

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

*“La Posesión de Pareja en la Vejez: relación con la
Satisfacción Vital y la presencia de Sintomatología
Depresiva”*

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
CORRESPONDIENTE AL REQUISITO CURRICULAR CONFORME
O.C.S. 143/89

Autores:

- Albornoz, Carolina Mat. 4898/99
- González, Laura Mat. 3374/95
- Pallavicini, Vanesa Mat. 4833/99

Supervisora: Mg. Claudia Arias

Cátedra de radicación: Estrategias Cualitativas y Cuantitativas en Investigación
Psicológica.

2009

N° CLASIFICACION :	ADQUISICION :
7-13	
	N° INVENTARIO :
	R-936



USO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Albornoz, Carolina; González, Laura y Pallavicini, Vanesa; de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o sus partes, o resumirse, sin el previo consentimiento escritos de los autores”.



APROBACIÓN DE LA SUPERVISORA

La que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Albornoz, Carolina - Mat. 4898/99 - ; González, Laura – Mat. 3374/95 -y Pallavicini, Vanesa - Mat. 4833/99-, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 30 del mes de noviembre del año 2009.



Mg. Claudia Arias

PRESENTACIÓN ANTE LA COMISIÓN ASESORA


“Atento al cumplimiento de los requisitos prescritos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al trabajo de Investigación presentado por las alumnas Albornoz, Carolina - Mat. 4898/99 - ; González, Laura – Mat. 3374/95 -y Pallavicini, Vanesa - Mat. 4833/99-“



Albornoz, Carolina



González, Laura



Pallavicini, Vanesa



Mg. Claudia Arias

Aprobado a los 20 días del mes de noviembre de 2009.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

PAUTAS PARA LA PRESENTACION DEL PLAN DE TRABAJO PARA
LA REALIZACION DE LA INVESTIGACIÓN DE PREGRADO

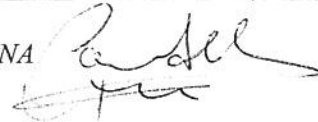
FIRMA DEL SUPERVISOR

ARIAS, CLAUDIA



FIRMA DE LOS ALUMNOS:

ALBORNOZ CAROLINA



GONZÁLEZ, LAURA



PALLAVICINI, VANESA



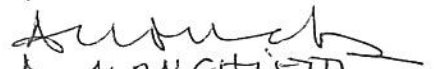
P/ AREA DE INVESTIGACIÓN:

ESTRATEGIAS EN INVESTIGACION PSICOLÓGICA

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN:


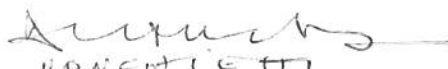
Aprobado

(APROBADO / REHACER)


B. MONCHETTI
2/11/06

FECHA: 23/02/10

9 (NUEVE)


ARIAS
MONCHETTI

- Alumnas - Albornoz, Carolina. Matrícula:4898/1999
- González, Laura. Matrícula: 3374/1995
- Pallavicini Vanesa. Matrícula: 4833/1999

Cátedra o seminario de radicación: Estrategias Cuantitativas y Cualitativas en la Investigación Psicológica.

Supervisor: Mg. Arias, Claudia

Título del proyecto:

La posesión de pareja en la vejez: relación con la satisfacción vital y la presencia de sintomatología depresiva.

Resumen: En la vejez las redes sociales tienden a reducirse en tamaño, distribuirse irrregularmente, homogeneizarse y perder funcionalidad. Sus tipos de apoyo, recaen en escasas relaciones, especialmente en la pareja. El objetivo principal de ésta investigación consiste en conocer la relación de la posesión de pareja en la vejez con la satisfacción vital y la presencia de sintomatología depresiva. Se implementará un diseño no experimental transversal correlacional. Se seleccionará una muestra no probabilística intencional de 80 adultos de ambos sexos entre 65 y 85 años, a los que se administrará un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas para obtener datos sociodemográficos y filiatorios, el Índice de Satisfacción Vital¹ y la Escala de Depresión Geriátrica². Posteriormente se efectuará un análisis cuantitativo de los datos. Los resultados realizarán aportes para la planificación de intervenciones basadas en el apoyo social orientados a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Palabras clave:

Adultos mayores- Pareja- Satisfacción vital- Sintomatología depresiva.

¹ Neurgarten, B.L; Havighaurst, R.J. & Tobin, S.S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology* , 16, 134-143.

² Yesavage, J; Brink, T; Rose, T; Lum, O; Huang, V.S; Adey, M & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.

MOTIVO Y ANTECEDENTES:

Las redes sociales cumplen un papel preponderante en la vejez, como recursos para conservar el sentimiento de utilidad y participación social, a la vez que proporcionan satisfacción a sus necesidades personales. Existe un amplio consenso acerca de la incidencia que los recursos de apoyo social tiene sobre el bienestar biopsicosocial de las personas mayores (Fernandez Larrea, Caldeira, Ramirez Rodríguez, PrietoDíaz, 1997; Martínez Pascual, 2000).

En la vejez se presentan frecuentemente situaciones en las que se producen interrupciones en la red de apoyo social, denominadas en ésta etapa, contracciones; debido a la muerte o distanciamiento de amigos, familiares y/o pareja, a las migraciones, o la jubilación (Sluzki, 1996; Arias, 2004). De acuerdo con Sluzki (1996) las redes en la vejez tienden a reducirse en tamaño, distribuirse irregularmente, homogeneizarse y perder funcionalidad. Los tipos de apoyo característicos de la misma recaen en escasas relaciones, especialmente en la pareja, que puede verse sobrecargada ante la exigencia de responder a todas las demandas y expectativas de la persona mayor (Arias, 2004).

El contar con relaciones duraderas e íntimas, así como establecer nuevos vínculos, dan lugar a evaluaciones favorables tanto cognitivas (satisfacción con la vida) como emocionales (equilibrio afectivo). Según Álvarez, Díaz, Rodríguez y González, (1990) mientras las relaciones familiares son más armónicas se favorece el estado emocional positivo de los ancianos, pero a medida que las relaciones familiares son más conflictivas y desarmónicas, aumenta el número de ancianos deprimidos. En varios estudios revisados se ha puesto de manifiesto que en la vejez la falta de apoyo familiar o vínculos sociales puede influir en la aparición de síntomas depresivos (Zarrogotia Alonso, 2003;González Ceinos, 2001;Campos Arias, 2001).

Si bien el apoyo puede proceder de diversas fuentes, en el círculo íntimo los ancianos resaltan al cónyuge como el principal sostén ya que es

un vínculo multidimensional que satisface múltiples funciones de apoyo: compañía social, ayuda económica, emocional, práctica y de orientación cognitiva (Fernandez Larrea, Clúa Caldeira Ramírez Rodríguez, Prieto Díaz, 1997; Arias, 2004).

López y Sánchez (2005) trabajan sobre la experiencia amorosa en la vejez. Incluyen al cónyuge con un papel importante respecto a la satisfacción de ciertas necesidades básicas en los adultos mayores: necesidad de sentirse seguros y estimados, de tener una red de relaciones sociales, y necesidad sexual o de intimidad corporal y afectiva. Por ello, la presencia de la pareja y la sexualidad que comparten en la vejez es vista por éstos y otros autores como una dimensión de riqueza, contradiciendo los prejuicios sociales (Flores Colombino, 1998).

La presencia de vínculos emocionales con una pareja es un factor que contribuye a la adaptación óptima de una persona durante toda la adultez. Estos beneficios se incrementan en las últimas décadas de la vida donde la familia sufre la etapa del nido vacío. Cuando los hijos se van y forman su propio hogar, la pareja vuelve a ocupar un lugar central. Villar y otros (2005) consideran que la satisfacción de la relación de pareja establece un patrón con forma de "U", donde la pareja toma prioridad para ambos miembros al inicio, cuando recién se conocen, y luego, como adultos mayores. Las personas mayores que poseen éste tipo de vínculos disfrutan, en general, de hábitos más saludables, y sobre todo disponen de un elemento fundamental de apoyo instrumental y emocional, lo que a la vez está en relación con un alto nivel de bienestar psicológico.

Entre los tipos de vínculos que conforman la red de apoyo social centraremos nuestro estudio en la pareja y nos preguntamos acerca de su relación con la satisfacción vital y la presencia de sintomatología depresiva en la vejez.

Objetivos generales

- a) Identificar si existe relación entre la posesión de pareja en la vejez y la satisfacción vital.
- b) Identificar si existe relación entre la posesión de pareja en la vejez y la sintomatología depresiva.

Objetivos específicos:

- c) Evaluar la satisfacción vital y sintomatología depresiva en adultos mayores de ambos sexos.
- d) Comparar satisfacción vital y sintomatología depresiva por grupos de edad.
- e) Comparar satisfacción vital y sintomatología depresiva por género.

Hipótesis

- f) La posesión de pareja en la vejez se relaciona con la satisfacción vital.
- g) La posesión de pareja en la vejez se relaciona con la sintomatología depresiva.

Diseño e instrumentos:

Se implementará un diseño no experimental transversal correlacional.

Con el objetivo de evaluar la satisfacción vital, la sintomatología depresiva y aspectos sociodemográficos se administraran los siguientes instrumentos:

- a) Cuestionario de preguntas abiertas y cerradas.
- b) Índice de Satisfacción Vital (Harris & Associates, 1975; Neugarten, Havignurst & Tobin, 1969)
- c) Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage et al., 1983- abreviada)

El cuestionario de preguntas abiertas y cerradas tiene como fin recabar información de las personas mayores que componen la muestra, acerca de aspectos sociodemográficos y filiatorios: sexo, edad, tipo y composición del hogar, si es jubilado, si poseen pareja, relación de pareja actual, ej. si es reciente o de larga data, entre otros.



El Índice de Satisfacción vital es un instrumento previamente validado, de autollenado que explora aspectos de la satisfacción vital, como el entusiasmo, la resolución, coherencia entre objetivos. Consta de 18 ítems de respuestas de tipo de acuerdo/ni de acuerdo ni en desacuerdo/ en desacuerdo.

La Escala de Depresion Geriátrica abreviada consta de 15 ítems de respuesta dicotómica de tipo si/no. Evalúa el estado de ánimo del sujeto de forma general, incorporando ente sus ítems otros aspectos como quejas de tipo cognitivo y excluyendo los aspectos somáticos, evitando la posible confusión con este tipo de sintomatología.

Población y muestra:

La población está conformada por adultos mayores de 65 a 85 años que vivan en hogares particulares y residan de manera permanente en la ciudad de Mar del Plata, y que no presenten deterioro cognitivo diagnosticado ni estén atravesando una enfermedad aguda.

Se seleccionará una muestra no probabilística que estará conformada por un total de 80 adultos mayores distribuidos de acuerdo con las siguientes cuotas:

		Varones	Mujeres
Tiene Pareja	65 a 74 años	10	10
	75 a 85 años	10	10
No tiene Pareja	65 a 74 años	10	10
	75 a 85 años	10	10

Cronograma mensual de actividades:

Tareas	Meses	1	2	3	4	5	6
	Busqueda Y Revisión de Bibliog.		X	X	X		
Elaboración de antecedentes de invest.			X	X			
Selección de la muestra				X			
Administración de los instrumentos				X	X		
Procesamiento y gestión de datos					X	X	
Análisis e interpretación de datos						X	
Elaboración del informe final							X
Presentación del informe final							X

Bibliografía

- Alomar, F; Bustos, C; Contreras, A; Hermosilla, A; Romero, L. (2000). Vejez y depresión. Universidad del Desarrollo. [On-line] www.psiconet.com
- Álvarez, M; Díaz, M.J; Rodríguez, I; González, S. (1990). La familia cubana. Cambios, actitudes y retos. Departamento de estudios sobre la familia. CIPS-ACC. Ciudad de La Habana.
- Arias, C.J (2004). *Red de apoyo social psicológico en personas de edad*. Buenos Aires: Suárez.
- Campos Arias, A. (2001). Curso y pronóstico de la depresión en ancianos. *Revista Medunab*, 161-163.
- Di Giglio, G. (2002). Envejecimiento normal y patológico. La sexualidad en la vejez. Facultad de Psicología y Ciencias Sociales N° de leg 2089 [Online] http://www.uflo.edu.ar/academica/psicologia/public_5.htm
- Fernández Larrea, N; Clúa Caldería, A.M; Báez Dueñas, R.M; Ramírez Rodríguez, M; Prieto Díaz, V. (2000). Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Revista Cubana med gen integr*; (1) : 6-12.
- Flores Colombino, A. (1998). *La sexualidad en el adulto mayor*. Buenos Aires: Lumen-Hvmanitas
- González Ceinos, M. (2001). Depresión en ancianos: Un problema de todos. *Revista Cubana med gen integr*; 17 (4): 316-20.
- López Sánchez, F. (2005). Experiencia amorosa en la vejez. *Revista española Geriátrica Gerontológica*.; 40(3): 135-7.
- Martínez Pascual, B. (2001). Factores de riesgo en la salud mental en ancianos de la isla de Gran Canaria. Universidad Complutense de Alcalá de Henares. [On line] bmartenezpa@nexo.es
- Neurgarten, B.L; Havighurst, R.J. & Tobin, S.S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology* , 16, 134-143.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Villar, F; Villamizar, D.J; López Chivral, S. (2005). Los componentes de la experiencia amorosa en la vejez: personas mayores y relaciones de pareja de larga duración. *Revista española Geriátrica Gerontológica*.; 40(3): 166-77.

