



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

**EFFECTO DEL APOYO SOCIAL Y EL AFECTO POSITIVO EN LA
CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

VIANEY FLORES ROBLES

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ

COMITÉ: MTRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO

LIC. ROCÍO ELIZABETH DÍAZ SANTANA

DRA. ANA MARÍA ROSADO CASTILLO

DR. RUBÉN LARA PIÑA



MÉXICO, D.F

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1. VEJEZ	4
1.1 Definición	4
1.2 Envejecimiento	6
1.3 Proceso de envejecimiento	7
1.3.1 Cambios físicos	7
1.3.2 Cambios psicológicos	8
1.3.3 Cambios sociales	9
1.4 Relevancia social	10
CAPÍTULO 2. MODELOS Y TEORÍAS SOBRE LA VEJEZ	13
2.1 Modelo ecológico de la competencia de Lawton	13
2.2 Modelo de la congruencia de Kahana	14
2.3. Modelo de efectos ambientales directos e indirectos	14
2.4 Modelo complementario de la congruencia	15
2.5 Modelos sobre el envejecimiento saludable	15
2.6 Teorías sobre la vejez	16
2.6.1 Biológicas	16
2.6.2 Psicológicas	17
2.6.3 Sociológicas	19
CAPÍTULO 3. PSICOLOGÍA POSITIVA	21
3.1 Afecto	22
3.2 Emociones positivas en la vejez	24
CAPÍTULO 4. APOYO SOCIAL	27
4.1 Definición	27
4.2 Clasificación del apoyo social	29
4.2.1 Fuentes formales e informales de apoyo	30

4.3 Modelos del apoyo social	30
4.4 Teorías del apoyo social	31
4.5 Relaciones sociales en la vejez	32
CAPÍTULO 5. CALIDAD DE VIDA	35
5.1 Definición	36
5.2 Medición de la calidad de vida	37
5.2.1 Instrumentos de medida	38
5.2.3 Cuestionario SF-36	39
5.3 Factores que intervienen en la calidad de vida	39
Justificación	41
Planteamiento del problema	42
Objetivo general	42
Objetivos particulares	42
Metodología	43
Resultados	51
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	63
REFERENCIAS	67
ANEXOS	74

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar qué factores dentro del apoyo social incrementan la calidad de vida en adultos mayores, explicando las emociones tanto positivas como negativas que intervienen en esta relación. Participaron 40 adultos mayores voluntarios, 5 hombres y 35 mujeres de entre 60 y 75 años ($X=66.8$), del Centro de Reunión del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Nezahualcóyotl y casas de la tercera edad de la delegación Iztapalapa. Se utilizaron el Cuestionario de Apoyo Social, la escala PANAS y el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36. Se puede concluir que el apoyo social repercute sobre el tipo de afecto que se presente y éste a su vez afecta la calidad de vida.

Descriptores: vejez, emociones positivas, apoyo social, calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha generado un especial interés por la investigación relacionada con la tercera edad, ya que el fenómeno del envejecimiento poblacional gana espacio como tema de preocupación entre organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud), autoridades públicas, privadas (jefes de área de salud, gobierno), especialistas y expertos (médicos, psicólogos, gerontólogos, etc).

Esta situación poblacional plantea necesidades de conocimiento específicas en adultos mayores como saber cuáles son las principales variables que afectan la calidad de vida, el apoyo social, modos de afrontamiento, creencias e ideas. Una línea de investigación psicológica, en el área de salud en los adultos mayores fortalecería los programas existentes de evaluación y promoción de la salud física y mental en ellos.

El interés de investigación y conocimiento específico se debe principalmente a que la calidad de vida de los adultos mayores se ve disminuida y podría incrementar integrando variables como el apoyo social y emociones positivas.

Parece importante llegar a la vejez con una serie de recursos que ayuden a atenuar los deterioros inevitables del envejecimiento. El problema no aparece cuando los adultos mayores se sienten próximos a la vejez a causa del deterioro que conduce, si no que tiene que ver con la forma en que afrontan y se involucran con la vida, dependiendo de los recursos con los que cuentan, es decir, sus diferencias individuales.

La psicología por tradición se ha centrado en estudiar los aspectos negativos del ser humano, dejando relegado a un segundo plano el estudio de los aspectos positivos. Por esta razón, desde finales de los años noventa en Estados Unidos se está desarrollando un nuevo campo de conocimiento conocido como psicología positiva. El cual se interesa en el estudio de las emociones positivas, las fortalezas y las virtudes del ser humano.

La psicología positiva es una rama de la psicología que busca comprender, a través de la investigación científica, procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano, ignoradas por la psicología, ya que por mucho tiempo se manejaba un enfoque de enfermedad. Su objeto de estudio es alcanzar una mejor

calidad de vida y bienestar, todo ello sin apartarse de la más rigurosa metodología científica propia de toda ciencia de la salud.

Los adultos mayores presentan cambios en el ámbito biológico, psicológico y social; en este proceso existen variables ambientales, biográficas y factores individuales, que proporcionan diversas formas de envejecer parte de ello es estudiado por la psicología positiva.

Por último el propósito de este estudio fue determinar qué factores dentro del apoyo social incrementan la calidad de vida en adultos mayores, explicando las emociones tanto positivas como negativas que intervienen en esta relación.

CAPÍTULO 1. VEJEZ

1.1 Definición

A la vejez suele llamarse ancianidad, senectud en término más geriátricos (Sanchez, 1992), adultez mayor en términos sociales (Dulcey-Ruiz & Uribe, 2002), en las concepciones médicas sociales actuales se suele hablar de “tercera edad” y de “cuarta edad”, en la que particularmente se presentan pérdidas severas de salud y de capacidades físicas.

Respecto a la edad fisiológica se le denomina senilidad es decir, personas que sufren de un nivel de deterioro físico y/o mental que les impide desarrollar con normalidad su vida social. Otros conceptos que se asocian a la edad fisiológica son el de "viejo viejo" correspondiente a una minoría débil, enfermiza y el "viejo joven" que incluye a la mayoría de las personas de más edad, que a pesar de la edad cronológica, son vitales, vigorosos y activos (Ham-Chande, 1996). Para las siguientes explicaciones se hará referencia a este grupo de personas de 60 años, que atraviesan la etapa de la vejez como adultos mayores. Mientras que el término envejecimiento se mencionará para poder explicar el proceso que se da en esta etapa.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) establece como edad de inicio de la “vejez” los 60 años y es definida como un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable. Por su parte otros autores la definen como un proceso donde hay cambios a nivel: a) biológico, disminuye la competencia fisiológica, la masa muscular y aumenta la grasa, cambios en el ritmo cardiaco y el riesgo de morir está latente con una mayor probabilidad de ocurrencia, b) corporal, pérdida de visión y de audición, c) psicológico, disminución en la capacidad cognoscitiva, en la capacidad de adaptarse a los cambios y a las pérdidas (familiares o de trabajo) y d) social, disminución en su red social y en el contacto que tienen con ella, la jubilación, pérdida de relaciones personales y roles (Fernández, Almuiña, Alonso & Blanco, 2001; Regalado, 2002; Milagros, 2007; Alessandrini & Sánchez, 2007).

La vejez se refiere a un proceso de cambios graduales e inevitables relacionados con la edad, es normal y sucede a pesar del estado de salud, el estilo de vida activo ó carecer de enfermedades (Murray, 2008). La vejez es la cualidad de ser viejo, significa haber envejecido o haber vivido más que otras personas, comparativamente hablando (Dulcey-Ruiz & Uribe, 2002).

Es un proceso dentro del ciclo vital, integrado de rasgos de decrepitud y plenitud (Bazo, 1992), no es necesariamente incapacidad o limitaciones funcionales, sino también nuevas formas de optimización y adaptación social en función de la competencia evolutiva (Moñivas, 1998).

Podemos considerar la vejez desde cuatro puntos de vista (González, 2007):

- Cronológica
- Físico-biológica
- Psicoafectiva
- Social

En cuanto a la primera, la forma más simple de definirla es contar los años desde el nacimiento, su punto de inicio son los 60 años.

Respecto al envejecimiento físico, los cambios que se presentan son de naturaleza biológica, esto se verá influenciado por diversos factores como la alimentación y el ejercicio, los cambios físicos se llevan a cabo paulatinamente.

Respecto al envejecimiento psicoafectivo, la persona que le ha dado valor a su apariencia física tendrá más problemas para asumir la vejez que aquellos que piensan en ella como una meta de vida, el proceso además de anhelado se desarrollara en las mejores condiciones dada la actitud positiva.

Respecto a la edad social, aquí se designan los papeles a desarrollar en la sociedad (jubilación, viudez, cambios en redes sociales, modificación de actividades y estilo de vida, entre otros).

La vejez es clasificada como: a) normal; es decir, sin enfermedades crónicas, b) patológica; con diferentes enfermedades a nivel orgánico y/o psicológico que provocan discapacidad, c) competente o exitosa que involucra el desempeñar roles significativos en actividades de mayor satisfacción. Esta última se considera como un proceso de desarrollo, brinda nuevas oportunidades, intereses y cambios de perspectiva sobre la vida además de que comprende el mantenimiento de una buena capacidad funcional, física y cognitiva (Fernández, Almuiña, Alonso & Blanco, 2001; Izquierdo, 2005; Dorina & Feldberg, 2006; Otero, Zunzunegui, Béland, Rodríguez, & García, 2006; Milagros, 2007).

El estudio de la vejez competente o exitosa nos lleva a obtener como resultado una baja incidencia de enfermedades incapacitantes, un alta en tasas de funcionalidad física y mental además de una disponibilidad de recursos materiales en los adultos mayores. Otra ventaja es que los adultos mayores pueden insertarse a la sociedad permitiendo tanto contactos como intercambios de apoyo instrumental y emocional. Además una investigación sobre factores y causas que determinan la vejez competente o exitosa nos lleva hacia la posibilidad de lograr identificar variables que pueden intervenir (Ham, 2003).

1.2 Envejecimiento

El envejecimiento es la suma de todas las alteraciones funcionales, psicológicas, sociales que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte (Villagordoa, 2007). Se considera que el envejecimiento es un proceso sobre todo individual donde intervienen de forma diferente: la herencia genética, el estado de salud, el estatus socioeconómico, las influencias sociales, la educación y la ocupación ejercida (Bazo, 1992). El envejecimiento se clasifica en primario, (como proceso orgánico) y secundario (como proceso relacionado con aspectos psicológicos y sociales) (Dulcey-Ruiz & Uribe, 2002).

Los factores que determinan el envejecimiento son: la herencia, la nutrición y el estilo de vida. Ciencias como la biología, psicología y sociología no han podido explicar cuál es el grado de interrelación entre estos factores, se sabe que existe como común

denominador, el medio ambiente; por otra parte, existe un factor hereditario, responsable del 25% del problema, que es altamente modificable por factores internos y externos capaces de modificar, dañar o lesionar el ácido desoxirribonucleico (DNA), introduciendo cambios en el código genético (Alessandrini, 2007).

Un error que suele cometerse es considerar a las personas ancianas como un grupo homogéneo. Ya que se descuidan diferencias por clase social existentes al igual que en cualquier otro, la pertenencia a los distintos subgrupos de edad y, sobre todo, por género (Bazo, 1992). Se debe considerar, las diferencias de cambio entre las personas (inter individuales) y dentro de la misma persona (intra individuales) para entender la gran variabilidad dentro del grupo de adultos mayores (Izquierdo, 2005).

1.3 Proceso de envejecimiento

En este proceso se dan una serie de cambios ya sea físicos, que son los más notables, psicológicos y sociales que afectan al adulto mayor.

1.3.1 Cambios físicos

Algunos adultos mayores pueden presentar características generales del envejecimiento humano (Izquierdo, 2005) como son:

- Pérdida de la elasticidad muscular.
- Pérdida de la agilidad y capacidad de reacción refleja.
- Degeneración de estructuras óseas.
- Pérdida progresiva de la fuerza muscular y de la vitalidad.
- Aumento de la hipertensión arterial.
- Pérdida de la capacidad inmunitaria frente a agentes contagiosos.
- Disminución en la visión; pueden sobrevenir cambios en la sensibilidad para los contrastes (cerca de un 6% de reducción anual, a partir de los 65 años), en la adaptación a la oscuridad, en la percepción de colores, el cristalino adquiere espesor, perdiendo plasticidad y capacidad de acomodación.
- Las conductas motoras se vuelven más lentas.
- Disminuye el equilibrio esto aumenta mayor probabilidad de una caída.

- Pérdida de audición, cambia el sentido del gusto (pérdida de sensibilidad).
- Pérdida del sentido del olfato.
- Disminución de la tolerancia al dolor.

Otro cambio es la afectación de las capacidades cognitivas del individuo, pero el descenso de la capacidad intelectual no se produce en función de la edad cronológica sino que está relacionado a enfermedades, circunstancias psicosociales desfavorables como el nivel de educación, jubilación, viudez, crisis, problemas económicos, divorcios, o muertes en el entorno inmediato.

El vocabulario sigue ampliándose de forma moderada al tener una edad avanzada y la capacidad de razonamiento o para resolver problemas se conservan; solo que se produzca una reducción de memoria y el cerebro necesita más tiempo para ejecutar decisiones, pero estos cambios no significan que una persona mayor este incapacitada (Moñivas, 1998).

La memoria procedimental tiene que ver con aprender y recordar habilidades cognitivas o motoras, como conducir un coche, contar, deletrear o leer. Estas habilidades poseen un fuerte componente de automatismos y no exigen recordar explícitamente el momento en que fueron adquiridas, curiosamente, no surgen cambios con la edad. Mientras que la memoria espacial presenta diferencias, cuando se habla de entornos que resultan familiares. Las personas mayores, por lo general, se orientan bien en un entorno, aunque no sean capaces de describirlo verbalmente (Moñivas, 1998; Izquierdo, 2005).

En cuanto a la memoria autobiográfica la cual atañe a los recuerdos de los acontecimientos vividos; es típico que las personas mayores recuerden con exactitud las circunstancias de su niñez (Izquierdo, 2005).

1.3.2 Cambios psicológicos

Conforme se envejece las experiencias y comportamientos son determinados e influidos por los procesos psicológicos, es decir por los cambios sensoriales y perceptuales, dentro del proceso psicológico están también las emociones, motivación y

personalidad (González, 2007). La personalidad no cambia con la edad permaneciendo estable a lo largo de los años, por ejemplo los adultos mayores con depresiones, que son irritables o no tienen pareja, presentan, en gran medida, las mismas características que cuando son jóvenes.

En cuanto a los trastornos afectivos el más frecuente es la depresión, suele ser producto de alguna enfermedad, problema familiar o soledad. Se puede observar cómo la jubilación puede llegar a agudizar la crisis vital en dichas personas mayores. Los problemas que suele conllevar este período de inactividad son: la falta de recursos económicos, condiciones familiares, dependencia de otras personas, pérdida del rol social asociado al trabajo y liberación de responsabilidad.

1.3.3 Cambios sociales

La decadencia del organismo acaba afectando a la vida social del individuo. Desde esta perspectiva, para los sociólogos la jubilación va más allá de lo profesional afectando a la participación social, bien por adaptación del individuo a sus limitaciones biológicas o por exclusión social (Moñivas, 1998).

Hay adultos mayores que se sitúan mejor que otros en razón de su prestigio, su poder, su rango o sencillamente del reconocimiento social. Esto se da por factores descritos por Sánchez (1992) como son:

1. El aspecto físico, esto es: la corporeidad (sujeta a modas, modos y valores) que es la suma de la salud, el físico natural, y vestimenta.
2. La personalidad individual que es producto de un gran número de factores, entre los que hay que destacar valores sociales que varían según el tiempo, el sexo, la edad y la cultura. A estos hay que añadir: la imaginación, la creatividad, las buenas costumbres, el refinamiento social.
3. Los conocimientos adquiridos son objeto de valor social ligado al trabajo.
4. La información a la que el sujeto tiene acceso.
5. Las redes de interacción social a las que de forma directa (amistad, parentesco) o indirecta (relación profesional) pertenece.

6. Las riquezas materiales ya que aportan seguridad y distinción, en la mayoría de los casos bienestar social.

7. El sexo como factor cultural en las relaciones sociales.

8 La edad es un valor que varía.

9 El estado civil introduce un especial sesgo en todas las relaciones sociales, siendo éste un factor de normatividad que atraviesa toda la vida social del sujeto, e introduciendo junto al resto de factores anteriores un elemento más de estatus.

