



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA

TESIS

**RELACIÓN ENTRE EL SENTIMIENTO DE SOLEDAD Y EL BIENESTAR
PSICOLÓGICO EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL NIVEL I CARLOS
ALCÁNTARA BUTTERFIELD**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**AUTORA:
ESTEFANY ANGIE CAVIEDES LANGLE**

LIMA – PERÚ

2015

DEDICATORIA

A todos aquellos que han sentido la soledad sempiterna en cada instante de su vida, algunas veces como el sentimiento más fascinante y otras como el más oscuro de todos los miedos.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a mis admirables padres, Susana Langle y Roberto Caviedes, por su apoyo absoluto e incondicional y a mis valiosos hermanos por su completo respaldo. De igual manera, a la Universidad Alas Peruanas, casa de estudios que fue parte de mi crecimiento personal; al Doctor Freddy Jaimes, quien compartió sus conocimientos afablemente conmigo contribuyendo al desarrollo de esta tesis; a los profesores Martín Flores, Flor Rocha y Bruno Zanolo, por la motivación que me inspiraron durante la formación de pregrado. Así como también, a todos aquellos de los que aprendí que el esfuerzo siempre es valioso.

RESUMEN

Esta investigación tuvo por finalidad determinar la relación entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en los adultos mayores que asistieron en calidad pacientes externos a los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina. La población en mención estaba constituida por adultos mayores varones (34%) y mujeres (66%) en el rango de edad de 65 a 93 años, se tomó intencionalmente una muestra del total de 100 personas a quienes se les aplicó la Escala ESTE y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, estos instrumentos permitieron identificar el tipo de relación y su intensidad, entre las variables de estudio. Los resultados evidencian que existe una relación altamente significativa y negativa entre el sentimiento de soledad y bienestar psicológico ($\rho = -0.70$; $p < 0.01$), lo que significa que a mayor sentimiento de soledad, menor bienestar psicológico en adultos mayores; con respecto a las relaciones entre las dimensiones de sentimiento de soledad y bienestar psicológico se hallaron relaciones significativas y negativas en todos los casos, sin embargo, destacan relaciones de mayor grado con soledad social ($\rho = -0.69$, $p < 0.01$) y familiar ($\rho = 0.66$, $p < 0.01$); de otro lado, la relación con menor fuerza se halló entre soledad conyugal y bienestar psicológico ($\rho = -0.30$, $p < 0.01$).

Palabras clave: sentimientos, soledad, bienestar psicológico, adultos mayores.

ABSTRACT

This research was aimed to determine the relationship between loneliness and psychological well-being in older adults who attended as outpatient medical services Level I Hospital Carlos Alcantara Butterfield located in the district of La Molina. The population in question consisted of elderly men (34%) and women (66%) in the age range of 65-93 years, intentionally took a sample of all 100 people who were applied ESTE scale and Ryff Scale of Psychological Welfare, these instruments helped identify the type and intensity of relationship between the study variables. The results show that there is a highly significant and negative relationship between loneliness and psychological well-being ($\rho = -0.70$; $p < 0.01$), which means that the greater the feeling of loneliness, lower psychological well-being in older adults; with regard to relations between the dimensions of loneliness and psychological well-being significant and negative in all cases relationships were found, however, include relations with greater social loneliness ($\rho = -0.69$, $p < 0.01$) and family ($\rho = 0.66$, $p < 0.01$); on the other hand, the relationship with less force was found between marital loneliness and psychological well-being ($\rho = -0.30$, $p < 0.01$).

Key words: feelings, loneliness, psychological well-being, elderly.

ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Índice	vi
Lista de tablas	ix
Introducción	x

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática	12
1.2 Delimitación de la investigación	15
1.2.1 Delimitación temporal	15
1.2.2 Delimitación geográfica	15
1.2.3 Delimitación social	15
1.3 Formulación del problema	16
1.3.1 Problema principal	16
1.3.2 Problemas secundarios	16
1.4 Objetivos de la investigación	17
1.4.1 Objetivo general	17
1.4.2 Objetivos específicos	17
1.5 Hipótesis de la investigación	18
1.5.1 Hipótesis general	18
1.5.2 Hipótesis secundarias	18
1.6 Justificación de la investigación	18
1.6.1 Teórica	19
1.6.2 Social	19
1.6.3 Práctica	19

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación	21
2.1.1 Investigaciones Internacionales	21
2.1.2 Investigaciones Nacionales	24
2.2 Bases teóricas	26
2.2.1 Sentimiento de soledad en el adulto mayor	26
2.2.1.1 El adulto mayor	26
2.2.1.2 Conflictos psicológicos del adulto mayor	31
2.2.1.3 Soledad en el adulto mayor	36
2.2.1.4 Dimensiones del Sentimiento de soledad en adultos mayores	39
2.2.1.5 Causas del sentimiento de soledad en el adulto mayor	41
2.2.1.6 Consecuencias del sentimiento de soledad en el adulto mayor	44
2.2.2 Bienestar psicológico del adulto mayor	48
2.2.2.1 Calidad de vida del adulto mayor	48
2.2.2.2 Bienestar psicológico en adultos mayores	49
2.2.2.2 Dimensiones del bienestar psicológico en adultos mayores.	52

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo de la investigación	56
3.2 Diseño de la investigación	56
3.3 Población y muestra de la investigación	56
3.3.1 Población	56
3.3.2 Muestra	57
3.4 Variables, dimensiones e indicadores	57
3.5 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos	59
3.5.1 Técnicas	59
3.5.2 Instrumentos	60
3.5.2.1 Escala Este	60

3.5.2.2 Escala de Bienestar Psicológico de Ryff	63
3.6 Procedimientos	66
3.6.1 Procesamiento estadístico	66

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 Descripción de resultados	69
4.2 Discusión de resultados	75
Conclusiones	80
Recomendaciones	81
Referencias	82

Anexos

1. Escala Este para medir soledad en adultos mayores
2. Escala de Bienestar Psicológico de RYFF
3. Matriz de Consistencia.

LISTA DE TABLAS

N°	Título	Pág.
1	Matriz Operacional de la variable 1	57
2	Matriz Operacional de la variable 2	58
3	Comparación de coeficientes de correlación test-retest de la escala Este por total y factor para la escala Este en su versión española y colombiana.	61
4	Medición de la confiabilidad mediante el Alfa de cronbach general y por factores de la escala Este para la población de Bucaramanga – Colombia.	62
5	Variable 1, división de ítems por dimensión y categorías.	63
6	Consistencia interna de la versión española de la escala de Reyff con 39 ítems.	64
7	Consistencia interna y análisis confirmatorio del modelo propuesto con 29 ítems de la escala Ryff	64
8	Alfa de Cronbach para escala Ryff; total y dominios, para muestra total y rangos de edad.	65
9	Variable 2, división de ítems por dimensión y categorías.	65
10	Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio	67
11	Relación entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores.	70
12	Relación entre el sentimiento de soledad social y el bienestar psicológico en adultos mayores.	71
13	Relación entre el sentimiento de soledad familiar y el bienestar psicológico en adultos mayores.	72
14	Relación entre el sentimiento de soledad conyugal y el bienestar psicológico en adultos mayores	73
15	Relación entre el sentimiento de soledad como crisis de adaptación y el bienestar psicológico en adultos mayores.	74

INTRODUCCIÓN

Se espera que todas las personas atraviesen por la etapa de desarrollo de adultez mayor; al imaginar ésta vivencia, la mayoría desea que sea una etapa de descanso, tanto de las actividades laborales como domésticas, un período en que se es cuidado más que cuidador. Sin embargo, es importante conocer que existe una gran casuística y dentro de ella se encuentran también los conflictos emocionales que puede tener un adulto mayor. Actualmente en el Perú gran parte de la población es adulta mayor, en la mayoría de familias existe por lo menos un miembro que pasa los 60 años de edad y muchas veces es difícil afrontar los cambios que implica esta etapa, tanto para la familia como para la persona de edad avanzada. Uno de los conflictos, que mediante esta investigación se pretende conocer más a fondo, es el sentimiento de soledad, así como las consecuencias que este sentimiento produce en el bienestar psicológico de un adulto mayor, con la finalidad de ampliar la visión de las alternativas que permitan mejorar la calidad de vida en la última etapa de desarrollo. En el capítulo primero se describe la realidad problemática del bienestar psicológico y el sentimiento de soledad en los adultos mayores del Perú y del mundo, también los objetivos e hipótesis planteados en este estudio. En el capítulo segundo se encuentran resúmenes de investigaciones internacionales y nacionales que permiten conocer información científica acerca de las dificultades que presentan los adultos mayores. Asimismo, se fundamenta teóricamente el sentimiento de soledad, describiéndose los factores internos y externos que predominan en un adulto mayor cuando se siente solo. Conjuntamente, se trae a notar el contenido de aquello que se conoce como bienestar psicológico, qué es lo que implica que un adulto mayor pueda sentirse bien o no en su mundo interno y de qué forma este sentir se ve modificado o afectado por el sentimiento de soledad. Se resalta también en esta investigación la importancia de la individualidad, es decir, la forma particular y única en que cada adulto mayor percibe su mundo y cómo actúa frente a éste. En el capítulo tercero y cuarto se detallan los resultados de este estudio junto a la discusión del tema de investigación, así como las conclusiones y recomendaciones a las que se llegó.

**CAPITULO I:
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1 Descripción de la realidad problemática:

Al hablar de adultez mayor en el Perú según la ley 28803 se considera desde los 60 años de edad en adelante. Dicha ley se aplica desde el año 2006 donde se contempla todos los derechos de una persona considerada adulta mayor, concordando la identificación de esta etapa del ciclo vital con asambleas internacionales que la respaldan (OMS, 2002). El cumplimiento la mencionada ley ha generado sin duda una mejoría en su calidad de vida; sin embargo, el tema de las relaciones afectivas del adulto mayor es aún más específico, delicado y personalizado; una tarea difícil de desarrollar tomando en cuenta que es una población que va creciendo considerablemente; según estadísticas de nuestro país, en los últimos 35 años, se ha triplicado (INEI, 2008). Por ello, aún falta mucho por aportar y promover la mejoría del componente emocional que acompaña esta etapa de vida en los diversos casos de nuestro país.

Es importante mencionar que los adultos mayores forman el 9.2% de la población total del Perú (INEI, 2014). El informe, fechado en diciembre último y que recoge los resultados del trimestre julio-setiembre del 2014 de la Encuesta Nacional de Hogares, también da cuenta de que el 39,8% de los hogares del Perú cuentan con al menos una persona de 60 a más años entre sus miembros (INEI, 2014). Esto repercute de forma relevante en el País y en distintos aspectos de la vida; como la familia, la economía y productividad, los servicios de salud y la sociedad de forma global.

En esta etapa de desarrollo, la salud física disminuye y algunos procesos psíquicos se ven afectados. Golfarb (citado por Santorres, 2013) señalaba que:

El envejecimiento está mejor definido en términos funcionales como un proceso inevitable y progresivo de menoscabo de la capacidad para adaptarse, ajustarse y sobrevivir. La senectud es

un estado en el cuál la disminución de la capacidad funcional, física y mental, se ha hecho manifiesta, mensurable y significativa (p21).

Esto trae como consecuencia, en muchos casos, a los sentimientos de inseguridad e inevitable dependencia. En un contexto de soledad, según Parodi (2014), la persona se vuelve vulnerable e indefensa para afrontar las necesidades básicas de dependencia, intimidad y relación con otros. Se desencadenan sentimientos de desestima, necesidad de alguien con quien hablar, alguien con quien compartir y por su misma condición física se agotan con mayor facilidad en el quehacer de sus actividades, lo que desciende su motivación para emprender nuevos proyectos o encontrar nuevas metas. Afirma Parodi (2014) que en la mayoría de los casos, sienten también el temor a la muerte y que existen ocasiones en que estas molestias no son manifestadas, por la creencia de molestar a sus familiares.

De estas circunstancias y sus consecuencias se resaltarán un sentimiento en particular, el sentimiento de soledad, que muchas veces se encuentra sumergido o es base, en algunos casos, de trastornos emocionales. En Reino Unido, la mitad de los mayores de 75 años viven solos y uno de cada diez padece de soledad aguda, según publica BBC Mundo en el año 2013.

Asimismo el geriatra José Francisco Parodi (2014), mencionaba en una entrevista para Radio Programas del Perú que la soledad es una de las situaciones más tristes que afronta una persona adulta mayor. Aunque este estado de ánimo suele darse a cualquier edad, este sector adulto de la población es el que más lo sufre.

Aquel sentimiento de soledad tendrá un impacto en el bienestar psicológico del adulto mayor, un estudio realizado en España encontró que el soporte social, la frecuencia alta de contactos y una extensa red

de apoyo social contribuye al bienestar psicológico de adultos mayores (Vera, Sotelo y Domínguez; 2005).

Lo que se pretende explicar en esta investigación es qué sucede con el bienestar psicológico de una persona adulta mayor que se siente sola. Para ello se entiende bienestar psicológico dentro de un universo más amplio, el de la calidad de vida, concepto definido por varias disciplinas y aplicable a diversos contextos de análisis. Un país, una ciudad, un barrio, hospitales, asilos, ambientes físicos o ambientes de trabajo, la vida conyugal y la vejez son ejemplos de situaciones en que se puede evaluar la calidad de vida de sus miembros (Liberalesso, 2002).

Un artículo del Diario El Comercio con fecha octubre del 2013 informa acerca de una valiosa investigación publicada por la organización de ayuda Helpage International, se trata del primer estudio que clasifica a los países de acuerdo al bienestar social y económico que contribuyen al bienestar psicológico de los adultos mayores. Según este estudio, la mejor calidad de vida para este grupo etario está en Suecia; mientras que la considerada peor calidad de vida, se encuentra en Afganistán. Para el informe los investigadores tomaron datos de varias organizaciones internacionales, como el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Internacional del Trabajo y la UNICEF.

Se obtuvo también de los 91 países evaluados, que en Latinoamérica; Chile ocupa el lugar número 19, destacándose como el mejor de la región, seguido de Uruguay (23), Argentina (26), Costa Rica (28). Perú se ubica en el puesto 43. Honduras ocupa el último lugar (82) en la región con las peores condiciones para la población mayor de 60 años, la anteceden Guatemala (75) y Paraguay (72).

Es importante conocer ésta información que indica cómo se afronta a nivel mundial el incremento de la esperanza de vida que viene

sucedendo. La OMS (2013) informó que la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Se prevé que en el año 2100 la cantidad de personas de 60 años de edad o mayores, aumente más de tres veces. Dependerá de los recursos con que cuente cada país para poder brindar una calidad de vida y bienestar psicológico a este grupo etario. Sin embargo, uno de los temas que destaca el artículo antes mencionado, es que, según el informe de la Helpage International, la riqueza de un país, no necesariamente conduce a un mayor bienestar para los adultos mayores. Entonces es cuando aparece el componente emocional como otro soporte, íntimamente relacionado a los vínculos sociales y afectivos del adulto mayor.

1.2 Delimitación de la investigación

1.2.1 Delimitación temporal:

Esta investigación abarcó la recolección de información actualizada, en el periodo de Julio 2014– Septiembre 2015, la revisión y análisis de los resultados de investigaciones anteriores y finalmente la sustentación de la Tesis de investigación.

1.2.2 Delimitación geográfica:

Esta investigación se desarrolló con la aplicación de instrumentos psicométricos en las instalaciones del el Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield en el distrito de La Molina.

1.2.3 Delimitación social:

En el presente estudio se aplicaron instrumentos de evaluación y medición de las variables indicadas, en la muestra de adultos mayores de 65 a 93 años, 34 hombres y 66 mujeres, atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina.

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema principal

¿Existe relación significativa entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina?

1.3.2 Problemas secundarios

1. ¿Existe relación significativa entre el sentimiento de soledad social y el bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina?
2. ¿Existe relación significativa entre el sentimiento de soledad familiar y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina?
3. ¿Existe relación significativa entre el sentimiento de soledad conyugal y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina?
4. ¿Existe relación significativa entre el sentimiento de soledad como crisis de adaptación y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina?