- Yesavage, J; Brink, T; Rose, T; Lum, O; Huang, V.S; Adey, M &Leirer, V.O.
(1983).Development and validation of a geriatric depression screening scale: A
preliminary report. *Journal of psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.
- Zarragoitia Alonso.I. (2003). La depresión en la tercera edad. [On line]
www.geriatrianet.com vol.5 n° 2.

INDICE GENERAL

Presentación.....	I
Uso del Trabajo de Investigación.....	II
Aprobación de la Supervisora.....	III
Presentación ante la Comisión Asesora.....	IV
Plan de Trabajo.....	V
Presentación del Trabajo de Investigación.....	1
Agradecimientos.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
Parte I. MARCO TEÓRICO.....	6
Capítulo 1	
1.1. El Apoyo Social.....	7
1.2. Apoyo Social Formal e Informal.....	8
1.3. La Red Social.....	9
1.3.1 Evaluación de la Red Social.....	10
1.4 Vínculos Familiares de Apoyo en la Vejez.....	12
Capítulo 2	
2.1. Los Cambios de la Red Social en la Vejez.....	17
2.1.1. Enfermedad.....	18
2.1.2. Relocalización Geográfica.....	19
2.1.3. Jubilación.....	20
2.1.4. Muerte y/o Alejamiento de Familiares y Amistades.....	20
2.2. Implicancias de la Red Social en la Vejez.....	24

Capítulo 3	
3.1. La Pareja en la Vejez.....	26
3.2. Características de las Relaciones de Pareja en las personas de edad.....	28
3.3. Etapas de las Experiencias Amorosas.....	29
Capítulo 4	
4.1. La Satisfacción Vital.....	31
4.2. Satisfacción Vital y Vejez.....	33
4.2.1. La Satisfacción Vital y Percepción del Adulto Mayor.....	34
Capítulo 5	
5.1. Aproximas Teóricas de la Depresión en la Vejez.....	37
5.2. Características de la Depresión.....	38
PARTE II- ASPECTOS METODOLOGICOS.....	43
Capítulo 6	
6.1. Metodología.....	44
6.1.1. Diseño.....	44
6.1.2. Población y Muestra.....	44
6.1.3. Características Muestrales.....	45
6.1.4. Instrumentos.....	46
6.1.5. Análisis de Datos.....	48
PARTE III- RESULTADOS	49
Capítulo 7	
7.1. Satisfacción Vital y Sintomatología Depresiva en Adultos Mayores entrevistados.....	50

7.2. Satisfacción Vital y Sintomatología Depresiva según Grupos de Edad en Adultos Mayores entrevistados.....	51
7.3. Satisfacción Vital y Sintomatología Depresiva según Género en Adultos Mayores entrevistados.....	53
7.4. Relación entre Posesión de Pareja en la Vejez, Satisfacción Vital y Sintomatología Depresiva.....	55
PARTE IV- CONCLUSIONES.....	57
BIBLIOGRAFIA.....	64

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

*“La Posesión de Pareja en la Vejez: relación con la
Satisfacción Vital y la presencia de Sintomatología
Depresiva”*

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
CORRESPONDIENTE AL REQUISITO CURRICULAR CONFORME
O.C.S. 143/89

Autores:

- Albornoz, Carolina Mat. 4898/99
- González, Laura Mat. 3374/95
- Pallavicini, Vanesa Mat. 4833/99

Supervisora: Mg. Claudia Arias

Cátedra de radicación: Estrategias Cualitativas y Cuantitativas en Investigación
Psicológica.

2009



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las personas que entrevistamos y prestaron su colaboración para realizar esta tesis.

A nuestra supervisora por su paciencia, ayuda y esmero, al guiarnos en el recorrido que implicó el desarrollo de este proyecto.

Y no por ser nombradas últimas es menor el agradecimiento y reconocimiento a nuestras familias y amigos, por soportarnos, ayudarnos y apoyarnos en lo que duró realizar este trabajo.

Introducción

Introducción

El presente estudio tiene el objetivo de conocer la relación entre la posesión de pareja en la vejez con la satisfacción vital y la presencia de sintomatología depresiva. Su importancia reside en que siendo el vínculo conyugal una de las relaciones emocionalmente significativas, su presencia o ausencia podría incidir en la calidad de vida de los adultos mayores.

El sustento de esta investigación se halla en las bases teóricas del modelo del apoyo social, que apunta al desarrollo de la persona y grupo social mediante la utilización de recursos disponibles, en un interjuego dialéctico en el que ambos mantienen una relación recíproca. Sánchez Vidal (1996) analiza la interrelación entre las variables psicológicas y sociales, destacando la posibilidad del individuo de acceder a los recursos de su medio social, pues la mera existencia de relaciones sociales no implica presencia de apoyo. Al respecto se diferenciará entre los conceptos de red social, como categoría estructural, y el de apoyo social percibido, referido al componente subjetivo.

Las redes de apoyo social cumplen un papel preponderante en la vejez, permitiendo conservar el sentimiento de utilidad y participación social, a la vez que proporcionar satisfacción a sus necesidades personales. Sobre ésta base se apuntará hacia las aptitudes y potencialidades de las personas de edad en su contexto social, saliendo de la tradición en que la psicología se ha centrado desarrollando principalmente los estados y procesos carenciales y/o patológicos.

Como se verá en datos empíricos, la importancia de las relaciones familiares, donde el adulto mayor perciba su sistema de apoyo de una manera

satisfactoria, es planteado como positivo y alentador ya que favorece su calidad de vida. Si bien el apoyo puede proceder de diversas fuentes, las personas de edad resaltan al cónyuge como el principal sostén en ésta etapa de la vida. La presencia del mismo se convierte en predictor de satisfacción vital (Vera Noriega y Sotelo Quiñónez, 2003). Por otro lado, la falta de apoyo familiar puede influir en la aparición de síntomas depresivos, los cuales implican un estado de ánimo negativo, aunque no necesariamente presencia de enfermedad (síndrome o trastorno depresivo) (Guzmán, 2008).

Esta investigación apunta a explorar dentro de los vínculos que pertenecen a la red social a la posesión de pareja, y establecer relaciones específicas con las variables descriptas. El fin último persigue no solo profundizar el conocimiento teórico acerca de los apoyos sociales en la vejez, sino además brindar información útil para el desarrollo de programas de mejora de las condiciones de vida en las personas de edad.

El informe está integrado por cuatro partes. La primera de ellas aborda los aspectos teóricos en varios capítulos: 1) Aspectos generales sobre el Modelo Teórico del Apoyo Social y consideraciones de la Red Social; 2) Los cambios en la Red Social, sus motivos e implicancias; 3) La Posesión de Pareja en la Vejez; 4) Satisfacción Vital y 5) Sintomatología depresiva. La segunda parte expone los aspectos metodológicos de la investigación. En la tercera parte se describen los resultados alcanzados. Finalmente la cuarta parte expone las conclusiones a las que se arriba mediante análisis y discusiones de las fases precedentemente descritas.

Parte I

Marco Teórico

Capítulo 1

1. 1. El Apoyo Social

En este capítulo se desarrollarán los temas referentes al apoyo social en la vejez. Primeramente se expondrán los conceptos del apoyo social y red social, para luego diferenciar diversas fuentes familiares proporcionadoras del mismo.

Este trabajo tiene sustento en las bases teóricas del modelo del apoyo social, el cual analiza los comportamientos de las personas por la relación dialéctica que éstas mantienen con su medio ambiente social. Asocia una serie de variables psicológicas y sociales, y considera la posibilidad del individuo de acceder a los recursos proporcionados por su medio social, ya que la presencia de relaciones sociales no implica por sí misma existencia de apoyo (Sánchez Vidal, 1996). La funcionalidad de las relaciones sociales, que ofreciendo apoyo de distintas maneras, provee bienestar para la persona, identifica el concepto de apoyo social (Díaz Veiga, 1985).

Según Sánchez Vidal (1996), el modelo del apoyo social surge, justamente de la evidencia de la relación entre problemas psíquicos y la ausencia del apoyo social adecuado y/o la disrupción de las redes sociales. Durkheim fue el primer autor interesado en relacionar la aparición de trastornos psicológicos con factores asociados al apoyo social. Posteriormente, en los años '70, aparece un fuerte impulso hacia el estudio de éste constructo, derivado de la aparición en la psicología de una perspectiva ecológico-comunitaria, y a su vez, por hallazgos sobre la relevancia de los recursos comunitarios sobre la salud mental (Díaz Veiga, 1985).

Los individuos integrados a la comunidad y sus instituciones, presentan una mayor calidad de vida dada por el sentido de pertenencia y utilidad social. (Arias, 2004; Gracia Fuster, 1997; Sluzki, 1996). En congruencia con esto, Vera Noriega y Sotelo Quiñónez (2003) afirman que el soporte social, a través del apoyo emocional y/o instrumental que el mismo ofrece, influye directamente en el bienestar de las personas. Es por ello que la pertenencia a una comunidad otorga al individuo la oportunidad de integrar actividades colectivas, compartir con otros, sentir protección, lo cual implica un modo de obtener mayores recursos para el afrontamiento de situaciones difíciles.

Cohen y Lázarus (1979) (citado en Sánchez Vidal, 1996), consideran el apoyo social como una de las conductas confrontativas ante cualquier situación de estrés, la petición, por parte del individuo, de ayuda a personas de su entorno constituye el uso de recursos propios que inciden en la resolución o amortiguación de los efectos negativos de dicha situación estresante. Según Muchnik y Seidman (2006), aquellas personas que pueden establecer interacciones positivas con otros generan lazos de intimidad y reciprocidad en sus relaciones, a la vez que experimentan mayor satisfacción con la vida.

1.2. Apoyo Social Formal e Informal

Se pueden considerar dentro del término de apoyo social dos grandes categorías: las redes formales y las redes informales. Las primeras se refieren a la programación burocrática, destinada a garantizar apoyo a las personas por medio de profesionales o voluntarios. El sistema informal, está constituido por el contexto natural de la persona (sus redes personales y comunitarias), no organizado programáticamente. A su vez éstas distintas fuentes de apoyo

pueden ofrecer ayudas de diversos tipos (algunas más acordes a una que a otra): materiales (dinero, alojamiento, comida, vestimenta, pago de servicios), instrumentales (cuidado, transporte, labores del hogar), emocionales (afectos, compañía, empatía, reconocimiento, escucha) y cognitivos (intercambio de experiencias, información y consejos) (Guzmán, J., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V., 2003; Sánchez Ayéndez, 1994). En las redes informales de apoyo, constituidas por familiares, amistades, vecinos y compañeros, los factores desencadenantes de la ayuda se presentan por motivaciones distintas a los que determinan los sistemas formales, ya que el apoyo surge en ellas de la relación afectiva y/o el deber u obligación (Sánchez Ayéndez, 1994).

1.3. La Red Social

Sánchez Vidal (1996), llama al componente subjetivo del apoyo social, "apoyo social percibido", y al marco estructural del mismo lo define como "red social". Ésta última configura el entramado de interacciones humanas, conteniendo en el concepto características como su tamaño, homogeneidad, densidad, dispersión, etc. que aportan al individuo un sostén positivo para su salud (Díaz Veiga, 1985). Una investigación realizada por Soliverz (2002) en la ciudad de Mar del Plata, refiere que la red en su referencia a los aspectos estructurales "permite describir las relaciones mantenidas por una persona", distinguiendo de éste concepto el de apoyo social, el que se refiere a las funciones (apoyo emocional, económico, instrumental) que los vínculos sociales pueden proveer. Dicha especificación conceptual evita el supuesto erróneo de que todo integrante de la red es una relación que ofrece apoyo a la persona.

Sluzki (1996) llama a las relaciones percibidas como diferenciadas de la masa social, "red social personal" o "red social significativa". La misma puede estar conformada por familiares cercanos y/o lejanos, amistades, relaciones laborales y académicas, vecinos y compañeros de posibles grupos en que el sujeto participe. Sluzki (1996) desarrolla un mapa de la red social diferenciando cuatro tipos de relaciones: familia, amistades, relaciones laborales o escolares y relaciones comunitarias. Además brinda información acerca de los diversos grados de intimidad a través de la ubicación de los vínculos en un círculo externo de personas conocidas, donde se encuentran los vecinos, familiares lejanos, cofeligreses; un círculo intermedio de relaciones, configurado por relaciones sociales de intimidad intermedia; y un círculo interior compuesto por familiares y amistades más íntimas.

La red microsocial es constructora de la identidad, ya que hace al reconocimiento de la persona como tal junto a la imagen de sí misma, es decir, configura la identidad del individuo. Constituye las experiencias de bienestar a partir de otorgar un rol en la trama social desde el lugar de protagonismo y competencia, además de proporcionar contención y cuidados necesarios (Sluzki, 1996).

1.3.1. Evaluación de la Red Social

Para evaluar la red social Sluzki considera tres aspectos:

- Características estructurales (propiedades de la red en su conjunto): tamaño, densidad, composición o distribución, dispersión, homogeneidad o heterogeneidad demográfica y sociocultural, y atributos de vínculos específicos.

- Tipos de funciones (tipo prevalente de intercambio interpersonal característico): compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, regulación social, ayuda material y de servicios y acceso a nuevos contactos. Cada vínculo puede ciertas funciones que otros no, las relaciones de amistad y los familiares íntimos cubren el mayor número de éstas.
- Atributos de los vínculos (propiedades específicas de cada relación): funciones prevaletentes, multidimensionalidad, reciprocidad, intensidad o compromiso, frecuencia de los contactos, historia de la relación.

