, Bienestar Subjetivo y Salud de los Ancianos. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2000; 16(1): 6-12
30. Garduño E. L., Salinas A.B., Rojas H.M. (2005) *Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo en México*. México: Plaza y Valdez Editores
31. Gómez Sancho Marcos (2003) *Avances en Cuidados Paliativos. Tomo III*. Islas de la Gran Canaria, España: Gabinete de Asesoramiento y Formación Sociosanitaria GAFOS
32. González B J y De la Fuente A. R (2008) Intergenerational Grandparent/grandchild relations: The socioeducational role of grandparents. *Educational Gerontology*, 34: 67- 88
33. González-Celis A.L., Ruiz C. E., Chávez B. M., y Trón A. R. (2009) Impacto de variables psicológicas asociadas a la calidad de vida en ancianos mexicanos. Trabajo presentado en el III Congreso Iberoamericano de Psicogerontología. Recuperado el 13 de octubre de 2010 de [http://geraco.es.org.br/arquivos\\_dados/foto\\_alta/arquivo\\_1\\_id-124.pdf](http://geraco.es.org.br/arquivos_dados/foto_alta/arquivo_1_id-124.pdf)
34. González V. T., Salgado S N (2006) *El Bienestar Subjetivo en los Adultos Mayores de Zonas Urbanas en Salgado S.N y Wong R. (coord.) Envejecimiento, Pobreza y Salud en Población Urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México*. Instituto Nacional de Salud Pública
35. Gutiérrez-Robledo L.M., Reyes-Ortega, M.C., Rocabado-Quevedo, F., López-Franchini J. (1996) *Evaluación de Instituciones de Cuidados*

- Prolongados para Ancianos en el Distrito Federal. Una visión crítica. INSP. Vol. 38(6): 487-500
36. Ham Chande Roberto (2003) El Envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica. México: Colegio de la Frontera Norte
  37. Hare E. (2002) El origen de las enfermedades mentales. Madrid: Ed. Triacastela
  38. Harman, D. (1993) Free radical involvement in aging. En Lefrancois G.R. (2001) *El Ciclo de la Vida*. México: Thompson
  39. Hanson, Bertil S. (1994) Social Network, social support and drinking in elderly men –a population study of men born in 1914, *Malmö Sweden Jun94*, Vol. 89 Issue 6
  - 40.. Havighurst, R. J. (1987) Gerontological Society of America. En Fernández-Ballesteros (2000) *Gerontología Social*. España: Pirámide p. 48.
  41. Holmes, T.H. and Rahe, R. H. "The Social Readjustment Rating Scale". *Journal of Psychosomatic Research*, 11 (1967), 213-218
  42. Hubanks L., Kuy W. (1994) Quality of life assessment and annotated bibliography (Compiled). Ginebra: WHO/MNH/PSF
  43. Hultsch D.F. y Dixon R.A. (1990) Ability correlates of memory performance in adulthood and aging. *Psychology and Ageing*; 46 (1): p. 22-30
  44. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática INEGI (2007). Estadísticas demográficas 2007. Recuperada el 12 de diciembre de 2010 de [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/contnuas/vital\\_es/demograficas/2007/Cua\\_pob\\_2007.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/contnuas/vital_es/demograficas/2007/Cua_pob_2007.pdf)
  45. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2005). Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico AL inicio del siglo XXI. Recuperado el 12 de marzo en [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)
  46. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI (2000) La diversidad religiosa en México XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Recuperado el 14 de julio de 2009. [http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/religion/Div\\_rel.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/religion/Div_rel.pdf)
  47. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI (2000) XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Resultados Preliminares. Recuperado el 2 de septiembre de 2010 <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=4326&e=17>
  48. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática y Secretaría del Trabajo y Previsión Social INEGI, STPS (2008) Encuesta Nacional de Ocupación y empleo. Segundo trimestre de 2008. Recuperado el 12 de marzo de 2009 en [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)
  49. James, O., & Davies, D. M. (1987). Assessing social support and satisfaction in the Elderly Development of a brief assessment instrument, the index of social support. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2(4), 227-233. Retrieved from EBSCOhost.
  50. Jung C.G., (1931) The stages of life. En Fadiman J. y Frager R.(2001) *Teorías de la Personalidad*. México: Oxford
  51. Kahana, E.; Kahana, B.; Kercher, K. (2003) Emerging Lifestyles and Proactive Options for Successful Ageing. *Ageing International*; Spring2003, Vol. 28 Issue 2, p155, 26p
  52. Kalisch, Richard A.(1983) La Vejez. Perspectivas sobre el Desarrollo Humano. Madrid: Ediciones Pirámide