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Determinar si existe relación significativa entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Identificar si existe relación significativa entre el sentimiento de soledad social y el bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina.
2. Identificar si existe relación significativa entre el sentimiento de soledad familiar y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina.
3. Identificar si existe relación significativa entre el sentimiento de soledad conyugal y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina.
4. Identificar si existe relación significativa entre el sentimiento de soledad como crisis de adaptación y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina.

1.5 Hipótesis de la investigación

1.5.1 Hipótesis general

Sí existe una relación significativa entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina.

1.5.2 Hipótesis secundarias

1. Sí existe una relación significativa entre el sentimiento de soledad social y el bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina.
2. Sí existe una relación significativa entre el sentimiento de soledad familiar y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina.
3. Sí existe una relación significativa entre el sentimiento de soledad conyugal y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina.
4. Sí existe una relación significativa entre el sentimiento de soledad como crisis de adaptación y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina.

1.6 Justificación de la investigación

La justificación del presente estudio recae en tres contextos de utilidad: teórico, social y práctico.

1.6.1 Teórica:

La presente investigación tiene como utilidad fundamental ampliar la visión de los profesionales de la salud así como de la población en general sobre la importancia que tiene el soporte emocional mediante vínculos afectivos para el adulto mayor. Como ya se ha visto en la realidad problemática, actualmente se le presta mayor interés a la comodidad del ambiente físico y a la economía del adulto mayor, no siempre ocasionando estos factores un bienestar psicológico. En este sentido se incrementarán los conocimientos teóricos acerca del estado emocional del adulto mayor con la finalidad de lograr una intervención más específica y eficiente.

1.6.2 Social:

Tomando en cuenta que de la población total del Perú el 9.2% son adultos mayores (INEI, 2014), se hace también urgente una mejoría en el bienestar psicológico de este gran número de ciudadanos. Debido a ello es necesario que este conocimiento se promueva en nuestra sociedad.

1.6.3 Práctica:

Los resultados del presente estudio permitirán el desarrollo de programas de intervención psicológica con la participación de la familia o grupo social del adulto mayor, para que de este modo desarrollen actitudes, actividades y métodos para mejorar su bienestar psicológico.

**CAPÍTULO II:
MARCO TEÓRICO**

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Investigaciones internacionales

García (2008) analizó el bienestar de los adultos mayores en D.F, México y buscó demostrar que este bienestar depende tanto de los recursos económicos, como de los factores de conversión con los que cuenta el adulto mayor, como son sus características personales ambientales y sociales. Se halló que hay una proporción mayor de mujeres que de hombres con niveles de bienestar bajos (muy bajo y bajo 9.9% y 15.5% para mujeres y 7.8% y 14.8% para hombres respectivamente). Asimismo, se encontró que sí existe una relación significativa entre bienestar y recursos económicos ($r = 0.314$, $p < 0.01$) en una muestra de 200 personas. Sin embargo, se resaltó que un alto porcentaje (25.9%) de adultos mayores con ingresos por debajo de un salario mínimo obtuvo un nivel de bienestar muy alto. El estudio concluyó que el ingreso tiene una influencia considerable sobre el bienestar, pero no es un determinante total de éste.

Jewell, Rossi y Triunfo (2009) utilizando los datos de la encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento, analizaron el estado de salud mental de las personas mayores a 60 años en cinco países de América Latina: Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay. Se evidenció diferencias en la probabilidad de tener un muy buen estado de salud en los países estudiados, siendo menor en Chile y en México con un 5%, seguida de Brasil 9%, Uruguay 14% (o 15% sin variables potencialmente endógenas) y Argentina con 18%. Se analizó el otro extremo del autoreporte de salud y se observó el mismo fenómeno, siendo la probabilidad de tener un mal estado de salud, 71% en México, 66% en Chile, 54% en Brasil, 38% en Uruguay y 34% en Argentina. Finalmente, se halló que la relación entre las variables socioeconómicas y la autopercepción de la salud son consistentes para los cinco países.

En un estudio realizado por Rubio (2010) se analizó el nivel de soledad social percibida en función del sexo, edad, participación social y presencia de mascotas. Los datos fueron obtenidos en una muestra de 755 mayores de 65 años de la provincia de Granada, España. Se utilizó la escala Este II de Soledad Social y se recogieron datos sociodemográficos. Los resultados obtenidos indican que el incremento de la edad (X^2 17.75, $p \leq .001$) y ser mujer ($U=48264.0$, $p \leq .001$) conllevan a niveles de soledad social más altos, mientras que tener mascotas se relaciona con tener niveles bajos de soledad social ($U=52524.5$, $p = .001$) tanto en varones como mujeres. Se obtuvo también que en la participación social analizada por sexos, un 17,1% de mujeres de la muestra participan en actividades frente a un 9,9% de hombres. Del mismo modo se encontró que las personas participantes de actividades sociales obtienen puntuaciones bajas en soledad ($U=38948.0$, $p \leq .001$).

Asimismo, Sequeira (2011) investigó acerca de la soledad en personas mayores, factores protectores y de riesgo; donde se trabajó con una muestra de 350 entre 65 y 95 años de edad de adultos mayores chilenos, se halló que existe una relación significativa entre el sentimiento de soledad y la presencia de enfermedades crónicas ($p=0,036$), la satisfacción con la vida ($p=0.001$), la percepción del estado de salud ($p=0.004$) y el estado de ánimo ($p=0.001$).

Un estudio holandés elaborado por Holwerda (2012) médico del Departamento de psiquiatría del Centro Médico de la Universidad Vrije, en Amsterdam, indica que la soledad también se ha vinculado a la declinación cognitiva. Dicha investigación arrojó que los participantes que dijeron que se sentían solos, sin considerar a amigos y familiares que los rodearan, tenían mayores probabilidades de padecer demencia que aquellos que vivían solos pero no se sentían solos. Los 2173 participantes, cuyas edades iban de 65 a 86 años, fueron seguidos durante tres años y no habían dado señales de demencia al comienzo

del estudio. Aproximadamente la mitad vivían solos y 20 % declaró sentirse solo. Después de considerar otros factores que están vinculados al deterioro cognitivo, como la edad, el hecho de sentirse solo se vinculó a un aumento de 64 % en el riesgo de padecer demencia.

Perissinotto (2012) profesora de medicina de la Universidad de California, en San Francisco, evaluó la soledad en 1604 adultos mayores, siguiéndolos durante seis años. Al final del período del estudio, las personas solitarias mostraron una discapacidad muy significativa, tenían 59% más probabilidades de haber perdido la capacidad para realizar las tareas de la vida diaria como bañarse o vestirse, usar sus brazos y hombros, subir escaleras y caminar. Fueron 18% más propensos a sufrir problemas de movilidad y un 31% más propensos a tener problemas para subir escaleras que aquellos que no reportaron sentirse solos. Además la soledad también fue asociada con un mayor riesgo de muerte, los participantes solitarios eran 45% más propensos a haber muerto al final del estudio que aquellos que no estaban solos.

La Revista Cubana de Medicina General Integral hace referencia a una investigación relacionada a la depresión en el adulto mayor, las doctoras Rodríguez, Sotolongo, Luberta y Calvo (2013) llevaron a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal a 112 ancianos. Para el diagnóstico de la patología se aplicó el test de Yesavage y el Mini mental de Folstein. Los resultados fueron: la depresión se diagnosticó al 25 % de los ancianos evaluados; la misma se incrementó en el grupo de edad entre 70 y 79 años, el bajo nivel educacional también influyó en la presencia de la depresión perteneciendo el 64,2% de los diagnosticados con depresión al nivel de instrucción primario.

Rosales, García y Quiñones (2013) realizaron una investigación sobre el estilo de vida y autopercepción de salud mental en el adulto mayor en el policlínico universitario "30 de Noviembre" de Santiago de Cuba, en Cuba. Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 15 adultos mayores. Se halló que el 86.7% de los evaluados tenían conocimientos inadecuados sobre su etapa de desarrollo y el 60% reportaron conocimientos inadecuados sobre las actividades que podían realizar en cuanto a sexualidad. También se halló que solo en 33,3 % de los adultos mayores tenían estilos de vida saludables. Uno de los factores que más influyó fue el uso de hábitos tóxicos, tales como: café, tabaco, ingestión de bebidas alcohólicas y sedentarismo. Además, se evidenciaron manifestaciones psicopatológicas, donde la más frecuente fue la ansiedad con 26,7 %, seguida de la depresión con 20,0 %.

2.1.2 Investigaciones nacionales.

Inga y Vara (2006) entrevistaron a 122 ancianos residentes en la ciudad de Lima para determinar los principales factores asociados a su satisfacción con la vida. Para ello se construyeron 7 escalas (resentimiento, satisfacción de vida, maltrato al anciano, dependencia por incapacidad, apoyo social, identidad amical pro-social, identidad amical antisocial). Del total de participantes, 52,5% son mujeres y 47,5% son varones. La edad promedio es de 73 años, no registrándose diferencias significativas según el sexo ($t = 0,811$, $gl = 108$, $p = 0,419$). Entre los resultados se halló que los ancianos encuestados tienen satisfacción vital (80,3%); sin embargo, señalaron mayor nivel de insatisfacción en aspectos tales como debilidad corporal (22,8%), así como soledad o desesperanza (21,1%). Entonces se concluyó en cuanto a la satisfacción de vida, que el apoyo y refuerzo social obtenido contribuye de forma directa a su aumento ($r = 0,476$, $p = 0,0001$). Es decir, mientras mayor refuerzo y atención social reciban los ancianos de sus semejantes, mayor satisfacción sentirán por sus vidas. Por el contrario, mientras más resentidos se encuentren ($r = -0,449$, $p = 0,0001$), mientras mayor dependencia social les genere su incapacidad

($r = -0,32$, $p = 0,0001$) y mientras más tengan más conductas antisociales ($r = -0,184$, $p = 0,05$), estarán menos satisfechos con sus vidas.

Del Risco (2007) realizó una investigación titulada “Soporte social y satisfacción con la vida en un grupo de adultos mayores que asisten a un Programa para el Adulto Mayor”. Se encontró que en general más del 50% de la muestra de adultos mayores se sienten satisfechos con su vida (44,19%) a cualquier edad y extremadamente satisfecho con la vida (34,88%), mientras que sólo un muy bajo porcentaje (6,98%) se encuentra ligeramente insatisfecho, sin embargo, el grupo de 75 a 83 años se siente ligeramente más satisfecho ($M=30.64$, $D.E=4.82$) que el grupo de 65 a 75 años ($M=27.78$, $D.E=4.68$) ($K=105.500$, $P<0.05$). También se encontraron diferencias en cuanto a la necesidad de soporte social del adulto mayor, con relación a su composición familiar, siendo mayor para aquellos que viven solos ($M= 3.75$, $D.E=0.754$) que para aquellos que viven con algún familiar ($M= 2.64$, $D.E=0.934$) ($U=80.000$, $P<0.05$). En cuanto al estado civil, se encontraron diferencias respecto al índice de necesidad en el área de participación social. Los mayores puntajes fueron obtenidos por el grupo de adultos mayores divorciados ($M= 3.85$, $D.E= 0.64$), quienes oscilan entre los grados de necesidad moderada y mucha necesidad. Por el contrario, el grupo de solteros obtuvo el menor promedio ($M= 2.4$, $D.E= 0.89$) ($K=1.743$, $P<0.05$), lo cual los coloca en un grado de poca necesidad con cierta tendencia a experimentar una necesidad de participación social moderada. Asimismo, también se encontraron diferencias significativas respecto a la satisfacción con la vida y las relaciones amicales ($K=7.964$, $P<0.05$).

Se tiene también que en el Asentamiento Humano Laura Caller, en el distrito de Los Olivos, Lima; se realizó un estudio cualitativo, descriptivo donde participaron los adultos mayores y sus respectivos grupos familiares. Las técnicas e instrumentos utilizados fueron la observación,

entrevista a profundidad y grupos focales; guía de observación y dos cuestionarios con ocho preguntas, previamente validados. La investigadora Vera (2006) estudió el significado de calidad de vida para el adulto mayor y para la familia. Participaron dieciséis adultos mayores con sus respectivos grupos familiares, entre 2004 y 2006. Se obtuvo como resultado que para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas, como ser social, sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, significa que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Sentimiento de soledad en el adulto mayor

2.2.1.1 El adulto mayor: Para caracterizar al adulto mayor, es importante diferenciar esta etapa del resto. Muchos autores han realizado clasificaciones y estudios sobre las mismas, aquí se describen las más importantes.

De acuerdo a Remplein (1980) en la Antigua Roma los períodos de vida se dividían en cinco etapas: *pueritia* (niñez), *adolescentia* (edad juvenil), *juventud* (edad adulta temprana), *virilitas* (edad adulta madura) y *senectud* (vejez). Luego de otros el estudio con el pasar del tiempo, en el siglo pasado, Moers (cit. por Remplein, 1980) resalta seis etapas del desarrollo: infancia y edad juvenil (nacimiento hasta los 20/21 años), edad adulta temprana (20/21 años - 30/32 años), edad adulta media (30/32 años - 42/44 años), edad adulta tardía (42/44 años - 56/58 años), presenectud (56/58 años - 68/70 años), senectud (68/70 años hasta la muerte).

Jung (cit. Por Undurraga, 2011) planteó el desarrollo del adulto como un proceso caracterizado por el crecimiento y el cambio, en el que las personas son guiadas por sus metas para el futuro, así como por sus experiencias pasadas. Para Jung el desarrollo correcto implica el esforzarse en alcanzar el propio potencial. Esto requiere que las personas desarrollen todas las partes de la personalidad y luego las unan a un Yo equilibrado e integrado. Jung distingue dos etapas dentro de la segunda mitad de la vida: mediana edad y vejez. Sobre ésta última planteó que dentro de cada persona existía una orientación hacia el mundo exterior, que denominó extroversión, y una orientación hacia el interior, que denominó introversión. Cuando describe el declinar de la vida, hace la comparación que en la juventud y gran parte de la mediana edad, las personas expresan su extroversión. Una vez que la familia ya ha salido a adelante y la vida profesional ha llegado a su fin, hombres y mujeres se sienten libres para cultivar sus propias preocupaciones, reflexionar sobre sus valores y explorar su mundo interior. Este cambio de orientación conduce a las personas mayores a desarrollar la tendencia hacia la introversión.

Erikson (2000) trabajó en la investigación del desarrollo humano y logró construir una teoría del desarrollo de la personalidad a la que denominó "teoría psicosocial" describiendo ocho etapas del ciclo vital o estadios psicosociales, crisis o conflictos en el desarrollo de la vida, a las cuales han de enfrentarse las personas: 1. Confianza Básica vs. Desconfianza (desde el nacimiento hasta aproximadamente los 18 meses) 2. Autonomía vs. Vergüenza y Duda (desde los 18 meses hasta los 3 años aproximadamente) 3. Iniciativa vs. Culpa (desde los 3 hasta los 5 años aproximadamente) 4. Laboriosidad vs. Inferioridad (desde los 5 hasta los 13 años aproximadamente). 5. Búsqueda de Identidad vs. Difusión de Identidad (desde los 13 hasta los 21 años

aproximadamente) 6. Intimidad frente a aislamiento (desde los 21 hasta los 40 años aproximadamente) 7. Generatividad frente a estancamiento (desde los 40 hasta los 60 años aproximadamente) 8. Integridad frente a desesperación (desde aproximadamente los 60 años hasta la muerte). En este último periodo, el adulto mayor mira la vida en retrospectiva, viéndola, ya sea como una experiencia significativa, productiva y feliz o como una decepción importante llena promesas sin cumplir y metas sin realizar. Las experiencias propias, en particular las experiencias sociales, determinan el resultado de esta crisis del final de la vida (Erikson, 2000).

