

Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos

Loneliness, depression and quality of life in Mexican older adults

Christian Oswaldo Acosta Quiroz¹, Jesús Tánori Quintana², Raquel García Flores¹, Sonia Beatriz Echeverría Castro¹, Javier José Vales García¹ y Laura Rubio Rubio³

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar el efecto independiente de la soledad, edad, presencia o no de enfermedades, presencia o no de pareja y vivir solo o con otros como predictores de depresión y calidad de vida en adultos mayores. Participaron 489 mayores del sur del estado de Sonora (México) de entre 60 y 97 años, quienes completaron la escala ESTE para medir soledad, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el WHOQOL-OLD para medir su calidad de vida. Los resultados indican que son las percepciones negativas hacia las vivencias en la etapa de vida de la vejez, en conjunto con la percepción de soledad social y familiar, las dimensiones de soledad que principalmente explican los síntomas de depresión y el deterioro en la calidad de vida, así como una mayor edad, la presencia de enfermedades y la ausencia de una pareja.

Palabras clave: Adultos mayores; Soledad; Depresión; Calidad de vida.

ABSTRACT

Objective. The purpose of the present study was to analyze the independent predicting value of loneliness, age, presence-absence of health conditions, presence-absence of a partner and living alone or with others, for predicting depression and quality of life in elderly participants. Method. A total of 489 adults aged 60 to 97 from the northwestern state of Sonora (Mexico) participated. All participants completed the ESTE scale to measure self-perceived loneliness, the Yesavage Geriatrics Depression Scale and the WHOQOL-OLD to measure quality of life. Results. The main findings indicate that negative perceptions of life experiences in old age, perceived social and family isolation, as well as growing older, becoming ill, and not having a partner, are the main loneliness dimensions explaining depressive symptoms and poor quality of life in the elderly.

Key words: Older adults; Loneliness; Depression; Quality of life.

INTRODUCCIÓN

Rubio (2007) define la soledad como un malestar emocional que se genera cuando un individuo se siente incomprendido y rechazado por otro, o cuando carece de compañía para llevar a cabo aquellas actividades que desea, sean físicas, intelectuales o emocionales. El aislamiento social, la carencia de redes sociales y la marginación pueden estar asociados al “estar solo”, pero la verdadera soledad asociada

¹ Departamento de Psicología, Instituto Tecnológico de Sonora, 5 de Febrero 818 Sur, Cd. Obregón, Sonora, México, correos electrónicos: christian.acosta@itson.edu.mx, raquel.garcia@itson.edu.mx, soniae@itson.edu.mx y jvales@itson.edu.mx. Artículo recibido el 12 de enero y aceptado el 24 de marzo de 2017.

² Departamento de Educación, Instituto Tecnológico de Sonora, 5 de Febrero 818 Sur, Cd. Obregón, Sonora, México, correo electrónico: jesus.tanori@itson.edu.mx.

³ Área de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Burgos, Facultad de Educación, c/ Villadiego s/n, 09001 Burgos, correo electrónico: lrrubio@ubu.es.

al “sentirse solo” entraña el sentimiento de nostalgia, tristeza y añoranza, aunque se esté acompañado físicamente de otras personas (Rubio y Aleixandre, 2001). El sentimiento de soledad puede vincularse a la falta de actividad y al aislamiento social, los que pueden desembocar en diversos trastornos afectivos, como la depresión. Una persona mayor que haya dejado de ser activa y que se encuentre aislada socialmente acabará por sufrir en la mayoría de los casos un deterioro funcional y físico, manifestado en última instancia por el deterioro cognitivo y de la salud en general (Rubio, 2004). Cada día aumentan más las cifras de personas mayores que viven solas, que están institucionalizadas o que manifiestan síntomas asociados a la soledad, debido a que esta última es un problema que ha cobrado una enorme importancia por su alta incidencia y porque se relaciona con depresión, suicidio y diversos e importantes problemas de salud (Cardona, Villamil, Henao y Quintero, 2007), sobre todo porque la depresión puede ser particularmente incapacitante cuando se experimenta en esa etapa de la vida en virtud de factores que la amplifican, como el declive en la capacidad de reserva, los escasos recursos financieros y la comorbilidad con enfermedades físicas, todo lo cual afecta las relaciones sociales y acelera los procesos de enfermedad (Moss, Scogin, Di Napoli y Presnell, 2012).