La importancia de la evaluación de los aspectos mencionados reside en que determinan la calidad y suficiencia de la red social, haciendo a la "identidad-en-contexto" de cada individuo, dando sentido de vida a las personas a la vez que disminuye la reacción ante el estrés, favorece los cuidados y los comportamientos asertivos, aumentando por esto la salud y bienestar general del individuo (Sluzki, 1996).

Un trabajo realizado en Mar del Plata estudió éstos tres aspectos en adultos mayores de la ciudad (Arias, 2004). Los resultados evidencian acerca de las características estructurales que respecto al tamaño de las redes, las mismas presentaban en su mayoría entre 7 y 9 integrantes, siendo las redes de más de 15 miembros o menos de 4 las menos frecuentes. No se hallaron casos que no dispusieran de al menos 1 miembro en su red. Los tipos de vínculos correspondieron preferentemente a relaciones de amistad y familiares, variando según variables como el estado civil o la posesión o no de pareja, el tener o no hijos, hermanos y según las actividades que realizaba la persona. La densidad y la dispersión de las redes fue alta, y el nivel de heterogeneidad bajo.

Los resultados referentes a la funcionalidad de las redes de las personas de edad marplatenses demostraron que gran parte de los adultos mayores presentaron alguna función de apoyo no satisfecha. Sólo la cuarta parte de las personas de edad poseyeron redes con un alto nivel de funcionalidad. Las necesidades satisfechas son en orden decreciente compañía social, apoyo emocional, ayuda práctica, económica y orientación cognitiva y consejo, siendo los vínculos principales la pareja, los hijos y los amigos íntimos.

Respecto a los atributos de los vínculos, la mayoría presentó un nivel de multidimensionalidad medio y bajo. Se destacaron como vínculos multidimensionales principalmente la pareja, los hijos y los hermanos, los cuales fueron destacados también por su alto grado de intimidad. La mayor frecuencia de contacto remitió específicamente a la/s personas convivientes, y la reciprocidad sentida por los encuestados mostró en general un equilibrio entre lo que perciben que dan y reciben de los vínculos que forman su red.

Las personas incluyeron en sus redes de apoyo vínculos de larga data, aunque las que carecían de una extensa o suficiente red mencionaron relaciones más recientes en el tiempo. La investigación mostró que la mayoría de las redes de apoyo de los adultos mayores que conformaron la muestra tenían un nivel de suficiencia total medio. (Arias, 2004).

La referida investigación constató que las características estructurales, funcionales y de atributos de los vínculos variaban proporcionalmente a la satisfacción vital, equilibrio afectivo y bienestar psicológico de las personas mayores, a la vez que lo hacían inversamente a la depresión (Arias, 2004)

1.4. Vínculos Familiares de Apoyo en la Vejez

La familia en tanto institución social está sujeta al contexto cultural que la define, y es conformada por individuos interrelacionados por vínculos de parentesco que incluye las relaciones consanguíneas, conyugales y adoptivas (Sánchez Ayéndez, 1994). Funciona como grupo primario de pertenencia, y es parte de la identidad del individuo, a la vez que continente del desarrollo, y en todas las etapas de la vida desempeña el lugar de sostén para sus integrantes. Pertenecer a tal agrupación que funciona con intereses comunes y relaciones de afecto, actúa como un medio defensivo, siendo por tanto atenuadora de las problemáticas que pueden aparecer durante el ciclo vital (Rolla, 1980; citado por García Pintos, 2005).

Contradiendo estereotipos negativos que sostienen que los adultos mayores son abandonados por sus familias, ésta sigue funcionando como sostén para aquellos, y más aún, es el recurso preferido y primero al que acuden. La familia brinda apoyo de variados tipos: social, funcional, material, afectivo o emocional, y cognitivo, suministrando asistencia tanto en la vida cotidiana como ante situaciones de crisis, y siendo los vínculos resaltados como proveedores dentro de la misma los de alianza y filiación. Igualmente cabe señalar que los adultos mayores de la tercera edad son independientes y generalmente proporcionan más ayuda que la que necesitan. Son los llamados ancianos-viejos o personas de la cuarta edad, los que presentan mayores experiencias de dependencia y/o discapacidades, especialmente en lo referido al apoyo socioeconómico o de salud (Sánchez Ayéndez, 1994).

Según García Pintos (2005) los sistemas familiares pueden ser maduros o inmaduros, de acuerdo al manejo que hagan de sus recursos afectando positiva o negativamente la vida del adulto mayor. Si bien la mayoría de los

adultos mayores, han expresado en las encuestas que se encuentran satisfechos con sus vínculos familiares, generalmente se ha encontrado una pequeña graduación diferencial respecto a la satisfacción de la persona de edad con su familia, variando según conviva o no con algunos de sus parientes. La tendencia ha manifestado que los adultos mayores que no viven bajo el mismo techo con sus familiares, definen la relación con estos como aún más satisfactoria que quienes conviven. Sánchez Ayéndez (1994), relaciona éstos resultados con la situación que experimentan las personas de edad al compartir el mismo hogar con otras generaciones, ya que en determinados momentos las necesidades e intereses de las distintas franjas etáreas se pueden contraponer, incidiendo en la disminución del bienestar y satisfacción del individuo.

Por otra parte, una investigación realizada en Cuba afirma que las familias de las personas de edad y los co-residentes son las principales fuentes de apoyo de los mismos. El estudio destaca la presencia significativa de personas que brindan ayuda al adulto mayor, las cuales varían según la cantidad de individuos que ofrezcan apoyo. Los hijos están situados en el primer lugar, segundo el cónyuge y tercero los nietos, pero cuanto más ayudas más varía éste ordenamiento. Respecto a las ayudas recibidas, el estudio destaca el apoyo material en dinero, cosas y también en servicios. En cuanto a las ayudas dadas concluyen que las mujeres ofrecen en mayor proporción compañía, cuidado de los nietos y otras ayudas, y los hombres dinero y cosas (León Díaz y Fraga, 2003).

Concha, Olivares y Sepúlveda (2000) destacan las relaciones sociales del adulto mayor como proveedoras de apoyo emocional, ayuda material,

información y servicios, además de mantener su identidad social. Dichos autores afirman respecto a las relaciones familiares que los hijos ayudan a los adultos mayores con dinero, permiten conversar sobre temáticas de su interés y ofrecen soporte emocional y afectivo. Por otro lado, Sánchez Ayéndez (1994) destaca el lugar de los hijos como principales proveedores de apoyo en aquellos ancianos que son viudos, ya que de estar aún con su pareja ésta sería quien ocupara el primer lugar. El autor especifica aún más la afirmación, diciendo que son principalmente las hijas quienes preponderantemente se ocupan de sus padres ancianos, por mandatos culturales de género. Aunque además del sexo de los hijos, indica que hay otros factores a tener en cuenta para la cantidad y calidad del apoyo en las relaciones con ellos: cercanía entre las viviendas, estado civil, necesidades de las personas de edad, ingresos económicos de ambos, y los lazos afectivos creados. Concha, Olivares y Sepúlveda (2000) afirman que los hijos son a la vez el enlace con los nietos con los cuales se funda una relación de lazos cercanos, por el papel que asumen de cuidadores de los niños, compañeros de juegos, y consejeros.

Una investigación española plantea que el 75% de las personas de edad tienen hermanos con los cuales contar, por lo que éstos asumen una función importante, siendo la relación más larga que mantienen en su vida. El contacto entre hermanos permite compartir recuerdos, ofrece consuelo y apoyo, organiza y brinda auxilio en situación de necesidad, cuidándose mutuamente. (Concha, Olivares y Sepúlveda, 2000). Complementando lo anterior, Sánchez Ayéndez (1994), destaca el rol de los hermanos en la adaptación de la persona de edad a la viudez, ya que junto con las amistades comparten edades similares y experiencias que los llevan a vínculos de reciprocidad y empatía.

Respecto al cónyuge, los autores identifican la relación como la principal fuente de apoyo durante ésta edad, tanto en la vida cotidiana como en situaciones de crisis. Destacan del mismo, el vínculo de compañerismo, apoyo emocional e intereses comunes, también el rol de asistencia en caso de necesidad. En relación al apoyo recibido entre coetáneos las investigaciones muestran que los hombres son más ayudados por sus esposas que a la inversa, lo cual responde a pautas culturales. En caso de viudez afirman que las redes sociales establecidas permiten una mejor adaptación de la persona a la nueva situación (Concha, Olivares y Sepúlveda, 2000; Sánchez Ayéndez 1994). En el próximo capítulo se tratarán los aspectos relacionados con los cambios en la red social durante la vejez, y en el tercero se analizará más detalladamente el vínculo de pareja en esta etapa de la vida.

Capítulo 2

2.1. Los Cambios de la Red Social en la Vejez

Sluzki (1996) afirma que “la red social personal es un sistema dinámico”, cambiante con el tiempo y las circunstancias. Siendo un proceso colectivo a la vez que individual, presenta características específicas en cada etapa de la vida, sufriendo un proceso de expansión de la infancia a la juventud, luego estabilizándose en la adultez para pasar en la vejez a sufrir un proceso de contracción.

El achicamiento en ésta última etapa según Sluzki (1996) se produce por muertes, relocalizaciones geográficas o enfermedades de quienes la integran, también por disminución de la motivación para renovar las relaciones; paralelamente el adulto mayor tiene menos oportunidades de reconstruir sus vínculos no familiares por falta de fuerzas y/o movilidad para el traslado. Estos factores conllevan a un debilitamiento progresivo de la red de apoyo social constituida, y además a la escasa posibilidad de ampliación de la misma (generalmente los miembros que se incorporan a la red pertenecen al ámbito de la salud y son quienes le aportarán cuidados en el área). Desde ésta perspectiva el envejecimiento de la persona conlleva un proceso de empobrecimiento de su red social, las interacciones sufren cambios cualitativos (un ejemplo es la escasez de vínculos intergeneracionales, con excepción de los hijos y nietos), también cambios de intensidad de los contactos, a la vez que transformaciones cuantitativas de los mismos (Sluzki, 1996).

Desde la Psicología Positiva surgió un enfoque alternativo la teoría de la selectividad socioemocional, explica los cambios de composición de la red

social en esta etapa relacionándolos con cambios en la motivación de los adultos mayores. En la vejez, con la edad avanzada y un tiempo acotado por vivir, se presenta en los adultos mayores modificaciones en las metas motivacionales, lo cual los llevaría a relacionarse más con personas emocionalmente significativas. A partir de ello se interpreta la variación del tamaño de la red como una selectividad que realizan las propias personas de edad hacia las interacciones sociales. Y por lo tanto, no considerando relevante pasar el tiempo que les queda por vivir con vínculos que no sean los cercanos (Rice, Löckenhoff y Carstensen, 2002).

Un estudio cubano, presenta estadísticas acerca del tamaño de la red de apoyo a los adultos mayores, donde el promedio es de dos a tres personas, y a la vez hay un 7% que carece completamente de ella (León Díaz y Fraga, 2003). A diferencia de estos resultados, una investigación realizada en la ciudad de Mar del Plata, en la muestra seleccionada no se presentan casos de adultos mayores sin vínculos de apoyo, siendo que el promedio de integrantes de las redes de las personas de edad rondaban entre las siete y nueve personas, poniéndose de manifiesto a su vez, la amplia variabilidad de redes halladas entre los adultos mayores, que impiden pensar a la edad como causa suficiente y necesaria para la disrupción de dicha red (Arias, 2009).

A continuación se exponen diversas situaciones que se presentan como factores contribuyentes para la disrupción de la red de apoyo social en la vejez.

2.1.1. Enfermedad

En los casos de enfermedad crónica, el estar débil y reducido en la movilidad, reduce también la iniciativa y la oportunidad de contactos. Las

enfermedades por si mismas producen un efecto deletéreo en la red, una cierta parte por la aversión que provoca, a la vez que impide al individuo tener comportamientos de reciprocidad, generalmente la misma asimetría del vínculo cuidador-cuidado hace al agotamiento de la relación situándose las relaciones más íntimas, fundamentalmente el cónyuge, en situación de sobrecarga. García Pintos (2005) presenta un listado de demandas vivenciales de la familia del adulto mayor en crisis: se encuentran sobrecargados en su papel de cuidadores, sin recursos suficientes (materiales, instrumentales o de conocimiento), conflictos en relación a miembros que no asumen su responsabilidad, también presentan la necesidad de ser contenidos, sentimientos de angustias o depresión por ver a sus padres envejecer, enfermar, etc.

2.1.2. Relocalización geográfica

Las migraciones expresan experiencias que exponen al individuo a la emoción de soledad, produciéndose este sentimiento en virtud de las pérdidas o abandonos, por la carencia o ausencia de otros significativos. El migrante al perder la pertenencia a su lugar y a su gente experimenta la soledad vinculada al desarraigo y a la ajenidad del nuevo contexto (Muchnik y Seidmann, 2006).

El fenómeno tratado implica la pérdida masiva de la red de apoyo constituida en el lugar de origen, percibiéndose un alejamiento de muchos de sus miembros por falta de contacto. De los integrantes de la red que permanecen, además del cambio en la interacción, no puede esperarse un apoyo inmediato en caso de emergencia debido al distanciamiento geográfico. Paralelamente, constituir una nueva red se dificulta enormemente para las

personas de edad, lo cual facilita el aislamiento y la soledad (Sluzki, 1996). Según investigaciones de Arias (2004), la mayoría de las personas de edad residentes en Mar del Plata trasladaron su lugar de residencia en algún momento de su vida hacia ésta ciudad, encontrándose un alto porcentaje de adultos mayores migrantes.