En concordancia con Erikson, Remplein (1980) se refiere a la crisis en el desarrollo, explicando que el paso de una edad a otra no es un proceso guiado por factores externos y que se realiza con arreglo a una necesidad interior, sino un producto personal donde el yo tiene que abandonar costumbres, hábitos de agrado en su vida y adaptarse a nuevas exigencias; esto requiere la renuncia de un espacio al que la persona ya se adaptó y esfuerzo por cubrir los nuevos requerimientos de su entorno y su interior. Según Remplein (1980) es difícil renunciar a los placeres de la sexualidad, por lo cual el envejecimiento se presenta con mucha frecuencia acompañado de una crisis que desemboca no raras veces en síntomas neuróticos.

Una vez explorado lo anterior, es posible analizar qué procesos psíquicos ocurren en la etapa de adultez mayor diferenciándola de las otras etapas de la vida.

La Asociación Mundial de Gerontología ubicó el comienzo de la vejez en los 65 años de edad (O.M.S, 1972). Sin embargo, es sólo un criterio estrictamente cronológico y en muchos casos no refleja lo que en la vida cotidiana se constata o habitualmente se

experimenta. Dada la diversidad de expresión de la condición de adulto mayor, existe cierta dificultad para fijar una edad común en la que inicie la sensación de cambios y/o pérdidas, por ello dicha edad inicial ha ido variando con el pasar de los años y actualmente se sitúa a partir de los 60 años de edad según la Organización Mundial de la Salud (2002).

Según Ballesteros (2004) algunos autores distinguen senescencia primaria, entendida como los cambios irreversibles provocados por el paso del tiempo; de la secundaria, que son los cambios provocados por enfermedades o afecciones específicas. Además menciona que otros teóricos diferencian al anciano joven del anciano mayor en función de características relacionadas con la salud y el bienestar social. Dejando en claro que esto se debe a que el envejecimiento no es únicamente un acontecimiento biológico sino en gran parte, un hecho social. Pues factores de la sociedad y cultura lo determinan enormemente.

De acuerdo con los autores Erikson (2000), Remplein (1980) y Ballesteros (2004) las pérdidas parecen ser el eje central de la vejez, pérdidas físicas como la rapidez de reacción, la fuerza corporal, la coordinación motora, etc. Sin embargo, como compensación a este déficit, los adultos mayores suelen ser más hábiles en la solución de problemas que presuponen experiencia crítica y discernimiento (Remplein, 1980). Tomando en cuenta que la medida y tiempo de los procesos de envejecimiento están sometidos a grandes diferencias interindividuales, se presentan en cada caso procesos muy distintos. En este sentido afirma Remplein (1980) que se encuentran casos particulares, por una parte, adultos mayores de un asombroso vigor físico y espiritual, que son capaces de obras tardías dignas de admiración, y por otra parte, hombres y mujeres en los que la ruina física y espiritual ha progresado tanto, que se encuentran con notorias dificultades

motoras e incluso presentan demencias. Se podría inferir por tanto, que las pérdidas del vigor físico en el adulto mayor ocasionarán crisis y conflictos a nivel psíquico; dependerá de cómo asuman, integren, asimilen dichas situaciones, para la postura que tomen frente a la vida y la idea del fallecimiento.

Inevitablemente un adulto mayor, en la mayoría de los casos, pensará más en la proximidad de la muerte que un joven. Este pensamiento se verá acompañado de su observación del entorno, donde hallará las ausencias paulatinas y progresivas de pares, amistades y familiares cercanos, estos hechos irán fomentando la aparición de conductas frente a la vida que se tiene y cómo está viviendo. Por consiguiente, la aparición de sentimientos de indefensión, incapacidad y dependencia, podrán traer consecuencias, en algunos casos, como el surgimiento de alteraciones que varían entre el malhumor, la tristeza, la amargura, la depresión, la melancolía, el sentimiento de soledad, la obsesión y en especial la rigidez del pensamiento que podría llevar al sujeto a alejarse paulatinamente del entorno social más cercano. Por supuesto que también existen otras variables que introducen distintas posibilidades y consecuencias de experimentar las pérdidas o las posibles pérdidas (Venturini, 2010).

Desde otro punto de vista Scout (1996) sugiere que el malestar de las personas mayores puede estar relacionado también con factores asociados al abandono, indicó que los componentes determinantes de la calidad de vida del adulto mayor son el apoyo familiar, la salud, la economía y las relaciones afectivas entre otros, éstos ayudan a las personas de edad avanzada a lidiar con sus enfermedades y problemas emocionales; sin embargo, los adultos mayores también se vuelven un gasto potencial debido al deterioro fisiológico, físico o mental y porque ya no son personas

económicamente productivas. Explica Borges (citado por Osornio, 2011) que en consecuencia deviene el rompimiento de la interacción familiar, debido a situaciones de mala comunicación, poca disponibilidad para el cuidado del adulto mayor, o falta de recurso económico para sostenerle y mantenerle; estas circunstancias contribuyen al deterioro de la salud del adulto mayor, sobre todo en el aspecto social, psicológico y económico, que ocasionan muchas veces requerimiento de hospitalización o cuidados médicos

Entonces cuando se habla de psicología del adulto mayor, según Conde (1997) lo más relevante es la actitud individual frente a las crisis, pérdidas, posibles pérdidas, cambios fisiológicos, cambio de rutinas, hábitos, costumbres, etc. Esta actitud tiene componentes cognitivos, afectivos, conductuales y volitivos muy distintos a las otras etapas de vida. Además será consecuencia de factores internos y externos de la persona que atraviesa esta etapa, misma que será particular dependiendo de la persona y al mismo tiempo común por las características que representa este periodo de vida.

2.2.1.2 Conflictos psicológicos del adulto mayor: Muñoz (2002) plantea que muchos de los conflictos relacionados al envejecimiento humano se centran en la aceptación o negación de su etapa de desarrollo y en dificultades como la depresión geriátrica, la soledad, los malos tratos a personas mayores, las demencias, el envejecimiento social, entre otros.

Existen concepciones habituales sobre la vejez, que se basan en teorías de desvinculación las cuales sostenían que había que acompañar y favorecer el proceso natural de desvinculación de las personas mayores, respecto de su participación en las actividades sociales (Cumming y Henry, 1961), por el contrario existen también teorías que proponen, que las personas mayores deben

mantenerse activas el mayor tiempo posible, ya que esto favorecería la conservación de sus capacidades (Havighurst, 1968). Ambas teorías se mueven en el mismo plano, en el sentido de lo que conocemos como psicosocial, que hace referencia a la vinculación o no con el entorno social. Conde (1997) sostiene que lo que suceda en esta etapa de desarrollo, tiene que ver fundamentalmente, según estas concepciones, con la forma cómo el individuo se relaciona con el mundo externo.

La representación social de la vejez, con un progresivo deterioro físico, mental, productivo y hasta estético, se convierten en un peso para el senescente y sus familiares (Fernández, 2007).

Ante esto plantea el psicoanalista Conde (1997) que las teorías mencionadas están dejando de lado a lo que sucede en el interior del individuo respecto a su vejez. Esta variable interna, la dimensión psíquica, tiene relación con la manera cómo el individuo vive y afronta su propio proceso de envejecimiento de forma única y particular. Por supuesto que esta variable está condicionada también por los factores biológicos y sociales; a pesar de ello tiene identidad propia: la actividad interna, considerada también por Jung (cit. por Undurraga, 2011) como una interioridad que orienta a la persona hacia la aceptación o utilización de defensas de esta realidad; como la regresión, negación, etc. de la etapa por la que atraviesa, de los cambios que se le imponen, ya sea físicos o sociales. Entonces se puede decir que para algunas personas el impacto de este proceso, y la dificultad para elaborarlo, puede devenir en conflictos a nivel psíquico y traer consecuencias importantes para la vivencia de la adultez mayor.

Si se considera las estadísticas de la OMS (2002) se encuentra que los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de

edad mayor y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas, casi al 1%; asimismo, aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños autoinfligidos corresponden a personas de 60 años de edad o mayores. Según investigaciones de la OMS (2002) los propios adultos mayores no reconocen los problemas de salud mental en su verdadera dimensión, y las creencias acerca de las enfermedades mentales propician que las personas sean reacias a buscar ayuda. Por tanto los factores de riesgo de los trastornos mentales en los adultos mayores son considerados sociales, psíquicos y biológicos. Además como afirma (Santorres, 2013) de las causas generales de tensión, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente debido a dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia durante largos periodos. Dichos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia.

En este sentido, Conde (1997) distingue entre envejecimiento normal y patológico; considera que el envejecimiento normal vendría a ser el que permite la adaptación del ser humano a los cambios propios de la edad; relacionado a las etapas del desarrollo de Erikson (2000) mencionadas anteriormente, sería la etapa en que es posible acceder al sentimiento de integridad; capacidad de alcanzar una madura aceptación del propio ciclo vital, aceptando también la limitación de éste, renunciando a lo que no corresponde por edad, disfrutando de una senectud con sentido y sabiduría. En contraste, el envejecimiento patológico planteado por Conde (1997) estaría relacionado con el sentimiento de desesperación: rechazando el cambio, viviéndolo como una decadencia, desesperándose por el hecho de darse cuenta que la muerte se acerca, sin que se haya hecho lo suficiente, atemorizado por la idea de morir. Entonces se hace presente el

cuestionamiento: de qué depende una u otra forma de afrontar el envejecimiento.

Explica Conde (1997) que según una investigación realizada en Holanda en 1995 se halló que las personas que no habían realizado los estudios primarios tenían un riesgo cuatro veces mayor, que las de nivel universitario, de desarrollar la enfermedad de Alzheimer. De acuerdo a esto refiere que al parecer el ejercicio de las facultades intelectuales y el nivel de educación juegan un papel importante en la conservación de las capacidades cognitivas. Por otra parte, los aspectos de la personalidad del individuo, la variable interna, sería la otra condición que influye en la forma saludable o no de envejecer, el psicoanalista la describe como la fortaleza yoica para simbolizar, sostener y elaborar los duelos que suponen el propio envejecimiento, o la capacidad subjetiva del individuo (Subjetivación); y en segundo lugar, las capacidades para seguir vinculados a objetos externos (Vinculación), evitando la regresión; reflejada en aislamiento, depresión, enfermedad, entre otros o la negación de este proceso de envejecimiento.

En la existencia de esta variable interna, Fernández (2007) aporta que los casos clínicos de las personas en proceso de envejecimiento se involucran con el sufrimiento ante malestares íntimos, que se viven de forma subjetiva, por las pérdidas ilusorias y reales sucedidas a lo largo de la existencia.

Un estudio hecho en Lima, con respecto a las vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares, describe que se ven reflejadas en el abandono moral y espiritual, soledad, humillación, aislamiento y factor económico (Roldan, 2008 citado por Inga y Vara, 2006). Sin embargo, cabe cuestionar como afronta de forma particular cada persona adulta mayor dicho abandono. Esto tiene

relación con la forma cómo ha desarrollado su capacidad de subjetivización en los estadios precedentes. Es decir, como ha sostenido y elaborado los duelos o pérdidas en etapas anteriores de su vida (Coderch, 1990).

Considera Conde (1993) algunas situaciones conflictivas comunes en esta etapa de la vida como el aislamiento que es uno de los riesgos más frecuentes y se relaciona con la acumulación de pérdidas y duelos, las propias y las de las personas más próximas, pueden afectar negativamente a la persona. Donde según Kalish (1983) la pérdida del otro se vive como propia, y este proceso puede llevar a la persona a la depresión u otros trastornos, que incluyan comportamientos de reclusión y aislamiento, como perder interés por las cosas y evitar el contacto con los demás.

Otro riesgo mencionado por Conde (1993) es la negación del envejecimiento, las personas que tienen esta actitud se caracterizan por hacer todo lo posible para parecer más jóvenes, con un esfuerzo excesivo para estar siempre activas. También indican Ferrey, Le Goues y Bobes (1994) que en estos casos, los adultos mayores se niegan a participar en actividades con personas de su misma edad, por parecerles muy mayores, se vuelven intolerantes, no soportan pensar en su propio envejecimiento, lo viven como una ofensa. Asimismo se defienden manifestando continuamente su independencia o, bien se refugian en la nostalgia.

Propone Salvarezza (1991) que la rutina, el tedio, el aburrimiento deben ser tomados como factores de importancia y afirma que para algunas personas la vida ha perdido buena parte de su sentido, se acostumbran a una forma determinada de pasar los días, se vuelven sedentarias y en consecuencia se aburren

profundamente. Según este autor parece que esperaran la muerte.

Ferrey, Le Goues, Bobes (1994) afirman que la dependencia es inevitable en esta etapa, debido a la incapacidad para sostener su propio envejecimiento algunas personas pueden tomar la actitud de pedir soporte a los familiares o a las instituciones, entrando en una relación de dependencia respecto a éstos, sin que exista muchas veces suficiente justificación. En consecuencia adoptan el papel de niños y aceptan las tareas infantiles, que muchas veces les proponen los familiares o las instituciones. Estos teóricos consideran que la regresión, en los casos más graves, pueda generar incapacidad para asimilar el propio proceso de envejecimiento o precipitar alguna enfermedad importante, ya sea somática o psíquica.

Afirma Marty (1992) que es frecuente constatar cómo una persona, después de haber sufrido una pérdida importante, y ante las dificultades para asimilarla, se enferma gravemente. Además indica que el adulto mayor es mucho más psicosomático que el adulto, tanto por la mayor fragilidad biológica, como por que, ante la acumulación de pérdidas, puede darse una insuficiencia psíquica para elaborarlas, desencadenando la respuesta somática. Al respecto la OMS (2013) reporta que en el campo de los trastornos mentales, más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad a nivel mundial, sufren algún trastorno mental o neural y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso.

2.2.1.3 Soledad en el adulto mayor: Bermejo (2005) describe el sentimiento de soledad como una experiencia subjetiva que se produce cuando no estamos satisfechos con nuestras relaciones

interpersonales, cuando no son suficientes o no son como se esperaría que fueran. Además resalta que dicho sentimiento incide en la percepción de vida de las personas mayores, en sus relaciones, su autoestima y su calidad de vida.

Madoz (1998) plantea que la soledad es el convencimiento de estar excluido, de no tener acceso a un mundo de interacciones y que produce una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida, rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas, intelectuales o de intimidad emocional.

La soledad puede ser percibida también de distinta manera; Rodríguez (2009) refiere que según un estudio realizado en España en el año 2000, el 14% de las personas mayores que residen en sus domicilios manifiesta soledad y no implica para ellos una vivencia desagradable, por ser una experiencia buscada y enriquecedora. Visto de este modo, la soledad sería un estado positivo para los individuos, como un espacio para profundizar en el conocimiento interior que permite el enriquecimiento personal. No obstante, el sentimiento de soledad no buscada sino impuesta por las circunstancias adversas de la vida sería percibida según Iglesias (2002) como un sentimiento doloroso y temido por un gran número de personas mayores, que encierra factores como falta de comprensión, atención y compañía. Dentro de las diferentes perspectivas, Iglesias (2002) sugiere que se debe diferenciar en que no será lo mismo la soledad después de una situación abrumadora, que después de una ruptura sentimental; en el primer caso, la soledad producirá una sensación de alivio, una especie de descanso y libertad, en el segundo caso la soledad provocará sufrimiento.

La soledad es un tema que compete a los seres humanos en general, en algún momento de la vida cualquier persona sin importar su edad, sexo o estrato social ha experimentado soledad; como indican Rubio, Rubio y Pinel (2009) la soledad constituye un macroconcepto que engloba muchos y diferentes tipos de definiciones; al mismo tiempo suele ser un tema de debate, un constructo que ha sido difícil de definir, porque comprende un sin número de concepciones humanas que dependen de la época, cultura, historia de vida y estilo de vida que lleva cada ser humano.

Asimismo Conde (1997) explica acerca de los procesos de subjetivación y vinculación, que es éste último el que se relaciona más con sentimiento de soledad del adulto mayor. Donde durante el proceso de envejecimiento se producen cambios entre el individuo y la sociedad mediante las relaciones interpersonales. En este sentido Cumming y Henry (1961) refieren un estudio longitudinal de la ciudad de Kansas sobre la vida adulta mayor, donde se destacan que una gran disminución de contactos sociales ocurre con la vejez. Señala Cumming (1963) que el envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o desvinculación recíproca entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen, dicha desvinculación es provocada ya sea por el adulto mayor o por los otros miembros de su sistema social; sin embargo, la desvinculación es negativa si trae como consecuencia desadaptación.