Sin embargo, la soledad en el adulto mayor no se relaciona directamente con la depresión, la cual está mediada por otras variables. Identificar las mismas es importante desde un punto de vista teórico en razón de que tales mediadores proporcionan una mayor comprensión del proceso por el cual ambas condiciones se relacionan, y también es benéfico desde un punto de vista práctico porque ayuda a reconocer qué aspectos de la vida de un adulto mayor requieren ser atendidos (Wan Mohd Azam et al., 2013).

Un estudio realizado por Alpass y Neville (2003) tuvo como objetivo establecer la relación entre soledad, apoyo social, depresión y salud física en 217 adultos mayores varones de la tercera edad. Las posibles relaciones entre estas variables se analizaron considerando el sexo, ingreso, educación, estado civil, vivir solo, número de enfermedades crónicas, tamaño de la red social, satisfacción con el apoyo social y salud percibida. El

análisis de regresión mostró una relación significativa entre la depresión y la soledad: cuando los participantes percibían una mayor soledad, alcanzaban puntajes más elevados de depresión, lo que sugiere que el aislamiento social puede influir en la experiencia de la misma.

En otro estudio, Adams, Sanders y Auth (2004) examinaron la relación entre la soledad y los síntomas depresivos en 163 adultos mayores residentes de centros de asistencia. Las posibles relaciones entre estas variables se analizaron considerando la edad, sexo, estado civil, ingreso, número de enfermedades crónicas, pérdidas, visitas por semana y actividades sociales y religiosas. Los resultados mostraron que los puntajes de soledad explicaban cerca de 8% de la varianza en los puntajes de depresión, lo que sugiere que la soledad es un factor de riesgo para los síntomas depresivos. Por otro lado, Drageset, Espehaug y Kirkevold (2012) analizaron la relación entre síntomas depresivos, sentido de coherencia y soledad social y emocional en 227 adultos mayores residentes de asilos. Las posibles relaciones entre estas variables se analizaron considerando el sexo, edad, estado civil, educación, tiempo de estancia en el asilo y comorbilidad. El análisis de regresión mostró que los puntajes de soledad se asociaron al apego y la integración social. Un estudio realizado por Wan Mohd Azam et al. (2013) tuvo como propósito establecer el rol del apoyo social en la relación entre soledad y depresión en 161 adultos mayores de una región rural, hallándose que la relación entre soledad y depresión está parcialmente mediada por el apoyo social.

Hay también una relación entre soledad y deterioro en la calidad de vida en dichas personas, definida esta última esta como “...la percepción de los individuos de su posición en la vida, en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven, y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses” (Harper y Power, 1998). Lim y Kua (2011), con el fin de establecer los efectos independientes e interactivos de vivir solo y de la soledad en los síntomas depresivos y los puntajes de calidad de vida en 2,808 personas de 55 años de edad no institucionalizadas y a lo largo de dos años de seguimiento, hallaron que la soledad fue un predictor más robusto que el vivir solo respecto a los puntajes de depresión. Sin to-

mar en cuenta la variable de soledad, el vivir solo no se asoció con los puntajes de depresión, pero al momento de establecer la interacción entre el vivir solo y la soledad, los puntajes de depresión asociados con la primera de esas variables fueron mayores en aquellos que se sentían solos, en comparación con aquellos que no se sentían así. Se encontraron asimismo patrones de asociación similar en los puntajes de calidad de vida, aunque no significativos. Los autores concluyen que vivir solo tiene un efecto reducido como predictor del bienestar psicológico de los mayores, pero en conjunto con la soledad empeora los efectos psicológicos de vivir solo.

De igual manera, Theeke, Turner, Moore y Campbell (2012), con el objetivo de analizar la relación entre soledad, depresión, apoyo social y calidad de vida, trabajaron con 60 adultos mayores de los montes Apalaches. En su análisis también consideraron la edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ingreso, situación de vida y empleo de los participantes. Los resultados mostraron que los puntajes más altos de soledad correlacionaron con depresión, baja calidad de vida y escaso apoyo social. En otro estudio, Ekwall, Sivberg e Ingalill (2005) pretendieron establecer la relación entre la calidad de vida, soledad, cuidado de otras personas, red social, sexo, edad y estatus económico en 4,278 adultos mayores, de los cuales 783 eran cuidadores primarios de otro adulto mayor. El análisis de regresión mostró que la soledad y una reducida red social se asociaron significativamente con una baja calidad de vida en los cuidadores, así como en el total de la muestra. Por último, Li-Juan y Qiang (2007) estimaron la posible relación entre soledad, calidad de vida relacionada a la salud y factores socioeconómicos en 590 adultos mayores, 275 de los cuales vivían sin hijos y 315 con hijos, hallando que la soledad correlacionó negativamente con las diferentes dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud en ambos grupos.