1.4 Relevancia social

El envejecimiento de la población de un país es definido como el aumento de la proporción de personas de edad avanzada (60 años y más) con respecto a la población total (Ham, 2003).

Este proceso viene de la transición demográfica la cual se refiere a los cambios en estructuras de la población, producto principalmente de las bajas de fecundidad, mortalidad y la transición epidemiológica es decir el cambio hacia menos letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento en las incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes.

Para Ham (2003) los problemas de mayor relevancia debido al envejecimiento en México que describe son:

- La insuficiencia financiera y deficitaria de la seguridad social y los sistemas de retiro y pensiones.
- El desplazamiento hacia edades mayores en la composición de la fuerza de trabajo y su repercusión en los mercados laborales ante la globalización económica, la transformación y tecnificación de los métodos de trabajo.
- Fragilidad en las condiciones de salud de la población en edades avanzadas, mayor incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas e incapacitantes, imponiendo la necesidad de modificar los sistemas de salud.

- Cambio en las estructuras familiares y de los hogares conformados cada vez con más miembros envejecidos y menos familiares en edades juveniles y de la infancia.
- Feminización del envejecimiento.
- Vulnerabilidad ante la vejez y sus aspectos físicos, sociales, éticos, legales y de derechos humanos.

El envejecimiento poblacional obliga a hacer cambios en los costes sanitarios y sociales: la curva demográfica alerta sobre el crecimiento de la población de adultos mayores. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2009) reportó que en México diariamente 799 personas cumplen 60 años; según el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2009) para el año 2050, uno de cada cuatro será adulto mayor.

El envejecimiento demográfico es mundial y sus características impactan directamente a las personas, los hogares, las comunidades, sectores del gobierno y la sociedad. Esto representa, una carga social y económica para quienes los rodean (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), 2001; Peláez, 2005; Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática (INEGI), 2008).

El grupo de adultos mayores en México ha presentado un marcado crecimiento demográfico, entre 2005 y 2008, el número de ancianos pasó de 7.9 a 8.8 millones. La tasa de crecimiento promedio anual en ese periodo fue de 3.50%, mientras que la población total del país creció a un ritmo de 0.88% (INEGI, 2008). Este crecimiento demográfico tiene como consecuencias el envejecimiento poblacional, cambios en la estructura familiar, en el rol que las personas desempeñan, en el ámbito social, político y económico, su desconocimiento genera que se estudien aspectos aislados sobre la vejez además de que se proporcione atención inadecuada e ineficiente.

El envejecimiento se ha convertido en un tema prioritario debido a que implica aumento en la inversión de recursos sociales y económicos, así como en la planeación de programas. Las proyecciones indican que en tan sólo 50 años, México alcanzará los

niveles de envejecimiento que los países europeos han alcanzado en más de 200 años (Salgado, González, Jáuregui, & Bonilla, 2005).

Por grupos de edad, se observa que las personas que tienen entre 60 y 69 años de edad representan más de la mitad de los adultos mayores (56.2%), los de 70 a 79 años menos de la tercera parte (29.9%) y el resto lo conforman aquellos con 80 años y más (13.9%) (INEGI, 2008).

En México, en el año 2008, 2.4 millones de personas de 60 años y más son analfabetas lo que representa 24% de ese grupo de edad; de los 2.4 millones de adultos mayores analfabetas, más de la mitad (1.6 millones) son mujeres, situación que se explica, en parte, por los patrones educativos que imperaban en el pasado (INEGI, 2008).

En el segundo trimestre del 2008, 3.6 millones de adultos mayores realizaban alguna actividad económica, lo que quiere decir que 35.2% del total de esta población se encontraba en el mercado de trabajo.

Se observa una incidencia mayor de enfermedades crónicas entre personas pertenecientes a los grupos de mayor edad. Resultado de la combinación de factores como el efecto de la edad, las malas condiciones de trabajo y de vida en general (Bazo, 1992).

Según el Programa Nacional de Salud (Secretaría de Salud, 2007) las tasas de mortalidad se incrementan de manera importante (4,697 por 100,000 habitantes). Las muertes en adultos mayores se deben sobre todo a diabetes, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebro-vascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades hipertensivas y tumores. Aunque las causas de muerte son semejantes en hombres y mujeres, el riesgo de morir por diabetes es mayor en las mujeres, al igual que por enfermedades hipertensivas, mientras que el riesgo de morir por enfermedades isquémicas del corazón y cirrosis es mayor en los hombres.

CAPÍTULO 2. MODELOS Y TEORÍAS SOBRE LA VEJEZ

Para entender mejor el proceso de envejecimiento, en sus diferentes modalidades (biológica, psicológica y social), es necesario dar una mayor explicación de los factores que intervienen, alteran o modifican sus respuestas, conductas y formas de pensamiento.

Existen diferentes formas de conceptualizar la vejez, desde la biología, la psicología o la sociología, pero ninguno de estos enfoques por separado podrá explicar adecuadamente el envejecimiento, ya que los cambios de un organismo son de tipo (bioquímicos, celulares, sistémicos, intelectuales, afectivos, familiares, laborales, etc.) y las razones de estos cambios son múltiples (Ballesteros, 2000).

La investigación en el estudio de la relación entre vejez y ambiente plantea preocupaciones básicas como: a) Explicar la relación entre variables antecedentes de carácter conductual (personales y sociales) y de carácter ambiental (factores o condiciones ambientales) y los resultados en términos de bienestar psicológico, nivel de satisfacción personal y calidad; b) Determinar empíricamente y para distintos ámbitos que tipos de variables tienen más importancia en la predicción de bienestar psicológico y calidad de vida en la vejez: las variables que describen la situación personal o las que describen las características ambientales debido a ello se explican los siguientes modelos y teorías (Ballesteros, 2000).

2.1 Modelo ecológico de la competencia de Lawton

La ecuación formulada para explicar el comportamiento humano como resultado de la interacción persona-ambiente, es $C = f(P, A, P \times A)$, donde P hace énfasis en el concepto de competencia, es decir el límite superior a la capacidad del individuo para funcionar en áreas de la salud biológica, la sensación-percepción, la conducta motora y la cognición. El término A, simboliza el ambiente, que es la presión ambiental, es el grado de exigencia del ambiente sobre el individuo se divide en ambiente real y percibido.

El modelo formula que la conducta es una función de la competencia del individuo y de la presión ambiental que supone la situación. El comportamiento es el resultado de una combinación de la presión ambiental y un nivel de competencia específico. Si la demanda ambiental es excesiva para el nivel de competencia del anciano, el resultado sería el estrés y sus consiguientes efectos negativos; si por el contrario la demanda fuera escasa, se llegaría a una disminución de la competencia debida a la falta de práctica de la misma (Izal & Fernández-Ballesteros, 1990; Ballesteros, 2000).

2.2 Modelo de la congruencia de Kahana

Modelo basado en la congruencia entre características ambientales y necesidades individuales, como forma de comprender el impacto del ambiente sobre el bienestar y ajuste de los ancianos.

Aquí la conducta varía como resultado de la interacción entre necesidades personales de un individuo y la capacidad del ambiente para promover satisfacción de tales necesidades. Los individuos con unas determinadas necesidades probablemente buscarán ambientes congruentes con ellas. La disonancia entre presión ambiental y necesidad llevará bien a la modificación de la presión, o al abandono del ambiente por parte del sujeto si éste pudiera elegir. Si, por el contrario, esta elección fuera imposible y el sujeto debiera permanecer en el medio experimentaría estrés y malestar (Izal & Fernández-Ballesteros, 1990; Ballesteros, 2000).

2.3 Modelo de efectos ambientales directos e indirectos

Según este modelo, el ambiente tiene sobre el individuo efectos directos e indirectos a través de la percepción del mismo y del grado de satisfacción con él. Las variables ambientales son aspectos del ambiente relevantes. Las variables personales son rasgos relevantes para el ambiente específico, como competencia, necesidades, rasgos de personalidad, estilo de vida y edad. Los resultados de la interacción entre ambiente e individuo pueden ser afectados por características personales de los propios individuos (estilos de afrontamiento, actitudes hacia la propia salud), por factores

externos (apoyo social) y por sucesos vitales recientes (Izal & Fernández-Ballesteros, 1990; Ballesteros, 2000).

2.4 Modelo complementario de la congruencia

Este modelo explica como las características de la persona y del ambiente son aquellas que impiden o facilitan la satisfacción de la necesidad de supervivencia a través del desempeño de las actividades de la vida diaria (Izal & Fernández-Ballesteros, 1990; Ballesteros, 2000).

Estos modelos teóricos sobre el envejecimiento han supuesto una importante contribución tanto a la investigación de esta etapa de la vida como a una amplia conceptualización de las relaciones interactivas entre el ambiente y el comportamiento humano y, por tanto, tienen una amplia influencia sobre la psicología.

2.5 Modelos sobre el envejecimiento saludable

Rowe & Kahn (1997) afirman que un individuo debe cumplir tres criterios para envejecer con éxito: a) baja probabilidad de enfermar y de sufrir discapacidad por enfermedad; b) alta capacidad física y cognitiva; y c) compromiso con la vida, manifestado por las relaciones interpersonales y la actividad productiva. Asumen que las personas que evitan comportamientos nocivos y adoptan comportamientos saludables pueden envejecer con éxito. Este modelo tiene la ventaja de ser operativo, pero ha sido criticado por imponer criterios externos, enfatizar los comportamientos individuales y excluir a la mayoría de las personas mayores que por no cumplir criterios tan estrictos.

Baltes & Baltes (1990) proponen el modelo de optimización selectiva y compensación, que contempla la trayectoria de vida y considera que pueden envejecer con éxito las personas con capacidad de adaptación para conseguir sus metas. Según estos autores hay tres mecanismos por los que los adultos mayores pueden conseguir sus objetivos afrontando las pérdidas o deterioros que acompañan al envejecimiento. Estos mecanismos son la selección (evitar o restringir las actividades en algún dominio de la vida), la optimización (enriquecer las reservas y los recursos) y la compensación

(utilización de medios alternativos para alcanzar la misma meta). La desventaja de este modelo es su dificultad para hacerlo operativo.

En conclusión, para explicar el proceso de envejecimiento, estos modelos destacan tanto factores objetivos (Izal & Fernández-Ballesteros, 1990; Ballesteros, 2000) y subjetivos (Baltes & Baltes, 1990; Izal & Fernández-Ballesteros, 1990; Rowe & Kahn, 1997; Ballesteros, 2000) que intervienen en el desarrollo social y psicológico de los adultos mayores.

2.6 Teorías sobre la vejez

2.6.1 Biológicas

Para comprenderlas se deben tener en cuenta dos planteamientos (Ballesteros, 2000; González, 2007):

- Existen conceptos básicos en ellas basados en que el organismo experimenta tres etapas (crecimiento, madurez y declive).
- Durante el envejecimiento se producen dos procesos inseparables que son el declive fisiológico y la mayor frecuencia de enfermedades.

Algunas de las más importantes teorías sobre el envejecimiento Ballesteros (2000) son:

-Teoría genética

Existe evidencia de bases genéticas del envejecimiento, se postula que existen “genes de la muerte”, programados que determinan cuanto va a vivir un determinado sujeto, el ADN disminuye tanto su capacidad de transcripción de la información como la de mantener la reparación de los distintos sistemas biológicos.

Por ello el envejecimiento es comprendido como una forma progresiva e irreversible de la diferenciación producida por alteraciones específicas en la expresión de los genes.

-Teoría celular

Es basada en investigaciones sobre la pérdida de información que sufren las células a niveles del ADN, postula que las células bajo condiciones positivas no se duplican eternamente.

-Teoría sistémica

Esta teoría integra a los grandes sistemas de regulación biológica: el sistema nervioso, endocrino, inmunológico, esta teoría postula que existe un mecanismo de muta génesis que dirige y favorece el desastre autoinmune.

-Teoría de los eventos vitales biológicos

La teoría postula que la acumulación de eventos vitales biológicos (traumatismos craneales, anestesia, etc.) produce estrés en los sistemas vitales y a la larga provocan el fallo de todos los sistemas.

-Teoría del envejecimiento programado

Sostiene que los cuerpos envejecen de acuerdo con un patrón de desarrollo normal establecido en cada organismo, la teoría del desgaste natural del envejecimiento sostiene que los cuerpos envejecen debido al uso continuo es decir, la vejez es resultado de agravios acumulados en el cuerpo (Izal & Fernández-Ballesteros, 1990).

2.6.2 Psicológicas

No existen teorías psicológicas explicativas de la vejez, estas tan solo nos permiten describir y si acaso predecir los cambios que con el tiempo y la edad se producen en el funcionamiento psicológico de las personas ya que existen funciones psicológicas que presentan desarrollo constante o tras un máximo desarrollo constante estabilidad (Ballesteros, 2000).

-Teorías del desarrollo

Postulan la existencia de una serie de etapas o estadios, estas teorías establecen la etapa de la vejez a los 60 años, estas son descriptivas y no explican los cambios que ocurren de una a otra etapa.

-Enfoque del ciclo vital

Requiere de modelos que permitan estudios del proceso del envejecimiento a lo largo de la vida como un continuo, su postulado hace referencia a que cualquier resultado sobre el envejecimiento que proceda de estudios en donde se comparen, en un momento concreto, sujetos de distintas edades, está confundiendo los efectos de la edad con los de la generación a la que pertenecen los sujetos en estudio. Por ello este enfoque prioriza diseños longitudinales.

-Teoría de la actividad

Es compartida entre psicólogos y sociólogos, detecta que las personas más adaptadas y que viven en mejor estado, son aquellas que más actividades realizan ya sea por que continuaban con las mismas tareas y roles o bien por que cambian esas tareas y roles por otra/os acordes con sus preferencias, esta teoría estimula la actividad en la vejez. La teoría de la actividad, hace referencia a que cuanto más activa se mantenga un adulto mayor, podrá envejecer de manera más satisfactoria (Izal & Fernández-Ballesteros, 1990; González, 2007).

-Teoría de la continuidad

Sus supuestos se basan en que a pesar de los cambios significativos que ocurren en la salud, en el funcionamiento del individuo y en sus circunstancias sociales los adultos mayores muestran considerablemente consistencia a través del tiempo en sus patrones de pensamiento, en el perfil de sus actividades, dónde y cómo viven y en sus relaciones sociales.

Todo se centra entre el pasado, el presente y los patrones que pueden ser anticipados sobre las formas de pensar, actuar y relacionarse, la continuidad sirve como base al proceso de adaptación al cambio que ocurre a través de dos grandes mecanismos.

El primero es el deseo de continuidad que motiva a las personas a prepararse previamente para cambios como la jubilación, la viudez y la discapacidad. En segundo el deseo de continuidad puede servir como una meta para la adaptación (González, 2007).

2.6.3 Sociológicas

-Teoría funcionalista

La teoría funcionalista considera a la vejez como una forma de ruptura social, la teoría del rol, la considera como pérdida progresiva de funciones. La teoría de la dependencia estructurada intenta llamar la atención sobre el sistema social en general en vez de dirigirla a las características de los individuos (Izal & Fernández-Ballesteros, 1990).

-Teoría de la desvinculación

Una visión diferente al envejecimiento satisfactorio se encuentra en la teoría de la desvinculación, de acuerdo a la cual, la vejez se caracteriza por un alejamiento mutuo. La persona reduce voluntariamente sus actividades y compromisos, mientras que la sociedad estimula la presión, a que la gente mayor se retire (Izal & Fernández-Ballesteros, 1990).

-Teoría de crisis normativa de Havighurst

Formula para cada fase vital tareas características de desarrollo, éstas nacen del juego entre el desarrollo biológico, el contexto histórico social, la personalidad y las metas individuales. Para la fase de la edad adulta establece unas tareas típicas del proceso de envejecimiento, de las correspondientes pérdidas y de la proximidad del fallecimiento. La tarea general será la adaptación a un cuerpo que se deteriora, y las

pérdidas, por ejemplo, de la pareja deben compensarse con mejores contactos sociales con los propios hijos y otros familiares o amigos (Izquierdo, 2005).

-Teorías sobre el envejecimiento exitoso

Estas teorías describen caminos que deben seguir las personas mayores para cumplir con las exigencias de su edad y llegar a un alto grado de satisfacción en su vida. Afirman que el envejecimiento óptimo va unido a un estilo de vida activo continuado. Las personas mayores deben prolongar todo lo posible sus actividades acostumbradas y buscar nuevas alternativas para aquellas otras que deban interrumpir por mandato de la edad (Izal & Fernández-Ballesteros, 1990; Izquierdo, 2005).