Otro aporte importante es el que hace Klein (1963) quien afirma que el sentimiento de soledad no se refiere sólo al hecho de verse privado de compañía externa, sino a la sensación intensa de soledad, a la sensación de estar solo sean cuales fueren las

circunstancias externas, de sentirse solo incluso cuando se está rodeado de personas.

La soledad ha sido estudiada desde los diversos enfoques de la psicología, es por ello que hay una variedad de definiciones según el contexto psicológico, haciendo que éste se convierta en un concepto complejo que agrupa elementos de orden psicológico y social (Rubio, 2004).

Wheeler (2002) describe lo que el ser humano experimenta en soledad. Señala que el sí mismo es instructivo e imaginativo, interpreta de acuerdo a la emoción que tenga y de esa manera actúa y resuelve las situaciones a las que se enfrenta, además es un agente organizador, valorizador y con ésta valoración la persona puede percibir su soledad y establecer un estado emocional.

Es evidente que la soledad es un fenómeno que puede tener un alto impacto sobre la calidad de vida de las personas mayores, por lo cual resulta importante ahondar en el estudio de esta problemática, generando nuevos conocimientos y aprendizajes que ayuden a crear soluciones de tipo permanente y no temporal. (González, 2006).

2.2.1.4 Dimensiones del sentimiento de soledad en el adulto mayor: Dentro de los diversos enfoques revisados, una de las definiciones que describe el término soledad en el contexto de la adultez mayor es la de Rubio, Pinel y Rubio (2009), quienes asumen que dicho sentimiento implica una condición de malestar emocional, reunión de sentimientos de incompreensión y rechazo de parte de los otros, falta de compañía para la realización de actividades, así como también la falta de logro de intimidad emocional. En este constructo, la soledad es una sensación de

carencia del afecto deseado, que produce tristeza, insatisfacción y angustia. Bowlby (1982) plantea el concepto de soledad emocional como la ausencia de relaciones de apego, es decir, relaciones especialmente significativas para la persona y que proporcionan una base segura.

Se pueden distinguir cuatro dimensiones de soledad, según Rubio, Pinel y Rubio (2009):

- Soledad familiar: Rubio (2004) indica que se produce cuando hay falta de apoyo de la familia o cuando la persona mayor no percibe el apoyo como adecuado. Así pues, puede darse tanto si la persona mayor no tiene familia como si la tiene pero la valoración que de ella hace no es la que considera necesaria. Según Fernández Ballesteros et al.(1996). Son muchas las personas mayores que tienen a algunos de sus hijos viviendo en lugares diferentes; algunas de ellas, incluso, cuentan con todos sus descendientes habitando fuera, afirman los autores que ésta lejanía acabe disminuyendo la frecuencia de contactos que puede mantener la persona mayor con sus seres queridos.
- Soledad conyugal: Según Iglesias (2001) la desaparición de la figura del cónyuge o de la pareja origina en muchos casos una sensible disminución de la actividad y la integración social; crecen la incertidumbre y las dudas que aparecen en el pensamiento acerca de un futuro imaginado en solitario. Asimismo refiere que existen casos en que la figura del cónyuge podría estar presente y no cubrir las necesidades de afecto que requiere el adulto mayor, por diversos motivos.

- Soledad social: señala Rubio (2004) que se produce cuando hay carencias en las interacciones de las relaciones sociales de la persona mayor. Según el autor las concepciones de soledad tienen una estrecha relación con la ausencia directa o indirecta de personas con las que los mayores establecen vínculos afectivos, es decir, redes de apoyo.
- Crisis existencial de adaptación: plantea Iglesias (2001) que el no saber qué hacer en cada momento del día, producto de una deficiente planificación de actividades o de la escasez de alternativas debido a la permanencia en el entorno doméstico, eleva notablemente el riesgo de que el adulto mayor se sumerja en todo tipo de sentimientos negativos y actitudes como la pasividad, la sensación de inutilidad o la dependencia. Y agrega que el retraimiento en el domicilio, el refugio interior o el aislamiento emocional respecto al mundo exterior, en este contexto, precipitan a la persona a la soledad.

2.2.1.5 Causas del sentimiento de soledad en el adulto mayor:

Dentro de las condiciones que conllevan al sentimiento de soledad, Rubio, Pinel y Rubio (2009) encuentran a la disminución de los niveles de socialización, indican que la red social de los mayores puede verse disminuida a causa de la muerte o enfermedad de quienes la componen; las dificultades económicas; la aparición de enfermedades; la menor posibilidad de establecer nuevos vínculos, o la mínima motivación para mantener los ya existentes.

Fernández (2004) indica que los factores desencadenantes se conjugan con la estructura psíquica de la persona que envejece y con los componentes constitucionales, orgánicos y sociales. Estos

elementos se combinan en cada sujeto condicionando su estado emocional. De acuerdo a este enunciado, Freud (cit. por Fernández, 2004). clasifica los acontecimientos causantes del sentimiento de soledad en función de las pérdidas que ocurren durante la última etapa del desarrollo, considerando tres grandes áreas: 1. el cuerpo: cambios que acontecen en el propio cuerpo como disminución de capacidades, deterioro, enfermedades crónicas, etc.; 2. la psique: los que acontecen en el ámbito psíquico, enlentecimiento para adquisiciones intelectuales y nuevas destrezas, cambios de la estructura cotidiana del tiempo y las actividades, cambios en la afectividad, repercusiones de la muerte de un familiar próximo o de un amigo, repercusiones psíquicas de una enfermedad crónica, de dificultades económicas, etc. y 3. Lo social: aquellos cambios que acontecen en el área social; pérdida de vínculos, referentes laborales, problemas interpersonales, etc. Ante esta teoría Fernández (2004) enfatiza que una serie de cambios pueden ser pensados como pérdidas, de forma subjetiva, condicionando un estado de desánimo como posible respuesta.

Según indica Iglesias (2001) otro factor capaz de motivar la aparición de la soledad en las personas mayores es la pobreza de sus relaciones familiares, resaltando de modo especial aquellas que se establecen con los hijos, pues muchos adultos mayores tienen hijos residiendo incluso en su misma localidad, pero el contacto que mantienen con ellos no es todo lo bueno que desearían (Fernández Ballesteros et al. 1996). El déficit que perciben en cuanto a la cantidad e intensidad de los vínculos familiares representa para ellos un importante motivo de insatisfacción (Iglesias, 2001).

Relacionado también al ámbito familiar, dentro de los motivos que influyen en la existencia del sentimiento de soledad en la

senectud, se encuentra la problemática de los que no tienen descendencia, este factor señalado por Iglesias (2001), se vincula con el aislamiento familiar y menciona el autor que es aún más representativo en el caso de las personas mayores que carecen de hijos. Así también la desaparición del cónyuge, cuando no se tiene descendencia, trae como consecuencia la sensación de indefensión y de incertidumbre respecto al futuro que temen muchos mayores (Iglesias, 2001).

De otra parte, se toma en cuenta el papel de la imagen del adulto mayor en la sociedad, presentando al entorno como observador y contribuyente a la existencia del sentimiento de soledad. Venturini (2010) nos dice que dicha imagen ha ido siendo descartada paulatinamente y ahora suele aparecer degradada y ausente debido un sistema cultural sustentado en consensos consumistas que tienden a sobrevalorar la imagen de la juventud y con ello a sobrevalorar a esos potenciales grupos de clientes, parámetros consumistas pendientes de la relación que existe entre las posibilidades de consumo de dicho grupo etario y las posibilidades de consumo de las personas pertenecientes a otras etapas vitales. En consecuencia, resalta que teniendo en cuenta, que los adultos mayores suelen estar jubilados o ya no cumplen una función laboral; algunos medios de comunicación dejan poco margen para que algunas personas se puedan pensar desde el lugar de sus posibilidades y no de sus deficiencias, discapacidades y minusvalías.

En general, Venturini (2010) concluye que la construcción de una imagen diferente de la vejez depende de todos los que formamos parte de la cultura, pero en particular y de manera especial señala que depende de la valoración actual que le dan los jóvenes y los adultos a la vejez y la ruptura que ellos puedan hacer de las concepciones degradantes y discriminatorias de esa etapa vital.

De acuerdo con lo descrito, el componente social es considerado como determinante en la aparición del sentimiento de soledad, los autores Rubio, Pinel y Rubio (2009), Fernández (2004), Iglesias (2001) y Venturini, (2010) han referido que las actividades sociales, la interacción familiar, las amistades y la valoración de la sociedad; son importantes para la salud mental del adulto mayor. Adicionalmente, Stuart-Hamilton (2002) menciona una particularidad obtenida de sus investigaciones, refiere que durante el periodo de cambios en la vida social de las personas con edad avanzada, es menos probable que los hombres comuniquen una disminución de la satisfacción, porque presentan expectativas más bajas hacia las relaciones interpersonales, en comparación con las mujeres.

2.2.1.6 Consecuencias del sentimiento de soledad en el adulto mayor: el sentimiento de soledad tendrá consecuencias en la salud física y mental del adulto mayor, Bermejo (2006) afirma que en el plano físico, tiene un efecto debilitador del sistema inmunológico, lo cual aumenta el riesgo de padecer ciertas enfermedades, puede verse reflejado en síntomas de tensión como dolor de cabeza, algunos problemas de corazón, digestivos, o dificultades para dormir, etc. Sin embargo, subraya que la soledad no produce síntomas físicos graves de forma directa, a diferencia de su efecto en el mundo interno de la persona. De acuerdo con Madoz (1998) en éste mundo interno se produce una condición de malestar emocional donde quienes padecen soledad afirman que se trata de una experiencia desagradable y tensionante, teniendo como consecuencias importantes sensaciones de nerviosismo y angustia, que incluyen sentimientos de tristeza, irritabilidad, mal humor, marginación social, creencias de ser rechazado, entre otros.

Sandrin, Caretta y Petrini (1995) refieren que cuando un adulto mayor enferma, recibe, por lo general, mayor atención de parte de su familia y seres queridos; por este motivo algunas personas mayores cuando descubren que enfermar es una solución para su soledad, las propias molestias se convierten en el centro de su atención y en la estrategia para atraer hacia sí a las personas queridas o cuidadores profesionales. De acuerdo a lo anterior, según los autores, en el peor de los casos, el sentimiento de soledad podría tener como consecuencia rasgos hipocondríacos en los adultos mayores.

En este sentido Bazo (1989) explica que soledad y salud son bidireccionales debido a que la soledad puede aumentar la vulnerabilidad a la enfermedad y la enfermedad puede ser la solución para romper la soledad, así como también la enfermedad podría ser causa de que la situación de la persona sola empeore por no contar con los apoyos necesarios que esperarí. Además, afirma Bazo (1989) que es posible que sea la soledad la que ocasiona que ciertas personas sientan mayor malestar y perciban de forma más angustiosa sus problemas de salud que las personas que poseen otros rasgos y características; sin embargo, mucho depende de la valoración subjetiva, afectiva y cognitiva, que la persona hace de lo que le sucede.

Laforest (1991) propuso tres crisis asociadas al envejecimiento, relacionadas a la sensación de indefensión y soledad. Afirmó que en esta etapa de desarrollo se dan las crisis de identidad, de autonomía y de pertenencia. La toma de conciencia de estas crisis que tiene lugar en el proceso de envejecimiento, puede ser vivida como una experiencia de soledad que, en la mayoría de casos genera una verdadera muerte social, según el autor; una muerte del sentido de la existencia en el mundo, dada por el cuestionamiento de la propia identidad, de la autonomía y del

propio ser en el mundo. Además describió que la crisis de identidad se da especialmente por el conjunto de pérdidas que se van experimentando de manera acumulativa y deterioran la autoestima debido a que alargan la distancia que el adulto mayor percibe entre su yo ideal y su yo real; también explica que la crisis de autonomía se debe al deterioro del organismo y de las posibilidades de desenvolverse de manera libre en el desarrollo de las actividades normales de la vida diaria. En cuanto a la crisis de pertenencia indicó que se experimenta por la pérdida de roles y de grupos a los que la vida profesional, las capacidades físicas y de otra índole le permitían adoptar un grupo social.

En concordancia con Laforest (1991), Sánchez y Braza (1992) refieren que la soledad influye en la baja autoestima, y además señalan que puede ser la precedente de otros problemas como la depresión o adicciones como alcoholismo, así como también desencadenar ideas suicidas. Adicionalmente afirman que la pérdida de la pareja especialmente es la que más aumenta la posibilidad de desarrollar trastornos psicopatológicos como la depresión o la neurosis.

Iglesias (2001) señala que el sentimiento de soledad puede traer consecuencias en el comportamiento como el llanto constante debido a recuerdos de las fechas especiales, al estar en espacios concretos de la vivienda, en momentos específicos del día, etc. Esto podría desencadenar en un trastorno afectivo como la depresión; y a veces, problemas de sueño. Adicionalmente afirma que otro efecto de sentirse solo es la sensación de hastío, el aburrimiento al permanecer mucho tiempo en la casa sin hacer mucho; este hastío traerá, en muchos casos, pensamientos negativos, centrados tanto en los aspectos emocionales como materiales; la incertidumbre hacia el futuro, particularmente relacionada con la preocupación por la salud. Como un punto muy

importante que resalta Iglesias (2001) al describir las consecuencias de la soledad en adultos mayores, se encuentra la ideación suicida o intentos de suicidio, pues en espacios de soledad física, la rutina y el aislamiento; los adultos mayores no tardan en sentir que su vida pierde sentido; así se encuentren acompañados, si dicha compañía no cubre sus necesidades afectivas, la persona mayor siente que está como ausente y que su presencia carece de valor.

Asimismo, plantea Rubio (2004) que el sentimiento de soledad puede derivar en dos polos bien diferenciados, por un lado la autopercepción de desadaptación, que suele ir asociada con la pérdida de actividad y aislamiento social, aspectos que pueden desembocar en una serie de trastornos afectivos como ansiedad o depresión, ya señalados, y por otro lado la soledad puede tener una vertiente positiva, ser el impulso que genera una reestructuración adaptativa consistente en la puesta en marcha de estrategias lo suficientemente eficaces para afrontar la soledad de la mejor manera, o incluso obtener algún beneficio de la misma, como las grandes obras literarias o de arte que ha generado la soledad. Según Rubio (2004) una persona mayor que haya perdido su actividad y se encuentre aislada socialmente, acabará por presentar en la mayoría de los casos un deterioro funcional y físico, que se manifestará en última instancia en un deterioro cognitivo y de la salud en general, mientras que la segunda opción de reestructuración adaptativa puede llevar a caminos tan positivos como el de la creatividad, pero esto último no se logra comúnmente por sí solo, por consiguiente el autor señala así la responsabilidad que tiene la sociedad en general, desde la familia, amistades, conocidos, hasta los profesionales de la salud y en particular profesionales de la salud mental, para contribuir a este logro.

2.2.2 Bienestar psicológico del adulto mayor

2.2.2.1 Calidad de vida del adulto mayor: Una visión de los trastornos ligados al envejecer ha tendido a separar al cuerpo físico de los afectos y las emociones, promoviendo su medicalización, no obstante, más allá de lo puramente asistencial otra mirada también es posible. Se ha propuesto una perspectiva donde la capacidad de sentir no tiene límite de edad, y que hace hincapié en que para alcanzar la longevidad es necesario no sólo tener salud y bienestar material, sino también proyectos de vida (Iacub, 2001).

Por tanto, la calidad de vida vendría a ser un conjunto de factores tanto externos como internos, según explica la OMS (2002):

Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno (p.98).

En el caso del adulto mayor esta percepción ha cambiado con respecto a la visión que tienen de sí mismos y por consecuencia el cómo responder a las exigencias del entorno también cambia. Martín (2008) indica que la noción de vejez provoca una mezcla de respeto y temor. Asimismo refiere que el estilo de vida de las sociedades actuales tiende a excluir lo imperfecto y perecedero; por tanto el deterioro físico, la dependencia y la dificultad para la comprensión de los cambios propios de la ancianidad, pierden su condición de valor histórico y de aprendizaje personal, para

alojarse en el presente de los mandatos de adaptación. Es decir, que si el adulto mayor no se adapta a estas nuevas condiciones, su calidad de vida descenderá considerablemente.