Ejemplo de otros estudios referentes a la relación entre soledad, depresión, calidad de vida y diversas variables sociodemográficas en los adultos mayores es el de Conroy, Golden, Jeffares, O'Neill y McGee (2010) sobre el aburrimiento, la soledad, la interacción social y la depresión y su relación con el funcionamiento cognitivo en mayores. Dichos autores encontraron una relación

significativa entre el funcionamiento cognitivo y el apoyo social insuficiente, escasa actividad social y bajo nivel educativo. En cuanto a los efectos de la depresión, el estado de salud y la soledad sobre el bienestar psicosocial, Adegoke (2014) halló relaciones significativas entre la depresión geriátrica, el estatus de salud, la soledad y el bienestar psicosocial. En referencia a la percepción de la soledad y la depresión, Kilic, Karadag, Kocak y Korhan (2014) concluyen que la gente mayor que vive con su pareja e hijos en sus propios hogares experimenta menos depresión y escasos sentimientos de soledad. Los resultados de Acharyva (2012), que analizó cómo se relacionan la depresión, la soledad y los sentimientos de inferioridad en mujeres adultas mayores, muestran que las que residen en asilos sufren más depresión, más soledad y sentimientos más agudos de inseguridad, en comparación con aquellas que viven en el seno familiar.

En lo que respecta a la relación entre los problemas de audición, soledad y depresión en las personas mayores, Pronk, Deeg y Kramer (2013) encontraron efectos adversos significativos de la debilidad auditiva sobre la percepción de soledad. Y en cuanto al efecto protector de cuidar nietos en la reducción de la soledad y depresión en personas de estas edades, Tsai, Motamed y Rougemont (2013) muestran que tal actividad protege contra la depresión y la soledad.

En este contexto, y dado el fenómeno de transición demográfica que actualmente vive México, por la cual son los adultos mayores el grupo poblacional de mayor crecimiento en la actualidad, se ha vuelto esencial estudiar algunas variables importantes que afectan su vida. Hay en el país un vacío notable de investigaciones que aborden el problema de la soledad en adultos mayores y su relación con ciertas variables sociodemográficas, la depresión y la calidad de vida. Por ello, el objetivo de este estudio no experimental, seccional y explicativo (Sierra, 2003) fue analizar el efecto independiente de la soledad (social, conyugal y familiar, crisis existencial, agitación y actitud hacia el envejecimiento), edad, enfermedades, pareja y convivencia con otros, como predictores de depresión y escasa calidad de vida en esta población, primero en el total de los participantes del estudio y luego considerando su sexo.

MÉTODOS

Participantes

Participaron 489 adultos mayores de entre 60 y 97 años ($M = 69.61$, $D.E. = 7.46$ años), captados mediante un muestreo intencional, no probabilístico o dirigido (Hernández, Fernández y Baptista, 2010; Sierra, 2003) en sus centros de reunión en los municipios de Cajeme y Navojoa, ambos del estado de Sonora (México). La Tabla 1 muestra sus características generales.

Tabla 1. Características de la muestra.

Características	%
Mujeres	63.2
Solteros o sin pareja	43.1
Casados o con pareja	56.9
Vivían solos	14.9
Vivían con hijos o algún familiar	49.1
Sin estudios	13.9
Con estudios primarios	45.4
Con estudios secundarios	24.7
Con estudios de bachillerato	5.9
Con estudios universitarios	10.0
Con al menos una enfermedad	52.6

Instrumentos

Se aplicó a los participantes un formato de consentimiento informado, una hoja de datos sociodemográficos que aborda aspectos relativos al participante, como edad, sexo, estado civil, nivel máximo de estudios, estatus de salud y personas con quienes vive, así como los siguientes instrumentos:

Escala ESTE (Rubio y Aleixandre, 1991).