En este sentido, Neugarten (citado en Papalia, Wendkos & Duskin, 2001) explica que los papeles de un adulto son fuentes importantes de satisfacción, los adultos mayores que realizan tantas actividades como pueden y descubren sustitutos para los papeles perdidos, pueden compensar pérdidas importantes para envejecer con éxito. Igualmente, Atchley sostiene que para envejecer con éxito las personas deben mantener un equilibrio entre continuidad y cambio en las condiciones internas y externas de su vida, y enfatiza la necesidad de que las personas mantengan una conexión entre el pasado y el presente.

Estas teorías resaltan la importancia de factores que afectan tanto la salud física como mental de los adultos mayores, dentro de estos factores encontramos que es necesario resaltar la importancia de: un estilo de vida activo y continuado, adecuado apoyo social (confiar, compartir y convivir con alguien especial), pensamientos, experiencias subjetivas y actitudes positivas, algunos de estos aspectos son estudiados por la psicología positiva.

CAPÍTULO 3 PSICOLOGÍA POSITIVA

La Psicología positiva, de acuerdo con Martin Seligman¹, surge como una necesidad complementaria al modo habitual de contemplar la realidad psicológica (Vázquez, Hervás & Ho, 2006; Moreno & Gálvez, 2010). Teniendo como antecedentes los objetivos principales de la psicología antes de la segunda guerra mundial, curar los trastornos mentales, hacer las vidas de las personas más productivas y plenas e identificar y desarrollar el talento y la inteligencia de las personas. Otro antecedente se presenta en la corriente de la psicología humanista, pero ésta sin las bases empíricas de la psicología positiva (Vera, 2006b).

Tradicionalmente, a la Psicología se le entiende únicamente como una ciencia que estudia y trata los desórdenes emocionales, Y el desarrollo de la personalidad, en contraste, la Psicología Positiva adopta el método científico para estudiar la experiencia subjetiva positiva y el estudio de las tendencias individuales positivas (Vera 2006a; Vera, 2006b; Aspinwall & Staudingen, 2007).

De acuerdo con Vera (2006b), “La psicología positiva es... una rama de la psicología que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano, durante tanto tiempo ignoradas por la psicología”.

La investigación en Psicología cognitiva ya había dejado claro, que la información positiva tiene en sí misma una enorme relevancia en muchos procesos psicológicos. Se comprobó entonces que sesgos positivos en la sensación de control, el recuerdo de elementos positivos o las atribuciones causales, estaban ligados de un modo posiblemente protectora la salud física y mental (Vázquez, Hervás & Ho, 2006).

Las técnicas que surgen de la investigación en Psicología positiva vienen a apoyar y complementar las ya existentes. Gracias a la investigación en torno a esta área, el abanico de la intervención se ha enriquecido (Vera, 2006a).

¹ En su discurso inaugural como presidente de la American Psychological Association (APA), en 1999.

Las intervenciones en Psicología positiva tienen, de modo general, la finalidad de reducir y prevenir problemas, conflictos, o síntomas pero también la mejora de las condiciones subjetivas de vida, el estado emocional, las fortalezas psicológicas y, en último término, la satisfacción con la vida (Vázquez, Hervás & Ho, 2006).

Los representantes de la psicología positiva Ed Diener, Martin Seligman, Daniel Kahneman, Chris Peterson, Csikszentmihalyi hacen énfasis en tener en cuenta aspectos positivos del funcionamiento humano. Sin embargo no se ha avanzado tanto en métodos para restablecer la felicidad ó para promover el bienestar (Vázquez, 2006).

Es importante tener en cuenta que los aspectos positivos las fortalezas del individuo y sus experiencias positivas se deben incluir en los formatos o cuestionarios de evaluación inicial de los pacientes, pues esto provoca un efecto favorable en el paciente pues se ha demostrado que aumenta el repertorio de respuestas, se tolera el dolor físico, como se verá más adelante (Vázquez, Hervás & M. Y. Ho, 2006).

El afecto positivo, junto con otras emociones positivas (el optimismo, la felicidad, entre otras), se han considerado como objetos de estudio dentro de la Psicología positiva, a continuación se hace una descripción más detallada de su relación con esta rama de la psicología y la importancia de estudiarlas.

3.1 Afecto

El afecto se refiere a las respuestas emocionales de la persona cuando hace juicios valorativos sobre su vida, y es el resultado de la consideración de las emociones tanto positivas como negativas experimentadas a lo largo de un período de tiempo determinado (Godoy-Izquierdo, Martínez & Godoy, 2008).

Evidencia reciente sugiere que la estructura de la afectividad está conformada por dos grandes dimensiones o factores, afecto positivo y afecto negativo, los cuales configuran la estructura del afecto, estas dos dimensiones han sido caracterizadas como: “descriptivamente bipolares pero afectivamente unipolares”, y se conceptualizan como estados afectivos o disposiciones personales de la emocionalidad más o menos estables.

El afecto positivo refleja el punto hasta el cual una persona se siente, entusiasta, activa, alerta, con energía y participación gratificante, puede facilitar un procesamiento cognitivo eficiente y mejorar la interacción humana, siendo un potencial humano. El afecto negativo representa una dimensión general del estrés subjetivo y participación desagradable que incluye una variación de estados emocionales aversivos como disgusto, culpa, ira, miedo y nerviosismo. Cada uno de estos componentes puede ser dividido a su vez en diversos subcomponentes, como la satisfacción en distintos dominios o la experimentación de emociones concretas. Para que una persona posea altos niveles de bienestar subjetivo debe experimentar una elevada satisfacción con la vida y una afectividad predominantemente positiva o disfrute, así como una baja afectividad negativa, es decir, un balance afectivo positivo (Sandín, 1999; Robles & Paéz, 2003; Aspinwall & Staudingen, 2007; Godoy-Izquierdo, Martínez & Godoy, 2008).

Existen algunas interpretaciones inadecuadas sobre el afecto, estas son: a) el afecto positivo moderado, distorsiona e interrumpe el pensamiento ordenado y eficaz; b) que las metas y los procesos inducidos por el afecto son diferentes de otras metas; c) que el afecto positivo y el negativo tiene efectos similares o paralelos; d) que las verdaderas influencias del afecto sólo pueden surgir de disposiciones afectivas estables y a largo plazo, mientras que el afecto inducido sólo produce impactos sin consecuencias y de corta vida (Aspinwall & Staudingen, 2007).

El afecto se deriva de la evaluación que la persona hace de su vida, esto es de la cualidad de las emociones que experimenta, de forma que al interpretar las condiciones de la vida uno podría valorar qué tipo de emociones, positivas o negativas, experimenta con mayor frecuencia o intensidad. Uno de los aspectos centrales y más estudiados por la psicología positiva ha sido el bienestar subjetivo y la felicidad. Un mérito propio de la psicología positiva es atender y considerar aspectos y procesos psicológicos que no habían merecido atención directa y específica (Moreno & Gálvez, 2010).

Los adultos mayores viven en un entorno donde coexisten aspectos positivos y negativos, se ha reportado que los estados de ánimo positivos (decisión, felicidad, afecto positivo) conllevan a tener una mayor creatividad, solución de problemas, pensamientos positivos, conducta servicial y una evaluación más positiva de los demás

(Zamarrón & Dolores, 2006), mientras que los aspectos negativos, (culpa, enojo) repercuten en la capacidad funcional que se asocia con un incremento en la probabilidad de enfermarse, accidentarse, perder autonomía o morir (Fredrickson & Losada, 2005; Botero & Pico, 2007).

Se ha considerado que los adultos mayores que envejecen satisfactoriamente, se caracterizan por realizar actividades que les resultan interesantes y productivas, disfrutan del ocio y del ejercicio físico. Estas actividades producen satisfacción por sí mismas, pero, además, proporciona oportunidades para hacer nuevas amistades y mejorar su autoestima (Dulcey-Ruiz & Uribe, 2002; Zamarrón, 2006).

3.2 Emociones positivas en la vejez

Los adultos mayores disponen de mayores recursos para lograr niveles más adecuados de regulación de las emociones que las personas más jóvenes. La Gerontología y la psicología positiva investigan las fortalezas y recursos que se desarrollan en la vejez, considerándola una etapa vital que presenta tanto pérdidas como ganancias (Florencia & Arias, 2010).

Las emociones constituyen una fuente vital de información sobre nosotros, el medio y los otros, por lo tanto resultan altamente valiosas para explicar el comportamiento adaptativo al mundo social. Las emociones son imprescindibles para la atención, modificar el pensamiento y los procesos de planificación cognitiva. Cumplen un rol esencial en la toma de decisiones, resolución de problemas y creatividad (Carbelo & Jáuregui, 2006; Vecina, 2006).

En la Psicología Positiva se ha dado más énfasis al estudio de emociones positivas como el optimismo, la felicidad, ya que tienen un impacto a largo plazo, a mayor frecuencia de ellas, se desarrollan más y mejores recursos cognitivos, se reportan mayores niveles de salud física y de bienestar psicológico (Florencia & Arias, 2010).

Las emociones positivas resuelven problemas relacionados con el crecimiento personal y el desarrollo. Experimentar emociones positivas lleva a estados mentales y modos de comportamiento que de forma indirecta preparan al individuo para enfrentar

con éxito dificultades y adversidades venideras. Afortunadamente, en los últimos años, se ha comenzado a investigar y teorizar en este campo, abriendo una nueva forma de entender la psicología (Carbelo & Jáuregui, 2006).

No haber prestado atención a los aspectos positivos del funcionamiento humano puede que tenga su origen, al menos en parte, en que no ha sido fácil saber qué utilidad tienen esos procesos y contenidos positivos. Una cuestión importante es la de plantear para qué sirven las emociones positivas y, por extensión, los estados de ánimo y cogniciones de esa misma tonalidad.

Aunque se discute aún el significado evolutivo de dichas emociones, la Teoría de la Ampliación y Construcción de (Fredrickson, 2001) plantea que mientras la finalidad de las emociones negativas es disminuir repertorios de conducta (y permitir así una huida o una lucha eficaz ante un estresor), las emociones positivas existen para ampliar y construir repertorios de pensamiento y acción, además, alienta el crecimiento de recursos intelectuales, emocionales, interpersonales.

Las emociones positivas facilitan la puesta en marcha de conductas más flexibles, menos predeterminadas y ayudan a ampliar repertorios de conducta. Otro aspecto de gran interés clínico es que las emociones positivas tienen también un efecto amortiguador del estrés.

De acuerdo con Vera (2006a) algunos efectos derivados de experimentar estados afectivos positivos son:

- El juicio hacia los demás y hacia uno mismo es más comprensivo
- Codifica y recupera mejor los recuerdos positivos
- Amplía el campo visual
- Genera un pensamiento más flexible y creativo
- Genera más repertorios de conducta
- Incrementa la seguridad
- Genera conductas altruistas
- Contrarresta afectos negativos
- Tolera mejor el dolor físico

- Favorece la resistencia ante las adversidades

Las emociones positivas resuelven problemas relacionados con el crecimiento personal y el desarrollo. Experimentar emociones positivas lleva a estados mentales y modos de comportamiento que de forma indirecta preparan al individuo para enfrentar con éxito dificultades y adversidades venideras (Vera, 2006a).

Las emociones positivas como la felicidad, son difíciles de estudiar, debido a que comparativamente son menos en cantidad que las negativas ya que son más difíciles de distinguir (Vera, 2006a). Ese balance negativo queda muy bien reflejado en el propio lenguaje cotidiano, de forma que cualquier persona tendrá siempre mayor dificultad para nombrar emociones positivas. Además de que el valor adaptativo de las emociones positivas es más complejo de explicar (Ostir, 2008).

En un estudio con 2,564 México-americanos adultos mayores hipertensos, se encontró que las emociones positivas se asociaron con una disminución en la presión sanguínea, y la ingesta de medicamentos anti-hipertensivos. El decremento en la presión diastólica fue más significativo en aquellos que tomaban medicamento, mientras que en los no medicados la disminución en la presión sistólica y diastólica fueron más significativas ajustando el efecto de otros factores como edad, género, tabaquismo, diabetes, depresión (Ostir, 2006).

Ostir (2008) realizó un estudio con 823 adultos mayores que sufrieron de accidente cerebro vascular, y encontró que la recuperación del estado funcional de estas personas estaba asociada a emociones positivas. Asimismo, en un análisis de regresión múltiple mostró que las emociones positivas se asociaban significativamente con un mayor estado funcional global, una mayor función motora y cognitiva tres meses después del traumatismo.

CAPÍTULO 4. APOYO SOCIAL

La vejez trae consigo un proceso de deterioro que se manifiesta en, el debilitamiento de redes y apoyos sociales debido a la pérdida de la pareja, amigos y compañeros. Por esta razón son cada vez más comunes los estudios que abordan la problemáticas de las redes de apoyo social de los adultos mayores. El interés en el tema surge en un contexto de cambios en las estructuras que brindan apoyo a los adultos mayores y donde los recursos públicos son insuficientes para satisfacer la demanda de un grupo social en constante aumento demográfico (Salinas, 2008).

El estudio del apoyo social es complejo ya que en primer lugar, implica la necesidad de analizar no sólo al individuo, sino la interacción entre individuos, aparte de que los instrumentos disponibles de medida son limitados. En segundo lugar, no siempre es posible determinar con precisión los apoyos que se dan en las redes, especialmente el apoyo emocional (Guzmán, Huenchuan & Montes de Oca 2002).

La red social de los adultos mayores muestra una serie de cambios como: la finalización de la crianza de los hijos, el abandono de las relaciones del ámbito laboral y la disminución del grupo de parientes e iguales por efecto de la mortalidad, la red de apoyo sufre un descenso (Aspinwall & Staudingen, 2007; Meléndez, Tomas, & Navarro, 2007).

Su estudio es importante ya que las funciones de apoyo en los adultos mayores, tienen efectos benéficos al enfrentar situaciones estresantes que requieren adaptación y en posibles cambios negativos en el estado de salud, física y mental. El apoyo social fomenta, desarrolla y ayuda a mantener el sentido de control de un individuo (Meléndez, Tomas, & Navarro, 2007).

4.1 Definición

García (2002) define el apoyo social como las provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. Se divide

en dos: a) estructural, el cual implica el concepto de redes sociales y las características de la red como tamaño, densidad; b) funcional el cual se define como el tipo de ayuda que los miembros de la red prestan al individuo (Meléndez, Tomas, & Navarro, 2007). Respecto a esto se ha reportado que el apoyo social es un factor que favorece la calidad de vida de las personas independientemente de donde o quienes provenga (González, Pico, & Rivera, 2005).

El apoyo social integra al apoyo recibido es decir la interacción entre las personas (familiares, amigos, vecinos y miembros de organizaciones sociales) con la finalidad de dar y recibir ayuda de diversa índole, básicamente apoyo espiritual, emocional, instrumental e informativo.

Por otro lado, el apoyo social integra el término de red social el cual engloba características de las personas o grupos de los que se recibe este apoyo, ya sean características estructurales (número de vínculos en la red, tamaño de la red), cantidad y calidad de la interacción (frecuencia e intensidad de las interacciones entre los miembros de la red) y características de la clase de servicios que proporciona la red (apoyo informativo, afectivo y tangible) (Nebot, Lafuete, Tomás, Borrell, & Ferrando, 2002).

Contar con una red social, se relaciona con la salud a través de diversos mecanismos psicosociales: a) por el hecho de proporcionar apoyo social, tanto emocional como instrumental o de ayuda en la toma de decisiones o en la facilitación de información; b) por la influencia social que existe entre los actores de la red; c) por la participación y el compromiso social; d) por el contacto persona a persona, y e) por el acceso a recursos materiales. Estos mecanismos psicosociales tienen efecto en la salud a través de los cambios en los estilos de vida (consumo de tabaco o alcohol), de mecanismos psicológicos (autoestima o auto eficacia) y fisiológicos (relacionados con el sistema inmunitario o la reactividad cardiovascular) (Lahuerta, Borrell, Rodríguez-Sanz, Pérez & Nebot, 2003).