2.1.3. Jubilación

La jubilación implica también el alejamiento y en algunos casos la pérdida de relaciones sociales cotidianas que estaban unidas por la actividad común. Se suma a ello el hecho de que en nuestra sociedad, el rol laboral constituye gran parte de nuestra identidad, la pérdida del mismo transforma nuestra propia imagen, y a la vez, la visión de los demás: los jubilados como la clase pasiva (Muchinik, 1984).

El mayor tiempo disponible y el decaimiento de los ingresos económicos pasan a ser otras características intrínsecas al retiro laboral. Estas condiciones generan necesariamente una reorganización del sistema al que pertenece, y los roles familiares, especialmente el conyugal, deben adecuarse al nuevo contexto (Arias, 2004).

2.1.4. Muerte o alejamiento de familiares y amistades

La muerte o alejamiento de familiares o de amigos íntimos implica la desaparición de una relación importante en lo referente al apoyo social, ya que los mismos proveen compañía, contención y ayuda. A la vez se disipan los recuerdos compartidos con esa persona.

En el caso de amigos íntimos la pérdida se refiere especialmente al vínculo de confianza, apoyo y consejos, y el distanciamiento de determinados vínculos con los cuales el amigo ausente hacía de enlace. La pérdida de ésta relación, con la cual compartía generalmente la misma generación, produce un vacío en la historia y continuidad del sujeto.

En el caso de pérdidas de familiares cercanos, su ausencia se expresa en la interacción cotidiana, y especialmente ante la necesidad de ayuda, ya que las relaciones consanguíneas son vínculos de los que la persona espera más en estos casos. Al respecto Sluzki (1996) afirma que la efectividad de los lazos familiares se expresa por el mandato social al cual responden, y que las relaciones de amistad son igualmente eficaces pero no siempre activadas por carecer de expectativas sociales para la proporción de ayuda.

Estudios realizados indican que el apoyo social cumple un papel atenuador ante las pérdidas que puede sufrir el individuo, con características distintas según el vínculo de que se trate. Así las amistades cercanas reducen la posibilidad de síntomas de depresión de forma mas permanente que lo que lo hacen las relaciones familiares, ya que la importancia del lazo familiar se expresa en el primer momento de sufrida la pérdida y luego va perdiendo fuerza (Soliveréz, 2002).

Entre las pérdidas posibles de vínculos en la vejez se destaca la pérdida de pareja. En dicho caso, es decir, si la pérdida sufrida es la del cónyuge, generalmente los efectos son altamente estresantes, afectando tanto la salud física como psicológica del individuo debido a la centralidad de éste vínculo. Es uno de los lazos multidimensionales por excelencia, siendo caracterizado como proporcionando múltiples funciones, por la historia del vínculo, la reciprocidad,

la intimidad y la frecuencia del contacto. Al respecto Arias (2004) expresa que los adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata destacaban la relación de pareja en todas las funciones mencionadas, incluyendo también en algunas de ellas a los hijos, amigos íntimos y hermanos. En la red social suele suceder que ante la pérdida del cónyuge algunas relaciones se modifiquen, especialmente con amigos y familiares políticos.

En lo que respecta a la distinción por género, hay dos razones que muestran que el mayor número de casos de viudedad se presenta más en las mujeres. Por un lado, porque la población femenina crece en un porcentaje mayor que lo que lo hace la población masculina; y por otro lado, los hombres tienden con mayor frecuencia a casarse nuevamente ya que definen la relación conyugal como más central que las mujeres (Soliveréz, 2002; Sluzki, 1996). Ampliando lo dicho, se puede agregar dos motivos más que fundamenten y expliquen los casos mayoritarios de viudedad en las mujeres: las mismas tienden a establecer relaciones con hombres de mayor edad, y se suma a ello, la menor calidad de vida del varón producida específicamente por el rol laboral (trabajo de fuerza y en condiciones ambientales perjudiciales a la salud) otorgado a él socialmente.

Variadas investigaciones han demostrado que las mujeres poseen una red más eficaz que la de los hombres, lo que favorece su situación en caso de viudedad (Campbell, 1980; Kahn, 1983, citados por Sluzki, 1996). Ellas han desarrollado durante su vida una mayor habilidad para la socialización que los hombres, haciendo que sus relaciones cumplan variedad de las funciones descritas páginas arriba, con lo cual, sus vínculos tienden a ser multidimensionales, lo que en caso de contar la persona con una red mínima

ésta cualidad tiende en parte a compensar la escasez de relaciones. Otro estudio (Antonucci, 1985, citado por Soliverez, 2002) compara también hombres y mujeres donde éstas últimas tienden a encontrar más apoyo fuera de la relación matrimonial, a la vez que esperan recibir menos de la misma. Estas condiciones hacen la viudedad de las mujeres más afables que la misma situación para los hombres.

Si bien los factores analizados anteriormente contribuyen a la disrupción de la red social en la vejez, se ha encontrado que los adultos mayores aún atravesando estas situaciones, poseen redes amplias, funcionales y suficientes (Arias, 2009). Por otro lado, se ha explorado que si bien la disminución de la red social ha sido interpretada durante mucho tiempo como problemática relacionada con la soledad y la proximidad con la muerte, los motivos de dichos cambios se relacionan más con una actitud prosocial de los adultos mayores, donde ellos eligen intencionalmente los vínculos más significativos con los cuales continuar relacionándose (Rice, Löckenhoff y Carstensen, 2002). Los adultos mayores informaron que aunque tenían menos relaciones con conocidos casuales y extraños, pasaban mayor tiempo con los integrantes de sus familias, invirtiendo el tiempo con la gente que más les interesa (Carstensen y Charles, 2007).

Al respecto, el enfoque de la psicología positiva asume que es fundamental que los científicos sociales no solo se centren en los problemas de esta etapa de la vida, sino que conjuntamente identifiquen el potencial humano que aparece en los adultos mayores, a partir de lo cual las sociedades reconozcan las ganancias y las pérdidas, identificando fortalezas y debilidades del estadio (Carstensen y Charles, 2007).

2.2. Implicancias de la Red Social en la Vejez

Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003) han relacionado la calidad de vida de las personas mayores y las redes de apoyo, enfatizando los efectos positivos que tienen éstas últimas sobre sus vidas. Dichos autores afirman que las personas que cuentan con redes de apoyo eficaces, pueden enfrentar mejor las dificultades, situaciones de estrés, enfermedades, etc. También Soliverz, (2002) coincide en afirmar que el apoyo social cumple un papel predictor del bienestar y la salud de las personas de edad.

Buz, Mayoral, Bueno y Vega (2004) afirman que la integración social, junto con la actividad y la ocupación del tiempo libre, influyen en el bienestar subjetivo de los adultos mayores. Los autores plantean que las variables de red y apoyo social en las personas de edad, impactan en variables psicológicas como la felicidad, el bienestar, la depresión, y afectan también variables físicas, enfermedades e incluso muertes. Otro estudio (Muchinik, 1984), obtuvo resultados similares al señalar la importancia de la interacción social en la vejez, al hallarse en correlación directa con la satisfacción de las personas mayores.

La disminución en la red social produce que los miembros persistentes en la misma cobren aún mayor importancia. En un estudio realizado en Mar del Plata se destaca que en los casos en que las personas mayores no poseían, o eran escasas, las relaciones de intimidad y confianza, tendían a incluir dentro de su red de apoyo social vínculos más recientes (Arias, 2004). Según Muchinik y Seidmann (2006), la persona aislada socialmente, se caracteriza por presentar una escasa red social, experimenta irritabilidad y vulnerabilidad,

pudiendo o no ser acompañada por la sensación de soledad. Ya que ésta última no proviene de la realidad objetiva sino de significados personales referidos a deficiencias cualitativas y cuantitativas.

Para Vera Noriega y Sotelo Quiñónez (2003) el apoyo social influye en el bienestar del adulto mayor. La presencia de la red social en su potencialidad de recibir y dar apoyo está relacionada con la salud física y mental en la vejez, a partir de actuar reduciendo la tensión y ansiedad, y afirmando la percepción de utilidad y la autoestima de la persona anciana. Los resultados de la investigación de éstos autores, que evalúan tres funciones del apoyo social: práctico-tangible, orientación-información y afectivo-emocional, reportan como principales proveedores de las mismas al cónyuge y a los hijos. La presencia de estas personas resultó indicador de un alto grado de satisfacción con la vida en ésta etapa. Al respecto, en el capítulo siguiente analizaremos específicamente el vínculo de pareja en la vejez.

Capítulo 3

3.1. La Pareja en la Vejez

La experiencia amorosa en la vejez, es infrecuentemente considerada. Se adjudica a la juventud el modelo de satisfacción y bienestar, atribuyendo principalmente a la vejez las limitaciones y pérdidas físicas y psíquicas. Este “modelo joven” (López y Sánchez, 2005) funciona como producto y productor de criterios y valores culturales de lo aceptado y lo rechazado en nuestra sociedad, ubicando las relaciones amorosas de las personas de edad, principalmente la sexualidad del mayor, dentro de los aspectos prohibidos o negados.

Sin embargo, se encontraron trabajos (Salvarezza, 2002; López y Sánchez, 2005; Sánchez Vera y Bote Díaz, 2005) que cuestionando estas construcciones tradicionales de este período vital, han abordado estas temáticas en sus diversas facetas y características. Al respecto, las investigaciones realizan aportes desde un enfoque donde se considera que la relación de pareja permite mantener un vínculo de intimidad y profundidad, que proporciona dimensiones que confluyen en la presencia de mayor bienestar en las personas de edad.

Carstensen, Gottman y Levenson (1995, citados por Carstensen y Charles, 2007) analizan que las parejas mayores, comparativamente con las parejas jóvenes, expresaron ante los conflictos de sus relaciones emociones menos negativas y más afecto hacia sus parejas. Según estos autores, las personas de edad, poseen experiencias emocionales más diferenciadas, mayor

control sobre las mismas y reducción de la frecuencia de emociones negativas (Carstensen y Charles, 2007).

Por otro lado, investigadores como López y Sánchez (2005), afirman que los adultos mayores presentan las mismas necesidades relacionales que los más jóvenes, aunque la resolución de ellas pueda ser distinta diversificándose en sus formas. En cuanto a ello desarrollan las siguientes tres necesidades en las personas de edad:

- “sentirse seguros y estimados”, lo cual se concreta en un vínculo consistente que implique la ayuda en caso de necesidad. Dicha función es cumplida fundamentalmente por el cónyuge o un familiar cercano, y de no contar con estos vínculos la persona se hallaría padeciendo soledad emocional.
- Otra de las necesidades mencionadas por dichos autores, y donde cumple una función exclusiva la pareja, es la “necesidad sexual”, la cual implica el placer de la genitalidad, y más allá de ella, el beso y la caricia.
- Finalmente la necesidad de “participar en una red de relaciones sociales” (tener amigos, vecinos, compañeros, con los cuales compartir intimidades y pertenencia social a través de distintas actividades). Si bien ésta última parece una necesidad por fuera de la experiencia amorosa de las personas de edad, está muy ligada a ella, funcionando incluso como propiciadora de ésta clase de vínculos (a través de los contactos que ofrece) si la persona se hallara sin pareja. En base a estas relaciones los autores destacan la interacción entre las tres necesidades expresadas.

Weg (1996, citado en Salvarezza, 2002) desarrolló el concepto de intimidad, éste comprende los lazos afectivos compuestos por el cuidado mutuo, responsabilidad, confianza y una comunicación abierta. Una de las necesidades básicas del ser humano es la del afecto y cuidado desde y hacia otra persona. El significado de las relaciones íntimas para los ancianos es el de acrecentar su autoestima, el de proveerles una razón de existir y la seguridad de que alguien puede estar allí para ellos, así como ellos satisfacen su necesidad de saber que están allí para otro.

Las relaciones íntimas, dentro y fuera del matrimonio, sirven de protección y soporte contra los sentimientos de soledad. Las personas de edad valoran positivamente el establecimiento de estos lazos, conexiones íntimas que pueden ser emocionales, intelectuales, espirituales y potencialmente sexuales, que los satisfacen y energizan. La persona que deja de tocar y ser tocado, de tener afecto y confianza en la conexión humana, muere emocional y/o físicamente (Salvarezza, 2002).

3.2. Características de las relaciones de pareja en las personas de edad

Un estudio realizado en España lleva a considerar que las dimensiones y categorías que representan los aspectos característicos de las relaciones amorosas pueden evolutivamente mantenerse en algún aspecto y variar a la vez en otro. Esta investigación aplica la "Teoría triárquica del amor" de Sternberg (investigación realizada a una población joven con parejas relativamente recientes) a las personas de edad con matrimonios de larga duración. El objetivo fue analizar la estructura de la relación amorosa en estas parejas. Al respecto se halló la presencia de las mismas tres categorías

(intimidad, pasión y compromiso), incorporándose además una cuarta: "ayuda", aunque con una ponderación distinta en cada una, respecto a los resultados encontrados en los jóvenes. Los resultados detallan que se encontraron niveles elevados en las puntuaciones de tres dimensiones: compromiso, ayuda e intimidad; presentándose el componente pasión con puntuaciones comparativamente menores. Otra dimensión estudiada por los autores fue la satisfacción marital, la cual se correlaciona principalmente con "intimidad" y en segundo lugar con la "pasión" (Villar, Villamizar y Lopez-Chivrrall, 2005). En el mismo sentido, Kovac (citado por Castro, 1995) afirma que a través de distintas etapas, con sus retos específicos en cada una para el desarrollo del individuo y de la pareja, ésta última evoluciona hacia la intimidad y la mutualidad.