Se emplea para medir la soledad en adultos mayores. Creada por sus autores en España, la versión original consta de 34 ítems y cuatro factores: Soledad familiar, Soledad conyugal, Soledad social y Crisis existencial. La escala se construyó con base en cuatro instrumentos de amplio uso en la medición de la soledad: la Escala de Soledad de UCLA (Rusell, 1996), con dos factores: Intimidad con otros y Sociabilidad; la escala SELSA (Social and Emotional Loneliness Scale for Adults) (DiTommaso y Spinner, 1993), con tres factores: Soledad

romántica, Relaciones con amigos y Relaciones con la familia; la escala ESLI (Oshagan y Allen, 1992), con dos factores: Soledad emocional y Soledad social, y la Escala de Satisfacción Vital de Filadelfia (Lawton, 1972), que se basa en el bienestar psicológico y la satisfacción personal. En adultos mayores del sur de Sonora (México), en un estudio previo aún no publicado, la escala ESTE mostró una estructura de cinco factores: Soledad social ($\alpha = .909$), que se refiere al contacto que se tiene con otras personas, con una percepción media (M) de 11.26; Soledad conyugal ($\alpha = .892$), que hace alusión a la relación que se tiene con una pareja afectiva ($M = 9.05$); Soledad familiar ($\alpha = .830$), relativa al vínculo que se tiene con la familia en la actualidad ($M = 3.39$); Agitación y actitud hacia el envejecimiento ($\alpha = .818$), que se refiere a las percepciones negativas hacia las vivencias en la vejez ($M = 5.96$), y Crisis existencial ($\alpha = .739$) que es la forma en cómo el adulto mayor se percibe a sí mismo ($M = 5.75$). Estos factores explican 60.1% de la varianza, con una consistencia interna α de .924 en un total de 30 ítems.

Escala de Depresión Geriátrica (EDG-15) (Sheik y Yesavage, 1986).

Con 15 ítems que evalúan la presencia de síntomas de depresión en adultos mayores, su consistencia interna en el sur de Sonora (México) fue de .84 (Acosta y García, 2007). Un puntaje igual a cinco puntos en la EDG-15 revela depresión, pero un puntaje igual o mayor a 10 es un claro indicador de la misma.

WHOQOL-OLD (Lucas-Carrasco, Laidlaw y Power, 2011).

Para medir calidad de vida en adultos mayores, tiene 24 ítems en seis subescalas. Su consistencia interna en el sur de Sonora (México) (Acosta, Valles, Echeverría, Serrano y García, 2013) es de .84 para el total de sus reactivos. Dicha consistencia, para sus subescalas, es, a saber: Intimidad ($\alpha = .87$; M , o percepción media, de 13.30), Muerte y agonía ($\alpha = .89$; $M = 14.25$), Participación/aislamiento ($\alpha = .74$; $M = 17.78$), Capacidad sensorial ($\alpha = .80$; $M = 14.27$), Autonomía ($\alpha = .67$; $M = 13.08$) y Actividades pasadas, presentes y futuras ($\alpha = .57$; $M = 10.70$).

Procedimiento

Previo aprobación del Comité Institucional de Bioética del Instituto Tecnológico de Sonora, se abordó a los participantes del estudio en centros de reunión, ante quienes se dio lectura a un formato de consentimiento informado que señalaba la duración aproximada para responder los instrumentos (aproximadamente 30 minutos) y la posibilidad de declinar en responderlos en cualquier momento, formato que firmaron los participantes. Los instrumentos de medición fueron aplicados a cada participante de manera individual por estudiantes universitarios; por lo regular, las personas respondían sin ayuda, pero algunos participantes fueron asistidos en el llenado de los instrumentos por diversas razones. El estudio se desarrolló a lo largo de cinco meses.

El análisis de datos se hizo a través de una regresión lineal para identificar el poder explicativo de las diferentes dimensiones de la soledad (social, conyugal, familiar, crisis existencial, agitación y actitud hacia el envejecimiento) en la depresión y calidad de vida, en conjunto con la edad y tres variables nominales o ficticias (*dummy*): ocurrencia o no de enfermedades, presencia o no de pareja y vivir solo o con otros. Estas tres variables se con-

sideran como variables independientes adicionales que aluden a la pertenencia a una u otra de las poblaciones señaladas en ellas. Una variable ficticia, o *dummy*, es una variable en el modelo de regresión que toma un número finito de valores y con el propósito de identificar diferentes categorías de una variable nominal que aluden a la presencia o no de un valor. El término “*dummy*” sirve únicamente para señalar que los valores reales que toman tales variables (generalmente 0, 1 y -1) no describen un nivel significativo de medida, sino que actúan únicamente para indicar o designar las categorías de interés (Silva, 1992).