Anteriormente la categoría de “red social” fue asumida como indicador de apoyo. Si la persona pertenecía a una red estaba apoyada. La investigación gerontológica

desmintió este supuesto y surgió así la preocupación por llegar a un análisis más detallado de la calidad, frecuencia, efectividad y disponibilidad de los apoyos. Un aspecto que resultó sumamente importante fue la constatación de que la pertenencia a una red social no necesariamente garantiza que el apoyo sea constante, ya que éste puede variar en el tiempo y en el curso de la vida de los individuos. Por eso actualmente resulta fundamental saber si la ayuda tendrá continuidad en la etapa de la vejez, en casos de enfermedad o en contextos de escasez económica (Guzmán, Huenchuan & Montes de Oca, 2002).

4.2 Clasificación del apoyo social

Existen 5 tipos de apoyo social; estos son:

- a) Económico: se refiere exclusivamente a la recepción (o entrega) de transferencias monetarias (Salinas, 2008).
- b) Instrumental: implica actividades como: labores en la casa, preparación y administración de alimentos, transporte, cuidado personal, entre otros. Se ofrece "apoyo instrumental" cuando se emiten conductas que ayudan directamente a quien lo necesita; se ayuda a otro a hacer o acabar el trabajo, se cuida de alguien. Es evidente que todo acto puramente instrumental tiene también consecuencias psicológicas (así, la ayuda en el trabajo puede ser una ayuda o una fuente de información) (Salinas, 2008).
- c) Emocional: identifica fundamentalmente compañía y consejos. Este comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. En general, cuando las personas consideran de otra persona que ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional (Aranibar, 2004; Otero, 2006; Salinas, 2008).
- d) Estructural: es necesario diferenciar entre los aspectos propios de los vínculos o contactos establecidos entre los componentes de la red, y las características estructurales de ésta (García, 2003).
- e) Tangible o material: hace referencia a la posibilidad de poder disponer de ayuda directa (por ejemplo, cuidar de la casa cuando uno se ausenta, cuidar de un familiar, facilitarle alojamiento, etc.) (García, 2003; Aranibar, 2004).

4.2.1 Fuentes formales e informales de apoyo

El sistema formal de apoyo posee una organización burocrática, un objetivo específico de apoyo en áreas determinadas y utiliza profesionales o voluntarios para garantizar sus metas. Se refiere a las intervenciones de orden más estructurado como son las políticas públicas. El sistema informal de apoyo se distingue del primero por su naturaleza individual y no burocrática. En general se encuentran incluidos en este sistema la familia, los amigos y vecinos de los adultos mayores (Guzmán, Huenchuan & Montes de Oca, 2002; Salinas, 2008).

4.3 Modelos del apoyo social

De acuerdo con (García, 2003; Otero, Zunzunegui, Beland, Rodríguez, & García, 2006), existen modelos que respaldan la importancia del apoyo social en los adultos mayores.

El modelo de especificidad funcional propuesto por Weiss (citado en García, 2003) considera que los requerimientos que tiene el adulto mayor en cuanto a la provisión de unas determinadas necesidades de apoyo, sólo pueden ser aportadas por ciertos tipos de relación. Debido a esta necesaria especialización, las personas requieren de una mezcla de diferentes relaciones para satisfacer sus necesidades y alcanzar unos niveles adecuados de bienestar personal.

Weiss considera que el bienestar de las personas depende de la existencia de una serie de relaciones interpersonales que satisfacen necesidades sociales específicas. Así, este autor postula que los adultos mayores que poseen una relación íntima (por ejemplo, aquellos que aún tienen cónyuge) pero que carecen de un grupo social de personas de su misma edad, experimentan un tipo de soledad; mientras que aquellas personas que no disponen de la primera pero que sí tienen un grupo de amigos de su misma edad presentarían un aislamiento emocional. De acuerdo a este modelo, el bienestar subjetivo de los adultos mayores está en función tanto de la presencia de un confidente o persona más íntima como de un grupo de iguales, ya que cada uno satisface necesidades específicas

Ward (citado en García, 2003), ha propuesto un modelo en el que contempla dos tipos de influencias de la red de apoyo informal sobre el bienestar de las personas mayores. Por una parte, el apoyo social contribuiría de manera directa al satisfacer su necesidad de relación social. Así mismo, a modo de efecto amortiguador, reduciría el impacto negativo de los acontecimientos y experiencias estresantes vinculados a la edad al favorecer tanto su afrontamiento como el uso de los recursos y servicios formales de ayuda.

De acuerdo con el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (citado en García, 2003), el apoyo social actuaría tanto sobre la evaluación primaria como secundaria. Sobre la primera, la provisión de soporte de otras personas ayudaría a redefinir la situación estresante como menos amenazante. En cuanto a la valoración secundaria, el disponer de los recursos aportados por su red (tanto emocionales, instrumentales o de información) aumenta la percepción de su capacidad de hacer frente a la situación. Promoviendo conductas saludables en el sujeto que le ayudan a reducir las reacciones negativas ante el estrés.

4.4 Teorías del apoyo social

Dos han sido las principales teorías propuestas para explicar los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar. La primera afirma que el apoyo social actúa sobre la salud y el bienestar de un modo directo, independientemente del nivel de estrés al que esté sometido el sujeto, supone que aumentos en el apoyo social incrementan igualmente la salud y el bienestar personal del adulto mayor, sin que esa relación se vea mediada por las condiciones estresantes que pueda padecer. Esto quiere decir que la disposición de apoyo supone una mayor sensación de control del sujeto sobre su ambiente, lo que se traduce en un incremento en su capacidad para predecir experiencias negativas y poder evitarlas con anticipación suficiente.

La segunda de las teorías, denominada del Efecto Buffer o Amortiguador, defiende que es precisamente en aquellas condiciones en las que la persona se ve sometida a estrés, cuando el apoyo social ejerce su influencia sobre el estado anímico, de salud y bienestar general (García, 2003).

4.5 Relaciones sociales en la vejez

Las relaciones sociales durante la vejez son un factor importante dentro del bienestar en el envejecimiento satisfactorio y óptimo, facilitan la promoción de conductas saludables (Meléndez, Tomas, & Navarro, 2007).

Couso (1998) habla de tres tipos de relaciones que se dan en la vejez, estas son:

1 La relación anciano-anciano algunas ocasiones genera conflictos que parten de la rigidez de criterios propia de este período, ya sea que la posición del individuo en cuestión esté a favor o en contra de las costumbres vigentes.

2 En la relación anciano-familia, aparecen elementos que se introducen a partir de las diferencias inter generacionales en las que se entremezclan elementos afectivos, positivos o negativos, que matizan la relación en cada caso y van desde la sobreprotección hasta el maltrato ambos puede tener influencia en la salud del anciano.

3 La relación anciano-grupo social ha variado a través de la historia, desde la reverencia propia de las culturas más antiguas en las que la tradición confería al anciano un papel de elemento indispensable para la conservación de la identidad del grupo humano, hasta la concepción del individuo mayor como consumidor no productivo, al que es necesario eliminar.

Se ha señalado que para tener una vejez digna los adultos mayores al igual que todo ser humano necesitan, entre otros aspectos, afecto, cuidado, la cercanía de la familia, amigos, calidez social, para una vejez digna (Camps, 2004).

Uno de los trabajos más reveladores fue llevado a cabo por Berkman y Syme (citado en García, 2003) en Oakland (condado de Alameda, California). Estos autores hallaron, tras un seguimiento de nueve años, que las personas con niveles más bajos de apoyo social tenían una probabilidad de morir durante ese período casi tres veces superior a la de aquellos que disfrutaban de una mayor vinculación social.

En su estudio longitudinal, tuvieron en cuenta datos de análisis de red tales como: estado civil, contacto con amigos, participación en agrupaciones formales, asistencia a

la iglesia. Así mismo, controlaron medidas como salud auto percibida o presencia de comportamientos saludables. La densidad de la red social se relaciono claramente con las tasas de mortandad en los grupos de edad analizados.

Son de destacar las hipótesis aportadas en cuanto a los posibles mecanismos que pueden mediar la relación negativa entre el apoyo social y morbilidad /mortandad:

1. Las personas que disponen de mayor apoyo tienen también la posibilidad de obtener mejores cuidados médicos. 2. La mayor disponibilidad de apoyo supone una mayor provisión de ayuda directa proveniente de la propia red, lo que se traduce en un mejor estado de salud. 3. La red social actúa como modelo para la adquisición de conductas saludables que disminuyen el riesgo de padecer enfermedad. 4. La disponibilidad de apoyo actúa a nivel fisiológico, aumentando las defensas del sujeto y, de esta manera, su inmunidad frente a determinadas patologías.

En un estudio longitudinal con 206 adultos mayores alemanes de 60 años se encontró una relación positiva entre la participación social y el afecto positivo y respecto a su reporte de calidad de vida, en el área social, se reporto una relación positiva con el afecto positivo (Kunzmann, 2008).

Las relaciones sociales o interpersonales se asocian positivamente con la salud mental y física, los mayores beneficios provienen de las relaciones íntimas de confianza y de apoyo. Así, tener con quién compartir los problemas y las alegrías parece influir en los sentimientos. Es claro que el ser humano necesita de la protección y reconocimiento que le aportan las relaciones con los demás (Zamarrón & Dolores, 2006; Alessandrini & Sánchez, 2007).

Se encuentra que la familia o la pareja de los adultos mayores juegan un papel importante como amortiguador en las enfermedades, disminuye la mortalidad y predice el mantenimiento de la capacidad funcional (Martínez, Hakkert, & Gascón, 2002; Regalado, 2002; González, Pico, & Rivera, 2005; Otero, Zunzunegui, Béland, Rodríguez, & García, 2006; Reyes, Camacho & Eschbach, 2006).

Las personas con mayor número de contactos sociales, y que mantienen una diversidad de intereses en esta área, tienen una percepción más positiva de la vejez y se mantienen en mejores condiciones psicológicas y físicas en esta etapa del ciclo vital (Sánchez, 2004). Se ha demostrado que las personas al participar en grupos sociales, mantienen un mejor estado de salud comparados con los aislados socialmente, y que una vida rica en relaciones afectivas tiende a prolongarse (Monchiatti & Krzemien, 2002).

Por ejemplo, en México, Salinas (2008), describió las redes de apoyo social en 360,287 adultos mayores, como parte del Programa Oportunidades. Reportó que el tamaño promedio de la red es de dos personas. Respecto al tipo de apoyo, las personas que tienen hijos fuera del hogar tienden a recibir apoyo económico y material, mientras que los de hijos corresidentes reciben, apoyo instrumental, sobre todo en términos de alimentos y visitas. Así mismo reportó que el apoyo emocional es el de mayor reciprocidad, pues los adultos mayores manifestaron no sólo capacidad para recibirlo sino también para darlo. El tamaño de la red resultó ser el factor más importante, ya que al tener una red amplia se tiene el doble de probabilidades de disponer de apoyo social.

Mella (2004) en un estudio con 15,576 adultos mayores, reportó relaciones significativas entre bienestar subjetivo y depresión, apoyo social percibido y bienestar subjetivo y bienestar subjetivo y salud percibida, depresión y apoyo social percibido y entre salud percibida y apoyo social percibido. Concluye que las variables salud percibida, apoyo social percibido, sexo y depresión explican el bienestar subjetivo.

CAPÍTULO 5. CALIDAD DE VIDA

El abordaje psicosocial de la Calidad de vida y el estudio del conjunto de variables asociadas, puedan ofrecer un marco de comprensión más integral y de esa manera proponer intervenciones multidisciplinarias a fin de mejorar la Calidad de vida de los adultos mayores. De manera que si se puede conocer el grado de impacto que dichas variables tienen sobre la Calidad de vida del adulto mayor, se podría disponer de información clave a efecto de realizar planes de evaluación e intervención que mejoren su salud y por consiguiente su Calidad de vida. La confluencia de dichas variables y la manera como las percibe el individuo, podrían tener relación con el estado de bienestar general. Por ello, es importante destacar la incorporación la opinión del individuo sobre su percepción y valoración sobre sus condiciones de calidad, la percepción que las personas tienen sobre su vida, sobre la asistencia y apoyo social que reciben, puede incidir en su adaptación o desajuste, así como en los tratamientos aplicados (Pérez, 2006).

La calidad de vida presenta un carácter multidimensional, generalmente se presentan cuatro dimensiones principales que exploran los siguientes elementos (García, 2003):

- El estado físico del sujeto (autonomía, capacidades físicas).
- Las sensaciones somáticas (síntomas, consecuencias de los traumatismos o de los procedimientos terapéuticos, dolores).
- El estado psicológico (emotividad, ansiedad, depresión).
- Las relaciones sociales y su vinculación con el entorno familiar de amistad o profesional.

La Calidad de vida en adultos mayores involucra la relación estrecha entre años de vida saludable y la esperanza de vida, por lo tanto, se puede expresar como la relación inversa entre Calidad de vida y expectativa de incapacidad (a mayor calidad de vida menor discapacidad) (Botero & Pico, 2007).

Se consideran importantes factores como: las relaciones familiares, apoyos sociales, salud general, y el estado funcional para la calidad de vida de los adultos mayores (González, Pico, & Rivera, 2005; Botero & Pico, 2007).

5.1 Definición

La calidad de vida es el resultado de la combinación de factores objetivos y subjetivos, donde el aspecto objetivo depende del individuo y de las circunstancias externas (estructura social, cultural y política) que interactúan con él, engloba condiciones necesarias para facilitar y ejercer la capacidad intelectual, emocional y creativa del ser humano (Martínez, Hakkert, & Gascón, 2002). El aspecto subjetivo está compuesto por el grado de realización personal y depende de la percepción que la persona o la población tenga de sus condiciones de vida (Botero & Pico, 2007; Murrain, 2008).

Existe consenso en identificar cuatro modelos conceptuales de calidad de vida, según los cuales a) se define la calidad de las condiciones de vida de una persona, b) como la satisfacción experimentada por la persona en dichas condiciones vitales c) como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y d) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Pérez, 2006).

Cuando se analiza la calidad de vida en adultos mayores, se sugiere la presencia de particularidades a considerar como son (Fernández-Mayoralas, 2006):

- La definición de los dominios puede diferir de la utilizada para adultos jóvenes, como consecuencia de cambios en el rol y en otras situaciones vitales.
- Muchos adultos mayores continúan sanos y con buen rendimiento funcional. Esto obliga a definir los retos para mantener una calidad de vida satisfactoria.
- La discapacidad funcional tiene que redefinirse, sustituyendo el rol funcional ligado a la actividad laboral por otros aspectos (por ejemplo, actividades recreativas, voluntariado).

- Es necesario distinguir entre función física y capacidad de autocuidado y automantenimiento, ya que ésta requiere –además- capacidad mental para realizar tareas complejas (por ejemplo, ir de compras, manejar electrodomésticos, etc.).
- Los adultos mayores siguen contribuyendo al bienestar familiar y social (por ejemplo, cuidando de nietos y enfermos, manteniendo su entorno, etc.).
- La ausencia más frecuente de pareja debe ser tomada en cuenta al plantear la evaluación de áreas como la actividad sexual o la relación familiar.

No es de extrañar entonces que la calidad de vida haya sido definida por muchos autores como un concepto abstracto, difícil de definir y de operacionalizar. En el campo social ha sido definido como equivalente al bienestar, en el bio-médico al estado de salud y en psicología a la satisfacción y al bienestar psicosocial (Aranibar, 2004).

5.2 Medición de la calidad de vida

Las mediciones de calidad de vida pueden usarse para planear programas de tratamiento a corto plazo y para evaluar a grupos con diagnósticos específicos. Estas evaluaciones pueden estar basadas en encuestas directas con referencia al inicio de la enfermedad, al diagnóstico y a los cambios de síntomas en los últimos meses, principalmente en aquellas personas con enfermedades crónicas con tratamientos paliativos, y que confieran beneficios en la calidad de vida (Velarde & Ávila, 2002).

Respecto a la medición de la calidad de vida, la OMS ha logrado establecer algunos puntos de convergencia, logrando en parte atenuar la discrepancia, sobre todo a nivel metodológico. En primer término, se plantea que las medidas deben ser subjetivas, es decir, que recoja la percepción la persona involucrada, de carácter multidimensional a fin de informar de los diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social e interpersonal, con inclusión de los sentimientos positivos y negativos (Pérez, 2006).

5.2.1 Instrumentos de medida

Hay que tener en cuenta que para elegir un instrumento de medida de calidad de vida, es importante (Aranibar, 2004):

1. Entender las causas y consecuencias de las diferencias en la Calidad de vida entre individuos o grupos de individuos.
2. Conocer el impacto de las condiciones sociales y ambientales en la Calidad de vida
3. Estimar las necesidades de una población dada.
4. Tomar decisiones clínicas.