53. Koli, K. & Krdki-Oja, J. (1992) Cellular senescence. *Annals of Medicine*, 24, 313-318
54. Kotiarenko, M.A. (1997) Estado del arte en Resiliencia. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 52 p. obtenido de <http://.resiliencia.cl/investig/index.htm> consultado el 25 de marzo de 2009
55. Lazarus (1991) Emotion and Adaptation. Nueva York: Oxford University Press.
56. Lazarus, R. S. y Folkman S. (1986). Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona: Martínez Roca
57. Lee Eun-Young O., Sharpe T. (2007) Understanding Religious/Spiritual Coping and Support Resources among African American Older Adults: A Mixed-Method Approach. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*. Vol. 3 Junio 2007, pag. 55-75 recuperado el 23 de enero de 2009 de <http://www.informaworld.com/smpp/title~db=all~content=t792306955~tab=issu eslist~branches=19 - v1919>,
58. Lefrancois G. (2001) El Ciclo de la Vida. México: Thomson Editores, 670 Págs.
59. Lemme, Barbara Hansen (2003) Desarrollo en la edad adulta. México: Manual Moderno
60. Levin, J. y Chatters, L.M. (1998) Religion, health, and psychological well-being in older adults: Findings from three national surveys. *Journal of Aging and Health*, W (4), 504- 531
61. Levinson D. J. (1978) The Season of a Man's Life. New York; Ballantine Books.
62. Lozano R (1996) Relación entre Pobreza y Salud. *International Development Research Centre (IDRC) Doc. 8*. Recuperado el 17 de diciembre de 2010 de [http://www.idrc.ca/es/ev-23077-201-1-DO\\_TOPIC.html](http://www.idrc.ca/es/ev-23077-201-1-DO_TOPIC.html)
63. Luqmani, R., Gordon, C. y Bacon, P. (1994) Clinical pharmacology and modification of autoimmunity and inflammation in rheumatoid disease. *Drugs*, 47, 259-285. En Lefrancois G.R. (2001) El Ciclo de la Vida. México: Thompson
64. Marquez M., Izal M., Montorio I., Losada A. (2008) Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema* 2008. Vol. 20 No. 4 p 616-622
65. Maslow (1967) Self Actualizing and Beyond en J. F. Bugentan (dir), *Challenges of Humanistic Psychology*. New York: McGraw-Hill
66. Maslow A (1968) Various Meanings of Transcendence. *Journal of Transpersonal Psychology*. I Num.1: 56-66. Reimpreso en *Pastoral Psychology* (1968), 19 Num. 188: 45-49 pp.
67. Meadow, M.J. y Kahoe, R.D. (1984). *Psychology of religion, Religion in individual lives*. New York: Harper and Row Publishers. En Rivera-Ledezma A. y Montero-López Lena María (2008) *Lo Espiritual en Psicología: una reflexión desde la aproximación judío-cristiana*, Segunda Parte. Babel. *Revista de la Escuela de Psicología de la Universidad Bolivariana*. No 6, obtenida el 13 de octubre de 2010 de <http://www.revistababel.cl/6/espi2.htm>
- 68.. Melillo A. Suárez E.N. (2001) Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas, México: Paidós
69. Melillo, Suárez y Rodríguez (2004) Resiliencia y Subjetividad: Los ciclos de la vida. México: Paidós
70. Moreno, S. (2000): *La Diversidad Religiosa en México*. Comunicado de prensa México: INEGI