RESULTADOS

El primer análisis de regresión indica que las variables que predicen depresión en los adultos mayores participantes son agitación y actitud hacia el envejecimiento, soledad social, crisis existencial, soledad conyugal, soledad familiar y presencia o no de enfermedades. Tales variables no muestran colinearidad por sus intercorrelaciones de débiles a moderadas y explican 52% de la varianza en depresión (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis de regresión para soledad y presencia de enfermedades como predictores de depresión en adultos mayores (n = 489).

Pasos y variables predictoras	B	EE B	B	R ²	ΔR ²
Paso 1: Agitación y actitud hacia el envejecer	2.08	.12	.59***	.34***	
Paso 2: Soledad social	1.36	.13	.36***	.46***	.12
Paso 3: Crisis existencial	1.02	.19	.21***	.49***	.03
Paso 4: Soledad conyugal	.33	.09	.12***	.51***	.02
Paso 5: Soledad familiar	.60	.21	.12**	.51**	.00
Paso 6: Presencia de enfermedades	.68	.23	.09**	.52**	.01

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

El segundo análisis muestran que las variables que predicen la calidad de vida en los adultos mayores participantes son soledad social, agitación y actitud hacia el envejecimiento, soledad conyugal,

soledad familiar, edad y presencia o no de pareja. Tales variables no revelan colinearidad por sus intercorrelaciones de débiles a moderadas y explican 53% de la varianza en calidad de vida (Tabla 3).

Tabla 3. Análisis de regresión para soledad, edad y presencia de pareja como predictores de calidad de vida en adultos mayores (n = 489).

Pasos y variables predictoras	<i>B</i>	<i>EE B</i>	<i>B</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1: Soledad social	-8.32	.53	-.57***	.33***	
Paso 2: Agitación y actitud hacia el envejecer	-5.08	.48	-.37***	.45***	.12
Paso 3: Soledad conyugal	-2.38	.35	-.23***	.50***	.05
Paso 4: Soledad familiar	-2.80	.76	-.15***	.51***	.01
Paso 5: Edad	-.21	.06	-.11***	.53***	.02
Paso 6: Presencia de pareja	-2.44	1.12	-.08*	.53*	.00

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

El tercer análisis de regresión señala que las variables que predicen la depresión en los hombres mayores participantes en el estudio son soledad familiar y agitación y actitud hacia el envejeci-

miento, las que no muestran colinearidad por sus intercorrelaciones moderadas y que explican 53% de la varianza en depresión (Tabla 4).

Tabla 4. Análisis de regresión para la soledad como predictor de depresión en hombres mayores (n = 180).

Pasos y variables predictoras	<i>B</i>	<i>EE B</i>	<i>B</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1: Soledad familiar	2.98	.25	.66***	.43***	
Paso 2: Agitación y actitud hacia el envejecer	1.39	.23	.36***	.53***	.10

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

El cuarto análisis de regresión muestra que las variables que predicen la calidad de vida en los hombres mayores participantes en el estudio son soledad familiar, agitación y actitud hacia el envejecimiento, soledad social, soledad conyugal y

edad. Dichas variables no muestran colinearidad por sus intercorrelaciones de débiles a moderadas y explican 59% de la varianza en calidad de vida (Tabla 5).

Tabla 5. Análisis de regresión para la soledad y edad como predictores de la calidad de vida en hombres mayores (n = 180).

Pasos y variables predictoras	<i>B</i>	<i>EE B</i>	<i>B</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1: Soledad familiar	-10.31	.90	-.64***	.42***	
Paso 2: Agitación y actitud hacia el envejecer	-4.38	.84	-.32***	.49***	.07
Paso 3: Soledad social	-4.48	1.02	-.30***	.54***	.05
Paso 4: Soledad conyugal	-2.74	.71	-.26***	.58***	.04
Paso 5: Edad	-.278	-.102	-.14**	.59**	.01

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

El quinto análisis muestra que las variables que predicen la depresión en las mujeres mayores participantes en el estudio son agitación y actitud hacia el envejecimiento, soledad social, crisis existen-

cial, edad y presencia de enfermedades, variables que no muestran colinearidad por sus intercorrelaciones de débiles a moderadas y que explican 52% de la varianza en depresión (Tabla 6).

Tabla 6. Análisis de regresión para la soledad, edad y presencia de enfermedades como predictores de la depresión en mujeres mayores (n = 309).