Los instrumentos para medir la calidad de vida se pueden clasificar en genéricos y específicos. Se denominan instrumentos genéricos aquellos que miden múltiples dimensiones o categorías y están diseñados para su aplicación en una gran variedad de pacientes. Los instrumentos específicos se centran en la medida de aspectos concretos de una determinada enfermedad (como, por ejemplo, cáncer o asma), de una población (como, por ejemplo, ancianos o adolescentes), una función (como, por ejemplo, sueño o actividad sexual) o un aspecto clínico (como, por ejemplo, dolor o disnea).

Los instrumentos específicos detectan diferencias entre tratamientos alternativos, pero cuando se pretende comprobar el impacto que una determinada intervención tiene en el estado de salud, hay que tener en cuenta que ésta también influye en las características más generales del paciente. Por tanto, al evaluar el estado de salud será conveniente utilizar también algún instrumento genérico. Cuando se pretende dar respuesta a problemas específicos de salud, se buscan instrumentos que sean sensibles a variaciones de calidad de vida en enfermedades específicas. Sin embargo, cuando el objetivo es comparar estados de salud entre sí y presentar prioridades sanitarias o sociales, se busca un nivel de comparación abstracto y global sobre el daño que producen las enfermedades (Durán, Gallegos & Salinas, 2004; Arostegui, 2008).

5.2.3 Cuestionario SF-36

El cuestionario SF-36 es un instrumento genérico de medición de calidad de vida, que consta de 36, preguntas diseñado por Ware a principios de los 90's, proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a pacientes como a población sana.

El cuestionario cubre ocho dimensiones, que representan los conceptos de salud empleados con mayor frecuencia cuando se mide calidad de vida, así como aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento. Las dimensiones evaluadas son: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental del paciente.

El cuestionario permite el cálculo de dos puntuaciones resumen, físico y mental, mediante la suma ponderada de las puntuaciones de las ocho dimensiones principales.

El SF-36 está dirigido a personas de 14 o más años de edad y preferentemente debe ser auto administrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal o telefónica (Durán, Gallegos & Salinas, 2004; Arostegui, 2008).

5.3 Factores que intervienen en la calidad de vida

La salud en la vejez es el reflejo de factores intervinientes en toda la vida, que van desde factores como la herencia genética, condicionantes socioeconómicas u oportunidades de educación y trabajo, afectando hábitos de salud y el estilo de vida (Ham-Chande, 1996).

Existen factores asociados a la percepción de un mal estado de salud y mala calidad de vida como lo reportó Azpiazu (2002) en 911 adultos mayores. Esto lo demostró a partir de cuestionarios de calidad de vida Euroqol y el Perfil de Salud de Notinham, reportando que los trastornos de ansiedad, el aislamiento social, la depresión y la ansiedad, al estar presentes aumenta una mala percepción de calidad de vida; mientras que la reacción emocional hace que se tenga una adecuada percepción de la calidad de vida.

Otro factor que afecta la calidad de vida son las emociones negativas como enojo e irritación, en el 2007 Chapman relacionó algunos rasgos de personalidad y su impacto en la calidad de vida en adultos mayores usuarios de los servicios de atención primaria, utilizó el cuestionario SF 36 para medir calidad de vida; como rasgos de personalidad midió neuroticismo, ya que tiene componentes de emociones negativas. Concluyó que el neuroticismo (emoción negativa) se asoció con una baja calidad de vida en las áreas de función social y rol emocional.

Se ha demostrado como diferentes factores determinan la calidad de vida en la vejez: apoyo social, el estado de salud, la percepción de salud, las emociones positivas y las relaciones afectivas (Salgado, González, Jáuregui, & Bonilla, 2005; Ostir, 2008). Al evaluar estos factores que intervienen en la calidad de vida se pueden planear programas de tratamiento que incrementen la calidad de vida de adultos mayores (Velarde & Ávila, 2002).

Justificación

Es importante estimular un funcionamiento óptimo en adultos mayores que retrase el proceso de la enfermedad para mejorar o potenciar su calidad de vida, a pesar de que vivan con algún grado de enfermedad o discapacidad.

Gutiérrez (2004) considera necesario realizar evaluaciones tanto psicológicas como sociales para diseñar estrategias eficaces de intervención temprana en adultos mayores de acuerdo a necesidades específicas para mejorar su calidad de vida; es importante que estas evaluaciones incluyan tanto factores subjetivos como, por ejemplo, el grado de realización personal y la percepción de la vida, como factores objetivos, por ejemplo, el aprovechamiento de su potencial emocional, su estructura social, y su relación con la calidad de vida. Así tal enfoque permitirá un abordaje global de la problemática.

La psicología está superando conceptos centrados en la patología y plantea terminología positiva que complementa abundantes expresiones negativas tan presentes en la psicología tradicional.

Por ello es importante el estudio desde la psicología positiva ya que profundiza el estudio de factores positivos como la motivación, el entusiasmo, la felicidad, con el objeto de conocer, promover y consolidar estos, para generar una “mejora de los años por vivir”, a pesar de los efectos acumulativos de la enfermedad asociados con el envejecimiento (Vázquez 2006; Vera, 2006a; Zamarrón & Dolores, 2006). Esto puede ayudar a diseñar técnicas dirigidas a desarrollar recursos personales y psicológicos que las personas, los grupos y las comunidades poseen.

Uno de los retos de la psicología positiva supone el desarrollo de instrumentos de medida válidos y fiables que sean capaces de medir y delimitar las variables propias de esta área, además de que permitan evaluar recursos y emociones positivas, para conseguir desarrollar modelos más funcionales, dinámicos y saludables. Este es un aporte de suma importancia para la psicología ya que ahora en el trabajo clínico se puede hablar de una adecuada evaluación e intervención para aportar el estudio de variables que intervienen en la calidad de vida.

Por ello al estudiar la relación entre las variables apoyo social, afecto positivo y calidad de vida, no se deja aislada la parte psicológica, y sobre todo lo positivo. Siempre teniendo en cuenta una metodología adecuada de evaluación de variables que incrementen la calidad de vida en adultos mayores.

Es necesario explorar y conocer en los adultos mayores la composición de su red, sus vínculos, la relación con ellos y cómo perciben ese apoyo, es importante conocer sus afectos, para tener una línea base y saber hacia dónde trabajar y ver sus efectos en la calidad de vida.

Planteamiento del problema

¿El afecto predice la relación entre el apoyo social y la calidad de vida de los adultos mayores?

Objetivo general- Determinar qué factores dentro del apoyo social incrementan la calidad de vida en adultos mayores, explicando las emociones tanto positivas como negativas que intervienen en esta relación

Objetivos particulares

Evaluar la relación entre el apoyo social y la calidad de vida de los adultos mayores.

Identificar los elementos del apoyo social se relacionan con los elementos de la calidad de vida de los adultos mayores.

Relacionar los tipos de afecto con el apoyo social y los factores de la calidad de vida de los adultos mayores.

METODOLOGÍA

Variables

Independiente:

Apoyo social

Definición conceptual-Se refiere a las provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos (García, 2003).

Definición operacional-Puntaje obtenido en el cuestionario de apoyo social versión de Otero, Zunzunegui & Rodríguez (2004), el cuál recoge información sobre la estructura de la red social y mecanismos psicosociales.

Mediadora:

Afecto positivo

Definición conceptual-Representa la dimensión de emocionalidad positiva, energía, afiliación y dominio de un individuo (Robles & Paéz, 2003).

Definición operacional-Puntaje obtenido en la escala PANAS siglas para Positive and Negative Affect Schedule versión de Robles & Paéz (2003), conformada por dos dimensiones, generalmente denominadas afecto positivo y afecto negativo.

Dependiente:

Calidad de vida

Definición conceptual-Es la percepción que el individuo tiene sobre su posición en la vida, engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (Pérez, 2006).

Definición operacional-Puntaje obtenido en el cuestionario SF-36, el cuál detecta tanto estados positivos de salud como negativos, explora salud física y mental.

Diseño

Transversal descriptivo (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2006).

Participantes

Participó una muestra intencional de 40 voluntarios adultos mayores hombres y mujeres pertenecientes a Centros de Reunión del DIF Nezahualcoyotl y casas de la tercera edad de la delegación Iztapalapa, los criterios para este estudio fueron:

Inclusión

Tener entre 60 y 80 años de edad.

Alfabetizado.

Firmar carta de consentimiento informado.

No inclusión

Presentar discapacidad sensorial (sordera, ceguera, etc.) y/o motora (invalidez) (condición determinada por el responsable de cada centro).

Mostrar algún tipo de trastorno (agresividad, aislamiento, entre otros.) condición determinada por el responsable de cada centro.

Exclusión

Negarse a seguir participando en el estudio.

Consideraciones éticas

De acuerdo a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2008) se les pidió a los participantes de este estudio que firmaran la carta de consentimiento

informado, se les comentó que sus datos son confidenciales y que si se negaban a seguir participando no habría repercusiones en el trato que les da la institución.

Escenario

El estudio se llevó a cabo en Centros de Reunión del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Nezahualcóyotl, este es un centro de convivencia gratuito a cargo del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y casas de la tercera edad pertenecientes a la Delegación Iztapalapa del D.F, cada grupo se constituye de aproximadamente 30 personas y está a cargo por una coordinadora asignada por el representante del área de trabajo social.

Material

Carta de consentimiento informado (ver anexo 1)

Ficha de identificación (ver anexo 2)

Plumas

Cuestionarios:

A) Cuestionario de Apoyo Social

Cuestionario de Apoyo Social (Berkman y Glass, 1988), validado en una población de 1.560 españoles adultos mayores por Otero, Zunzunegui & Rodríguez (2004). Su consistencia interna en el área emocional en hijos es de 0.72, familiares 0.65, amigos 0.61, cónyuge 0.70 y en el área de rol individual en hijos es de 0.69, en familiares 0.72, amigos 0.71 y cónyuge de 0.69.

El Cuestionario de Apoyo Social recoge información sobre la estructura de la red social y sobre mecanismos psicosociales, se divide en tres factores:

A) En la estructura de la red social se pregunta si el individuo formaba parte de alguna asociación o club y cuántas veces al mes el individuo acudía: a) la plaza o lugar para hacer compras o pasear; b) al centro de la tercera edad, casa de la tercera edad, centro

de re creatividad para ancianos; y c) a la parroquia, iglesia o lugar para rezar. Se pregunta cuántos amigos, hijos, hermanos, nietos y sobrinos tiene; a cuántos de cada uno de estos vínculos veía al menos una vez al mes, con cuántos de ellos hablaba por teléfono por lo menos una vez al mes y, respecto a cada vínculo, a qué distancia vivía la persona más cercana.

B) Las preguntas sobre mecanismos psicosociales se formulan para los cuatro tipos de vínculos fundamentales: amigos, hijos, familia extendida (hermanos-sobrinos-nietos) y cónyuge.

Cada bloque de preguntas se refiere a la frecuencia con que, respecto a los de ese vínculo, el individuo: a) se siente querido y cuidado; b) se siente escuchado; c) se siente reprochado; d) desearía poder confiar más en ellos; e) les ayuda; f) siente que tenía un papel importante para ellos; y g) se siente útil. Las respuestas posibles son nunca, a veces, con frecuencia, siempre. La asignación de puntuación a cada respuesta es de 0 a 3.

También se pregunta si el individuo tenía la sensación de que durante el año pasado había hecho más por los del vínculo que lo que los del vínculo habían hecho por él. Las respuestas posibles son: los otros hicieron más (0 puntos), yo hice más (1 punto), un poco más (2 puntos), aproximadamente lo mismo (3 puntos). Por último se formula una pregunta sobre satisfacción con la relación con el vínculo que admite las respuestas: nada satisfecho (0 puntos), insatisfecho (1 punto), satisfecho (2 puntos), muy satisfecho (3 puntos).

C) Se pregunta a los individuos si tienen alguna persona especial con quien compartir confidencias y sentimientos, alguien en quien sintiera podían confiar (confidente).

A partir de estas preguntas sobre relaciones sociales se construyeron los siguientes factores:

-**Índice de vínculos familiares con contacto** se construyó otorgando un punto por estar casado, otro por ver o hablar por teléfono con al menos uno de los hijos por lo

menos una vez al mes, y otro por ver o hablar por teléfono al menos una vez al mes con un hermano, sobrino o nieto. El rango de puntuaciones va de 0 a 3.

-**Índice de actividades comunitarias** se construyó sumando las actividades a las que el individuo acudía por lo menos una vez al mes. Su rango de puntuación va de 0 a 3 (ó de 0 a 4 cuando se incluye la pertenencia a un club o asociación).

-**Índice de diversidad de la red** se deriva sumando los dos índices anteriores con la variable contacto con los amigos, que contiene la información de si se veía o hablaba por teléfono con un amigo por lo menos mensualmente, se obtuvo este índice cuyo rango es de 0 a 7.

-**Contactos visuales en un mes**, se suma el número de hijos, hermanos, sobrinos, nietos y amigos que el individuo veía al menos una vez al mes.

-**Contactos telefónicos en un mes**, se suma el número de hijos, hermanos, sobrinos, nietos y amigos o con los que hablaba por teléfono al menos una vez al mes.

-**Índice de apoyo emocional recibido** es la media de la puntuación de las escalas de apoyo emocional recibido de cada uno de los cuatro vínculos: de los hijos; la familia extendida, los amigos; y el cónyuge.

-**Índice de rol del individuo** (en la vida de sus vínculos) es la media de las cuatro escalas de rol del individuo en la vida de cada uno de los cuatro vínculos: rol del individuo en la vida de los hijos; en la vida de la familia extendida, en la vida de los amigos; en la vida del cónyuge (ver anexo 3).

B) Escala PANAS de Afecto Positivo y Negativo

La escala Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS) (Watson, Clark & Tellegen, 1988) validada en población mexicana, ha demostrado ser una medida confiable para evaluar la presencia y el grado del afecto positivo y negativo, en población clínica y normal (Robles & Paéz, 2003). El alfa de Cronbach para la dimensión de afecto positivo es de 0.90 y para el afecto negativo de 0.85.

El Afecto Positivo (AP) representa la dimensión de emocionalidad positiva, energía, afiliación y dominio de un individuo. Las personas con alto AP experimentan con facilidad sentimientos de satisfacción y confianza. En contraste, las personas con bajo AP tienden a manifestar desinterés y aburrimiento.

El Afecto Negativo (AN), se refiere a la dimensión de la sensibilidad temperamental de un individuo ante estímulos negativos. La presencia de un alto índice de AN se ha relacionado con:

- a) experiencia de emociones negativas como miedo, ansiedad, depresión o tristeza, culpa, hostilidad e insatisfacción.
- b) actitudes negativas y pesimismo.
- c) problemas o quejas somáticas.
- d) insatisfacción y apreciación negativa de uno mismo y de los demás.

La versión del cuestionario PANAS consta de 20 reactivos, diez de los cuáles avalúan afecto positivo y diez afecto negativo. Los reactivos consisten en palabras que describen diferentes sentimientos y emociones, y las que califica la persona, según el grado en que las experimenta, en una escala de 5 puntos, donde 1 significa “muy poco o nada” y 5 “extremadamente”.

Todos los reactivos se pueden contestar en respuesta a uno o más de siete instrucciones diferentes: 1) al momento, 2) hoy, 3) los últimos días, 4) en la última semana, 5) en las últimas semanas, 6) en el año, 7) generalmente.

La escala PANAS ha demostrado ser una medida válida y confiable para evaluar la presencia y el grado del afecto positivo y negativo, en población clínica y normal, de adolescentes, adultos y adultos mayores (ver anexo 4).

C) Cuestionario de calidad de vida SF-36

Es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study-MOS).

Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, explora salud física y salud mental. Ha sido utilizado en población general y colectivos clínicos, en estudios descriptivos o de evaluación (Castillo, 2004).

Los ítems del cuestionario informan de estados tanto positivos como negativos de la salud física y del bienestar emocional, identificando ocho dimensiones de salud: función física (FF), limitaciones de rol por problemas físicos (RF), dolor corporal (D), salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), limitaciones de rol por problemas emocionales (RE) y salud mental (SM).

La definición de las dimensiones es:

1 Función Física: Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el auto cuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (diez preguntas).

2. Rol físico: Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (cuatro preguntas).

3. Dolor corporal: Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (dos preguntas).

4 Salud General: Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (cinco preguntas).

5 Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (cuatro preguntas).