3.3. Etapas de las Experiencias Amorosas

Las distintas fases que atraviesa la pareja a lo largo del ciclo vital, contienen en su interior una zona conflictiva específica. Algunos autores establecen relaciones entre estos períodos y el grado de satisfacción que experimenta la pareja en cada uno. Al respecto (Villar, Villamizar y Lopez-Chivrrall, 2005), analizan que cuando la relación se inicia, sus miembros experimentan una alta satisfacción, pero a medida que las responsabilidades aumentan crecen los desafíos a enfrentar, y la relación tiende a disminuir en satisfacción debido a ello. Finalmente, en la etapa de la vejez, se produce nuevamente un alto nivel de satisfacción, similar al logrado en la constitución del vínculo. Es por eso, que queda representada gráficamente la evolución de la satisfacción en la pareja con la forma de la "U": mostrando la mayor

experiencia de satisfacción al inicio y durante los últimos años de la relación emocional.

El ciclo evolutivo de la pareja culmina con la muerte de uno de los cónyuges, sufriendo el compañero el proceso de duelo ante la pérdida. De la viudedad ya hablamos en capítulos anteriores al remitimos a la contracción de la red social en la vejez. Resta agregar al respecto, que produce transformaciones estructurales en la experiencia vital, y cambios en la definición subjetiva, la persona debe asumirse con una nueva identidad de persona sola. En algunos casos la identidad queda perturbada sin poder adaptarse a la nueva condición de viudo/a, aumentando la probabilidad de aislamiento y morbilidad (Arias, 2004; Corbella Roig, 1994).

En otros casos, sin embargo, se le presenta al adulto mayor la posibilidad de formar una nueva pareja. Variados son los factores y condiciones sociales que facilitan y aprueban la conformación de una nueva relación afectiva en esta etapa. Los cambios a nivel legal, económico, y las nuevas formas de entender la vejez y de concebir la familia y sus relaciones, han llevado a favorecer la constitución de nuevas parejas en este periodo vital. Lo cual favorece ampliamente la elevación de la calidad de vida del adulto mayor, pues quienes poseen un vínculo de este tipo experimentan una mejor situación económica, condiciones más óptimas de salud física, mental y social, a la vez que poseen un recurso de apoyo instrumental y emocional, permitiendo mejores condiciones de vida y menores ingresos a instituciones. Estos factores mencionados confluyen en la presencia de bienestar y longevidad de la persona (Sánchez Vera y Bote Díaz, 2005).

Capítulo 4

4.1. La Satisfacción Vital

La Satisfacción Vital se define como el componente cognitivo del Bienestar Subjetivo, de cierta estabilidad en el tiempo. Resulta de la evaluación global que las personas hacen de sus vidas de acuerdo a su propio criterio. (Pavot y Diener, 1983). Representa la congruencia percibida entre sus aspiraciones y sus logros, cuyo amplio rango evaluativo va desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de frustración.

En estas últimas décadas, se ha investigado la relación entre la satisfacción vital y variables demográficas, o “externas”, tales como estado civil, sexo, edad, recursos económicos, salud; llegando a la conclusión, según Myers y Diener (1995, citados en García Martín, 2002), que dichas variables no garantizan que las personas estén o no satisfechas con la vida (es decir, se ha encontrado una asociación débil, en especial con las dos últimas: recursos económicos y salud). Por lo tanto en la actualidad se ha tendido a investigar la relación de la satisfacción vital con el papel que desempeñan las variables “internas” del sujeto: la personalidad, las metas, los proyectos personales, o tareas vitales o valores (García Martín, 2002).

Los postulados antedichos han derivado en tres posturas teóricas: la teoría Botton-Up, la teoría de Top-Down, y la Teoría Constructivista. Desde ésta última, algunos autores (Sckwarz y Strack 1991; Fox y Kohneman, 1992 citados por García Martín, 2002), plantean que los propios adultos construyen su satisfacción vital de manera global o por áreas vitales (por ejemplo la pareja), según el tipo de personalidad. La base de esta teoría es el “cómo” las

personas construyen su satisfacción y cómo las características de la personalidad modulan las relaciones (bidireccionales y circulares) en la satisfacción de las distintas áreas vitales. Siendo significativo el número y tipo de áreas relacionadas, lo que indica que la representación de la satisfacción es diferente según las características personales.

Desde la teoría Constructivista, la satisfacción es entendida como una representación cognitiva resultado de cómo la persona interpreta y valora la misma en diferentes dominios de su vida, basándose en procesos conscientes, más que en la recopilación de experiencias pasadas. En este sentido, la correlación entre diferentes áreas vitales podría reflejar el uso del mismo proceso cognitivo más que efectos causales.

García Martín (2002), llega a la conclusión de que la satisfacción vital se relaciona no solo con los aspectos conductuales de la personalidad, relaciones interpersonales, sino también con aspectos motivacionales y los estilos de cognición. Y a su vez, se deduce que existe interacción entre la personalidad y la situación asociada a los niveles de satisfacción vital.

En otra investigación, Castro y Sánchez López (2000), exploraron la relación entre la satisfacción en diferentes áreas vitales y la valoración sobre el grado de cumplimiento de los objetivos de vida en el presente y el futuro. Hallaron asociaciones entre la satisfacción y el logro de objetivos vitales, según lo cual, a mayor satisfacción se siente que se ha logrado más en la vida y se espera lograr más. Asimismo se encontró, que los vínculos personales cercanos, resultan ser una de las fuentes de mayor satisfacción ya que actúan como redes de apoyo y como barreras contra el estrés y otros trastornos psicológicos.

4.2. Satisfacción Vital y Vejez

La relación entre el Apoyo Social y la Satisfacción Vital ha sido ampliamente investigada en los adultos mayores. Arias (2004) constató que las características estructurales, funcionales y de atributos de los vínculos de las redes de apoyo social, variaron proporcionalmente con respecto a la satisfacción vital, equilibrio afectivo y bienestar psicológico de las personas mayores. A la vez que la integración, la participación comunitaria y niveles de apoyo informal y formal experimentado por el adulto mayor, es directamente proporcional a los promedios de satisfacción con la vida (Golpe y Arias, 2005).

Investigaciones relacionadas (Vera Noriega y Sotelo Quiñones, Domínguez Guedea, 2005) hallaron que los adultos mayores poseían altos niveles de satisfacción con la vida constatando que ésta aumenta con la edad. Para explicar este aumento retoman interpretaciones relativas a procesos de ajuste que disminuyen la distancia entre las metas deseadas y las obtenidas. En este sentido, otra investigación aplicada a personas mayores de 65 años en España (Meléndez Moral, Tomas Miguel, Navarro Pardo, 2008) infiere que el aumento de la longevidad y su relación con variables de salud, competencia y relaciones, pueden estar generando un aumento de la satisfacción en los adultos mayores. Mientras que en los primeros años de la vejez, hay una disminución de la satisfacción vital, se produce un repunte de la misma a partir de los 85 años. Se presupone en la investigación, que el descenso de los indicadores de bienestar es a causa de la necesidad del aumento de estrategias adaptativas de carácter acomodativo.

Por otro lado, Stéfani y Feldberg (2006) clasificando las diversas maneras de envejecer, refieren como variables posibles de la misma las siguientes: patológica, normal o competente. Ésta última es dada por el logro de la satisfacción y un sentido de vida para la persona a partir del desarrollo de roles significativos en distintas tareas de su interés. Para Maddox (1987, citado en Lerh, 2004), el bienestar de las personas mayores y la satisfacción con la vida se corresponden con el envejecimiento satisfactorio y están determinados por diversas variables biológicas, psicológicas, y sociológicas, tanto subjetivas como objetivas.

4.2.1. La Satisfacción Vital y Percepción del Adulto Mayor

Navarro, Bueno, Buz, Mayoral (2006) expresaron que una forma de protección del bienestar de los adultos mayores se halla relacionada con la percepción que estos tengan acerca de su autoeficacia en la resolución de problemas futuros y su contribución como modulador del estrés en la vejez avanzada, en sujetos no institucionalizados. Los resultados mostraron que la mayoría de las personas mayores de 75 años percibe como efectivo su manejo de los problemas actuales y futuros. Definiendo la autoeficacia en referencia a las creencias que la persona percibe sobre su capacidad de organizar y comprometerse en acciones para manejar una determinada situación.

Folkman, Lazarus, Pimley, Novacek (1987); Aldwin (1991); Benedet, Martínez Arias, Alexandre (1998), (citados por Stéfani y Feldberg, 2006) apoyan el supuesto de que tanto el tipo de situaciones estresoras como las estrategias de afrontamiento utilizadas, varían de acuerdo a las distintas etapas evolutivas por las que atraviesan los individuos. A la vez que resaltan la importancia que

las creencias de control de la situación tienen para la satisfacción vital. Es decir, a mayor cantidad de respuestas activas, mayor percepción del control personal, y mayor satisfacción vital.

Los mismos autores, infieren que el grupo de adultos mayores que cuenta con más recursos adaptativos, es probable que tenga mayor percepción de control sobre los hechos de la vida cotidiana, y por lo tanto, respuestas preponderantemente activas ante los eventos estresantes relatados por ellos, basándose en sus decisiones personales. Éstas últimas implican un sistema de creencias personal que influye en su satisfacción vital.

Por otra parte, Soliveréz (2005) explora la visión generacional actual, retrospectiva y prospectiva de la satisfacción vital percibida por los propios adultos mayores. En la visión generacional de la satisfacción vital percibida en adultos mayores en un escenario actual, los entrevistados opinaron que en el área económica en general no se alcanzan los cuidados necesarios como tampoco una adecuada autonomía. En general la Satisfacción Vital se relaciona con la satisfacción de apoyo material y emocional proveniente del seno familiar, y en menor medida con el apoyo instrumental recibidos en Centros Jubilatorios y/o Programas Gerontológicos. Aunque en este último tipo de apoyo, las narrativas femeninas se muestran más positivas en el rescate de ocupar lugares de ocio en actividades de pares provistas por estos sistemas.

En lo referido a la Satisfacción Vital en un escenario del pasado, se observa la valorización del papel de la familia y su contención e integración. La red social es uno de los mejores predictores de la salud y el bienestar de los mayores, lo importante es precisar la percepción que cada adulto mayor tenga del apoyo recibido.

Y finalmente, en lo referido al escenario del futuro, las narrativas se dividen en dos perspectivas. En el estilo de vida favorable, otorgado por los avances de la ciencia y su repercusión en una mayor esperanza de vida. Y en el descontento asociado al déficit en la formación actual de los jóvenes para insertarse en el mercado laboral y la debilidad de los vínculos familiares, peligrando en el futuro la posible satisfacción que los jóvenes podrían llegar a sentir en su vejez (Soliverez, 2005).

En otra investigación, la misma autora señala que a medida que pasan los años la preocupación por el envejecimiento se centra, en un comienzo, en los cambios físicos y cognitivos, pero una vez que la persona vive con estos cambios y se da cuenta que puede seguir viviendo de manera autónoma es más importante para los adultos mayores ocupar el tiempo libre de manera satisfactoria y placentera (Soliverez, 2002).

Capítulo 5

5.1. Aproximaciones Teóricas de la Depresión en la Vejez

Cuando un adulto mayor se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez. Al respecto, Rice, Löckenhoff y Carstensen (2002) afirman que existen interpretaciones equivocadas en base a creencias culturales que explican negativamente fenómenos que son neutrales en sí mismos.

Variadas investigaciones (González Ceinos, 2001; González Felipe, 1988) consideran que esta etapa, se caracteriza por una serie de eventos personales, laborales, familiares y culturales, que modifican la percepción de la propia persona y afectan la identidad. Dichos cambios pueden traer como consecuencia depresión, la cual sigue su curso sin ser descubierta en una alta cantidad de casos. Ello se debería a que las personas de edad no reportan sus síntomas, y si lo hacen, pueden ser interpretados como síntomas de una enfermedad médica. Y por lo tanto no reciben el tratamiento adecuado (González Ceinos, 2001).

Mientras algunos autores como González (1988) afirman que existe más probabilidad de padecer trastornos depresivos en la vejez que en otras edades según ciertas circunstancias que rodean su vida: progresiva pérdida de sus facultades físicas e intelectuales; contacto directo con la muerte y los procesos de elaboración de duelo, traslación de un locus de control de un polo interno a otro externo; la progresiva y continuada exposición a los estereotipos sociales; situaciones carenciales que atraviesan; el internamiento en instituciones

asistenciales. Otros afirman que la evidencia empírica contradice los supuestos de que las tasas de depresión aumentan con la edad, alegando que incluso las personas de edad revelan un mayor control sobre sus propias emociones. Los adultos mayores describen emociones positivas y negativas de forma simultánea, vivenciándolas de una manera más diferenciada. A la vez que regulan mejor sus emociones experimentando estados negativos menos duraderos que los jóvenes (Rice, Löckenhoff y Carstensen, 2002)

5.2. Características de la Depresión

La relación entre los síntomas depresivos y la vejez, ha generado muchos debates y el desarrollo de estudios orientados a considerar la depresión en la tercera edad como un tipo distinto de depresión. Existen diversos argumentos entre los cuales se encuentran los siguientes: diferencias de sintomatología (mayores síntomas somáticos o hipocondríacos); presencia de menores antecedentes familiares; hallazgos de imaginería cerebral; peor respuesta al tratamiento (Zarragoitia Alonso, 2003).