71. Muños Tortosa J. (2002) *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Pirámide
72. Myers, D. G. (1993) Pursuing happiness. *Psychology Today*. July/August, pp.32-35,66- 67
73. Naciones Unidas (2002) Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Recuperado el 12 de octubre de 2009 de <http://daccess-dds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/397/54/PDF/N0239754.pdf?OpenElement>
74. Neugarten B. L. (1999) *Los significados de la Edad*. Barcelona, España: Herder
75. Oishi (2001) "Pleasures and subjective well-being". *European Journal of Personality*, Vol. 15 No. 2 págs 153-167
76. Organización Mundial de la Salud (1946) en Fernández-Ballesteros R., Macía A. (1993) *Calidad de Vida en la Vejez*. *Intervención Psicosocial*; 2(5): 77-94
77. Palomba R (2002) *Calidad de Vida: Conceptos y Medidas*. Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de las personas adultas mayores. Julio de 2002. CELADE/División de Población, CEPAL, Santiago, Chile. Recuperada el 17 de diciembre de 2010 de [www.eclac.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1\\_ppt.pdf](http://www.eclac.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1_ppt.pdf)
78. Pavot William (2004) The Subjective Evaluation of Well-being in Adulthood: Findings and Implications. *Ageing International*; Spring 2004, Vol. 29 Issue 2, p113, 3p
79. Peñacoba C y Moreno B.(1998) El concepto de Personalidad Resistente. Consideraciones Teóricas y Repercusiones Prácticas. *Boletín de Psicología* No. 58, marzo 1998,61-96
80. Pinazo H.S. (1999) "Significado social del rol de abuelo" *Revista Multidisciplinar de Gerontología* No. 9: 169-176
81. Pinquart, Martin (2002) : Creating and Maintaining Purpose in Life in Old Age: a Meta- Analysis : *Ageing International*; Spring 2002, Vol. 27 Issue 2, p90, 25p
82. Poon (1977) Differences in human memory with aging. En Fernández-Ballesteros B. (2000) *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide
83. Ranzijn, Rob (2002) The Potential of Older Adults to Enhance Community quality of life: Links between Positive Psychology and Productive Aging. *Ageing International*; Spring2002, Vol. 27 Issue 2, p30, 26p
84. Rivera-Ledezma A. y Montero-López M. (2005) *Espiritualidad y Religiosidad en Adultos Mayores Mexicanos*. *Salud Mental* Diciembre 2005/Vol28, No. 006 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Distrito Federal, México pp 51-58
85. Rivera-Ledezma Armando y Montero-López Lena María (2008) Lo Espiritual en Psicología: Una reflexión desde la aproximación judeo-cristiana. 2ª. Parte. *Babel. Revista de la Escuela de Psicología de la Universidad Bolivariana*. No 6, obtenida el 13 de octubre de 2010 de <http://www.revistababel.cl/6/espi2.htm>
86. Roca, M. Y Pérez, M. (1999) *Apoyo Social: Su significación para la Salud Humana*. La Habana, Cuba: Edit. Félix Varela, 183 Págs.
87. Rodríguez, J.(1995) *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Edit. Síntesis, 223 Págs.

88. Rodríguez. R. H. (2002) Propuesta Metodológica para la Medición de la Pobreza en Nuevo León. Recuperado el 13 de octubre de 2010 de [www.mty.itesm.mx/egap/.../PobrezaNuevoLeon.pdf](http://www.mty.itesm.mx/egap/.../PobrezaNuevoLeon.pdf)
89. Rogers C. (1970) Carl Rogers en Grupos de Encuentro: Nueva York: Harper & Row.
90. Ruelas G.G., Salgado, S. N (2006) El Maltrato en el adulto mayor. *Envejecimiento, Pobreza y Salud en Población Urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México.* México: Instituto Nacional de Salud Pública pags. 120- 134
91. Ryan R. y E. Deci , (2000) Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, No. 55, págs. 68- 78
92. Ryff, C (1989) Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, No. 57, págs. 1069-1081.
93. Ryff C y C Keyes, (1995) The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, No. 69, págs. 719-727
94. Salgado-de Snyder VN, Wong R. (2006) Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: Un estudio en cuatro ciudades de México. México: Instituto Nacional de Salud Pública
95. Sarason, I. / Sarason B. (2009) Social Support: Mapping the construct. En *Journal of Social and Personal Relationships*. Vol 26(1): 113-120  
Recuperado el 13 de diciembre de 2010 de <http://web.psych.washington.edu/research/sarason/files/SSMC.pdf>
96. Sarason BR, Sarason IG, Hacker TA, Basham RB (1985) Concomitants of Social Support: Social Skills, Physical Attractiveness, and Gender. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol.49 Issue 2 August 1985, Pages 469-480, recuperado el 13 de diciembre de 2010 de <http://content.ebscohost.com/pdf10/pdf/1982/JPS/01Sep82/7379384.pdf?T=P&P=AN&K=7379384&S=R&D=pbh&EbscoContent=dGJyMNHr7ESep7Q4yNfsOLCmr0mep7JSs6%2B4SrSWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGqtVC1q65MuePfgex44Dt6fIA>
97. Schneider K. (1997) Psicopatología Clínica. Madrid: Editorial Triacastela
98. Secretaría de Desarrollo Social e Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2005) *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*
99. Simic, M.G. (1992) The rate of DNA damage and aging. En Lefrancois G.R (2001) *El Ciclo de la Vida*. México: Thompson
100. Tabueña, L., M (2006) Los malos tratos y vejez. Un enfoque psicosocial. *Intervención Psicosocial*, Vol 15 No. 3 págs. 275-292
101. Thomas, Trang (2003) Towards a Happier Old Age: Psychological perspectives on Successful Ageing. *Australian Psychologist*; Mar 2003, Vol. 38 Issue 1, p11.
102. Tornstam L. (2005) Gerotranscendence: A developmental Theory of Positive Aging. New York: Springer Publishing Co.
103. Wadensten, B. (2006) An analysis of psicosocial theories of ageing and their relevance to practical gerontological nursing in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 20: 347-354
104. Wiesmann U. y Juachim Hannich (2006) A Salutogenic Analysis of Healthy Aging in Active Elderly Persons. *Research on Aging* Mar 01; 28: 184- 215
105. Wong-McDonald, Richard, L. A Multivariate Theory of God concept,

Religious, Motivation, Locus of Control, Coping and Spiritual Well-being.  
*Journal of Psychology and Theology* 2004, Vol.3 No. 4 318-334

## **ANEXOS**



## ANEXO 1. Secciones del Instrumento empleadas en este estudio.

CUESTIONARIO PARA ADULTOS MAYORES		NO LLENAR			
Proyecto: Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana					
CONACYT / Instituto Nacional de Salud Pública, 2003 - 2005					
Nombre del encuestador:	Encues:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lugar de la entrevista:	Lugentr:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hora Exacta:	Hora:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fecha de entrevista:	Fecha:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dia / Mes / año					
ID.	Id:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Revisor:	Rev:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SECCIÓN 1. SOCIO-DEMOGRÁFICA					
1. Registre el sexo del entrevistado	1. Masculino	2. Femenino	SDEM1 <input type="checkbox"/>		
2. ¿Cuántos años de edad cumplidos tiene usted?	(años)		SDEM2 <input type="checkbox"/>		
3. ¿Tiene usted acta de nacimiento?	1. Si	2. No	SDEM3 <input type="checkbox"/>		
4. ¿Tiene usted credencial para votar?	1. Si	2. No	SDEM4 <input type="checkbox"/>		
5. ¿Tiene usted credencial del INSEN – INAPAM?	1. Si	2. No	SDEM5 <input type="checkbox"/>		
6. ¿En qué tipo de comunidad ha vivido la mayor parte de su vida? (Leer opciones L.O.)	1. Pueblo	2. Ciudad	SDEM6 <input type="checkbox"/>		
7. ¿Cuánto tiempo tiene que llegó a vivir a esta colonia? (Leer opciones L.O.)	1. Siempre	2. Menos de un año	3. De 1 a 5 años	4. Más de 5 años	SDEM7 <input type="checkbox"/>
(PASE A LA 9)					
8. ¿En qué tipo de comunidad vivía anteriormente? (Leer opciones L.O.)	1. Pueblo	2. Ciudad	SDEM8 <input type="checkbox"/>		
Nombre del Estado			SDEM8a ABIERTA		
9. ¿Sabe leer?	1. Si	2. No	SDEM9 <input type="checkbox"/>		
10. ¿Sabe escribir?	1. Si	2. No	SDEM10 <input type="checkbox"/>		
11. ¿Hasta qué año escolar estudió usted?			SDEM11 <input type="checkbox"/>		
12. ¿Cuál es su estado civil? (Leer opciones L.O.)	1. Casado o viviendo con alguien	2. Soltero (nunca casado)	SDEM12 <input type="checkbox"/>		
3. Divorciado o separado			4. Viudo		
13. ¿Tiene hijos?	1. Si	2. No → (PASE A LA 17)	SDEM13 <input type="checkbox"/>		