6. Función Social: Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (dos preguntas).

7. Rol Emocional: Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (tres preguntas).

8. Salud mental: Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (cinco preguntas). Para cada dimensión del SF-36, los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala con recorrido desde 0 (peor estado de salud) hasta 100 (mejor estado de salud). Por tanto, una mayor puntuación en las diferentes dimensiones indica un mejor estado de salud y/o una mejor calidad de vida (ver anexo 5).

Procedimiento

La evaluación se llevó a cabo en una sesión con una duración aproximada de 1 hora 30 minutos. Tiempo en el cual se aplicó de manera grupal los instrumentos de evaluación psicológica; en el siguiente orden:

1 Se contactó a los participantes en centros de reunión, se les explicó el propósito del estudio; se preguntó a la coordinadora con que adultos mayores se podía trabajar y después se les preguntó a ellos si querían colaborar, se les indicó que llenaran el Cuestionario de Apoyo Social (duración aproximada 30 minutos).

2 Contestaron el Cuestionario PANAS (duración aproximada 10 minutos).

3 Respondieron el Cuestionario SF-36 (duración aproximada 30 minutos).

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS v15 en español. Se hizo un análisis de correlación para las variables; apoyo social y la calidad de vida en sus diferentes factores. Para los análisis posteriores se utilizaron los índices de apoyo social (índice vínculos de diversidad de la red, índice de apoyo emocional recibido y el índice del rol del individuo) que fueron significativos en las correlaciones, Las variables se transformaron a puntuaciones Z para evitar problemas de magnitud entre éstas. Asimismo, se llevó a cabo se realizó un modelo de regresión lineal múltiple para determinar la mediación en tres pasos, en el primero con la variable apoyo social, como independiente de la calidad de vida en su resumen físico y mental, el segundo con la variable apoyo social como independiente del afecto, y el tercer paso se incluyen apoyo social y afecto como independientes de la calidad de vida en su resumen físico y mental. Se utilizaron los coeficientes estandarizados beta para calcular el efecto directo, indirecto o mediado, y total.

Resultados

Características Sociodemográficas

La muestra se integró de 40 personas con un promedio de edad de 66.8 años (DE=3.9), 87.5% son mujeres y 12.5% son hombres. El 47.5% están casados o en unión libre, y el 35% son viudos; el 12.5% no estudio y el 42.5% tienen la primaria inconclusa (ver tabla 1).

Tabla1: Datos socio-demográficos de los adultos mayores

Edad media = 66.8 años		n	%
Género	Hombre	5	12,5
	Mujer	35	87,5
Estado Civil	Soltera(o)	4	10,0
	Casada(o)	17	42,5
	Unión libre	2	5,0
	Divorciado/separado	2	5,0
	Viuda(o)	14	35,0
	Otro	1	2,5
	Escolaridad	Sin estudios formales	5
Primaria inconclusa		17	42,5
Primaria		9	22,5
Secundaria		2	5,0
Bachillerato		2	5,0
Profesional		4	10,0
Otro		1	2,5

Apoyo social

La consistencia interna en las escalas del Cuestionario de Apoyo Social fueron altas excepto en el área de familia de la Escala del Rol del Individuo con un alfa de 0.51 (ver tabla 2).

Tabla 2: Consistencia interna de las escalas de Apoyo Emocional y Rol del Individuo

	Amigos	Hijos	Familia	Pareja
Apoyo Emocional Recibido	0.96	0.82	0.79	0.98
Rol del Individuo	0.85	0.89	0.51	0.99

Para describir el cuestionario se dividió en tres áreas de apoyo que son el emocional (percepción de apoyo) estructural (composición de la red) y el instrumental (apoyo real).

Tabla 2.1: Descripción del área de Apoyo Emocional

	Media	D.E.
Índice de Apoyo Emocional Recibido por amigos	1,48	1,256
Índice de Apoyo Emocional Recibido de hijos	2,30	,953
Índice de Apoyo Emocional Recibido de la familia	2,10	1,014
Índice de Apoyo Emocional Recibido de la pareja	,95	1,310
Índice de Rol Individual en la vida de los amigos	1,28	1,115
Índice de Rol Individual en la vida de los hijos	2,24	1,121
Índice de Rol Individual en la vida de la familia	2,19	,790
Índice de Rol Individual en la vida de la pareja	1,34	1,478
Índice de Apoyo Emocional Recibido	6,83	2,536
Índice de Rol del Individuo	7,04	2,310

En promedio reciben más apoyo emocional de parte de los hijos con una media de 2.30, en cambio de su pareja casi no se recibe éste (media=0.95). Respecto al rol emocional se sienten útiles en relación con sus hijos (media= 2.24), y no se sienten útiles con respecto a sus amigos (media=1.28) (ver tabla 2.1).

Tabla 2.2: Descripción del área de Apoyo Estructural

	Media	D.E.
Índice de Diversidad de la Red	5,30	1,159
Contactos visuales en un mes	26.65	21.64
Contactos telefónicos en un mes	9.05	9.14

La diversidad de la red es amplia en promedio 5.30 en una escala de 7 puntos, en un mes ven en promedio a 26 personas ya sean amigos, hijos u otros familiares, y de esos habla por teléfono con 9 por lo menos una vez al mes (ver tabla 2.2).

Tabla 2.3: Descripción de área de Apoyo Instrumental

	Media	D.E.
Índice de Vínculos Familiares con contacto	2,23	,800
Índice de Actividades Comunitarias	2,45	,639
Cuánto tiempo tarda en llegar a la casa de su amigo más cercano (minutos)	9.98	13.67
Cuánto tiempo tarda en llegar a la casa de su hijo más cercano (minutos)	24	30.34
Cuánto tiempo tarda en llegar a la casa de su hermano más cercano (minutos)	69.75	95.39
Cuánto tiempo tarda en llegar a la casa de su sobrino más cercano (minutos)	46.03	61.07
Cuánto tiempo tarda en llegar a la casa de su nieto más cercano (minutos)	19.53	32.40

En el Índice de Vínculos Familiares con contacto se obtuvo una media de 2.23 y en las actividades comunitarias 2.45 sus contactos más cercanos son sus amigos en promedio tardan 9.98 minutos para llegar a su casa (ver tabla 2.3).

Tabla 2.4: Tiene a alguien en quien confiar

	N	%
No	14	35,0
Si	26	65,0
Total	40	100,0

Tabla 2.5: Relación con el confidente

	N	%
Sin confidente	14	35,0
Amiga(o)	6	15,0
Pareja	2	5,0
Familiar (mujer)	1	2,5
Hermana(o)	2	5,0
Hijos	13	32,5
Nuera	1	2,5
Sacerdote	1	2,5

El 65% de los entrevistados tienen a una persona en quien confiar en su mayoría son los hijos, seguido por los amigos (ver tabla 2.4 y 2.5).

Tabla 3: Análisis factorial exploratorio de Escala de Afecto Positivo y Negativo

Positivo	Emoción	Negativo
	Avergonzado	
	Inquieto	
	Inseguro	
,613	Inspirado	
,629	Orgullosa	
,632	Entusiasmado	
,689	Decidido	
,709	Emocionado	
,729	Activo	
,752	Firme	
,791	Alerta	
,829	Estar atento	
	Motivado	-,524
	Agresivo	,612
	Temeroso	,630
	Nervioso	,637
	Molesto (disgustado)	,703
	Culpable	,705
	Irritable	,763
	De malas	,801

En el análisis factorial exploratorio los conceptos que fueron entendidos como positivos fueron “inspirado, orgullosa, entusiasmado, decidido, emocionado, activo, firme, alerta, estar atento” se excluirán de los análisis posteriores los conceptos de “avergonzado, inquieto e inseguro” por no relacionarse en algún componente y “motivado” por presentar una relación negativa (ver tabla 3).

Tabla 3.1: Consistencia interna de la escala PANAS

	Consistencia interna
Afecto Positivo	0.88
Afecto Negativo	0.83

La consistencia interna para la escala de Afecto Positivo de 0.88 y Afecto Negativo de 0.83 (ver tabla 3.1).

Tabla 3.2: Promedio del puntaje en las dimensiones de la escala PANAS

	Media	D.E
Afecto Positivo	2.11	.78
Afecto Negativo	2.01	.78

Los promedios de las escalas de Afecto Positivo (2.11) y Afecto Negativo (2.01) esto nos indica que no son puntajes altos o bajos pues el rango de la escala es de 1 a 5 (ver tabla 3.2).

Tabla 4: Consistencia interna de las ocho áreas del SF 36

Área	Consistencia interna
Función Física	0.87
Rol Físico	0.88
Dolor Corporal	0.86
Salud General	0.58
Vitalidad	0.80
Función Social	0.73
Rol Emocional	0.82
Salud Mental	0.84

Tabla 4.1: Consistencia interna de los resúmenes Físico y Mental del SF 36

	Consistencia interna
Resumen Físico	0.88
Resumen Mental	0.90

Las ocho áreas del Cuestionario de Calidad de Vida tienen una buena consistencia interna para la de Función Física 0.87, Rol Física 0.88; excepto la de salud general que

fue de 0.58; para el Resumen Físico un alfa de 0.88 y para el Resumen Mental de 0.90 (ver tabla 4 y 4.1).

Tabla 4.2: Descripción del Cuestionario de Calidad de Vida SF 36

	Media	D.E
Función Física	60.13	25.80
Rol Físico	53.75	42.94
Dolor Corporal	49	31.68
Salud General	50.25	19.83
Vitalidad	48.38	23.29
Función Social	72.19	27.51
Rol Emocional	65	41.31
Salud Mental	64.80	23.48
Resumen Físico	53.28	24.13
Resumen Mental	62.59	24.99

En promedio no se sienten tan limitados (basado en la definición de área de Función Física) para realizar sus actividades, en el Rol Físico se tiene una media de 53.75; ningún área supera en promedio los 73 puntos. El Resumen Mental tiene un puntaje promedio de 62.59 es mayor al promedio del Resumen Físico que fue de 53.28 (ver tabla 4.2).

Tabla 5: Correlaciones entre los Índices del Cuestionario de Apoyo Social y la Escala de Afecto Positivo y Negativo.

	Afecto Positivo	Afecto negativo
Índice de Vínculos Familiares con contacto	,437(**)	,031
Índice de Actividades Comunitarias	-,087	,072
Índice de Diversidad de la Red	,139	-,056
Índice de Apoyo Emocional Recibido	,082	-,458(**)
Índice de Rol del Individuo	,184	-,258

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

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

Existe una correlación significativa entre el Índice de Vínculos Familiares con contacto y el Afecto Positivo ($Rho=.437$, $p<0.001$); el Índice De Apoyo Emocional Recibido se relacionó de forma negativa con el Afecto Negativo ($Rho=-.458$, $p<0.001$) (ver tabla 5).

El Índice de Apoyo Emocional Recibido correlaciono de forma positiva con siete de las ocho áreas del SF 36 excepto con el Rol Físico, las relaciones más fuertes se presentaron con Vitalidad ($Rho=.500$ $p<0.01$) y Salud Mental ($Rho=.488$, $p<0.01$). También correlacionó con el Resumen Físico ($Rho= .388$ $p< 0.01$) y Resumen Mental ($Rho=.487$ $p<0.01$) (ver tabla 6).

El Índice de Rol del Individuo correlaciono de forma positiva con el Rol Físico ($Rho=.371$ $p<0.01$), con Vitalidad ($Rho=.311$ $p<0.01$), con el área de Rol Emocional ($Rho=.299$ $p<0.01$) y con la Salud Mental ($Rho=.296$ $p<0.01$) (ver tabla 6).

El Afecto Negativo se correlaciono de forma negativa con seis de las ocho áreas del Cuestionario de Calidad de Vida, excepto con la Función Física y el Rol Físico, las relaciones más fuertes se presentaron con Dolor Corporal ($Rho= -.292$ $p<0.01$), Salud General ($Rho= -.315$ $p<0.01$), Vitalidad ($Rho= -.493$ $p<0.01$), Función Social ($Rho= -.405$ $p<0.01$), para el área de Rol Emocional ($Rho= -.485$ $p<0.01$) y para Salud Mental ($Rho= -.571$ $p<0.01$) (ver tabla 7).

Tabla 6: Correlaciones entre los Índices de Apoyo Social y el Cuestionario de Calidad de Vida SF 36

	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental	R. F.	R. M.
Índice de Vínculos Familiares con contacto	,034	-,042	-,375(**)	-,022	,016	,110	,072	,090	-,147	,110
Índice de Actividades Comunitarias	-,019	,112	-,079	-,103	,090	-,079	-,057	-,040	-,024	-,034
Índice de Diversidad de la Red	,009	,063	-,149	-,103	,143	,123	,058	,064	-,064	,124
Índice de Apoyo Emocional Recibido	,321(*)	,263	,341(*)	,307(*)	,500(**)	,276(*)	,482(**)	,488(**)	,388(**)	,487(**)
Índice Rol del Individuo	,185	,371(**)	,046	,146	,311(*)	,122	,299(*)	,296(*)	,254	,288(*)

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

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

Tabla 7: Correlaciones entre la Escala PANAS y el Cuestionario de Calidad de Vida SF 36

	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental	R. F.	R. M
Afecto Positivo	,020	-,071	-,169	,116	,159	,197	,158	,264	-,074	,270(*)
Afecto Negativo	-,034	-,216	-,292(*)	-,355(*)	-,493(**)	-,405(**)	-,485(**)	-,571(**)	-,274(*)	-,529(**)

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

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

A partir de las correlaciones se elaboraron cuatro modelos para explicar el efecto del apoyo emocional recibido sobre la calidad de vida cuando hay una mediación del afecto.

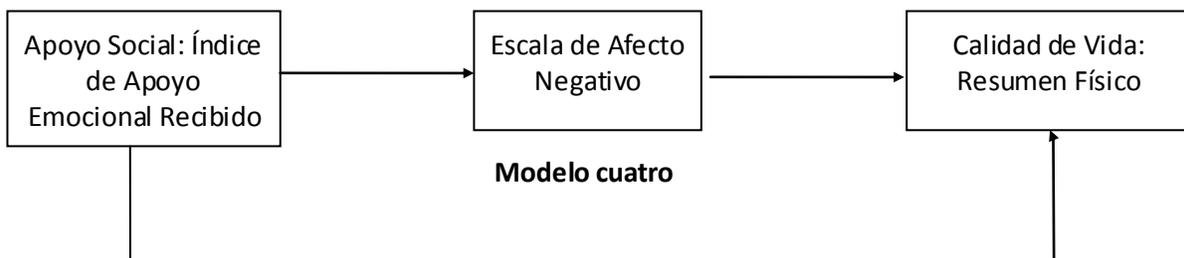
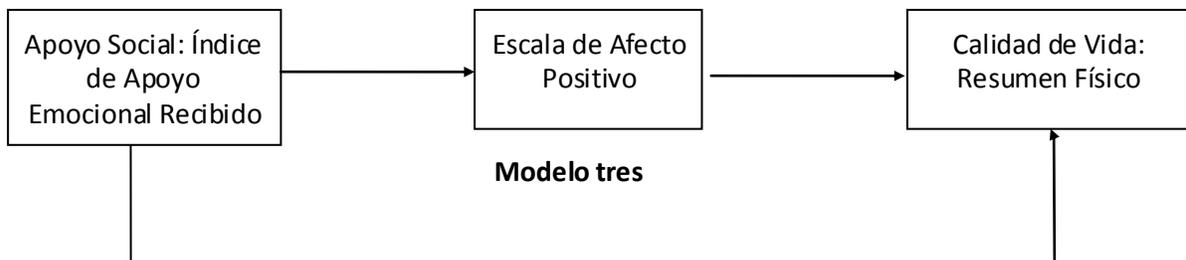
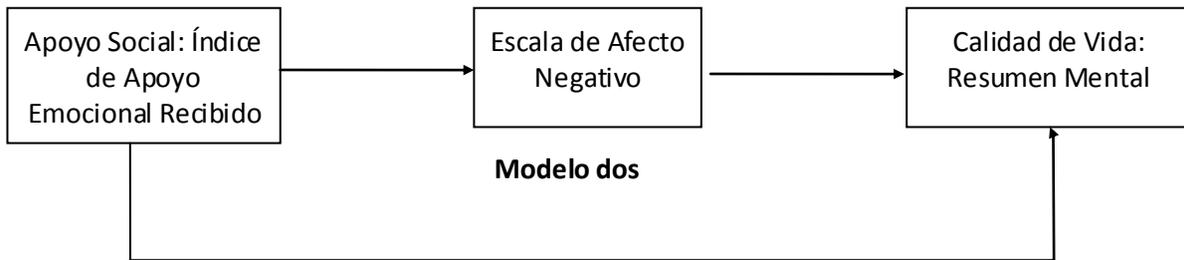


Tabla 8: Afecto Positivo como variable mediadora entre la relación del Apoyo E.R.¹ y la C.V.² en el Resumen Mental

Variable Independiente	B	D.E de B	β	Sig.	Variable Dependiente
Paso 1					
Apoyo E. R.	.461	.144	.461	.003	C.V. en R.M ³ .
Paso 2					
Apoyo E.R.	.125	.162	.126	.444	Afecto Positivo
Paso 3					
Apoyo E. R.	.436	.147	.441	.005	C.V. en R.M.
Afecto Positivo	.112	.148	.112	.456	C.V. en R.M.