Se puede diferenciar a la depresión como un síndrome, una entidad clínica que se caracteriza por recurrencias y remisión de síntomas, de los síntomas depresivos. El síndrome o trastorno depresivo presenta estado de ánimo negativo, problemas somáticos, problemas cognitivos, problemas de conductas, deterioro persistente, y la historia familiar es importante. El concepto de síndrome consiste en la presencia de síntomas de un estado de ánimo negativo que van acompañados de ciertos problemas como los mencionados anteriormente. En cambio, se diferencia de los síntomas depresivos como: tristeza, pérdida de interés, pérdida de placer y la falta de

capacidad de respuesta y condiciones similares, que se utilizan para describir este estado de ánimo negativo. Estos no implican que exista enfermedad (DSM IV).

La depresión es una enfermedad que afecta al organismo, al estado de ánimo y a la manera de pensar, de concebir la realidad. Afecta al ciclo normal de sueño-vigilia y alimentación. Se altera la visión en cuanto a la valoración de sí mismo, la autoestima, y la forma de pensar. La depresión no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, que puede ser considerado como una reacción normal ante un acontecimiento negativo. Sin embargo, si dicho estado se prolonga en el tiempo o sus síntomas se agravan, impidiendo el desarrollo adecuado de la vida cotidiana, puede llegar a convertirse en un trastorno depresivo, de ahí la importancia de que la persona reciba un tratamiento preventivo adecuado ante situaciones difíciles (Campos Arias, 2001).

Según la misma investigación estos síntomas en los adultos mayores, tienen varias connotaciones; pueden deteriorar el funcionamiento social, perjudican la calidad de vida, hacen difícil el pronóstico de problemas médicos (enfermedades cardiacas y neurológicas) e incrementan el riesgo de muerte. Si llegan a convertirse en un trastorno depresivo, se considera recurrente, se caracteriza por recaídas, remisiones y recurrencias, y su desarrollo puede variar. En general es menos probable la remisión completa de síntomas depresivos y es más frecuente observar algunos síntomas residuales, a pesar de la mejoría de la persona de edad.

Diversas investigaciones (González Ceinos, 2001; Campos Arias, 2001; Zarragoitia Alonso, 2003; Salvarezza y Oddone, 2000) coinciden en que una de

las características principales de la depresión, es el sentimiento de tristeza. Hay muchas razones para que las personas mayores se sientan tristes, entre las cuales se consideran de relevancia la jubilación, las dificultades para salir debido a una enfermedad, la pérdida de seres queridos y amigos, el no compartir tiempo y actividades con otras personas, y a su vez, relacionado con ello, el sentimiento de soledad. Guzmán (2008) afirma que la pérdida del cónyuge o de algún hijo es la primera causa de depresión en los adultos mayores, aunque igualmente significativas pueden resultar las muertes de otros parientes o amigos cercanos. Otras situaciones que tienden a deprimir, es cuando los hijos se casan o se cambian de domicilio, y los cambios de roles.

En esta fase de la vida se suele realizar una evaluación de la misma, debido a los diversos cambios que atraviesan los adultos mayores, y se vuelve necesaria una readaptación a nuevos roles y retos. En consecuencia es importante resaltar el apoyo social y los cuidados necesarios con que se cuenten (Guzmán, 2008).

Actuando en el empobrecimiento de la calidad de vida en la vejez, Golpe y Arias (2005) denuncian múltiples formas de edaísmo, que pueden llevar a desencadenar en las personas de edad el aislamiento relacional. El desarraigo social, parcial o total, junto a los sentimientos de soledad produce la pérdida de hábitos indispensables para el cuidado, la higiene y demás aspectos que son precisos para la salud de los ancianos; éstas características conforman el cuadro llamado Síndrome de Diógenes. A su vez, las vivencias sociales actuales de pérdida de lazos de solidaridad, y el individualismo, hacen que se ignoren las necesidades y problemáticas de los adultos mayores llevando a éstos al desarrollo del Síndrome de Invisibilidad, con la consecuente incidencia

negativa en el estado de ánimo y autoestima de ésta franja etárea. Las autoras afirman que estos síndromes disminuyen el bienestar de la población anciana incidiendo fuertemente en la aparición de enfermedades como la depresión, e inclusive muertes (Arias, 2004).

Se ha puesto de manifiesto que en la vejez la falta de apoyo familiar o vínculos sociales puede influir en la aparición de síntomas depresivos. Así como también se puede asociar con enfermedades físicas; pero el factor psicosocial siempre es importante tanto para el pronóstico como para el tratamiento (Campo Arias, 2001).

La relevancia del diagnóstico reside en el tratamiento y el trabajo a realizar, pues las personas de edad que están deprimidas tienen mayores probabilidades de morir por suicidio, o por empeoramiento de una enfermedad. A su vez, los adultos mayores que están atravesados por esta situación suelen ser más discapacitados que personas que no lo están, e incluso tienden a recuperarse mal de enfermedades médicas (Zarragoitia Alonso, 2003). La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Con un tratamiento adecuado, el anciano tendría una vida placentera.

Lo ideal durante la etapa adulta es que la persona la viva de forma plena, predomine una actitud observadora y reflexiva de lo ocurrido, con el logro de reconciliarse con los triunfos, fracasos, y defectos que no es posible corregir. Logre la aceptación de su propia persona y aprenda a disfrutar de los placeres que en esta etapa se pueden obtener. La persona adulta necesita del apoyo a nivel emocional y compañía de sus seres queridos, para un mejor desarrollo

psicológico y bienestar general (Mella, González, D'Appolonio, Maldonado, Fuenzalida y Díaz, 2004).

Parte II

Aspectos Metodológicos

Capítulo 6

6.1. Metodología

En los siguientes puntos se describen los aspectos metodológicos de la presente investigación.

6.1.1. Diseño

Se trabajó con un diseño no experimental, transversal y correlacional.

6.1.2. Población y muestra

La población estuvo conformada por adultos mayores de 65 a 85 años que vivían en hogares particulares y residían de manera permanente en la ciudad de Mar del Plata, y que no presentaban deterioro cognitivo diagnosticado ni estaban atravesando una enfermedad aguda.

La muestra fue seleccionada de manera no probabilística intencional, y quedó conformada por un total de 80 personas de edad, distribuidos de acuerdo con las siguientes cuotas:

Tabla N°1. Distribución de la muestra por posesión o no de pareja, franjas etáreas y género.

	Franja etárea	Varones	Mujeres
Tiene pareja	65 a 74 años	10	10
	75 a 85 años	10	10
No tiene pareja	65 a 74 años	10	10
	75 a 85 años	10	10
Total		40	40

6.1.3. Características muestrales

En lo relativo a la edad, participaron adultos mayores de todas las edades comprendidas en las dos franjas etáreas. Se presentó mayor frecuencia de casos en la edad de 70 años, obteniéndose en ella el 10,0 % de la población (8 adultos mayores); y la menor frecuencia en las edades de 71 y 79 años, correspondiéndoles el 1,3% (n 1) de la población. El promedio de edades fue de 74.4, con un desvío de 6,3.

El 88,8% de los adultos mayores que componen la muestra tenía hijos. Entre ellos el mayor porcentaje correspondió a quienes poseen 2 hijos (40,0%). Siguiéndole en orden decreciente los que tienen 3 hijos (18,8%) y 1 (21,3%). Un porcentaje menor (1,3%) había tenido 5 hijos.

El 85% tenía nietos. El mayor porcentaje correspondió a los que poseían 2 (27,5%). Un 18,8% poseían 3 nietos, y el 15 % de las personas entrevistadas no tenía nietos (n 12).

En lo atinente al tipo de hogar, 31 casos (38,8%) vivían solas. Las 49 personas restantes (62,2%) vivían en hogares familiares. Un 37,5% (n 30), vivían con el cónyuge o pareja. El 22,4% con algún otro familiar, con frecuencia hijo/s. Solo una persona vivía con un amigo.

Con respecto al estado civil predominaron las personas casadas, con un 42,4% (n 34), y en segundo lugar las viudas (41,3%). Las personas solteras fueron los menos frecuentes (2,5%). El 13,8% restante eran separados o divorciados.

La duración de la convivencia presentó una amplia normalidad en las personas de edad de la muestra. La franja de entre 0 a 9 años de convivencia obtuvo un total de 4 personas (5,2%). Los que convivían desde 10 a 29 años

fueron 6, de 30 a 49 años 12. Y los que vivían juntos desde hace 50 años fueron 12.

De las personas que enviudaron, el 39,4% fue en los últimos cinco años; el 30,3% sufrió dicha situación entre los seis y los veinte años atrás. Y el resto hacía más tiempo que había enviudado.

En lo atinente a la jubilación, el 88,8% (n 71) de los adultos mayores era jubilado.

Finalmente, el 60,0% de los adultos mayores no tenía al momento de la entrevista presencia de enfermedad física o mental, y el resto, 32 personas (40,0%) comentó algún padecimiento.

6.1.4. Instrumentos

Se administraron los siguientes instrumentos de recolección de datos:

1- Cuestionario de datos demográficos y filiatorios

El mismo consta de una serie de preguntas cerradas que exploran: sexo, edad, tipo de hogar, presencia de hijos y nietos, composición del grupo conviviente, estado civil (si es viudo desde cuándo), condición laboral, posesión de pareja, convivencia con la misma, desde cuando convive con su pareja, si tiene enfermedades (físicas o mentales) cuáles son. Finalmente el cuestionario también incluye preguntas abiertas para conocer una breve historia de la pareja, y la satisfacción que le brinda.

2- Índice de Satisfacción Vital (Neugarten, Havighurst & Tobin, 1961; Harris, 1975)

El Índice de Satisfacción Vital administrado se corresponde a la revisión del instrumento hecha por Harris. Está compuesto por 18 ítems a los cuales se puede responder: de acuerdo/ ni de acuerdo, ni en desacuerdo/ en desacuerdo. A la respuesta intermedia “ni de acuerdo, ni en desacuerdo” le corresponde un puntaje asignado de 1, mientras que las otras dos: “de acuerdo” y “en desacuerdo” varían en su puntuación (entre 2 y 0) correspondiendo a la orientación afirmativa o negativa del ítem, siendo el puntaje de 2, el mayor, el que adjudica Satisfacción Vital. El puntaje total al que se puede arribar es 36, existiendo toda una franja de alternativas entre el 0 y este número. Estas puntuaciones fueron categorizadas en baja, media y alta. Se consideró como bajo los puntajes hasta P32, medios de P32 a P66, y altos desde P67 en adelante. Por tanto, a mayor puntuación- mayor Satisfacción Vital.

El instrumento fue elegido porque explora específicamente aspectos de la variable Satisfacción Vital (coherencia de objetivos deseados con los alcanzados, autoconcepto, estado anímico, entusiasmo) y además porque ha sido específicamente diseñado para ser aplicados a adultos mayores. Su validez y confiabilidad han sido ampliamente demostradas.

3- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (abreviada)

La administración de esta escala permite evaluar la presencia y el grado de sintomatología depresiva en las personas pertenecientes a la muestra. La versión utilizada en el presente estudio fue la abreviada o reducida, ya que al

administrarse junto a otros instrumentos, se procuró relevar datos sin producir agotamiento en las personas.

Por otro lado, se consideró esta escala como apropiada ya que ha sido validada para ser administrada a personas de edad.

El instrumento consta de 15 ítems a los que se responde por sí o por no. Las respuestas se evalúan con 1 o 0 según indique presencia o ausencia de indicadores de depresión respectivamente. La puntuación total puede ser categorizada en normal (0 a 5), depresión leve (6 a 9), y depresión establecida (10 o más).

La administración de las entrevistas fue en general realizada en hogares particulares y centros de jubilados. Los adultos mayores participaron en forma anónima y voluntaria. En menor proporción se relevaron casos en la vía pública.

Los instrumentos fueron administrados mayoritariamente a cada adulto mayor en forma oral e individual, aunque en algunos casos fueron autoadministrados, ya que se ajustan también a la condición de autollenado.

6.1.5. Análisis de datos

Se efectuó un análisis cuantitativo de los datos mediante la aplicación de paquetes estadísticos informatizados.

Se aplicaron técnicas de estadística descriptiva e inferencial. A fin de identificar la existencia o no de relación entre a Posesión de Pareja y la Satisfacción Vital y la Sintomatología Depresiva se aplicó la prueba de χ^2 .

Parte III

Resultados

Capitulo 7

7.1. Satisfacción Vital y Sintomatología Depresiva en Adultos Mayores entrevistados

Con respecto al objetivo específico que propone evaluar la Satisfacción Vital y los Síntomas Depresivos en adultos mayores pudo observarse que el puntaje promedio obtenido en Satisfacción Vital fue de 25,34, con un desvío de 6,14. Dos personas obtuvieron puntaje de 34 y fueron los que lograron el puntaje más cercano al máximo posible (36). El menor valor lo obtuvo una persona, con el puntaje de 4.