Pasos y variables predictoras	<i>B</i>	<i>EE B</i>	<i>B</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1: Agitación y actitud hacia el envejecer	1.19	.15	.58***	.34***	
Paso 2: Soledad social	1.34	.14	.39***	.47***	.13
Paso 3: Crisis existencial	.93	.22	.19***	.50***	.07
Paso 4: Edad	.04	.01	.105**	.51**	.01
Paso 5: Presencia de enfermedades	.56	.27	.08*	.52*	.01

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

El último análisis de regresión muestra que las variables que predicen la calidad de vida en las mujeres mayores participantes en el estudio son soledad social, agitación y actitud hacia el envejecimiento, soledad conyugal, soledad familiar y

edad, mismas que no muestran colinearidad por sus intercorrelaciones de débiles a moderadas y que explican 48% de la varianza en calidad de vida (Tabla 7).

Tabla 7. Análisis de regresión para la soledad y edad como predictores de la calidad de vida en mujeres mayores (n = 309).

Pasos y variables predictoras	<i>B</i>	<i>EE B</i>	<i>B</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2
Paso 1: Soledad social	-7.78	.67	-.55***	.30***	
Paso 2: Agitación y actitud hacia el envejecer	-4.94	.61	-.36***	.42***	.12
Paso 3: Soledad conyugal	-2.22	.44	-.22***	.46***	.04
Paso 4: Soledad familiar	-2.76	1.07	-.12*	.47*	.01
Paso 5: Edad	-.176	.08	-.09*	.48*	.01

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue analizar el efecto independiente de las diferentes dimensiones de soledad, edad, presencia o no de enfermedades, presencia o no de pareja y tipo de convivencia en los puntajes de depresión y calidad de vida en adultos

mayores del sur del estado de Sonora, primeramente en el total de los participantes del estudio y luego considerando su sexo.

Los datos indican que los puntajes en las cinco dimensiones de soledad de la escala ESTE, así como la presencia de enfermedades, predicen los puntajes de depresión en el total de los adul-

tos mayores participantes, tal como lo informan Alpass y Neville (2003), Adams et al. (2004) y Drageset et al. (2012). Cabe mencionar que la dimensión “Agitación y actitudes hacia el envejecimiento”, que alude a las percepciones negativas de la persona respecto a sus vivencias en la vejez, fue la variable que más predijo los puntajes de depresión, lo que indica que las actitudes negativas hacia esa etapa son de suma importancia para explicar el deterioro en el bienestar, lo que puede considerarse un hallazgo significativo en cuanto que deben modificarse primordialmente los pensamientos negativos hacia la vejez para promover el bienestar en esa población y evitar así los síntomas de depresión. De igual manera, la dimensión “Soledad social” que se refiere al contacto que se tiene con otras personas, explica en gran parte los puntajes de depresión en los participantes. Ya Wan Mohd Azam et al. (2013) han afirmado que la relación entre soledad y depresión está parcialmente mediada por el apoyo social en el adulto mayor, lo que indica que deben reforzarse las redes de apoyo social para promover el bienestar y evitar la depresión.

No obstante, fueron las dimensiones “Soledad familiar” y “Agitación y actitud hacia el envejecimiento” las únicas que explican los puntajes de depresión, específicamente en los hombres. La dimensión “Soledad familiar”, que se refiere al vínculo que se tiene con la familia en la actualidad, explica en mayor parte esa condición, lo que sugiere que deben reforzarse las redes de apoyo familiar para promover el bienestar y evitar con ello la depresión en los hombres mayores. Tal como se mencionó anteriormente, también deben modificarse los pensamientos negativos hacia la vejez para promover un mayor bienestar. A su vez, específicamente en las mujeres, ocurrió algo similar a lo sucedido al total de los participantes, pues la dimensión de “Agitación y actitudes hacia el envejecimiento”, en conjunto con la dimensión de “Soledad social”, fue la variable que más predijo los puntajes de depresión, por lo que se requiere modificar sobre todo los pensamientos negativos hacia la vejez y reforzar las redes de apoyo social para promover el bienestar y evitar así la depresión en las mujeres mayores. Debe mencionarse que la presencia de enfermedades, en conjunto con la edad, predice en parte los puntajes de depresión

en las mujeres, al igual que en el total de los participantes, pues a mayor edad, mayores puntajes de depresión.