¹E.R: Emocional Recibido; ²C.V: Calidad de Vida; ³R.M: Resumen Mental

En el modelo uno, no se cumplen los criterios para continuar con el análisis de mediación, pues el apoyo emocional recibido no se asocia con el afecto positivo ($\beta=.126$; $p=.444$) (ver tabla 8).

Tabla 9: Afecto Negativo como variable mediadora entre la relación del Apoyo E.R.¹ y la C.V.² en el Resumen Mental

Variable Independiente	B	D.E de B	β	Sig.	Variable Dependiente
Paso 1					
Apoyo E. R.	.461	.144	.461	.003	C.V. en R.M ³ .
Paso 2					
Apoyo E.R.	-.474	.143	-.483	.002	Afecto Negativo
Paso 3					
Apoyo E. R.	.265	.156	.263	.099	C.V. en R.M.
Afecto Negativo	-.430	.160	-.419	.011	C.V. en R.M.

¹E.R: Emocional Recibido; ²C.V: Calidad de Vida; ³R.M: Resumen Mental

En el modelo dos, se presentan las condiciones para realizar el análisis de mediación, pues el Apoyo Emocional se asocia significativamente con el Resumen Mental de la Calidad de Vida del paso uno ($\beta=.461$; $p=.003$); así como en el paso dos con el Afecto Negativo como variable independiente ($\beta=-.483$; $p=.002$) y el efecto del Apoyo Emocional Recibido se redujo significativamente en el paso tres ($\beta.263$; $p=.099$) (ver tabla 9).

Tabla 10: Afecto Positivo como variable mediadora entre la relación del Apoyo E.R.¹ y la C.V.² en el Resumen Físico

Variable Independiente	B	D.E de B	β	Sig.	Variable Dependiente
Paso 1					
Apoyo E. R.	.317	.154	.317	.046	C.V. en R.F. ³
Paso 2					
Apoyo E.R.	.125	.162	.126	.444	Afecto Positivo
Paso 3					
Apoyo E. R.	.315	.157	.320	.052	C.V. en R.F.
Afecto Positivo	-.090	.159	-.091	.572	C.V. en R.F.

¹E.R: Emocional Recibido; ²C.V: Calidad de Vida; ³R.F: Resumen Físico

Tabla 11: Afecto Negativo como variable mediadora entre la relación del Apoyo E.R.¹ y la C.V.² en el Resumen Físico

Variable Independiente	B	D.E de B	β	Sig.	Variable Dependiente
Paso 1					
Apoyo E. R.	.317	.154	.317	.046	C.V. en R.F. ³
Paso 2					
Apoyo E.R.	-.474	.143	-.483	.002	Afecto Negativo
Paso 3					
Apoyo E. R.	.262	.182	.261	.160	C.V. en R.F.
Afecto Negativo	-.132	.186	-.128	.484	C.V. en R.F.

¹E.R: Emocional Recibido; ²C.V: Calidad de Vida; ³R.F: Resumen Físico

De forma similar al modelo uno, el modelo tres y cuatro no cumplen con las condiciones necesarias para llevar a cabo el análisis de mediación (ver tabla 10 y 11).

Análisis de mediación

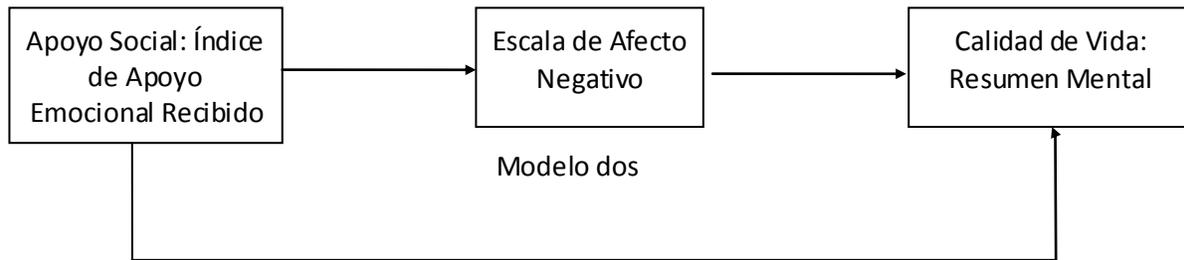


Tabla 12: Efectos entre las variables Apoyo E.R. y Afecto Negativo en la calidad de vida según el modelo de mediación propuesto

Variable Dependiente	Variable Independiente	Efecto Directo	Efecto Mediado	Efecto Total
Resumen Mental	Afecto Negativo	-.419		-.419
	Apoyo ER	.263	.202	.465
Afecto Negativo	Apoyo ER	-.483		-.483

En la tabla 12 se observa que el efecto mediado incrementa el efecto que tiene el Apoyo Emocional Recibido sobre la Calidad de Vida en el Resumen Mental; se puede decir que es una mediación parcial que explica el 43% del efecto total $((.465-.263)/.465= .43)$.

$$z = \frac{ab}{\sqrt{a^2se_b^2 + b^2se_a^2}}$$

$$z = \frac{(-.419)(-.483)}{\sqrt{(-.419)^2(.143)^2 + (-.483)^2(.160)^2}}$$

$$z=2.07$$

$$\text{Probabilidad de } z=.98 = 1-.98 = 0.02 / 2 = .01$$

Como $p=.01$ el modelo de mediación es significativo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Algunos autores (Monchietti & Krzemien, 2002; Salgado, 2005; Ostir 2008) han estudiado con anterioridad variables que afectan la calidad de vida como el apoyo social emocional, estructural y el afecto positivo, encontrando que estas variables mejoran la calidad de vida en adultos mayores, sin embargo, no se ha logrado establecer un modelo causal de la relación, además de que no se ha explicado en qué medida y cuáles son las variables que median la relación entre el apoyo social y la calidad de vida.

El presente estudio ha demostrado en una muestra de 40 adultos mayores de 60 años, que el apoyo social emocional es un factor importante dentro de la calidad de vida. Se encontró que los adultos mayores realizan actividades como pasear, convivir en casas de la tercera edad o asistir a un lugar para rezar, lo cual les permite tener una participación social activa que se relaciona con el afecto positivo, además reciben más apoyo de sus hijos, seguido por sus amigos, este es un punto importante ya que se observó quiénes son sus principales fuentes de apoyo, qué personas integran su red social (amigos, pareja, hermanos e hijos), y el grado de satisfacción que ésta les proporciona, en este caso es mayor por parte de los hijos.

Esto se pudo comprobar a partir de dos Índices del Cuestionario de Apoyo Social que son el Índice de Apoyo Emocional Recibido y el Índice de Rol del Individuo, (ambos hacen referencia a la percepción de apoyo) se relacionan con la calidad de vida en áreas como son: la Vitalidad, el Rol Emocional y la Salud Mental, (estas son áreas del Resumen Mental), su importancia radica en que se puede trabajar en el aspecto psicológico.

Respecto a la relación entre el afecto positivo y el afecto negativo con la calidad de vida en los adultos mayores, el negativo (como sentirse irritable, molesto, nervioso y culpable) resultó más significativo en esta relación, afectando principalmente las áreas de la calidad de vida como la Función Social, el Rol Emocional, la Vitalidad y la Salud General, (esta última se engloba en el Resumen Físico).

Al incluir la variable afecto que es la que se propone como mediadora en la relación entre el apoyo social y la calidad de vida en adultos mayores, se encontró un modelo que explica que un buen apoyo social en especial en el ámbito emocional genera baja afectividad negativa, y estas a su vez generan una buena calidad de vida. Lo cual quiere decir que a pesar de existir diferentes componentes que integran la calidad de vida, se puede afirmar en esta investigación que un 43% de la varianza de la relación entre apoyo social y calidad de vida se explica por la presencia de afecto negativo.

En este estudio los datos obtenidos en los adultos mayores entrevistados apoyan lo que reportó Kunzmann (2008), cuando planteó que el apoyo, en particular la participación social, se relaciona con el afecto positivo.

Otro dato que comprueba esta relación es el de Ostir (2006), quien estudió en adultos mayores cómo las emociones positivas se relacionan con un decremento en la presión arterial cuando presentan hipertensión sin tomar medicamento, demostrando que las emociones positivas impactan en la calidad de vida en el área de Salud General.

Además de que las relaciones sociales, en específico, tener a alguien con quien convivir, se asocian positivamente con la Salud Mental y Física, esto interviene positivamente en el afecto (Zamarrón & Dolores 2006; Alessandrini & Sánchez 2007).

Asimismo, también se demostró (como lo mencionó Monchetti & Krzemien, 2002; Salgado, 2005; Ostir 2008) que existen factores que afectan la calidad de vida como el apoyo social, las emociones positivas y las relaciones afectivas y que tener más participación social y una red amplia de apoyo afecta la calidad de vida, tanto en lo físico como en lo mental.

Uno de los principales hallazgos, no sólo es comprobar la relación ya existente entre el apoyo social y la calidad de vida, lo anterior cobra mayor relevancia cuando se incluye el análisis de otra variable, en este caso, el afecto que interviene en esa relación. Además de poder explicar en qué medida esta variable afecta la relación ya existente entre el apoyo social y la calidad de vida de adultos mayores.

La importancia de éste resultado sirve para evaluar, promover y modificar el afecto y variables que intervienen en la calidad de vida, a través de un programa integral que incremente la calidad de vida en adultos mayores.

Otro hallazgo importante es haber desarrollado una metodología de evaluación de la calidad de vida, esta es una aportación para complementar programas ya existentes en México por parte del instituto del INAPAM en adultos mayores. Ya que generalmente los programas para adultos mayores dejan relegada la intervención psicológica, además de sólo enfocarse a la promoción ó intervención de la calidad de vida.

Respecto a la parte metodológica se cumplió con los criterios de inclusión originalmente planteados, se vigiló el proceso de medición para evitar inconsistencias y se resolvieron dudas para que no hubiera pérdidas totales de información; en particular en el análisis de datos se realizaron los pasos necesarios para confirmar la confiabilidad de los instrumentos.

Este estudio presentó una buena validez interna ya que se vigiló el proceso de administración de los cuestionarios, se aplicaron en una sola sesión y no hubo mortalidad experimental. Respecto a la validez externa, el trabajo podría ser replicable y es confiable, hay que resaltar que la consistencia interna de los tres instrumentos aplicados fue alta y que los instrumentos se componen de preguntas de fácil comprensión para la población estudiada.

Particularmente la ventaja del Cuestionario de Apoyo Social aplicado es que permitió medir tres tipos de apoyo; que son estructural, instrumental y emocional, en un mismo cuestionario, en cambio, otros como el Perfil de Duke (estructura de la red), entrevista Manheim (estructura de la red y sus funciones), entrevista de Apoyo Social de Arizona (necesidad de apoyo y satisfacción), cuestionario MOS (estructura y sus funciones) solo miden un tipo de apoyo, cuando sabemos que este no es unidimensional y que al tener tres áreas diferentes de apoyo se puede dar una explicación más amplia tanto de sus componentes y de cómo estos afectan en la calidad de vida o el afecto tanto positivo como negativo.

La limitación de este estudio es que no se tuvo la posibilidad de explicar en los resultados diferencias respecto a la edad en los adultos mayores, ya que hay diferencias entre adultos mayores de 60 años a otros de 75 años. Referente a el Cuestionario de Apoyo Social sería ideal encontrar un cuestionario más breve que incluya los diferentes tipos de apoyo.

Los resultados de la investigación se pueden fortalecer al replicar este estudio en diferentes escenarios (asilos, centros de reunión, parques, que viven solos o con su familia), planeando un diseño longitudinal, e incluir la medición de otras variables psicológicas como motivación, asertividad, personalidad, que probablemente afecten la relación entre apoyo social y calidad de vida. La investigación puede servir como propuesta de trabajo de equipos de salud, para que se observe y evalúe un enfoque diferente al de la enfermedad.

Esto puede ser utilizado por psicólogos para tener una adecuada intervención que esté sustentada en una evaluación o profesionales de la salud interesados en la gerontología, como una herramienta más de apoyo en programas para adultos mayores, para el beneficio de la población anciana y futuros ancianos.

Finalmente se concluye que existe una relación favorable entre el apoyo social y la calidad de vida en adultos mayores. Contar con una red social amplia, relacionarse con los miembros de la red y percibir apoyo social incrementa la calidad de vida de los adultos mayores, sobre todo en el área de salud mental. Al presentarse una mejor percepción de apoyo social se tiene un mayor afecto positivo. Por último, el modelo explicativo encontrado indica que probablemente un buen apoyo social en el ámbito emocional genera bajo afecto negativo que a su vez genera una buena calidad de vida.

REFERENCIAS

- Alessandrini, R. & Sánchez, K. (2007). Tercera edad: consideraciones éticas. *Bioética*, 7(3), 4-9.
- Alonso, P., Sansó, F., Díaz, A., Carrasco, M., & Olivia, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33 (1).
- Aranibar, P. (2004). Calidad de vida y vejez. Universidad de Barcelona. Recuperado el 12 de mayo de 2009, de *Centro interdisciplinar de asistencia e Pesquisa en envejecimiento*. Disponible en: <http://www.ciape.org.br/artigos/CALIDADDEVIDAYVEJEZ%5B1%5D.doc>
- Arostegui, I., & Núñez-Anton, V. (2008). Aspectos estadísticos del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud short form-36 (SF-36). *Estadística española*, 57 (167), 147-192.
- Asociación Médica Mundial (2008) Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. <http://www.wma.net>
- Aspinwall, L., & Staudingen, Ú. (2007). Psicología del potencial humano: cuestiones fundamentales y normas para una psicología positiva. España: Gedisa.
- Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J., Abanades, J., García, N., & Valero, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista. Española Salud Pública*, 76 (6), 683-699.
- Ballesteros, F. (2000). Gerontología social. México: Pirámide.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes, & M. M. Baltes, *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (págs. 1-34). Nueva York: Cambridge University Press.
- Bazo, M. (1992). La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos. *REIS*, 60, 75-90.
- Bonifacio, S., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T., Santed, M., & Valiente, R. (1999). Escala panas de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11 (1), 37-51.

- Botero, B. E. & Pico, M. E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la promoción de la salud*, 12, 11-24.
- Camps, V. (2004). La vejez como oportunidad. *Humanitas: humanidades médicas*, 1, 99-105.
- Carbelo, B., & Jáuregui, E. (2006). Emociones positivas: humor positivo. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 18-30.
- Castillo, I., Póo, M. & Alonso, I. (2004). Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca. *Revista Española de Salud Pública*, 78 (5), 609-621.
- Chapman, B., Duberstein, P., & Lyness, J. (2007). Personality Traits, Education, and Health-Related Quality of Life Among Older Adult Primary Care Patients. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 62B (6), 343-352.
- Consejo Nacional de población. (2008). Proyecciones de la población 2005-2050. Recuperado el 13 de mayo de 2010, Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=294
- Couso, C., Zamora, M., Puron, I., & Pino, I. (1998). La bioética y los problemas del adulto mayor. *Medisan*, 2 (3), 30-35.
- Dorina, S. & Feldberg, C. (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 22 (2), 267-272.
- Dulcey-Ruiz, E., & Uribe, C. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (1-2), 17-27.
- Durán Arenas, L., Gallegos Carrillo, K., & Salinas Escudero, G. Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el formato corto 36. *Salud pública de México*, 46 (4), 306-315.
- Fernández, S., Almuiña, M., Alonso, O. & Blanco, B. (2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Revista Cubana Hig Epidemiol*, 39 (2), 77-81.