Según Korosky y Kart (1998) la sensibilidad emocional y el aprecio del entorno familiar son elementos importantes para tener una buena calidad de vida. Sin embargo, resaltan que en otro extremo, médicos, psicólogos y asistentes sociales deben prestar atención a los signos de violencia intrafamiliar contra los adultos mayores. En este sentido es adecuado que se realicen programas de intervención de probada eficacia, para el desarrollo de las conductas prosociales y el papel de la familia (pareja, padres, hijos, hermanos) así como de los pares (interacciones sociales) en el desarrollo socioafectivo (Cantón, 2011).

De acuerdo con los conocimientos generados en la interdisciplina según proponen Agúera, Cervilla y Martín (2006), se debe tomar en cuenta las diferentes teorías psicológicas y la experiencia clínica, para proponer formas específicas de abordaje de los trastornos en la edad tardía; bajo un enfoque dinámico e integrador de lo biopsicosocial, cognitivo y afectivo-motivacional.

2.2.2.2 Bienestar psicológico en adultos mayores: Fernández, R. Zamarrón, M. y Maciá, A. (1996) refieren que tradicionalmente los enfoques de análisis del envejecimiento habían enfatizado casi exclusivamente las variables referidas al estado de salud, centrándose en las patologías y el nivel de deterioro como elementos clave para el estudio de las personas mayores. De la misma manera, afirman que la psicología, también se ha dedicado tradicionalmente al estudio de la patología y la enfermedad mental, descuidando algunos aspectos positivos, tales como el bienestar, la satisfacción, el optimismo o la felicidad, ignorándose los beneficios que éstos pueden presentar para las personas.

Pero con el surgimiento de la psicología positiva según Seligman (1998) se ha producido un cambio en los puntos de interés, centrándose en las cualidades o virtudes que funcionen como amortiguadores de la adversidad, consiguiendo una mejor calidad de vida y un mayor bienestar.

El bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional, es relevante conforme con Veehofen (1984) quien señala que se debe tomar en cuenta que durante la senectud las probabilidades de enfermedad y disfunciones aumentan. Veehofen (1984) define bienestar subjetivo como el grado en que el individuo juzga favorablemente la calidad de su vida como un todo, a partir de elementos cognoscitivos y afectivos.

Cooper (2002) afirma que se han descubierto varios aspectos de la autopercepción que tienen un efecto importante sobre el bienestar físico y psicológico. Uno de los más importantes que señala es la complejidad de autoperibirse de forma coherente en diversos contextos de la vida.

Ryan y Deci (2001) brindan un concepto de bienestar psicológico relacionado al proceso de consecución de valores que hacen a las personas sentirse vivos y auténticos, que buscan su crecimiento personal en ellos mismos y no tanto en las actividades externas que dan placer o alejan del dolor.

Por su parte Fierro (2000), asocia el bienestar psicológico a la posibilidad activa de “bien estar” y “bien ser”, entendida como una disposición a cuidar la propia salud mental; de modo que la persona responsablemente pueda crear vivencias positivas o experiencias de vida feliz estando consciente de ello. Además afirma que el bienestar psicológico puede ser concebido como un potencial innato, y al mismo tiempo, como un potencial adquirido y

modificable, resultante de una adecuada gestión de la propia experiencia con la capacidad de auto cuidarse y manejarse en la vida presente.

Remplein (1980) menciona que el curso fisiológico del envejecimiento y la vida espiritual de la maduración no siempre coinciden y da como ejemplo las obras artísticas y los desarrollos científicos de diversas personalidades cuya obra se destaca en edades avanzadas, incluso en la ancianidad. Nos brinda los siguientes ejemplos: Goethe escribió la segunda parte del Fausto a edad avanzada y la terminó a los 82 años. Theodor Fontane escribió a los 59 años su primera novela Antes de la tempestad, a los 69 su primera obra maestra Errores y Extravíos, a los 78 Effie Briest y a los 79 Stechlin, su producción más lograda. Cervantes concluyó a los 68 años Don Quijote. Tiziano creó a los 98 años La batalla de Lepanto y a los 99 La coronación de espinas y La pieta, muriendo ese año por enfermedad viral y no por decrepitud. Miguel Angel trabajó en El juicio final entre los 59 y los 65 años y en la iglesia de San Pedro hasta su muerte, a los 89 años. Verdi compuso a los 74 Otelo, a los 80 Falstaff. Meyerbeer tenía 72 cuando escribió La africana, Haendel 72 cuando escribió El triunfo del tiempo. Lamarck concluyó su Historia Natural cuando tenía más de 80 años. Esta lista de obras admiradas por muchos, nos da un dato muy importante acerca de las diferentes posiciones y percepciones que puede tomar un adulto mayor con respecto a su edad, no limitándose por ella.

De acuerdo con lo anterior, Ryff (citada por Santorres, 2013) define el bienestar psicológico como:

el esfuerzo por perfeccionarse y la realización del propio potencial, tener un propósito en la vida y que la vida adquiera significado para uno mismo, con los desafíos,

con un cierto esfuerzo con superarlos y conseguir metas valiosas.(p.102)

Desde esta conceptualización la autora destaca la responsabilidad de la misma persona por encontrar bienestar y tratar de vivirlo a lo largo de la vida.

2.2.3.1 Dimensiones del bienestar psicológico en adultos mayores: Ryff (citada por Santorres, 2013) resalta el bienestar durante la vejez, ya que determina la actitud que asume la persona y cómo se adapta a las condiciones nuevas que surgen en esta etapa. Es esta autora quien desarrolla uno de los primeros trabajos al respecto de la estructura del bienestar psicológico donde intenta encontrar criterios, cualidades concretas y estables, que permitan hablar de bienestar así como explorar de qué forma la persona cumple esos criterios o posee esas cualidades.

Es importante aclarar que el concepto de bienestar psicológico dado por Ryff parte de conceptos filosóficos, médicos y psicológicos que analizan no sólo la patología, los trastornos o enfermedades sino también la posibilidad de alcanzar un funcionamiento psicológico óptimo en concordancia con la teoría de Maslow (1991); o aquel marco teórico que se basa en una concepción evolutiva que enfatiza el cambio y el progreso de la persona a lo largo de la adultez, donde el sujeto debe escoger entre dos momentos, uno positivo o uno negativo, como la propuesta de Erikson (2000). Desde esta perspectiva las dimensiones de bienestar psicológico toman como base el desarrollo y el crecimiento personal, los estilos y maneras como las personas enfrentan los retos vitales y el esfuerzo e interés por conseguir satisfacción en la vida (Maslow, 1991).

Ryff (citada por Santorres, 2013) definió seis dimensiones de las que constaría el bienestar psicológico y construyó un instrumento para poder medirlas. Las dimensiones que identifica son seis: autoaceptación, relaciones positivas con los demás, dominio del ambiente, autonomía, crecimiento personal y propósito en la vida. Descritas a continuación:

- Autoaceptación: Triadó (2003) señala que se requiere más que autoconocimiento para alcanzar la autoaceptación; incluye la necesidad de lograr una visión positiva acerca de uno mismo, reconociendo y aceptando la multiplicidad de aspectos que lo componen, incluyendo componentes positivos y no tan positivos. De este modo, afirma que cuando existe autoaceptación, las personas intentan sentirse bien consigo mismas, incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones.
- Relaciones positivas con los demás: para Jahoda (citado por Satorres, 2013), el afecto hacia los demás es una de las fuentes principales del bienestar, siendo la capacidad de amar el componente central de la salud mental positiva. Desde la apreciación de Triadó (2003), esta dimensión implica la capacidad de mantener relaciones profundas con otras personas, basadas en la confianza mutua y la empatía, así como ser capaz de preocuparse genuinamente por el bienestar del otro.
- Dominio del ambiente: Santorres (2013) plantea que se refiere a la existencia de un sentido de dominio y control en el manejo del entorno en el que se está implicado. Según Santorres (2013) las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el

mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea.

- Autonomía: explica Santorres (2013) que está relacionada con la capacidad de autodeterminación, aptitud para resistir la presión social, capacidad de autoevaluación y la utilización de criterios personales. Además sostiene, que para poder sustentar su propia individualidad en diferentes contextos sociales, las personas necesitan asentarse en sus propias convicciones y mantener su independencia y autoridad personal.
- Propósito en la vida: respecto a este punto, Frankl (1991) considera que la búsqueda del sentido de la vida, es una peculiaridad propia del ser humano, que lo distingue radicalmente de los animales irracionales y plantea que el hombre habita el mundo organizándolo de acuerdo con sus intencionales proyectos y decisiones, por ello considera que debido a la ausencia de un sentido de vida el ser humano se encontraría frustrado.
- Crecimiento personal: según García (2002), ésta dimensión hace referencia a la visión de uno mismo y al bienestar personal que integra elementos como el carácter individual y las percepciones de la propia experiencia personal. De igual modo menciona que desde un punto de vista más general, el crecimiento personal incluye una valoración o juicio de todos los aspectos de la vida.

**CAPÍTULO III:
METODOLOGÍA**

3.1 Tipo de la investigación

Es presente estudio está enmarcado dentro del tipo de investigación correlacional. Al respecto Hernández, Fernández y Baptista (2006), precisan que una investigación correlacional tiene como propósito identificar el grado de relación que existe entre dos o más variables en un contexto particular y después analizar la correlación.

3.2 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación responde al diseño no experimental, porque no existe manipulación activa de la variable, lo que se busca es establecer la relación entre dos variables de manera natural (Hernández, Fernández y Baptista, 2006): el sentimiento de soledad en adultos mayores y el bienestar psicológico; a través de la autopercepción de los adultos mayores en el presente. Éste estudio se realizó a partir de datos originales captados directamente por el investigador.

3.3 Población y muestra de la investigación

3.3.1 Población

La población se define como el conjunto total de elementos o unidades de análisis que comparten características comunes, asimismo la muestra es un subgrupo de la población a investigar y el procedimiento que se utiliza para seleccionar las unidades que conforman dicha muestra se denomina muestreo (Gómez, 2006).

La población con la que se realizó la investigación estuvo constituida por 300 personas adultos mayores en el rango de edad de 65 a 93 años. La recolección de datos para este estudio se realizó en las instalaciones del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield en el distrito de La Molina.

3.3.2 Muestra

El estudio corresponde a un muestreo no probabilístico debido a que no se conoce la probabilidad de selección de cada unidad de la población, por ello, para la elección de los participantes se tomaron las unidades que están disponibles en un momento dado y depende de determinados criterios de selección, así como del proceso de toma de decisión de la persona a cargo de la investigación. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Según Prieto (2013) este tipo de muestreo implica que las unidades se seleccionan de forma accidental porque se encuentran en el lugar y momento que se recopila la información.

En esta investigación, de la población se obtuvo una muestra intencional de 100 adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de la Molina.

3.4 Variables, dimensiones e indicadores

Tabla 1

Matriz Operacional de la variable 1

Variable	Dimensiones	Indicadores
Sentimiento de Soledad	Soledad Familiar	<ul style="list-style-type: none">• Percepción de compañía familiar.• Percepción de pertenencia al grupo familiar.• Percepción del apoyo y comprensión de la familia.• Percepción de la valoración que le atribuye la familia.
	Soledad Conyugal	<ul style="list-style-type: none">• Compañía de pareja.• Percepción de dar y recibir afecto por parte de la pareja.

		<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de contribuir al bienestar de la pareja.
	Soledad Social	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de pertenencia a un grupo social. • Percepción del apoyo y comprensión de los amigos. • Agrado por las actividades sociales. • Sensación de aislamiento.
	Crisis de adaptación	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de dificultad e intolerancia ante los cambios en esta etapa. • Percepción de utilidad para su entorno. • Temor e inseguridad ante circunstancias presentes y futuras.

Tabla 2

Matriz Operacional de la variable 2

Variable	Dimensiones	Indicadores
Bienestar psicológico	Autoaceptación	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de aceptación de logros en la vida. • Percepción del valor hacia mismo y su estilo de vida.
	Relaciones Positivas	<ul style="list-style-type: none"> • Consideración de amigos íntimos. • Percepción de apoyo y confianza de sus amistades.
	Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> • Libertad y seguridad de expresión.

		<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de importancia que atribuye a críticas y opiniones de otros.
	Dominio del entorno	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de capacidad en la toma de decisiones. • Responsabilidad de las circunstancias de su entorno.
	Propósito en la vida	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de cumplimiento de metas en la vida. • Mantenimiento del proyecto de vida.
	Crecimiento personal	<ul style="list-style-type: none"> • Claridad en la planificación del futuro • Percepción de logro en el pasado y el futuro.

3.5 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos

3.5.1 Técnicas

Se empleó la técnica denominada encuesta para la obtención de datos a través de escalas. Kerlinger y Lee (2008) afirman que los estudios que utilizan encuestas evalúan poblaciones grandes o pequeñas, seleccionando y analizando muestras elegidas de la población para descubrir la incidencia relativa, la distribución y la interrelación de variables sociológicas y psicológicas.

Se realizó la aplicación directa de la Escala ESTE para medir Soledad en Adultos Mayores y Escala de Bienestar Psicológico de RYFF a los participantes adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield.

3.5.2 Instrumentos

3.5.2.1 Escala Este:

Los investigadores Rubio y Aleixandre (1999) de la Universidad de Granada (España) crearon la Escala Este I, y posteriormente en el 2009 fue revisada. La escala fue diseñada para medir la soledad en personas mayores. Rubio, Pinel y Rubio (2009) afirman que este instrumento ha sido planteado para evaluar principalmente los déficits existentes en el soporte social de la persona, tanto familiar, conyugal como social; así como en el sentimiento de crisis existencial que estas situaciones pueden provocar. Asimismo describen que esta escala consta de 34 ítems de tipo Likert con 5 opciones de respuesta, cuya puntuación oscila entre 1 y 5 (1=Totalmente en desacuerdo, 2=Parcialmente en desacuerdo, 3=No tiene una opinión definida o depende de las circunstancias, 4=Parcialmente de acuerdo, 5=Totalmente de acuerdo) y las preguntas abarcan diferentes aspectos del concepto de soledad, como la tenencia de amigos, los sentimientos de pertenencia a la familia o de amor por el cónyuge. El análisis de los ítems muestra que existe una alta fiabilidad medida por el coeficiente alfa de Cronbach (0.9178) (Rubio, Pinel y Rubio, 2009).

Se validó también para la población colombiana, por los investigadores Cardona, et al. (2010) de la Universidad Remington de Antioquía mediante un estudio descriptivo de corte transversal, donde se evaluó su consistencia interna, reproducibilidad y comportamiento con variables sociodemográficas. La muestra estuvo conformada por 180 adultos de 55 o más años. Se encontró que el análisis factorial de los cuatro componentes principales de la escala explican el 55.9% de la varianza. Los factores que más varianza explican son: crisis de adaptación

(17.2%), soledad conyugal (14.0%) y soledad social (13,9%). La soledad familiar fue el factor que menos explicó (10.9%).

Mediante este estudio se realizó la validación y se midió la confiabilidad de la escala ESTE de soledad adaptada a la población colombiana y su comportamiento con variables sociodemográficas. El alfa de Cronbach de la escala total fue de 0.90, valor cercano a los resultados obtenidos en las pruebas realizadas en España (0.92). Las subescalas obtuvieron valores de alfa de Cronbach entre 0.82 y 0.89.

La reproducibilidad test– retest medido por el coeficiente de correlación de Spearman fue 0.88. Los investigadores concluyeron que la escala Este es un instrumento confiable para el estudio del sentimiento de soledad en el adulto mayor y puede ser de gran utilidad para conocer la realidad de los adultos. Además la escala Este muestra resultados congruentes entre los factores familiar, conyugal, social y crisis de adaptación con las variables sociodemográficas, también muestra buenas propiedades psicométricas en la población estudiada y se puede aplicar a los adultos alfabetos con cualquier grado de escolaridad.

