

93



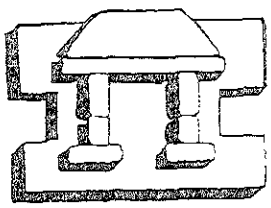
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS IZTACALA

LA SATISFACCION DE LA VIDA ACTUAL EN EL ANCIANO EN FUNCION DE SUS RECUERDOS

REPORTE DE INVESTIGACION
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
PRESENTA:
MONICA MONROY GONZALEZ

ASESORES.
MTRA. ANA LUISA GONZALEZ-CELIS RANGEL
MTRA. ROSA ISABEL ESQUIVEL HERNANDEZ
LIC. EDY AVILA RAMOS



IZTACALA

IZTACALA, ESTADO DE MEXICO, ENERO DE 2000

Handwritten signature or stamp



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE DE CONTENIDO

LA SATISFACCIÓN DE LA VIDA ACTUAL EN EL ANCIANO EN FUNCIÓN DE SUS RECUERDOS

	Página
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1	
ANTECEDENTES SOBRE CALIDAD DE VIDA EN LA ANCIANIDAD	
MARCO TEÓRICO	
A. SOBRE LA CALIDAD DE VIDA	
1. Limitaciones para trabajar con la calidad de vida: implicaciones filosóficas, de metodología, de conceptos.	4
2. Calidad de vida: una posible definición y aspectos que la componen.	5
3. Calidad de muerte.	9
B. LA VEJEZ Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA	
1. Ancianidad: aspectos físicos, psicológicos y sociales (en el ámbito individual y colectivo).	12
2. Relación de la salud con la calidad de vida en la ancianidad.	24
3. Propiedades de algunos instrumentos que miden la calidad de vida.	25
4. Trabajos sobre el constructo calidad de vida en ancianos.	28
CAPÍTULO 2	
LA INVESTIGACIÓN	
METODOLOGÍA	
1. Objetivos	37
2. Diseño y tamaño muestral	37
3. Diseño de la investigación	38

	Página
4. Definición de variables	38
5. Hipótesis	39
6. Diseño de instrumentos	40
6.1. Validez y confiabilidad	40
7. Procedimiento	41
8. Análisis de datos	41
9. Categorización de las respuestas de los instrumentos	41

CAPÍTULO 3 RESULTADOS

1. Descripción de la población	42
2. Descripción de escalas	50
3. Descripción del índice A	53
4. Descripción del índice B	53
5. Índices/escalas	54
6. Comprobación de hipótesis	60
7. Discusión de resultados	67

CAPÍTULO 4

CONCLUSIONES	72
--------------	----

REFERENCIAS	75
-------------	----

ANEXOS	78
--------	----

1. Escalas empleadas (instrumento)	78
------------------------------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
1. Edad categorizada/sexo	43
2. Padecimientos/edad	48
3. Padecimientos/sexo	49
4. Enfermedades más comunes/sexo	49
ÍNDICES/ESCALAS	
5. Escala A/Índice A	54
6. Escala B/Índice A	55
7. Escala C/Índice A	55
8. Escala D/Índice A	56
9. Escala E/Índice A	57
10. Escala A/Índice B	57
11. Escala B/Índice B	58
12. Escala C/Índice B	58
13. Escala D/Índice B	59
14. Escala E/Índice B	59
ÍNDICES/VARIABLES DEMOGRÁFICAS	
15. Índices sumatoria/edad	60
16. Índices sumatoria/sexo	61
17. Índices sumatoria/escolaridad	61
18. Índices sumatoria/padecimientos	62
19. Índices sumatoria/actividad lucrativa actual	63
20. Índices sumatoria/trabajo anterior	63
21. Índice A/Escalas por rangos	64
22. Índice B/Escalas por rangos	64
23. Índices I/Índice de recuerdos	65
24. Sumatoria Índices A y B/Índice de recuerdos	66
25. Escalas por rangos/Índice de recuerdos	67

	Página
Fig (única)	
A. Modelo del funcionamiento de la memoria	20

ÍNDICE DE GRÁFICAS

1 Edad categorizada	42
2 Estado civil	43
3. Escolaridad	44
4. Personas con quienes vive	44
5. Actividad lucrativa actual	45
6 Trabajo anterior	45
7 Duración en el trabajo anterior	46
8 Motivo de jubilación o pensión	46
9 Tiempo de jubilación	47
10 Padecimientos	47
11. Tipo de enfermedades más comunes	48
12. Escalas (general)	50
13. Escala A	50
14 Escala B	51
15 Escala C	51
16 Escala D	52
17 Escala E	52
18. Índice A por rangos	53
19 Índice B por rangos	54

RESUMEN

La presente investigación forma parte del proyecto "Metodología para el análisis y creación de indicadores de salud y bienestar subjetivo" que la ENEP CAMPUS Iztacala promueve mediante su Programa de Iniciación Temprana a la Investigación y a la Docencia (PITID). Dicho proyecto parte fundamentalmente de la necesidad de elaborar indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida, con la finalidad de conocer las características de diferentes muestras y, en su momento, proponer programas de atención en poblaciones específicas.

Así, el objetivo de este trabajo fue el de identificar si los factores psicosociales y los recuerdos tienen relación con la satisfacción de vida actual de una población de edad avanzada. Se utilizaron para ello, escalas e índices de satisfacción de vida desarrollados por Neugarten, Havighurst y Tobin (1961), que se aplicaron, mediante una entrevista semiestructurada, a gente mayor de 60 años, que acudiera a un Centro de Seguridad Social a realizar actividades recreativas, culturales o deportivas.

Entre los hallazgos más interesantes están que en la muestra estudiada la mayoría de las personas tuvo una satisfacción de vida alta o buena; pero que los recuerdos de las experiencias pasadas no necesariamente se relacionaron con su satisfacción actual. El análisis de las características de la población mostró que la mayoría de ellos cubría sus necesidades básicas y algunas más, por ejemplo, pertenecía a una clase social "media" y quizá esto contribuía a que fueran personas interesadas en su salud integral.

No obstante, al relacionar tales indicadores psicosociales con la variable "satisfacción de vida", no se encontró una asociación significativa al respecto. Se infiere que el hecho de trabajar con una muestra pequeña influyó para ello.

Por último no se encontraron diferencias significativas en cuanto a satisfacción de vida de los hombres con respecto a las mujeres; aunque en las entrevistas se observó que las mujeres tenían más proyectos de vida y se sentían más satisfechas con su vida en general, los hombres hicieron más referencias de su vida anterior como algo "positivo" o "mejor" que ahora ya no tenían y que ello los deprimía o entristecía al recordarlo. Es posible que las diferencias en cuanto a funciones sociales que desempeñan mujeres y hombres tengan que ver con lo anterior y sea importante recordarlo para la elaboración de programas de salud y bienestar dirigidos a estas personas.

INTRODUCCIÓN

Tomando en cuenta que existen distintos grupos de acuerdo al género, edad, condición social, económica, histórica, geográfica y cultural, las características del ambiente para cada una de ellos son igualmente diversas. Por ello el tópico de los indicadores de la calidad de vida ha cobrado importancia en los últimos años; algunos de estos factores como la disponibilidad de alimentos, vivienda, medios educativos, culturales, sanitarios, etc.; son los que establecen un estilo de vida.

Este tipo de indicadores de bienestar social es escaso y casi todos los existentes se centran en los indicadores económicos tales como: el ingreso *per cápita*, el producto interno bruto anual de las naciones, su competitividad en el mercado, entre muchos otros.

El problema plantea pues, una definición de bienestar y de la calidad de vida de las personas, con lo que resulta necesario elaborar nuevos indicadores positivos que midan por ejemplo, el acceso a servicios públicos, recreación, deporte, nutrición, satisfacción laboral y con la pareja, la participación de la comunidad en la solución de sus problemas, la distribución de los recursos de salud, el mejoramiento de las condiciones ambientales y sus estilos de vida.

En la actualidad existen varios modelos sobre los conceptos de salud y enfermedad. A diferencia de los modelos propuestos en años anteriores, los actuales consideran no sólo el bienestar físico y mental de un individuo o la ausencia de enfermedad, sino que también abarcan los factores que determinan un estilo de vida propio. Es así como la calidad de vida de una persona y la satisfacción con su vida en sí, entraña una relación directa con las circunstancias económicas, históricas, políticas, sociales y geográficas del lugar en donde viva, además de sus características más personales y subjetivas que lo identifican y ubican dentro de una sociedad determinada.

El estudio de la calidad de vida se vuelve pues, una necesidad que sirve para conocer mejor a las personas, saber cómo viven, cuáles son sus intereses, qué cosas poseen, y que de éstas necesitan y quieren. Con ello se puede lograr un balance más o menos objetivo y decir si la calidad de vida de cierta persona o grupo de personas es una "buena" calidad de vida o no lo es.

Y más importante aún: el determinar cómo es la calidad de vida de una población, ayudaría para realizar propuestas de cómo mejorarla; serviría de eje para la elaboración de proyectos de trabajo más ambiciosos que abarcaran, no sólo la evaluación de los problemas, sino su intervención adecuada.

El caso de la población de adultos mayores de 60 años, constituye una de las que están más necesitadas en este sentido, debido a su constante aumento y el financiamiento de las instituciones de seguridad social que se ve afectado por las condiciones económicas del país. El proceso del envejecimiento acarrea muchas situaciones consideradas como problemáticas no sólo para el anciano, sino en ocasiones también para quienes le rodean.

Los problemas de salud así como la jubilación con una pensión que la mayoría de las veces no cubre sus necesidades, agudizan el problema.

Hoy se habla de utilizar también evaluaciones subjetivas del bienestar de los individuos tales como satisfacción, seguridad, autoestima y otros como posibles indicadores de la calidad de vida de esta población. Ésto es, el análisis de la percepción del adulto mayor hacia sí mismo y las condiciones de vida que tiene, como indicador de su calidad de vida y salud integral.

Esta razón es la que llevaría a pensar que también en función del tipo de recuerdos que estas personas tengan es como percibirán su bienestar actual, es decir, su bienestar subjetivo. Agregando que este componente de tipo cognoscitivo que es la memoria en adultos mayores tiene un cierto declive.

Así, el presente trabajo se centra en la idea de indagar sobre la relación que tienen las experiencias pasadas de la gente (catalogadas como Recuerdos) y su bienestar subjetivo actual.

CAPÍTULO 1 CALIDAD DE VIDA EN LA ANCIANIDAD

A. SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

1. Limitaciones de trabajar con calidad de vida: implicaciones filosóficas, de metodología y de conceptos

Una de las limitantes que presenta el trabajo con el concepto de calidad de vida, es la subjetividad misma que este constructo implica. Es decir, dado que la calidad de vida es percibida de diferente forma por las personas, pueden encontrarse individuos con similar acceso a servicios e incluso estilo de vida (por ejemplo, ingresos económicos, vivienda, bienes y servicios y hasta un núcleo familiar muy parecido) y que no obstante, pueden percibir su vida de muy diferente forma; así, en tanto que uno está convencido de que su vida es agradable, hermosa, feliz y que vale la pena vivirla, el otro puede pensar lo contrario, que la vida es sólo para sufrir y soportarla más que para disfrutarla.

Podrían pues, considerarse las limitaciones de tipo metodológico como aquéllas de las más importantes en el estudio de la calidad de vida, porque se parte de la idea que el individuo tenga acerca de lo que es su propia calidad de vida, además de lo que pueda entender como calidad de vida en un contexto más amplio; es decir, de lo que Diener (1984) señala como un ideal (correspondiente a lo que las personas quisieran o esperan que fuera su vida) y de un real (correspondiente a lo que son en la realidad); ambas, ideal y real, partes subjetivas que las personas expresan. No obstante, estas dificultades de tipo práctico, en la actualidad se han desarrollado instrumentos que se acercan mucho a identificar estas ideas que el individuo se forma en relación con estos conceptos y se han podido hacer sugerencias para el mejoramiento de lo que podría considerarse "calidad de vida".

Haciendo énfasis en la limitación de índole conceptual puede verse claramente que está presente en todos los ámbitos profesionales (incluidos los de salud), ya que algunos especialistas consideran no tener las suficientes herramientas teóricas que puedan sustentar lo que llevan a cabo en la práctica. Sin embargo, debe reconocerse que el intento que se ha hecho por tratar de explicar estos conceptos ha sido un tanto deficiente en el sentido de que sólo algunos profesionales que tendrían que ver con el sector salud, son los que están interesados en el conocimiento de estos conceptos, las condiciones de educación y cultura, hacen que ésto funcione de esa manera, en detrimento, muchas veces, de la ayuda real que pueden brindar estos profesionales y que desconocen las otras disciplinas (Laforest, 1989 y Moragas, 1991).

En cuanto a las implicaciones filosóficas que señala Laforest (1989), está el uso que se puede hacer de este concepto de calidad de vida para explicar las vivencias de los individuos a un nivel muy simple, por ejemplo, el caso de un trabajador de la salud como un psicólogo o un médico, al cual la enorme carga de trabajo y la tensión acumulada por

semanas no le dan otra opción más que en la primera oportunidad, acostarse a dormir; sin embargo, en el supuesto de que esta persona tenga más trabajo, uno se pregunta: ¿En qué consiste la calidad de vida? ¿Que un individuo cansado descanse lo suficiente, o que se levante agobiado por la responsabilidad que le imprime su trabajo y que lo hace preocuparse? ¿Es calidad de vida dormir bien o es calidad de vida atender a las demandas burocráticas y de servicio en detrimento de su propia salud?. Es un asunto para reflexionarse.

Cierto es que en nuestro país, existe una educación para la salud muy deficiente, aunque se trabaje para esa causa, porque las condiciones históricas, políticas, sociales, económicas y culturales, no permiten tener esa visión de las cosas aún.

La atención a la salud en los ancianos es algo que se ha venido impulsando en los últimos años (con la promoción de programas de ejercicio físico, integración a grupos, a cursos a talleres y otras actividades), sin embargo, es todavía una parte que requiere de mucha atención y más apoyo.

Kimmel (1980) señala que la educación para la salud necesita ser reforzada y como parte de ello deben emprenderse acciones, como enseñar a la gente a cuidar su nutrición, a emplear adecuadamente medicamentos, a rodearse de personas con quienes compartir algo, a expresar sus propias ideas sobre cómo mejorar su propia calidad de vida, etcétera.

Con esto queremos decir que; si bien son importantes las contribuciones de las disciplinas al estudio de la calidad de vida, lo son también las contribuciones de la gente a quien se pretende ayudar, la experiencia vivida por ellos.

El panorama de estudio de la calidad de vida es harto complejo en su abordaje como materia de estudio y por lo tanto, también en cuanto a cualquier propuesta concreta y práctica de “mejorarla”, “incrementarla” o siquiera “medirla”.

Sin embargo, queda claro que las ventajas que sin duda permite el estudio de la calidad de vida de los individuos, son que pueden conocerse (dentro de sus límites) las causas primarias del por qué de su percepción y, con ésto, la propuesta de programas que promuevan una calidad de vida mejor, más sana.

2. Calidad de vida: una posible definición y aspectos que la componen

Campbell (1981) señaló que la satisfacción de la gente con un área de su vida está relacionada con la satisfacción en las otras áreas y que la satisfacción de la vida como un todo es un concepto global que resulta de sumar o unir la satisfacción de todas las áreas. Tomemos lo anterior como un acercamiento al concepto de calidad de vida.

Setién (1993) propone, para entender la calidad de vida, la siguiente definición “es el grado en que una sociedad posibilita la satisfacción de necesidades (materiales y no materiales) de los miembros que la componen. Tal capacidad se manifiesta a través de las

condiciones objetivas en que se desenvuelve la vida en sociedad y en el sentimiento subjetivo que de la satisfacción de sus deseos socialmente influidos y de su existencia poseen los miembros de la sociedad” (pp. 137-138).

Noriega (1994) por su parte, concibe la calidad de vida como “el vivir con responsabilidad, ser conscientes de nuestro paso por la vida y encontrarle sentido a la existencia, por medio del amor, de ejercer la libertad en nuestras actitudes y de reconocer el sentido inclusive en el sufrimiento, a través de mantener una actitud de constante aprendizaje y crecimiento personal. Es el sentimiento de alegría o gozo que proviene de vivir con fe y esperanza en uno mismo y en la humanidad sin claudicar ante las adversidades” (p.39).

Otra definición es la que sugiere Rodríguez (1995) quien entiende la calidad de vida como un “juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción o como un sentimiento de bienestar personal... y estrechamente relacionado con (cuando no causado por) determinados indicadores objetivos, biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales” (p.73).

Hay muchos conceptos subjetivos de la calidad de vida. Dos de ellos se refieren a evaluaciones generales de la vida de un individuo; por un lado, la calidad de vida percibida o bienestar, así como la felicidad; ambas estimaciones subjetivas en un continuo y, por otro, la percepción de la calidad de vida considerada dentro de un medio geográfico y social más amplio, el cual incluye juicios o valoraciones de las unidades sociales como la comunidad, la ciudad y el país (Jeffres y Dobos, 1995).

Así, se tienen dos secuencias paralelas y relacionadas entre sí. Una de ellas representada por las relaciones entre factores asociados con las valoraciones individuales de la felicidad o satisfacción y la calidad de la propia vida. La satisfacción total de un individuo, es consecuencia de lo que pasa en su esfera personal, por sí misma afectada por circunstancias objetivas representadas por factores tales como ingresos, educación, ocupación, género, etnia, estado civil, edad, etcétera. Uno está bien entonces, porque está satisfecho con los ámbitos que construyen su vida por ejemplo, trabajo, familia, diversiones, acceso a servicios de salud adecuados, entre otros.

La otra secuencia representa a las relaciones entre los factores asociados con las valoraciones que la gente hace de la calidad de vida en un contexto más amplio. Esto es, las percepciones de la calidad de vida en la comunidad se ven afectadas por las percepciones de la calidad de vida del lugar en que uno vive y las valoraciones de una gran cantidad de ámbitos que incluyen la escuela, la vivienda, la cultura, la justicia social, el transporte y el empleo.

En este sentido, más que centrarnos en aspectos materiales, se hará mayor énfasis en la satisfacción que le produzca a las personas esos bienes o servicios que posee. Actualmente, aunque el constructo calidad de vida abarca muchas más cosas que el grado de satisfacción de alguien respecto a lo que tiene, es precisamente éste el objetivo de la

investigación. Además, como ya se señaló antes, la calidad de vida es algo aún tan subjetivo que resulta imposible tratar de definirlo o de colorearlo de algún color específico (Guzmán, 1991; Bolaños, 1992).

Esto puede verse reflejado incluso en un ejemplo sencillo. Supongamos que una familia no puede decidir qué hacer con una suma importante que heredó. Pero en el caso de las personas comunes, la cuestión es que no hay una razón específica por la cual debemos gastar el dinero en esto o en aquello. Así, la parte material que llena nuestra "calidad de vida", queda sujeta a toda nuestra problemática sentimental; con ello se puede hacer referencia a la envidia (que tiene que ver con la moral), a la necesidad de poseer más que el otro, a la seguridad que da el dinero y el tener cosas por el simple hecho de tenerlas.

La pregunta es: ¿Realmente el tener más cosas que el otro nos asegura una mejor calidad de vida?. En fin, ¿qué es a lo que llamamos calidad de vida?, ¿por qué preocupa tanto?, ¿cómo se debe vivir?

Numerosos autores, entre ellos Puente y Legorreta (1988); Diener y Diener (1995) y Veenhoven (1996), dicen que el concepto de calidad de vida abarca dos aspectos principales:

1) **Objetivo:** que consiste en los materiales mínimos necesarios para vivir, como comida, vestido, techo. Lo secundario de este aspecto corresponde a asuntos ya más superficiales, de llenar nuestro ego como el tener más que el otro; bienes, coches, más ropa de la necesaria, joyas, lujos más allá de los "necesarios", etcétera. Y también aspectos como la educación y el ambiente en el que vive la persona.

2) **Subjetivo:** en este es la propia persona quien percibe su propia vida de acuerdo a los atributos que le da y por lo tanto su calidad de vida depende de esto: "yo percibo mi vida así...", se refiere al sentido que cada persona le da a las cosas objetivas. Se refiere más a cosas no materiales, situaciones que devienen de la seguridad que propicia el estar con otros. Forma parte del mismo, la convivencia que tenemos día con día con la gente que nos rodea. Aquí entra, la seguridad, el afecto que se puede dar y recibir, la manera como nos percibamos frente a la vida, la adopción de cierto papel en la comunidad donde vivamos y en fin todo lo que nos recuerde nuestra condición de seres humanos, de nuestro bienestar.

Las fuentes de la calidad de vida, por otro lado, pueden ser resumidas en tres: "las que son propias de la persona (cuerpo, mente y espíritu); el mundo circundante (vivo e inanimado) y la experiencia de la persona en tiempo y espacio" (Katz y Gurland, 1990; cit. en Birren, Sloane y Cohen 1992; p. 230). Según estos autores el término calidad de vida puede ser tomado para referirse a aspectos de la vida los cuales (1) pueden ser evaluados, susceptibles a descripciones de parámetros tales como deseable, bueno, placentero y satisfactorio; o (2) es en un sentido inmediato o evolucionado, adaptativo. Los parámetros son múltiples, cambiantes en el tiempo, interactivos. De ahí que como se señala comúnmente la felicidad no sea constante o eterna, sino sólo momentos en la vida de las personas que duran más o menos, pero no perduran.

Ahora bien, las raíces del “bienestar subjetivo” dentro del movimiento de salud mental y en Gerontología social fueron delineadas por George (1981 cit. en Birren, *et al.*, 1992) quienes sugirieron definir la satisfacción de vida como la valoración cognitiva del bienestar y la felicidad, como una valoración afectiva.

Costa *et al* (1987 cit. en Birren *op. cit.*), enfatizaron que el bienestar subjetivo es independiente no sólo de la edad, sino también de la salud y de variables como las circunstancias presentes de la vida.

Reker, Peacock y Wong (1987 en: Birren *op. cit.*) identificaron otros predictores psicológicos del bienestar subjetivo y esto lo hicieron desde el punto de vista de “significado y propósito en la vida”. Tales construcciones existencialistas están basadas en la psicología humanista de Viktor E. Frankl (1998) quien escribe que el hombre está siempre intentando encontrar sentido a las cosas, poniendo constantemente en juego su búsqueda de sentido “voluntad de sentido” y ha de considerarse incluso como la “principal preocupación del hombre”. Y haciendo referencia a la teoría de las necesidades de Maslow muestra como primero es importante tener un estándar de vida satisfactorio y tan sólo entonces abordar la tarea de hallar una finalidad y sentido a la vida.

De tal manera que centrándonos en el terreno que nos ocupa, hoy se habla de emplear escalas que midan la “búsqueda de metas”, así como “el significado del futuro” que se ha estudiado ya bajo otros rubros como el de proyecto o plan de vida (Robinson y Wrightsman, 1991; Kempen y Van Bijk, 1995).

Ahora bien, respecto a los indicadores de la calidad de vida Stones, Kozma, Hirdes, Gold, Arbuckle y Kolopack (1996) señalan los siguientes: 1) datos sociodemográficos: género, escolaridad, vivienda, ingresos; 2) variables psicológicas: personalidad, estrés, depresión; 3) áreas de la vida: familia, trabajo, escuela, amigos. Nuevamente dichos indicadores podrían resumirse en materiales y no materiales. Se enfatiza también, la idea de hacer mensurable el bienestar subjetivo, así como de encontrar formas más sintéticas de hacerlo.

Así, el objetivo del estudio de la calidad de vida está encaminado a analizar el bienestar (aspecto subjetivo) de las personas, que integra: 1) afectividad (felicidad) y 2) cognición (satisfacción, importancia que se da) relacionado esto, con los logros y expectativas de las personas.

Resumiendo, las ideas anteriores nos sirven para ejemplificar como hay partes que invariablemente coinciden en la conceptualización de la calidad de vida incluso, independientemente de la postura teórica y llevan a plantear lo que aquí se entenderá como calidad de vida, la cual vendría a ser el grado de satisfacción material y subjetivo que una persona tiene. Por supuesto que podría hablarse de una calidad de vida general, que tendría que ver con asegurar los mínimos básicos para vivir, así como la satisfacción de necesidades de índole psicológica; pero también tendría que ver con el sentido que una persona en particular le da a estas cosas que posee. Se refiere a la forma en que las personas

perciben diferentes aspectos subjetivos de su vida. Tiene que ver con la manera en que se conjugan y construyen los aspectos materiales y el cómo la persona percibe eso material. Su actitud hacia esas cosas y su satisfacción respecto de ellas.

La calidad de vida tendría entonces posibilidades de construirse. Los factores que intervienen en esa construcción son múltiples. Podemos por ejemplo contar los relacionados a las experiencias que cada persona va viviendo a partir de que ésta nace: su entorno familiar, socioeconómico, geográfico e histórico, su condición física, de ser mujer u hombre, su educación y muchos otros que resultan tan variados como personas hay en el mundo.