Por otro lado, los resultados indican que los puntajes en cuatro de las cinco dimensiones de soledad de la escala ESTE, así como la edad y la ausencia de pareja, predicen el deterioro en la calidad de vida del total de los participantes, tal como lo informan Ekwall et al. (2005), Li-Juan y Qiang (2007), Lim y Kua (2011) y Theeke et al. (2012).

Junto con la dimensión de “Agitación y actitudes hacia el envejecimiento”, la dimensión de “Soledad social” fue la variable que más predijo el deterioro en la calidad de vida, por lo que se insiste nuevamente en la necesidad de reforzar las redes de apoyo social y modificar los pensamientos negativos hacia la vejez para promover una mejora de la calidad de vida de las personas mayores.

A su vez, la edad predice el deterioro en la calidad de vida, pues a mayor edad, menores puntajes en ésta, lo que es similar a lo informado por Acosta et al. (2013) en su estudio con adultos mayores del sur de Sonora, donde hallaron que los participantes de 60 a 79 años puntuaron más alto en calidad de vida, en comparación con los de 80 años en adelante. Este dato indica que la edad cronológica es una experiencia muy similar en todos los adultos mayores, pues deben enfrentar más retos entre más años tengan, por lo que se esperarían cambios consistentes en su calidad de vida.

También la falta de una pareja explica el deterioro en la calidad de vida, similar a lo reportado por Lim y Kua (2011), quienes señalan que vivir solo tiene un escaso efecto predictivo en el bienestar psicológico de los mayores, pero que en conjunto con la soledad empeora sus efectos psicológicos. De igual manera, Ekwall et al. (2005) encontraron que la soledad y una reducida red social se asocian significativamente con una baja calidad de vida en los adultos mayores, lo que apunta de nuevo a la necesidad de reforzar las redes de apoyo en la población mayor para fomentar su mejor calidad de vida.

No obstante, sobre todo entre los participantes masculinos del presente estudio, fueron las dimensiones de “Soledad familiar” y “Agitación y actitud hacia el envejecimiento” las que principalmente explican el deterioro en su calidad de vida, de modo semejante a las principales variables que

explican su depresión. De nueva cuenta, los datos sugieren que deben reforzarse las redes de apoyo familiar y modificarse los pensamientos negativos hacia la vejez para promover una mayor calidad de vida y un mayor bienestar en dicha población. Por su lado, específicamente en las mujeres, ocurrió algo similar a lo sucedido al total de los participantes, pues la dimensión de “Soledad social” fue la variable que más predijo el deterioro en la calidad de vida, en conjunto con la dimensión de “Agitación y actitud hacia el envejecimiento”, lo que subraya la necesidad de reforzar las redes de apoyo social y modificar los pensamientos negativos hacia la vejez para promover la calidad de vida y el bienestar en las mujeres mayores. Al igual que lo ocurrido al total de los participantes, la edad predijo en parte el deterioro en la calidad de vida de dichas mujeres, lo que obliga a poner una especial atención a las personas más senectas en cualquier forma de asistencia que se les brinde.

Se concluye que fueron las percepciones negativas hacia las vivencias en la etapa de vida de la vejez, en conjunto con la percepción de soledad social y familiar, las dimensiones de soledad que principalmente influyeron en los síntomas de depresión y en el deterioro de la calidad de vida de los participantes del presente estudio. Todo modelo psicosocial que pretenda asistir a esta población en lo referente a su soledad, depresión y calidad de vida debe considerar estas variables en su esquema de intervención. Una línea futura es diseñar intervenciones psicosociales dirigidas a modificar los pensamientos negativos hacia la vejez y a reforzar las redes de apoyo social en la familia, amistades, vecinos, grupos de reunión y demás. De igual manera, una mayor edad, las enfermedades y la ausencia de una pareja explicaron en gran medida los síntomas depresivos y el deterioro en la calidad de vida de los participantes, lo que sugiere poner especial atención en el futuro a individuos con características sociodemográficas similares.

REFERENCIAS

- Acharyva, A. (2012). Depression, loneliness and insecurity feeling among the elderly female, living in old age homes of Agartala. *Indian Journal of Gerontology*, 26(4), 524-536.
- Acosta, Ch. y García, R. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 17(2), 291-300.
- Acosta, Ch., Vales, J., Echeverría, S., Serrano, D. y García, R. (2013). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 23(2), 241-250.
- Adams, K., Sanders, S. y Auth, E. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging and Mental Health*, 8(6), 475-485.
- Adegoke, T. (2014). Geriatric depression, health status and loneliness influencing psychosocial well-being of elderly persons from selected households in Ibadan, Nigeria. *Gender and Behaviour*, 12(1), 6256-6264.
- Alpass, F. y Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging and Mental Health*, 7(3), 212-216.
- Cardona, J., Villamil, M., Henao, E. y Quintero, A. (2007). Concepto de soledad y percepción que de su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, Colombia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2), 153-163.
- Conroy, R., Golden, J., Jeffares I., O’Neill, D. y McGee, H. (2010). Boredom-proneness, loneliness, social engagement and depression and their association with cognitive function in older people: A population study. *Psychology, Health and Medicine*, 15(4), 463-473.
- DiTommaso, R. y Spinner, B. (1993). The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adult, SELSA. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 127-134.
- Drageset, J., Espehaug, B. y Kirkevold, M. (2012). The impact of depression and sense of coherence on emotional and social loneliness among nursing home residents without cognitive impairment –a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 965-974.
- Ekwall, A., Sivberg, B. y Hallberg, I. (2005). Loneliness as a predictor of quality among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 23-32.
- Harper, A. y Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref Quality of Life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Kilic, S., Karadag, G., Kocak, H. y Korhan E. (2014). Investigation of the old age perceptions with the loneliness and depression levels of the elderly living at home. *Turkish Journal of Geriatrics*, 17(1), 70-76.

- Lawton, M. (1972). Assessing the competence of older people. En D. Kent, R. Kastenbaum y S. Sherwood (Eds.): *Research planning and action for the elderly*. New York: Behavioral Publications.
- Li-Juan, L. y Qiang, G. (2007). Loneliness and health-related quality of life for the empty nest elderly in the rural area of a mountainous county in China. *Quality of Life Research*, 16, 1275-1280.
- Lim, L. y Kua, E. (2011). Living alone, loneliness, and psychosocial well-being of older persons in Singapore. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2011, 1-9. Disponible en línea: <http://dx.doi.org/10.1155/2011/673181>.
- Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K. y Power, M. (2011). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging and Mental Health*, 15(5), 595-604.
- Moss, K., Scogin, F., Di Napoli, E. y Presnell, A. (2012). A self-help behavioral activation treatment for geriatric depressive symptoms. *Aging and Mental Health*, 16(5), 625-635.
- Oshagan, H. y Allan, R. (1992). Three loneliness scales: An assessment of their measurement properties. *Journal of Personality Assessment*, 59(2), 380-409.
- Pronk, M., Deeg, D. y Kramer, S. (2013). Hearing status in older persons: A significant determinant of depression and loneliness? Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *American Journal of Audiology*, 22, 316-320.
- Rubio, R. (2004). *La soledad en las personas mayores españolas*. Madrid: Portal Mayores.
- Rubio, R. (2007). La problemática de la soledad en los mayores. *INFAD, Revista de Psicología*, 19(2), 11-28.
- Rubio, R. y Aleixandre, M. (1991). La escala "ESTE": un indicador objetivo de la soledad en la tercera edad. *Geriatrka*, 15(9), 396-405.
- Rubio, R. y Aleixandre, M. (2001). Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo. *Revista Multidisciplinaria en Gerontología*, 11(1), 23-28.
- Russell, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40.
- Sheikh, J. y Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 5, 165-173.
- Sierra, R. (2003). *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Madrid: Paraninfo.
- Silva, A. (1992). *Métodos cuantitativos en psicología. Un enfoque metodológico*. México: Trillas.
- Theeke, L., Turner, R., Moore, J. y Campbell, H. (2012). Loneliness, depression, social support, and quality of life in older chronically ill Appalachians. *The Journal of Psychology*, 146(1-2), 155-171.
- Tsai, F., Motamed, S. y Rougemont, A. (2013). The protective effect of taking care of grandchildren on elders' mental health? Associations between changing patterns of intergenerational exchanges and the reduction of elders' loneliness and depression 1993 and 2007 in Taiwan. *BioMed Central Public Health*, 13, 1-9.
- Wan Mohd Azam, W., Din, N., Ahmad, M., Ghazali, S., Ibrahim, N., Said, z., Ghazali, A., Shahar, S., Razali, R. y Maniam, T. (2013). Loneliness and depression among the elderly in an agricultural settlement: Mediating effects of social support. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5, 134-139.