Tabla 3

Comparación de coeficientes de correlación test-retest de la escala Este por total y factor para la escala Este en su versión española y colombiana.

Factor	Versión española	Versión colombiana
Soledad familiar	0.90	0.88
Soledad conyugal	0.95	0.95
Soledad social	0.79	0.82
Crisis de adaptación	0.92	0.93
Total	0.88	0.88

(Cardona, et al. 2010)

Adicionalmente se validó recientemente en un estudio realizado por Cerquera, Cala y Galvis (2013) de la Universidad Santo Tomás de Colombia. Se realizó un estudio instrumental, con una muestra de 383 personas mayores residentes en la ciudad Bucaramanga. Se hizo la medición del alfa de Cronbach y el análisis factorial, obteniéndose elevada fiabilidad (0,925) para todas las variables de la escala y una solución de 4 factores que explican el 58,6% de la varianza de los datos. Se concluyó que la estructura original de cuatro factores es adecuada para el contexto bumangués.

Tabla 4

Medición de la confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach general y por factores de la escala Este para la población de Bucaramanga – Colombia.

Factor	Alfa de Cronbach
General	0,925
Soledad familiar	0,932
Soledad conyugal	0,887
Soledad social	0,844
Crisis existencial	0,755

(Cerquera, Cala y Galvis, 2013)

La administración de la prueba puede ser colectiva o individual, el tiempo de evaluación es entre 15 a 30 minutos en promedio. Tiene como objetivo principal la medición del sentimiento de soledad en adultos mayores y el estilo de respuesta es tipo Likert con cinco opciones. (Rubio, Pinel y Rubio, 2009)

Tabla 5

Variable 1, división de ítems por dimensión y categorías.

Variable 1	Dimensiones	Ítems	Categorías	Puntos
Sentimiento de Soledad	Familiar	1, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 20, 27,28 y 29	Muy bajo	0 – 34
	Conyugal	2, 3, 4, 5, 6,7, 21 y 24	Bajo	35 – 68
	Social	11, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 25, 26 y 33	Intermedio	67 – 102
	Como crisis de Adaptación	30, 31, 32 y 34	Alto	103 – 136
			Muy alto	137 – 170

3.5.2.2 Escala de Bienestar Psicológico de Ryff:

La escala de bienestar psicológico surge a partir del modelo multidimensional propuesto por Ryff en el año 1989 donde la longitud de dicho instrumento ascendía a los 120 ítems en total, por lo que en los últimos años se han propuesto varias versiones cortas de las Escalas de Bienestar Psicológico. Ryff. (Vera, et al. 2013). La que más ha resaltado por su consistencia estadística según Díaz et al. (2006) es la de Van Dierendonck en el año 2004, quien propuso una versión compuesta por 39 ítems (entre 6 y 8 ítems por dimensión), las dimensiones de esta versión muestran una buena consistencia interna con valores α de Cronbach comprendidos entre 0,83 (Autoaceptación) y 0,68 (Crecimiento personal). Sin embargo, los análisis factoriales confirmatorios no mostraron un nivel de ajuste satisfactorio al modelo teórico de las seis dimensiones propuestas por la autora inicial (autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, crecimiento personal); estas divergencias estuvieron relacionadas al tipo de muestras y poblaciones en que se utilizó.

Tabla 6***Consistencia interna de la versión española de la escala de Ryff con 39 ítems.***

Escalas	α
Autoaceptación	0,83
Relaciones positivas	0,81
Autonomía	0,73
Dominio del entorno	0,71
Propósito en la vida	0,83
Crecimiento personal	0,68

Para intentar mejorar la consistencia interna de las Escalas de Bienestar Psicológico, Díaz; et al. (2006) de la universidad Autónoma de Madrid, propusieron una versión modificada en español, compuesta por 29 ítems agrupados en las mismas seis dimensiones. La escala tiene un formato de respuesta tipo likert de 5 opciones, la administración de la prueba puede ser colectiva o individual y su objetivo principal es la medición del bienestar psicológico en la población adulta. En esta versión se presenta adecuadas propiedades psicométricas tales como un alfa de Cronbach entre 0.70 y 0.84 para las 6 dimensiones (Vera, et al. 2013).

Tabla 7***Consistencia interna y análisis confirmatorio del modelo propuesto con 29 ítems de la escala Ryff***

Escalas	α
Autoaceptación	0,84
Relaciones positivas	0,78
Autonomía	0,70
Dominio del entorno	0,82
Propósito en la vida	0,70
Crecimiento personal	0,71

En el 2013 en Chile se revisó y validó nuevamente la prueba, mediante un estudio realizado por Vera, et al. (2013) quienes obtuvieron que respecto a la evaluación de consistencia interna (alfa de Cronbach), esta estuvo entre 0.59 y 0.82. Las correlaciones son todas significativas y oscilan entre 0.46 y 0.79, con una medida del tamaño de efecto medio en todas ellas, con la excepción de crecimiento personal, que es bajo. Al realizar la prueba de comparación de medias entre las aplicaciones, solo resulta significativa la diferencia en la dimensión relaciones positivas, en donde la media de la segunda evaluación es significativamente mayor que la primera ($t_{(179)}=-18.846; p<.01$). Por lo que refiere a la validez, el valor de chi cuadrado en todos los grupos fue significativo ($p<.01$). (Vera, et al. 2013).

Tabla 8

Alfa de Cronbach para escala Ryff; total y dominios, para muestra total y rangos de edad.

Alfa Cronbach	Nº ítems	Muestra Total	18 a 24 años	25 a 40 años	41 a 65 años	65 y + años
Escala total	29	.89	.89	.89	.88	.89
06 Factores						
Auto aceptación	4	.79	.80	.82	.73	.79
Relaciones Positivas	5	.67	.74	.68	.60	.54
Autonomía	6	.61	.64	.61	.61	.53
Dominio del entorno	5	.57	.57	.62	.52	.47
Crecimiento personal	4	.59	.52	.59	.59	.57
Propósito en la vida	4	.80	.78	.81	.79	.83

(Vera, et al. 2013).

Tabla 9

Variable 2, división de ítems por dimensión y categorías.

Variable 2	Dimensiones	Ítems	Categorías	Puntos
Bienestar psicológico	Autoaceptación	1, 7, 17 y 24	Muy bajo	0 – 29
	Relaciones Positivas	2, 8, 12, 22 y 25		
	Autonomía	3, 4, 9, 18, 23 y 13	Bajo	30 – 58
	Dominio del entorno	5, 10, 14, 19 y 29		

	Propósito en la vida	21, 26, 27 y 28	Intermedio	88 – 116
	Crecimiento personal	6, 11, 15, 16 y 20	Alto	117 – 145
			Muy alto	

3.6 Procedimientos

Primero se eligió la población y muestra en forma intencional. El siguiente paso fue el de coordinar con las autoridades de la institución, para que brinde la autorización para evaluar a adultos mayores, programando fecha y hora. Una vez coordinado los días y horarios los cuales interrumpieron otras actividades de la institución, se comenzó a evaluar a los participantes con la Escala Este para continuar con la Escala de Bienestar psicológico.

3.6.1 Procesamiento Estadístico

Esta investigación tiene un enfoque basado en la cuantificación de los datos obtenidos a través de una encuesta, por lo que, el método que le corresponde para el análisis de los datos es el cuantitativo. Las variables además tienen una medida de intervalo (cuantitativos).

Para probar las hipótesis de la presente investigación se utilizó el siguiente tipo de análisis:

El procesamiento de los resultados obtenidos a través de las respuestas de los participantes de la muestra se sometieron a un procesamiento estadístico basado en la aplicación del software estadístico SPSS versión 19, a través del cual se obtuvieron datos que se presentan a continuación en tablas de acuerdo al análisis que corresponda.

Con la intención de realizar los análisis comparativos y de correlación, así como para contrastar las hipótesis planteadas, se procedió a realizar primero la prueba de bondad de ajuste para precisar si las variables

presentan una distribución normal. Por consiguiente, la Tabla 10 presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S).

Como se observa en la Tabla 10 los datos correspondientes a las dos variables no presentan una distribución normal dado que el coeficiente obtenido (K-S) es significativo ($p > 0.05$). Por tanto, para los análisis estadísticos correspondientes se empleó estadística no paramétrica. Se utilizó como medida, estadísticos de prueba de relación de Spearman Rho.

Tabla 10

Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio.

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Sentimiento de Soledad	,078	99	,152	,980	99	,140
Bienestar Psicológico	,091	99	,043	,959	99	,004

a. Corrección de la significación de Lilliefors

**CAPÍTULO IV:
RESULTADOS**

4.1 Descripción de resultados

Los resultados obtenidos se presentan mediante el análisis estadístico, el cual se puede observar en las tablas donde se indica el coeficiente de correlación de Spearman.

4.1.1 Análisis de la correlación entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores.

Se formularon las siguientes hipótesis como respuesta al problema principal de la tesis:

H₀: No existe una relación significativa entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina.

H_a: Sí existe una relación significativa entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina.

Si $p \leq 0.05$, entonces se rechaza la H_0 .

En la Tabla 11 la prueba de correlación de Spearman nos indica que existe una relación altamente significativa entre el sentimiento de soledad y bienestar psicológico en adultos mayores ($r_{ho} = -0.70$, $p < 0.01$) Asimismo observamos en la Tabla que la relación entre las variables es negativa y fuerte, lo que quiere decir que a mayor sentimiento de soledad, menor es el bienestar psicológico en adultos mayores.

Tabla 11

Relación entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores.

			Sentimiento de Soledad	Bienestar Psicológico
Rho de Spearman	Sentimiento de Soledad	Coeficiente de correlación	1,000	-,708**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	100	99
	Bienestar Psicológico	Coeficiente de correlación	-,708**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	99	99

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

4.1.2 Análisis de la correlación entre el sentimiento de soledad social y el bienestar psicológico en adultos mayores.

Se han formulado las siguientes hipótesis como respuesta al primer objetivo específico:

H0: No existe una relación significativa entre el sentimiento de soledad social y el bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina.

Ha: Sí existe una relación significativa entre el sentimiento de soledad social y el bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina.

Si $p \leq 0.05$, entonces se rechaza la H_0 .

En la Tabla 12 la prueba de correlación de Spearman nos indica que existe una relación altamente significativa entre el sentimiento de soledad social y bienestar psicológico en adultos mayores ($r_{ho} = -0.69$,

p<0.01). Asimismo observamos en la Tabla que la relación entre las variables es negativa y fuerte, lo que quiere decir que a mayor sentimiento de soledad, menor es el bienestar psicológico en adultos mayores.

Tabla 12

Relación entre el sentimiento de soledad social y el bienestar psicológico en adultos mayores.

			Bienestar Psicológico	Soledad Social
Rho de Spearman	Bienestar Psicológico	Coeficiente de correlación	1,000	-,691**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	99	99
	Soledad Social	Coeficiente de correlación	-,691**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	99	100

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

4.1.3 Análisis de la correlación entre el sentimiento de soledad social y el bienestar psicológico en adultos mayores.

Se han formulado las siguientes hipótesis como respuesta al segundo objetivo específico:

H0: No existe una relación significativa entre el sentimiento de soledad familiar y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina.

Ha: Sí existe una relación significativa entre el sentimiento de soledad familiar y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina.

Si $p \leq 0.05$, entonces se rechaza la Ho.

En la Tabla 13 la prueba de correlación de Spearman nos indica que existe una relación altamente significativa entre el sentimiento de soledad familiar y bienestar psicológico en adultos mayores ($r_{ho} = -0.66$, $p < 0.01$). Asimismo observamos en la Tabla que la relación entre las variables es negativa y fuerte, lo que quiere decir que a mayor sentimiento de soledad, menor es el bienestar psicológico en adultos mayores.

Tabla 13

Relación entre el sentimiento de soledad familiar y el bienestar psicológico en adultos mayores.

			Bienestar Psicológico	Soledad Familiar
Rho de Spearman	Bienestar Psicológico	Coeficiente de correlación	1,000	-,666**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	99	99
	Soledad Familiar	Coeficiente de correlación	-,666**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	99	100

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

4.1.4 Análisis de la correlación entre el sentimiento de soledad conyugal y el bienestar psicológico en adultos mayores.

Se han formulado las siguientes hipótesis como respuesta al tercer objetivo específico:

H0: No existe una relación significativa entre el sentimiento de soledad conyugal y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina.

Ha: Sí existe una relación significativa entre el sentimiento de soledad conyugal y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina.

Si $p \leq 0.05$, entonces se rechaza la H_0 .

En la Tabla 14 la prueba de correlación de Spearman nos indica que existe una relación significativa entre el sentimiento de soledad conyugal y bienestar psicológico en adultos mayores ($r_{ho} = -0.30$, $p < 0.01$). Asimismo observamos en la Tabla que la relación entre las variables es negativa y débil, lo que quiere decir que no necesariamente a mayor sentimiento de soledad conyugal, menor bienestar psicológico en adultos mayores.

Tabla 14

Relación entre el sentimiento de soledad conyugal y el bienestar psicológico en adultos mayores.

			Bienestar Psicológico	Soledad Conyugal
Rho de Spearman	Bienestar Psicológico	Coeficiente de correlación	1,000	-,305**
		Sig. (bilateral)	.	,002
		N	99	99
	Soledad Conyugal	Coeficiente de correlación	-,305**	1,000
		Sig. (bilateral)	,002	.
		N	99	100

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

4.1.5 Análisis de la correlación entre el sentimiento de soledad como crisis de adaptación y el bienestar psicológico en adultos mayores.

Se han formulado las siguientes hipótesis como respuesta al cuarto objetivo específico:

H0: No existe una relación significativa entre el sentimiento de soledad como crisis de adaptación y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina.

Ha: Sí existe una relación significativa entre el sentimiento de soledad como crisis de adaptación y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina.

Si $p \leq 0.05$, entonces se rechaza la H_0 .

En la Tabla 15 la prueba de correlación de Spearman nos indica que existe una relación altamente significativa entre el sentimiento de soledad como crisis de adaptación y bienestar psicológico en adultos mayores ($r_{ho} = -0.61$, $p < 0.01$). Asimismo observamos en la Tabla que la relación entre las variables es negativa y fuerte, lo que quiere decir que a mayor sentimiento de soledad como crisis de adaptación, menor es el bienestar psicológico en adultos mayores.

Tabla 15

Relación entre el sentimiento de soledad como crisis de adaptación y el bienestar psicológico en adultos mayores.

			Bienestar Psicológico	Soledad como Crisis de adaptación
Rho de Spearman	Bienestar Psicológico	Coefficiente de correlación	1,000	-,612**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	99	99
	Soledad como Crisis de adaptación	Coefficiente de correlación	-,612**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	99	100

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

4.2 Discusión de los resultados

Esta investigación tuvo como finalidad establecer el grado de relación del sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en un grupo conformado por adultos mayores.

En respuesta a este planteamiento se analizó el sentimiento de soledad, y sus dimensiones, identificándose cuál de ellas se relaciona estrechamente con el bienestar psicológico en el adulto mayor.

Con relación a la hipótesis general que propone una relación significativa entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores, se encontró que el sentimiento de soledad tiene una relación altamente significativa negativa con el bienestar psicológico ($\rho = - 0.70$; $p < 0.01$). Estos resultados coinciden con una investigación realizada por Sequeira (2011) quien halló que existe una relación significativa entre el sentimiento de soledad y la presencia de enfermedades crónicas ($p = 0,036$), la satisfacción con la vida ($p = 0.001$), la percepción del estado de salud ($p = 0.004$) y el estado de ánimo ($p = 0.001$). De forma complementaria, Bazo (1989) indica que es posible que sea la soledad la que ocasiona que algunas personas sientan mayor malestar y perciban de forma más angustiosa sus problemas de salud. De igual modo Madoz (1998) menciona que quienes padecen soledad aseguran que se trata de una experiencia desagradable, que produce tensión, teniendo como consecuencias, sensaciones de nerviosismo y angustia, que incluyen sentimientos de tristeza, irritabilidad, mal humor, marginación social, creencias de ser rechazado, entre otros. Por lo tanto, con los hallazgos de la presente investigación, se corrobora la información obtenida de investigaciones realizadas anteriormente, así como el marco teórico que explica la influencia del sentimiento de soledad, en muchos ámbitos de la vida, tanto psicológicos, como físicos.