La distribución de los puntajes muestra que un grupo amplio de los adultos mayores entrevistados poseen valores altos y medios de Satisfacción Vital, y que se hallan muy pocos casos con puntajes bajos. Estos datos pueden encontrarse en la tabla N° 2.

Tabla N°2. Satisfacción Vital Total de los Adultos Mayores entrevistados

	N	%
0-5	1	1,3
6-11	1	1,3
12-17	5	6,2
18-23	19	23,8
24-29	35	43,7
30-36	19	23,8
Total	80	100,0

En lo referido a los resultados obtenidos con respecto a la presencia de Sintomatología Depresiva en los adultos mayores entrevistados, pudo observarse que el 73,8% de la muestra no presenta la cantidad de indicadores requeridos para considerar una probable depresión. Solo se halló una presencia mayor de 6 o más indicadores en 21 casos, es decir, un 26,3%. Entre estos puede diferenciarse entre depresión leve un 22,5% de las personas de edad y el 3,8% de depresión establecida. La distribución de puntuaciones se haya especificada en la tabla N° 3.

Tabla N° 3. Número de Síntomas Depresivos informados por los Adultos Mayores entrevistados.

N° de Síntomas Informados	N	%
0-5	59	73,9
6-9	18	22,4
10-15	3	3,7
Total	80	100,0

7.2. Satisfacción Vital Y Sintomatología Depresiva según Grupos de Edad en Adultos Mayores entrevistados.

Con respecto al objetivo específico que pretendía comparar Satisfacción Vital y Sintomatología Depresiva por grupos de edad se halló en lo atinente a la primera variable que la franja más joven (los adultos mayores de entre 65 y 74 años) presentó un mayor porcentaje de Satisfacción Vital alta. Mientras que el

segundo grupo (de 75 a 85 años) mostró un mayor porcentaje en valores medios de Satisfacción con la Vida. Ver tabla N° 4.

Tabla N° 4. Satisfacción Vital según grupos de edad en Adultos Mayores entrevistados.

Grupos de edad	bajo		medio		alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
65 a 74 años	12	30,0	11	27,5	17	42,5	40	100,0
75 a 85 años	13	32,5	17	42,5	10	25,0	40	100,0
Total	25	31,2	28	35,0	27	33,8	80	100,0

Para efectuar un análisis más profundo dentro de cada grupo de edad se realizaron cruces que identificaron para ambas franjas etareas la existencia de relación respecto a la posesión de pareja y Satisfacción Vital alta. Encontrándose que los adultos mayores que poseían pareja, independientemente del grupo etáreo, presentaron en primer lugar niveles altos de satisfacción con la vida.

En cambio, aquellos adultos mayores que no poseían pareja, de la primera franja etarea obtuvieron mayor concentración de casos de satisfacción vital baja. Y la franja etarea de 75 a 85 años obtuvo puntuaciones medias en primer lugar y bajas en el segundo. No presentando ningún grupo de adultos mayores solos niveles altos de satisfacción vital.

Con respecto a la Sintomatología Depresiva, se halló que de los 59 adultos mayores que obtuvieron una cantidad de indicadores dentro de lo considerado normal por el instrumento, 31 casos eran del primer grupo, es

decir personas de 65 a 74 años de edad, y 28 personas correspondieron al segundo grupo (adultos mayores de 75 a 85 años). Con respecto a indicadores de depresión considerados más de lo normal (lo cual incluye depresión leve y establecida) de las 21 casos hallados, se encontró la presencia de 9 personas (22,5%) de la primer franja etarea, y 12 de la segunda (30,0%).

La tabla N° 5 muestra que el grupo de mayor edad presenta un porcentaje más elevado de presencia de Sintomatología Depresiva que supera a la normal.

Tabla N° 5. Escala de Depresión Geriátrica según grupos de edad en Adultos Mayores entrevistados.

Grupos de edad	Normal		Más de lo Normal		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
65 a 74 años	31	77,5	9	22,5	40	100,0
75 a 85 años	28	70,0	12	30,0	40	100,0
Total	59	73,8	21	26,2	80	100,0

7.3. Satisfacción Vital y Sintomatología Depresiva según Género en Adultos Mayores entrevistados.

En lo atinente al objetivo que propone comparar la Satisfacción Vital y La Sintomatología Depresiva por género, los resultados obtenidos respecto a este para la primera variable mostraron que los hombres obtuvieron

mayoritariamente un porcentaje de Satisfacción Vital media. Por el contrario, las mujeres obtuvieron los mayores porcentajes en niveles bajos y altos. Ver tabla N° 6.

Tabla N° 6. Satisfacción Vital según género en Adultos Mayores entrevistados.

Sexo	bajo		medio		alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
varón	11	27,5	17	42,5	12	30,0	40	100,0
mujer	14	35,0	11	27,5	15	37,5	40	100,0
Total	25	31,2	28	35,0	27	33,8	80	100,0

Respecto a los cruces entre género, posesión de pareja y Satisfacción Vital, los adultos mayores hombres que se encontraban en pareja obtuvieron alta satisfacción vital, mientras que quienes no la tenían presentaron satisfacción vital media. En el sexo femenino, los puntajes atinentes a las personas de edad que poseían pareja, fueron congruentes con los obtenidos por los hombres, presentando una alta satisfacción con la vida. Y a diferencia del género masculino, aquellas mujeres que se hallaron sin pareja presentaron mayoritariamente satisfacción vital baja.

Finalmente, la Sintomatología Depresiva mostró escasas diferencias por género. De los 59 casos que obtuvieron una cantidad de indicadores dentro de lo considerado normal, 30 casos eran hombres y 29 eran mujeres. Con respecto a indicadores de depresión considerados más de lo normal, los 21 casos hallados correspondían a 10 hombres y 11 mujeres. Ver tabla N° 7.

Tabla N° 7. Escala de Depresión Geriátrica según Género en Adultos Mayores entrevistados.

Sexo	Normal		Más de lo Normal		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
varón	30	75,0	10	25,0	40	100,0
mujer	29	72,5	11	27,5	40	100,0
Total	59	73,8	21	26,2	80	100,0

7.4. Relación entre Posesión de Pareja en la Vejez, Satisfacción Vital y Sintomatología Depresiva.

Respecto a la relación entre Satisfacción Vital y Posesión de Pareja, se registró que 19 adultos mayores (47,5%) que cuentan con la presencia de la misma presentaron niveles de Satisfacción Vital alta, siguiéndole en porcentajes los niveles medio (30%) y bajo (22,5%). En cambio, en las personas que no poseían pareja se obtuvieron mayor porcentaje en los niveles de Satisfacción Vital baja y media, encontrándose 16 casos (40,0%) en cada una. La prueba de χ^2 muestra la existencia de relación estadística significativa entre la posesión de pareja y la Satisfacción Vital como sostiene la hipótesis propuesta. Ver Tabla N° 8.

Tabla N° 8. Niveles de Satisfacción Vital de acuerdo a la Posesión o no de Pareja en los Adultos Mayores entrevistados. Satisfacción Vital Categorizada.

Tiene Pareja	bajo		medio		alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
si	9	22,5	12	30,0	19	47,5	40	100,0
no	16	40,0	16	40,0	8	20,0	40	100,0
Total	25	31,2	28	35,0	27	33,8	80	100,0

$$X^2=7,01 \quad p<0,05$$

En lo atinente a la relación entre Sintomatología Depresiva y Posesión de Pareja, si bien los adultos mayores que tienen pareja mostraron mayores porcentajes de puntuaciones normales, y complementariamente menores porcentajes de depresión leve o establecida, que quienes no tienen pareja, la prueba de χ^2 muestra que no existe relación significativa estadísticamente entre estos niveles. En este caso se acepta la hipótesis nula y por consiguiente se rechaza la de investigación. Ver Tabla N° 9.

Tabla N° 9. Niveles de presencia de Sintomatología Depresiva de acuerdo a la Posesión o no de Pareja en los Adultos Mayores entrevistados. Escala de Depresión Geriátrica Categorizada.

Tiene Pareja	Normal		Depresión		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
si	32	80,0	8	20,0	40	100,0
no	27	67,5	13	32,5	40	100,0
Total	59	73,8	21	26,2	80	100,0

$$X^2=1,61 \quad p>0,05$$

Conclusiones

Conclusiones

La presente investigación propone conocer en los adultos mayores, desde el marco teórico del apoyo social, la relación que presenta en ellos la posesión o no de pareja respecto a la Satisfacción con la Vida y la Sintomatología Depresiva. A partir del trabajo realizado pueden elaborarse las conclusiones que se detallan a continuación.

En relación al primer objetivo específico propuesto, de evaluar la Satisfacción Vital y los Síntomas Depresivos en adultos mayores, se encontró respecto a la primera, que los adultos mayores presentaron altos y medios niveles de Satisfacción con la Vida, y sólo una minoría obtuvo en grado bajo esta variable. Al respecto, investigaciones como la de Vera Noriega, Sotelo Quiñonez y Domínguez Guedea (2005), expresan de manera similar, que los adultos mayores de su muestra obtuvieron promedios elevados de satisfacción vital. Estos autores (basándose en Kunzman, Little y Smith, 2000; Herzog, Rogers y Woodworth, 1983) analizan los resultados considerando que se generan con el tiempo procesos subjetivos de ajuste que disminuyen la distancia entre las metas esperadas y las alcanzadas. Otra investigación sostiene que el nivel de Satisfacción Vital se mantiene estable con la edad, especialmente en personas mayores de 65 años. Lo cual podría explicarse a través del cambio de metas como uno de los mecanismos que propician dicho mantenimiento (Villar, Triadó, Solé y Osuna, 2003; citados por Meléndez, Navarro, Oliver y Tomás, 2009).

En lo que respecta a los Síntomas Depresivos, se encontró que una amplia mayoría de las personas de edad estaba dentro del parámetro

considerado normal, encontrándose muy escasamente casos con elevada presencia de sintomatología depresiva. Al respecto Rice, Lockenhoff y Carstensen (2002) afirman que la evidencia empírica muestra que predominan bajas tasas de depresión en la vejez y que incluso si se la compara con otros grupos de edad, esta etapa presenta escasos niveles de psicopatología (exceptuando las demencias). Los citados autores analizan que las personas de edad regulan mejor sus emociones y vivencian estados negativos de menor duración que otras franjas etáreas, lo cual disminuye la posibilidad de que experimenten depresión.

En relación al segundo objetivo específico de comparar Satisfacción Vital y Síntomas Depresivos por grupos de edad, se identificó que las personas de la franja más joven, presentaron mayor Satisfacción Vital que el segundo grupo, aunque ambos obtuvieron valores elevados de Satisfacción con la Vida. En correspondencia, Meléndez, Navarro, Oliver y Tomás (2009) destacan que si bien la satisfacción vital puede sufrir una ligera disminución según el paso del tiempo, la edad no ejerce una influencia determinante sobre la misma.

Para efectuar un análisis más profundo se realizaron cruces que mostraron que si bien hay algunas diferencias en la satisfacción vital por grupos de edad, la posesión de pareja resulto relacionarse en ambas franjas etareas con satisfacción vital alta.

En cuanto a la Sintomatología Depresiva por grupos de edad de los adultos mayores, ambas franjas etáreas se encontraron dentro de las puntuaciones consideradas normales, si bien el segundo grupo mostró un leve aumento en los porcentajes de depresión. En consonancia, Iacub (2009, citando a Carstensen y otros, 2003) relata que la mejor regulación



emociones en las personas de edad lleva a que tengan menor tendencia a desarrollar depresión. Aunque comenta que los “viejos-viejos” tienen más posibilidades de padecer depresión que los más jóvenes.

Con respecto al tercer objetivo específico que proponía comparar la Satisfacción Vital y los Síntomas Depresivos por género, se hallaron diferencias en la primera variable entre hombres y mujeres. Los primeros presentaron mayor porcentaje de niveles medios, mientras que las mujeres mostraron principalmente valores altos o bajos.

A su vez, dentro de cada género, se presentaron variaciones de acuerdo a si poseían o no pareja y la satisfacción con la vida. Los adultos mayores hombres que se encontraban en pareja obtuvieron alta satisfacción vital, mientras que quienes no la tenían presentaron satisfacción vital media. Respecto al sexo femenino los puntajes de quienes poseían pareja fueron congruentes con los obtenidos por los hombres, presentando una alta satisfacción con la vida. Y a diferencia del género masculino, aquellas mujeres que se hallaron sin pareja presentaron mayoritariamente satisfacción vital baja – en lugar de media-.

No se presentaron diferencias destacables entre hombres y mujeres en lo que respecta a la Sintomatología Depresiva, hallándose ambos grupos, femenino y masculino, de manera predominante entre los valores normales. Divergiendo con otras investigaciones que ubican la depresión en la vejez como más frecuente entre las mujeres (OMS, 2005; Latorre Postigo y Montañés Rodríguez, 1997).

Respecto al objetivo general de identificar si existe relación entre la posesión de pareja en la vejez y la sintomatología depresiva, no se comprobó

dicha relación. Sin embargo se comprobó la relación existente entre la posesión de pareja y la Satisfacción Vital como proponía el restante objetivo general. Al respecto pudo observarse que quienes poseían pareja presentaban niveles más elevados de satisfacción vital que los que no la poseían. Complementariamente los porcentajes más elevados de personas que presentaban más sintomatología depresiva correspondían a quienes no tenían pareja.