## SECCIÓN 3. BIENESTAR SUBJETIVO

Estas son algunas preguntas acerca de cómo se siente actualmente en varios aspectos de su vida.	Nada (1)	Algo (2)	Mucho (3)	
30. ¿Siente que su vida es interesante? (L.O.)				BS1 <input type="checkbox"/>
31. ¿En qué medida piensa usted que ha logrado el nivel de vida que esperaba? (L.O.)				BS2 <input type="checkbox"/>
32. ¿Qué tan satisfecho se siente acerca de sus progresos y éxitos logrados? (L.O.)				BS3 <input type="checkbox"/>
33. Comparándolo con el pasado ¿Qué tan feliz siente que es su presente?				BS4 <input type="checkbox"/>
34. En su situación, ¿Qué tan seguro se siente de poder hacer frente a los problemas en el futuro?				BS5 <input type="checkbox"/>
35. ¿Qué tan feliz se siente acerca de la relación que tiene con sus hijos?				BS6 <input type="checkbox"/>
36. ¿Qué tan seguro está de que sus familiares se harían cargo de usted si estuviera severamente enfermo o tuviera un accidente?				BS7 <input type="checkbox"/>
37. ¿Se preocupa acerca de su futuro?				BS8 <input type="checkbox"/>
38. ¿Siente que su vida es útil?				BS9 <input type="checkbox"/>
39. ¿Siente que le hace falta un amigo realmente cercano?				BS10 <input type="checkbox"/>
40. ¿Siente usted que en esta etapa de su vida ha llegado a su realización completa?				BS11 <input type="checkbox"/>
41. ¿Siente que su vida tiene sentido?				BS12 <input type="checkbox"/>

## SECCIÓN 8. RECURSOS Y APOYOS

Sección 3.1 APOYOS FAMILIARES					
Las siguientes preguntas son sobre la relación que puede tener con su familia o con los que viven en su misma casa. Dígame la respuesta que más se apega a lo que usted piensa.					
Incluyendo todos los familiares que viven con usted en su casa...	Nada (1)	Poco (2)	Algo (3)	Mucho (4)	
133. ¿Qué tanto se ocupan realmente de usted? (L.O.)					RA1 <input type="checkbox"/>
134. ¿Qué tanto le apoyan para atender sus necesidades personales, tales como comer, vestirse, bañarse? (L.O.)					RA2 <input type="checkbox"/>
135. ¿Qué tanto siente usted que lo aprecian? (L.O.)					RA3 <input type="checkbox"/>
136. ¿Qué tanto entienden su manera de pensar? (L.O.)					RA4 <input type="checkbox"/>
137. ¿Qué tanto siente usted que le tienen paciencia? (L.O.)					RA5 <input type="checkbox"/>
138. ¿Cuánta confianza siente para platicar con ellos de sus problemas? (L.O.)					RA6 <input type="checkbox"/>
139. ¿Qué tanto platican con usted?					RA7 <input type="checkbox"/>
140. ¿Qué tanto se siente a gusto con ellos?					RA8 <input type="checkbox"/>
Vamos a seguir hablando sobre su familia. ¿Qué tan frecuentemente...	Nunca (1)	A veces (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)	
141. ...le exigen demasiado? (L.O.)					RA9 <input type="checkbox"/>
142. ...discuten con usted? (L.O.)					RA10 <input type="checkbox"/>
143. ...lo(a) decepcionan cuando espera contar con ellos? (L.O.)					RA11 <input type="checkbox"/>
144. ...lo(a) acompañarían a algún lado si usted se los pidiera?					RA12 <input type="checkbox"/>
145. ...le darían dinero?					RA13 <input type="checkbox"/>