Asimismo, con relación a la primera hipótesis específica que indica una relación significativa entre el sentimiento de soledad social y el bienestar

psicológico en adultos mayores, se encontró que el sentimiento de soledad social posee mayor significancia ($\rho = -0.69$, $p < 0.01$) y compromete negativamente el bienestar psicológico en una persona adulta mayor. Estos resultados se corresponden con las explicaciones de Cooper (2002) para quien el adulto mayor necesita contacto con otras personas, de este modo se siente valorado, aceptado y en esa medida se fortalece emocionalmente. Sin embargo, Rubio (2004) sostiene que cuando no hay muchas experiencias de este tipo, es decir, cuando existe soledad social, desciende el bienestar psicológico. De igual modo en un estudio realizado por este investigador en el 2010, se encontró que las personas participantes de actividades sociales obtienen puntuaciones bajas en soledad ($U=38948.0$, $p \leq 0.001$). Afirmaciones que coinciden también con el resultado del estudio llevado a cabo por Inga y Vara (2006) quienes concluyeron que el apoyo y refuerzo social, contribuye de forma directa con el aumento de la satisfacción de vida ($r = 0,476$, $p = 0,0001$). Esto significa que mientras mayor refuerzo y atención social reciban los adultos mayores de sus semejantes, mayor satisfacción sentirán por sus vidas. Asimismo, tomando en cuenta a Venturini (2010) acerca del individualismo en la sociedad occidental, indica la importancia de la necesidad del vínculo, ésta se convierte en una posibilidad para enfrentar situaciones y encontrar sentidos. La representación social de la vejez, con un progresivo deterioro físico, mental, productivo y hasta estético, se convierten en un peso para el senescente (Fernández, 2007). Es posible que estos resultados estén reflejando la actitud de la sociedad hacia las personas de edad avanzada. Así como la gran importancia que las personas mayores dan a los vínculos sociales y la sociedad como tal, esta relevancia podría estar relacionada al deseo de pertenencia a un grupo activo, un prestigio social, nuevas metas, reuniones que brindan nuevas experiencias, en conjunto, situaciones que brindan un sentido de vida.

Con respecto a la segunda hipótesis específica, que señala la relación significativa entre el sentimiento de soledad familiar y bienestar psicológico en adultos mayores se obtuvo un grado de relación muy significativo de soledad familiar ($\rho = 0.66$, $p < 0.01$). En relación a estos resultados, Korosky y

Kart (1998), plantearon que la sensibilidad emocional y el aprecio del entorno familiar son elementos importantes para tener una buena calidad de vida. De igual modo, Scout (1996) afirmó que dentro de los componentes determinantes de la calidad de vida del adulto mayor se encuentra el apoyo familiar, entre otros, éste componente ayuda a las personas de edad avanzada a lidiar con sus enfermedades y problemas emocionales. No obstante, no se debe perder de vista que en algunos casos, la familia podría percibir de una forma distinta el bienestar del adulto mayor, tal como investigó Vera (2006), encontrando que para la familia, calidad de vida significa que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda, y para el adulto mayor significa tener tranquilidad, ser cuidado por la familia y tener satisfechas sus necesidades de autonomía. Asimismo, Iglesias (2001) coincide, acerca de la importancia de la compañía y apoyo familiar, afirmando que el déficit que perciben los adultos mayores en cuanto a la cantidad e intensidad de los vínculos familiares, representa para ellos un importante motivo de insatisfacción. Uno de los motivos por los que se presentan problemas dentro de la familia es que, según Borges (citado por Osornio, 2011), los adultos mayores se vuelven un gasto potencial, debido al deterioro físico o mental y porque ya no son productivos económicamente; en consecuencia, deviene el rompimiento de la interacción familiar, debido a situaciones de mala comunicación, poca disponibilidad de los miembros de la familia para cuidar al adulto mayor, o falta de recurso económico para sostenerle. En general, los resultados del presente estudio concuerdan con las afirmaciones de los autores mencionados acerca de la importancia de la compañía y apoyo familiar. Sin embargo, es necesario resaltar que en el contexto específico del sentimiento de soledad, el apoyo de la familia es percibido por el adulto mayor de una forma particular, dónde prevalecen el sentido de pertenencia, respeto y consideración de parte de su familia, es decir, no sólo está limitado al acompañamiento físico o atención de cuidados de salud. Es probable que lo que se observa en los resultados de ésta investigación, se deba a esta percepción, donde en muchos casos la familia no estaría cubriendo la necesidad de compañía emocional del adulto mayor, que no necesariamente significa que no le brinde asistencia o cuidados.

Asimismo, existe la situación de familias que no brinden apoyo emocional y físico o de salud. En ambas circunstancias, el bienestar psicológico de las personas de edad avanzada se afecta considerablemente.

De igual modo se aceptó la tercera hipótesis específica, que afirma que existe una relación significativa entre el sentimiento de soledad conyugal y bienestar psicológico en adultos mayores ($\rho = -0.30$, $p < 0.01$). Sin embargo, en comparación con las dimensiones mencionadas anteriormente, soledad social y familiar; el nivel de significación de soledad conyugal representa un menor grado. Lo que refleja, según estos resultados, que en los adultos mayores evaluados, podría tener mayor relevancia la compañía y apoyo que sus hijos, nietos o familia más cercana les brinden; que el hecho de tener una pareja. No obstante, Iglesias (2001) plantea que la desaparición de la figura del cónyuge o de la pareja origina en muchos casos una sensible disminución de la actividad y la integración social. De igual modo afirma que la desaparición del cónyuge, cuando no se tiene descendencia, trae como consecuencia la sensación de indefensión y de incertidumbre respecto al futuro que temen muchos mayores. Del Risco (2007) encontró respecto al índice de necesidad de participación social, que los puntajes del grupo de adultos mayores divorciados ($M = 3.85$, $D.E = 0.64$) oscilan entre los grados de necesidad moderada y mucha necesidad. Al contrario del grupo de solteros que obtuvo el menor promedio ($M = 2.4$, $D.E = 0.89$) ($K = 1.743$, $P < 0.05$), lo cual los coloca en un grado de poca necesidad. Esto significa, según Del Risco (2007), que aquellos adultos mayores que tuvieron pareja estable y duradera sienten mayor necesidad de compañía que los solteros. En este sentido, Venturini (2010) menciona que nos encontramos dentro de una generación y sociedad más individualista, esto se ve reflejado en relaciones de pareja de corta duración, mayor número de divorcios o separaciones, situación que, según Bowlby (1982), produce vínculos débiles en las relaciones afectivas. Al parecer, existen factores que modulan el sentimiento de soledad conyugal, de tal manera que no obligatoriamente compromete de forma negativa el bienestar psicológico en los adultos mayores, dependerá también de la situación particular en que se encuentre y las características individuales de

cada persona. En los casos donde no hay descendencia, donde existe un duelo conyugal o luego de una relación de pareja con vínculo positivo, el sentimiento de soledad podrá afectar de forma considerable; sin embargo, en casos donde el vínculo afectivo con la pareja está debilitado, distante, o en circunstancias que el adulto mayor se separó de su cónyuge hace mucho tiempo y se acostumbró a vivir sin pareja, el sentimiento de soledad sería menos significativo para su bienestar psicológico. También es esencial subrayar, como mencionaban los autores citados, que las características de la sociedad actual influyen cuantiosamente en la valoración de la pareja, de la misma forma se deberán considerar factores como el género y las características culturales de la persona.

Finalmente, se acepta la cuarta hipótesis específica, es decir, existe una relación significativa entre el sentimiento de soledad como crisis de adaptación y bienestar psicológico en adultos mayores. El valor obtenido ($\rho = -0.61$, $p < 0.01$) indica un alto grado de significancia. En este sentido, indica Golfarb (citado por Santorres, 2013) que los adultos mayores se sienten con menos energía para realizar sus actividades y no se adaptan con facilidad a su situación actual. De acuerdo con los autores Erikson (2000), Remplein (1980) y Ballesteros (2004) las pérdidas parecen ser el eje central de la vejez, pérdidas físicas como la rapidez de reacción, la fuerza corporal, la coordinación motora, etc. Asimismo, Conde (1993) considera que muchos adultos mayores presentan deseos de tener las fuerzas de la juventud y creen que son una carga para sus familias, esto los lleva a percibir que no son comprendidos y que en consecuencia se quedarán solos. Santorres (2013) quien afirma que una de las causas generales de tensión en muchos adultos mayores es que se ven privados de la capacidad de vivir independientemente debido a dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos. Estos factores pueden ocasionarles aislamiento y angustia, de modo que es probable, que al verse dependientes de otras personas, en toda la extensión de la palabra, los adultos mayores sientan una mayor necesidad de ser acompañados y cuidados sin percibirse como una carga. De lo contrario, según la información que se obtuvo de este estudio, su bienestar

psicológico resultaría afectado notablemente; ya sea en el escenario en que se vea obligado a hacer todo solo o en el de no manifestar su necesidad de apoyo por el temor a representar una molestia.

Conclusiones:

1. Existe una relación altamente significativa ($\rho = -0.70$; $p < 0.01$) entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores. Por tanto, se confirma la información citada del marco teórico, que lleva a señalar que probablemente muchos adultos mayores que no tengan bienestar, se encuentren en circunstancias de soledad emocional.
2. Existe una relación altamente significativa ($\rho = -0.69$, $p < 0.01$) entre el sentimiento de soledad social y el bienestar psicológico en adultos mayores. Lo que parece indicar que es probable que este contexto social influya en el incremento de la necesidad de aceptación y valoración del adulto mayor.
3. Existe relación altamente significativa ($\rho = -0.66$, $p < 0.01$) entre el sentimiento de soledad familiar y bienestar psicológico en adultos mayores. Al parecer existen casos en que los adultos mayores no estarían comunicando a su familia sus necesidades, reales tanto físicas como emocionales.
4. Existe una relación de tendencia negativa débil ($\rho = -0.30$, $p < 0.01$) entre el sentimiento de soledad conyugal y bienestar psicológico en adultos mayores. Por lo tanto a diferencia de lo que refiere el marco teórico, este sentimiento no siempre tendrá un impacto negativo en el bienestar psicológico del adulto mayor.
5. Existe una relación altamente significativa ($\rho = -0.61$, $p < 0.01$) entre el sentimiento de soledad como crisis de adaptación y bienestar psicológico en adultos mayores. Donde se evidencia su necesidad de comprensión, apoyo y afecto, que subyace de la inevitable dependencia relacionada con las nuevas condiciones de vida que implica esta etapa.

Recomendaciones:

1. Desarrollar talleres dirigidos al desarrollo y fortalecimiento de las habilidades sociales, autonomía, autoaceptación y desarrollo personal del adulto mayor, favoreciendo los vínculos sociales positivos y los vínculos afectivos.
2. Involucrar a la familia en las actividades que participe el adulto mayor, sean en casa, en su grupo social, así como también en el tratamiento médico o psicológico que esté recibiendo.
3. Consejería o psicoterapia individual en los casos que se requiera.
4. Desarrollar más estudios de investigación, explorando las dimensiones de cada variable en función del género, estado civil, lugar de residencia, nivel socioeconómico y otros, con la finalidad de conocer el impacto de todos ellos en la salud mental de este grupo etario.

REFERENCIAS

- Agüera, F., Cervilla, J y Martín, M. (2006). *Psiquiatría geriátrica*. Barcelona: ELSEVIER-MASSON.
- Ballesteros, S. (2004). *Gerontología, un saber multidisciplinar*. Madrid: UNIVERSITAS.
- Belaval, Y. (1982). *Historia de la Filosofía*. Madrid: SIGLO XXI.
- Bazo, T. (1989). *Personas ancianas: salud y soledad*. En Reis: Revista española de investigaciones sociológicas (en línea), art 47, p. 203. Bilbao. Recuperado de: file:///C:/Documents%20and%20Settings/PC/Mis%20documentos/Downloads/Dialnet-PersonasAncianas-249330.pdf
- Bermejo, L. (2005). *Gerontología educativa*. Madrid: PANAMERICANA.
- Bowlby, J. (1982). *Los Cuidados Maternos y la Salud Mental*. Madrid: HUMANITAS.
- Cantón, J. (2011). *Desarrollo socioafectivo y de la personalidad*. Madrid: ALIANZA.
- Cardona, J., et al. (2010). *Validación de la escala ESTE para medir la soledad de la población adulta*. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(3) 416-427. Recuperado de: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=105215721012>
- Cáritas del Perú. (2012). *“Normatividad Nacional sobre los derechos de las personas Adultas Mayores” Lima, Perú*. Recuperado de: http://www.caritas.org.pe/documentos/adulto_mayor.pdf
- Castro, P. (1995). *La soledad, algo más que no vivir en compañía*. Bilbao: MENSAJERO.
- Casullo, M. y Brenlla, M. (2002). *Evaluación Del Bienestar Psicológico en Iberoamérica (5ta ed)*. Barcelona: PAIDÓS.
- Cerquera, A., Cala, M. y Galvis, M. (2013). *Validación de constructo de la escala ESTE-R para medición de la soledad en la vejez en Bucaramanga, Colombia*. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 9(1) 45-53. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=67926246007>
- Coderch, J. (1990). *Teoría y técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica. 2ed*. Barcelona: HERDER

- Conde, J. (1997). *Subjetivación y vinculación en el proceso de envejecimiento*. Barcelona: EDITORA DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA.
- Conde, J. (1993). *Tertulias para personas mayores*. *Revista de Gerontología*, vol. 3. Barcelona. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61354/88778cognitiva>
- Cooper, J. (2002). *Psicología Social*. D.F: THOMSON
- Cumming, E. y Henry, E. (1961). *Growing old: the process of disengagement*. New York: BASICS BOOKS.
- De la Serna, I. (2003). *La vejez desconocida: una mirada desde la biología a la cultura*. Madrid: DÍAZ DE SANTOS.
- Del Risco, P. (2007). *Soporte Social y Satisfacción con la Vida en un grupo de Adultos Mayores que asisten a un Programa para el Adulto Mayor En Lima-Perú*. (Tesis de licenciatura, Pontífice Universidad Católica del Perú, Lima Perú). Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/399/del_risco_airaldi_patricia_soporte_social_satisfaccion.pdf?sequence=1.
- Diario la República. (2013). *Incrementa la esperanza de vida de los peruanos en 2.5 años*. Lima, Perú. Recuperado de: <http://www.larepublica.pe/24-08-2013/incrementa-la-esperanza-de-vida-de-los-peruanos-en-25-anos>.
- Díaz et al. (2006). *Adaptación Española de las Escalas De Bienestar Psicológico De Ryff*. Madrid. *Psicothema* (en línea). Vol. 18, nº 3, pp. 572-577. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3255.pdf>
- Domínguez, O. (1982). *La vejez, nueva edad social*. Santiago: ANDRÉS BELLO.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: PAIDÓS.
- Fernández, A. (2004). *Psicoanálisis en la vejez: cuando el cuerpo se hace biografía y narración*. *Revista uruguaya de psicoanálisis* (En línea) vol. 99. Recuperado de: <http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720049911.pdf>.
- Fernández-Ballesteros, R. (1986). *Hacia una vejez competente: un desafío a la ciencia y a la sociedad*. Madrid: ALIANZA UNIVERSAL.