En el caso de los ancianos esto es bien evidente, ya que el hecho mismo de vivir varios años, lleva a la gente a reflexionar sobre su vida: lo que ha hecho y lo que le falta, sobre sus errores y aciertos y en sí sobre lo satisfecho que está de vivir como vive, con quienes vive y haciendo lo que hace. Así la ancianidad se convierte en una etapa de "reflexión", "balance" y "trascendencia".

La reflexión en este sentido conlleva no sólo a un ejercicio interesante para quien lo practica, sino también a un cuestionamiento de lo que ha venido realizando en los últimos tiempos y más importante aún, lo que pretende realizar a futuro. Dicha situación deriva tarde o temprano en el pensamiento sobre la propia muerte (este acontecimiento tan natural que todavía es causa de tanta incertidumbre), en cómo se afrontará, o en cuándo llegará y lo que se hará al respecto. Es probable que una reflexión profunda ayude a la gente a pensar en su propia muerte y tal vez aminorar su propia angustia al respecto o ¿por qué no? "Planear" una buena calidad de muerte.

3. Calidad de Muerte

Partiendo de la premisa de una calidad de vida cabría preguntarse qué hay respecto a la calidad de muerte. Si existe o no, qué relación guarda con la calidad de vida o si al igual que aquélla, ésta puede ser también en cierta forma planeada, prevista o conducida.

Vale la pena considerar que en la ancianidad la persona se enfrenta a su inminente y más cercana muerte y por supuesto a la de sus seres queridos (generalmente su cónyuge); y que este hecho hace de este tema un motivo de cierta preocupación no solo para al anciano sino para quienes lo rodean.

Thomas (1991) propone que la muerte es un proceso y como tal tiene ciertas etapas antes de llegar a lo que se conoce como muerte.

Hay varios tipos de muerte, destacan la biológica individual y la muerte colectiva. La primera es en la que comúnmente pensamos cuando se habla de muerte: "es la desaparición del individuo vivo y reducción a cero de su tensión energética, consiste en la detención completa y definitiva, es decir, irreversible, de las funciones vitales,

especialmente del cerebro, corazón y pulmones” (Thomas, 1991; p. 21). Por otro lado, la muerte colectiva se refiere a la desaparición de costumbres de un pueblo, de la erradicación de una cultura en sí, que se sustituye por otra o es mezclada con otra.

La vejez está relacionada con la muerte y ello ha propiciado que la cultura occidental tema a la vejez por entenderse la muerte como algo cercano a ésta. Además, independientemente del proceso de “muerte natural” de un individuo, están posteriormente todas las repercusiones de tipo emocional, económico y social que trae para los familiares, para la comunidad, etcétera.

La muerte para nuestros antepasados tenía otro sentido. Whestein (1983) señala en un ensayo sobre la muerte que ésta se consideraba algo así como una continuación; el paso a otra vida mejor. Y haciendo un símil con la cultura judeo-cristiana, el paso al Mictlan o “lugar donde habitan los muertos”, era dependiendo de cómo se hubiera comportado esa persona en vida; ésto es, si había hecho méritos, tenía acceso al paraíso o si había sido una persona “mala”, al infierno.

También señala cómo en otras culturas se ha hecho énfasis en la posibilidad de la reencarnación; en la promesa de que si uno muere, reencarnará en un animal o en otra persona y por lo tanto, nunca morirá.

Esto nos habla de una necesidad del ser humano de perdurar, de sobrevivir de alguna u otra forma. Y esto, no sólo es importante por lo que en sí entraña como característica de los humanos, sino que esa forma de ver su muerte o la muerte es algo que repercute en la vida de la gente y en lo que piensa de “morir”.

Nagel (1981) señala desde una postura filosófica que la muerte es algo que cada ser humano vive de una manera especial, que nadie puede entender hasta que le toca; que a cada persona le tocará atravesar y “vivir” de manera única, que no se puede dejar de experimentar y que se caracteriza por ser una de las cosas en la que realmente estamos solos. Nadie puede acompañarnos en ese sentimiento de estar muriendo, ni irse con nosotros, excepto nosotros mismos. Y agrega que probablemente de nosotros dependa en gran medida como “elijamos” que sea ésta.

Con esto entendemos que la calidad de vida no puede desligarse de la calidad de muerte, que en nuestra sociedad, la muerte se caracteriza como algo triste y doloroso que afecta a muchas personas pues pueden verla como sinónimo de olvido (Whestein, 1983). Además de que en la ancianidad esta situación cobra importancia pues la muerte está más próxima.

En la vejez, hay un replanteamiento de la vida en general y de la forma en que se ha vivido; aprovechado o no, gozado o no; se piensa en lo logrado y lo deseado. Así, la satisfacción de la vida, y la cercanía con la muerte, pueden servir como pretextos para la idea que las personas se forman de su propia muerte y cómo la afronten.

La muerte y su temor nos dice Naussbaum (1993), han sido interpretados y entendidos de formas muy distintas por los seres humanos y que “la experiencia básica - de morir - es una pluralidad irreductible de experiencias, muy variadas y en cada caso profundamente imbuidas de interpretaciones culturales” (p. 331). Por ello es que por ejemplo entre nuestros ancianos (tan apegados a la religión católica), sea tan común pensar en cómo van a llegar a “rendirle cuentas al creador”, o en “qué será de sus hijos y nietos” cuando ellos ya no estén; y pocos llegan a preocuparse de los aspectos legales o sentimientos personales sobre su muerte.

B. LA VEJEZ Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA

1. Ancianidad: aspectos físicos, psicológicos y sociales en torno a ella (ámbito individual y colectivo)

Gómez (1990) y Moragas (1991) mencionan algunas ideas iniciales sobre ancianidad que pueden servirnos como eje para analizar posteriormente más a detalle cada una de ellas:

- Hoy gracias a los avances científicos y tecnológicos, hay cada vez más personas mayores. El número de personas mayores de 65 años se ha cuadruplicado en todo el mundo por lo que por circunstancias demográficas, económicas, políticas y de opinión pública se ha hecho relevante poner atención en esta población (Moragas, 1991, p. 13).
- Se plantea implícita o explícitamente, que las personas dejan de ser personas por el hecho solo de vivir cierto número de años.
- Es angustiante para la mayoría envejecer ¿por qué?. Por la sencilla razón de que en una sociedad capitalista como la nuestra el envejecer no tiene nada de bueno, simplemente no es productivo.
- Se clasifica a los mayores como personas inútiles o incapaces, lo cual puede ocasionar falta de seguridad, de menor aceptación de sí mismo, sentirse menos útil, menos valorado y crear también una situación de dependencia para estas personas.
- La falta de estudios sobre ancianidad es clara y también la mala aplicación de pruebas de evaluación de inteligencia y capacidades a esta población, ya que la mayoría están tornadas del extranjero y no son adecuadas.
- Entre otras de las cosas por las que el proceso de envejecimiento se convierte en algo "malo", está la falta de pensiones decorosas que les permitan vivir adecuadamente. Davidoff (1984) menciona que "cuando se satisfacen las necesidades en las áreas de comodidades materiales, cuidados de la salud, trabajo remunerado, oportunidad de recreación activa, aprendizaje y expresión creadora, las personas suelen experimentar una sensación de bienestar global (p. 80).
- Hay factores que contribuyen al envejecimiento: genética, nutrición, forma de vida, pero nada claro que sea determinante.
- Se ha hecho énfasis en el trabajo interdisciplinario: biología, medicina, antropología, psicología, sociología, economía y otras menos reconocidas pero también importantes como la ingeniería humana, las ciencias políticas, de la comunicación, administración, entre otras.

- Por último parece que, además, el envejecimiento actual es diferente al antiguo debido a las condiciones específicas de la relación organismo-medio ambiente.

Tan solo en México la imagen del anciano se ha modificado enormemente. En el México antiguo el anciano era imagen de sabiduría y respeto. Luego conforme fueron mejorando las condiciones de los pobladores, también se redujo la mortandad de los jóvenes y aumentó el número de personas que llegaba a la vejez. Y es este hecho el que ha propiciado cambios en las actividades personales, en las acciones a niveles institucionales y en sí cambios respecto a la manera en que se trata a los actuales adultos mayores (Moreno, 1990).

La esperanza de vida en México ha cambiado de 61 años en 1971 a 65.5 años en 1980. Con lo anterior se estima lo siguiente:

Población por grupo de edad 1980-2000

Grupo de edad en años	Año 1980	Año 2000
45 a 49	5,700,200	10,741,600
60 y más	3,777,300	6,783,700

Fuente: Secretaría de Programación y Presupuesto; en Moreno (1990)

En países industrializados la población mayor de 65 años (que hoy es un 10% de la población total) llegará a un 20% en el 2030; también envejecerán los actualmente ancianos entre los años 1991 y 2011; se requerirá mayor asistencia para las personas mayores de 85 años, en especial las mujeres, que constituyen una proporción mayor de la población anciana. En resumen, la sociedad envejece (Laforest, 1991).

Una de las ciencias que principalmente ha hecho aportaciones sobre la ancianidad es la gerontología. Laforest (1991) habla acerca de la gerontología vista como propia de muchas ciencias, cada una con su particular punto de vista.

La gerontología nos dice, es ante todo una reflexión existencial. Vivir mucho (aspecto cuantitativo) y vivir bien (aspecto cualitativo de la existencia). Es una reflexión colectiva: aumento y envejecimiento de la población, porque las condiciones de vida han cambiado (medicina, sociología) antes pocos morían de “viejos”.

Por otra parte, la gerontología es también una reflexión científica: ciencias médico biológicas y ciencias psicosociales. Y la gerontología social que se ha definido como la “rama de la gerontología que estudia los aspectos sociales y psicológicos del proceso del envejecimiento, las actitudes de la sociedad hacia las personas ancianas, el lugar que éstas ocupan en la sociedad y la forma en que estos aspectos se relacionan con el envejecimiento biológico” (Moreno, 1990, p. 4).

¿Cómo aportan estas ciencias? Teorizando, investigando, aplicando. No existe una sola teoría gerontológica. Cada una con su método y objeto de estudio particular, no hay que

confundir, sino delimitar, reconocer la propia disciplina y no rivalizar con las demás, amén de lo dicho, tener cierta comunidad en su lenguaje entre disciplinas y con la población estudiada.

Para llegar a la relación entre calidad de vida y ancianidad, primero deberemos comprender lo que significa ser viejo, estar al final del ciclo de la vida y tener sesenta años o más de experiencia sobre lo que se pueda meditar. “Sólo conociendo primero cómo los viejos se ven a sí mismos, cómo ven su vida y la naturaleza de la ancianidad, podemos aspirar a moldear un presente y un futuro significativos para ellos y para los que serán viejos después de ellos” (Kaufman, 1986, cit. en Laforest, 1991). No olvidando en este proceso, un examen profundo de los cambios del contexto social en el cual vive ese anciano.

¿Quiénes son los ancianos? ¿A quién se le considera anciano y por qué?

Primero se revisarán algunas definiciones y posteriormente se hablará de algunas características y cambios propios de la vejez.

En cuanto a lo que se refiere a la definición de vejez o tercera edad cabría hacer algunas aclaraciones. Para empezar, el término de “tercera edad” ya no se emplea casi ya que hablar de una tercera edad implica hablar también de una primera y segunda edades, además de que el término tenía una connotación casi despectiva. En años recientes las investigaciones y trabajos sobre el tema han reemplazado este término por el de “adulto mayor” con la finalidad de darle otra impresión. Incluso, en los clubes formados por ellos prefieren que se les denomine como el grupo “de la edad de oro” o de “los años dorados”.

La vejez es una etapa de la vida o estrato de edad cronológica que según la OMS inicia a partir de los 60 años y termina con la muerte (Moreno, 1990).

Y sigue: el envejecimiento es “un proceso biofisiológico constituido por una serie de modificaciones morfológicas, fisiológicas y sociales de carácter irreversible que se inicia mucho antes que sus manifestaciones den al individuo el aspecto de viejo” (Moreno, 1990, p. 6).

También divide en diferentes puntos de vista a la vejez para definirla:

- Cronológica (es decir, por número de años)
- Funcional (la cual indica que dependiendo de lo que aún sea capaz de realizar una persona, será su valor)
- Como etapa vital (cuyo enfoque resulta el más adecuado hasta ahora, vista como otra etapa de la vida).

Laforest (1991) se inclina más por una definición integradora: “la vejez es el estado de una persona, que por razón de su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social” (p. 39). Esto es, al terminar su vida laboral por la jubilación los ancianos se ven de pronto en una situación en la cual las responsabilidades y derechos que otorga el tener un trabajo, no existen. En ocasiones puede

restringirse el círculo de amistades e incluso la relación con la familia puede modificarse. Es decir, hay un cambio de roles sociales.

En psicología se ha definido a la vejez de acuerdo con normas exteriores, como en el caso de la edad cronológica, pero también en el impacto que tienen los cambios sociales en la persona, en su propio criterio respecto a la situación. El sentirse "viejo" aun estando joven y viceversa.

Es un fenómeno social, pero al mismo tiempo único, individual; dependiente de lo que para cada persona signifique ser viejo, (por ejemplo, que empiecen a salirle arrugas y como afronte esto). La vejez puede ser considerada como un fenómeno de la sociedad (Kastenbaum, 1980; Lehr, 1980; cit. en Gómez, 1990), pero también como algo que el mismo individuo a partir de sus vivencias va definiendo.

Desde esta perspectiva psicológica son importantes las percepciones de las personas sobre cómo se sienten o sus motivaciones para hacer algo, además de lo que las condiciones biológicas puedan dictar; y aunque resultan innegables los cambios en una persona a partir de sus cambios en un nivel orgánico, es también muy importante lo que el sujeto piense de su vida para vivirla de tal o cual forma.

Si se retoman las propuestas humanistas del autoconcepto, éstas mencionan que toda persona tiene un autoconcepto positivo y otro negativo: el positivo por el hecho de agrandar a la gente que le rodea y el negativo por no ser aceptada su forma de ser y el "self" que es el que contiene lo que realmente es la persona sin importar las opiniones de la gente. El poder valorar el self, en la etapa de la vejez, tendrá como consecuencia que dicha población disfrutará de los últimos años de su vida con alegría y entusiasmo por aceptarse a sí mismo tal como es (Rogers, 1987).

Existen algunas características de esta población que mencionaremos a continuación y se refieren a cambios en el nivel físico, social y psicológico. Kimmel (1980), Gómez (1990), Moreno (1990) y Birren (1992) destacan las siguientes:

Cambios físicos. Los cambios más notorios en la vejez se concentran en torno a la parte física de las personas; los cambios físicos (tanto internos como externos) pueden modificar en pocos años a una persona y hacerle ver como anciano (a) ante los ojos de los demás. Pueden denotarse principalmente: piel arrugada, pelo canoso y presbicia (vista cansada), disminución de estatura, los discos de la columna vertebral se comprimen o encogen (cambia la postura), se pierden los dientes, hay alteraciones en los músculos y huesos, sobrevienen enfermedades crónicas como la artritis, reumatismo o del aparato circulatorio; el sistema nervioso central (SNC) empieza a funcionar más lento y por lo tanto los órganos de los sentidos también decaen.

Por ejemplo, respecto al sistema circulatorio, éste muestra con la edad un decremento en la eficiencia del bombeo de sangre que hace el corazón. También se presentan cambios en la elasticidad de las arterias y el depósito de sustancias grasas (como

el colesterol) también se resiente, llevando a un depósito de sales de calcio que reducen la eficacia del sistema circulatorio; la arteriosclerosis y la hipertensión (presión alta) son condiciones que resultan de esto. Y enfermedades como la flebitis (que son acumulaciones de sangre en las venas), también se incrementan con la edad.

La capacidad pulmonar disminuye considerablemente en la mayoría de la gente (a veces hasta un 30%) y el sistema digestivo sufre algunos trastornos que pueden resultar en una asimilación más difícil de algunos alimentos.

Los órganos de los sentidos, como se señaló antes también pueden verse afectados. Así, las personas ancianas requieren de niveles más altos de estimulación en la visión, audición, gusto y olfato para que funcionen a la par de las personas jóvenes.

No debe olvidarse también la importancia que algunos sentidos tienen para nuestro desenvolvimiento en sociedad (por ejemplo la visión y la audición) y que un deterioro en éstos puede desarrollar problemas de orden psicológico y social para quien los padece.

Las reacciones ante estímulos inesperados (como ruidos u objetos acercándose rápidamente) se vuelven más lentas; se afectan los reflejos y a veces el equilibrio, por ello las personas de edad se mueven más lento y son más propensas a caídas y el riesgo de sufrir un accidente es más alto. Y las habilidades sensoriomotrices como manejar un auto, resultan más complicadas.

Por supuesto que estos cambios varían de una persona a otra y factores externos tales como las enfermedades, la nutrición, el ejercicio físico y mental; y factores internos como la herencia, hacen que los cambios experimentados con la edad varíen aún más.

Cambios sociales. Al respecto se han señalado dos ideas principales: (1) el significado, estatus y la experiencia de la vejez difieren de una cultura a otra y (2) la naturaleza del envejecimiento está entrelazada con los demás patrones culturales de cada sociedad.

El Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM) (1977) habla ya desde entonces de los diversos papeles que ha desempeñado el anciano en las diferentes etapas históricas y culturales para comprender su interacción con otras generaciones y la génesis de sus conflictos.

Señala: que los ancianos no conciben fácilmente la idea del cambio y por lo tanto sólo son capaces de transmitir a sus descendientes esta idea de "continuidad inmutable". En nuestro país es todavía muy común encontrar este tipo de casos. Se caracterizan por ser estos ancianos personas con una gran "coherencia interna que se traduce en una fuerte oposición al cambio y al desarrollo" (ISSEMYM, 1977). Se trata también del conflicto generacional. Las pautas de aprendizaje, de crianza, de convivencia y de hacer la vida, están modificándose continuamente. El valor de los ancianos para la juventud se ve cada vez más olvidado y en ocasiones hasta incomprensible

Así, entre algunos grupos el abandono y el asesinato de los ancianos son comunes; en tanto que en otras su papel como partícipes de lo que ocurre con las decisiones importantes del grupo o la crianza de los nietos es valorada de forma muy importante.

Entre tratar bien a los ancianos o tratarlos mal hay una variedad increíble de composiciones de sociedades y dependiendo de muchos factores el trato a los viejos es uno u otro.

De tal manera que los efectos de la industrialización pueden ser en dos sentidos: se ha sugerido que el estatus de las personas mayores es más bajo en las sociedades industrializadas "modernas", que en las sociedades rurales "tradicionales" (Cowhill y Holmes, 1972; en Kimmel, 1980) debido a varias causas; el conocimiento que tienen del mundo está fuera de tiempo cuando el cambio social es rápido, su memoria no es necesaria cuando las tradiciones culturales son establecidas; una mejor educación y entrenamiento en habilidades al alcance de más personas vuelve su experiencia y habilidades fácilmente reemplazables, además, su crecimiento como grupo poblacional puede hacerlos "menos únicos" y valorados.

En nuestra época, las máquinas hacen la mayor parte del trabajo e impiden el desarrollo de la gente en cuanto a su desempeño laboral, por lo que cuando la gente se jubila, es común que ya no puedan encontrar trabajo de su mismo oficio anterior. Por otro lado, la participación dentro de un grupo en la sociedad (como es el de una persona que trabaja) es posible que se vean afectado y por lo tanto las relaciones familiares y con personas cercanas. El estatus de una persona puede modificarse o pueden modificarlo las personas que están a su alrededor cuando ésta cambia de actividad.

No obstante, tampoco puede dejarse de lado el enorme esfuerzo que se realiza para que el nivel de vida de estas personas mejore y se ha logrado echando mano de la tecnología moderna y de instalaciones que se encuentran en grandes ciudades. Por ejemplo en México desde hace ya varios años se ha venido realizando esta labor por instituciones tanto públicas como privadas. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por ejemplo, tiene dentro de sus programas actividades recreativas, deportivas, de promoción de la salud e intelectuales para adultos mayores y ha impulsado la creación de espacios destinados para estos fines (IMSS, 1995).

En general el estatus de una persona anciana dentro de una sociedad particular, refleja la estructura política y económica de tal sociedad, así como sus valores culturales, sus tradiciones y creencias.

Acosta (1990) propone un punto de vista de la actuaría que tiene que ver con los cambios sociales en la vejez. Hace referencia a la jubilación, encontrando que los niveles de ingresos de los jubilados, se han deteriorado en los últimos años, en virtud de las elevadas tasas de inflación. Las mayores expectativas de supervivencia actuales demandan recursos que significan que los niveles de beneficio, ya de por sí bajos, se afectarían, cabría entonces

agregar una mayor demanda de ellos, llevando a los jubilados a un estatus de supervivencia, no a niveles de vida decorosos.

Haciendo referencia por otro lado al problema de la vivienda, la falta de incentivos en este sentido, han provocado una demanda creciente, aunada a una oferta cada vez mayor.

Lo anterior nos lleva a que alrededor del 30 % de la población mexicana no cuente con una vivienda que reúna los requisitos mínimos de espacio y servicio.

Los dos problemas antes citados según este autor, han sido producto de una crisis de casi dos décadas, cuyas secuelas sólo podrán ser desvanecidas mediante una labor continua de todos los mexicanos; teniendo una mayor responsabilidad en esto los profesionales, que en la medida que a ellos corresponda, dispongan elementos que puedan ser auxiliares en la solución de dichos problemas.

También señala que hay tres “mitos” en torno a la vejez: (1) en cuanto a definición de vejez, señala que ésta es subjetiva y que el ser mayor de 65 años no debería implicar que alguien debe jubilarse y ser anciano; (2) aptitudes, las hay biológicas, psíquicas y sociales, están mediadas por los medios publicitarios y de producción que rigen el capitalismo; (3) la vejez como etapa vital que indica que debe aprovecharse el amplio conocimiento de los adultos mayores sobre los problemas psíquicos y sociales por el hecho de que han vivido más. La ancianidad como etapa vital es un concepto que debe ser concienciado e incluido dentro de la educación.

Por otro lado, las diferencias de género en el envejecimiento, también se traducen en cambios sociales importantes. Para el año 2000 se calcula que habrá 6.5 más millones de mujeres que de hombres. Y sabemos que hay diferencias de salud que hacen que esto sea así. Las mujeres viven más que los hombres y por lo tanto más fácilmente se convierten en viudas. Las mujeres por lo tanto tienen más posibilidades de vivir solas y de tener problemas de índole económica (Arber y Ginn, 1995). Tal vez por ello es que tengan más imágenes negativas de la vejez que los hombres. Pero también buscan más amigos, compañía, se involucran más en asociaciones religiosas y en grupos comunitarios y se involucran más en las relaciones familiares que los hombres.

Por último; y no menos importante, está la evidente influencia que ejerce el nivel socioeconómico (NSE) en una persona para que ésta se perciba de una forma o de otra. Tan sólo se ha encontrado que cuando se mide el grado de salud, la expectativa de vida, los días de incapacidad al año, o la limitación en actividades, las personas con un NSE alto tienen ventaja sobre las de NSE bajo.

Se han realizado según Kimmel (1980) varios estudios en donde se pueden comparar a personas con NSE alto con personas de NSE bajo; no obstante, los trabajos sobre los problemas de la gente con un NSE medio, son escasos.

Algunos de los datos más interesantes sobre la forma en que viven las personas ancianas en E.U. son los siguientes: los de clase alta pueden vivir donde elijan, pueden pagar los mejores servicios médicos y llevar un estilo de vida que los “proteja” contra muchos de los problemas de la edad.

Los de clase media pueden elegir vivir en una comunidad de retiro, quedarse en una casa que para ese tiempo ya esté pagada, vender su casa y mudarse a un departamento, entre otros.

Por otro lado, las personas ancianas de clase baja pueden vivir en un hogar o departamento en alguna parte deteriorada de la ciudad o área rural y sin posibilidad de mudarse a otra parte. Además de que los problemas de inflación afectan más gravemente a estas personas que viven de ingresos fijos.

En México, es probable que esta condición sea diferente y que sea más común ver a los ancianos que vivan en casa de alguno de sus familiares (hijo o parientes incluso) y que dicha situación se note tanto en la clase media como en la baja.

De tal suerte que hasta aquí pueden señalarse como situaciones que afectan y preocupan a los ancianos las siguientes: los ingresos (pensiones, seguridad social), el cuidado de la salud y su calidad de vida (que tiene que ver con factores tales como las redes familiares, el entretenimiento, la salud, la vivienda, el transporte, el miedo al crimen y al ritmo de vida acelerado y factores “subjetivos”, como el bienestar y la percepción de la persona sobre sí misma y su satisfacción con la vida).