SECCIÓN 8.2. APOYOS SOCIALES	
148. ¿Hay personas o grupos de personas, que no vivan con usted, con las que cuente para ayudarlo(a) cuando las cosas le son difíciles? 1. Sí      2. No → (PASE A LA 150)	AS1 <input type="checkbox"/>
149. ¿Quién(es) son?	AS2 <input type="checkbox"/> ABIERTA
150. ¿Hay personas o grupos de personas, que no sean sus familiares, a las que le cuente sus secretos o cosas íntimas? 1. Sí      2. No	AS3 <input type="checkbox"/>
151. En promedio ¿Cuántas horas al día está usted solo(a) en la casa? (# horas)	AS4 <input type="checkbox"/>
152. ¿Tiene bajo su cuidado a alguna(s) persona(s) de la casa? 1. Sí      2. No → (PASE A LA SIGUIENTE SECCION)	AS5 <input type="checkbox"/>
153. ¿A cuantas personas tiene bajo su cuidado? (# personas)	AS6 <input type="checkbox"/>
154. ¿A quién(es) tiene bajo su cuidado?	AS7 <input type="checkbox"/> ABIERTA
155. La(s) persona(s) que tiene bajo su cuidado ¿tiene(n) algún problema de salud? 1. Sí      2. No → (PASE A LA SIGUIENTE SECCION)	AS8 <input type="checkbox"/>
156. ¿Qué problema de salud?	AS9 <input type="checkbox"/> ABIERTA

## SECCIÓN 8.4. RECURSOS PERSONALES (FUERZA PERSONAL)

Dígame qué tan fuerte se siente usted ante cada situación que le voy a leer a continuación: (L.O.)	Nada Fuerte (1)	Algo Fuerte (2)	Fuerte (3)	Muy Fuerte (4)		
173. ¿Cómo se siente acerca de su aguante para soportar sus propias crisis y problemas emocionales?					RP1	<input type="checkbox"/>
174. ¿Cómo se siente acerca de su capacidad para cargar con su propia cruz?					RP2	<input type="checkbox"/>
175. ¿Cómo se siente acerca de su paciencia para ayudar a sus familiares con sus problemas emocionales?					RP3	<input type="checkbox"/>
176. ¿Cómo se siente acerca de su paciencia para ayudar a sus amigos con sus problemas emocionales?					RP4	<input type="checkbox"/>

## SECCIÓN 9. RELIGIOSIDAD

177. ¿Se considera usted una persona religiosa? (L.O.) 1. Mucho                      2. Algo                      3. Nada	RELG1	<input type="checkbox"/>
178. ¿Qué tan importantes son para usted sus creencias religiosas? (L.O.) 1. Muy importantes      2. Algo importantes      3. Nada importantes	RELG2	<input type="checkbox"/>
179. ¿Usualmente con qué frecuencia hace oración en su casa? (L.O.) 1. Diario                      2. Más de una vez por semana                      3. Una vez por semana 4. Al menos una vez al mes                      5. Al menos una vez al año                      6. Nunca	RELG3	<input type="checkbox"/>
180. ¿Usualmente con qué frecuencia asiste a servicios religiosos (misa)? (L.O.) 1. Diario                      2. Más de una vez por semana                      3. Una vez por semana 4. Al menos una vez al mes                      5. Al menos una vez al año                      6. Nunca	RELG4	<input type="checkbox"/>
181. Cuando tiene problemas o dificultades con su familia, trabajo o vida personal ¿Con qué frecuencia busca consuelo espiritual? (L.O.) 1. Siempre                      2. Algunas veces                      3. Nunca	RELG5	<input type="checkbox"/>