- Fernández, R. Zamarrón, M. y Maciá, A. (1996) *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES.
- Ferrey, G., Le Goues, G. y Bobes, J. (1994). *Psicopatología del anciano*. Barcelona: MASSON.
- Fierro, A. (2000). *Sobre la vida feliz*. Málaga: ARCHIDONA ALJIBE.
- Frankl, V. (1991). *El hombre en busca del sentido*. Barcelona: EDITORIAL HERDER.
- García, M. (2002). *Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte*, en Revista Digital Buenos Aires, Año 8, Número 51, Agosto de 2002. Recuperado de <http://www.gerontologia.org/portal/information/show> Information.
- García, J. (2008). *Análisis del bienestar de los adultos mayores en México*. (Tesis de maestría, Universidad Nacional, DF México). Recuperado de <http://flacsoandes.org/dspace/handle/10469/1185#>. UpLPsdlyL55
- González, A. (2006). *Calidad de vida en el adulto mayor*. México: INSTITUTO DE GERIATRÍA.
- Gómez, M. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Córdoba, Argentina: Brujas.
- Havighurst, J. (1968). *Disengagement and patterns of aging*. In B. Neugarten, *Middle age and aging*. Chicago: UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS.
- Hernandez, R; Fernandez, C y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación (4ta ed)*. D.F.: MCGRAW-HILL.
- Hurtado de B., J. (2006). *Metodología de la Investigación Holística*. Caracas: FUNDACIÓN SYPAL
- Iacub, R. (2001). *Proyectar la vida. El desafío de los mayores*. Buenos Aires: MANANTIAL.
- Iglesias, J. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales*. Madrid: IMSERSO
- Inga, J. y Vara, A. (2006). *Factores Asociados A La Satisfacción De Vida De Adultos Mayores De 60 Años En Lima-Perú*. (Tesis doctoral, Universidad Nacional Federico Villareal Y Universidad San Martín De Porres, Lima Perú). Recuperado de <http://sparta.javeriana.edu.com/>

psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V5N302_factoresasociados2.pdf

- Instituto Nacional de Estadística. (2008). *Perfil socio-demográfico del Perú*. Lima: INEI. Recuperado de <http://censos.inei.gob.pe/cenec2008/>
- Instituto Nacional de Estadística. (1995). *Perfil socio-demográfico del Perú*. Lima: INEI. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/publicaciones-digitales/>
- Kalish, R.A. (1983). *La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo*. Madrid: PIRÁMIDE.
- Kerlinger F. y Lee H. (2008). *Investigación del Comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales (4ta ed)*. D.F: MCGRAW-HILL
- Klein, M. (1982). *El sentimiento de soledad y otros ensayos*. Buenos Aires: PAIDÓS.
- Korovsky, E., Kart, D. (1998). *Psicogerontología. Psicósomática psicoanalítica de la vejez*. Montevideo: ROCA VIVA.
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer*. Barcelona: HERDER.
- Liberalesso, A. (2002). *Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva en América Latina*. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 34. Bogotá: Fundación Universitaria Konrad Lorenz
- Madoz V. (1998). Soledad, en "10 palabras clave sobre los miedos del hombre moderno". Navarra: VERBO DIVINO.
- Maslow, A. (1991). *Motivación y Personalidad*. Madrid: DÍAS DE SANTOS.
- Martin, J. (2008). *Psicoterapia en la edad tardía. Clínica y Salud*. Madrid. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000100005&lng=es&nrm=iso
- Muñoz, J. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: PIRÁMIDE.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva 381 – en línea*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

- Organización Mundial de la Salud (2002). *Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político*. Rev Esp. Geriátrica Gerontológica. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1972). *Informe técnico de Psicogeriatría. Servicio de Información Técnica n° 507*. Ginebra. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_507_spa.pdf
- Ortiz Arraigada, J. y Castro Salas, M. (2009). *Bienestar Psicológico De Los Adultos Mayores, Su Relación Con La Autoestima Y La Autoeficacia. Contribución De Enfermería*. (Tesis para maestría, Universidad de Concepción de Chile). Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?Pid=&script=sci_arttext&tlng=tesis-enfermeria.
- Osornio, J. (2011). *Percepción Del Adulto Mayor Hospitalizado En Cuanto Al abandono Por Sus Familiares* (Tesis de maestría, Universidad Autónoma De Querétaro Facultad De Enfermería). Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/61018643/Tesis-Investigacion-Adulto-Mayor-Maestria>.
- Pickering, M. (1993). *Auguste Comte: Una biografía Intelectual*. Cambridge: CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS.
- Prieto, J. E. (2013). *Investigación de mercado*. (2ª ed.). Bogotá, Colombia: ECOE
- Remplein, H. (1980). *Tratado de Psicología Evolutiva*. Madrid: LABOR
- Rodríguez, L. et al. (2013). *Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra"*. Revista Cubana de Medicina General Integral, v.29, n.1. La Habana. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000100009&lng=es&nrm=iso.
- Rodríguez, M. (2009). *La soledad en el anciano*. Gerokomos [en línea]. vol.20, n.4. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es&nrm=iso.
- Rodriguez, S. (1989). *La vejez: historia y actualidad*. Salamanca: UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

- Rubio, R. (2004). *La soledad en las personas mayores españolas*. Madrid: IMSERSO.
- Rubio, R.; Pinel, M. y Rubio, L. (2009). *La soledad en los mayores: una alternativa de medición a través de la escala ESTE*. Granada: UNIVERSIDAD DE GRANADA.
- Rubio, R. y Aleixandre, M. (1999). *La escala "Este", un indicador objetivo de soledad en la tercera edad*. Geriatrika. Revista Iberoamericana de Geriatria y Gerontología (en línea). Vol. 15, 26- 35. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-04.pdf>
- Salvarezza, L. (1991). *Psicogeriatría. Teoría y Clínica*. Buenos Aires: PAIDÓS
- Sánchez, L y Braza P. (1992). *Aislamiento social y factores fisicosensoriales en la depresión geriátrica* en Rev. Esp. Geriatria y Gerontología. Madrid. Recuperado de <http://zaguan.unizar.es/record/14392/files/TAZ-TFG-2014-560.pdf>.
- Sandrin, L; Caretta, F y Petrini, M. (1995). *Ancianidad, una salida para la medicina, la sociedad y la ciencia*. Torinto: CAMILLIANE.
- Santorres, E. (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital*. Tesis doctoral de psicología. Valencia: UNIVERSIDAD DE VALENCIA.
- Sequeira, D. (2011). *La soledad en las personas mayores: Factores protectores y de riesgo*. (Tesis de doctoral, Universidad de Granada de España).Recuperado de <http://hera.ugr.es/tesisugr/2075887x.pdf>
- Seligman, M. (1998). *Learned optimism*. New York: POCKET BOOKS
- Stuart-Hamilton, S. (2002). *Psicología del envejecimiento (3ed)*. Madrid: MORATA.
- Triadó, C. (2003). *Envejecer en entornos rurales*. Madrid: IMSERSO
- Triadó, C. y Villar, F. (2008). *Envejecer En positivo. Cataluña*: ARESTA
- Undurraga, C. (2011). *Psicología del adulto: De la conquista del mundo a la conquista de sí mismo*. Santiago. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.
- Universidad de Barcelona. (2008). *La Longevidad globalizada: un análisis de la esperanza de vida en España*. Scripta Nova Revista electrónica de

- geografía y ciencias sociales. Vol. XII, núm. 260. Barcelona. Recuperado de <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-260.htm>.
- Vera, M. (2006). *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia (Artículo especial de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos)*. Lima. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>
- Vera, P. et al. (2013). Escala de bienestar de Ryff: análisis comparativo de los modelos teóricos en distintos grupos de edad. *Psicol. Reflex. Crit.* [en línea]. vol.26, n.1. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722013000100012&lng=en&nrm=iso. ISSN0102-7972. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000100012>.
- Vera, J; Sotelo, T; y Dominguez, M. (2005). *Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores en Revista Intercontinental de Psicología y Educación volumen 7*. Distrito Federal: UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL
- Venturini, D. (2010). *¿Vejez, senectud, ancianidad? (Artículo virtual)*. Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.elpsicoanalitico.com.ar/num14/sociedad-venturini-vejez-senectud-ancianidad.php#top>
- Warner, K y Sherry, W. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez (5ed)*. Madrid: PEARSON
- Wheeler, G. (2005). *Vergüenza y Soledad, legado del individualismo*. Santiago de Chile: CUATRO VIENTOS.
- Zimmermann, J. (1850). *La Soledad. Cataluña: IMPRENTA DE ESPINOZA Y CIA.*

ANEXOS

ESCALA ESTE

Edad: _____ **Sexo:** Fem () Masc. ()
Estado Civil: _____ **Tiene pareja:** Si () No ()
Escolaridad: Primaria () **Con quien vive:** Pareja ()
 Secundaria () **Familiares** ()
 Universitaria () **Solo/a** ()

Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	No tiene una opinión definida o depende de la circunstancia	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

Instrucciones: Leer las afirmaciones que se presentan a continuación y seleccionar marcando con una X una de las 5 alternativas, teniendo en cuenta la descripción en la tabla de arriba, que mejor se adecua para cada una de las afirmaciones.

Ítems	Afirmaciones	Alternativas				
1	Me siento solo/a	1	2	3	4	5
2	Ya no tengo a nadie cerca de mí	1	2	3	4	5
3	Tengo a alguien que comparte su vida conmigo	1	2	3	4	5
4	Tengo compañía sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito	1	2	3	4	5
5	Le quiero a alguien que me quiere	1	2	3	4	5
6	Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales	1	2	3	4	5
7	Favorezco a que mi pareja sea feliz	1	2	3	4	5
8	Me siento solo/a aunque esté con mi familia	1	2	3	4	5
9	Ningún familiar se preocupa por mí	1	2	3	4	5
10	No hay nadie en mi familia que me preste su apoyo	1	2	3	4	5
11	Realmente me preocupo por mi familia	1	2	3	4	5
12	Siento que pertenezco a mi familia	1	2	3	4	5
13	Me siento cercano/a a mi familia	1	2	3	4	5

Ítems	Afirmaciones	Alternativas				
		1	2	3	4	5
14	Lo que es importante para mí no parece importante para la gente que conozco	1	2	3	4	5
15	No tengo amigos/as que compartan mis opiniones	1	2	3	4	5
16	Mis amigos/as entienden mis intenciones y opiniones	1	2	3	4	5
17	Me encuentro a gusto con la gente	1	2	3	4	5
18	Tengo amigos/as a los/as que recurrir cuando necesito consejo	1	2	3	4	5
19	Me siento aislado/a	1	2	3	4	5
20	Mis amigos/as y familiares suelen no entenderme	1	2	3	4	5
21	Mi familia es importante para mí	1	2	3	4	5
22	Me gusta la gente con la que salgo a distraerme	1	2	3	4	5
23	Cuento con mis amigos/as si necesito	1	2	3	4	5
24	No me siento conforme con los/as amigos/as que tengo	1	2	3	4	5
25	Tengo amigos/as con los/as que comparto mis opiniones	1	2	3	4	5
26	Estoy preocupado/a porque no puedo confiar en nadie	1	2	3	4	5
27	No siento apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas	1	2	3	4	5
28	No me siento importante para nadie	1	2	3	4	5
29	Siento que no soy interesante	1	2	3	4	5
30	A medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas más difíciles para mí	1	2	3	4	5
31	Me molestan más las cosas pequeñas que antes no	1	2	3	4	5
32	Siento que a medida que me voy haciendo mayor soy menos útil	1	2	3	4	5
33	A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida	1	2	3	4	5
34	Tengo miedo de muchas cosas	1	2	3	4	5

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO RYFF

Edad: _____ Sexo: Fem () Masc. ()
 Estado Civil: _____ Tiene pareja: Si () No ()
 Escolaridad: Primaria () Con quien vive: Pareja ()
 Secundaria () Familiares ()
 Universitaria () Solo/a ()

Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	No tiene una opinión de finida o depende de la circunstancia	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

Instrucciones: Leer las afirmaciones que se presentan a continuación y seleccionar marcando con una X una de las 5 alternativas, teniendo en cuenta la descripción en la tabla de arriba, que mejor se adecua para cada una de las afirmaciones.

Ítems	Afirmaciones	Alternativas				
1	Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento de cómo han resultado las cosas.	1	2	3	4	5
2	A menudo, me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.	1	2	3	4	5
3	No tengo miedo de expresar mis opiniones incluso cuando son opuestos a las opiniones de la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
4	Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.	1	2	3	4	5
5	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.	1	2	3	4	5
6	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad	1	2	3	4	5
7	En general me siento seguro y positivo conmigo mismo.	1	2	3	4	5
8	No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.	1	2	3	4	5
9	Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piense de mi.	1	2	3	4	5
10	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.	1	2	3	4	5
11	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mi mismo.	1	2	3	4	5
12	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.	1	2	3	4	5

13	Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.	1	2	3	4	5
14	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.	1	2	3	4	5
15	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.	1	2	3	4	5
16	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mi.	1	2	3	4	5
17	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.	1	2	3	4	5
18	Tengo confianza en mis opiniones, incluso si son contrarias al consenso general.	1	2	3	4	5
19	Las demandas de la vida diaria, a menudo me deprimen.	1	2	3	4	5
20	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.	1	2	3	4	5
21	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mi mismo.	1	2	3	4	5
22	No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.	1	2	3	4	5
23	Es difícil para mi expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.	1	2	3	4	5
24	En su mayor parte me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.	1	2	3	4	5
25	Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mi.	1	2	3	4	5
26	Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.	1	2	3	4	5
27	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.	1	2	3	4	5
28	Para mi, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.	1	2	3	4	5
29	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida, daría los pasos más eficaces para cambiarlas.	1	2	3	4	5

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Problema principal ¿Existe relación significativa entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina?</p> <p>Problemas secundarios</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Existe relación significativa entre el sentimiento de soledad social y el bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina? ¿Existe relación significativa entre el sentimiento de soledad familiar y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina? ¿Existe relación significativa entre el sentimiento de soledad conyugal y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina? ¿Existiría relación significativa entre el sentimiento de soledad como crisis de adaptación y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de La Molina? 	<p>Objetivo general Determinar si existe relación significativa entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de la Molina.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> Identificar si existe relación significativa entre el sentimiento de soledad social y el bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de la Molina. Identificar si existe relación significativa entre el sentimiento de soledad familiar y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de la Molina. Identificar si existe relación significativa entre el sentimiento de soledad conyugal y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de la Molina. Identificar si existe relación significativa entre el sentimiento de soledad como crisis de adaptación y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de la Molina. 	<p>Hipótesis general (H1) Sí existe relación significativa entre el sentimiento de soledad y el bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de la Molina.</p> <p>Hipótesis secundarias</p> <ol style="list-style-type: none"> Sí existe relación significativa entre el sentimiento de soledad social y el bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de la Molina. Sí existe relación significativa entre el sentimiento de soledad familiar y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de la Molina. Sí existe relación significativa entre el sentimiento de soledad conyugal y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de la Molina. Sí existe relación significativa entre el sentimiento de soledad como crisis de adaptación y bienestar psicológico en adultos mayores atendidos en los servicios médicos del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield ubicado en el distrito de la Molina. 	<p>VARIABLE 1 Sentimiento de Soledad en adultos mayores</p> <p>Dimensiones o indicadores de V1:</p> <ul style="list-style-type: none"> Soledad Social Soledad Familiar Soledad Conyugal Soledad como crisis de adaptación <p>VARIABLE 2 Bienestar psicológico</p> <p>Dimensiones o indicadores de V2:</p> <ul style="list-style-type: none"> Autoaceptación Relaciones positivas Autonomía Dominio del entorno Propósito en la vida Crecimiento personal 	<p>Tipo de investigación Correlacional -transeccional: La recolección de datos se realizó en un tiempo único. Asimismo esta investigación pretende hallar la relación entre las variables antes descritas.</p> <p>Diseño No experimental: Corresponde a los No experimentales debido a que no se manipula variables,</p> <p>Población y Muestra:</p> <ul style="list-style-type: none"> Población: La recolección de datos para este estudio se realizó en el Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield. Muestra: Del total de la población se obtuvo una muestra aleatoria de 100 adultos mayores del Hospital Nivel I Carlos Alcántara Butterfield. <p>Técnicas para recolección de datos Instrumentos: Escala ESTE para medir Soledad en Adultos Mayores y Escala de Bienestar Psicológico de RYFF</p> <p>Técnicas para recolección de análisis de resultados Para analizar la confiabilidad de ambas pruebas, se utilizó como medida, estadísticos de prueba de relación.</p>