Cambios psicológicos. Se dividen en:

- 1) Desarrollo intelectual. Está dado en gran medida por las experiencias que haya tenido la persona, además de que se pierde rapidez para pensar lo cual puede llevar a suponer que los ancianos son gente “tonta”. Hay cambios que se han estudiado en los procesos de ejecución de pruebas de inteligencia, memoria, aprendizaje, pensamiento y creatividad.
- 2) Desarrollo psicomotor. El adulto mayor por lo general se vuelve más lento en sus movimientos y reacciones.
- 3) Habilidades perceptuales. Se refieren a los sentidos, la vista por ejemplo, que se ve afectada en muchos casos.
- 4) Rasgos de la personalidad. Hay un retroceso al pasado y en función de nada en especial, sino que responden a situaciones que la sociedad les impone.

Asimismo, pueden presentarse, aunque esto no es una regla ni mucho menos, sentimientos de inseguridad, insuficiencia, hostilidad, hacia lo social, soledad, hipocondrías, enfriamiento de los afectos, rigidez creciente, apego a lo antiguo, prudencia exagerada, preocupación por las funciones corporales, incapacidad para aceptar la decadencia manifiesta de las facultades físicas y mentales, entre otras (OMS, 1959).

En este apartado nos referiremos al desarrollo intelectual y muy particularmente a la memoria, puesto que es uno de los principales intereses de este trabajo. Primero se señalarán algunas generalidades sobre cognición y memoria y posteriormente se abundará en temas más específicos relacionados a ésta última.

La cognición es el proceso por el cual la información es adquirida, archivada y recordada para ser usada. La memoria se ha definido como un "proceso mental de retención de información, la cual es recuperada para su empleo posterior" (Ashcraft, 1989, p. 703, Cit. en Birren, 1992, p. 308).

La memoria también involucra procesos responsables para realizar planes a futuro. La memoria, al igual que el aprendizaje, dependen de la atención. Kimmel (1980) dice que los cambios en la memoria afectan el aprendizaje y cambios en el aprendizaje pueden afectar la memoria reciente o inmediata.

También señala que se han planteado hipótesis respecto a por qué declina la memoria con la edad y hay dos ideas en particular que han tenido buena aceptación por los experimentos que las han reforzado: una apoya la idea de que la memoria se pierde debido a la interferencia de otros tipos de memoria en la amplia gama de memorias que se acumulan con la edad y la otra, apoya que un cambio neuroquímico o pérdida de células en el SNC es el que produce pérdida de la memoria. Existen múltiples factores que influyen en cómo se comporta y se emplea nuestra memoria; por ejemplo, la capacidad personal, la práctica, las enfermedades, etcétera.

Los cambios en la capacidad fisiológica que se presentan en la vejez pueden afectar directamente la ejecución de la memoria como se observa en la figura A. Este modelo propuesto por Sugar, Judith y Mcdowd (1989) citados en: Birren, (1992) demuestra cómo el envejecimiento puede tener ciertos efectos directos o indirectos, así como positivos o negativos sobre la ejecución de la memoria.

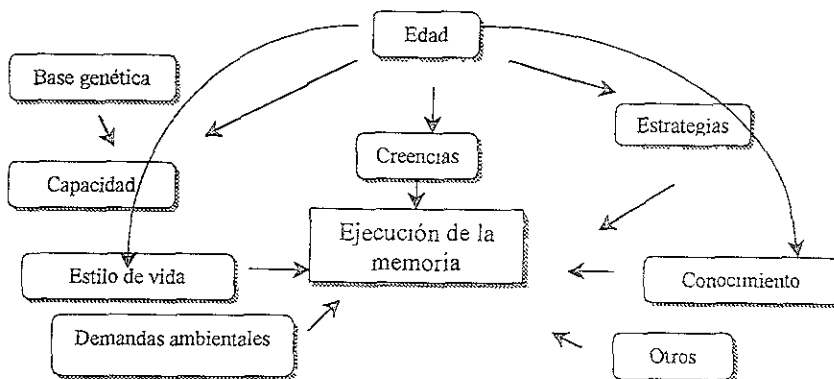


Figura A. Modelo propuesto por Sugar, Judith y Mcdowd (1989) citados en Birren (1992) para explicar cómo el envejecimiento tiene efectos sobre la ejecución de la memoria.

La edad puede también afectar otros factores incluyendo demandas del medio para la memoria, estilo de vida, creencias acerca de la memoria y autoeficacia, uso de estrategias y la base de conocimientos del aprendiz, la cual a su vez podría afectar la ejecución de la memoria.

Con estos antecedentes, se explican a continuación brevemente algunos de los temas más estudiados en este sentido: a) las diferencias de memoria y aprendizaje relacionadas con la edad; b) los estilos de vida y su influencia en la memoria; c) la memoria de uso diario y el envejecimiento y d) la vejez y las enfermedades mentales.

A) Diferencias de memoria y aprendizaje relacionadas con la memoria

La edad parece no afectar apreciablemente la memoria sensorial (memoria corta inmediata para información visual o sensorial) o la memoria primaria (para eventos comunes en la conciencia). Pero si hay evidencia de que la memoria secundaria (memoria para eventos que ya han ocurrido) declina con la edad (Craik, 1977; Craik y Mcdowd, 1987; Poon, 1985, Cit. en Birren, 1992). No obstante, esta conclusión debe manejarse tomando en cuenta múltiples factores entre ellos: (1) que no todos los tipos de tareas de la memoria secundaria muestran un declive con la edad; (2) que los efectos de la edad sobre la memoria no ocurren con algunos tipos de materiales (los adultos mayores recuerdan más palabras que los jóvenes cuando esas palabras les son familiares); (3) los ancianos con habilidades verbales altas se desempeñan tan bien como los jóvenes; (4) no todos los tipos de información muestran efectos que favorecen a los jóvenes.

Conforme entramos a los 90's, muchas conclusiones tentativas acerca del envejecimiento han surgido; la memoria y el aprendizaje, se han ido acumulando en la literatura.

Birren (1992) señala las siguientes:

- 1) La edad no produce un declive uniforme en la memoria o en el proceso de aprendizaje.
- 2) Hay algunas diferencias entre adultos mayores y jóvenes en cuanto a habilidades cognoscitivas se refiere.
- 3) Dichas diferencias son pequeñas en la ejecución de tareas cognoscitivas.
- 4) Desde un punto de vista práctico, las diferencias observadas debido a la edad puede que sean insignificantes aunque interesantes teóricamente.
- 5) Algunas diferencias observadas con la edad, desaparecen con práctica, entrenamiento o ambas.

Así, por ejemplo Ratner, Schell, Crimmins, Mittelman y Baldinell (1987 en Birren *op. cit.*) encontraron que las demandas que el medio hace al individuo influyen fuertemente para que éste adquiera o tenga habilidades para recordar y aprender ciertas cosas. Por ejemplo, comparaciones entre jóvenes estudiantes, adultos no estudiantes y adultos mayores no estudiantes muestran una similitud entre los recuerdos de personas adultas y adultos mayores; así que la explicación podría encontrarse más bien en las prácticas cognoscitivas escolares; en la demanda que la escuela hace a los alumnos y que las

“diferencias de la memoria entre jóvenes y viejos han sido tal vez sobreatribuidas al proceso natural de envejecimiento” (Ratner *et al* p. 524; cit. en Birren, 1992); más que otros factores como la práctica habitual de técnicas que ayuden a mejorar la memoria.

En este sentido Hayflick (1990) dice que aunque el envejecimiento disminuye la plasticidad cerebral, puede que actividades mentales estimulantes retrasen la involución de las funciones nerviosas en los humanos. Y que también es posible que una buena nutrición pueda contribuir a frenar la pérdida de la memoria o mejorarla.

B) Estilos de vida y su influencia en la memoria

Los adultos de cualquier edad tienen diferentes estilos de vida y se ha encontrado que la cantidad de involucramiento en actividades intelectuales era uno de los mejores predictores de la ejecución en las tareas memorísticas como el recuerdo de dígitos, el recuerdo libre o la comprensión de prosas (Arbuckle, Gold y Andres, 1986 en Birren, 1992). Es decir, mientras más actividades intelectuales realicen, mejor desempeño en su memoria tendrán.

Recordemos también, que el estilo de vida de un anciano es más estructurado y regular que el de un joven y dicha regularidad parece estar relacionada con el mantenimiento de su funcionamiento cognitivo diario.

Otro factor de particular importancia en la salud mental es acerca de las creencias de la gente sobre su memoria y como estas creencias pueden llegar a afectar su conducta. Una creencia común es que los adultos mayores tienen más dificultades con su memoria que las personas jóvenes. Tales creencias y sentimientos de autoeficacia pueden influir el cómo los adultos de diferentes edades responden a tareas de memoria (Schulster, 1981; West y Bramblett, 1990; cit. en Birren, 1992) y también en cómo se conciben a sí mismos. Los ancianos pueden pues, pensar que olvidan más de lo que realmente olvidan porque prestan más atención cuando olvidan algo.

Hay razones para creer que los fallos en la memoria son más comunes entre los adultos mayores que entre los jóvenes. Y el papel que la sociedad juega aquí es importante enfatizarlo, ya que las creencias de la gente se basan en dichos populares y se van haciendo tan fuertes que es difícil descartarlos aun cuando se hagan esfuerzos para ello.

C) Memoria de uso diario y envejecimiento

Sabemos que las habilidades de memoria y habilidades en general requeridas para la memoria de uso diario pueden diferir de aquéllas requeridas para tareas de laboratorio.

La mayoría de las investigaciones sobre envejecimiento y memoria se han hecho sobre la memoria retrospectiva, esto es, sobre recordar algo que fue aprendido en el pasado. El otro tipo de memoria es la prospectiva y con ella recordamos llevar a cabo determinadas acciones en el presente (recordar una cita por ejemplo). Así, las conclusiones acerca del

funcionamiento diario de la memoria, pueden ser erróneas si se basan únicamente en mediciones de la memoria retrospectiva; cada anciano funciona y recuerda situaciones distintas.

D) La vejez y las enfermedades mentales

Un aspecto adicional, aunque no menos importante en la vejez lo constituyen las enfermedades de orden mental, las cuales por su afectación personal y social guardan una estrecha relación con la calidad de vida.

Así, Gurland, Barry, Katz y Sidney (1991) cit. en Birren (1992), señalan que la calidad de vida puede verse gravemente afectada cuando existe un desorden de tipo mental y explican que el impacto en la calidad de vida de diversos desórdenes mentales puede explicarse haciendo referencia a ciertas áreas:

1. Dolor psíquico. Sentirse deprimido, infeliz, triste, miserable, vacío, desgarrado, culpable, lleno de dudas, atormentado por escrúpulos o solo, autodespreciable y con autoestima baja.
2. Problemas somáticos. Falta de sueño, poco descanso en las noches, despertarse temprano, poco apetito, baja de peso, constipación, dolores inespecíficos, mal sabor de boca, etcétera.
3. Incapacidad o ineficiencia en ejecución de tareas. Funciones básicas (comunicación, continencia, movilidad, vestirse y otros de autocuidado) o actividades instrumentales de la vida diaria (mantenimiento de la casa, hacer las compras, cocinar, entre otras) se ven afectadas.
4. Pérdida de autocontrol. Limitar sus propias conductas potencialmente molestas, peligrosas o dañinas.
5. Falta de incentivos por los cuales vivir. No se sienten esperanzas, el futuro se ve negro, nada es divertido o placentero; posibles actos suicidas pueden emerger, no hay intereses particulares.
6. Frustraciones de gratificaciones. Como el aspecto sexual, la ausencia de apreciación y cuidado por otros, falla en las metas personales, interrupción de los intereses en la diversión y el entretenimiento.
7. Estrés
8. Sin dignidad, ultrajes, afrentas. Falta de privacidad, de independencia y de control.
9. Efectos colaterales. Dependiendo de la naturaleza de la enfermedad y del tratamiento.
10. Persistencia de los síntomas. Su presencia es o parece interminable, continua, incluida en cada pensamiento o actividad.
11. Interrumpir hábitos en el estilo de vida. Pérdida de tradiciones, inseguridad y anticipación del futuro, arrepentimiento acerca de las oportunidades.

Y hay otras áreas que pueden agregarse a la lista en la medida en que son consecuencia de una salud mental enferma: circunstancias socioeconómicas reducidas y privaciones interpersonales o malas relaciones con otros.

“El deterioro físico (objetivo) puede ser por sí mismo un resultado de la calidad de vida, pero es también una causa importante de angustia o congoja subjetivas” (Birren, 1992, p.233).

Algunos aspectos de la calidad de vida son subjetivos y se conocen sólo por medio de las quejas comunicadas por el que sufre el desorden psiquiátrico; otros ámbitos pueden ser observados sin inferir o infiriendo el problema que lo acompaña.

2. Relación de la salud con la calidad de vida en la ancianidad

Desde la visión oriental y de los trabajos que hoy en día se retoman para estudiar y trabajar con la salud, se encuentra que existen puntos de vista que tienen que ver con la concepción del individuo a un sistema mucho mayor del cual él forma parte integral: individuo, tiempo y cosmos. Esta concepción se fundamenta en el equilibrio de energías cósmicas, de tal forma que si una de ellas se desequilibra, de igual forma lo harán las otras. Partiendo de esta visión holística también se ha pretendido dar solución a las demandas y quejas que la población tiene (López, 1995).

En el caso particular de los adultos mayores, esta visión ha permanecido sólo a la vista y alcance de unos cuantos y no se ha considerado el importante papel que podría constituir esta propuesta. Las aplicaciones a las que ahora la gente se acerca en cuanto a la atención de su salud, son en su mayoría fundamentadas a partir de las concepciones orientales del hombre, las cuales respetan al individuo como un sistema mucho mayor del cual él forma parte integral. Esto se ha propiciado por el poco cuidado que la ciencia ha puesto en el hombre como tal y ha contribuido a que las personas busquen alternativas en las cuales sus demandas y quejas (físicas, psíquicas o espirituales) sean atendidas. De tal suerte que vemos una gran cantidad de personas que acuden con curanderos, brujos, hierbateros y similares con el fin de encontrar el alivio que buscan a sus afecciones propias de una sociedad compleja y como muchos han llamado atinadamente “enferma”.

Así por ejemplo López (1995) sugiere que podría esta concepción de vida y del hombre ser retomada en la aplicación de programas para mejorar la calidad de vida y de salud de los ancianos y hacerlo extensivo mediante el empleo de medios de comunicación como el radio o la televisión.

El IMSS en (1993) habla sobre la importancia que se le ha dado al proceso de modernización como institución y sobre las acciones que ha emprendido para promover la salud integral de la población anciana. Como parte de estas acciones está contemplada la creación de "Centros de Día" especiales para la atención y convivencia de estas personas, así como la cada vez más sofisticada evaluación y diagnóstico de sus enfermedades.

Se señala que el concepto que de salud tiene la OMS “salud como el más completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” nos queda corto a estas alturas y que se han propuesto muchos más conceptos sobre lo que es salud. Por

ejemplo tomando en cuenta indicadores psicosociales, demográficos y subjetivos de la percepción que tiene la persona hacia su propia salud y hacia su vida. Esto implica que también se deben considerar que existen diversos grados de bienestar y que la salud adquiere valor en la medida que promueve la eficiencia y la satisfacción total de la vida.

Tomemos como ejemplo la salud en el trabajo. En México el IMSS señala que a este respecto se buscan tres cosas fundamentales: a) preservar de factores nocivos, b) mejorar mecanismos de adaptación del trabajador al medio laboral y c) mejorar el nivel de rendimiento individual tanto físico como mental.

Además, en la evaluación del estado de salud hay que tomar en cuenta las diferencias individuales y los signos precursores de alteración de la salud, evaluando la exposición a factores nocivos en el trabajo.

Algunos indicadores de salud empleados en el trabajo son los siguientes:

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|--|
| 1. consumo máximo de oxígeno | 8. indicador de satisfacción de vida | |
| 2. composición corporal | 9. indicador de estrés | |
| 3. coordinación motora | 10. personalidad | |
| 4. fuerza muscular | 11. indicador cultural | |
| 5. flexibilidad | 12. resistencia/susceptibilidad a | |
| 6. funcionamiento social | enfermedades | |
| 7. indicador de inteligencia | | |

Sin embargo, con esto vemos que hay indicadores importantes que en muchas empresas y trabajos aún no son tomados del todo en cuenta, o que están francamente olvidados. La salud de los trabajadores no es algo de lo que usualmente deban preocuparse, sino hasta que surge algún problema de tipo incapacitante.

La situación sin duda se agrava cuando el trabajador llega a su jubilación con una pensión insuficiente y con secuelas de algún accidente de trabajo ocurrido en su vida laboral. Esto hace necesaria la intervención no sólo de las autoridades para mejorar las condiciones de trabajo, sino de una intensa educación para las personas, enfocada a cuidar su salud y procurar su bienestar personal.

3. Propiedades de algunos instrumentos que miden la calidad de vida

En los últimos años, las enfermedades crónico-degenerativas han sustituido a las infecciosas. El compromiso de los gobiernos para su tratamiento debe considerar no sólo ofrecer una mayor esperanza de vida, sino una mejor calidad de vida.

De ahí que el diseño de instrumentos para medir la calidad de vida, se convierta en una necesidad de la investigación clínica. Bolaños (1992) señala que se han establecido cinco dimensiones para considerar la salud de una persona y de ahí también su calidad de vida. El instrumento que este autor propone incluye:

- 1) salud física
- 2) salud mental
- 3) desempeño en la sociedad
- 4) papel jugado en la sociedad
- 5) sensación de bienestar

Una dimensión más incluida en la hoja de concentración de datos que propone el autor es la de “entorno familiar”.

De tal manera que estas dimensiones constituyen el estándar mínimo para las mediciones de salud, amén de éstas, la calidad de vida incluye aspectos como los estándares de vida de una población específica y la satisfacción con el trabajo.

Gómez (1990), Guzmán (1991) y Bolaños (1992) mencionan que los instrumentos se dividen en tres:

- Predictivos. Anticipan el valor de cierta variable para establecer pronóstico, evolución, curso, etcétera.
- Discriminativos. Destinados a discriminar o diferenciar entre individuos o poblaciones. Su característica es la reproductibilidad.
- Evaluativos. Tratan de reflejar los cambios que ocurren al transcurrir el tiempo en un sujeto determinado, en cierta variable de interés. Es el más empleado en los ensayos clínicos controlados en los que se desea detectar cambios inducidos por una maniobra terapéutica en un grupo de pacientes bajo estudio. Aquí no se considera la calidad de vida como valor absoluto, sino el cambio en la calidad de la misma.

Resumiendo, la confección de instrumentos válidos, factibles y sensibles al cambio es una necesidad prioritaria en investigación clínica.

Guzmán (1991) comparó dos instrumentos diseñados para medir cambio en la calidad de vida. Habla sobre la “dureza” de los datos paraclínicos y la “blandura” de la medición de la calidad de vida. Indica: “la blandura de la medición de la calidad de vida parte de lo abstracto y personal que es este concepto” (p. 8).

Los datos duros según el autor, son los reproducibles y los datos blandos son los considerados como poco confiables y no factibles de someterse a un análisis estadístico significativo. Y agrega: “se puede decir en términos generales que la calidad de vida de los sujetos siempre ha estado ahí, pero su medición será poco reproducible, mientras no se convenga en un patrón (es) y un procedimiento adecuado” (p. 6); de tal manera que aunque el instrumento que empleemos no sea 100% perfecto, sí puede darnos indicadores y posibilidades para dar cuenta de esa calidad de vida y en la misma medida ir modificando y perfeccionando todo intento por medirla.

Su propuesta además de observar la calidad de vida enfatiza el que sea la persona de quien se pretende saber, quien evalúe su propia calidad de vida.

Acerca de cómo juzgar la calidad de los instrumentos que miden la calidad de vida (Guzmán, 1991) coincide con otros autores en que tales instrumentos deben considerar los siguientes puntos:

Reproductibilidad.- Es la propiedad de un índice que le permite asignar valores iguales (o muy similares) cuando se aplica en repetidas ocasiones a los mismos sujetos en las mismas condiciones. Es ésta la que confiere "dureza" a los valores del índice.

Consistencia interna.- Es la propiedad de un índice que le otorga congruencia a las diferentes partes en un todo armónico. Es decir, cada una de las áreas por las que esté formado un índice de calidad de vida (mental, física, etc.), debe dar información por sí misma que las otras no ofrezcan, pero al mismo tiempo, deben ser complementarias. Por ejemplo, realizando preguntas sobre lo mismo en diferentes partes del instrumento y empleando diferentes palabras.

Validez.- Es el grado de apego de los valores del índice a la realidad del fenómeno estudiado. Existen varios tipos de validación, algunos son: validación aparente, de contenido y de constructo.

Sensibilidad al cambio.- Es la capacidad de un instrumento para reflejar cambios pequeños en la variable de interés con el transcurso del tiempo.

Factibilidad.- Facilidad o dificultad relativas a su aplicación.

Por último, es de resaltar el intento que hacen algunos investigadores como Robinson, Shaver y Wrightsman (1991) quienes realizaron una compilación de varios autores sobre el diseño de instrumentos para medir la calidad de vida. En este trabajo se plantea la medición de la felicidad y satisfacción subjetivas que tiene la gente de su vida en general. Para ello se plantearon diferentes instrumentos diseñados especialmente. Parten de que la medición del bienestar subjetivo es importante como una percepción psicológica de la calidad de vida; por ejemplo, la autoestima, la depresión, la satisfacción, el locus de control interno o alienación, la satisfacción, la felicidad, el tipo de afecto, las evaluaciones cognoscitivas, etc.

Algunas escalas de ítems múltiples (como las empleadas en este estudio), se aplicaron a poblaciones de ancianos estadounidenses mayores de 50 años de clase media, encontrando como resultados que los índices de satisfacción se correlacionaron moderadamente con las escalas. También se calcularon la validez, confiabilidad y factibilidad de los instrumentos, sugiriendo al final su nueva revisión y posible eliminación de algunos ítems que componen el instrumento.

4. Trabajos sobre el constructo calidad de vida en ancianos

Hasta ahora se han realizado ya varios estudios a profundidad sobre los ancianos y sus estilos de vida. En este apartado se analizan algunos de estos trabajos y su relación con la calidad de vida de estas personas.

Estudios más específicos en que se conjugan factores tanto físicos como sociales, están el realizado por Fitchen, Cretl, Amsel, Brender, Weinstein y Libman (1995) cuyo propósito fue el explorar y comparar la relación entre los rasgos del ajuste psicológico, factores de estilo de vida y parámetros de sueño en tres grupos de ancianos, los que duermen bien (sin quejas) y ancianos que duermen mal y que se quejan mucho o ancianos que se quejan poco de la interrupción de su sueño.

Se sabe que la mayoría de los ancianos tienden a aumentar su ritmo de actividad durante la noche. Esto es debido a que no pueden dormir ya más. Sufren insomnio.

También puede deberse al hecho supersticioso de que cuando eres anciano, ya no puedes dormir bien o tanto tiempo.

Incluso hay explicaciones relacionadas con el nivel de vida o calidad de vida de estas personas: por ejemplo, los horarios irregulares que traen consigo el retiro, largos períodos en cama, creencias erróneas sobre lo bien que duermen sus iguales, estrés, muerte o enfermedad de un ser querido, siestas, etc.

También se sugiere que las cuestiones fisiológicas, cognitivas, afectivas o la hiperactividad, juegan una parte predisposicional en el insomnio. Hay poca información aún sobre el insomnio de los ancianos y la relación que tiene éste con factores de estilos de vida y fue recientemente que se relacionó el estrés con el problema central del insomnio.

En el estudio citado se llevaron a cabo varios tipos de mediciones: sobre factores socioeconómicos, de historia de sueño, psicológicos y finalmente sobre estilos de vida. Los resultados obtenidos fueron:

- a) Los que duermen mal y se quejan, manifestaron un grado de ansiedad, depresión y bajas calificaciones en los cuestionarios sobre el área cognitivo-afectivo.
- b) Muchos se avinieron bien con la edad relacionada con los cambios en la calidad del dormir. O sea, dormían bien cuando había una ausencia relativa de mal ajuste psicológico.
- c) Los del grupo que dormía mal y se quejaba de ello, tienen más dificultades durante el día que los que duermen mal pero que no tienen queja alguna.
- d) Los tres grupos tenían estilos de vida similares, pero difirieron en la evaluación cognitivo-afectiva de sus actividades.

- e) El insomnio tiene tres elementos: dificultad para dormir, estrés y fatiga durante el día.
- f) Las prácticas de sueño (siestas, por ejemplo), no tienen que ver con mal dormir en la noche.
- g) Muchas de las suposiciones sobre el mal dormir de la gente mayor son más mitos que realidades.

Un área de menor interés en la literatura gerontológica es la magnitud a la cual las relaciones entre los eventos de la vida y el bienestar difieren en función del género de la persona. La literatura sugiere algunas diferencias en este sentido respecto al impacto que tienen sus eventos de vida sobre su bienestar.

Así, en un estudio French, Gekoski y Knox (1995) examinan las diferencias de sexo cuantitativamente, esto es, desde el punto de vista de la magnitud de la relación entre los eventos vividos y el bienestar; además, la medida en que la relación de los eventos de vida y la salud pueden diferir por el género a través de diferentes tipos de mediciones y de cualidades de eventos de vida.

Los aspectos positivos y negativos del bienestar psicológico indican que estos dos aspectos están relacionados complementariamente con eventos de vida positivos y negativos: los eventos positivos están más fuertemente asociados con un bienestar de vida positivo, mientras que los eventos negativos se relacionan con lo contrario, por ejemplo, sintomatología psiquiátrica.

La muestra estudiada incluyó hombres y mujeres de 75 años promedio. En cuanto a las mediciones éstas incluyeron una lista de eventos de vida (versión modificada del Recent Life Change Questionnaire), en la que se explicaban los eventos que habían experimentado en los seis meses anteriores, para cada evento se pidió que nombraran si el evento había sido deseado o no deseado, controlable o incontrolable y esperado o no esperado.

Otra prueba se aplicó para conocer el bienestar físico de los sujetos en estudio y se les pidió que calificaran su salud desde (0) excelente, hasta (3) pobre. Sobre el bienestar psicológico fueron utilizadas tres pruebas: El Índice de Satisfacción de Vida (The Life Satisfaction Index), La Escala de Balance de Afecto (The Affect Balance Scale) y La Escala de Salud Mental (Mental Health Scale) para medir la sintomatología psiquiátrica.

Todas las escalas y cuestionarios fueron aplicados personalmente, durante varias entrevistas. Se aplicaron pruebas t y los resultados revelaron que en sí los géneros no difirieron notablemente en los puntajes promedio obtenidos en sus pruebas, excepto porque los hombres tuvieron un puntaje más alto en la escala de salud mental más saludables que las mujeres. Además, se encontró que:

- a) el 79% de la población estudiada reportó su salud como buena o excelente.

b) se corrobora el hecho de que las mujeres reporten más síntomas de enfermedad que los hombres con los resultados obtenidos en otros estudios.

c) las correlaciones entre eventos estresantes y el bienestar fueron más significativas en las mujeres que en los hombres, esto es, para los hombres los eventos de su vida estuvieron relacionados con resultados positivos pero no negativos y los eventos negativos de su vida se relacionaron con resultados negativos más no positivos. Para las mujeres, tanto las categorías positivas como negativas de sus eventos de vida se relacionaron con resultados positivos y negativos.

d) las mujeres socializan buscando la creación de redes emocionales con la gente. Por lo tanto tienen un riesgo mayor que los hombres para experimentar esos eventos más intensamente.

e) Los hombres y las mujeres difieren en los eventos que son más sobresalientes a su autoconcepto. La identidad de las mujeres, por ejemplo, puede tender a estar más fuertemente atada a eventos sociales (redes sociales), mientras que la identidad de los hombres puede estar más ligada a eventos del trabajo. Se concluye que los eventos de la vida están moderadamente relacionados al bienestar psicológico y físico de las personas en edad adulta tardía. Aunque la naturaleza de la relación es diferente para hombres y mujeres y que la relación se ve influida por aquellas dimensiones de cada evento de vida y bienestar para el que son usadas.

Montes de Oca y Del Valle (1997) anotan en el periódico *La Jornada*, opiniones similares: "según el Programa Nacional de la Mujer las preocupaciones principales de las mujeres de más de 65 años son la salud, la familia y la precariedad de su sustento económico" (p. 4). Por otro lado, se enfatiza la capacidad de las mujeres para ayudar, escuchar a otros, ser accesibles, activas y sentimentalmente maduras.

No obstante, es importante decir que estas preocupaciones y estas características incluyen también a muchos hombres y que independientemente de que haya aspectos más marcados en unos que en otros, ambos requieren de apoyo en todas las áreas.

Estrada (1991) propone en el ciclo vital de la familia que aquél que ha pasado con triunfos y fracasos, aquél que ha originado a otros seres y dado vida a otras ideas, gradualmente va integrando y madurando las etapas de su ciclo; adquiere un orden en el mundo y un orden espiritual; acepta su ciclo vital completo y defiende la dignidad de su vida. En el caso de los adultos mayores, este hecho puede identificarse perfectamente y podría considerarse un aliciente para vivir y recordar los hechos de las anteriores etapas de su ciclo vital en donde tuvo la oportunidad de educar a sus hijos, tener un trabajo y una responsabilidad que lo integrara a un núcleo social determinado.

En este orden de ideas, Kiesler, Morgan y Oppenheimer (1981) señalan que el rol que la familia juega en una sociedad por supuesto tiene que ver con el del anciano, así pues,

dependiendo de cómo se conciba la familia, será en gran medida como se conciba al anciano.

Recordemos que las necesidades de las personas pueden ser comunes o más específicas dependiendo de cada caso. Algunas necesidades que la mayoría tiene son de un trabajo, de un hogar y de gozar de una salud aceptable.

En este trabajo multidisciplinario se conjugarán tanto estudios de biología como de las ciencias de la conducta y adicionalmente investigación de enfermedades, nutrición, actividades diarias y formas de intervención.

Se consideró que en general hay circunstancias exógenas (externas al individuo, presiones sociales, incentivos, etc.) que modifican, regulan o controlan hasta cierto punto la forma de pensar y actuar de las personas, esto es, sus actitudes personales y decisiones importantes; pero la conducta también es endógena, surge por motivos individuales usualmente para justificar la conducta realizada o para proteger la autoestima.

Esto es, las tendencias demográficas, económicas y sociales frecuentemente implican cambios en la conducta individual. Lo significativo del cambio en la conducta es su efecto subsecuente en las actitudes. Nuestra población anciana tendrá más importancia que simplemente demandar u ordenar recursos públicos e incrementar las responsabilidades para las familias con pacientes ancianos. Creará ideologías nuevas de la edad, nuevas expectativas de trabajo y trabajadores y nuevas normas de interacción entre iguales (parientes o conocidos). Los cambios en nuestra sociedad nos cambiarán a todos como individuos.

Aunque existe un buen número de trabajos sobre el constructo calidad de vida, pocos estudios han integrado a la familia, al trabajo y a los factores socioeconómicos para tener un mejor entendimiento de cómo influyen los factores sociales sobre el seguimiento de una vida saludable en las personas. Wickrama, Conger y Lorenz (1995), realizaron un estudio en cuanto a la experiencia laboral que puede considerarse como de gran importancia para las prácticas de salud de las personas, ya que se ha comprobado que un mejor control en el trabajo de la gente, conlleva a un mejoramiento del control de la persona en general; esto es, el control sobre el trabajo influye sobre las conductas descriptivas de un estilo de vida riesgoso o saludable.

Las relaciones maritales también tienen mucho que ver con un estilo de vida riesgoso. En general, las familias tienen una influencia mayor sobre las conductas relacionadas con la salud de sus miembros.

Aunque por lo general las parejas casadas tienen una tasa menor de conductas contra la salud, no es el matrimonio *per se* lo que las mantiene, sino también la calidad del matrimonio es la que tiene una influencia positiva sobre la salud. También se ha demostrado que las interacciones íntimas y expresivas están relacionadas con el bienestar general.

En este sentido, Marcenes y Sheilman (1992) cit. en Wickrama *et al* (1995), realizaron una investigación acerca de la influencia del matrimonio en la salud de los cónyuges. Se parte de la idea de que son las esposas las que principalmente controlan las conductas de salud de sus compañeros. Por lo que en este estudio se supone que un alto grado de interacción positiva entre esposos y esposas resulte en bajos niveles de conductas de riesgo para la salud.

Los procedimientos empleados para recabar información fueron cuestionarios y posteriormente observaciones en situación controlada donde las parejas debían discutir sobre sus vidas ambos, experiencias positivas y negativas así como planes para el futuro.

Se midieron el estatus socioeconómico, el control sobre el trabajo, la interacción marital positiva, los estilos de vida riesgosos y por último el estado de salud físico.

Los resultados de Marcenes y Sheilman, demostraron que el control sobre el trabajo (autodirección), así como una interacción marital positiva, predicen significativamente un cierto estilo de vida riesgoso o no; en tanto que el estatus socioeconómico, no está relacionado tan significativamente con un estilo de vida riesgoso.

Aunque varios factores limitan la generalización del estudio, su mayor bondad es el que involucra el papel del trabajo y la pareja en la calidad de vida de las personas; encontrándose que cuando hay buena comunicación con la pareja y se está tranquilo respecto a presiones de trabajo, la salud mejora y el nivel de calidad de vida, por añadidura.

Incluso en el tratamiento de enfermedades crónicas, donde se ha estudiado mucho la calidad de vida, ésta viene a ser como el resultado de las diferentes respuestas de los pacientes al padecimiento de su enfermedad, al tratamiento y a sus consecuencias. En los ancianos, lo anterior resulta una labor delicada y empeñosa, pues son personas que además de una enfermedad ya diagnosticada tienen una serie de creencias bien arraigadas, estilos de vida particulares y costumbres que va a ser muy difícil que modifiquen. En ocasiones sólo con el pleno entendimiento de su padecimiento se puede avanzar hacia un mejoramiento en su calidad de vida. Por supuesto el apoyo familiar es también sumamente importante y necesario (Rodríguez, 1995).

Por ejemplo, Kempen y Eljk (1995) que probaron la confiabilidad y validez interna y externa de la escala SSL12-1 (Social support list interactions; lista de interacciones de apoyo social, 12 reactivos), en una muestra de adultos mayores. La escala cuenta con 12 reactivos y con cuatro opciones de respuesta que al emplearlas muestran tres subdimensiones:

- a) apoyo social diario
- b) apoyo en situaciones problemáticas
- c) apoyo de "autoestima"

Los cuestionarios fueron mandados por correo a las personas mayores de 57 años, inscritas en prácticas de registro de mortandad y la muestra total a la que se aplicó fue de

$N=5356$. Las edades variaron de 57 a 99 años, $m=69.9$ años. La mayoría eran mujeres 56.2% y casadas o viviendo como pareja 67.2%.

Los reactivos se adoptaron a un tipo de escala probabilística de Mokken la cual considera que los patrones de respuesta están también influidos por factores tales como la interpretación de la pregunta y el estado de ánimo en ese momento del respondiente. Así, la relación entre las respuestas que se dan a los ítems y el concepto a ser medido, puede considerarse como probabilístico, por lo que existe la posibilidad de que un cierto patrón de respuesta aparezca y este es un aspecto central de esta escala. Se empleó también la Loneliness Scale (escala para medir la soledad), de Jong-Glerveld (1985), los coeficientes de H y el coeficiente de RHO (correspondiente al Cronbach's alpha).

Las correlaciones entre los puntajes de la escala de soledad y los de la escala de apoyo, no fueron tan marcados (porque las escalas de apoyo no miden la evolución subjetiva de la cantidad de apoyo recibido), obteniéndose así, una correlación negativa mayor entre apoyo social diario y sentimientos de soledad.

Los altos puntajes alcanzados en los coeficientes de H, comparados con toda la escala SSL12-1, confirmaron la estructura de una dimensión general con tres subdimensiones. Los resultados también mostraron puntajes más altos para las mujeres que para los hombres en la escala SSL12-1. Es decir, que en la muestra estudiada para las mujeres las interacciones sociales son de mayor interés que para los hombres, dato ya anteriormente corroborado por Kastebaum (1980).

Otro trabajo que emplea también escalas y destaca la importancia del trabajo interdisciplinario desde el enfoque cultural para abordar variables del Ecosistema Sociocultural Humano, es ejemplificado por Díaz (1986) quien realizó un estudio con la finalidad de estudiar la calidad de vida en familias mexicanas y mexico-norteamericanas. Las variables exploradas fueron antropológicas, económicas, psicológicas y de salud.

Haciendo la analogía con la teoría biológica, se estudian: Factores Psíquicos (Factores Bióticos o subjetivos) y Factores Apsíquicos (Factores Abióticos o materiales).

Así, los aspectos psíquicos comprendieron los informes subjetivos de las apreciaciones individuales sobre: a) el respaldo de la comunidad, b) enfrentamiento individual a problemas, c) acuerdo o desacuerdo con la cultura y sus premisas, d) habilidad personal para enfrentar estrés, e) capacidad de dar del individuo (cuestionario de felicidad), f) grado de satisfacción con estándar de vida, g) valoración de salud física, h) cuestionario de calidad de vida, i) importancia o valoración del concepto insulto a la madre.

Mientras que los aspectos apsíquicos implican la medición de: a) ingresos económicos, b) número de personas por cuarto, c) número de posesión de aparatos y de información. Que se miden con cuestionarios objetivos.

Cabe señalar que la población a la que se aplican todas las baterías para medir lo anterior estuvo primordialmente formada por madres de familia y sus hijos adolescentes; sin embargo, es importante señalar que investigaciones como éstas constituyen esfuerzos por estudiar la calidad de vida y en tiempos futuros mejorarla con programas masivos y manejados políticamente. En el caso expreso de los adultos mayores también puede retomarse el empleo de instrumentos y/o la creación de nuevos.

Se estudian en este trabajo los aspectos culturales y contraculturales. Los primeros tienen que ver con las tradiciones y filosofías de vida estructurales de los individuos (su evolución y existencia), en contraposición de los contraculturales que manejan filosofías extrañas, modernidad, urbanidad, educación laica, movilidad social y comunicación masiva, sistemas políticos, religiosos, etc. El enfoque cultural que emplea el autor pretende la explicación del conjunto: desarrollo emocional, cognoscitivo, vocacional, moral, social y de personalidad para el desarrollo de sistemas sociales enteros.

Así, el estilo de confrontación de la vida de cualquier persona se ve influido por aspectos individuales, sociales, económicos, políticos e incluso históricos.

La metodología empleada incluye premisas histórico-socioculturales (en un lenguaje apropiado a la cultura, relacionados con actividades inherentes a los mexicanos como el asistir a misa, realizar festividades mortuorias, respetar a la madre, etc.).

Los resultados más generales que obtuvo el autor se traducen en la manera como encaran las situaciones los mexicanos que es sobrellevándolas pasivamente (en general). Por último, el "Grey Sostén" como es llamado al núcleo familiar, tiene mucha importancia para las familias mexicanas.

Con esto puede comprobarse que tanto aspectos psíquicos como apsíquicos del ecosistema tienen relación con la calidad de vida de los individuos. Y que los aspectos subjetivos, (psíquicos) se relacionan un poco más con la calidad de vida que los objetivos (apsíquicos, como la economía, etc.).

Las variables más relacionadas con la calidad de vida son las psicogénicas o biopsicológicas personales (entereza, capacidad personal, valor personal), promueven una mejor calidad de vida; en tanto que las variables económicas, concepto de salud y otras de tipo apsíquico, no tienen mucho peso en la calidad de vida de las personas, según sus apreciaciones subjetivas.

Lo que se ha mencionado hasta ahora tiene que ver con sistemas económicos y políticos de países capitalistas. A diferencia del sistema político capitalista imperante en muchos países de América, el socialismo, que propone un régimen de "igualdad para todos", es una interesante forma de estudiar el cómo percibe su vida una persona.

Así, después de la Segunda Guerra Mundial se permite en la ex URSS la salida a civiles y se produce un gran interés en estudiar a inmigrantes, en lo referente a su calidad de

vida en su país de origen, así como las razones que los llevaron a tomar la decisión de salir de él.

Dos asociaciones son creadas para ello: *The Harvard Project* que son norteamericanos que hacen el estudio y se enfocan más en mostrar la vulnerabilidad del sistema y estudian a gente que quiere salir de la URSS, judíos principalmente y *La SIP (Societ Interview Project)* la cual estudia a inmigrantes que defienden su patria con todos sus inconvenientes (en su mayoría se trata de personas que vivieron en la época de Lenin).

Las variables de este estudio realizado por James (1988), comprenden: educación, edad, religión, estado civil, ingresos, política, empleo y diferencias étnicas. Las disciplinas que se integran en el estudio son: antropología, psicología y sociología principalmente y también otras como ciencias políticas, economía e historia.

La metodología consistió en la utilización de pruebas estadísticas y posteriormente el empleo de técnicas modernas con computadoras. Se encuentran notables diferencias entre sistemas. La educación, los ingresos, supuestamente debieran estar mejor repartidos en la URSS, pero, según este estudio no hay diferencias grandes (es decir, que son más de grado que de tipo) en cuanto al sistema, ya que hay pobreza también y no existe una repartición igualitaria al 100%.

En sistemas como el socialismo, se controla de alguna manera la forma de vida, al igual que en el capitalismo, sólo que más abiertamente, así, premisas tales como: ¿Estás de acuerdo con lo que te dan? ¿Satisfecho con lo que haces, o puedes hacer?. Son interesantes para el análisis de la calidad de vida de estas personas.

Además, hay que considerar el factor generacional que muestra claramente como los pensamientos de era a era se modifican. Los ancianos de la URSS ven a la era de Stalin como la peor y la de Khrushchev's como la mejor. No así los jóvenes que no vivieron la de Stalin, todo cambia.

Los ancianos antes se mostraban reacios y hostiles al sistema, y los jóvenes apoyaban el cambio, la revolución. Ahora, los jóvenes no quieren aceptar el sistema y los viejos perdonan, aceptan. Esto puede suceder con cualquier otra cultura, en donde las diferencias históricas marcan un cambio en la forma de concebir la existencia por parte de los individuos.

Entre los muchos aspectos que se abarcan, la calidad de vida, las medidas subjetivas de la satisfacción relativa, fueron también estudiadas, esto es, los eventos de vida que se ligan con recuerdos, experiencias pasadas, etc.

La calidad de vida difiere también entre diferentes personas. Además, varía sobre el tiempo de vida de un individuo. La "felicidad" o la "misericordia", es sólo un estado en la vida de alguien, es el estado momentáneo de los sentimientos y el índice de satisfacción en el

que la realidad es juzgada más sobriamente, más discretamente contra las expectativas de uno.

La calidad de vida se midió en función de una escala de tipo Likert y se preguntaba: ¿Qué tan satisfecho o no satisfecho estaba Usted con su estilo de vida? En cuanto a: trabajo, casa, bienes y cuidados médicos. Así como el empleo de un resumen del “estándar de vida” que equivale a explorar las variables demográficas.

Willits y Crider (1988 en: Birren *et al.*, 1992) encontraron evidencias para una asociación muy cercana entre la salud percibida por los ancianos y las respuestas a preguntas del bienestar subjetivo. Cabe señalar que tal asociación se encontró en hombres y en mujeres así como en diferentes grupos socioeconómicos.

Sobre las influencias positivas de las redes sociales para las personas Chappell y Badger (1989 en Birren *op. cit.*) encontraron que, el no tener confidentes o compañeros eran decisivos para encontrar grados bajos de bienestar subjetivo en una muestra aleatoria en Canadá. Y también propusieron distinguir entre el aislamiento social y el aislamiento psicológico (o aislamiento percibido).

Por otro lado, Mussen (1985 en Birren *op. cit.*) encontró que la buena salud, la estabilidad emocional, energía, la autoconfianza y la satisfacción con el trabajo parecen ser predictivas para un bienestar subjetivo positivo en los adultos mayores hombres; en tanto que para las mujeres la situación marital y el ambiente en su hogar cuando eran jóvenes se relacionó cercanamente a una felicidad en la edad de adulto mayor. Un ingreso familiar suficiente, tiempo libre adecuado, satisfacción en su vida sexual, entendimiento mutuo con la pareja, acuerdo con la pareja sobre cómo hacer los gastos, estándares culturales y problemas de crianza y educación fueron también los principales predictores de felicidad en la vejez.

Cuando se ve, el envejecimiento en función de la raza o grupo al que pertenece la persona, se encuentran también diferencias. Así, aquellos grupos que han experimentado mayor discriminación por su herencia racial o cultural tienen también más posibilidades de tener una expectativa de vida más corta, una salud más pobre, mayor daño físico y un desencadenamiento más temprano de enfermedades asociadas con el envejecimiento; como resultado de un ingreso más bajo, menor educación y ocupaciones de menor estatus.

En un estudio realizado por Bengtson et al (1977 cit. en Kimmel, 1980) pudo corroborarse esta condición cuando se encontró que los problemas de salud, los sentimientos de sentirse viejo y la visión negativa de la vejez eran más comunes entre grupos minoritarios como los negros y los mexicano-americanos que en los blancos. Y de estos tres grupos justamente el de los mexicano-americanos obtuvo las evaluaciones más negativas de la calidad de sus propias vidas, mayor tristeza y preocupación, sentimientos de que no vale la pena vivir la vida y la creencia de que las cosas empeoran conforme uno se vuelve más viejo.

CAPÍTULO 2 LA INVESTIGACIÓN METODOLOGÍA

Objetivo General:

*Determinar la influencia que los factores psicosociales de una población de adultos mayores así como algunos elementos sobre su vida pasada (recuerdos), tienen sobre la forma en la que perciben su vida actual.

Objetivos Específicos:

- Revisar la bibliografía pertinente con respecto al tema
- Adecuar un instrumento que sirva para medir las apreciaciones subjetivas del bienestar psicosocial de una población de adultos mayores
- Crear indicadores psicosociales a partir de la medición de las apreciaciones subjetivas del bienestar psicosocial de una población de adultos mayores.
- Establecer la relación que los indicadores psicosociales tienen con la salud y los componentes de bienestar
- Aplicar una entrevista que dé cuenta del tipo de recuerdos que las personas tienen para considerarlo como parámetro de comparación con las apreciaciones del bienestar psicosocial de una población de adultos mayores

Diseño y Tamaño de la muestra

La muestra se seleccionó a partir de un muestreo no probabilístico intencional y selectivo por participación voluntaria. Participaron personas mayores de 60 años hombres y mujeres, que asistieran a un Centro de Seguridad Social, a realizar alguna actividad ya fuera de tipo artístico, manual, o física.

Se realizaron 32 entrevistas de las cuales se retomaron 28 para el análisis final de los resultados. Un total de 19 mujeres y 8 hombres.

El trabajo de investigación se desarrolló en el Centro de Seguridad Social de la Unidad Cuauhtémoc perteneciente al IMSS, ubicado en Naucalpan, estado de México.

Diseño de la investigación

El tipo de diseño empleado en esta investigación se denomina *ex post facto* no experimental (estudio de campo) y transversal. En este tipo de diseño el experimentador no interviene en la situación de estudio para no provocar cambios; además de que en ningún momento tiene un control directo de las variables. Es de carácter transversal porque se realiza una sola medición en un solo tiempo.

Definición de variables

Las variables que se consideraron para su análisis fueron de dos tipos: las variables demográficas y las que correspondían a los resultados obtenidos en las escalas aplicadas, es decir, de satisfacción de vida.

Las variables sociodemográficas y de información personal son:

1. Sexo. Masculino o femenino.
2. Edad. En años cumplidos y posteriormente categorizada en grupos. Grupo 1: de 60 a 65 años, grupo 2: de 66 a 75 y grupo 3: de 75 años en adelante.
3. Estado civil. Se agrupó en solteros, casados (o en unión libre), viudos y divorciados (o separados).
4. Escolaridad. Se consideraron tres categorías: primaria, secundaria (estudios completos o incompletos) y estudios técnicos o comerciales. Por ejemplo, si una persona había cursado hasta el segundo año de secundaria se catalogó como “con secundaria”.
5. Personas con quienes vive. Se contaron por número de personas que vivían en el mismo domicilio.
6. Espacio propio. Esta variable indagó sobre si las personas entrevistadas tenían un lugar en su vivienda que consideraran como propio o de descanso, o que todos respetaban y donde se sintieran a gusto. Podía ser una recámara o para las mujeres incluso en algunas ocasiones la cocina.
7. Trabajo Actual (actividad lucrativa). Se dividió como sigue: personas con un trabajo estable y formal, personas con un trabajo informal o en ratos libres y quienes no trabajaban en el tiempo de la entrevista.
8. Trabajo anterior. Aquí se incluyó el tipo de trabajo al que se habían dedicado anteriormente. Incluía desde labores domésticas (remuneradas y no remuneradas como

amas de casa), labores de oficina (secretarias, taquimecanógrafos) hasta chofer, obrero, entre otras

9. Duración en el trabajo anterior. Considerado a partir del número de años en un trabajo.
10. Motivo de jubilación o pensión. Este podía ser por vejez (años cumplidos de servicio), invalidez, viudez, pensión de separación (cuando la pareja se había divorciado), o bien quienes no contaban con pensión o "asegurados" por algún familiar.
11. Tiempo de jubilación. Por número de años que tenía la persona sin laborar formalmente.
12. Padecimientos actuales. Se concentraron los principales padecimientos que sufría la persona al tiempo de la entrevista y que tuvieran los signos y síntomas por lo menos una semana presentándose. Se clasificaron en: aparentemente sano, enfermedad crónica, enfermedad incapacitante y padecimiento anterior ya tratado.
13. Tipo de enfermedades más comunes. Como referencia de las que más frecuentemente se presentaban en esta muestra. Se categorizó en: ninguna, hipertensión, bronquitis crónica, colesterol alto, problemas de columna y enfermedades nerviosas.

Respecto a las variables de los resultados de las escalas e índices de satisfacción de vida se analizaron principalmente las siguientes:

1. Escalas. Resultados de la sumatoria de las cinco escalas de satisfacción de vida (escalas A, B, C, D, E).
2. Índice A. Resultados del índice A de satisfacción de vida.
3. Índice B. Resultados del índice B de satisfacción de vida.
4. Recuerdos. De la selección de algunos reactivos de los Índices A y B (ver diseño de instrumentos). Los resultados de esta se describen en la Comprobación de Hipótesis.

Hipótesis:

- I. Existe asociación entre la variable edad y la satisfacción de vida.
- II. Existe asociación entre la variable sexo y la satisfacción de vida.
- III. Existe asociación entre la variable escolaridad y la satisfacción de vida.
- IV. Existe asociación entre los padecimientos y la satisfacción de vida.
- V. Existe asociación entre el trabajo actual y la satisfacción de vida.
- VI. Existe asociación entre el trabajo anterior y la satisfacción de vida.
- VII. Existe una asociación entre los resultados de las escalas y los índices de satisfacción de vida.
- VIII. Existe una asociación entre la satisfacción con la vida actual y los recuerdos de la vida pasada.

Diseño de instrumentos

Los instrumentos que se emplearon para medir el bienestar subjetivo y las experiencias pasadas (recuerdos) fueron: *The Life Satisfaction Scales* (escalas de satisfacción de vida) y sus índices de satisfacción de vida A y B desarrollados por Neugarten, Havighurst, and Tobin en 1961. Tales escalas se tradujeron de su idioma original (inglés) por la autora del presente trabajo, con algunas modificaciones para adaptarlos a la cultura mexicana.

El anexo 1 muestra el formato empleado para recabar los datos sociodemográficos así como las escalas anteriores que están especialmente diseñadas para aplicarse a personas de edad avanzada. Se trata de cinco escalas con 5 ítems cada una y tienen las siguientes dimensiones: (A) entusiasmo/apatía; (B) resolución/fortaleza; (C) congruencia entre metas deseadas/metras alcanzadas; (D) autoconcepto y (E) estado de ánimo. Los índices *Life Satisfaction Index A* (LSIA) de 20 preguntas y *Life Satisfaction Index B* (LSIB) de 12 preguntas completan el instrumento y también miden el bienestar subjetivo o satisfacción general con la vida (ver Robinson *et al*, 1991).

Del índice A se seleccionaron los reactivos 1, 2, 4, 9, 12, 13, 14, 17, y 19 y del índice B los reactivos 4 y 11 para medir las experiencias pasadas (recuerdos). Se sumaron ambos grupos y el resultado obtenido se denominó como variable "recuerdos".

Validez y Confiabilidad

La validez y la confiabilidad de los instrumentos son características importantes si se quiere realizar una investigación que arroje datos lo más cercanos posible al fenómeno estudiado.

La validez de un instrumento según Silva (1992, pág. 94) "se refiere a la certeza con que el mismo sirve para la finalidad que su aplicación persigue"; es decir, si el instrumento realmente está midiendo lo que pretende medir. Por otro lado, Kerlinger (1975, cit. en Silva, 1992, pág. 75), señala que la confiabilidad "es la carencia relativa de errores de medición del instrumento. Es la exactitud o precisión de un instrumento de medición".

En este trabajo, se realizó una prueba *Ji cuadrada* (χ^2) para comprobar la validez y confiabilidad de los instrumentos empleados en la investigación, encontrándose valores altamente correlacionados entre las escalas A, B, C, D, E y los índices A y B de satisfacción de vida.

Pruebas de χ^2

	χ^2	g.l.	Nivel de significancia P
Índice A y escalas	31.590	9	<0.000
Índice B y escalas	25.042	9	<0.003

Procedimiento

La aplicación de las escalas se llevó a cabo por medio de una entrevista semiestructurada, individual, en la cual se realizó lo siguiente:

- Obtención de la información de datos demográficos, escolares, ocupacionales, de enfermedades importantes, etc.
- Inicio propiamente de la aplicación de las escalas. El entrevistador guiaba la entrevista y el entrevistado daba la respuesta que creía que se acercaba más a lo que él era o a lo que él se consideraba como persona.
- Índice A donde el entrevistado contesta personalmente las preguntas con instrucciones del entrevistador.
- Índice B, donde el entrevistador nuevamente guía las preguntas y escribe la respuesta de acuerdo a lo que conteste la persona.

Las entrevistas se realizaron en la unidad de Evaluación Física y Deportiva del Centro de Seguridad Social del IMSS, Naucalpan. En dicho sitio se trabajó en un cubículo similar a un consultorio pequeño que constaba de un sofá y un asiento acolchado; la entrevista duraba alrededor de una hora con cada persona y dependiendo de la información que agregaran personalmente.

Los datos más personales que cada entrevistado decidía comentar eran anotados conforme avanzaba la entrevista al final del protocolo.

Análisis de datos

El análisis de datos incluye tanto aspectos cualitativos como cuantitativos, ya que las escalas recogieron datos ya con puntajes asignados o cuantificables y también datos más particulares que cada persona agregaba, considerados como cualitativos en primera instancia y posteriormente cuantificados para el análisis de datos. Para el análisis de datos se empleó el paquete estadístico SPSS (*Statistic Package for Social Sciences*) para identificar y agrupar relaciones de las respuestas de los entrevistados.

Categorización de las respuestas de los instrumentos

Para las escalas A, B, C, D, E los resultados se clasificaron como: “poco satisfecho con su vida”, “ni satisfecho ni insatisfecho”, “satisfecho” y “muy satisfecho”. Para los Índices A y B las categorías fueron diferentes y se clasificaron de acuerdo al tipo de respuestas que proporcionaron los entrevistados.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

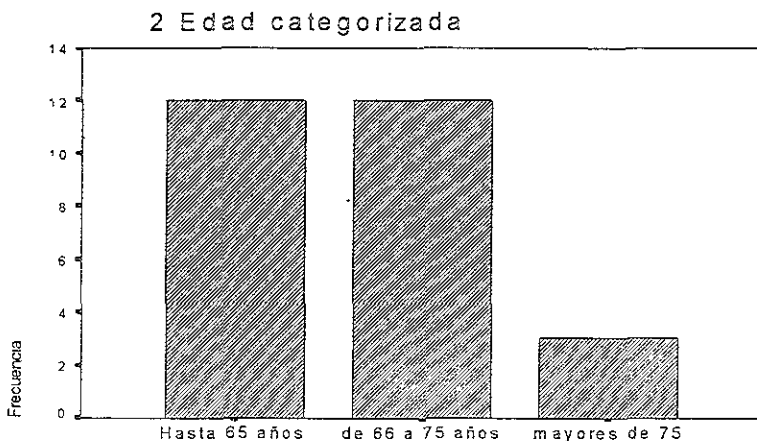
A pesar de que datos personales de algunos casos de la muestra no fueron incluidos para su análisis, la aplicación de los instrumentos elegidos mediante la entrevista, reveló características de la población estudiada que convendría tener presentes en el momento de relacionar variables.

La presentación de los resultados obtenidos en los instrumentos se expone a continuación dividida en seis partes: 1) Descripción de la población, en la cual se habla de las variables sociodemográficas y la asociación entre algunas de ellas; 2) Escalas, que se refiere a puntajes obtenidos en las cinco escalas de satisfacción de vida, así como su asociación con algunas variables psicosociales; 3) Índice A, que presenta los datos obtenidos por categorías, 4) Índice B, donde se expondrán los puntajes observados con sus categorías correspondientes, 5) Comprobación de hipótesis y 6) Índices/Escalas donde se muestra la relación entre ambos instrumentos. En la Comprobación de Hipótesis y en los Índices/Escalas también se presenta la relación entre algunas "variables psicosociales" la variable "Recuerdos" Al final se muestra la discusión de los resultados más sobresalientes del estudio

I Descripción de la población

La muestra estuvo conformada por 27 sujetos de los cuales 19 fueron mujeres y 8 hombres (70.4% y 29.6%, respectivamente).

Las edades de los entrevistados fluctuaron entre los 60 y 81 años. De los 27 de la muestra 3 (11%) son mayores de 75 años; 12 personas tienen hasta 65 años (44.5%) y 12 tienen edades entre 66 y 75 años (44.5%) (ver gráfica 2)



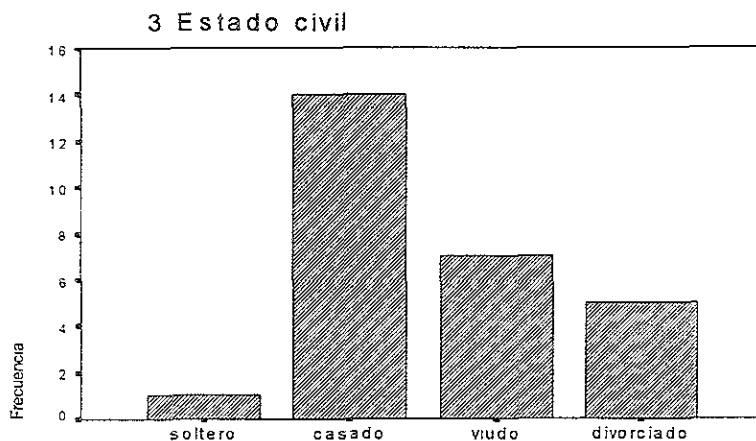
Al dividirlos por edad y sexo se obtuvo lo siguiente de las 19 mujeres, 11 tienen hasta 65 años, 6 de 66 a 75 años y sólo 2 son mayores de 75 años. En cuanto a los hombres únicamente uno tenía hasta 65 años, otro pasaba de los 75 y el resto (6) tenían entre 66 y 75 años (ver tabla 1)

Tabla 1 Edad categorizada * sexo

Sumatoria

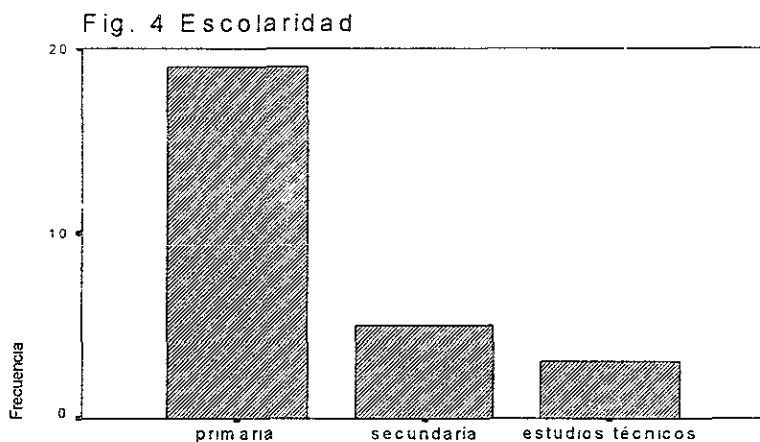
EDAD CATEGORIZADA	SEXO		Total
	Hombre	Mujer	
Hasta 65 años	1	11	12
De 66 a 75 años	6	6	12
Mayores de 75 años	1	2	3
Total	8	19	27

Sobre el estado civil de los sujetos se encontró que 14 son casados o viven en unión libre, 8 son viudos y de estos sólo uno es varón; 4 son separados o divorciados y sólo 1 persona es soltera (gráfica 3).

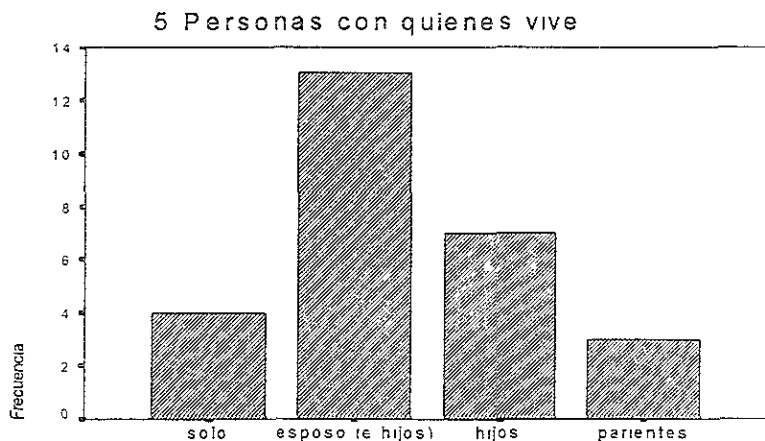


La escolaridad de los sujetos fue de primaria (completa o incompleta) en 19 casos, de secundaria (completa o incompleta) en 5 casos y estudios técnicos o comerciales 3 casos

(gráfica 4) También se encuentra que varias personas sólo cursaron uno o 2 años de la educación primaria



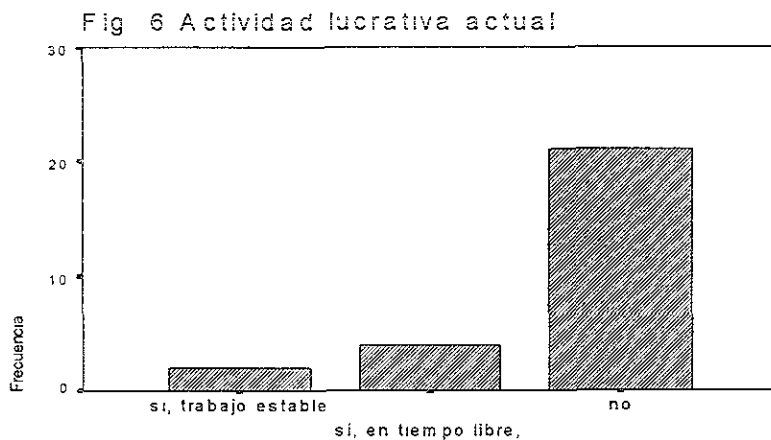
Trece de los sujetos entrevistados viven con su cónyuge (e hijos inclusive); los que viven con alguno(s) de sus hijos son 7 casos; personas que viven solas son 4 casos y únicamente 3 viven con parientes lejanos (gráfica 5).



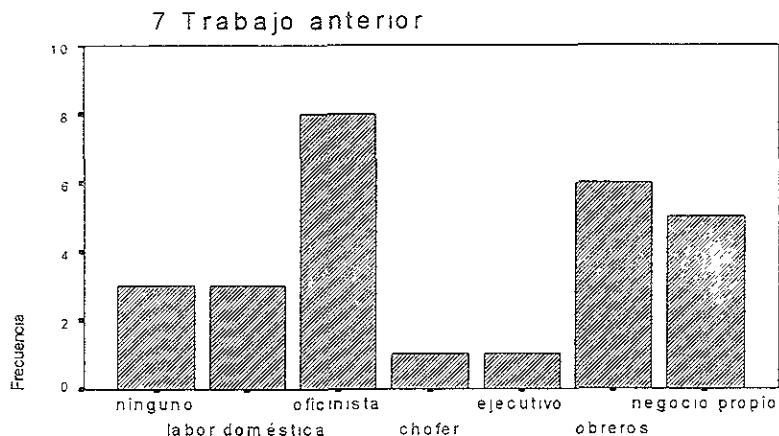
De los 27 sujetos, 26 cuentan con un espacio dentro de la casa que consideran propio o privado y solo una persona dijo no contar con ello. En su mayoría se referían a que

la casa era propia y en algunos otros casos a que era la recámara o habitación para ellos solamente, pero que la sentían como propia y les era respetada como tal

En cuanto a actividades lucrativas actuales 21 personas dijeron no laborar, 4 dijeron que sí pero informalmente y sólo en su tiempo libre y 2 tenían un trabajo estable y formal (gráfica 6)

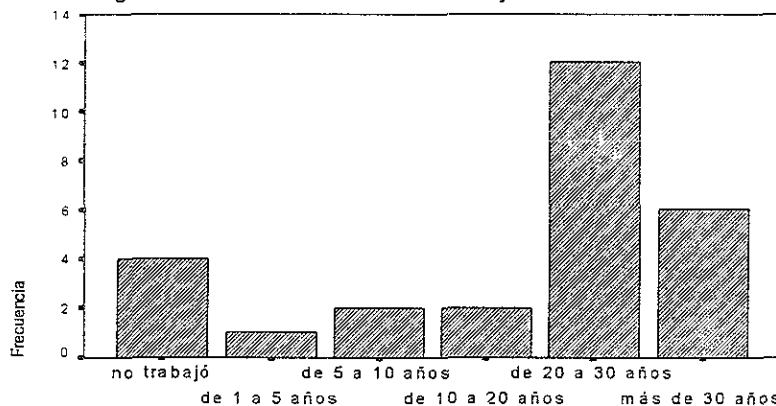


Las actividades laborales desempeñadas en años anteriores se agrupan en las siguientes: 8 empleados de oficina, 6 obreros, 5 con un negocio propio, 3 que hacían labores como empleadas domésticas, 3 trabajos no remunerados (como ama de casa) como chofer un caso y ejecutivo un caso (gráfica 7)



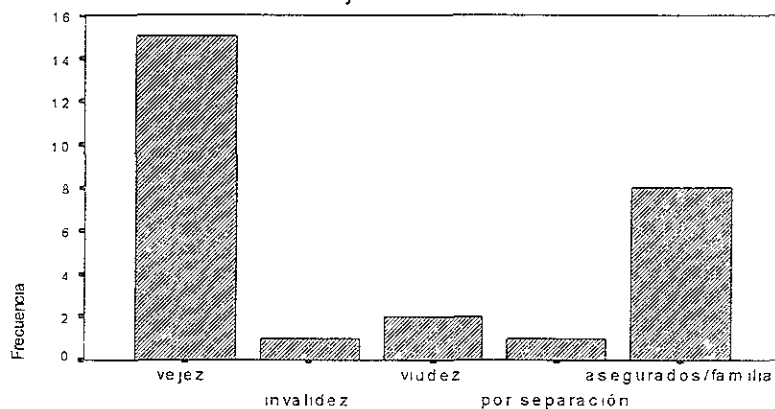
La duración del trabajo de la gente variaba desde personas que no habían trabajado hasta aquellas que habían laborado más de 30 años (o que seguían trabajando en el tiempo en que se hizo la entrevista). Así, tenemos que 12 personas trabajaron entre 20 y 30 años, 6 trabajaron más de 30 años, 4 no trabajaron nunca y el resto trabajaron de 10 a 20 años (2 sujetos): de 5 a 10 años (2 sujetos) y de uno a 5 años, un sujeto (gráfica 8)

Fig 8. duración en el trabajo anterior

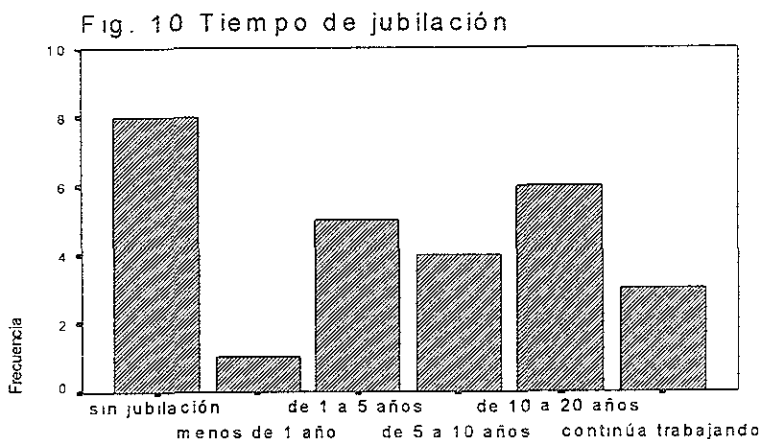


Respecto al motivo de su jubilación, retiro del ámbito laboral o goce de pensión la mayoría (15 personas) se jubilaron por vejez o número de años trabajados, luego 8 no tenían una pensión propiamente sino que eran asegurados de la institución (IMSS) por alguno de sus familiares, 2 personas tenían pensión de viudez y 2 más gozaban de pensión por separación del esposo o por invalidez (gráfica 9).

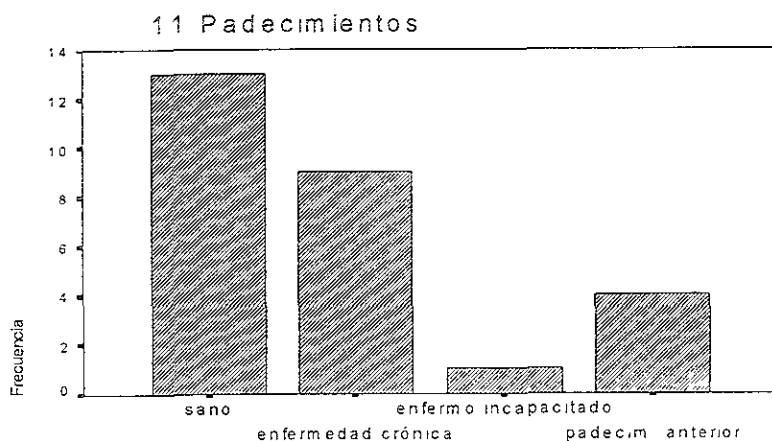
9 Motivo de jubilación



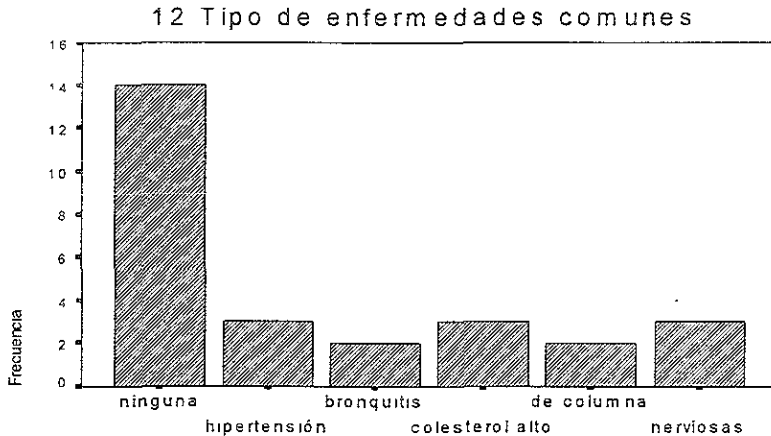
El tiempo que las personas de la muestra llevaban jubiladas o pensionadas se repartió como sigue 8 (29.6%) sin jubilación (asegurados), 6 (22.2%) tenían de 10 a 20 años de estar jubiladas, 5 (18.5%) tenían entre 1 y 5 años de jubiladas, 4 (14.8%) llevaban de 5 a 10 años de jubilación; 3 (11.1%) continuaban trabajando y solo una (3.7%) persona tenía menos de un año de estar jubilada (gráfica 10). Y aunque no se preguntó formalmente en el protocolo todos los entrevistados tenían por lo menos un año de acudir al Centro de Seguridad Social.



Los padecimientos actuales fue otro rubro que se investigó, encontrándose que de los 27 sujetos 13 se reportaron como sanos, 9 con algún tipo de enfermedad crónica, 4 con padecimientos anteriores ya tratados y uno con una enfermedad incapacitante, ésta de tipo nervioso y con algunos episodios temporales de falta de lucidez mental (gráfica 11).



El tipo de enfermedades más comunes que decían los entrevistados haber padecido o padecer actualmente eran hipertensión (3 casos), colesterol alto (3 casos), enfermedades nerviosas (3 casos), bronquitis crónica (2 casos) y problemas de columna (2 casos); 14 sujetos dijeron no haber tenido o tener alguna enfermedad (gráfica 12)



Respecto a la relación entre padecimientos y edad se encontró que de las personas que tenían hasta 65 años 7 dijeron estar sanas; mientras que de los de 66 a 75 años 4 estaban sanos y sólo 2 que tenían más de 75 años consideraron entrar en esta categoría. En cuanto a enfermedades crónicas en el grupo de hasta 65 años hubo 5 sujetos que decían padecer alguna, en el grupo de 66 a 75 hubo 4 casos; en los padecimientos anteriores ya tratados (como operaciones de hernias, cálculos biliares o glaucomas) hubo 3 casos de este mismo grupo y un caso en el de mayores de 75. De las enfermedades incapacitantes el único caso encontrado estaba en la categoría de 66 a 75 años (ver tabla 2)

Tabla 2 Padecimientos * edad categorizada

Sumatoria

PADECIMIENTOS	EDAD CATEGORIZADA			Total
	Hasta 65 años	De 66 a 75 años	Mayores de 75	
Aparentemente sano	7	4	2	13
Enfermedades crónicas	5	4		9
Enfermedades incapacitantes		1		1
Padecimientos anteriores ya tratados		3	1	4
Total	12	12	3	27

Otro dato vinculado al anterior es el de la relación entre padecimientos y sexo, en donde se ve que del total de hombres 5 (62.5%) expresaban sentirse sanos y los 3 restantes (37.5 %) estaban dentro de la categoría de padecimientos anteriores ya tratados. De las mujeres 8 (42%) estaban sanas, 9 (47.3%) tenían alguna enfermedad crónica, una sufría de una enfermedad incapacitante (5.2%) y una con algún padecimiento anterior ya tratado (tabla 3).

Tabla 3 Padecimientos * sexo

Sumatoria

	SEXO		Total
	Hombre	Mujer	
PADECIMIENTOS			
Aparentemente sano	5	8	13
Enfermedades crónicas		9	9
Enfermedades incapacitantes		1	1
Padecimientos anteriores ya tratados	3	1	4
Total	8	19	27

Centrándonos en la relación entre el tipo de enfermedades más comunes y el sexo, se observa que 3 mujeres padecían hipertensión, 2 presentaban bronquitis crónica (al menos un año de duración), 2 con problemas de colesterol alto, uno con problemas de columna y 3 con enfermedades nerviosas. En los hombres sólo uno padecía colesterol y otro tenía problemas de columna (tabla 4).

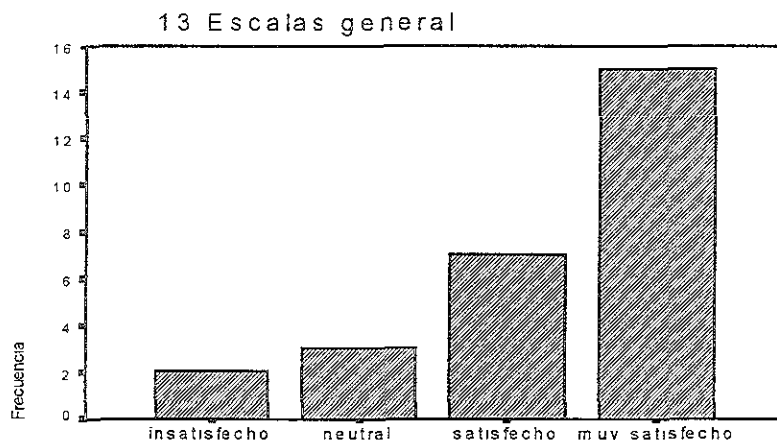
Tabla 4 Tipo de enfermedades más comunes * sexo

Sumatoria

	SEXO		Total
	Hombre	Mujer	
TIPO DE ENFERMEDADES MÁS COMUNES			
Ninguna	6	8	14
Hipertensión		3	3
Bronquitis crónica		2	2
Colesterol alto	1	2	3
Problemas de columna	1	1	2
Enfermedades nerviosas		3	3
Total	8	19	27

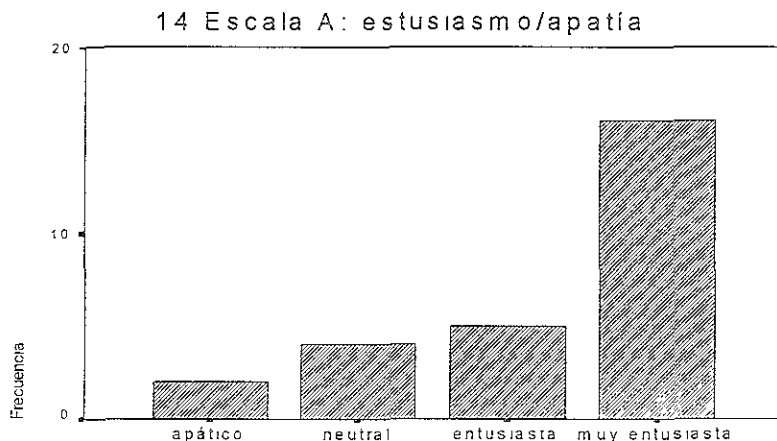
II Descripción de escalas

En términos generales al sumar las cinco escalas se identifica la satisfacción de vida actual de la persona, la mayoría de los entrevistados está en la categoría de “muy satisfecho” con su vida y sólo 2 están “insatisfechos”. No obstante, destaca el que nadie calificara su vida como “muy insatisfecha” (gráfica 13) por lo que no se empleó esa categoría que inicialmente se tenía contemplada



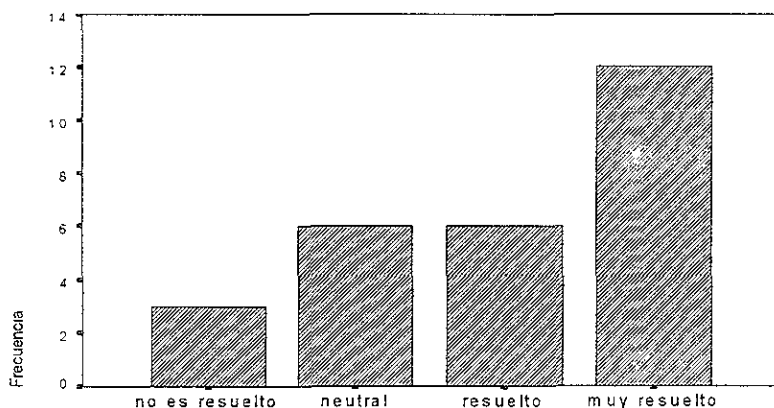
Ahora bien si analizamos cada una de las escalas, los resultados que se obtienen son muy similares. A continuación se muestran los datos correspondientes de cada escala aplicada

Escala A entusiasmo/apatía - En esta se encontró que de la población total más de la mitad (59%), se catalogaron como “muy entusiastas” y sólo 2 casos (7.4%) se calificaron como apáticos. Ningún caso se consideró en la categoría de “muy apático” (gráfica 14)



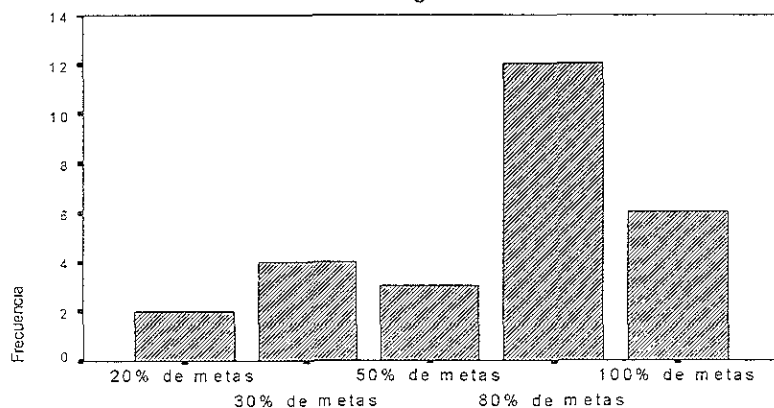
Escala B resolución/fortaleza - Esta escala pretende identificar el grado de resolución o decisión que las personas tienen, así como la perseverancia que consideran tener para enfrentar las vicisitudes de la vida. Así, 12 personas (44%) están en la categoría de “muy resuelto o con mucha fortaleza”, 6 casos (22%) se consideraron “resueltos”, 6 más (22%) “neutrales” y los 3 restantes (11.1%) como “no resueltos ni con fortaleza particular” (gráfica 15)

15 Escala B: resolución/fortaleza

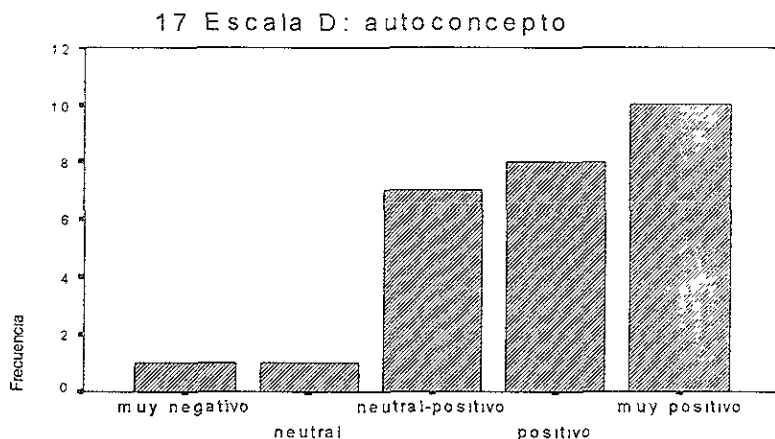


Escala C congruencia entre metas deseadas/metras alcanzadas.- De los 27 sujetos 12 (44%) alcanzaron el “80% de las metas deseadas” y 6 (22%) alcanzaron “todas sus metas”, siendo en estos dos rubros donde se concentró la mayoría de la muestra (66%). Sólo 2 personas (7.44%) alcanzó “20% o menos de sus metas”(gráfica 16)

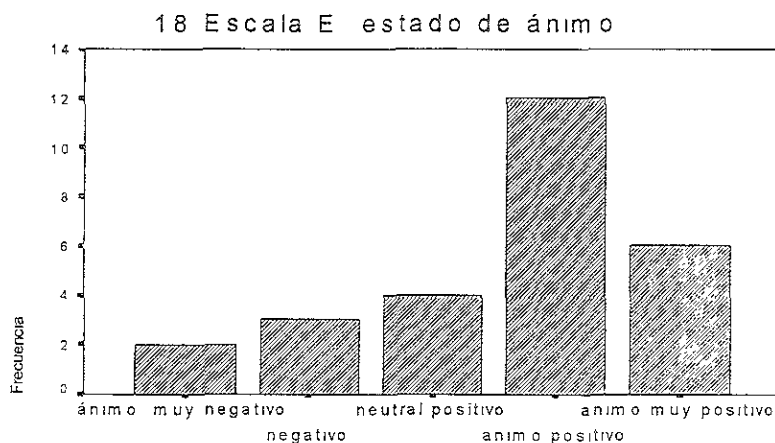
16 Escala C: congruencia entre metas



Esca la D Autoconcepto - Nuevamente la muestra se concentró en las categorías de "autoconcepto neutral-positivo", "autoconcepto positivo" y "autoconcepto muy positivo" (7 8 y 10 casos respectivamente) para un total de 93 5% (gráfica 17).

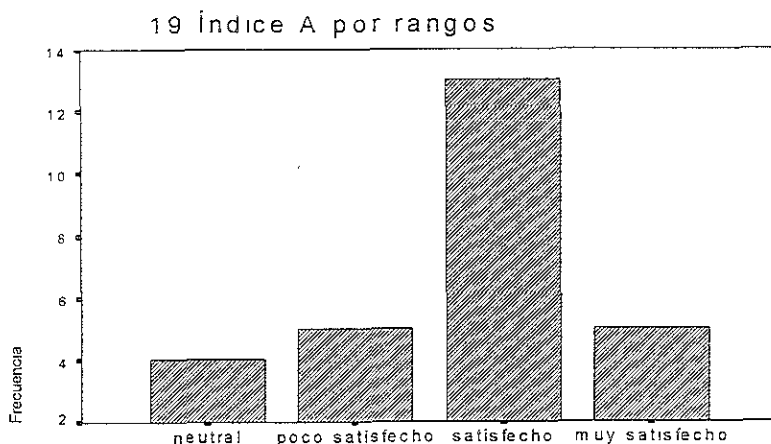


Esca la E estado de ánimo.- Sobre esta esca la podemos decir que otra vez la población se concentró en las categorías positivas; así, las categorías "positivo" y "muy positivo" registraron 12 y 6 casos respectivamente, esto es, un 66% entre ambas; en los rubros de "neutral-positivo", "neutral-negativo" y "muy negativo" tuvieron 4, 3 y 2 casos de manera respectiva (gráfica 18).



III. Descripción del Índice A

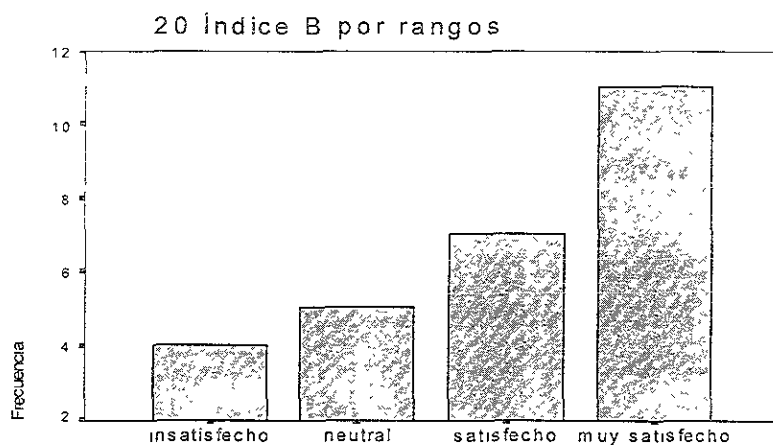
De acuerdo con las respuestas de los entrevistados, el índice A se dividió en cuatro rangos estos fueron los siguientes: “ni satisfecho ni insatisfecho” en donde hubo 4 personas, “poco satisfecho” con 5 sujetos, “satisfecho” en donde se concentró la mayoría (12 sujetos) y “muy satisfecho” con el resto de la población, es decir, 5 (ver gráfica 19)



Destaca entonces el hecho de que ninguno de los ancianos diera respuestas tan negativas que lo hicieran ver como una persona “insatisfecha” o “muy insatisfecha” y con ello va notándose una similitud con los resultados obtenidos en las escalas

IV Descripción del Índice B

Respecto al índice B, las categorías se modificaron un poco en función de las respuestas que dieron los entrevistados pues a diferencia del índice A en este índice sí se presentaron más respuestas de insatisfacción y descontento. Especialmente en las preguntas relacionadas al futuro o a pensamientos introspectivos para recordar el pasado y ligarlo con lo que sucede en el presente (preguntas 2 y 11). Las categorías que se consideraron fueron “insatisfecho” (con 4 sujetos), “ni satisfecho ni insatisfecho” (5 personas), “satisfecho” (7) y “muy satisfecho” (11) (gráfica 20).



V. Índices/escalas

En un análisis más detallado de la relación entre los índices A y B y cada una de las escalas de satisfacción se observó el mismo patrón positivo.

Escala A/Índice A.- La relación entre estas dos variables indicó que en general el estar "satisfecho" o "muy satisfecho" con la vida actual se relacionaba con el ser "muy entusiasta" pues 15 personas están en estos dos rubros. Nadie calificó su vida como de "insatisfacción" y la categoría más baja en el índice A fue "ni satisfecho ni insatisfecho"; en correspondencia a la escala A cuya categoría más baja fue "apático" y solo 1 persona se ubicó así. Y también vemos un caso en el cual la persona está "poco satisfecha" con su vida pero que es "muy entusiasta" (tabla 5).

Tabla 5 Escala A: entusiasmo/apatía * Índice A por rangos

Sumatoria

ESCALA A- ENTUSIASMO/ APATÍA	ÍNDICE A POR RANGOS				Total
	Ni satisfecho ni insatisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
Apático	1	1			2
Ni entusiasta ni apático	3	1			4
Entusiasta		2	3		5
Muy entusiasta		1	10	5	16
Total	4	5	13	5	27

Aquí la categoría de “ni satisfecho ni insatisfecho” se catalogó como menor o más baja que la de “poco satisfecho”, pues las personas que se decían entrar en esta última categoría mostraban una inclinación hacia la satisfacción, si bien ésta era poca, también era clara. Mientras que los que no se veían como personas satisfechas pero tampoco insatisfechas, estaban indecisas y confundidas, es decir, no tenían inclinación hacia ninguna. Estas categorías se reelaboraron en este caso por ser la muestra total muy pequeña.

Escala B/Índice A.- Nuevamente existe una relación estrecha entre las respuestas dadas en esta escala y la satisfacción de vida. Hay 12 personas “satisfechas” o “muy satisfechas” con su vida y que se consideran a sí mismas como “muy resueltas” o decididas y “con mucha fortaleza”; en correspondencia con 4 personas que no están “ni satisfechas ni insatisfechas”, pero que también se ven como “no resueltas ni con fortaleza especial” o como “neutrales” en ese aspecto (tabla 6).

Tabla 6 Escala B: resolución/fortaleza * Índice A por rangos

Sumatoria

ESCALA B: RESOLUCIÓN/ FORTALEZA	ÍNDICE A POR RANGOS				Total
	Ni satisfecho ni insatisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
No es resuelto	2	1			3
Neutral	2	1	3		6
Resuelto		3	2	1	6
Muy resuelto			8	4	12
Total	4	5	13	5	27

Escala C/Índice A.- De las personas que están “ni satisfechas ni insatisfechas” con su vida 2 creen haber alcanzado el 20% de sus metas personales, una ha alcanzado la mitad de sus metas y una más logró el 80% de sus metas. Luego de los que se ven como “satisfechos” 8 han alcanzado el 80% de sus metas y 3 han alcanzado todas sus metas. Este mismo número de sujetos se registró en personas “muy satisfechas” y que han alcanzado todas sus metas (tabla 7).

Tabla 7 Escala C: congruencia entre metas deseadas/metras alcanzadas * Índice A por rangos

Sumatoria

ESCALA C: METADESEADA/ ALCANZADA	ÍNDICE A POR RANGOS				Total
	Ni satisfecho ni insatisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
Ha alcanzado 20% o menos de sus metas	2				2
Ha alcanzado un		2	2		4

30% de sus metas					
Ha alcanzado un 50% de sus metas	1	2			3
Ha alcanzado un 80% de sus metas	1	1	8	2	12
Ha alcanzado sus metas personales			3	3	6
Total	4	5	13	5	27

Escala D/Índice A.- En esta escala ya se nota un patrón distinto. La relación que guarda con el índice A esta escala es más dispersa. Se nota como la muestra se distribuye en todas las categorías, pero no de una forma uniforme como se venían dando en las otras, sino dispareja. Así por ejemplo, de los que tienen un "autoconcepto neutral-positivo" hay 2 que no están "ni satisfechos ni insatisfechos", 2 que están "poco satisfechos" y 3 "satisfechos". Lo mismo ocurre con los de "autoconcepto positivo", los cuales están distribuidos en todas las categorías desde "ni satisfecho ni insatisfecho" hasta "muy satisfecho". Hay 6 sujetos que estando "satisfechos" con su vida consideran tener un "autoconcepto muy positivo" pero es cierto que en esta escala la distribución es distinta de las anteriores (tabla 8).

Tabla 8 Escala D: autoconcepto * Índice A por rangos
Sumatoria

ESCALA D: AUTOCONCEPTO	ÍNDICE A POR RANGOS				Total
	Ni satisfecho ni insatisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
Autoconcepto muy negativo		1			1
Autoconcepto neutral-negativo	1				1
Autoconcepto neutral-positivo	2	2	3		7
Autoconcepto positivo	1	1	4	2	8
Autoconcepto muy positivo		1	6	3	10
Total	4	5	13	5	27

Escala E/Índice A.- Al igual que en autoconcepto, en esta escala el estado de ánimo no parece guardar una relación estrecha con la satisfacción de vida. Hubo personas "poco satisfechas" pero con estados de ánimo que iban desde "muy negativo" hasta "muy positivo". La frecuencia más alta se encontró entre personas "satisfechas" con un estado de ánimo "positivo" en donde hubo 8 sujetos, le siguen los que están "muy satisfechos" y con estado de ánimo "positivo" con 3 y con el mismo número personas "satisfechas con estado de ánimo "muy positivo" (tabla 9).

Tabla 9 Escala E: estado de ánimo * Índice A por rangos

Sumatoria

ESCALA E: ESTADO DE ÁNIMO	ÍNDICE A POR RANGOS				Total
	Ni satisfecho ni insatisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
Estado de ánimo muy negativo	1	1			2
Estado de ánimo neutral-negativo	2	1			3
Estado de ánimo neutral-positivo	1	1	2		4
Estado de ánimo positivo		1	8	3	12
Estado de ánimo muy positivo		1	3	2	6
Total	4	5	13	5	27

Escala A/Índice B.- En la relación entre estas variables se observa que 9 personas que estaban “muy satisfechas” con su vida, también eran “muy entusiastas” y que 4 personas “ni satisfechas ni insatisfechas” con su vida también se consideraban “muy entusiastas”. Esto otra vez indica que mientras más satisfecha se siente una persona, más entusiasmo muestra y viceversa (tabla 10).

Tabla 10 Escala A: entusiasmo/apatía * Índice B por rangos

Sumatoria

ESCALA A: ENTUSIASMO/ APATÍA	ÍNDICE B POR RANGOS				Total
	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
Apático	1		1		2
Ni entusiasta ni apático	3	1			4
Entusiasta			3	2	5
Muy entusiasta		4	3	9	16
Total	4	5	7	11	27

Escala B/Índice B.- En la escala B se observa nuevamente que existe una relación más o menos estrecha con las respuestas del índice B. Hay 8 personas que están “muy satisfechas” y que son “muy resueltas”; 3 que están “ni satisfechas ni insatisfechas”, pero que también son “muy resueltas”, sólo una persona que declaraba estar “satisfecha” también dijo no tener “resolución ni fortaleza particulares” (tabla 11).

Tabla 11 Escala B: resolución /fortaleza * Índice B por rangos

Sumatoria

ESCALA B: RESOLUCIÓN/ FORTALEZA	ÍNDICE B POR RANGOS				Total
	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
No es resuelto	2		1		3
Neutral	2	1	2	1	6
Resuelto		1	3	2	6
Muy resuelto		3	1	4	12
Total	4	5	7	5	27

Escala C/Índice B.- Al igual que con el índice A, en esta escala se obtuvieron resultados semejantes. La satisfacción de la vida iba acorde a haber alcanzado sus metas o bien, el alcanzar ciertas metas era motivo de satisfacción. El número más alto de personas se concentró en gente "muy satisfecha" que había alcanzado "el 80% de sus metas personales" (tabla 12).

Tabla 12 Escala C: congruencia entre metas deseadas/metras alcanzadas * Índice B por rangos

Sumatoria

ESCALA C: METADESEADA/ ALCANZADA	ÍNDICE B POR RANGOS				Total
	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
Ha alcanzado 20% o menos de sus metas	2				2
Ha alcanzado un 30% de sus metas	1	2	1		4
Ha alcanzado un 50% de sus metas			3		3
Ha alcanzado un 80% de sus metas	1	1	3	7	12
Ha alcanzado sus metas personales		2		4	6
Total	4	5	7	11	27

Escala D/Índice B.- En la relación del autoconcepto con la satisfacción de vida encontramos que hubo 8 personas que estaban "satisfechas" o "muy satisfechas" y cuyo concepto de sí mismas era "positivo". Sin embargo, dentro de las personas que tenían un autoconcepto "muy positivo" había 4 que no estaban "ni satisfechas ni insatisfechas con su vida" y había 2 más que estaban "insatisfechas" y no obstante mostraron un autoconcepto

“neutral-positivo”. Esto indica que la satisfacción con la vida no necesariamente guarda una asociación con el autoconcepto de estas personas (tabla 13).

Tabla 13 Escala D: autoconcepto * Índice B por rangos

Sumatoria ESCALA D: AUTOCONCEPTO	ÍNDICE B POR RANGOS				Total
	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
Autoconcepto muy negativo	1				1
Autoconcepto neutral-negativo	1				1
Autoconcepto neutral-positivo	2	1	3	1	7
Autoconcepto positivo			2	6	8
Autoconcepto muy positivo		4	2	4	10
Total	4	5	7	11	27

Escala E/Índice B.- Al igual que en el caso anterior, el estado de ánimo de la gente no parece tener relación con su satisfacción de vida, ya que los resultados se ven dispersos. Hay por lo menos una persona en cada categoría de satisfacción (desde “insatisfecho” hasta “muy satisfecho”) con un estado de ánimo “neutral-positivo” (tabla 14).

Tabla 14 Escala E: estado de ánimo * Índice B por rangos

Sumatoria ESCALA E: ESTADO DE ÁNIMO	ÍNDICE B POR RANGOS				Total
	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
Estado de ánimo muy negativo	1		1		2
Estado de ánimo neutral-negativo	2		1		3
Estado de ánimo neutral-positivo	1	1	1	1	4
Estado de ánimo positivo		2	3	7	12
Estado de ánimo muy positivo		2	1	3	6
Total	4	5	7	11	27

VI Comprobación de hipótesis

I.- No existe asociación entre la variable edad y la satisfacción de vida.

Índices/Edad categorizada.- Considerando los resultados de ambos índices de satisfacción se observó que del total de la muestra 12 (44%) se consideraban "satisfechos". De estas personas 4 pertenecían al primer grupo (de hasta 65 años) y 8 al de 66 a 75. Luego 11 (40%) estaban "muy satisfechos" y de estos 5 estaban en el primer grupo de edad, 3 en el segundo y las 3 personas que eran mayores de 75 años (tercer grupo) estaban también en este rubro de satisfacción (ver tabla 15). Por lo tanto se tiene que la edad no está asociada a satisfacción de vida ($\chi^2 = 7.943$, g.l. = 4. $p > 0.094$).

Tabla 15 Índices Sumatoria * Edad categorizada

ÍNDICES SUMATORIA	EDAD CATEGORIZADA			Total
	Hasta 65 años	De 66 a 75 años	Mayores de 75	
Poco satisfecho con su vida	3	1		4
Satisfecho con su vida	4	8		12
Muy satisfecho con su vida	5	3	3	11
Total	12	12	3	27

Chi cuadrada

	χ^2	g.l.	p
Chi cuadrada	7.943	4	0.094

7 celdas (77.8 %) esperaban contar menos de 5. El mínimo esperado es de .44.

II.- No existe asociación entre la variable sexo y la satisfacción de vida.

Índices/sexo.- Con respecto a esta relación, recordemos que en el estudio hubo más mujeres que hombres y que aunque las mujeres estuvieron en general más satisfechas con su vida, la relación en proporción a los hombres es similar. De los 8 hombres que participaron en el estudio 4 se consideraron "satisfechos con su vida", 3 "muy satisfechos" y solo uno "poco satisfecho". Dadas estas condiciones puede decirse que al menos en la muestra estudiada no existe relación entre el sexo y la satisfacción de vida ($\chi^2 = 0.149$, g.l. = 2 $p > 0.928$). Ver tabla 16.

Tabla 16 Índices Sumatoria * Sexo

ÍNDICES SUMATORIA	SEXO		Total
	Hombre	Mujer	
Poco satisfecho con su vida	1	3	4
Satisfecho con su vida	4	8	12
Muy satisfecho con su vida	3	8	11
Total	8	19	27

Chi cuadrada

	χ^2	g.l.	p
Chi cuadrada	0.149	2	0.928

4 celdas (66.7 %) esperaban contar menos de 5. El mínimo esperado es de 1.19.

III.- Existe asociación entre la variable escolaridad y la satisfacción de vida.

Índices/escolaridad.- Como muestra la gráfica 3 la mayoría de los entrevistados solo cursaron su educación primaria y de este grupo hay 9 personas que están "satisfechas con su vida", 7 "muy satisfechas" y 3 "poco satisfechas". De la gente que tuvo estudios o alguna carrera comercial o técnica, se consideró como "muy satisfecha" o "satisfecha"; así que con esto puede demostrarse que la escolaridad no está asociada con la satisfacción de vida de una persona ($\chi^2 = 1.256$, g.l. = 4 $p > 0.869$). Tabla 17.

Tabla 17 Índices Sumatoria * Escolaridad

ÍNDICES SUMATORIA	ESCOLARIDAD			Total
	Primaria (incompleta o completa)	Secundaria (incompleta o completa)	Estudios comerciales o técnicos	
Poco satisfecho con su vida	3	1		4
Satisfecho con su vida	9	2	1	12
Muy satisfecho con su vida	7	2	2	11
Total	19	5	3	27

Chi cuadrada

	χ^2	g.l.	p
Chi cuadrada	1.256	4	0.869

7 celdas (77.8 %) esperaban contar menos de 5. El mínimo esperado es de .44.

IV.- No existe asociación entre los padecimientos y la satisfacción de vida.

Índices/padecimientos.- Las respuestas de los entrevistados mostraron que había 8 personas sanas (72%) que estaban "muy satisfechas con su vida", pero también 6 que sufrían de alguna enfermedad crónica y que estaban igualmente satisfechos o muy satisfechos. De aquellos que estaban "poco satisfechos con su vida" se encuentran los que padecían alguna enfermedad crónica o con algún padecimiento anterior ahora ya superado; esto indica que no existe asociación entre los padecimientos y la satisfacción de vida ($\chi^2 = 8.053$, g.l = 6 $p > 0.234$). Tabla 18.

Tabla 18 Índices Sumatoria * Padecimientos

Sumatoria

ÍNDICES SUMATORIA	PADECIMIENTOS				Total
	Aparentemente sano	Enfermedades crónicas	Enfermedades incapacitantes	Padecimientos anteriores ya tratados	
Poco satisfecho con su vida		3		1	4
Satisfecho con su vida	5	4	1	2	12
Muy satisfecho con su vida	8	2		1	11
Total	13	9	1	4	27

Chi cuadrada

	χ^2	g.l.	p
Chi cuadrada	8.053	6	0.234

10 celdas (83.3 %) esperaban contar menos de 5. El mínimo esperado es de .15.

V.- No existe asociación entre el trabajo actual y la satisfacción de vida

Índices/actividad lucrativa actual.- Tampoco en estas dos variables se encontró una asociación, dado que hubo personas que aunque seguían trabajando y se sentían "muy satisfechas", también hubo quienes ya no laboraban desde hacía muchos años y también se sentían "muy satisfechos"; sin embargo, de los que se sentían "poco satisfechos con su vida" todos pertenecían al grupo de los que no laboraban ($\chi^2 = 1.359$, g.l.= 4 $p > 0.851$). Tabla 19.

Tabla 19 Índices Sumatoria * Actividad lucrativa actual

Sumatoria

ÍNDICES SUMATORIA	ACTIVIDAD LUCRATIVA ACTUAL			Total
	Sí, trabajo estable y formal	Sí, en tiempo libre, informal	No	
Poco satisfecho con su vida			4	4
Satisfecho con su vida	1	2	9	12
Muy satisfecho con su vida	1	2	8	11
Total	2	4	21	27

Chi cuadrada

	χ^2	g.l.	p
Chi cuadrada	1.359	4	0.851

7 celdas (77.8 %) esperaban contar menos de 5. El mínimo esperado es de .30.

VI.- No existe asociación entre el trabajo anterior y la satisfacción de vida.

Índices/trabajo anterior.- En la muestra estudiada se observa como, para la mayoría de los casos, independientemente del trabajo que hubiera realizado la persona en años anteriores, ésta se sentía "satisfecha" o "muy satisfecha". Las amas de casa fueron las que se mostraron "poco satisfechas" y una persona que tenía un negocio propio (por tendencia a la depresión según ella) también estaba en este rubro ($\chi^2 = 14.502$, g.l.= 12 $p > 0.270$). Tabla 20.

Tabla 20 Índices Sumatoria * Trabajo anterior

Sumatoria

TRABAJO ANTERIOR	ÍNDICES			Total
	Poco satisfecho con su vida	Satisfecho con su vida	Muy satisfecho con su vida	
Ninguno, o ama de casa	2		1	3
Labores domésticas		2	1	3
Oficinistas, empleados, taquimecanógrafos		4	4	8
Choferes		1		1
Ejecutivos (puestos de gerencia)			1	1
Obreros	1	4	1	6
Negocio propio	1	1	3	5
Total	4	12	11	27

Chi cuadrada

	χ^2	g.l.	P
Chi cuadrada	14.502	12	0.270

21 celdas (100 %) esperaban contar menos de 5. El mínimo esperado es de .15.

VII.- Existe una asociación entre los resultados de las escalas y los índices de satisfacción de vida.

Relacionando cada escala con los índices A y B encontramos que de los 27 sujetos, 14 están "muy satisfechos" con su vida tanto en las escalas como en los índices. Así se obtuvo mediante una prueba estadística de *Ji cuadrada* que existe asociación entre estas variables (tablas 21 y 22).

Tabla 21 Índice A por rangos * Resultados de Escalas por rangos

Sumatoria

ÍNDICE A	RESULTADOS DE ESCALAS				Total
	insatisfecho	ni satisfecho ni insatisfecho	satisfecho	muy satisfecho	
Ni satisfecho ni insatisfecho	1	3			4
Poco satisfecho	1		3	1	5
Satisfecho			4	9	13
Muy satisfecho				5	5
Total	2	3	7	15	27

Chi cuadrada

	χ^2	g.l.	P
Chi cuadrada	31.590	9	0.000

15 celdas (93.8 %) esperaban contar menos de 5. El mínimo esperado es de 0.30.

Tabla 22 Índice B por rangos * Resultados de Escalas por rangos

Sumatoria

ÍNDICE B	RESULTADOS DE ESCALAS				Total
	insatisfecho	ni satisfecho ni insatisfecho	satisfecho	muy satisfecho	
Insatisfecho	2	2			4
Ni satisfecho ni insatisfecho			2	3	5
Satisfecho		1	3	3	7
Muy satisfecho			2	9	11
Total	2	3	7	15	27

Chi cuadrada

	χ^2	g.l.	P
Chi cuadrada	25.042	9	0.000

15 celdas (93.8 %) esperaban contar menos de 5. El mínimo esperado es de 0.30.

VIII.- Existe una asociación entre la satisfacción con la vida actual y los recuerdos de la vida pasada.

Para identificar si las experiencias pasadas y los factores psicosociales tenían alguna relación con la satisfacción de vida actual, se seleccionaron algunos ítems de los índices A y B (ver descripción de instrumentos) y de allí se elaboró una nueva variable denominada "recuerdo"; así como otra que englobara a los demás ítems que tenían que ver con la vida actual, se denominó "índices 1".

De estas variables se obtuvo lo siguiente:

En total 11 personas (40. 7%) tenían recuerdos "muy satisfactorios" de su vida pasada y se reportaban como "muy satisfechos" con su vida actual. De ahí, 5 personas más tenían recuerdos " muy satisfactorios" y estaban "satisfechos" con su vida, mientras que solo una persona tenía recuerdos "poco satisfactorios" y se sentía "satisfecho" con su vida actual. Cabe señalar que esta persona comentaba haber atravesado una niñez y juventud muy difíciles y tristes ya que no contó con el apoyo económico de su padre y trabajó desde muy chico para mantener a su madre. Se casó a los 37 años y a partir de allí (y de que murió su madre) pudo vivir "más tranquilo" y contento, pero también dijo que su esposa e hijas lo apoyan mucho cuando recuerda lo que le pasó de joven y se entristece (tabla 23). Llama la atención que de los demás hubo 3 personas que tenían "recuerdos satisfactorios" y se sentían "poco satisfechos" con su vida, así como 3 que estaban "satisfechos" en ambas cosas.

Tabla 23 Índices 1 por categorías * Índice de Recuerdos por categorías

Sumatoria

ÍNDICES 1 POR CATEGORÍAS	ÍNDICE DE RECUERDOS			Total
	Recuerdos poco satisfactorios	Recuerdos satisfactorios	Recuerdos muy satisfactorios	
Poco satisfecho con su vida actual	2	3		5
Satisfecho con su vida actual	1	3	5	9
Muy satisfecho con su vida actual		2	11	13
Total	3	8	16	27

Chi cuadrada

	χ^2	g.l.	p
Chi cuadrada	12.083	4	0.017

7 celdas (77, 8%) esperaban contar menos de 5. El mínimo esperado es de .56.

La prueba *Ji cuadrada* encuentra una asociación significativa entre estas dos variables $\chi^2=12.083$ g.l.= 4 $p<0.017$. Esto es, cuando se toman de los índices únicamente los reactivos relacionados a los recuerdos de la vida pasada, se encuentra una relación entre éstos y la satisfacción con la vida actual de las personas.

De la suma de los índices A y B, se obtuvo una variable a la que se llamó “índices” En esta variable se tomaron todos los reactivos de ambos instrumentos, tanto los que tenían que ver con recuerdos como los que tenían que ver con la valoración de la satisfacción actual.

Relacionando esta variable de “índices” con “recuerdo” se obtuvo que:

Nuevamente varias personas (10 del total) tienen recuerdos “muy satisfactorios” y están “muy satisfechos” con su vida; 6 tienen recuerdos “muy satisfactorios” y están “satisfechos” con su vida y 2 personas tienen recuerdos “satisfactorios” pero están “poco satisfechos” con su vida (tabla 24). $\chi^2= 13.866$ gl=4 sig.= .008. Similar a lo obtenido en la asociación anterior, cuando se toman todos los reactivos de los índices empleados y se busca su relación con la satisfacción con la vida, se encuentra que las variables muestran la misma relación estrecha. O sea, existe asociación entre la satisfacción con la vida actual y los recuerdos de la vida pasada.

Tabla 24 Índices: Sumatoria de Índices A y B por categorías * Índice de Recuerdos por categorías

Sumatoria

ÍNDICES: SUMATORIA DE A Y B	ÍNDICE DE RECUERDOS POR CATEGORÍAS			Total
	Poco satisfecho con sus recuerdos	Satisfecho con sus recuerdos	Muy satisfecho con sus recuerdos	
Poco satisfecho con su vida	2	2		4
Satisfecho con su vida	1	5	6	12
Muy satisfecho con su vida		1	10	11
Total	3	8	16	27

Chi cuadrada

	χ^2	g.l.	p
Chi cuadrada	13.866	4	0.008

7 celdas (77, 8%) esperaban contar menos de 5. El mínimo esperado es de .44.

Respecto a la relación existente entre las escalas y los recuerdos se encontró que las personas que tenían recuerdos "muy satisfactorios" generalmente respondían a las escalas de manera también satisfactoria; es decir, que se consideraban a sí mismos como entusiastas, con fortaleza; que habían alcanzado sus metas en la vida, con un autoconcepto positivo y con un buen estado de ánimo en general.

Hubo también 2 casos de personas que tenían recuerdos "satisfactorios" y que se consideraban "insatisfechos" con su vida actual y otras 3 cuyos recuerdos eran "poco satisfactorios" y calificaban su satisfacción actual como neutral, es decir, que no estaban "ni satisfechos ni insatisfechos" (tabla 25). $\chi^2 = 33.171$ g.l.=6 sig.=.000

Tabla 25 Escalas por rangos * Índice de Recuerdos por categorías

Sumatoria RESULTADOS ESCALAS	ÍNDICE DE RECUERDOS POR CATEGORÍAS			Total
	Recuerdos poco satisfactorios	Recuerdos satisfactorios	Recuerdos muy satisfactorios	
Insatisfecho		2		2
Ni satisfecho ni insatisfecho	3			3
Satisfecho		3	4	7
Muy satisfecho		3	12	15
Total	3	8	16	27

Chi cuadrada

	χ^2	g.l.	p
Chi cuadrada	33.171	6	0.000

11 celdas (91.7 %) esperaban contar menos de 5. El mínimo esperado es de .22.

VII DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Entre los hallazgos que sobresalen (tanto en la aplicación de las Escalas como de los Índices) está el que los entrevistados ven su vida como satisfactoria o muy satisfactoria. Independientemente de si eran mujeres u hombres, estaban a gusto por lo menos con la parte subjetiva de la vida y consideraron lo material como un complemento que definitivamente les daba seguridad y apoyo pero que no determinaba su sentir general. No obstante hay que considerar que se trataba de una población que asistía a un Centro para realizar actividades en beneficio de su salud y que así pueden explicarse los resultados positivos obtenidos en general.

En este sentido se coincide con lo señalado por Costa *et al* (1987 cit. en Birren, 1992) quienes señalan que el bienestar subjetivo es independiente de la edad, de la salud y de las circunstancias presentes en la vida de la persona.

Guzmán (1991), Bolaños (1992), Rodríguez (1995) Veenhoven (1996), mencionan entre otras cosas, que la felicidad es un estado pasajero en la vida de la gente y que lo constituyen momentos nada más. Por eso es que, aún cuando la gente reporte recuerdos agradables o placenteros de su juventud, puede también señalar algunos de los problemas más o menos graves o muy desagradables que afectan su vida actual y que lo llevan a percibir su vida como insatisfactoria.

La relación de pareja en los ancianos es otro aspecto importante en el análisis de resultados. En la muestra estudiada había muchas personas que vivían con su pareja; a pesar de que la relación no fuera considerada como óptima, la mayoría sí reconoció el valor que tenía su esposo(a) para ellos (as). Aunque no determina el que la mayoría considerara como "buena" su satisfacción con la vida, sí puede ser un factor que les ayude mucho a sentirse bien, en compañía.

Otro punto que resalta es que 6 de las mujeres que estaban casadas se quejaron de la falta de atención de sus esposos e incluso señalaban que aunque vivían en la misma casa, cada uno tenía su habitación y que realizaban sus actividades por separado. Que ellos no se habían empeñado lo suficiente en la relación, que las habían hecho sufrir, entre otras cosas. Esto es muy significativo ya que la vejez es una de las etapas de la vida que mayor apoyo afectivo requiere. Recordemos también que a las mujeres se les enfatiza más ser sentimentales y cariñosas, mientras que en los hombres la imagen de seres fuertes, valientes y agresivos es mayor. Así, los matrimonios mayores padecen esta carencia de atenciones hacia el otro; aunque las mujeres en este caso lo expresaron más.

Hubo por ejemplo, un caso de una mujer que tenía un amante y sentía un poco de "pena" por la esposa de su amante, aún así, disfrutaba de compañía agradable a diario y mientras siguiera acudiendo al Centro. Por otro lado, de los hombres entrevistados, por lo menos la mitad experimentaban un sentimiento de angustia y arrepentimiento cuando se referían a sus "segundos frentes". No sólo habían tenido que mantenerlas, sino responsabilizarse de varios hogares a la vez y ahora, al final de sus días, ninguno de sus hijos (ni de una mujer ni de otra) los apreciaban como ellos esperaban. Las mujeres en cambio, se quejaban de la infidelidad de sus esposos pero mencionaron constantemente que ésta y otras circunstancias (un abandono, situación económica precaria) las hizo más fuertes.

En este sentido comienzan ya a vislumbrarse algunas diferencias entre los hombres y las mujeres. Por ejemplo respecto al número de años trabajado, que en las mujeres es menor que en los hombres. La posible explicación de esto puede encontrarse en las características de la época que vivieron, anteriormente las mujeres se dedicaban más que ahora a su casa o a la crianza de los hijos; mientras que a los hombres se les delegaba la responsabilidad de sostener los gastos de la casa. No obstante, en los resultados de las escalas las mujeres tuvieron puntajes más altos de satisfacción que los hombres.

Una posible explicación a esta situación es que las mujeres siguen desempeñando papeles importantes dentro de casa aún cuando ya estén jubiladas o retiradas del trabajo formal, las actividades como abuelas cuidadoras de nietos o incluso de hijos las "mantienen". Los hombres en cambio, atraviesan por otro proceso y después de retirarse de la vida laboral difícilmente pueden seguir desarrollando en casa aquella actividad a la que se dedicaron tanto tiempo y la adaptación a esta nueva vida implica modificar los patrones de comportamiento ya establecidos.

Sobre esto Arber y Ginn (1995) señalaron la importancia de la atención a la mujer en esta etapa ya que en comparación con los hombres es más factible que se quede sola y esto traiga una serie de problemas económicos, emocionales y de salud con los que tiene que cargar. En la muestra estudiada las mujeres estuvieron en general más satisfechas que los hombres con respecto a su vida, esto independientemente de si estaban viudas o casadas; sin embargo, el tener un círculo de amigos amplio, solicitar ayuda e involucrarse más en las relaciones familiares eran cosas que definitivamente les ayudaban a sentirse mejor.

Con respecto a la actividad laboral también se encontraron datos interesantes. Casi ninguno de los entrevistados trabajaba y el tiempo que llevaban retirados los que habían tenido un trabajo remunerado, era un promedio de 8 años. A lo que actualmente se dedicaba la mayoría era a distraerse aprendiendo un oficio, descansar, acudir al Centro de S.S. a realizar diversas actividades, etcétera.

Resulta entonces curioso que de las 3 personas que seguían trabajando hasta esta fecha, 2 eran mujeres. Las edades entre estas personas no variaban mucho, pero eso sí, el varón que tenía trabajo correspondía al único que tenía algún estudio además de la secundaria y el tipo de trabajo que realizaba era de gerencia.

Adicionalmente y como ejemplo de la influencia que ejerce el tiempo de jubilación sobre la persona, está un caso de una señora que llevaba de pensionada apenas unos meses y que en la entrevista dijo, en varias ocasiones, sentirse "confundida" y "nerviosa". Cuando se le preguntó sobre la posible causa de esto, ella dijo que coincidía la aparición de sus malestares con el tiempo en que llevaba retirada y que ella creía que era por eso.

En la muestra, los problemas de salud detectados tienen que ver más con el proceso natural de envejecimiento que con factores externos a la persona (por el tipo de padecimientos y el tiempo que llevaban enfermos). No obstante, sabemos que existe un sinnúmero de causas que propician enfermedades y que minan la calidad de vida de una persona. En este sentido nuevamente se observa la importancia de contar con apoyos extras en la vejez.

Eso sí, en cuanto a la relación que se halló entre padecimientos y género hay una notable diferencia en cuanto al tipo de enfermedades que aquejan a mujeres y a hombres; aunque fue una muestra pequeña, hubo más mujeres que se quejaron de alguna enfermedad crónica, que desde hacía por lo menos 3 años padecían (entre estas huelga decir que se

vinculaban más con problemas de orden emocional o nervioso); mientras que los hombres habían sufrido un mayor número de intervenciones quirúrgicas derivadas de accidentes de trabajo, de problemas de salud más o menos considerados graves (como un infarto); esto es, habían padecido más en el sentido físico que las mujeres.

Ambos Índices de Satisfacción de Vida muestran en su relación con las Escalas de Satisfacción D y E (Autoconcepto y Estado de Animo, respectivamente), el mismo patrón: no necesariamente corresponde un autoconcepto positivo o un buen estado de ánimo a estar satisfecho con la vida. Recordando que la mayoría contestó a la pregunta final de: ¿Qué tan satisfecho diría que está Ud. con su vida? Con "satisfecho" o "muy satisfecho".

George (1981) habla acerca de la satisfacción con la vida como una valoración cognitiva y de la felicidad como una valoración afectiva. Puede verse que esto se relaciona en algo con los resultados aquí obtenidos pues resulta se encontraron relaciones positivas entre el sentirse satisfecho con la vida y estar feliz o de buen ánimo.

También llama la atención que aunque no estaba propiamente planteada alguna pregunta sobre ¿Cómo definiría su carácter? O ¿Cómo se considera como persona?, Casi todos los entrevistados al llegar a las Escalas D y E hicieron comentarios sobre su forma de ser usualmente o de tratar a los demás. Hubo varios que se definieron literalmente como "desesperados" o "cascarrabias"; aunque esto no disminuía o influía de manera negativa el gozar de la vida y el estar satisfecho con ella.

Las diferencias entre viejos jóvenes (de 65 a 75 años) y viejos viejos (más de 75) no se identifican en la muestra estudiada. Posiblemente éstas estriben más en cuanto al planteamiento de metas que se hacen, que en la forma en que se sienten satisfechos con su vida.

Por ejemplo, una persona de 65 años aún puede pensar en planear cosas a mediano plazo; en tanto que es más difícil para una persona de más de 80 años pensar en esa opción o la cercanía con la muerte se hace más palpable mientras mayor es la persona y pareciera como si cada vez se centrara más en "estar tranquilo" y de alguna manera "resignado". Como si conforme avanza la vida viera la persona más posibilidades de reconciliarse con lo que ha vivido independientemente de cómo lo haya vivido. Y todo esto no quiere decir que no esté menos o más satisfecho con su vida.

Whestein (1983) menciona sobre lo anterior, que dependiendo de cómo vivamos nuestra vida será nuestra muerte. Resulta curioso como entonces estas personas de alguna forma "perciben" su muerte más cercana y se vuelve una necesidad el sentirse más tranquilos y más satisfechos con la vida que han llevado. La comprensión y el sentido de la vida cambia y al parecer para bien.

Reker, Peacock y Wong (1987 en Birren, 1992) hablan de lo importante que es para las personas encontrarle sentido a su vida. En este trabajo las personas lo hacían ver de alguna manera: no había sido inculcado en ellas como tal un "plan de vida" o una serie de

metas a seguir; sin embargo, la familia, los hijos, los nietos y la convivencia con amigos era parte sumamente importante en su rutina diaria. Por lo anterior podría decirse que sus vidas tenían suficiente significado para ellos.

Por otro lado, mientras que estas personas manifestaron tal satisfacción hacia la vida, también se ven a sí mismos como agredidos, olvidados e inútiles. Esto tendría que ver con lo que señala Moreno (1990) sobre el impacto que tiene en los ancianos la imagen de la vejez como tal. Esto es, lo que culturalmente se asocia con el ser viejo: decrepitud, soledad, aislamiento, desánimo, incompreensión de lo nuevo, falla de las facultades físicas y mentales, etcétera.

Por último, algunas variables psicosociales como la escolaridad, el trabajo desempeñado anteriormente o los padecimientos no se relacionaron tampoco con la satisfacción con la vida. Por supuesto, la muestra pequeña dificulta el saber si es que realmente no existe relación entre las variables o si es que ampliando la muestra puedan encontrarse nuevas relaciones o corroborarse lo que aquí se encontró.

El "vivir mucho y vivir bien" del cual habla Laforest (1991) no sólo está en función de las acciones que emprenda una persona para sentirse a gusto con su vida sino de una actitud en general consciente y positiva de lo que está viviendo y ha vivido, de lo que puede de lo que puede hacer para mejorar considerando sus limitaciones y aceptando sus creencias, pensamientos y sentimientos como su forma de ser; pero también de saber cuales son sus logros, sus fallas y sus recuerdos que agradables o desagradables forman parte de él mismo.

Otra de las cosas que llama la atención es que la mayoría (tanto hombres como mujeres) respondieron a la pregunta sobre cómo cree que va la humanidad ¿empeorando o mejorando? De forma negativa, esto es, creen que vamos cada vez peor. Y cuando se les preguntó en que sentido iba esta desmejora, contestaron refiriéndose a la juventud principalmente.

Lo anterior sin duda debe ser motivo de reflexión, ya que aunque es una opinión de pocas personas, también debe considerarse el hecho de que son personas que ya vivieron varios años y la perspectiva que tienen del mundo no es muy alentadora, por ello, es de tomarse en cuenta.

CAPÍTULO 4

CONCLUSIONES

El concluir algo en este caso en relación con la ancianidad y a la calidad de vida que estos han llevado y llevan actualmente, resulta complejo. La salud de los ancianos requiere no solamente de cuidados y atenciones especiales, sino de una voluntad real de conocer sus necesidades, mismas que están influidas por el tipo de vida que han llevado, por las experiencias a las que se han enfrentado y por múltiples factores personales y sociales.

La intención que en un inicio tuvo este trabajo está cubierta; sin embargo, las conclusiones a las que ahora llego están matizadas por nuevas experiencias con estas personas. Una de ellas es el trabajo de crecimiento personal que a lo largo de este año he realizado con adultos mayores del Municipio de Atizapán de Zaragoza. Este me ha llevado a pensar en posibilidades diferentes de cómo acercarse a la gente y cómo escucharla para posteriormente intervenir con programas de apoyo psicológico o de fomento a la salud.

Se sabe que el estudio del desarrollo y creación de nuevos instrumentos que midan la calidad y satisfacción de vida, ha motivado a muchos investigadores actuales. Dicho estudio, ha dado apertura al conocimiento de las necesidades de las poblaciones y en su momento a la aplicación de programas en el campo de la salud que nos lleven a elevar nuestra calidad de vida.

No obstante, también es cierto que ningún instrumento de medición podrá igualar la experiencia humana de vivir y sentir lo que la otra persona dice cuando habla de su pasado, de lo que le preocupa actualmente, del momento en el que se le cuestiona y de la actitud hacia su propia vida.

Considerando estas ideas anteriores mencionaré a continuación el objetivo del trabajo y las conclusiones más interesantes que se formularon a partir de los resultados analizados.

El objetivo de este trabajo fue determinar la influencia que los factores psicosociales de una población de adultos mayores así como algunos elementos sobre su vida pasada, tienen sobre la forma en la que perciben su vida actual.

Campbell (1981) decía que la satisfacción de la gente con un área de su vida está relacionada con la satisfacción en las otras áreas, convirtiéndose así la satisfacción de vida en la unión de la satisfacción de todas las áreas.

I Una de las conclusiones más importantes de esta investigación es que por lo menos en la muestra estudiada, los adultos mayores tienden a percibir su vida como positiva en la actualidad, independientemente de las diferencias individuales que

puedan encontrarse. Y, además, que esa percepción agradable o positiva de su vida no necesariamente se encuentra relacionada con sus recuerdos de años anteriores, de sí estos fueron malos o buenos. Es decir, que no existe una relación directa de las vivencias pasadas (positivas o negativas) con la satisfacción con la vida actual y por lo tanto con lo que los autores han llamado "*well being*" o bienestar subjetivo.

- II. La mayoría de los entrevistados reporta una vida muy satisfactoria y se siente muy agradecido con lo que la vida le ha dado. A pesar de los problemas que han enfrentado. Es decir, el bienestar subjetivo, en general, fue independiente de la edad, de la salud y de las circunstancias presentes en la vida de la persona.
- III. No se encontraron diferencias en cuanto a satisfacción de vida de los ancianos clasificados como jóvenes (60 a 75 años) y los ancianos viejos (más de 75 años). No obstante, sí se detectaron diferencias sobre todo en la estructura del discurso de las personas mayores en las entrevistas. Las tres personas que tenían más de 75 años hicieron más comentarios relacionados con su tranquilidad, con su bienestar personal, con la resignación ante la muerte y con una mayor satisfacción respecto a lo que han vivido.
- IV. Otro de los resultados interesantes está relacionado con las diferencias de género. Las mujeres en comparación con los hombres hablaron más en función de la satisfacción con la educación de sus hijos; es decir, de que ellas han sido o están satisfechas con la vida por haberlos podido apoyar o educar; mientras que los hombres se sienten más satisfechos cuando hablan de sus actividades laborales o de la remuneración económica que tenían y resienten un poco más haberlas dejado.
- V. Por otro lado, la población de personas ancianas dadas sus condiciones de vida aquí en México y su constante aumento día con día, definitivamente requiere mayores esfuerzos por parte de la sociedad para mejorar esas condiciones y esa calidad de vida que ahora tienen. La educación para la salud necesita ser reforzada, la gente requiere aprender a cuidar su nutrición, el empleo de su tiempo libre, a emplear medicamentos adecuadamente, a adaptarse a los cambios que trae la edad, a valorar su vida.
- VI. Los instrumentos empleados para medir la satisfacción de vida actual y pasada en la población de ancianos fueron adecuados; la entrevista resultó un medio benéfico para que las personas hablaran sobre sí mismas y la aplicación de las escalas se complementó con ésta. No obstante, pueden mejorarse tanto el análisis de los datos (que en este caso se centró más en la parte cuantitativa) como la forma de aplicación de las escalas.

Por último, algunas sugerencias finales podrían ser continuar aplicando las escalas pero a grupos más numerosos y de diferentes características (por ejemplo con NSE mucho más

bajo o más alto, grupos de ancianos que vivan en asilos, grupos de etnias minoritarias, etcétera).

Con respecto los instrumentos empleados algunas sugerencias a siguientes investigaciones son que las escalas sean más autoaplicables, que las instrucciones sean más sencillas y que se revise exhaustivamente la redacción de cada uno de los ítems que forman parte de las escalas y los índices. De esta manera pueden eliminarse o agregarse preguntas a los instrumentos.

Realizar una categorización más estudiada de las variables psicosociales y demográficas que se preguntan al inicio del instrumento (trabajo, salud, etc.).

Valdría la pena aplicar estas escalas a poblaciones de mayor edad para conocer que diferencias hay en cuanto a cómo perciben su satisfacción con la vida, ya que al menos en esta muestra se encontró que mientras mayores eran las personas, más satisfechas se sentían con sus vidas.

Dado que la aplicación de los instrumentos se realiza dentro de un espacio específico y por medio de una entrevista, podría considerarse para futuras investigaciones la función terapéutica que puede tener tanto dicha entrevista así como el hablar de su vida para la persona. Recibir del entrevistador algún tipo de intervención clínica que le permita mejorar su percepción de la vida, aceptar los hechos dolorosos irremediables y adoptar una actitud positiva hacia su salud, las expectativas a futuro y en general hacia el vivir.

Recordemos que el compartir con ellos momentos importantes es lo que enriquece las investigaciones y da luz sobre lo que posteriormente pueda concretarse en programas de salud o estrategias de intervención social y psicológica.

REFERENCIAS

- Acosta V.M. (1990) El plan de vida y carrera como instrumento auxiliar para el mejoramiento de la calidad de vida del personal activo y jubilado de una empresa. Tesis de Licenciatura en Actuaría. ENEP Acatlán, UNAM.
- Arber, S. y Ginn, J. (1995) Relación entre género y envejecimiento. Editorial Narcea, Madrid.
- Birren, J.; Sloane, R.B.; Cohen, G. (1992) Handbook of mental health and aging. Second Edition. Academic Press. U.S.A. Capítulos 8, 9, 11 y 13.
- Bolaños, U.F. (1992) Diseño y Validación de un instrumento para medir la calidad de vida en los pacientes con enfermedades crónicas. Tesis de Posgrado en Medicina Interna. Facultad de Medicina. UNAM. Petróleos Mexicanos Hospital Central de Alta Especialidad.
- Campbell, A. (1981) The sense of well-being in America: recent patterns and trends. McGraw-Hill Book Co. New York.
- Davidoff, L. (1984) Introducción a la psicología. McGraw-Hill. España.
- Del Valle, S. y Montes de Oca, V. (1997) Vejez una verdad excluida en la moral colectiva. La Jornada. Suplemento "Doble Jornada" 6 de enero. Pp. 3-5.
- Díaz, G.R. (1986) El Ecosistema Sociocultural y la calidad de vida. Trillas, México.
- Diener, E.; Diener, C. (1995) The wealth of nations revisited: income and quality of life. Social Indicators Research. Vol. 36(2). Pp: 145-176.
- Fitcher, S.; Cretl, L.; Amsel, R.; Brender, W.; Weinstein, N. y Libman, E. (1995) Poor sleepers who do not complain of insomnia: myths and realities about psychological and lifestyle characteristics of older good and poor sleepers. Journal of Behavioral Medicine, Vol. 18, No.2. p. 189-223.
- French, S.L.; Gekoski, W.L. y Knox, V.J. (1995) Gender differences in relating life events and well-being in elderly individuals. Social indicators Research. Vol. 35: 1-25.
- Gómez, S. E. P. (1990) La productividad del anciano como alternativa de análisis del autoconcepto de la vejez. Tesis de licenciatura. ENEP Campus Iztacala, México UNAM.
- Guzmán, R. J. (1991) La valoración de la calidad de vida en estudios clínicos controlados. Tesis de Posgrado en Medicina Interna. Facultad de Medicina. UNAM. Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, México. pp. 4-17.
- IMSS (1995) Bases gerontológicas para la organización de actividades en centros de día para pensionados y jubilados. Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. Coordinación de Prestaciones Sociales.

- ISSEMYM (1977) Madurez. Publicación Gerontológica y Geriátrica. Gobierno del estado de México.
- James, R. Millar (1988) Politics, work and daily life in the USSR. Cambridge University Press. USA.
- Jeffres, L.W.; Dobos, J. (1995) Separating people's satisfaction with life and public perceptions of the quality of life in the environment. Social Indicators Research, Vol. 34, pp. 181-211.
- Kaufman, S.R. (1986) The ageless self. Meridian Books. New York.
- Kastebaum, R. (1980) Vejez Años de Plenitud. Colección: La psicología y tu. Ed. Harla, México.
- Kempen, G.I.J.M. y Eljk, L.M. (1995) The psychometric properties of the SSL12-1, a short scale for measuring social support in the elderly. Social indicators Research, Vol.35: 303-312.
- Kiesler, S.; Morgan, J.; Oppenheimer, V (1981) Aging Social Change. Academic Press. New York, U.S.A. Caps. 8 al 13.
- Kimmel, D. (1980) Adulthood and aging Library of Congress Cataloging in Publication Data. Second Edition. U.S.A. Cap. 9.
- López R.S. (1995) Entre la fantasía, la historia y la psicología. CEAP. A.C. México.
- Laforest Jacques (1991) Introducción a la Gerontología El arte de envejecer Ed. Herder, Barcelona.
- Moragas, (1991) Gerontología Social. Ed. Herder, Barcelona.
- Moreno, A. (1990) Evaluación de la calidad de vida del paciente anciano. Tesina para especialidad en Medicina Familiar, UNAM. ISSSTE Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez.
- Nagel, T. (1981) La muerte en cuestión Fondo de Cultura Económica. México.
- Neugarten, B.L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. (1961) The measurement of life satisfaction. Journal of Gerontology. Vol. 16; pp. 134-143.
- Noriega, G. M. (1994) Psicoterapia con análisis transaccional. Tesis de maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Nussbaum, M. y Sen A. (1996) La calidad de vida. Fondo de Cultura Económica. México.
- OMS (1959) Problemas de salud mental del envejecimiento y de la vejez Humanitas. Argentina.
- OPS (1988) Hacia el bienestar de los ancianos. Publicación Científica no. 492. Organización Panamericana de la Salud. E.U.A.
- Puente, S.; Legorreta, J. (1988) Medio ambiente y calidad de vida. Ed. Plaza y Valdés. México

- Robinson, J.; Shaver, P. y Wrightsman, L. (1991) Measures of personality and social psychological attitudes. Academic Press. EUA. Vol. 1.
- Rodríguez, J. M. (1995) Psicología social de la salud. Ed. Síntesis Psicología México.
- Rogers. C. (1987) El camino del ser. Ed: Kairós. México.
- Ruut Veenhoven (1996) Developments in satisfaction research. Social Indicators Research. Vol: 37, pp. 1-46.
- Schwirian, K.P.; Nelson, A. L.; y Schwirian, P.M (1995) Modeling urbanism: economic, social and environmental stress in cities. Social Indicators Research. Vol: 35, pp. 201-223.
- Setién, S.M.L. (1993) Indicadores sociales de calidad de vida. Un sistema de medición aplicado al país vasco. Ed. Siglo XXI. Madrid.
- Stones, M.J ; Kozma, A.; Hirdes, J.; Gold, D.; Arbuckle, T. y Kolopack, P. (1996) Short Happiness and affect research protocol (sharp). Social Indicators Research. Vol: 37, pp. 75-91.
- Whestein, P. (1983) La calavera. Fondo de Cultura Económica. México.
- Wickrama, K.; Conger, R.D. and Lorenz, F. (1995) Work, marriage, lifestyle, and changes in men 's physical health. Journal of Behavioral Medicine, Vol. 18, No.2. pp. 97-111.
- Wijbrandt, H. Van S. y Martine, K. (1995) Measuring subjective well-being: unfolding the Bradburn Affect Balance Scale. Social Indicators Research. Vol: 36, pp. 49-74.

ANEXO I

El siguiente cuestionario tiene la finalidad de saber cómo perciben su vida las personas jubiladas o pensionadas en la Ciudad de México. Las respuestas se emplearán únicamente con fines académicos y la información que se brinde es totalmente confidencial.

Nombre: _____ Edad: _____

Estado Civil: _____

Trabajo actual: _____ Trabajo anterior y duración en él: _____

Motivo de jubilación: _____ Tiempo de jubilación: _____

Datos Personales _____

Personas con quienes vive: _____

Cuenta con espacio propio: _____ Independencia e integridad física: _____

Escolaridad: _____ Salud: _____

ESCALAS DE SATISFACCION DE VIDA (PARA QUE EL ENTREVISTADOR LAS LLENE)

Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada enunciado al entrevistado y ponga una palomita en el enunciado que el mismo le indique o que vaya más de acuerdo a su persona y a su discurso.

Escala A: Entusiasmo contra Apatía

() 5. Habla de muchas actividades y relaciones que tiene con la gente con entusiasmo. Siente que "ahora" es el mejor tiempo de la vida. Ama hacer cosas, aún estando en casa descansando. Toma nuevas actividades; hace nuevos amigos y busca el mejoramiento personal. Muestra entusiasmo en muchas áreas de la vida.

() 4. Muestra entusiasmo, pero esta limitado a uno o dos intereses particulares, o limitado a ciertos períodos de tiempo. Puede mostrar desilusión o enojo cuando las cosas van mal o si lo mantienen fuera del entretenimiento activo de la vida. Planea a futuro, aunque a corto plazo.

() 3. Tiene un concepto de la vida aburrido. No parece obtener mucho placer de las cosas que realiza. Busca la relajación y un bajo grado de involucramiento. Puede estar muy alejado de muchas actividades, cosas o gente.

() 2. Piensa que la vida es casi siempre monótona. Se puede quejar de fatiga. Se siente aburrido con muchas cosas. Si hace algo, encuentra poco placer o poco significado en la actividad.

() 1. Vive en la base de la rutina. Piensa que no hay nada que valga la pena hacer.

Escala B: Resolución y Fortaleza

() 5. Trata y trata una y otra vez, es perseverante. Tenaz pero derecho, recto. Da pelea: aguantando, pero no rindiéndose. Personalidad activa: toma lo bueno y lo malo de las cosas y saca lo mejor de ellas. No cambiaría el pasado.

() 4. Puede tomar la vida tal como venga. "No tengo quejas de la forma en que la vida me ha tratado". Asume sus responsabilidades. "Si se busca el lado bueno de la vida se encuentra". No le importa hablar sobre las dificultades de la vida y no vive de ellas. "Se deben dejar o renunciar a algunas cosas".

() 3. Dice, "He tenido mis momentos buenos y mis momentos malos, a veces en la cima y a veces en el fondo". Da señales de culpar a lo que pasa en su alrededor o culparse a sí mismo acerca de sus dificultades en la vida.

() 2. Siente que no lo ha hecho mejor porque no ha obtenido sus descansos. Siente gran diferencia en su vida actual comparada con aquella a los 45 años: el cambio ha sido para empeorar. "He trabajado duro, pero nunca he llegado a ningún lado".

() 1. Habla de los duros golpes que ha recibido de la vida (culpa al medio). También se culpa a sí mismo drásticamente. Agobiado por la vida.

Escala C: Congruencia entre las Metas Deseadas y las Alcanzadas

() 5. Siente que ha cumplido con lo que se propuso hacer. Ha alcanzado sus metas personales.

() 4. Se arrepiente un poco de las oportunidades perdidas que le ha brindado la vida. "Tal vez debí haber aprovechado más algunas oportunidades". No obstante, siente que ha sido lo suficientemente exitoso en lograr las metas que se propuso.

ESTAS PREGUNTAS NO DEBEN
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- () 3. Tiene un 50 y 50 de las oportunidades tomadas y las oportunidades perdidas. Habría hecho algunas cosas de diferente manera, si pudiera volver a vivir. Pudo haber obtenido una mejor educación.
- () 2. Tiene arrepentimiento sobre la mayoría de las oportunidades perdidas pero se siente bien por haber cumplido bien al menos en un área (puede ser su ocupación).
- () 1. Siente que ha perdido las más de las oportunidades en la vida.

Escala D: Autoconcepto

- () 5. Se siente en su mejor momento. "Hago el trabajo mejor que nunca antes". Nunca hubo ningún tiempo mejor. Piensa sobre sí como sabio, maduro y atractivo e importante para otros. Piensa que tiene el derecho de perdonarse a sí mismo.
- () 4. Se siente más afortunado que el promedio. Está seguro de que puede enfrentar las exigencias de la vida. "Cuando me retiré simplemente, sustituí actividades". Se compensa bien por cualquier dificultad en su salud. Se siente digno de ser perdonado. "Las cosas que quiero hacer, las puedo hacer, pero no me sobre exijo". Se siente en control de sí mismo en relación con la situación.
- () 3. Se siente competente al menos en un área, ej.: trabajo; pero tiene dudas respecto a las demás áreas. Sabe que ha perdido el vigor de la juventud, pero lo acepta de una manera realista. Se siente relativamente poco importante, pero no le importa. Siente que pide, pero que también da. Experimenta una pérdida de estatus general, pero no extrema, conforme envejece. Reporta su salud como mejor que la del promedio.
- () 2. Siente que las demás personas lo recorren con la mirada. Tiende a hablar desesperadamente de la gente mayor. Se muestra defensivo (agresivo) con lo que los años le están haciendo.
- () 1. Se siente viejo. Se siente sin valor. Hace comentarios autodespreciativos. "Soy soportado por otros".

Escala E: Estado de Ánimo

- () 5. "Este es el mejor tiempo de mi vida". Es casi siempre agradable, optimista. La alegría puede parecer poco realista a un observador, pero muestra una firme determinación de "colocarse en un frente intrépido, atrevido y vigoroso".
- () 4. Obtiene placer de la vida, lo conoce y lo demuestra. Hay suficientes limitaciones para parecer apropiadas en una persona joven. Usualmente siente un tipo de afecto positivo. Optimista.

() 3. Parece circular en un equilibrio temperamental. Cualquier depresión es neutralizada por tendencias hacia lo positivo. Generalmente afecto neutral-positivo. Puede mostrar algún grado de irritabilidad.

() 2. Quiere las cosas calmadas y en paz. Afecto neutral-negativo. Depresión moderada.

() 1. Pesimista, quejoso, amargado. Se queja de estar solo. Se siente triste la mayor parte del tiempo. Puede enojarse cuando tiene contacto con otras personas.

Índice A Satisfacción de Vida (PARA QUE CONTESTE EL ENTREVISTADO PERSONALMENTE)

Instrucciones:

Aquí hay algunos enunciados sobre de la vida en general acerca de los cuales la gente puede sentir diferente. Lea cada enunciado de la lista y si está de acuerdo con éste, ponga una palomita en el espacio debajo de la palabra **DE ACUERDO**. Si no está de acuerdo con el enunciado, ponga una palomita debajo de la palabra **NO DE ACUERDO**. Si no está seguro de ninguna de las dos opciones, ponga una palomita debajo del signo “?”. **POR FAVOR ASEGÚRESE DE CONTESTAR CADA PREGUNTA DE LA LISTA.**

(Clave: 1 punto por cada respuesta marcada en paréntesis)

1. Conforme envejezco, las cosas parecen mejor de lo que creí que serían

() () ()
ACUERDO NO DE ACUERDO ?

2. He tenido más golpes en la vida que la mayoría de la gente que conozco

() () ()
ACUERDO NO DE ACUERDO ?

3. Esta es la época más aburrida o triste de mi vida

() () ()
ACUERDO NO DE ACUERDO ?

4. Soy tan feliz como cuando era joven

() () ()
ACUERDO NO DE ACUERDO ?

5. Mi vida podría ser más feliz de lo que es ahora

() () ()
ACUERDO NO DE ACUERDO ?

6. Estos son los mejores años de mi vida

() () ()

17. Cuando pienso en mi pasado, veo que no obtuve las cosas más importantes que yo quería

() () () ?
ACUERDO NO DE ACUERDO

18. Comparado con otras personas, yo me “voy hacia abajo” (me siento mal de ánimo, me voy al hoyo) muy frecuentemente

() () () ?
ACUERDO NO DE ACUERDO

19. He obtenido mucho más de lo que yo esperaba de la vida

() () () ?
ACUERDO NO DE ACUERDO

20. A pesar de lo que la gente diga, la mayoría de los hombres están empeorando, no mejorando

() () () ?
ACUERDO NO DE ACUERDO

Índice B Satisfacción de Vida (con puntaje asignado)

Instrucción: ¿Podría por favor contestar libremente las siguientes preguntas?

1. ¿Cuáles son las mejores cosas de tener la edad que tiene?

- 1. respuesta positiva
- 0. nada bueno de ello

2. ¿Qué piensa que estará haciendo dentro de cinco años?, ¿Cómo espera que las cosas cambien de como son ahora en su vida?

- 2. mejor, no cambio
- 1. contingente -“depende”
- 0. peor

3. ¿Qué es lo más importante de su vida actualmente?

- 2. cualquier cosa fuera de él, interpretación del futuro placentera
- 1. “esperar”, “aguantar”; mantenerse sano, o trabajando.
- 0. salir de las dificultades presentes, “nada por ahora”, o referencia al pasado.

4. ¿Qué tan feliz diría que se siente ahora, comparado con los anteriores períodos de su vida?

- 2. este es el tiempo más feliz; todos han sido felices; es difícil tomar una decisión (no hay a cual irle)
- 1. un poco menos que los años pasados
- 0. los períodos pasados fueron mejores, este es malo.

5. ¿Alguna vez se preocupa por su habilidad para hacer lo que la gente espera de Ud.- para alcanzar demandas que la gente le hace?

2. no

1. calificado sí o no

0. sí

6. Si pudiera hacer cualquier cosa que quisiera, ¿en qué parte de (nombrar el país) le gustaría a Ud. vivir?

2. aquí mismo

0. cualquier otro lugar

7. ¿Qué tan frecuentemente se siente solo (a)?

2. nunca; casi nunca

1. a veces

0. casi siempre, muy frecuentemente

8. ¿Qué tan frecuentemente siente que no hay un motivo por el cual vivir?

2. nunca

1. a veces

0. casi siempre, muy frecuentemente

9. ¿Desearía poder ver más a sus amigos cercanos de lo que lo hace, o le gustaría tener más tiempo para Ud.?

2. está bien como es

1. me gustaría ver más a mis amigos

0. me gustaría más tiempo para mí

10. ¿Qué tanta infelicidad diría Ud. que encuentra en su vida actual?

2. casi ninguna

1. algo

0. mucha

11. Conforme se vuelve más viejo, ¿cómo diría que las cosas parecen ser, mejores o peores de lo que pensó que serían?

2. mejores

1. casi como las esperaba

0. peores

12. ¿Qué tan satisfecho diría que está Ud. con su vida?

2. muy satisfecho

1. satisfecho (bastante satisfecho, claramente)

0. no muy satisfecho