Estos resultados concuerdan con investigaciones que resaltan la importancia del apoyo social, específicamente el desempeñado por del cónyuge dentro de la red durante la vejez. Algunos estudios (Larrea, Rodríguez, Díaz, 1997; Arias, 2004), afirman que si bien el apoyo para los adultos mayores, puede surgir desde diversas fuentes, la relación con el cónyuge suele ser multidimensional ya que brinda una variedad de funciones de apoyo . Por otro lado, García Martín (2002, citado por Meléndez, Navarro, Oliver y Tomás, 2009) afirma que las personas de edad sin pareja se hallaron con una menor satisfacción vital, a la vez que presentaban mayor prevalencia de desórdenes físicos y psicológicos.

Finalmente, desde las hipótesis planteadas al comienzo de la investigación, se pudo corroborar la existencia de una relación estadísticamente significativa entre la posesión de pareja en la vejez y la satisfacción vital. No obstante, no se comprobó que existiera relación entre la posesión de pareja en la vejez con la sintomatología depresiva.

En lo atinente a la primera hipótesis, otras investigaciones reafirman dicha relación identificando la posesión de pareja como la principal fuente de apoyo para los adultos mayores, resaltando la presencia del mismo como

indicadora de un alto grado de satisfacción con la vida durante la vejez al reportar tres funciones del apoyo social: práctico-tangible, orientación-información y afectivo-emocional (Vera Noriega y Sotelo Quiñónez (2003).

Por otra parte, Sánchez Vera y Bote Díaz (2006) al estudiar la constitución de nuevas parejas en la vejez, resaltan las experiencias amorosas en esta edad como una forma de mutuo apoyo mediante el cual se prolonga la vida autónoma y la felicidad. Además destacan sus efectos favorecedores para la salud física y mental, el bienestar y la calidad de vida, lo que incluye mayores recursos económicos y tasas más bajas de ingreso en instituciones. Según los autores mencionados, los efectos de un nuevo matrimonio de y entre los adultos mayores, tiene una incidencia positiva aumentando la satisfacción vital en esta etapa e incrementando, por lo tanto, la evaluación positiva que el adulto mayor hace de su vida.

Considerando que en la muestra seleccionada se incluyeron predominantemente casos de parejas de larga duración (de 30 años y más de convivencia), podrían surgir futuras investigaciones centradas principalmente en las nuevas parejas en la vejez, ya que la estructura de la experiencia amorosa podría variar según el tiempo compartido.

Puede considerarse que la diferencia señalada en la obtención de datos entre la Satisfacción Vital y la Sintomatología Depresiva, quizá tenga relación con las particularidades distintivas de cada variable. La satisfacción vital se presentaría como más sensible a la posesión de pareja, ostensible de mostrar variaciones entre los adultos mayores que presentaron pareja y aquellos que no la tenían. Mientras que la segunda variable no llegaría a mostrar cambios de ésta naturaleza. Podría considerarse que la depresión está relacionada más

con cuestiones estables y aspectos relativos a la personalidad del sujeto, razón por la cual, independientemente de si el adulto mayor posee o no pareja, dicha situación no se hallaría modificando la presencia de sintomatología depresiva.

Esto último podría ser considerado como una futura línea de investigación que estudie en los adultos mayores la sintomatología depresiva en relación a la personalidad.

Bibliografía



Bibliografía

- Alomar, F.; Bustos, C.; Contreras, A.; Hermosilla, A. y Romero, L. (2000). Vejez y depresión. Universidad del Desarrollo. Disponible en: www.psiconet.com
- Álvarez, M.; Díaz, M. J., Rodríguez, I. y González, S. (1990). La familia cubana. Cambios, aptitudes y retos. Departamento de estudios sobre la familia. CIPS-ACC. Ciudad de La Habana.
- Arias, C. (2004). *Red de Apoyo Social y Bienestar Psicológico en personas de edad*. Ediciones Suárez. Mar del Plata.
- Arias, C. (2009). El modelo teórico de apoyo social. Disponible en http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/electivas/080_vejez/material/indexx.php.
- Buz, J., Mayoral, P., Bueno, B. y Vega, J. L. (2004). Factores sociales del bienestar subjetivo en la vejez. *Revista Especializada en Geriátrica Gerontológica*; vol. 39 (supl. 3), pp. 38-45.
- Campos Arias, A. (2001). Curso y pronóstico de la depresión en ancianos. *Revista Medunab*; pp. 161-163
- CEPAL- SERIE Seminarios y Conferencias N° 30. (2003). Santiago de Chile. Redes de apoyo social de las personas mayores en América latina y el Caribe.
- Carstensen, L. Y Charles, S. (2007). El envejecimiento humano: ¿por qué incluso las buenas noticias se toman como malas? En Aspinwall, L. y

Staudinger, U. (coords.). *Psicología del potencial humano. Cuestiones fundamentales y normas para una psicología positiva*. Barcelona: Gedisa S.A., pp.111- 126.

Concha, A., Olivares, L. y Sepulveda, M. (2000). Redes sociales en la tercera edad. *Psicología del Desarrollo III*, Universidad del desarrollo. España.

Corbella Roig, J. (1994). *La pareja mayor- La viudez*. Ediciones Folio; vol. 18. Barcelona.

Díaz Morales, J. F. y Sánchez López, M. P. (2002). Relaciones entre estilos de personalidad y satisfacción autopercibida en diferentes áreas vitales. Universidad Complutense de Madrid. *Psicothema*, vol.14, N°1, pp. 100 - 105.

Díaz Veiga, P. (1987). Evaluación del apoyo social. En Fernández Ballesteros R., *El ambiente. Análisis Psicológico*. Ed. Pirámide. Madrid.

Di Giglio, G. (2002). Envejecimiento normal y patológico. La sexualidad en la vejez. Facultad de Psicología y Ciencias Sociales. N° de leg. 2089. Disponible en: <http://www.uflo.edu.ar/academica/psicologia/public5.htm>.

DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Mason, Barcelona, 1997.

Fernández Larrea, N.; Clúa Calderia, A. M.; Báez Dueñas, R. M.; Ramírez Rodríguez, M. y Prieto Díaz, V. (2000). Estilo de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Revista cubana med. gen intrepr.*, vol. 1; pp. 6-12.

Flores Colombino, A. (1998). *La sexualidad en el adulto mayor*. Lumen-Humanitas. Buenos Aires.

García Martín, M A. (2002). Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual.

Revista Digital, Buenos Aires, Año 8, N° 48. Disponible en <http://www.efdeportes.com>.

García Martín, M. A. (2002). El bienestar subjetivo. Departamento de Psicología Social, Málaga, España. *Escritos de Psicología*, vol. 6, pp. 18-39. Disponible en <http://www.eudemon.net>.

Golpe, L. y Arias, C. (2005). *Sistemas Formales e Informales de Apoyo Social para los Adultos Mayores. Aportes de una investigación científica al campo de la Gerontología Institucional*. Ediciones Suárez. Mar del Plata.

González Ceinos, M. (2001). Depresión en ancianos: un problema de todos. *Revista Cubana med gen integr*; 17 (4); pp. 316-20.

González, F. (1988). Características técnicas y modificaciones introducidas en dos escalas de depresión: estudio piloto para la adaptación y baremación de la G.D.S. y el B.D.I. a la población española. *Revista Geriátrika* vol. 4 (5) pp. 235-240.

Guzmán, M. (2008). La depresión en el adulto mayor. Disponible en: www.enfoquealafamilia.com.

Iacub, R. (2009). Dolor psíquico en el envejecimiento. En *Psicología de la Mediana Edad y la Vejez*. Módulo de curso de formación y capacitación en el marco del convenio entre UNMdP y ADUM.

Jay, G. y Arber, S. (1996). *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Ediciones Narcea, pp. 17-34. Madrid.

Latorre Postigo, J. M. y Montañés Rodríguez, J. (1997). Depresión en la vejez: evaluación, variables implicadas y relación con el deterioro cognitivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 2, N° 3, pp. 243-264. Disponible en: <http://e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliunet:Psicopat-1997>.

León Díaz, E. y Fraga, J. (2003). Redes de apoyo y calidad de vida en Cuba. Reunión de expertos en redes sociales de apoyo a las personas adultas mayores: rol del estado, la familia y la comunidad. CELADE- división de población CEPAL. Santiago de Chile.

López Sánchez, F. (2005). Experiencia amorosa en la vejez. *Revista Especializada en Geriatría Gerontológica*; vol. 40 (supl. 3), pp. 135 - 137.

Lerh, U. (2004). Calidad de vida, satisfacción con la vida, envejecimiento satisfactorio y bienestar subjetivo. Heidelberg University, Alemania. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*; vol. 39 (supl. 3), pp. 2-7.

Martínez Pascual, B. (2001). Factores de riesgo en salud mental en ancianos de la isla de Gran Canaria. Universidad Complutense de Alcalá de Henares. Disponible en: bmartenezpa@nexo.es.

Martínez Uribe, P. (2004). Satisfacción con la vida. En *Perspectiva temporal futura y satisfacción con la vida a lo largo del ciclo vital*, pp.16-19., Universidad Autónoma de Barcelona, España, Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación.

Meléndez Moral, J.C., Tomas Miguel, J. M., Navarro Pardo, E. (2008); Análisis del bienestar en la vejez según la edad. Universidad de Valencia, España, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, Marzo 43(2).

Meléndez, J. C.; Navarro, E.; Oliver, A. y Tomás, J. C. (2009) La Satisfacción Vital en los mayores. Factores sociodemográficos. *Boletín de Psicología*, N° 95, pp. 29-42.

Mella, R.; González, L.; D'Appolonio, J.; Maldonado, I.; Fuenzalida, A. y Díaz, A., (2004). Factores asociados al Bienestar Subjetivo en el adulto

mayor. *Revista Psykhe*, vol. 13, N° 1, pp. 79-89. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc7pdf/967/96713107.pdf>.

Muchnik, E. (1984). *Hacia una nueva imagen de la vejez*. Editorial Belgrano. Buenos Aires.

Muchnik, E. y Seidman, S. (2006). *Aislamiento y soledad*. 3ª reimp. Editorial Eudeba. Buenos Aires.

OMS (2005). Género y salud mental en las mujeres. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/genderwomen.html>.

Navarro, AB.; Bueno, B.; Buz, J. y Mayoral, P. (2006). Percepción de autoeficacia en el afrontamiento de los problemas y su contribución en la satisfacción vital de las personas muy mayores. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com>.

Neugarten, B. L.; Havighurst, R. J. y Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, pp. 134-143.

Pavot, W. y Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 2; pp. 164-172.

Rice, C. J.; Lockenhoff, C. E. y Carstensen, L. L. (2002). En busca de independencia y productividad: cómo influyen las culturas occidentales en las explicaciones individuales y científicas del envejecimiento. *Revista latinoamericana de Psicología*, vol. 34 – Nos, 1-2, pp. 133-154.

Salgado N. y cols. (2007). Inequidad, género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública México*; vol. 49, pp. 515-521.

Salvarezza, L. y Oddone, M. J. (2000). Caracterización psicosocial de la vejez. En *Informe sobre Tercera Edad en Argentina*. Secretaria de Tercera Edad y Acción Social. Buenos aires.

Salvarezza, L. (2002). *Psicogeriatría Teoría y Clínica*. 2da. Edición. Paidós, Buenos Aires.

Sánchez Ayéndez, M. (1994). La atención de los ancianos: un desafío para los años 90. Organización Panamericana de la salud. Publicación científica N° 546. Washington, D.C. 20037, EUA. Editado por Anzola Pérez, E., et. al.

Sánchez Vera, P. y Bote Díaz, M. A. (2005). Los mayores ante el nuevo matrimonio. El caso de España. *Revista Especializada en Geriatría Gerontológica*; vol. 40 (supl. 3), pp. 158-165.

Sánchez Vera, P. y Bote Díaz, M. A. (2006). Actitudes de las personas eidasas en España apostar un nuevo matrimonial. RBCEH- *Revista brasileira de Ciencias do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo; pp. 22-34.

Sánchez Vidal, A. (1996). Otros conceptos y modelos teóricos en Psicología Comunitaria. En *Psicología Comunitaria: bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona. EUB.

Sluzki, C. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Editorial Gedisa. Barcelona.

Soliveréz, C. (2002). *Autoconcepto y satisfacción vital en adultos mayores*. Mar del Plata. Facultad de Psicología, UNMDP.

Stefani, D. y Feldberg, C. (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados

y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, vol. 22, Nº 2, pp. 267- 272.
Disponible en: <http://www.um.es/analesps>.

Vera Noriega, J. y Sotelo Quiñones, T. (2003). Bienestar y redes de apoyo social en la población de la tercera edad. *La Psicología Social en México*, vol. 10, pp. 95-102.

Vera Noriega, J. A., Sotelo Quiñones, T. I. y Domínguez Guedea, M. T. (2005). Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, vol. 7, Nº 2, pp. 57 – 78.

Villar, F., Villamizar, D. J. y López, S. (2005). Los componentes de la experiencia amorosa en la vejez: personas mayores y relaciones de pareja de larga duración. *Revista Especializada en Geriatría Gerontológica*; vol. 40 (supl. 3), pp. 169 -180.

Yesavage, J.; Brink, T.; Rose, T.; Lum, O.; Huang, V. S.; Adey, M. y Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of psychiatric research*, vol. 17 (supl. 1), pp. 37-49.

Zarragoitia Alonso, I. (2003). La depresión en la tercera edad. Disponible en <http://www.geriatrianet.com> vol. 5, Nº2.