- Florencia Giuliani, M., & Arias, C. (2010). Regulación emocional en la vejez. Estudio comparativo por género 11º Congreso Virtual de Psiquiatría.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B., & Losada, M. (2005). Positive Affect and the Complex Dynamics of Human Flourishing. *American Psychologist*, 60 (7), 678-686.
- García, M. (2003). Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte. Recuperado el 12 de marzo de 2009, de <http://www.efdeportes.com>.
- Godoy-Izquierdo, D., Martínez, A., & Godoy, J. F. (2008). La "escala de balance afectivo". Propiedades psicométricas de un instrumento para la medida del afecto positivo y negativo en población española. *Clínica y salud*, 19 (2), 157-189.
- González, M. (2007). Los retos de la tercera edad: nuevas oportunidades (29 ed.). México: Trillas.
- González, M. C., Pico, M. E., & Rivera, C. F. (2005). Estudio multicéntrico sobre calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años en 4 ciudades de Colombia. Universidad de Caldas Manizales: Publicación de la Facultad de Ciencias Para la Salud.
- Gutiérrez, L. (2004) La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. *La Situación Demográfica de México*, 53-70.
- Guzmán, J. M., Huenchuan, S., & Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de población*, 77, 35-70.
- Ham-Chande, R. (1996). El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Pública de México*, 38, 409-418.
- Ham, R. (2003). El envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica. México: Porrúa.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). Metodología de la Investigación (4ª ed). México: McGraw-Hill.
- IMSERSO (2006) Zamarrón, C. & Dolores, M. El bienestar subjetivo en la vejez. Recuperado el 12 de marzo de 2008, Disponible en:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zamarron-bienestar-01.rtf>

- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). (2001). *Salud y Envejecimiento*. España.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2008). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad*. [archivo de datos] México D.F: Datos nacionales.
- Izal, M., & Fernández-Ballesteros, R. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de Psicología*, 6 (2), 181-198.
- Izquierdo, Á. (2005). Psicología del desarrollo de la edad adulta Teorías y contextos. *Revista Complutense de Educación*, 16 (2), 601-619.
- Kunzmann, U. (2008). Differential Age Trajectories of Positive and Negative Affect: Further Evidence From the Berlin Aging Study. *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, 63B (5), 261-270.
- Lahuerta, C., Borrell, C., Rodríguez-Sanz, M., Pérez, K., & Nebot, M. (2004). La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gaceta sanitaria*, 18 (2), 83-91.
- Lorenzo, J., & Fontán, L. (2003). Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. El concepto de deterioro cognitivo leve. *Revista Médica de Uruguay*, 19, 4-13.
- Martínez, I., Hakkert, R. & Gascón, S. (2002). Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe. *Serie de seminarios y conferencias*(30), 61-126. Chile, Santiago de Chile: CEPAL.
- Meléndez, J., Tomas, J. M. & Navarro., E. (2007). Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. *Revista Salud Pública de México*, 49(6), 408-414.
- Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., Díaz, A. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psykhe*, 13, (1), 79-89.
- Milagros, M. (2007). Envejecimiento y cambios psicológicos. *Revista Tiempo* (21), 1-12.

- Monchietti, A. & Krzemien, D. (2002). Envejecimiento femenino: participación social significativa y salud. *Revista Psiquiatría*, 6(1), 1-2.
- Moñivas, A. (1998). Representaciones de la vejez (modelos de disminución y crecimiento). *Anales de Psicología*, 14 (1), 13-25.
- Moreno, B. & Gálvez, M. (2010). La Psicología Positiva va a la Escuela. Tipica, *Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 6 (1), 211-220.
- Murray, E. (2008). Elaboración de un concepto: Vejez. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 17(1), 44-53.
- Nebot, m., Lafuete, J. M., Tomás, Z., Borrell, C., & Ferrando, J. (2002). Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana: un estudio longitudinal. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (6), 673-682.
- Ostir, G., Berges, I., Markides, K., & Ottenbacher K. (2006). Hypertension in Older Adults and the Role of Positive Emotions. *Psychosomatic Medicine*, 68, 727–733.
- Ostir, G., Berges, I., Ottenbacher, M., Clow, A., & Ottenbacher K. (2008). Associations Between Positive Emotion and Recovery of Functional Status Following Stroke. *Psychosomatic Medicine*, 70, 404 - 409
- Otero, Á., Zunzunegui, M., Béland, F., Rodríguez, Á. & García, M. (2006). *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Universidad Autónoma de Madrid, Universidad de Montreal. España.: Fundación BBVA.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2001). *Desarrollo humano* (8 ed.). Colombia: Mc Graw-Hill.
- Peláez, M. (2005). La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas. *Panamericana de Salud Pública*, XVII, 299-302.
- Pérez, A. (2006). *El cuidador primario de familiares con dependencia: calidad de vida, apoyo social y salud mental*. Tesis, Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, España.
- Regalado, P. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Española Geriatria Gerontología*, 37, 74-105.
- Reyes, C., Camacho, M. & Eschbach., K. (2006). El contexto de la familia y el vecindario en la salud de los ancianos del estudio EPESE hispano. *Colombia Médica*, 37(2), 45-49.

- Robles, L., Rizo, G., Camarena, L., Cervantes, L., Gómez, M., & Siordia, M. (2000). Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. *Salud Pública*, 16 (2), 557-560.
- Robles, R. & Paéz, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*, 26(1), 69-75.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *Gerontologist* , 37 (4), 433-440.
- Salgado, N., González, T., Jáuregui, B. & Bonilla., P. (2005). No hacen viejos los años si no los daños: Envejecimiento y salud en varones rurales. *Revista Salud Pública de México*, 47(4), 294-302.
- Salinas, A., Manrique, B., & Téllez, M. (2008) Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para Adultos Mayores del Programa Oportunidades. *III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP*. Córdoba, Argentina.
- Sánchez, C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas*. Tesis Doctoral, Universidad de Málaga, Málaga, España.
- Sánchez, P. (1992). Bases y fundamentos para una aproximación sociológica a la vejez. *Revista sociológica*, (40), 99-120.
- Secretaría de salud. (2007). Programa nacional de salud 2007-2012. México: Secretaría de salud.
- Vázquez, C. (2006). La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 1-2.
- Vázquez; C. Hervás, G., & Ho, S. (2004). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14 (3), 401-432.
- Vecina Jiménez, M. L. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 9-17.
- Velarde, E. & Ávila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Revista Salud Pública de México*, 44 (4), 349-361.
- Vera, B. (2006a). Acercarse a la psicología positiva a través de una bibliografía comentada. *Psicología Clínica y Salud*, 259-276.

- Vera, B. (2006b). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 3-8.
- Villagordo, J. (2007). Definición de envejecimiento y síndrome de fragilidad, características epidemiológicas del envejecimiento en México. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 15 (1), 27-31.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

Yo _____, acepto participar de forma voluntaria en el estudio "Efecto del apoyo social y el afecto positivo en la calidad de vida de personas de la tercera edad". He sido informado (a) de que la meta de este estudio es poder contribuir a la formación de programas de evaluación de la calidad de vida en adultos mayores.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 90 minutos. La información que yo proporcione esta investigación es estrictamente confidencial y sólo será usada para este estudio. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Firma del participante

Fecha

Testigos

Nombre y firma del testigo

Fecha

Nombre y firma del testigo

Fecha

ANEXO 2

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Centro _____

DATOS GENERALES:	
Nombre	
Sexo	1-masculino 2-femenino
Edad	
Teléfono	
Estado civil	1-soltero/a, 2-casado/a, 3-unión libre, 4-divorciado/a-separado/a 5-viudo/a
Escolaridad	1-sin estudios, 2-primaria inconclusa, 3-primaria, 4-secundaria, 5bachillerato, 6-profesional
Vive con	
Ocupación	
Antecedentes de salud	
Pasatiempos	

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

Nombre _____
Fecha _____

Instrucciones: A continuación se presenta una serie de preguntas respecto a sus relaciones personales, lea cada una y responda aquella que más lo describa.

Participación social

1. ¿Actualmente forma parte de alguna asociación o club (cultural, deportivo, recreativo)?
0) No 1) Sí
2. Cuántas veces al mes acude usted a:
 - 2.1 Plaza o lugar para hacer compras o pasear _____
 - 2.2 Centro de tercera edad, casa de la tercera edad, centro de re creatividad para ancianos _____
 - 2.3 Parroquia, iglesia o lugar para rezar _____

a) Amigos

1. En general, ¿cuántos amigos tiene (personas con las que se siente bien, puede hablarles de cosas que le interesan o puede llamarles para que le ayuden)? _____
2. ¿Cuántos amigos ve al menos una vez al mes? _____
3. ¿Con cuántos de ellos habla usted por teléfono al menos una vez al mes? _____
4. ¿Cuánto tarda en llegar a la casa del más cercano? _____
5. _____

¿Con qué frecuencia sus amigos la/le hacen sentirse querido/a y cuidado/a?

0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre

¿Con qué frecuencia sus amigos le escuchan cuando usted necesita hablar de sus preocupaciones o problemas?

0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre

¿Con qué frecuencia siente que sus amigos le reprochan lo que hace?

3. Nunca 2. A veces 1. Con frecuencia 0. Siempre

¿Con qué frecuencia desearía poder confiar más en sus amigos?

3. Nunca 2. A veces 1. Con frecuencia 0. Siempre

¿Con qué frecuencia ayuda usted a sus amigos?

0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre

¿Con qué frecuencia siente usted que tiene un papel importante entre sus amigos?

0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre

¿Con qué frecuencia se siente usted útil para sus amigos?

0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre

¿En general, tiene usted la sensación de que durante el año pasado hizo más por sus amigos de lo que ellos hicieron por usted?

0. Los otros hicieron más 1. Yo hice más 2. Un poco más 3. Aproximadamente lo mismo

Teniendo en cuenta todas las cosas, ¿está satisfecho de su relación con sus amigos?

0. Nada satisfecho 1. Insatisfecho 2. Satisfecho 3. Muy satisfecho

b) Hijos

1. ¿Cuántos hijos tiene? _____

2. ¿Cuántos de ellos ve al menos una vez al mes? _____

3. ¿Con cuántos de ellos habla usted por teléfono al menos una vez al mes? _____

4. ¿Cuánto tarda en llegar a casa del más cercano? Horas _____ minutos _____

5. ¿Con cuántos de sus hijos cree usted que tiene una relación muy buena? _____

¿Con qué frecuencia sus hijos la/le hacen sentirse querido/a y cuidado/a?

0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre

¿Con qué frecuencia sus hijos le escuchan cuando usted necesita hablar de sus preocupaciones o problemas?

0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre

¿Con qué frecuencia siente que sus hijos le reprochan lo que hace?

3. Nunca 2. A veces 1. Con frecuencia 0. Siempre

¿Con qué frecuencia desearía poder confiar más en sus hijos?

3. Nunca 2. A veces 1. Con frecuencia 0. Siempre

¿Con qué frecuencia ayuda usted a sus hijos?

0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre

¿Con qué frecuencia siente usted que tiene un papel importante entre sus hijos?

0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre

¿Con qué frecuencia se siente usted útil para sus hijos?

0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre

¿En general, tiene usted la sensación de que durante el año pasado hizo más por sus hijos de lo que ellos hicieron por usted?

0. Los otros hicieron más 1. Yo hice más 2. Un poco más 3. Aproximadamente lo mismo

Teniendo en cuenta todas las cosas, ¿cómo está de satisfecho de su relación con sus hijos?

0. Nada satisfecho 1. Insatisfecho 2. Satisfecho 3. Muy satisfecho

c) Hermanos

1. ¿Cuántos hermanos tiene? _____
2. ¿A cuántos de ellos ve al menos una vez al mes? _____
3. ¿Con cuántos de ellos habla usted por teléfono al menos una vez al mes? _____
4. ¿Cuánto tarda en llegar a la casa del más cercano? Horas ____ minutos _____

d) Sobrinos

1. ¿Cuántos sobrinos tiene? _____
2. ¿A cuántos de ellos ve al menos una vez al mes? _____
3. ¿Con cuántos de ellos habla usted por teléfono al menos una vez al mes? _____
4. ¿Cuánto tarda en llegar a casa del más cercano? Horas ____ minutos _____

e) Nietos

1. ¿Cuántos nietos tiene? _____
2. ¿A cuántos de ellos ve al menos una vez al mes? _____
3. ¿Con cuántos de ellos habla usted por teléfono al menos una vez al mes? _____
4. ¿Cuánto tarda en llegar a casa del más cercano? Horas ____ minutos ____

¿Con qué frecuencia sus hermanos, sobrinos o nietos la/le hacen sentirse querido/a y cuidado/a?

0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre

¿Con qué frecuencia sus hermanos, sobrinos o nietos le escuchan cuando usted necesita hablar de sus preocupaciones o problemas?

0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre

¿Con qué frecuencia siente que sus hermanos, sobrinos o nietos le reprochan lo que hace?

3. Nunca 2. A veces 1. Con frecuencia 0. Siempre

¿Con qué frecuencia desearía poder confiar más en sus hermanos, sobrinos o nietos?

3. Nunca 2. A veces 1. Con frecuencia 0. Siempre

¿Con qué frecuencia ayuda usted a sus hermanos, sobrinos o nietos?

0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre

¿Con qué frecuencia siente usted que tiene un papel importante entre sus hermanos, sobrinos o nietos?

0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre

¿Con qué frecuencia se siente usted útil para sus hermanos, sobrinos o nietos?

0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre

¿En general, tiene usted la sensación de que durante el año pasado hizo más por sus hermanos, sobrinos o nietos de lo que ellos hicieron por usted?

0. Los otros hicieron más 1. Yo hice más 2. Un poco más 3. Aproximadamente lo mismo

Teniendo en cuenta todas las cosas, ¿está satisfecho de su relación con sus hermanos, sobrinos o nietos?

0. Nada satisfecho 1. Insatisfecho 2. Satisfecho 3. Muy satisfecho

f) Esposo/a-pareja

¿Con qué frecuencia su esposo/a o pareja la/le hacen sentirse querido/a y cuidado/a?

0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre

¿Con qué frecuencia su esposo/a o pareja lo/la escucha cuando usted necesita hablar de sus preocupaciones o problemas?

0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre

¿Con qué frecuencia siente que su esposo/a o pareja le reprocha lo que hace?

3. Nunca 2. A veces 1. Con frecuencia 0. Siempre

¿Con qué frecuencia desearía poder confiar más en su esposo/a o pareja?

3. Nunca 2. A veces 1. Con frecuencia 0. Siempre

¿Con qué frecuencia ayuda usted a su esposo/a o pareja?

0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre

¿Con qué frecuencia siente usted que tiene un papel importante con su esposo/a o pareja?

0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre

¿Con qué frecuencia se siente usted útil para su esposo/a o pareja?

0. Nunca 1. A veces 2. Con frecuencia 3. Siempre

¿En general, tiene usted la sensación de que durante el año pasado hizo más por su esposo/a o pareja de lo que él/ella hizo por usted?

0. El/ella hizo más 1. Yo hice más 2. Un poco más 3. Aproximadamente lo mismo

Teniendo en cuenta todas las cosas, ¿está satisfecho de su relación con su esposo/a o su pareja?

0. Nada satisfecho 1. Insatisfecho 2. Satisfecho 3. Muy satisfecho

g) confidente

1. ¿Hay alguna persona especial con quien pueda usted compartir confidencias y sentimientos, alguien en quien usted sienta que puede confiar? 0) No 1) Si

2. ¿Qué relación tiene usted con esa persona? Esposo/a, hija, hijo, hermana, hermano, otro familiar (mujer), otro familiar (hombre), amiga, amigo, profesional, otro

ANEXO 4**ESCALA PANAS DE AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO**

Nombre _____

Fecha _____

Instrucciones: Lea cada palabra y marque solo una respuesta en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted (me gustaría saber su opinión). Indique cómo se siente **generalmente**.

		Nada 1	Algo 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Extremadamente 5
1	Motivado					
2	Irritable					
3	Molesto (disgustado)					
4	Alerta					
5	Emocionado					
6	Avergonzado					
7	De malas					
8	Inspirado					
9	Firme					
10	Nervioso					
11	Culpable					
12	Decidido					
13	Temeroso					
14	Atento					
15	Agresivo					
16	Inquieto					
17	Entusiasmado					
18	Activo					
19	Orgullosa					
20	Inseguro					

ANEXO 5

SF-36

Nombre _____

Fecha _____

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas subraye la respuesta que a su juicio, se pueda aplicar mejor a usted, **marque una sola respuesta.**

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa