

79



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**PERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA DE UN
GRUPO DE ANCIANOS. EFECTOS DE LA JUBILACION**

REPORTE DE INVESTIGACION

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A :
TELMA VERONICA GARCIA ZERMEÑO**

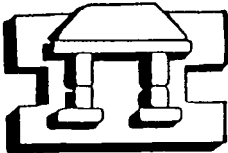
DIRECTORA DE TESIS:

DOCTORA: ANA LUISA GONZALEZ-CELIS RANGEL

SINODALES:

MAESTRA: ROSA ISABEL ESQUIVEL HERNANDEZ

DOCTOR: EDGARDO RUIZ CARRILLO



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO, MAYO DEL 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

**LA EDAD ES UN CASO DE LA MENTE
EN CONTRA DE LA MATERIA. SI A
USTED NO LE MOLESTA, CARECE
DE IMPORTANCIA**

MARK TWAIN

DEDICATORIA

ABUELITA (†)

**A TI QUE ME DISTE TU AMOR INCONDICIONAL Y ME
ENSEÑASTE A SER FUERTE Y SEGUIR SIEMPRE
ADELANTE DEDICO ESTE LOGRO PROFESIONAL PUES
SIEMPRE TE LLEVO EN MI CORAZÓN.
¡GRACIAS!**

AGRADECIMIENTOS

A MI MAMÁ:

POR QUÉ A LO LARGO DE MI VIDA ME HAS DEMOSTRADO QUE A PESAR DE TODAS LAS ADVERSIDADES QUE LA VIDA TE PRESENTA PUEDES SALIR ADELANTE. POR TODO TU APOYO A LO LARGO DE MI FORMACIÓN ACADÉMICA, POR TRATAR DE CORREGIRME CUANDO LO PENSASTE NECESARIO. Y SOBRE TODO POR SER LA PERSONA MÁS IMPORTANTE EN MI VIDA

A MI TÍO ANTONIO:

POR SER UN EJEMPLO DE LO QUE SE PUEDE LOGRAR CON EMPEÑO Y DEDICACIÓN, POR EL APOYO QUE SIEMPRE ME HA DADO Y SOBRE TODO POR CREER EN MI. ¡MUCHAS GRACIAS!

A JARENE:

POR QUE DURANTE MI ESTANCIA EN LA ESCUELA SIEMPRE ESTUVISTE DISPUESTA AYUDARME EN TODO LO QUE PUDIERAS SIN IMPORTAR LOS DESVELOS Y POR PRESTAR TUS EXPERIENCIAS CUANDO MÁS LAS NECESITABA. ¡TE QUIERO MUCHO!

A MIS HERMANOS MARIO Y EDGAR:

POR PREOCUPARSE Y DARME ÁNIMOS EN LOS MOMENTOS DIFÍCILES PARA PODER LOGRAR ESTA META, POR LAS VIVENCIAS, AMOR Y EL ESTAR EN TODO MOMENTO JUNTO A MI SIN IMPORTAR LAS CIRCUNSTANCIAS.

A ANA LUISA:

POR HABERME OTORGADO TU CONFIANZA Y DARME LA OPORTUNIDAD DE HABER FORMADO PARTE DE TU EQUIPO DE TRABAJO DONDE VIVÍ UNA GRAN EXPERIENCIA LA CUAL ME SERVIRÁ SIEMPRE

A ROSY:

POR TODA LA AYUDA BRINDADA PARA QUE ESTE TRABAJO FUERA POSIBLE. POR TU AMABILIDAD, CONFIANZA, ATENCIONES Y FACILIDADES

A SUSUKI:

POR LA GRAN AMISTAD QUE ME HAS BRINDADO A LO LARGO DE LA CARRERA, POR LOS MOMENTOS QUE ME HAS SOPORTADO DE ALEGRÍAS Y FRUSTRACIONES Y SOBRE TODO POR HABER COMPARTIDO CONMIGO UNA DE LAS MEJORES ETAPAS DE MI VIDA. ESPERO QUE ESTA AMISTAD SEA PARA SIEMPRE. ¡MUCHAS GRACIAS!

A CARMEN:

POR TODOS LOS MOMENTOS IMPORTANTES Y DIVERTIDOS QUE VIVIMOS A TRAVÉS DE NUESTRA FORMACIÓN ACADÉMICA, POR LOS VIAJES Y PLÁTICAS QUE FUERON MUY ENRIQUECEDORAS. Y SOBRE TODO POR TU GRAN AMISTAD ¡MUCHAS GRACIAS!

A TELMA POR QUE:

SIEMPRE ME HE PROPUESTO METAS A CORTO PLAZO, AL MIRAR ATRÁS ME DOY CUENTA DE QUE CADA UNO DE ESOS PASOS O ÉXITOS PARCIALES ME LLEVARÁN AL SIGUIENTE. NO TEMO PREGUNTAR CUALQUIER COSA A QUIEN SEA SI NO TENGO LAS RESPUESTAS O EL CONOCIMIENTO QUE NECESITO ¿POR QUÉ HE DE TENER MIEDO? MI INTENCIÓN ES LLEGAR LEJOS Y POR ESO PIDO AYUDA NO HAY NADA DE MALO EN ELLO

INDICE DE CONTENIDO

CONTENIDO	PÁG.
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
CAP. I.	7
VEJEZ	7
1.1 Definición de vejez	7
1.2 Envejecimiento.....	9
1.2.1 Concepto y definición de envejecimiento.....	9
1.2.2 Proceso de envejecimiento.....	11
1.2.3 Estereotipos del envejecimiento.....	12
CAP. II	15
CALIDAD DE VIDA	15
2.1 Aproximación conceptual de la Calidad de Vida	15
2.2 Investigación de la Calidad de Vida	20
2.3 Conceptos relacionados a la Calidad de Vida	26
2.3.1 Nivel de Vida.....	28
2.3.2 Modo de Vida.....	29
2.4 Componentes de la Calidad de Vida	30
2.4.1 Objetivos	31
2.4.1.1 Vivienda	31
2.4.1.2 Salud.....	33
2.4.1.3 Escolaridad	36
2.4.2 Subjetivos	37
2.5 Evaluación de la Calidad de Vida	39
2.5.1 Escalas de bienestar subjetivo	39

CAP. III	45
LA JUBILACIÓN	45
3.1 ¿Qué es la jubilación?.....	46
3.2 Trabajo no remunerado. "Amas de casa"	51
3.3 Tiempo libre	54
3.4 Relaciones sociales.....	56
CAP. IV	62
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	62
4.1 Pregunta de investigación	62
4.2 Justificación	62
4.3 Objetivo general	63
4.4 Objetivos específicos	63
4.5 Hipótesis de investigación	63
CAP. V	65
METODOLOGÍA	65
5.1 Tipo de estudio y población objeto	65
5.2 Criterios de inclusión y exclusión	66
5.3 Variables de estudio	66
5.4 Escenario y materiales	67
5.5 Instrumentos	67
5.6 Procedimiento.....	69
CAP. VI	70
DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	70

CAP. VII	77
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	77
CAP. VIII.....	82
CONCLUSIONES	82
8.1 Recomendaciones	85
REFERENCIAS.....	86
ANEXO "A".....	91

INDICE DE TABLAS

Número de Tabla	Pág.
Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de los tres grupos de edad en los que se dividen los sujetos.....	65
Tabla 2. Diferencia entre el género para cada una de las variables dependientes.....	70
Tabla 3. Diferencias entre las mujeres "jubiladas" y las "amas de casa" entre cada una de las variables (Calidad de Vida), por medio de una "t" de student.....	72
Tabla 4. Diferencia entre el tiempo de retiro y las variables dependientes por medio de un análisis de varianza (ANOVA).....	73
Tabla 5. Diferencias entre ¿Con quien viven? los ancianos y las variables dependientes de la Calidad de Vida.....	74
Tabla 6. Diferencias entre las personas que tienen ayuda económica de otras personas y aquellas que tienen un ingreso propio.....	75
Tabla 7. Diferencias de los tres grupos de edad (55 a 64 años; 65 a 74 años y más de 75 años) y la percepción de salud que tienen.....	76
Tabla 8. Diferencias entre los tres grupos de edad y la variable dependiente (Calidad de Vida).....	76

INDICE DE FIGURAS

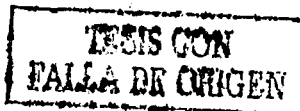
Número de Figura	Pág.
Figura 1. Número total de sujetos participantes divididos por género. Grupo 1 "Hombres" 68 sujetos y Grupo 2 "Mujeres" 66 sujetos.....	71
Figura 2. Número de mujeres que participaron en el estudio y que fueron divididas en dos grupos "jubiladas" y "amas de casa".....	72
Figura 3. Muestra el porcentaje de cada uno de los grupos en los que fueron divididos los ancianos en el momento de preguntar ¿Con quién vive?.....	74

RESUMEN

El estudio de la Calidad de Vida como objeto de estudio del conocimiento científico psicológico a tomado fuerza en los últimos años, en virtud de que se asocia con algunos factores del funcionamiento humano que son eminentemente psicológicos, tales como la salud mental o psicológica de los individuos o de una familia, el éxito en la escuela o en el trabajo, las relaciones de pareja, la socialización, la realización personal, los estilos de vida saludables, etc. Por lo tanto, si las personas disfrutan de una buena Calidad de Vida, otros aspectos psicológicos tendrán más probabilidades de funciona mejor, ya que se encuentran relaciones muy cercanas entre la Calidad de Vida y los diversos aspectos del funcionamiento humano. Cuando una persona comienza a envejecer la Calidad de Vida no siempre es la misma que se tuvo durante la juventud, algunas ocasiones mejora o en otras pasa todo lo contrario, así que el buen funcionamiento (social como físico) de una persona anciana tendrá que ver con la manera en cómo percibe su Calidad de Vida.

En la presente investigación el objetivo general fue describir la percepción de un grupo de ancianos acerca de la calidad de vida y medir los efectos de la jubilación sobre la calidad de vida. Se trabajó con un grupo de ancianos mayores de 55 años (134 sujetos) que asistían a una clínica de Salud del Estado de México, para lograr el objetivo general se crearon varios subgrupos dependiendo de los objetivos específicos a probar. Primero se hizo la división por género; posteriormente se tomaron en cuenta únicamente a las mujeres grupo 1 "jubiladas" y grupo 2 "amas de casa", luego se hizo otra división dependiendo del tiempo de retiro, grupo 1 de 8 días a 5 años; grupo 2 de 6 años a 10 años y el grupo 3 más de 11 años, otra división que se hizo dependía de la edad de los sujetos: grupo 1 de 55 a 64 años; grupo 2 de 65 a 74 años y grupo 3 más de 75 años.

En esta investigación se consideró a la Calidad de Vida como la descripción subjetiva acerca de cómo se siente y cómo percibe su vida actual cada uno de los ancianos. Las dimensiones que se estudiaron fueron: movilidad, autocuidado, actividades cotidianas,



dolor/malestar, ansiedad/depresión y para un objetivo específico la salud. Para poder medir la Calidad de Vida de los sujetos se utilizó un cuestionario llamado EuroQoL-5D el cuál midió el índice de Calidad de Vida de los sujetos y un cuestionario sociodemográfico. Se encontró que la percepción que tienen hombres y mujeres acerca de su Calidad de Vida es muy parecida aunque sí existen algunas diferencias en cuanto a la movilidad y la ansiedad/depresión, por otro lado se encontraron diferencias significativas entre las mujeres ya que el grupo de las “amas de casa” se perciben mejor que las mujeres “jubiladas”. Por otro lado existieron diferencias en cuanto a la ansiedad/depresión dependiendo del tiempo de retiro en donde las personas que tienen más tiempo retirados son aquellas que pueden presentar ansiedad o depresión. Así mismo no hubo diferencias en la manera de percibirse en ninguno de los tres grupo de edad en los que fueron divididos en la percepción de su salud ni tampoco en la percepción que tenían con respecto a su Calidad de Vida tomando en cuenta las cinco dimensiones.

Palabras clave: Calidad de Vida, jubilación y ancianos.

INTRODUCCIÓN

La Calidad de Vida como objeto de estudio de la psicología y de algunas Ciencias del Comportamiento es uno de los componentes que está relacionado con el funcionamiento humano, como la salud y el desarrollo de las habilidades sociales tanto en la familia como fuera de ella. Por tanto si las personas disfrutan de una buena Calidad de Vida, los aspectos psicológicos tendrán más posibilidades de funcionar mejor de esta manera se deriva el objeto de estudio de la presente investigación que es describir la percepción de un grupo de ancianos acerca de la calidad de vida y medir los efectos de la jubilación sobre la calidad de vida.

Durante el envejecimiento se despliegan un gran número de cambios biológicos, psicológicos y sociales. Es un proceso continuo que esta vinculado a la pérdida de rendimiento en lo biológico como la pérdida de agudeza visual, procesos sensoriales, dificultad para realizar nuevos aprendizajes, entre otros; cambios en la esfera familiar donde los hijos dejan el hogar, mueren algunas personas queridas; y cambios a nivel social en donde se alejan del ámbito laboral, se dejan de ver a personas queridas y existe un cambio en el status social (González-Celis, 2001). Todos éstos cambios pueden traer diferentes consecuencias a las personas pero dependerán de la percepción que tienen cada uno de ellos con respecto de su vida.

El envejecimiento es un hecho universal, presente desde el nacimiento y cuyos efectos influyen en todos los seres vivos quienes lo experimentan tarde o temprano, pero según el ritmo como se vayan presentando los diferentes cambios y los diferentes tiempos es totalmente individual, es una vivencia personal, impredecible y que cada persona vivirá de diferente manera con respecto a las otras (Fericigla, 1992).

La vejez tiene un gran número de estereotipos y no siempre son agradables, generalmente son negativos; que es la época donde se presentan mayormente las enfermedades, que ya no

sirven para nada, que son quejumbrosos y no pueden hacer ejercicio físico. Es conveniente distinguir entre el contenido de los estereotipos y su función social. Generalmente los ancianos adoptan una actitud defensiva por la manera en que las otras personas los tratan, así que la percepción que tienen de la vida no siempre es muy buena.

El estudio de la Calidad de Vida ha llevado a que diversas disciplinas de las ciencias sociales, económicas, políticas y de la salud, entre otras coincidan en tratar de definirla pero la Calidad de Vida actualmente no tiene una definición única ya establecida, sin embargo existen un gran número de aproximaciones que se centran tanto en las medidas objetivas como subjetivas de las personas.

La Calidad de Vida es concebida en dos sentidos: Objetiva que es el grado en el cual las condiciones de vida, bajo criterios observables se encuentran dentro de una buena vida tales como: seguridad económica, seguridad en las calles, un buen cuidado de la salud, educación, vivienda, entre otras. Subjetiva se refiere a cómo la gente aprecia su vida personalmente, qué tan seguro está de su ingreso, cómo se siente con la seguridad en las calles, cómo se percibe en cuanto a su estado de salud, como piensan que está su vivienda (Veenhoven y Ouweneel, 1995).

Por otro lado el trabajo es esencial para la actividad normal de todos los órganos del cuerpo, ya que si no hay esta actividad se van atrofiando poco a poco dicho órgano, además de que es una fuente de satisfacción para las personas. Así de esta manera hay otro aspecto que va muy relacionado con la presente investigación la "jubilación". Esta es aparentemente una de los mayores cambios que sufren los ancianos a nivel social porque dejan un lado gran parte de lo que han hecho a lo largo de su vida. Kalish (1996) señala que la jubilación es una gran desvinculación socialmente obligada y que les obliga perder una gran parte de su identidad social, aunque también se debe de tomar en cuenta que tiene diferentes significados para las personas.

Las mujeres tienen un apartado especial porque realmente ellas nunca se jubilan en cuanto a las labores del hogar, a pesar de que pueden tener un empleo remunerado durante el día en

el momento de llegar a su hogar tienen que asumir el rol de "amas de casa" el cuál nunca van a dejar sino hasta su muerte. Las "amas de casa" a pesar de ser las personas que mayormente trabajan no son tomadas en cuenta para la jubilación porque no es un trabajo formal ante la sociedad. En cuanto a las mujeres que trabajan formalmente fuera de casa y se les jubila Zero (1998) señala que muchas veces pierden su identidad en cuanto dejan el ámbito laboral y tienden a deprimirse o a renegar de su nuevo rol de "amas de casa".

Otro punto importante es el exceso de tiempo libre después de la jubilación en donde los ancianos ya no saben que hacer con el tiempo que dedicaban al trabajo, algunos prefieren sustituir este tiempo libre y comienza a realizar ejercicio físico y algunas actividades recreativas, pero realmente son la minoría. La mayoría de los ancianos se dedican a ver televisión, dormir y no salir de su casa, y es cuando comienza a añorar lo que tenían en el trabajo las relaciones sociales, el tiempo en el transporte, entre otras. Pero aquí es donde intervienen las relaciones sociales que se han establecido a lo largo de la vida, como la familia, los amigos y los vecinos.

Kalish (1996) menciona que todas las redes de apoyo que van formando son las que ayudan a los ancianos a salir adelante y no sentirse solos o deprimidos y que es muy importante que estas redes se consoliden para que la percepción que tengan de sí mismo las personas se mejore. La mayor red de apoyo es la de la familia porque es el primer contacto del ser humano con la sociedad y es donde se encuentran los primeros intercambios sociales, así como el aprendizaje de roles, conocimiento de valores y normas y la expresión de los sentimientos y emociones (Bazo, 1990).

Para lograr el objetivo general de la investigación y tomando en cuenta todo lo anteriormente mencionado y se aplicó un cuestionario que evaluaba la Calidad de Vida con cinco dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, además de un cuestionario sociodemográfico para conocer los datos generales de los participantes. Para los análisis estadísticos se creó una base de datos en un paquete SPSS para windows versión 10 en donde se codificaron las respuestas de los sujetos.

Los resultados encontrados fueron que realmente no existe una gran diferencia en la manera en que se perciben los hombres de las mujeres. Que las mujeres que han sido “amas de casa” perciben tener una mejor Calidad de Vida que las mujeres que son “jubiladas”, que realmente la percepción que tienen de la vida puede ir cambiando dependiendo del tiempo que tienen de retirados del ámbito laboral pero no tiene que ser necesariamente negativa esta percepción, también se encontró que independientemente de con quien vivan tienen de manera general una buena percepción de su Calidad de Vida.

Así de esta manera durante el capítulo I se dará una breve explicación de lo que es la vejez, siguiendo con el concepto y definición del envejecimiento, el proceso de envejecimiento y los estereotipos de las personas ancianas. En el capítulo II se verá una aproximación conceptual de lo que es la Calidad de Vida, las diferentes investigaciones que se han realizado al respecto, y algunos conceptos y componentes que están relacionadas con la Calidad de Vida, y por último en este capítulo se verán algunas escalas que son utilizadas para evaluar la Calidad de Vida. En el capítulo III se dará un breve bosquejo de lo que es la jubilación y lo que representa para los ancianos, además de lo que esto puede representar para las “amas de casa” que nunca llegan a jubilarse.

Por otra parte en el capítulo IV se podrá ver el planteamiento del problema, pregunta de investigación, justificación, objetivo general y específicos y las hipótesis de investigación. En el capítulo V se encuentra la metodología (tipo de estudio y población muestra, criterios de inclusión y exclusión, variables de estudio, escenario, materiales, instrumentos y procedimiento). En el capítulo VI se muestra la descripción de los resultados. En el capítulo VII se puede ver la discusión de los resultados, mientras que en el capítulo VIII se pueden ver las conclusiones y algunas recomendaciones de la investigadora.

CAP. I.

VEJEZ

1.1 Definición de vejez

En la actualidad existen un gran número de conceptos y definiciones de lo que es la vejez, pero desafortunadamente el concepto existente ha sido asociado a estereotipos negativos, como de personas enfermizas, torpes, sucias, olvidadizas, que no pueden trabajar, no ejercen la sexualidad, no oyen adecuadamente, que han perdido habilidades, son solitarios y gruñones entre otras cosas. Es culturalmente, muy común utilizar diferentes formas para referirnos a las personas de la "tercera edad"; algunas de manera peyorativas y ofensivas y otras según las circunstancias, costumbres y lenguaje común del lugar.

A este respecto Fericgla (1992), ha cuestionado el uso indiscriminado de la terminología utilizada para identificar a los adultos mayores que viven esta etapa de su vida. Por esto es necesario establecer diferencias entre los conceptos biológicos y conceptos culturales para que no existan confusiones. Este autor la define como: *"es un concepto cultural relacionado con formas de parentesco, la economía, la salud, la capacidad de mantenimiento, determinadas formas de conducta, la religión, la moral, la política y otros aspectos socioculturales"* (pág. 17).

Para el autor la vejez puede ser vista desde dos conceptos, uno cultural y otro biológico, jubilación y senilidad, respectivamente, y los describe así:

Jubilación. Constituye una normativa cultural que homogeneiza a las personas, de acuerdo a una edad cronobiológica, fijada arbitrariamente.

Senilidad. Es el resultado de un proceso de deterioro físico-mental que no tiene un momento preciso de aparición y establece diferencias entre los individuos.

Por su parte Beauvoir (1970) señala que la vejez debe ser vista en su totalidad, no sólo es un hecho biológico, sino un hecho cultural. Por lo tanto, se deben considerar tres aspectos en el proceso de la vejez:

- 1.- Es un fenómeno biológico: el organismo del hombre presenta ciertas irregularidades.
- 2.- La vejez acarrea problemas psicológicos: algunas conductas se consideran con cierta razón como características de una edad avanzada.
- 3.- La vejez tiene una dimensión existencial: modifica la relación del individuo con el transcurso del tiempo, por tanto, su relación con el mundo y su propia historia.

Enfatiza que la vejez no es un hecho estadístico, es la conclusión y prolongación de un proceso, y dicho proceso lleva apareado el concepto de cambio. Por lo tanto, la ley de la vida es cambiar.

Para Quintanar (citado en Segura , 2001) la vejez es *"la etapa de la vida previa a la muerte natural; etapa en la que se materializan los resultados de las condiciones individuales y sociales de un estilo de vida; época psichistóricamente determinada, caracterizada por la polaridad entre deterioro y las limitaciones personales, y la depuración dentro de un margen de edad máxima, especificada por un grupo social"* (pág.16).

En esta propuesta el autor trata de incluir los elementos históricos que generalmente no aparecían en los aspectos sociales de la vejez; toma en cuenta los recursos con los que cuenta el anciano en su comunidad y de su persona. Algo importante que se debe tomar en cuenta es atender las necesidades de los ancianos, desmitificar su imagen, haciéndole ver que como persona seguirá manteniendo las cualidades y defectos del género humano.

Por otro lado, para la gerontología la vejez es muy difícil de definir ya que se debe de englobar en una sola definición tres aspectos importantes como son las ciencias sociales, el punto de vista cronológico y lo biológico. Así que la definición gerontológica 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” (Laforest, 1991).

De las definiciones expuestas, todas tienen mucho en común, pero al parecer las más contemporáneas hacen consideraciones más reales, amplias y objetivas de la vejez. Tal vez porque hoy en día se tiene mayor conocimiento de ella, que dan una idea de la manera en que es percibido un fenómeno, en tiempo y lugar en que es definido. Cuando se llegue a tener mayor conocimiento de todo aquello que rodea a la vejez, es probable que se construyan definiciones más adecuadas a la realidad de ésta.

1.2 Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso que despliega un gran número de cambios, que tienen lugar en distintos niveles: biológico, psicológico y social. Fierro (1994) menciona que dentro del curso del envejecimiento hay dos modos de entenderlo, uno lo restringe a los procesos degenerativos y de reducción en ciertas funciones, el declinar biológico y psicológico; mientras que el segundo considera juntos este declinar y el despliegue positivo de funciones, en donde no solo se dan deterioros, sino también de manera conjunta, se mantienen e incluso se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas.

1.2.1 Concepto y definición de envejecimiento

A diferencia de la vejez, el envejecimiento se sitúa como perteneciente a todas las edades. Existen diferentes conceptos y definiciones respecto al tema.

Birren en 1977 (citado en Segura, 2001) considera que existen tres clases de envejecimiento: biológico, psicológico y social, y los clasifica así:

- **Edad biológica:** Situación actual de un individuo en relación con su ciclo vital potencial.

- **Edad psicológica:** Contempla la capacidad de adaptación de los individuos en una población determinada.
- **Edad social:** Se refiere a las costumbres y funciones de un individuo en la sociedad a que pertenece.

Para Fericgla (1992) el envejecimiento tiene su génesis en lo biológico. Plantea que el proceso de envejecer humano se presenta mucho antes, en comparación a la maduración cronológica de la vida, y se manifiesta con el progresivo endurecimiento de ciertos tejidos, la aparición de canas, la pérdida general de flexibilidad y otros cambios progresivos, ampliamente estudiados por la medicina. Desde el punto de vista psicológico es un proceso lento de pérdida de capacidades corporales o cognitivos que empieza después de la segunda década de vida, es irreversible.

El envejecimiento es un hecho universal, presente desde el nacimiento cuyos efectos tarde o temprano influyen a todos los seres vivos, según el ritmo con el que se presenten los cambios en los distintos órganos de una misma persona y los diferentes tiempos de presentación de éstos. De ahí que el envejecimiento es un proceso irregular y asincrónico, esencialmente individual; es una vivencia personal, impredecible, única en nuestra existencia.

Por otra parte Segura (2001) postula que envejecer constituye todo un proceso multieslabonado que se inicia mucho antes de la instalación de la ancianidad, procede en forma estable a lo largo de la vida por características intrínsecas, y conduce a la limitación de sus capacidades adaptativas, y por tanto, la probabilidad creciente del fallecimiento.

El envejecer constituye un fenómeno biológico inevitable, existiendo una clara relación entre envejecimiento y los riesgos biológicos a que está expuesto el individuo. Por lo tanto, envejecimiento y senectud constituyen fenómenos biológicos inevitables. Aunque se reconoce que también influyen los aspectos psicológicos y sociales, entre los más importantes, ya sea para acelerar o retardar el proceso.

Al igual que la vejez en el caso del envejecimiento también existe un gran número de definiciones, pero todas tienen como factor común que se trata de un deterioro biológico, social y psicológico, que puede ser visto desde diferentes puntos de vista dependiendo de la calidad de vida con la que ha contado la persona. No existe una definición universal de envejecimiento, es un proceso individual y que cada quien vive de manera personal.

1.2.2 Proceso de envejecimiento

Como ya se mencionó anteriormente el envejecimiento es un proceso donde ocurren una serie de cambios tanto biológicos, sociales, como psicológicos.

Para Arquiola (1995), el envejecimiento puede verse al menos desde cuatro puntos de vista: cronológico, psicobiológico, psicoafectivo y social, y los define así:

Edad física y biológica: El envejecimiento físico se da en forma gradual, haciendo difícil precisar el momento en que una persona es físicamente vieja.

Edad psicológica y emotiva. Los cambios psicológicos pueden dividirse:

- a) *Cognitivos:* Afectan la forma de pensar, así como las demás capacidades.
- b) *Los concernientes a la afectividad y a la personalidad.* Siendo las experiencias sociales quienes determinan ciertos aspectos importantes del envejecimiento.

De esta manera tanto los factores físicos como los ecológicos evolucionan de manera gradual, por esto se dice que existen grandes cambios en la vida de cada persona. Como el envejecimiento es personal y tiene que ver con las experiencias de cada uno, es un proceso que para algunas personas permite un aprendizaje y un crecimiento personal; mientras que para otras este mismo proceso representa el deterioro de muchas facultades tanto mentales como físicas y por lo tanto implica un sufrimiento.

La vejez es el resultado del envejecimiento, más no es la única etapa en la que se envejece. La vejez está contenida en el envejecimiento, como parte del proceso, es decir, la vejez es

la última etapa en el proceso del desarrollo, es asiento de todos los envejecimientos parciales de cada etapa, incluida ella, envejecimiento es todo el proceso como tal desde el nacimiento hasta la muerte pasando por distintos estadios.

González-Celis (2001) señala que en el envejecer existen dos aspectos relacionados que son la diferencia entre el envejecimiento normal y patológico. El envejecimiento se caracteriza por una serie de cambios lentos y continuos que se manifiestan en diferentes áreas del funcionamiento cognitivo. A diferencia de lo que sucede en el caso de las demencias, los cambios que pueden atribuirse al envejecimiento normal, son selectivos y no llega a afectar a todas las funciones cognitivas en general.

Por otra parte, el envejecimiento como un proceso continuo está vinculado a determinados cambios y/o modificaciones: cambios biológicos, en la capacidad de rendimiento (pérdida de agudeza en los distintos procesos sensoriales, enlentecimiento en la actuación psicomotriz, dificultad para la realización de nuevos aprendizajes, etc.), pero envejecer no debe ser sinónimo de deterioro, sino que se debe de abrir una brecha, en donde se debe de ver al envejecimiento exitoso como una manera de poder concebir a esta etapa. Dicho envejecimiento exitoso tiene que ver con la calidad de vida que han tenido y que tienen las personas.

Glover (1998) menciona que el envejecimiento exitoso es envejecer de una manera satisfactoria para la persona, en donde cada sujeto se sienta funcional y autónomo y que esto le pueda permitir llevar una vida independiente llena de satisfacciones tanto física como sociales. Dentro este proceso la familia tiene mucho que ver en la manera en que se vea el envejecimiento porque es el soporte social más cercano para cada persona y es por quien el individuo se preocupa más que en cualquier otra red social.

1.2.3 Estereotipos del envejecimiento

El niño, el adolescente y los ancianos tiene una edad; y el conjunto de prohibiciones y deberes a que están obligados; además de las conductas de los demás con respecto a ellos

no les permiten olvidarla. Pero llegar a la vejez es particularmente difícil porque no es tan fácil asumirse como alguien de la tercera edad, sobre todo porque existen más estereotipos negativos que positivos dentro de nuestra cultura. Laforest (1991) menciona que las actitudes y las prácticas colectivas en relación con la ancianidad ejercen sobre las personas mayores un efecto debilitante y desmoralizador, tanto más cuanto estas personas antes de alcanzar su propia senectud, habrían asimilado personalmente tales actitudes y prácticas.

Cuando a los jóvenes se les niega una oportunidad y a los hombres de 65 años se les descarta estrictamente con base en un criterio de edad, Robert Butler (citado en Kastenbaum, 1980) director del Instituto Nacional de la Vejez en los Estados Unidos, ha llamado desde hace tiempo "edadismo". Con este término designa una forma de discriminación, que resulta tan peligrosa e infundada como el racismo o el sexismo.

La jubilación, obligatoria por la edad, es considerada una oportunidad para los jóvenes, porque se cree que los ancianos son lentos, pierden la memoria, se enferman y no cumplen adecuadamente con el trabajo. Pero hay otras razones que pueden ser más profundas. La edad cronológica puede ser utilizada como un instrumento de poder y control, y esto es porque las personas de mediana edad que son quienes ejercen mayor control en el área laboral son quienes deciden a quien van a contratar basándose en la edad y en la experiencia la cual es tomada en cuenta siempre y cuando el aspirante no tengan demasiada edad.

En el pasado a las personas ancianas se les respetaba y eran tomadas en cuenta, por toda la experiencia que habían adquirido a través de los años, pero conforme avanzó el mundo y se industrializó, todo cambió, y el tener más de 55 años significa ser "inútil".

Otro gran estereotipo es que, conforme la gente envejece se enferma, es decir, que ser anciano es igual a estar enfermo. Sin duda se presentan mayores deterioros físicos y enfermedades entre las personas mayores que entre los hombres y mujeres jóvenes. Algunas enfermedades son especialmente comunes en las personas mayores. La artritis y el reumatismo son ejemplos importantes del tipo de molestias físicas y descritas

ordinariamente como "crónicas" y que se presentan más frecuentemente en las personas mayores y cuyo tratamiento es más costoso. Es fácil, pero no exacto, concluir que la vejez misma es una especie de enfermedad generalizada. Algo importante a considerar es que la enfermedad y la disminución de las facultades no son lo mismo aún cuando ambas constituyen estados muy lejanos del ideal de la salud (De Nicola, 1985).

Este decremento físico puede verse en la mayoría de las definiciones que se mencionaron anteriormente. Reconociendo que las actitudes colectivas frente a la vejez son principalmente negativas y que no desaparecerán en breve, hay que buscar más bien el medio de neutralizar sus efectos en las personas mayores. Hay que aceptar que esos estereotipos existen de hecho, pero no se debe permitir que cansen en la población anciana un efecto devaluante y debilitador.

Es conveniente distinguir bien entre el contenido de los estereotipos (el valor de los ancianos) y su función social (la transmisión de bienes y de poder). Si los ancianos no distinguen ésto, se aplicará la transmisión del mensaje de los estereotipos y, consecuentemente, adoptarán una actitud defensiva, y negarán unos elementos reales: o pueden ceder a la depresión, aceptarán un deterioro de su imagen, etc. Pero si comprenden esta distinción y la asumen con realismo, su identidad personal se verá preservada y estarán en situación de colaborar activamente en las necesarias transferencias intergeneracionales, luchando a la vez eficazmente contra los excesos e injusticias a que pueden conducir los estereotipos sobre la ancianidad (Laforest, 1991).

CAP. II.

CALIDAD DE VIDA

2.1 Aproximación conceptual de Calidad de Vida

La calidad de vida ha sido estudiada durante varias décadas y desde las perspectivas de muy diferentes disciplinas, tales como la medicina, economía, política, sociología, psicología y filosofía, todas ellas imprimiendo y plasmando en el concepto diferentes variables relacionadas con sus áreas en específico.

El surgimiento del concepto de Calidad de Vida es un tema muy controversial y discutido por varios autores; por ejemplo Reimel y Muñoz en 1990 plantean que el término fue popularizado en los años 50's por el economista norteamericano John Galbraith, a través de estudio de opinión pública impuestos por la crisis económica derivada de la Segunda Guerra Mundial, pero que encontraba sus antecedentes en la Sociología y la Psicología Social de los años treinta, El estudio fue realizado con consumidores que buscaban mejorar su sitio de residencia, basándose en datos objetivos. Sin embargo existen autores que señalan que su desarrollo inicial tuvo lugar en las Ciencias Médicas, para posteriormente expandirse a la Psicología y a la Sociología, adquiriendo términos tales como: felicidad y bienestar.

A pesar de que actualmente no existe una definición única ya establecida para la calidad de vida, todas las aproximaciones se centran en las medidas objetivas de bienes materiales con los que cuenta la población y una parte se ocupa de una manera u otra de la satisfacción, la felicidad, el sentido de bienestar y la salud.

A continuación se expondrán algunas de las conceptualizaciones sobre la Calidad de Vida, de diferentes autores para obtener un panorama más amplio sobre la complejidad y la dificultad a la cual se enfrenta el término.

Al respecto Brock (1996) comenta que a la calidad de vida se le puede dar un número de interpretaciones más o menos amplias, según lo que abarquen los factores evaluativos con respecto a la vida de una persona, que se consideren incluidos en ella.

Para Palomar en 1996, comenta que en un tiempo, lugar y sociedad dada, las necesidades son culturalmente definidas, es por ello que la Calidad de Vida es muy relativa y evaluativa y lo que es benéfico para un grupo de gente puede ir en detrimento de otro.

Por otra parte, Levi y Anderson (1980) dicen que la Calidad de Vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada individuo además de felicidad, satisfacción y recompensa. Dicha medida es un componente de la satisfacción en la vida, que incluye áreas como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación económica, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competitividad, pertenencia y confianza, en otros.

Shin y Johnson (1978) proponen que la Calidad de Vida es la posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades y deseos individuales, la participación en las actividades que permitan el desarrollo personal y la comparación satisfactoria con los demás; aspectos dependientes todos del conocimiento y la experiencia previa del sujeto.

Day (1987) distingue trece áreas de actividades que tienen relación con la Calidad de Vida: vida familiar, vida laboral, vida social, placer y/o recreación, salud personal, cuidados en relación a la salud, consumo de bienes y servicios, posesiones materiales, *self*, vida espiritual, vida dentro del país, relación con el gobierno federal y relación con el gobierno local o estatal.

Por su parte Flanagan (1978) afirma que la Calidad de Vida está constituida por quince componentes: 1) bienestar económico; 2) bienestar físico y salud; 3) relaciones con parientes; 4) cuidar y criar hijos; 5) relaciones de pareja; 6) amigos cercanos; 7) actividades cívicas; 8) actividades políticas; 9) desarrollo personal; 10) conocimiento personal; 11) trabajo; 12) expresión personal; 13) socialización; 14) actividades de recreación pasiva y 15) actividades de recreación activa.

Naess (citado en Setién, 1993) ha desarrollado el concepto de "Calidad de Vida Interior". Considera que la calidad de vida interior de una persona es más alta cuanto: 1) más actividad realiza, 2) tiene mayor autoestima, 3) tiene una relación mutua y estrecha de un sentido del nosotros y 4) siente una sensación básica de alegría. Por otra parte Galtung citado por el mismo autor mantienen una visión sobre la Calidad de Vida, que se encuentra en las necesidades humanas y en su satisfacción, susceptible de ser desglosada en aspectos como el nivel de satisfacción, la distribución y estructura de satisfacción, así como la ecología de la satisfacción de necesidades.

Abrams y Hall (citado en Setién, 1993) definen la Calidad de Vida como una función de la satisfacción que experimentan los individuos, para medirla, señalan la necesidad de inclinarse por indicadores sociales subjetivos y hacia problemas de cuantificación de los estados mentales. De esta manera, para estos autores el origen de la expresión "Calidad de Vida", proviene de un fenómeno de conciencia. Esto es, la conciencia de las consecuencias no deseadas, provocadas por el desarrollo económico y la industrialización incontrolada contribuyen a poner de moda la Calidad de Vida.

Puente y Legorreta (1988) dicen que la definición del concepto de "*Calidad de Vida, cuyo referente central es el individuo, tiene dos aspectos fundamentales: la salud psicosomática de una persona y el sentimiento de satisfacción. Ambos presentan elementos subjetivos para su evaluación, sin embargo, la salud se relaciona más directamente con la cobertura de las necesidades esenciales que tienen un significado muy genérico, en tanto que la satisfacción fundamentalmente de factores ligados a la cobertura de los deseos y aspiraciones que tienen un carácter altamente subjetivo*" (pág. 19).

Varios autores como Blanco (1985); Moreno y Ximénez (1996) plantean que la Calidad de Vida objetiva se refracta a través de las aspiraciones, de las expectativas, de las referencias vividas y conocidas, de las necesidades y valores de las personas, de sus actitudes, y es a través de este proceso que se convierte en bienestar subjetivo. No basta con que aumenten los indicadores objetivos socioeconómicos para generar la satisfacción, el bienestar y la felicidad.

Campbell, Converse y Rodgers (1976) han señalado que la Calidad de Vida es una entidad vaga y etérea, algo de lo que todo el mundo habla, pero que nadie sabe exactamente de que se trata. A tal punto ha llegado su indistinción.

La Calidad de Vida es concebida en dos sentidos: Objetiva y Subjetiva. La Calidad de Vida Objetiva, es el grado en el cual las condiciones de vida, bajo criterios observables se encuentran dentro de una buena vida, tales como: seguridad económica, seguridad en las calles, buen cuidado a la salud, educación, etc. En este contexto lo "objetivo" se refiere a la forma de medición; dicha medición está basada sobre criterios explícitos de éxito que pueden ser aplicados por jueces externos imparciales.

En el otro sentido, la Calidad de Vida Subjetiva, se refiere a cómo la gente aprecia su vida personalmente por ejemplo, qué tan seguro piensa que es su ingreso, cómo siente la seguridad en la calle, qué tan satisfecho está con su educación y salud, etc. De ahí, que los criterios "subjetivos", varíen de acuerdo a los juicios emitidos por los individuos y por ende no sea posible explicitar estándares a través de juicios externos (Veenhoven, 1996).

Las apreciaciones subjetivas frecuentemente involucran juicios en términos de "satisfacción". Por lo que la satisfacción es un concepto central en la investigación de la Calidad de Vida Subjetiva. Puesto que si se considera que la Calidad de Vida debe conceptualizarse como una propiedad de las personas que experimentan las situaciones y condiciones de su vida, y por tanto depende de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos objetivos de su entorno, al incorporar la dimensión subjetiva o psicosocial, se debe

subrayar el papel que tiene la satisfacción y su medición a través de juicios cognitivos y reacciones afectivas, felicidad y afecto positivo (Diener, 1984).

Estar satisfecho con la vida, habla de un nivel de autorrealización, se refiere a la experiencia del sentido de la vida. Estar insatisfecho podría indicar que se está frustrado o que no se tiene un sentido de vida, aunque el estar insatisfecho también genera renovación y búsqueda de una nueva vida, de dar otro sentido de vida a la vida (Frankl, 1996).

La Agencia para Protección del Medio Ambiente de Estados Unidos, resume en el informe final de un simposio sobre el concepto de Calidad de Vida: "La Calidad de Vida es un nuevo nombre para una vieja noción, se refiere al bienestar de la gente, principalmente en grupos, pero también como individuos; así como al bienestar del medio ambiente en el cual esa gente vive" (US Environmental Protection Agency, 1973, cit. en Setián, 1993).

A lo largo de todas las definiciones que se han mencionado se puede ver que los autores encuentran algunos aspectos en común para tratar de definir la Calidad de Vida, así que la ubican como:

- La satisfacción de necesidades y deseos
- Calidad de vida por áreas
- Calidad de vida en la vida de manera general
- La sensación de satisfacción
- Evaluación del propio sujeto de su vida (cognición)
- Indefiniciones solamente

Es por ello que es importante tomar en cuenta los elementos económicos y el bienestar, pero no son los únicos determinantes de la Calidad de Vida, de manera que se podría decir que el concepto de Calidad de Vida es muy complejo, que es prácticamente imposible llegar a considerar una definición completa y precisa. Ferráez (1998) señala que más que dar una definición acerca de la Calidad de Vida, se podría explicar que tiene un indicador, el cual es el bienestar subjetivo y éste a su vez se divide en dos componentes: el afectivo y

el cognitivo. En el primer componente se ubica la felicidad, mientras que por parte del segundo componente se encuentra la satisfacción.

2.2 Investigación de la Calidad de Vida

Se han realizado numerosas investigaciones sobre la Calidad de Vida, la mayor parte de las veces tomándola como variable dependiente, otras, más escasas, como variable independiente, para ver su influencia en algunos aspectos concretos.

Es difícil conocer exactamente en qué momento se comenzó a estudiar la Calidad de Vida como tal, ya que Grau (1996) señala que aunque en los años setentas surge el término de Calidad de Vida, su estudio puede remontarse a décadas atrás encubierto en otros conceptos. Se podría considerar que la primera asociación, que a lo largo de la historia se realizó, con el término de Calidad de Vida fue el de Salud, en las civilizaciones griegas, romanas y egipcias; a partir de la cual las personas comenzaron a tener más cuidado con la higiene personal y sobre todo con la salud pública. Sin embargo, en la Edad Media se produce cierto abandono por lo personal y lo público, así como se provoca un cambio de conductas en relación con la higiene, tanto privada como pública.

Ferrández (1998) menciona que un espacio donde se han publicado la mayoría de los trabajos de investigación relacionados a la Calidad de Vida es la revista "Social Indicators Research", que lleva como subtítulo "An International and Interdisciplinary Journal of Quality-of-life Measurement". Ha contribuido a la difusión de la teoría y metodología de todo aquello relacionados con los indicadores sociales y la Calidad de Vida desde el año de 1974. La mayoría de los científicos que se dedican a esta área están de acuerdo en reconocerla como la primera revista dedicada a la Calidad de Vida.

A continuación se describirán algunas investigaciones realizadas por varios autores en distintas décadas:

Como ya se mencionó anteriormente el bienestar subjetivo ha estado sumamente relacionado con el estudio de la Calidad de Vida, ya que es uno de los principales indicadores. El primer estudio de bienestar subjetivo fue llevado a cabo durante la década de los 50 en los Estados Unidos por Gurin, Veroff y Feld (citados en Andrews y Robinson, 1991). El estudio abarcó la "Salud Mental" antes que la Calidad de Vida usada comunmente en los estudios de bienestar subjetivo en las décadas de los 70 y 80.

No todos los estudios se enfocaron exclusivamente en el bienestar subjetivo. El "General Social Survey" (GSS) incluyó una batería de ítems para evaluar la felicidad global y la satisfacción con algunos aspectos específicos de la vida. En 1984 dichos aspectos fueron: ciudad/lugar, actividades fuera del trabajo, vida familiar, amistad y condición física y mental. El GSS fue la mejor medida para obtener datos subjetivos sobre el bienestar en los Estados Unidos durante la década de los 80 (Ramírez, 1998).

Un estudio realizado sobre la Calidad de Vida de los estudiantes es el elaborado por Mezies y Boak, en 1994, titulado "La Calidad de Vida percibida por estudiantes de una Universidad de arte aplicable y tecnología". En esta investigación se examinó la percepción de los estudiantes acerca de su Calidad de Vida del programa mientras estudiaban en la universidad. Se incluyó a 245 estudiantes pertenecientes a primero, segundo y tercer año. En esta muestra se encontraban las respuestas positivas acerca de la Calidad de Vida y de los ítems de la calidad del programa. De cualquier modo, fue grandiosa la satisfacción para los estudiantes de primer año avanzados, segundo y tercer año en comparación a otro primer año. Esto muestra que un grupo pequeño, bien motivado y con felicidad, se identifica con los métodos interactivos enseñados, percibiendo una gran calidad de vida y la calidad del programa.

La competencia entre profesores y los arreglos administrativos pueden mejorar la experiencia estudiantil, y de ahí mejorar la Calidad de Vida, por lo que se puede concluir, que la calidad de los programas educativos son un predictor de la Calidad de Vida de los estudiantes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por su parte González-Celis, Esquivel y Cárdenas (1997) realizaron un estudio titulado "Calidad de Vida subjetiva y valores. Un análisis comparativo", trabajando con tres grupos de sujetos del sexo femenino de edades entre 30 y 55 años, con actividades de: Amas de casa, profesoras e investigadoras universitarias y mujeres profesionistas trabajadoras; seleccionando dichos grupos, por que cada uno se identificaba con un patrón de valores intrínsecos, sistemáticos y extrínsecos, asociados al ser, saber o tener, respectivamente. En donde el objetivo general fue aportar una breve reflexión sobre el constructo Calidad de Vida, su metodología y las dimensiones para su estudio. Para llevar a cabo dicho estudio se aplicó una batería de siete escalas, entre ellas la escala de valores Hartman-Cárdenas (1967), escala para medir la Calidad de Vida de Converse y Rodgers (1976) y cuatro escalas de Osgood de diferencial semántico. Los autores encontraron que el grado de Calidad de Vida está asociado con el nivel de satisfacción total para todas las áreas de la vida, asimismo, existe asociación entre la percepción para las áreas de salud, trabajo y vivienda, con el grado de satisfacción para éstas áreas. Sin embargo la percepción y la satisfacción con la familia no están asociadas. También se detectó una asociación entre la Calidad de Vida, y la Satisfacción para las áreas de la Salud, Trabajo y Vivienda; no así para el área de la Familia. Por último la satisfacción total resultó estar asociada por un lado con la Dimensión Axiológica, y por otro, con la ocupación. Lo que permite proponer cierta asociación entre estas dos últimas variables.

También se han medido temas concretos como la Calidad de Vida respecto del trabajo, vivienda o la escuela; e igualmente se ha estudiado en grupos específicos de población, como los enfermos, ancianos, estudiantes, niños o delinquentes (Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger, 1993; French, Gekoski y Knox, 1995).

Por su parte Keith y Schalock (1994) llevaron a cabo un estudio sobre la satisfacción de la vida con una muestra de adultos de Estados Unidos, Canadá y México. Los resultados mostraron las siguientes condiciones: el factor estructural es similar en los países y en los subgrupos, también fue similar en 1981-1982 y 1991-1992, basados en esas estructuras fueron altamente correlacionados con variables que se definieron como buenas costumbres y son predictores de satisfacción en la felicidad y la vida.

Requena (1995) a su vez estudió la amistad y el bienestar subjetivo en España, comparándolo con Estados Unidos. La asociación fue significativa entre la felicidad y los amigos de trabajo para ambos países y no hubo grandes diferencias. Sin embargo, la amistad tuvo un efecto contrario en la felicidad cuando los datos de ambos países fueron comparados. En lo referente al status socioeconómico, la felicidad fue más alta en España que en Estados Unidos.

Por otro lado, Horley y Little (1995) en su investigación, estudiaron la relación entre bienestar subjetivo y la edad. En su estudio, tuvieron una muestra de 1000 participantes y revelaron una asociación positiva entre bienestar y edad, siendo la edad un predictor significativo del bienestar subjetivo.

Otra temática vinculada a la Calidad de Vida es la estudiada por Jeffres y Dobos, quienes realizaron una investigación en 1993 titulada "Percepción de las oportunidades del ocio y la Calidad de Vida en el área metropolitana". Este estudio es un enfoque de la percepción pública de las oportunidades de ocio y la evaluación de la Calidad de Vida en un área metropolitana de Estados Unidos. Los datos se obtuvieron en tres mediciones dirigidas en 1982, 1986 y 1988, designadas para evaluar la relación entre la serie de variables demográficas, el valor del ocio, la percepción del ocio en el medio ambiente, la comunicación modelo y la evaluación de las áreas de la Calidad de Vida. En total fueron 1068 sujetos los entrevistados y los resultados mostraron que el valor del ocio o tiempo libre es significativo y positivamente relativo para la Calidad de Vida.

Como ya se habla mencionado, los investigadores interesados en la Calidad de Vida no han dejado de lado el estudio de la Calidad de Vida de los enfermos, tal es el caso de Viney, quien en 1994 realizó una investigación llamada "Una comparación de la Calidad de Vida en pacientes terminales con Cáncer". En dicho estudio se comparó la Calidad de Vida en pacientes terminales de cáncer, la muestra fue de 182 personas, divididas en dos unidades de cuidados paliativos en el hospital. Los pacientes que se encontraban en un grupo se les encontró que no estaban de acuerdo con ser unos moribundos, mostraron indirectamente

menos expresión de enojo y más sentimientos positivos. Así como también reportaron más angustia acerca de la muerte pero menos ansiedad en general.

En el Primer Simposio sobre "Calidad de Vida, Salud y Ambiente", se presentó un trabajo de Blanco, Rivera, López y Rueda en 1995 (citados en Ferráz, 1998) con el título de "Calidad de Vida Salud en el Distrito Federal. Una aproximación inicial".

En esta investigación la Calidad de Vida se refiere a las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de los grupos humanos, incluyendo diversas dimensiones, tales como: las condiciones de trabajo remunerado y no remunerado (prácticas domésticas), la cantidad y la calidad de las formas de consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales y políticas y la calidad del entorno. Para los autores, la Calidad de Vida de una sociedad o grupo humano, es mejor mientras más adecuadas sean las condiciones para la reproducción social, para los procesos vitales y para la acumulación genética de ventajas biológicas. Es decir, la capacidad de una sociedad para resolver satisfactoriamente (en cantidad y calidad) el conjunto de necesidades, ya que es lo que posibilita que tengan una buena Calidad de Vida.

Para una aproximación inicial de la Calidad de Vida del Distrito Federal, se seleccionaron variables del Censo de Población y Vivienda de 1990, las cuales fueron agrupadas según el conjunto de necesidades y sus correspondientes satisfactores, así como, por el tipo de intervención gubernamental que se requeriría para la modificación.

Las variables que se seleccionaron en esta investigación fueron: vivienda con piso de tierra, número de ocupantes de la vivienda, vivienda con un solo cuarto, viviendas con agua entubada, viviendas con drenaje a la calle, viviendas con drenaje al suelo, viviendas con energía eléctrica, población de 15 años y más con primaria completa y el ingreso.

Se construyó un índice general de condiciones de vida que permitió ordenar las delegaciones de "peor a mejor" según el componente de necesidades insatisfechas. Así

mismo, se construyó un índice de calidad de vivienda por su importancia en términos del consumo privado y de las condiciones riesgosas para la salud.

Los resultados que se obtuvieron fueron que de las 16 delegaciones que conforman el Distrito Federal, se considera que 3 (13.5%) tienen condiciones de vida precaria: Milpa Alta, Tláhuac y Xochimilco. El grupo de condiciones de vida mala, está compuesto por las delegaciones de: Iztapalapa, Cuajimalpa y Magdalena Contreras (18.9%). En lo que se refiere a las categorías con niveles intermedios de condiciones de vida se ubican siete delegaciones: Tlalpan, Alvaro Obregón, Gustavo A. Madero e Iztacalco (25.0%). En tanto que el 18.7% de las delegaciones de vida pueden considerarse suficientes las cuales son: la Venustiano Carranza, Azcapotzalco y Cuauhtémoc. En la categoría de condiciones de vida satisfactoria se encuentran las delegaciones: Miguel Hidalgo, Coyoacán y Benito Juárez (18.7%).

En relación a las condiciones de salud-enfermedad de la población del Distrito Federal, se presenta información de morbilidad por gastroenteritis, probablemente infecciosa e infecciones respiratorias agudas. En el caso de las infecciones gastrointestinales, las delegaciones que registraron tasas de incidencia más altas fueron: Milpa Alta, Tláhuac, Venustiano Carranza y Xochimilco y por parte de las infecciones respiratorias donde hubo mayor incidencia fue en Cuajimalpa, Magdalena Contreras y Tlalpan.

Los autores concluyen en términos generales que el estudio realizado conforma un panorama de heterogeneidad urbana, de desarrollo desigual de condiciones de vivienda, infraestructura de servicios, así como de condiciones educativas y para la salud. Este diagnóstico, además de informar sobre las condiciones de vida en el Distrito Federal, intenta contribuir a la identificación de prioridades para la acción gubernamental y orientar el tipo de intervenciones que posibilitarían un desarrollo más equilibrado para la entidad. La calificación de las delegaciones y su agrupación en niveles de prioridad permite definir el tipo de acciones y las zonas con mayores necesidades programas de mejoramiento de la vivienda, desarrollo de infraestructura de servicios, políticas educativas y de salud y desarrollo e implementación de procedimientos de monitoreo ambiental y poblacional.

Estas son algunas de las investigaciones que se han realizado a lo largo del tiempo, aunque realmente existe un gran número de investigaciones que toman a la Calidad de Vida como variable a estudiar.

2.3 Conceptos relacionados a la Calidad de Vida

Para poder realizar un gran número de investigaciones en torno a la Calidad de Vida, los investigadores han tenido que utilizar varios conceptos para poder denominarla, en muchas ocasiones son utilizados como conceptos asociados o como sinónimos o inclusive como componentes característicos de ésta, entre los conceptos que se han utilizado con mayor frecuencia son la vivienda, la salud, el nivel de vida, el modo de vida y la escolaridad.

Dentro de los conceptos asociados a la Calidad de Vida se encuentra el mencionado por Bliss en 1996 el *"estándar de vida"* y es definido como todo aquello que una persona quiere tener, y abarca todos los aspectos de la Calidad de Vida. Pero su uso indiscriminado por los economistas y por el uso popular lo han hecho que pierda este sentido ya que es usado como un significante económico limitado. Ya que lo han hecho así, quizás sea conveniente inventar un nuevo término si se tiene la intención de darle un significado diferente.

Otro concepto que es también relacionado es el *"estilo de vida"* el cual implica tanto un conjunto de consumo como las preferencias. Este término se relaciono con la Calidad de Vida cuando los economistas consideraban que lo único que giraba alrededor de la Calidad de Vida era la cuestión monetaria, a lo cual Bliss (1996) menciona que se podría explicar este fenómeno si se caracteriza, al estilo de la vida occidental como adquisitivo y consumista. Con énfasis en el trabajo como una actividad valiosa y satisfactoria, por lo cual el estilo de vida está estrechamente relacionado con la productividad económica. Se debe de tomar en cuenta que los estilos de vida son modificables, los cambios se pueden generar

de forma gradual o abruptamente, o por otro lado pueden ser decisiones conscientes de seguir otro estilo de vida o que se deriven de decisiones involuntarias.

Para lograr valorar el grado de bienestar social de un pueblo o país, se han elaborado diversos indicadores que permiten diagnosticar las condiciones y la Calidad de Vida de una nación. Algunos de esos indicadores son: ingreso per cápita, mortalidad infantil, disponibilidad de alimentos, tasa de alfabetismo, vivienda, educación, cultura entre otros (González-Celis, 2002).

Los indicadores objetivos se refieren a medidas de situaciones, sucesos o condiciones de carácter concreto que pueden ser observados y medidos de manera fáctica. Los indicadores deben ser capaces de expresar problemas tanto de salud, económicos y ambientales, y medir el grado de progreso desde el punto de referencia hacia la meta (Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo, 1988).

Allardt (1993) considera que el bienestar está sumamente relacionado con la satisfacción de necesidades, es decir, el bienestar está en función de los recursos disponibles para la satisfacción de las necesidades individuales, y el grado de satisfacción se encuentra condicionado por: a) los recursos disponibles que posee el individuo, y b) los recursos disponibles de tipo social. Dichos recursos están relacionados con los valores de tener, amar y ser.

Como ya se ha mencionado anteriormente la Calidad de Vida puede medirse de diferentes maneras pero se han realizado muchos estudios tomando como conceptos relacionados a la Calidad de Vida algunos indicadores sociales los cuales pueden medirse de manera objetiva. Dichos indicadores sociales son totalmente materiales y hacen que una persona se sienta satisfecha por lo que tiene. A continuación se describirán algunos de estos conceptos:

2.3.1 Nivel de Vida

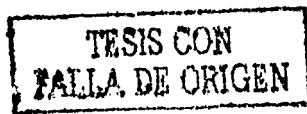
En cuanto al nivel de vida, Chávez (1994) menciona que después de la Segunda Guerra Mundial, las Naciones Unidas señalaron que el bienestar social se centra en el concepto de calidad y nivel de vida de la población. Considerando al nivel de vida como la unidad de análisis para el bienestar social. Los indicadores que se han utilizado para valorar y evaluar dicho bienestar son: a) El nivel de vida y b) la satisfacción de las necesidades sociales.

Para el mismo autor el nivel de vida expresa el grado y condiciones de satisfacción de las necesidades individuales y colectivas que goza una persona, una familia, un grupo y/o una clase social. La expresión se utiliza para hacer referencia a las condiciones reales de vida de una población, diferenciándola del término estándar de vida que designa aspiraciones, esperanzas e ideas en lo que concierne a las condiciones de vida que se consideran convenientes según fines determinados. Asimismo considera que el nivel de vida debe estudiarse en sus múltiples aspectos por medio del análisis de diversos componentes: salud, nutrición, educación, etc. Expresadas mediante el empleo de diversos indicadores, por ejemplo: tasa de esperanza de vida, índice de mortalidad, etc.

"El nivel de vida es una medida del flujo de bienestar, cuyas ventajas radican en que sus componentes miden con mayor efectividad el nivel de bienestar de la población, así como los niveles para la satisfacción de las necesidades, su valoración real, una medición de flujo y de la pertinencia de los indicadores" (Chávez, 1993, pág. 28).

Por otra parte García y Lima (1985) consideran que el nivel de vida constituye la base material de la existencia cotidiana; lo que permite juzgar la presencia o ausencia de las condiciones primarias que se requieren, para satisfacer las múltiples necesidades de los hombres, desde la alimentación, vestido, nutrición, vivienda, hasta los superiores como el trabajo, enriquecimiento cultural y espiritual (aunque no necesariamente la religión).

Johansson (citado en Setién, 1993) desarrolló una visión del nivel de vida en la cual los recursos son el elemento central de la Calidad de Vida, y otorga como definición lo siguiente: *"El dominio del individuo sobre los recursos de tipo monetario, propiedad,*



conocimiento, energía física y psicológica, relaciones sociales, seguridad, etc. Por medio de las cuales puede controlar y dirigir sus condiciones de vida". De esta manera el nivel de vida queda definido como la capacidad del individuo para disponer de recursos de todo tipo: económico, políticos, sociales, físicos, educativos, entre otros.

Knox (citado en Setién, 1993) define el nivel de vida por una serie de siete componentes, cada una de las cuales representa una clase diferente de necesidad humana: nutrición, salud, vivienda, educación, ocio, seguridad, excedente de renta tras satisfacer las necesidades básicas.

Por último Erickson en 1996, comenta que el primer concepto de nivel de vida surge de una encuesta realizada en Suecia en 1968 y, es: "*El nivel de vida es el dominio del individuo sobre los recursos en forma de dinero, posesiones, conocimiento, energía mental y física, relaciones sociales, seguridad y otros por medio de los cuales el individuo puede controlar y dirigir conscientemente sus condiciones de vida*" (pág. 107). También señala que si se decide que las necesidades son lo más importante, entonces lo que interesa es el "grado de satisfacción de las necesidades", pero si se da mayor importancia a los recursos, entonces lo que interesa es más bien la capacidad del hombre para satisfacer esas necesidades, expresado más generalmente para controlar y dirigir conscientemente sus condiciones de vida.

Para juzgar el nivel de vida de una persona o grupo se deben de conocer sus recursos y condiciones en varios aspectos, que no son transferibles entre sí. Por ejemplo tener conocimientos de las condiciones económicas no es suficiente, también se debe tener información sobre la salud, condiciones de trabajo, etc., para determinar el nivel de vida.

2.3.2 Modo de Vida

García y Lima (1985) señala que el modo de vida se relaciona con un aspecto del modo de producción, de tal forma que se le atribuye un papel cualitativo, describiéndolo como el

modo por el cual los miembros de la sociedad en general utilizan y desarrollan las condiciones de vida.

Setién (1993) menciona que para definir el modo de vida es a través de las formas de actividad vital de los hombres, como expresión específica de procesos concretos (trabajo, actividad psicopolítica, de la unidad familiar, el tiempo libre) lo cual no contradice, sino que complementa a la definición de condiciones de vida como la materialización (soporte y niveles físicos de bienestar) de estos procesos.

El concepto de modo de vida, de muy amplia significación, tiene los aspectos cuantitativos y cualitativos mutuamente relacionados. Si el aspecto cuantitativo de vida se expresa, fundamentalmente, en determinado sistema de exponentes de bienestar material, el aspecto cualitativo se expresa ante todo, en el grado de libertad social, en las condiciones de desarrollo del individuo, en sus valores espirituales y culturales (García y Lima, 1985).

El modo de vida de manera general posee rasgos generales de la forma de vivir del hombre en la sociedad, su lugar en el sistema de relaciones sociales y las posibilidades creadas por el régimen social en cuestión para la actividad humana, es decir, toma en cuenta el modo en que vive el hombre.

2.4 Componentes de la Calidad de Vida

Para realizar las investigaciones sobre la Calidad de Vida ha sido necesario que se empleen indicadores objetivos (ya que la mayoría de las investigaciones han sido cuantitativas), incluyendo variables objetivas, observables y cuantificables en función de criterios externos, por ejemplo: ingresos económicos, vivienda, trabajo, educación y ambiente, entre otras. Por lo que se observa un vacío en torno a la medición subjetiva de la Calidad de Vida y la Psicología como ciencia científica puede responder a la necesidad de crear modelos que expliquen el constructo Calidad de Vida a través de la percepción subjetiva del bienestar de los individuos en una población.

2.4.1 Objetivos

Los indicadores de Calidad de Vida, explica Setién (1993), son una nueva clase de indicadores sociales que se basan, tanto en hechos objetivamente observables y en las condiciones de vida en la sociedad, como en las percepciones y juicios subjetivos de la propia gente respecto de su vida y sus circunstancias concretas. Los indicadores objetivos se refieren a medidas de situaciones, sucesos o condiciones de carácter concreto que pueden ser observados y medidos de manera fáctica. En tanto los indicadores subjetivos miden descripciones de los individuos respecto de sus sentimientos y percepciones acerca de ellos mismos y su entorno.

Veenhoven (1997), realiza una división de los indicadores que pueden ayudar a medir la Calidad de Vida y hace referencia a la Calidad de Vida presumida y la Calidad de Vida aparente. En la primera se enfoca a evaluar la presencia de las condiciones que se juzgan que producen una buena vida en los individuos, por ejemplo; las condiciones materiales, la riqueza, la escolaridad; mientras que con el segundo término tiene que ver con la evaluación de las apreciaciones de la vida a través de los juicios elaborados por el individuo mismo.

Dentro de los componentes de la Calidad de Vida objetiva se encuentran una serie de factores que como ya se mencionó anteriormente pueden ser medidos de manera cuantitativa como es la vivienda, la salud y la escolaridad entre otros:

2.4.1.1 Vivienda

Se trata de un área que se refiere al nivel de vida material, aspecto universal que alcanza a todo el mundo, y que puede reflejarse a través de la vivienda, y esto es porque nos habla de la producción de bienes y de su distribución entre las personas y grupos de la sociedad.

Es innegable que los temas económicos tienen significación y deben ser tomados en cuenta. Así lo han entendido un gran número de autores que han realizado numerosos trabajos con temas de indicadores para informes sociales, para estudiar el bienestar o con el fin de reflejar la Calidad de Vida de las personas. Todos ellos reconocen que se trata de uno de los ámbitos importantes, dejando claro que no es el único, y en ciertos casos, ni siquiera es predominante.

La vivienda, llega a ser el reflejo de la producción de bienes, porque satisface necesidades de los individuos, necesidades universales, y no solamente en la cuestión económica sino también en cuanto a la percepción sentimental de cada uno de los individuos.

En este sentido todos los pueblos, todas las sociedades han necesitado y seguirán necesitando producir alimentos, ropa, vivienda, utensilios y demás artilugios que permitan bien únicamente sobrevivir, bien disfrutar de numerosos bienes con el consiguiente bienestar material, dependiendo del éxito que los grupos humanos tengan en la creación y aumento de la riqueza. En el tipo de sociedad en la que nosotros nos desenvolvemos -la cual es industrial en su mayoría- la vivienda, como corriente de bienes y servicios o como corriente de coste de los factores intervinientes en la consecución de la producción, proporciona una visión de estos elementos materiales.

Setién (1993) menciona que la vivienda satisface necesidades y son necesidades muy variadas, primordialmente materiales, aunque no única y exclusivamente. Satisface las necesidades materiales más imperiosas: alimentación, abrigo, etc., y por otra parte también satisface necesidades del tipo social en que se vive, provenientes del desarrollo económico conseguido; así, los bienes materiales de los que no depende la supervivencia pero no por ello menos básicos en la actualidad. En nuestra sociedad donde las posesiones son tan importantes, donde el valor de los hombres se mide en muchos casos por lo que tienen, también las necesidades de estima de unos mismos, prestigio, posición, reconocimiento por parte de los demás pueden verse satisfechas con la posesión de bienes económicos y por lo mismo la vivienda es muestra de la Calidad de Vida que puede tener una persona, lo que

tenga en cuanto muebles, drenaje, luz, aparatos electrodomésticos, el tipo de piso, los servicios a los que tienen acceso, etc.

2.4.1.2 Salud

Brock (1996) considera que es necesario observar más ampliamente temas y áreas de investigación que con frecuencia no se ocupan explícitamente de la Calidad de Vida y que, sin embargo, tienen una importante influencia sobre ella, tal como lo es la ética médica. Al parecer no suele ocuparse explícitamente en el área médica el concepto de Calidad de Vida, sino que emplean otros conceptos que están estrechamente relacionados con ella o que en contexto son más o menos equivalentes. A veces se emplea el concepto de "Salud".

La Organización Mundial de la Salud la define como "un estado de completo bienestar físico, mental y social"(Ferrández, 1998, pág.26). En donde se encuentra una falta de indicadores positivos, físicos, mentales y sociales, puesto que, lo mismo ocurre con los indicadores para medir el bienestar físico, son escasos los indicadores positivos válidos de bienestar social y mental, debido a que emplean indicadores de patología social y mental. Ejemplos de estos indicadores son las tasas de suicidio, homicidios, actos de violencia y otros crímenes; accidentes de tráfico, delincuencia juvenil, abuso del alcohol y de drogas; tabaquismo, consumo de tranquilizantes, obesidad. Muchos de estos fenómenos no se dan en los países ricos y están adquiriendo considerables proporciones en algunos países menos adelantados que experimentan un desarrollo económico relativamente rápido, caracterizado por la industrialización y la migración rural-urbana (OMS, 1981).

También la identifican con el carácter subjetivo o individual del concepto: "Una persona determina que está enferma, o que ha perdido salud, cuando juzga que hay algo indeseable, más allá de la multitud de pequeñas molestias cotidianas causadas por problemas menores, cuyos síntomas a menudo no se asocian con la percepción de enfermedad" (Vandale, Rodríguez, Laguna y López, 1984; pág. 154).

Yanquelevich y Méndez (1986) vinculan la conceptualización de salud con aspectos estadísticos y la definen como "un complejo fenómeno de población, cuya dinámica se ve

afectada tanto por factores biológicos como por los de estructura socioeconómica" (pág. 149).

El término salud tiene conceptos asociados, tales como: salud mental y salud ambiental, los cuales son de suma importancia para considerar de manera más global el concepto de salud. Algunos autores proponen los siguientes indicadores generales para medir la salud mental: el consumo de psicofármacos, los informes clínicos de los enfermos que reciben servicios profesionales, el recuento de los alcohólicos y otros farmacodependientes, suicidios y otros tipos de violencias.

De ahí que De la Fuente (citado en Waldegg, 1995) defina a la salud mental como un aspecto de salud integral e inseparable del resto. No es únicamente la ausencia de enfermedades y trastornos, sino el desarrollo óptimo de las potencialidades para la vida. El mismo autor también habla de la Salud Ambiental, la cual es definida *"la causa como e muchos problemas de salud no sólo se encuentra en el conflicto entre nuestra biología y la naturaleza, sino entre la biología, nuestra psicología y la estructura y organización de nuestra sociedad"* (pág. 169).

Para López (citado en Waldegg, 1995) sitúa a la salud ambiental como un componente restringido del campo más amplio de salud pública y la define así *"en sentido estricto la parte de la salud pública que se ocupa de las formas de vida, las substancias, las fuerzas y condiciones del entorno del hombre que pueden ejercer una influencia sobre su salud y su bienestar"* (pág. 15).

Es sabido que el hecho de los indicadores tradicionales de salud sin en su mayoría indicadores negativos que expresan daños tales como incidencia o prevalencia de la enfermedad, invalidez y muerte. Sin embargo existen algunos intentos por acercarse a lo que podría llamar una epidemiología de la salud, a través de indicadores positivos que no tengan que referirse a las expresiones más extremas del proceso salud-enfermedad.

Terris en 1980 (citado en Setién, 1993) define cuatro tipos de indicadores que pueden dar una idea positiva de la salud de una población:

- la medida del desempeño de los individuos
- los estudios para conocer la capacidad y potencialidad que se tiene para su desempeño, que incluyen las evaluaciones de crecimiento y desarrollo
- los impedimentos que tienen las personas para su desempeño satisfactorio
- el estudio de sensaciones o apreciaciones subjetivas de bienestar físico, mental y social.

También Musgrove (citado en Ramírez, 1998) propuso como alternativa en el diagnóstico de la salud a los indicadores socioeconómicos, donde se estima la utilidad para su evaluación y se indica cómo se podrían organizar y desdoblar la información relacionada con cada uno de ellos. Los ocho indicadores socioeconómicos considerados son:

- 1.- Información demográfica, la población clasificada según la edad, el sexo, la distribución geográfica y la condición socioeconómica,
- 2.- Fecundidad general,
- 3.- Disponibilidad de proteínas y calorías per cápita,
- 4.- Alfabetización,
- 5.- Proporción de población en extrema pobreza,
- 6.- Desempleo, 7.- Producto interno bruto (PIB) per cápita y estructura del producto nacional bruto (PNB),
- 8.- Proporción de la población que vive en condiciones marginales.

Para finalizar Brock (1996) señala que a la Calidad de Vida se le puede dar un número de interpretaciones más o menos amplias, según lo que abarquen los factores evaluativos con respecto a la vida de una persona, que se consideren incluidos en ella. La medicina y el cuidado de la Salud con frecuencia afectan la vida de una persona sólo en áreas o aspectos limitados. A pesar de ello, lo que interesa es "lo que hace que una vida sea mejor", a lo que Brock considera que la medicina y el cuidado de la salud pueden afectar más aspectos de ese problema de lo que pudo creerse inicialmente.

2.4.1.3 *Escolaridad*

Este punto es muy importante en el estudio de la Calidad de Vida porque dentro de una sociedad industrializada como la nuestra es muy necesario que la mayoría de las personas tengan algún tipo de estudio porque dependiendo de éste es el tipo de ocupación o empleo a que se dedicará y por lo mismo los beneficios económicos que obtendrá serán mayores mientras mayor sea su nivel de estudios (Ramírez, 1998).

Para Setién (1993) dentro de las necesidades humanas el recibir educación es muy importante para que el hombre tenga un bienestar tanto material como espiritual. Se debe de entender que al referirnos a educación no es solamente el asistir a la escuela sino todo lo que el hombre puede aprender de hombre, como los modales, la manera correcta de comer, el saber escuchar a las otras personas, etc.

La escolaridad ha sido estudiada como indicador de Calidad de Vida porque se presupone que mientras más estudios tenga una persona mejor será su percepción en cuanto a su Calidad de Vida por todos los conocimientos que se han adquirido a través del tiempo. Se han realizado algunas investigaciones con la hipótesis de que mientras más estudios tenga una persona la manera en que se percibe en cuanto a satisfacción es mayor, pero los resultados han demostrado que éste no es siempre así; la percepción que tiene cada persona en cuanto a lo que es la Calidad de Vida dependerá más de su modo de vida y estilo de vida que no necesariamente tiene que ver con la escolaridad. Hay personas que tienen estudios mínimos pero su manera de ver la vida y el como vivirla dependerá más de las costumbres y hábitos que ha aprendido por la relación con su entorno que del número de años que tienen de asistir a la escuela (Chávez, 1994).

Por su parte Ramírez en 1998 señala que el alfabetismo es tanto una medida de bienestar con un aspecto necesario para el proceso de desarrollo. El grado de alfabetismo de los grupos pobres ayudará a determinar cuál será su parte en la distribución de los beneficios del desarrollo.

2.4.2 *Subjetivos*

Vecnhoven (1996) señala que la Calidad de Vida involucran apreciaciones subjetivas en términos como la satisfacción, juicios de las cosas que han afectado su vida, juicios que se construyen sobre la estructura de las creencias y valores de las personas. Si esto es verdad entonces el bienestar subjetivo se origina a partir de las metas que cada persona se va creando, sus valores y creencias que parten de la sociedad en la que se está relacionado la persona..

Como ya se ha mencionado la Satisfacción juega un papel primordial en la percepción de la Calidad de Vida subjetiva. Puesto que si se considera que la Calidad de Vida debe conceptualizarse como una propiedad de las personas que experimentan las situaciones y condiciones de vida, por tanto depende de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos objetivos de su entorno, al incorporar la dimensión subjetiva o psicosocial, se debe subrayar el papel que tiene la satisfacción y su medición a través de juicios cognitivos y reacciones afectivas, afecto positivo (Ferréz, 1998). Se han distinguido dos componentes en la evaluación subjetiva del bienestar: la satisfacción (cognitivo) y la felicidad (afectivo) que es más inestable e influenciado por cambios del humor.

La evaluación subjetiva del bienestar es definida por Campbell (1976) como un proceso intelectual en el cual el individuo compara su percepción de su situación actual con una situación que esperaba, aspiraba o creía merecerse.

Este enfoque acerca del estudio de la Calidad de Vida surge dentro del campo de las ciencias sociales, unido al de los indicadores sociales, a este interés y movimiento se le ha calificado como el Movimiento de Indicadores Sociales; donde el objetivo es medir el cambio social, el desarrollo habido, teniendo en cuenta los diversos elementos sociales, políticos, psicológico, culturales, que habían sido dejados de lado por el análisis económico, mostrando así los distintos componentes de la Calidad de Vida (Ferrárez, 1998). Se entiende por Sistema de Indicadores Sociales una forma tentativa para conceptualizar,

operacionalizar y medir, por medio de un conjunto de indicadores sociales, la diversidad de aspectos que conforman la Calidad de Vida.

En la actualidad el componente de la Calidad de Vida subjetiva está siendo abordado con mayor énfasis, siendo relacionado con la percepción y la evaluación de la situación objetiva propia de cada persona.

Andrews y Withey (1974) mencionan que deben considerarse además de incluir las medidas objetivas de la Calidad de Vida las medidas subjetivas. En donde las objetivas muestran las condiciones en que se encuentran los diversos indicadores: las medidas subjetivas introducen valoraciones de los individuos sobre el proceso y las condiciones, así como la importancia que tienen éstas para los sujetos. Ambos tipos de medidas son tan importantes y se complementan entre sí, y este tipo de modelo se centra en indicadores de tipo perceptivos, que valorizan los elementos cualitativos que en la actualidad comienzan a tener más importancia.

Ferrález, (1998) señala que un punto que ha comenzado a cobrar importancia es el saber quien es el más correcto para juzgar la Calidad de Vida de cada persona; es decir, el mismo individuo o un observador externo. Erikson (1996) tratando de responder a esto afirma que si la noción de bienestar se basa en las necesidades, parece muy natural medir su nivel, preguntando a las personas si están o no satisfechas. El problema con una noción que se basa en la propia evaluación que las personas hacen de su grado de satisfacción es que en cierta medida está determinado por el nivel de aspiraciones, esto es, por lo que consideran que merecen. Esto significa que medir qué tan satisfechas están las personas es casi equivalente a medir qué tan bien se han adaptado a su medio ambiente actual.

Ramírez (1998) está de acuerdo en que la Calidad de Vida aparece como la resultante de la intersección de áreas objetivas y subjetivas, la cual es incapaz de ser evaluada a partir de uno solo de estos dos aspectos, ya que se podría caer en los extremos, si solo se evalúa un área de la Calidad de Vida, por ejemplo si sólo se enfoca en las actitudes y opiniones de las personas, es bien sabido que hay una gran variación en la habilidad para expresar la

satisfacción y el descontento, además de que no todas las personas son capaces de expresarse, por lo que basar la elección del criterio del bienestar enteramente en las opiniones subjetivas de las personas probablemente conduciría a un estudio poco fructífero. Pero por otra parte, ignorar por completo lo que las propias personas opinan, sería un error. Sería más fácil resolver el dilema si complementaran y utilizaran tanto los resultados de las medidas objetivas, como los de las subjetivas.

2.5 Evaluación de la Calidad de Vida

En la actualidad muchos autores han considerado que la evaluación del bienestar subjetivo ha alcanzado un gran auge. Este tipo de bienestar puede comprenderse en términos globales o puede referirse a un aspecto específico de la vida, como el trabajo, la vivienda, la familia y el ingreso.

Andrews y Robinson (1991) señalan que el bienestar subjetivo es una actitud que incluye dos componentes básicos: la cognición y el afecto. El componente cognitivo se refiere a la razón o el aspecto intelectual mientras que el componente afectivo involucra aspectos emocionales. El aspecto afectivo debe ser subdividido en dos afecto positivo y afecto negativo.

El bienestar subjetivo se ha evaluado con diferentes escalas y cuestionarios. Se ha demostrado que pequeñas variaciones en la forma de hacer las preguntas tiene influencia en la distribución de las respuestas.

2.5.1 Escalas de bienestar subjetivo

- **Escala de felicidad:** Grau (1996) comenta que quizá pueda parecer pretencioso evaluar la felicidad; sin embargo se han intentado numerosos intentos de operacionalizar este concepto para su evaluación. Andrews y Robinson (1991) la definen como un estado

emocional actual y Campbell , Converse y Rodgers (1976) la definen como un estado emocional transitorio.

Andrews y Robinson (1991) señalan que puede ser medida la felicidad por medio de dos preguntas y son:

a) Tomen todo en total: ¿Cómo dirías que están las cosas en este día? Y ¿Podrías decir que estás muy feliz, bastante feliz o no tan feliz?

- **Escalas de satisfacción de ítems simples:** La satisfacción se refiere a la dimensión cognoscitiva del bienestar subjetivo y la expresa la evaluación que se efectúa entre las aspiraciones o expectativas y los logros consecutivos, es decir, es la valoración por el sujeto de las discrepancias entre el nivel de pretensiones y el nivel de logros.

Las escalas típicas de satisfacción son de medidas con un ítem simple, que pregunta: ¿Qué tan satisfecho está con?. La pregunta hace referencia a un concepto global, como , la vida en general o como un todo o en relación tan específicos de la vida (Campbell, Converse y Rodgers, 1976).

- **Escalas de bienestar subjetivo:** Este tipo de escala es más general y pueden realizar preguntas acerca de la satisfacción o de la felicidad de una manera más general, entre estas escalas se pueden encontrar:

* **Escala de la escalera.** Cantril (citado en Andrews y Robinson, 1991) desarrolló la escala de la escalera, en donde se le decía al sujeto; "*aquí hay una fotografía de una escalera, supón que lo alto de la escalera representa lo mejor posible de la vida para ti y el final o el pie representa lo peor posible de tu vida. ¿En donde de la escalera pondrías en el tiempo presente?; ¿Dónde de la escalera estuviste hace cinco años? Y ¿Dónde piensas que podrías estar en cinco años más que ahora?*".

* **Escala de la montaña.** Así como la escala de la escalera, estas son dos escalas gráficas, que intentan obtener la evaluación del bienestar subjetivo sin utilizar una palabra específica

Esta escala fue desarrollada también por Cantril (citado en Andrews y Robinson, 1991) para emplearla en países donde la escalera fue muy común y esto podría dificultar que la gente entendiera la idea. *"La escala de la montaña consiste en una línea dibujada en forma de montaña con once escalones ascendentes. Las instrucciones de esta escala son: Ahora me gustaría preguntarte, ¿Qué tan satisfecho estas con tu?. Si tu estas extremadamente satisfecho, apunta en lo más alto de la montaña, Si estas insatisfecho apunta el final. Si tu estas satisfecho con algunas partes e insatisfecho en otras, apunta hacia algunos escalones entre lo más alto y lo más bajo de la montaña. Solo apunta el escalón de la montaña que englobe mejor qué tan satisfecho te sientes respecta a"*

* **Escala de Encantado-Terrible.** Fue desarrollada por Andrews y Whitney (1976). Es una escala de respuesta con siete categorías designadas para evaluar el bienestar subjetivo en tal forma que los componentes afectivos y cognitivos puedan ser representados.

"En la siguiente sección de la entrevista queremos descubrir cómo te sientes acerca de algunas partes de tu vida y la vida en tu país. Por favor dime los sentimientos que tienes ahora, los del último año y los que esperas del futuro cercano. Solo dime qué número de esta tarjeta das al mejor resumen de cómo te sientes. Siete para encantado; seis para a gusto y así sucesivamente hasta llegar al uno si te sientes terrible acerca de ello. Si tu no tienes sentimientos de todo en la pregunta di <A>. Si tu nunca pensaste en algo que pregunte di y si hago una pregunta que no se aplica a ti di <C>".

Headey (citado en Andrews y Robinson, 1991) modificó la escala de Encantado-Terrible, insertándole dos categorías adicionales, convirtiéndola en una escala de nueve categorías. Las nuevas categorías son: muy a gusto, entre encantado y a gusto y muy infeliz, entre terrible e infeliz.

* **Escala de Equilibrio Afectivo** (Affect Balance Scale, ABS). El objeto de la prueba es la evaluación de las reacciones psicológicas positivas o negativas frente a los sucesos

estresantes de la vida cotidiana o la capacidad que la persona demuestra para afrontar los efectos causantes de estrés más frecuentes.

La escala consta tan sólo de diez ítems referidos a un periodo corto ("Las últimas semanas"), que evalúan, alternativamente cinco de ellos afectividad positiva y los otros cinco afectividad negativa. La autoadministración de la tarea es breve. El contenido de las preguntas de afectividad positiva incluyen diversos ejemplos de activación, participación e implicación placentera en actividades, en tanto que las de afectividad negativa se exploran sentimientos depresivos, aislamiento e infidelidad.

A cada respuesta se asigna una puntuación de 1 ó 0, dependiendo de que la respuesta sea afirmativa o negativa. La escala ha sido utilizada también con un sistema de respuestas 2-1-0, correspondiendo a "frecuentemente", "a veces" o "nunca", aunque con escasa capacidad discriminativa respecto a la modalidad de respuesta dicotómica. (Buela-Casal y cols., 1999).

* *Escala de Bienestar General* (General well-being schedule, GWBS). La escala pretende recoger los sentimientos subjetivos respecto al bienestar y tensión psicológica Siguiendo la teoría de Kurt Lewin (citado en Buela-Casal y cols., 1999), la prueba trata de evaluar el modo en que el sujeto siente su "estado personal interno" en contraposición con el medio externo social y laboral, recogiendo los sentimientos positivos y negativos.

Consta de 18 ítems en los que se le solicita al sujeto que exprese sus sentimientos "durante el último mes": Las 14 preguntas iniciales son contestadas mediante una escala de tipo Likert de frecuencia o intensidad de 1 a 6 y las 4 finales en una escala de 1 a 10. En los últimos años se ha desarrollado también una escala de 10 ítems, extraídos de entre los 18 anteriores, con cuatro facetas: bienestar positivo, humor depresivo, control emocional y tensión-ansiedad.

* **La Escala Moral de Bienestar Subjetivo PGC** (Philadelphia Geriatric Center) para ancianos, elaborada y revisada por Lawton en 1975, la cual mide el bienestar general subjetivo de adultos mayores (Andrews y Robinson, 1991).

La escala original consistió de 22 ítems, presentados en un formato de “acuerdo-desacuerdo”, desarrollada por Lawton en 1972, quien más tarde la revisó, dejándola en 17 ítems dicotómicos con opciones de respuestas: “Si-No”. Puede ser autoadministrada, o aplicada por entrevista y está dividida en tres subescalas o factores.

El factor 1 “Agitación” incluye ocho ítems con opción de respuesta dicotómica, Si-No. El factor 2 “Actitud hacia su propio envejecimiento” se compone de siete reactivos, donde el reactivo tres del factor 2 es igual al reactivo uno del factor 1.; asimismo el reactivo cinco, la opción de respuesta es: “mejores-peores”, calificándose igual que las respuestas Si-No. El factor 3 “Soledad/Satisfacción” tiene ocho ítems, seis reactivos con opción de respuesta dicotómica Si-No y dos reactivos abiertos los ítems uno y cinco. Además los reactivos cuatro y seis del factor 3 son iguales a los reactivos seis y tres del factor 1, respectivamente; y el reactivo tres del factor 3, igual al reactivo seis del factor 2.. La calificación se obtiene sumando un punto por cada respuesta dicotómica valorada de manera positiva moralmente; siendo la calificación máxima 17 puntos, el nivel más alto de bienestar subjetivo.

* **La Escala de Depresión Geriátrica** (Geriatric Depression Scale GDS) de Yesavage y cols. (1983). Es una escala para evaluar síntomas depresivos, de fácil manejo. Puede ser autoadministrada o por entrevista, y el tiempo aproximado en su aplicación es entre 10 y 15 minutos.

Está diseñada para aplicarse en población de ancianos. Está compuesta por 15 ítems, formados por una serie de preguntas cortas con respuestas dicotómicas “Si-No”, Diez reactivos son preguntas que si se responden afirmativamente indican depresión; mientras cinco de los reactivos están formulados de manera contraria. El orden de presentación en cuanto a lo positivo y lo negativo es aleatorio, para evitar alguna tendencia en las respuestas “sí” o en las respuestas “no”.

La codificación de las respuestas, es de fácil manejo otorgando un punto para cada pregunta que es respondida, a la opción "Sí" o a la opción "No", que indicara depresión. La calificación total se obtiene al sumar los puntos, por lo que la calificación mínima es de 0 puntos lo que equivale a cero depresión y un máximo de 17 puntos equivalen a la puntuación máxima y son síntomas de presencia de depresión. En manera general una puntuación mayor de cinco puntos equivalen a presencia de síntomas depresivos.

* **Inventario de Salud Mental (Mental Health Inventory, MHI)**. Su finalidad es evaluar la supuesta naturaleza multidimensional del bienestar psicológico. Por ello, la prueba incluye cinco factores a explorar: ansiedad, depresión, pérdida de control conductual y afectivo, afectividad general positiva y lazos emocionales.

Es una escala autoaplicable y todas las cuestiones hacen referencia al último mes. Todas las preguntas son de elección múltiples, generalmente con seis opciones de respuesta. Se compone de 46 ítems que se organizan del siguiente modo; 15 ítems se derivan de la escala de GWB de Dupuy (Citado en Buela-Casal y cols., 1999) y exploran la salud general; 20 ítems se derivan de otras escalas y exploran la ansiedad, depresión, afectividad general positiva y pérdida de control conductual y emocional; tres ítems evalúan los lazos afectivos y los ocho ítems restantes se corresponden con la dimensión de sinceridad o respuestas de discapacidad social.

CAP. III.

LA JUBILACIÓN

El trabajo es esencial para la actividad normal de todos los órganos del cuerpo. La falta de uso de un órgano conduce a su incapacidad para funcionar correctamente. El trabajo es una forma de retardar el proceso de envejecimiento; y constituye una necesidad humana básica que produce satisfacción y orgullo personal a través de los logros obtenidos (De Nicola, 1985).

La actividad incluye aspectos físicos, mentales, emocionales, sexuales y espirituales. Para mantener un buen equilibrio dentro del bienestar Viamonte (1993) señala que deben de estar en buen estado los cinco aspectos anteriores. La actividad física, conserva el tono muscular, fortalece las articulaciones y mantiene balanceado el metabolismo de los minerales del esqueleto. La inactividad física, por el contrario, contribuye a la pérdida del contenido de los minerales en los huesos (causando osteoporosis y sus complicaciones); asimismo, produce atrofia muscular y degeneración de las articulaciones con las consiguientes limitaciones en el movimiento. La energía emocional se libera mediante la actividad física, la actividad sexual, así como a través de los sentidos (observar, escuchar, tocar, saborear, oler). Las actividades espirituales y sexuales complementan todo tipo de trabajo.

El trabajo es importante en todas las edades, pero no debe ser el mismo a lo largo de toda la edad adulta, es conveniente que las actividades vayan adaptándose a la capacidad física e intelectual de la persona; sin embargo no quiere decir que deben dejar el trabajo por el hecho de ser personas mayores. Pero llega el momento en que las personas deben de alejarse del ámbito laboral remunerado (jubilación) en cuanto al no remunerado el de las labores domésticas (generalmente "amas de casa") nunca llegan a alejarse pero en ocasiones reciben ayuda de sus familiares e hijos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.1 ¿Qué es la jubilación?

Es quizás el mayor cambio que sufre el anciano, porque la jubilación conduce a una pérdida de la consideración social reducción de los contactos sociales y una disminución de los ingresos. El empleo no es sólo una actividad lucrativa sino un medio de comunicación diaria con otra personas. El tener más tiempo libre no es siempre una bendición, en particular para aquellos ancianos que no siempre tienen oportunidades, medios y aptitudes para usar su tiempo de forma útil (Salgado y Alarcón, 1993).

Antes de entrar de lleno al tema de la jubilación se citaran algunas definiciones de lo que es el trabajo y para esto Lutz (citado en Setién, 1993) proporciona dos definiciones, una según el concepto tradicional y otra que representa una visión más amplia. La primera considera que *"Trabajo es la actividad humana que proporciona los medios materiales para sobrevivir y para disfrutar de la vida"*. Los medios materiales se refieren a sueldos y salarios o más generalmente al dinero, aunque también se incluye en dicha categoría el pago en especie, el trueque de trabajo por bienes y servicios. En esta visión se considera al trabajo como factor de producción que el trabajador vende cuando el salario le parece adecuado.

La segunda visión calificada como más amplia proviene de la comparación de que en los sistemas actuales, la mayoría de la población tiene cubiertas las necesidades básicas de alimentación, vestido y vivienda. Así, la motivación para trabajar, que antes era la amenaza del hambre, de las privaciones materiales, se ha convertido en la promesa de satisfacer necesidades muy variadas. Por tanto, la nueva definición es: *"La actividad humana que proporciona los medios para sobrevivir y disfrutar de la vida"*. Se suprime de esta definición el adjetivo materiales y con ello se dice que el trabajo provee no sólo los medios materiales sino también los medios intrínsecamente sociales y morales para disfrutar la vida.

En esta visión, el trabajo sería, no solo un factor de producción sino como un factor de desarrollo de la personalidad. Desde este ángulo el trabajo adquiere significado, valor, en función de las necesidades sociales y, por tanto, el ocio ya no es, por sí mismo, un bien preferible al trabajo. En consecuencia, el trabajo puede tener una motivación social en lugar de material. Un contexto social apropiado ayuda a realizar de mejor manera la tarea y aumentar la motivación de la persona.

Es por ello que la jubilación puede representar un gran problema para las personas ancianas porque se comienza a alejar de todas las actividades del trabajo a las que estaba acostumbrada dicha persona, el salir y tomar el transporte público, las comidas de negocios, el escribir y leer más constante, etc. A continuación se irán proporcionando algunas definiciones e ideas de lo que es la jubilación y las repercusiones que tienen en los ancianos.

Fericgla (1992) menciona que por jubilación se entiende el hecho de que, al alcanzar los 65 años, con algunas variantes según el trabajo realizado, las personas, por legislación son arbitrariamente apartadas de su colocación laboral, y tienen prohibido realizar trabajos remunerados, lo que impide que se realice ocasionalmente de forma encubierta. En algunos otros casos se habla del retiro, dado que el individuo es retirado del mundo de la producción. En otros la jubilación puede ser voluntaria, pero es la mínima de las veces.

Así pues, la jubilación no constituye un rito de separación con una posterior obligación de integrarse en un nuevo estado social, sino que literalmente es una desvinculación, socialmente obligada, a partir de la cual "cada uno puede hacer lo que quiera", y dado que mayoritariamente los individuos actuales jubilados no han socializado para disponer de todo el tiempo libre de obligaciones y para dedicarlo "a lo que quiera", la situación inicial es de profunda desorientación individual y, con frecuencia, también familiar. La jubilación les obliga a perder una muy importante parte de su identidad social, cuando en realidad no es algo necesario y no les reporta ningún tipo de beneficio. No es en sí las actividades del trabajo en el sentido estricto lo que manifiestan echar de menos los jubilados sino el ritmo, estilo de vida y relaciones sociales que rodeaban y derivaban de la colocación laboral; ritmo

y estilo de los que también se han visto apartados. Feriçglá (1992) propone que la jubilación debería de llevar un proceso de resocialización y no convertirse en un simple suceso como lo que ocurre hoy en día.

Otra visión sobre la jubilación es la que tiene Kalish (1996) que menciona que la jubilación tiene diferentes significados para las personas. En el aspecto negativo implica una reducción en el salario, la necesidad de adaptarse a un nuevo rol, la pérdida de contactos sociales informales, la pérdida de una base para la identificación personal y el sentido de lo significativo, en cuanto al aspecto positivo la jubilación significa una mayor libertad y el estar abierto a innumerables opciones, incluyendo la oportunidad para realizar interesantes proyectos, viajar, trasladarse a la comunidad que siempre se ha deseado o a un área con un clima más agradable.

Por otra parte Scherler en 1992 señala que para poder realizar cualquier tipo de reflexión sobre la vejez es necesario que se tomen en cuenta otros acontecimientos que la han precedido. En cuanto a la jubilación dice que ésta solamente afecta a las personas asalariadas, porque los trabajadores independientes deciden por sí mismos cuándo y cómo dejarán su actividad lucrativa y en cuanto a las amas de casa no se aplica el término porque esta actividad no es considerada como una profesión. En tanto que la esperanza de vida aumenta y mejora la salud, el descenso de la edad de jubilación y la jubilación anticipada plantean graves problemas a los asalariados de mayor edad y a las casas de pensiones. Los primeros con frecuencia tienen hijos y, en ocasiones, parientes a su cargo, los segundos ven disminuir las cotizaciones en tanto que el número de rentas aumenta.

La participación social de las personas jubiladas toma al principio la forma de actividades alternativas: distracciones, artesanado, voluntariado, actividades profesionales a tiempo parcial, incluso una segunda carrera en pocas ocasiones. Sin embargo Laforest (1991) plantea que las actividades alternativas de la tercera edad no solucionan la crisis de la jubilación de una vez por todas. Tarde o temprano la disminución de fuerzas obliga a los ancianos a retraerse y es cuando la crisis de la jubilación cobra su auténtica figura, la que hasta entonces la persona trataba de ignorar. Dejando de ser activa en la sociedad, incluso

en lo que a actividades alternativas se refiere y comienza a sentir el abismo que se comienza a formar entre ellos y los miembros de la sociedad que aún siguen activos. Al anciano tiene la impresión de que la corriente de la vida va fluyendo sin él y que ha quedado reducido a ser un simple espectador y comienza a hablar de su época como en un tiempo ya pasado, porque el tiempo actual de la sociedad ya no es su tiempo.

La jubilación implica una redefinición de relaciones con todas las personas que rodean al anciano y no solo la familia, amigos y vecino sino también en la manera en que van a enfrentarse a la vida que les espera. La disminución del sentimiento de pertenencia social de las personas ancianas se experimenta como una retirada de la corriente de la vida del grupo al que pertenecen. Ésta es la razón de por qué la crisis de la jubilación en su nivel más profundo es en una dimensión existencial más que social como aparentemente se supone. La crisis de la jubilación, si no es solucionada de modo positivo, desemboca inevitablemente en los dos aspectos más penosos de la vida de los ancianos: el tedio y la soledad.

Brown y Laskin (1987) refieren que toda persona necesita conseguir una sensación de logro y de realización que la meva a buscar un trabajo satisfactorio y reconocido socialmente. Tener una fuente externa de compensaciones y respeto, ganar dinero propio y conocer a otras personas les da a cada persona una mayor independencia, así como una salida del aislamiento y de los sentimientos de inutilidad.

Algunos de los problemas que puede traer la jubilación son: la cuestión económica, la salud física, las relaciones interpersonales, la capacidad y el poder y la significación del trabajo en sí mismo.

- **Economía:** Lo que los jubilados más echan de menos en la mayoría de las veces es el dinero. Sin embargo, el mayor miedo y ansiedad que produce la jubilación es el resultado del conocimiento que el salario en el futuro va a ser considerablemente menor del que se tiene en el presente.

- **Salud física:** Según la impresión que se tiene de la vejez, la jubilación causa problemas emocionales de importancia y frecuentemente conduce a unas mayores dificultades en cuanto a la salud física. Aunque en un estudio citado en Kalis (1992, pág. 165) señala que una revisión de las investigaciones más recientes realizadas sobre la salud de los jubilados ha encontrado que existen más informes de buena salud que de una salud delicada.
- **Relaciones interpersonales:** Las relaciones en el trabajo han sido considerada como uno de los factores más importantes en la satisfacción personal y, por las mismas razones, una de las mayores pérdidas que se sufren en la jubilación
- **Capacidad y poder:** Cuando una persona es mayor y ya se está pensando en su sucesor comienza una crisis por parte del próximo jubilado porque siente que no puede aprender los nuevos métodos y por lo mismo este sentir es de incapacidad y pérdida del poder que se ha tenido por un tiempo.
- **Significación:** Para algunas personas el trabajo es el recurso más importante para darle sentido a su vida porque tienen un cierto status y poder del cual pueden disfrutar. Sin la oportunidad de trabajar la vida parece vacía y sin interés.
- **El trabajo en sí:** Relativamente pocas personas se divierten con las tareas que realizan en sus empleos, aunque les gustan las relaciones, el sentido de utilidad, y sobre todo el dinero que viene de él. Al comienzo de la jubilación las personas lo toman como unas vacaciones merecidas, pero conforme pasa el tiempo se van dando cuenta que comienzan a aburrirse de tanto tiempo libre.

Durante la jubilación pueden darse diferentes estilos de vida que no necesariamente son los mismos que se han tenido durante la vida laboral así que Fericgla (1992) señala cinco los cuales son:

1. **El estilo obsesivamente instrumental.** Las personas que siguen este estilo de vida son consideradas por un observador casual como altamente vinculadas. Parecen estar orientadas para las tareas comprometidas, e incluso en sus horas de ocio, son compulsivamente activas.

2. **El estilo instrumental dirigido a los demás.** Para estas personas el trabajo les ofrece el acceso a la satisfacción por medio de la interacción con los demás, particularmente encontrándose con necesidades de dependencia. Cuando se jubilan tendrán que inventar algunas alternativas de satisfacción.
3. **El estilo oral receptivo:** Estos individuos han desarrollado "redes de relaciones personales muy íntimas". La jubilación parece tener poco efecto sobre estas personas excepto por lo que respecta a desarrollar redes sociales fuera de la situación laboral.
4. **El estilo autónomo:** Las personas autónomas son a menudo creativas, y necesariamente capaces de iniciar la acción y de establecer relaciones cuando son necesarias. La implicación del término autónomo es que estas personas todavía disfrutaban de su desarrollo personal. La pérdida de los roles laborales debería causarles menos interferencia en sus vidas que en las vidas de otros grupos, pues pueden generar nuevos roles y capacidades.
5. **El estilo autoprotector:** Estas personas se protegen a sí mismas para no expresar sus necesidades de dependencia y pueden establecer pocas vinculaciones en la vida, a través de los años. Por lo tanto, la jubilación y la consiguiente desvinculación son objetivos deseados por ellos.

3.2 Trabajo no remunerado. "Amas de casa"

La situación de la mujer ocupa un lugar particular en los estudios sobre el envejecimiento y la vejez, esto es debido a que en la actualidad existe un número mayor de mujeres ancianas dentro de la sociedad occidental. Kalish (1996) comenta que esto ha implicado que se realicen estudios con respecto a porque las mujeres tienden a ser más longevas que los hombres y se ha encontrado que muchas mujeres nunca tuvieron un trabajo remunerado sino que simplemente trabajaban en las labores domésticas y para algunos investigadores estas labores no implican un gran esfuerzo así que piensan que pueden tener un desgaste mínimo comparado con el de los hombres que la mayoría del tiempo salen a trabajar fuera de casa; otro factor que mencionan es que son jubiladas a una edad más temprana que los hombres y pueden tener más tiempo de descanso que sus congéneres masculinos.

Para una edad y un nivel de formación profesional idénticos, las nuevas jubiladas tienen unos ingresos inferiores a los de los hombres. El nivel de pobreza es real en lo que se refiere a las mujeres solas que se han consagrado a su familia, las que han engrosado la cohorte de los "sin profesión" en tanto que lo eran todo a la vez: amas de casa, esposas, madres, enfermeras, cocineras y educadoras.

Elster (1982) señala que mucho dependerá del tipo de sociedad en el que se desarrolle la mujer es cómo verá la vida; existen sociedades tradicionalistas en donde la mujer es percibida como una persona que tiene que ocuparse de su hogar e hijos, mientras que las sociedades liberales tratan de que las mujeres sean percibidas como un igual del hombre, en donde pueda desarrollarse tanto psicológicamente como económicamente. La percepción de las personas, sus deseos y frustraciones están formados en gran parte por las circunstancias y opciones que se les van abriendo a lo largo de su vida. En las sociedades en donde las opciones que se les abren a las mujeres son menores que las de los hombres, siempre ha sido estrategia adaptativa común en las mujeres ajustar sus deseos a lo que pueden esperar en realidad.

Zero (1998) expresa que la mayor tasa de actividad que se presenta dentro de las mujeres es entre los 25 y 34 años, grupo de edad en el que se conjugan dos factores: por un lado la madurez laboral (tras el período de formación) y por otro el retraso de la edad del matrimonio y de la maternidad, principal causa de retiro del área laboral de las mujeres. Posteriormente la mujer se convierte en "ama de casa", y esta actividad no está considerada como un trabajo porque la sociedad está tan acostumbrada a ver que la mujer es quien debe de atender al hombre y a los hijos que este tipo de actividad es solamente una "obligación" que debe de seguir la mujer y a la cual la mayoría de los hombres no están obligados ni interesados en integrarse.

Por otra parte algo que se ha notado a través del tiempo es que las mujeres ocupadas presentan niveles de instrucción ligeramente superiores a los hombres, tal como ocurre si atendemos al conjunto de mujeres activas en el trabajo. Sin embargo, como veremos de ello

no se deriva una mejor situación de la mujer en los trabajos, pues uno de los efectos de la desigualdad entre hombres y mujeres se manifiesta precisamente en este aspecto, porque generalmente los hombres ocupan puesto de mayor relevancia en comparación con los que ocupan las mujeres.

Villota (1998) señala que el desarrollo de las investigaciones sobre el papel de las mujeres en el ámbito del trabajo, así como la aportación de determinados estudios como los relativos al trabajo doméstico, son relativamente recientes, cuestionados por haber constituido un campo de estudio al que se han dedicado fundamentalmente mujeres. La mayor parte de los estudios nos acercan a una conclusión quizás espectacular: las mujeres parecen constituir una clase social distinta, y una proporción alta de ellas está sometida a la doble adscripción: son, por una parte, trabajadoras, asalariadas y, por otra, son trabajadoras domésticas, quedando este modo de producción doméstica de espaldas al sistema del mercado.

Aunque podemos considerar que el trabajo doméstico está referido, sobre todo, al trabajo de las mujeres amas de casa, lo cierto es que el grado de dedicación, la cualificación y capacidad organizativa, entre otros factores, hacen de este sector un ámbito heterogéneo. A las amas de casa en sentido estricto, administrativo y estadístico, hay que añadir otros tipos de amas de casa. Hay mujeres que son activas en el mercado asalariado, pero que, a su vez, asumen la condición de amas de casa, por lo que participan en el sector de inactivos. En otro apartado, las que son calificadas de jubiladas, retiradas y pensionadas, en relación con el sector mercantil de la economía, siguen activas en lo que se refiere a la producción doméstica o economía de los hogares (Brown y Laskin, 1987).

Por lo general las amas de casa a pesar de que son las personas que mayormente trabaja, no son tomadas en cuenta dentro de lo que es llamado "trabajo formal", solo porque no es remunerado por parte del esposo y de los hijos y por consiguiente no existe la opción de jubilarse; así es que aunque la mujer haya trabajado por un período largo de tiempo y ya se encuentre jubilada del trabajo formal; dentro de su casa seguirá sirviendo, lavando,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cocinando, limpiando, etc., y esta vez no solamente a su esposo e hijos sino ahora también a los hijos de sus hijos.

3.3 Tiempo libre

Al ocio se le define como el tiempo libre de que disponemos luego de nuestras obligaciones, las que nos son impuestas a las que nos imponemos por razones de necesidad. Jubilación y ocio son dos conceptos relacionados entre sí, a la vez que hacen referencia a un tercero: el trabajo, que resulta ser el elemento vertebrador.

Dentro de una cultura orientada al trabajo como la nuestra, el ocio se considera como tiempo libre merecidamente ganado. A continuación se darán algunas definiciones de lo que es el ocio.

La palabra "ocio" se deriva del latín "otium", descanso, entretenimiento, distracción del espíritu. No significa inactividad como algunos pretenden, ni menos indolencia, holgazanería o vagancia. Para los franceses el "loisir" u ocio significa tiempo libre, tiempo aprovechable y es sinónimo de "délassement", entretenimiento o distracción (Kalish, 1996).

El hombre que llega al fin de su vida activa (en cuanto a lo laboral) si bien dispondrá libremente durante el resto de su existencia de un tiempo justamente ganado, también es cierto que tal situación produce una fractura en su vida de relación y en su propia individualidad.

La gente occidental desea, en general, tener oportunidades de autoexpresión y actividad, a ese respecto afirma Karl Mannheim (citado en Carbal, 1980, pág. 48) "Una vez que se han adquirido hábitos de trabajo y habilidades y se ha puesto en práctica una forma de vida en que las contribuciones del trabajo son estimadas socialmente, llega a ser una necesidad urgente el seguir trabajando con habilidad; la cesación forzada del trabajo crea sentimientos de frustración e infelicidad, como sabemos por los estudios sobre el desempleo. Una vez que una persona aprende un trabajo significativo a través del cual puede expresarse, el

trabajo pasa a ser sinónimo de alegría y, si esta tarea acaba o se hace imposible, tal cosa no es únicamente penosa, sino que desorganiza la personalidad”.

Es importante saber cómo se definen las actividades del ocio y la recreación, además de distinguir entre ambos conceptos. Por ejemplo, muchos ancianos insisten en mostrarse muy ocupados y activos como voluntarios o miembro de una organización, argumentando que no tienen tiempo para nada, éstos ancianos pueden sentirse útiles y sienten que están realizando buenas actividades mientras que para otros esto puede representar una pérdida de tiempo.

Para algunas personas el ocio representa la inutilidad a que los ha relegado la sociedad y se sienten que no hacen nada con su vida, mientras que por otra parte la recreación, se refiere a actividades deportivas, atléticas, de competencia, etc., que permiten a los participantes volver a tener actividades que lo hacen sentir útil como se sentía cuando trabajaba.

Carbal (1980) menciona que el ocio y la soledad son malos compañeros del hombre, mucho más aún en la tercera edad, donde a veces quedan pocas reservas, y comienza a aparecer el fantasma de la pérdida del sentido y de la existencia. Por esto las actividades antes mencionadas vienen a llenar el vacío que había dejado el trabajo, el grupo de amigos del trabajo y los pequeños problemas diarios que siempre ocurren durante la labor cotidiana y que llenan muchas horas del día. Los propósitos de tales actividades pueden ser:

- a) Encontrar compañía y esparcimiento
- b) Sentimiento de pertenencia a un grupo o comunidad
- c) Oportunidad de ser reconocido
- d) Ocasión de desarrollar nuevos intereses y retener los ya conocidos
- e) Oportunidad para continuar aprendiendo y experimentando cosas nuevas
- f) Asistir al cambio del medio social

Los tipos de actividades disponibles para el tiempo libre son numerosos, dependiendo del dinero, la salud, la capacidad de moverse y las preferencias personales del individuo. Algunas de las actividades más populares para ocupar el tiempo libre en la vejez son la

jardinería, la lectura, ver la televisión, observar acontecimientos deportivos, participar en actividades sociales, visitar amigos y familiares, pasear y poner interés en sucesos educacionales y creativos.

Un punto importante que se debe señalar es lo que Laforest (1991) llama *tedio* definido "como un vacío interior y una tristeza sin objeto concreto" (pág.161). Algunas veces es verbalizado como: "el tiempo no pasa aprisa" o que "los días son largos". Nuestra experiencia de la vida es esencialmente una experiencia de la existencia temporal, es por ello que el paso del tiempo influye demasiado entre nosotros.

El tiempo se experimenta como un movimiento, el pasado, el presente y el futuro. El movimiento de la vida se experimenta como un movimiento hacia delante, por eso el tedio se puede ver como un sentimiento de reducción del movimiento del tiempo. Por ello el pasar mucho tiempo dentro de la casa y ya no salir al trabajo puede causar una gran depresión en los ancianos porque sienten que ya no están aprovechando el tiempo como lo hacían anteriormente.

Para que una persona no sienta que el tedio la invade cuando deja el empleo necesita tener el apoyo de su red social, es decir de su familia y de sus amigos. Es necesario que se mantenga activa realizando actividades que por muy insignificantes que parezcan llenen las expectativas de la persona, éstas actividades pueden ser deportivas, intelectuales, de protección de la salud, sociales, etc. (Kastenbaum, 1980).

3.4 Relaciones sociales

En la actualidad parece que la edad conlleva una disminución de las relaciones secundarias (los conocidos); aunque parece que las relaciones primarias (la familia) siguen siendo fuertes. Las relaciones familiares y amistades disminuyen cuando se alcanza la séptima década y posteriores. Dentro de los grupos sociales a los que pertenecen las personas la

familia es uno de los más importantes por influir en su socialización y por constituir generalmente su soporte más fundamental, tanto material como emocional.

Las relaciones primarias son de naturaleza personal, íntima y emocional. Son duraderas e implican a las personas en una variedad de roles, permitiéndoles expresarse y comunicarse abiertamente sobre diversos temas. Por el contrario, las relaciones secundarias son formales, impersonales, carentes de emoción, implicando a las personas en un solo rol. Son instrumentales, pues se utilizan para la consecución de ciertos objetivos. Las relaciones primarias tienen lugar fundamentalmente entre familia y amigos (Bazo, 1990).

Los cambios que se sufren dentro de la vejez como el envejecimiento, la aparición de las arrugas y las alteraciones de la posición ocupacional, se verán reflejados en la manera en que una persona anciana vaya a afrontar a la sociedad en la que vive y esto va a depender en gran parte de como haya aprendido a interpretar la vida en general desde su niñez hasta su vida laboral. Esto no quiere decir que la personalidad permanece inalterada con la edad; pero la orientación y el grado en que se va cambiando conforme se envejece debe ser vista en relación con la clase de personas con las que se ha estado relacionando a lo largo de su vida (Beauvoir, 1970).

En 1980 Kastenbaum realizó un estudio en donde se les preguntaba a un grupo de ancianos se percepción de la vejez como una época dolorosa, y los resultados obtenidos muestran que ésta es una idea errónea y que la mayoría estaba satisfechos con su vida y que las personas que son cronológicamente ancianas seguían descubriendo satisfacciones en su vida. Sin embargo el mismo autor menciona que todos los hallazgos favorables que se encontraron en el estudio no pueden ser tomados como tal dentro de todos los grupos de ancianos porque la mayoría de las veces las personas se rehusan admitir sentimientos negativos. Aparentan una imagen lúcida posiblemente para evitar ser compadecidos.

Kalish (1996) expresa que las limitaciones de la salud y los problemas para moverse hacen restrictiva la capacidad de las personas mayores para tener amigos íntimos o familiares, y las enfermedades o las muertes de los compañeros de edad reducen las oportunidades para

los contactos sociales. Por su parte Bazo (1990) señala que existe *la teoría de la desvinculación* la cual sostiene que las personas se retiran de la sociedad por la ruptura de relaciones sociales, por el cese de las funciones y por una reducción del compromiso con las normas y valores, es decir, que las personas mayores no es que se retiren voluntariamente, sino que más bien es la sociedad quien las rechaza, y por lo mismo las personas ancianas tienden a vivir centradas en sí mismas.

Cuando las personas no tienen familia cercana las amistades constituyen un apoyo y una fuente de satisfacción considerable. Incluso cuando se cuenta con relaciones familiares satisfactorias, las relaciones con las amistades son fundamentales, por tratarse de personas con las que se comparte no sólo la edad, sino algo más importante: una experiencia vital parecida, intereses comunes, recuerdos, opiniones y valores similares. Pero al parecer, de manera general, la edad y la jubilación conllevan una disminución de la interacción con personas de otros grupos de edad, aunque siguen relacionándose con personas de su edad pero las amistades que se tenían dentro del trabajo se van perdiendo porque ya no existe una constancia en cuanto al trato. Además también los congéneres se van muriendo, lo que reduce sus relaciones aún más.

La familia y en menor medida el grupo de iguales siguen proporcionando a las personas ancianas una vinculación con el entorno social inmediato, suponiendo para ellas el eje de la integración social. Por otro lado, la televisión y la radio son los medios de comunicación de mayor audiencia por parte de los ancianos, porque pasan mucho tiempo en casa, en muchas ocasiones porque no tienen la solvencia económica para poder salir, aunque las personas lo deseen y en otras ocasiones porque aunque tengan el dinero para hacerlo quizás no tienen la posibilidad y fuerza física para poder realizarlo.

Como ya se mencionó anteriormente la familia es uno de los grupos más importantes a los que pertenecen las personas, dado que la mayoría mantiene una larga y continua asociación al menos con la familia y debido también a que la familia constituye un agente importante de socialización. En su seno tiene lugar el primer contacto del ser humano con la sociedad con los otros seres humanos y los primeros intercambios sociales, así como el aprendizaje

de los roles, el conocimiento de las normas y valores y la expresión y manifestación de los primeros sentimientos y emociones (Bazo, 1990).

Se ha encontrado que generalmente las personas ancianas tienen mayor relación con las hijas que con los hijos sobre todo si están casados. La mejor relación aparentemente se da entre la madre y la hija aunque ésta se encuentre casada. En cuanto a la relación con los nietos, los abuelos parecen no ser valorados por ellos de manera automática sino que más bien se ganan la estima de éstos por su conducta.

La mayoría de la gente recuerda que las abuelas y los abuelos solían vivir con la familia y les falta tiempo para sacar la conclusión de que hoy en día los hijos son menos solícitos y están menos dedicados a la familia. Belsky (1996) menciona que en el pasado, los hogares intergeneracionales siempre fueron raros, aunque sólo fuera por la razón de que las elevadas tasas de mortalidad disminuían las probabilidades de que la generación de abuelos conviviera con el resto de la familia durante cierto periodo de tiempo. Además, cuando los clanes familiares compartían el mismo hogar, su organización podía haber sido impuesta más por necesidades económicas que por amor filial.

Las personas ancianas desean seguir insertas en la sociedad y mantienen comportamientos y valores no demasiado distantes en ciertos aspectos de los del resto de la población. La percepción que en general tienen de la sociedad es que ésta se desentiende de las personas ancianas, sea desde la política, de la administración municipal o desde la sociedad en general, a la que acusan de marginarles. Además hay falta de reconocimiento social a la vejez, por pérdida de la belleza, aporte económico, productividad monetaria y nulo reconocimiento de la experiencia que los años brindan.

Dentro de las relaciones sociales que tienen gran importancia para todas las personas están los vecinos, en particular para las personas ancianas, ya que juegan un papel muy esencial porque pasan mucho tiempo conviviendo con ellos dentro de la colonia o de la calle. Kalish (1996) señala que a diferencia de la familia, a los amigos y a los vecinos se les pueden escoger y esta selección se basa en similitudes en cuanto a las cualidades o la

manera en que se pueden complementar unos con otros. Aunque la amistad fluctúa, muchas personas mayores han desarrollado amistades que no tienen infrecuentemente su origen en la juventud o niñez. Las amistades íntimas sólo se pueden desarrollar con el tiempo aunque todos tenemos la experiencia de habernos encontrado con personas con las que nos sentimos unidos inmediatamente.

Las personas ancianas desarrollan frecuentemente lo que se ha llamado una red de apoyo informal que implica a los familiares, amigos y vecinos. En contraste, la red de apoyo formal está constituida por agencias sociales, organizaciones sanitarias y otros servicios de ayuda oficiales.

Uno de los temas que más se tratan en los artículos de los gerontólogos es la dependencia. La independencia y el control de uno mismo y del propio ambiente son valores básicos para la mayoría de las personas. El ser dependiente significa ser débil y vulnerable, no ser capaz de tomar decisiones importantes y estar en lo que comúnmente se define como una posición inferior. Muchas personas creen que las personas ancianas son sumamente dependientes (lo cual no quiere decir que sea cierto), e incluso algunas personas mayores creen que deben depender de sus hijos, porque piensan que es el momento de ser recompensados por todos los sacrificios que ellos hicieron por mantener a la familia.

Kalish (1996) expresa que las personas mayores a menudo intentan manipular a otro, percibido como más fuerte que ellos mismos, con el ánimo de obtener una protección para la tensión y la ansiedad, que les ofrezca satisfacciones y que les ayude a enfrentarse con el ambiente que consideran amenazador, incluso para manipular al resto de la familia.

Se han enumerado cuatro tipos de dependencia en el envejecimiento:

- **Dependencia económica** que ocurre cuando la persona mayor tiene que depender de alguna combinación entre la paga de la jubilación y la de la seguridad social, de la asistencia social o de regalos de la familia.

- **Dependencia física** que surge cuando el funcionamiento biológico de las personas se deteriora y no permite la actuación y realización de las tareas necesarias, tales como caminar, ir de compras, visitar a otras personas, etc.
- **Dependencia mental** paralela a la dependencia física, tiene lugar cuando el deterioro o el cambio en el sistema nervioso central produce marcados efectos en la memoria, la orientación, la comprensión o el juicio.
- **Dependencia social** que surge cuando se produce una pérdida de personas significativas para la vida de la persona anciana. Esto produce una conciencia reducida de la sociedad, un poder individual reducido y limitaciones en los roles sociales.

Muchos ancianos no están de acuerdo con su propia dependencia. Les gustaría mucho más el poder mantener el control sobre el ambiente, en lugar de necesitar de los demás para ello. Irónicamente, su resentimiento por esta situación puede causarles preocupaciones, quejas y así llegar a ser más dependientes. No todos los ancianos son personas dependientes, hay muchos que prefieren su independencia y vivir lejos de los hijos y no depender económica, ni físicamente de ellos, eligen tener y mantener su propia casa, salen a ejercitar su cuerpo y tratan de tener una nutrición balanceada.

En la actualidad se ha demostrado que con el paso del tiempo las personas ancianas han dejado la dependencia a un lado sobre todo por la manera en que han vivido su vida, de las personas que se han rodeado y la forma en que están percibiendo su actual situación. Poco a poco se han desarrollado programas dentro de instituciones sociales o de salud que tratan de apoyar y mantener el buen estado de las personas ancianas tanto físico como mental. Es necesario que tengan mayor difusión, y quizás en el futuro se logre y la calidad de vida de las personas ancianas se vea acrecentada.

CAP. IV.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1 Pregunta de investigación

☉ ¿Cuál es la percepción que tiene un grupo de ancianos acerca de su Calidad de Vida después de la Jubilación?

4.2 Justificación

El tema de Calidad de Vida ha servido como base a un gran número de estudios, de todo tipo con sujetos de todas clases sociales, de diferentes edades, dependiendo de su salud, etc. Pero a pesar de que se han realizado todos estos estudios incluyendo a personas de la tercera edad, no existe ningún tipo de apoyo para las personas que van envejeciendo y que por lo mismo tienen que ir dejando las actividades que han realizado la mayor parte de sus vidas como es el trabajo remunerado.

Conforme pasa el tiempo la manera en que cada persona ve su Calidad de Vida va cambiando, durante la juventud y la adultez se cree que se tiene una mejor Calidad porque se puede trabajar, se puede hacer deporte y se tiene un ingreso económico mayor que cuando se es anciano, pero durante la vejez la visión de su vida cambia la mayoría de las veces se ve deteriorada por un gran número de razones y en una sociedad como la mexicana en donde una persona es apreciada por lo que posee y lo que puede hacer, es verdaderamente difícil que los ancianos sigan viendo la vida de igual manera que cuando eran jóvenes, no solo porque ya no pueden realizar las mismas actividades y porque ya no les gustan las mismas cosas, sino porque se les comienza a relegar de la vida productiva de la sociedad. Se ha ido devaluando tanto a las personas mayores que ya ni siquiera ellos mismos se sienten capaces de poder seguir adelante después de haber abandonado la vida laboral (y en muchas ocasiones ni siquiera es por su gusto este alejamiento).

4.3 Objetivo general

Describir la percepción de un grupo de ancianos acerca de la calidad de vida y medir los efectos de la jubilación sobre la calidad de vida.

4.4 Objetivos específicos

- Comparar las diferentes formas de percibir la calidad de vida entre hombres y mujeres
- Determinar si existen diferencias en la manera de percibir la calidad de vida entre las mujeres jubiladas (retiradas de un trabajo remunerado) y las amas de casa (no remuneradas)
- Conocer las diferentes maneras de percibir la calidad de vida dependiendo del tiempo que ha transcurrido de su último trabajo remunerado
- Describir si existen diferencias en la percepción de la calidad de vida entre los ancianos que viven con algún familiar y los que viven solos
- Describir si existen diferencias en la percepción de la calidad de vida entre los ancianos que viven de su propio ingreso y los que tiene ayuda económica de alguna otra persona.
- Conocer las diferentes percepciones de la salud, dependiendo de la edad de los ancianos
- Comparar las diferentes formas de percibir la calidad de vida dependiendo del grupo de edad al que pertenecen los ancianos

4.5 Hipótesis de investigación

El constructo de Calidad de Vida se conceptualiza como una medida multidimensional compuesta por el bienestar subjetivo de un individuo o de un grupo, es decir, el sentimiento positivo autopercibido y la satisfacción en las diferentes áreas de la vida. Para lo cual se plantearon las siguientes hipótesis de investigación:

- Probar que las mujeres perciben tener una mejor Calidad de Vida que los hombres
- Probar que las amas de casa perciben tener una mejor percepción de su Calidad de Vida en comparación con las mujeres que son jubiladas

- Probar que durante la vejez se va desarrollando una visión diferente de la vida dependiendo del tiempo que se ha estado alejado del ámbito laboral
- Probar que los ancianos que viven acompañados de algún familiar percibe una mejor Calidad de Vida que los ancianos que viven solos o con una pareja únicamente
- Probar que los ancianos que viven de su propio ingreso perciben tener una mejor Calidad de Vida que los ancianos que tienen ayuda económica de alguna otra persona
- Probar que los ancianos del grupo más joven perciben tener una mejor Salud que los otros dos grupos
- Probar que los ancianos que pertenecen al grupo "más joven" tendrá una mejor percepción que aquellos que pertenecen al grupo "más viejo"

CAP. V.

METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio y población objeto

A partir de un muestreo no probabilístico, intencional y selectivo, por participación voluntaria, se definieron las características de los sujetos del diseño muestral.

Se trabajó con un grupo de 134 sujetos mayores de 55 años que asisten a una clínica de Salud para recibir su atención médica. En cuanto a la variable Sexo fue dividida en dos grupos Hombres con un porcentaje de 50.7% y Mujeres con un 49.3%. Estos grupos a su vez fueron clasificados de acuerdo a su rango de edad: 55-64 (49.3%) años; 65-74 (43.3%) años y de 75 (7.5%) años en adelante (Tabla 1). La edad promedio fue de 65.9626 años con una desviación de .63 .

En cuanto al estado civil, se categorizó en tres grupos: Solteros (1.5%); casados o con pareja (70.1%) y divorciados o viudos (28.4%). La mayoría de las personas participantes fueron casados o con una pareja; mientras que los solteros tuvieron una participación realmente minoritaria.

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
55 - 64 años	66	49.3%
65 - 74 años	58	43.3%
Más de 75 años	10	7.5%
Total	134	100%

Fuente: Sujetos que asisten a una clínica de salud del Estado de México

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de los tres grupos de edad en los que se dividen los sujetos.

Con respecto a la experiencia laboral se encontró que el 55.2% del total se encontraban sin tener una actividad anterior y en este punto se debe de especificar que eran "amas de casa

que no han tenido ningún tipo de trabajo remunerado”, le siguen los que eran empleados con un 40.3% , posteriormente las personas que trabajaban por su cuenta con un 4.8% y por último las personas que se dedicaban a una actividad no especificada con un .7%.

5.2 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron:

- Que fueran personas mayores de 55 años sin importar el sexo
- Que participaran de manera voluntaria
- Que pudieran leer y escribir (para responder las pruebas)

Los criterios de exclusión fueron:

- Todos aquellos sujetos que no tuvieran las características antes mencionadas
- Hubo un criterio de eliminación y consistió en aquellos cuestionarios entregados por los participantes que estuvieron incompletos o mal llenados.

5.3 Variables de estudio

La definición de las variables fue la siguiente:

- a) **Sexo:** Se dividieron en dos grupos: Grupo 1. Hombres y Grupo 2. Mujeres
- b) **Edad:** Mayores de 55 años y se clasificaron en tres categorías: a) De 55 a 64 años, b) De 65 a 74 años y c) De 75 años en adelante
- c) **Actividad actual:** Se clasificaron en jubilados, trabajadores (aquéllos que trabajaban en el momento de la investigación) y amas de casa (en este aspecto fueron tomadas como “amas de casa” aquellas personas que nunca han tenido un empleo remunerado fuera del hogar)
- d) **Experiencia laboral:** Se cuestionaron con respecto si eran empleados remunerados, si trabajaban por su cuenta si eran jubilados y desde cuando dejaron de serlo o en última instancia cuál era su actividad actual
- e) **Calidad de Vida:** Se hizo una descripción subjetiva acerca de cómo se sentía el sujeto y cómo percibía su vida actual. Se categorizó en: buena, regular y mala. La medida de la Calidad de Vida se basó en tres instrumentos que se definirán más adelante.

- f) **Sociodemográficos:** En este rubro se abarcaron los datos sociodemográficos para conocer si vivían solos o con alguien más; además que se les cuestionó sobre si tenían ingresos propios o si tenían ayuda económica de alguna persona (Ver Apéndice "A").
- g) **Estado Civil:** Se registro de acuerdo con la pareja: Grupo 1. Solteros; Grupo 2. Casados y Grupo 3. Divorciados.
- h) **Salud:** Se hizo una descripción subjetiva acerca de cómo se sentía el sujeto y como percibía su estado de salud en ese momento. Se categorizó en: buena, regular y mala.

5.4 Escenario y materiales

La aplicación de los instrumentos se realizo en el consultorio de una unidad de medicina familiar del Estado de México; dicha aplicación fue homogénea para todos los participantes, controlando todas las variables extrañas que pudieran interferir como el ruido.

El material que se utilizo fueron los instrumentos (pruebas), una lupa, hojas de papel y lápices. Todo el material fue proporcionado por la investigadora.

5.5 Instrumentos

Los instrumentos que se aplicaron con el objeto de examinar la percepción de la calidad de vida de los ancianos fueron los siguientes:

1.- **Datos sociodemográficos.** Donde se obtuvieron los datos generales de los sujetos que participaron dentro de la investigación.

Consta de 14 ítems. Son preguntas muy fáciles y el instrumento pudo ser autoadministrado o en entrevista. Se pregunto desde datos generales y muy específicas como nombre, edad, estado civil, estudios, hasta cuestiones más generales como a qué dedica su tiempo libre (Ver Apéndice "A").

2.-El Cuestionario EuroQoL-5D, elaborado por el Grupo EuroQoL (Brooks, 1996), quien desarrolló un instrumento para medir la Calidad de Vida relacionada a la salud; y su traducción al idioma español de Badía y Rovira (1996).

El EuroQoL-5D está compuesto por dos secciones. En la primera parte se ofrece un método simple para obtener una descripción precisa por dimensiones de la propia Calidad de Vida relacionada a la salud en el día de hoy. Cada dimensión comprende tres niveles que reflejan niveles crecientes de gravedad: Nivel 1, sin problemas; Nivel 2, algunos problemas o moderados y Nivel 3, muchos problemas. Hay una sola respuesta por dimensión. Las instrucciones que se le proporcionan a los sujetos consisten en que marque con una cruz la afirmación que describa mejor su estado de salud, en el día de hoy.

En la segunda parte ofrece también un método simple para generar una valoración de Calidad de Vida relacionada a la salud general en el día de hoy mediante una escala visual analógica, semejante a un termómetro con calificaciones que va de 0, que representa el peor estado de salud imaginable, hasta 100, que representa el mejor estado de salud imaginable. Para lo cual se le pide al sujeto que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el momento de aplicar el instrumento.

El EuroQoL-5D clasifica los estados de salud de acuerdo con dimensiones: 1.- Movilidad, 2.- Autocuidado, 3.- Actividades cotidianas, 4.- Dolor / Malestar y 5.- Ansiedad / Depresión. Dentro de cada dimensión se distinguen tres niveles (bueno, regular y malo), de forma que se puede decir que el estado de salud de una persona es uno de los 243 estados teóricamente posibles; los cuales son convertidos a puntajes normalizados que van desde 1.00 que es el puntaje más alto de mejor estado de salud, hasta -0.59 que es el peor estado de salud, basados en una Encuesta Nacional en el Reino Unido representativa (N=3395) de sujetos cuyas edades fluctuaron entre los 20 y más de 80 años de edad (Dolan, Gudex, Kind y Williams, 1995).

5.6 Procedimiento

Se busco en una clínica de salud a las personas que deseaban participar en el proyecto y se les invito de manera verbal, se les explico de que se trata el estudio y cuál era el objetivo. Se les menciono que las sesiones serian individuales en donde se les practicarían dos pruebas para ver la percepción que cada uno de ellos tenía acerca de su vida. Las personas que aceptaron participar fueron inscritos en una agenda para y se les dio una cita en donde posteriormente se les practicaron los instrumentos.

El día de la cita se les dio la bienvenida a cada uno; posteriormente se les pidió que tomaran asiento y se les volvió a explicar cuál era la finalidad del estudio, se les cuestionó si tenían alguna duda, si no era así la investigadora comenzaba con la aplicación del sociodemográfico.

Posteriormente se les pregunto si deseaban leer el instrumento por ellos mismos o si deseaban que la investigadora se lo aplicará. Dependiendo de la respuesta se les daba el instrumento, lápiz o pluma o de lo contrario comenzaba la investigadora a aplicar el sociodemográfico y posteriormente se la aplicaba el Cuestionario EuroQoL 5D.

Después de que el sujeto terminaba de contestar los instrumentos, se le daban las gracias por su participación.

CAP. VI.

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Se diseñó una base de datos mediante el paquete SPSS windows, versión 10 en la que se codificaron las respuestas para cada uno de los sujetos encuestados que reunieron los criterios de inclusión. Se realizaron una serie de pruebas "t" de student, χ^2 y análisis de Varianza (F), dependiendo de las hipótesis de investigación. El análisis de la Calidad de Vida se basa en las áreas que maneja el instrumento EuroQoL-5D y que son movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión que ya anteriormente se explicó su manejo, calificación y codificación de respuestas para que se incluyeran en la base de datos.

En lo que respecta a la hipótesis de que **las mujeres perciben tener una mejor Calidad de Vida que los hombres** se encontró que de los 134 sujetos que participaron en la investigación 68 pertenecían al grupo 1 "Hombres" y 66 al grupo 2 "Mujeres" (figura 1). De acuerdo a una χ^2 en las dimensiones de autocuidado, actividades cotidianas y dolor/malestar no se encontraron diferencias entre los grupos; mientras que en las dimensiones de movilidad ($\chi^2=5.671$, $gl=2$, $p<.059$) y ansiedad/depresión ($\chi^2=5.777$, $gl=2$, $p<.056$) si se encontraron diferencias (Tabla 2).

Variante independiente	Variante dependiente	χ^2	gl	p	Significativo
Sexo	Movilidad	5.671	2	.059	*
Sexo	Autocuidado	3.375	2	.185	
Sexo	Actividades Cotidianas	3.641	2	.162	
Sexo	Dolor/Malestar	.470	2	.790	
Sexo	Ansiedad/Depresión	5.777	2	.056	*

Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica de Salud del Estado de México

* Diferencias significativas

Tabla 2. Diferencia entre el género para cada una de las variables dependientes.



Figura 1. Número total de sujetos participantes divididos por género. Grupo 1 "Hombres" 68 sujetos y Grupo 2 "Mujeres" 66 sujetos. Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica de Salud del Estado de México

Por otro lado, en cuanto a la hipótesis de que las amas de casa perciben tener una mejor percepción de su Calidad de Vida en comparación con las mujeres que son jubiladas se encontró que de las 66 mujeres participantes 22 pertenecían al grupo 1 "Jubiladas" y 44 al grupo 2 "Amas de casa" (figura 2); se realizó una comparación para cada una de las 5 dimensiones con una "t" de student y se evidenció que en las dimensiones de movilidad ($F=.0001$, $gl=64$, $p<.0001$); dolor/malestar ($t=.0001$, $gl=64$, $p<.0001$) y ansiedad/depresión ($F=.0001$, $gl=64$, $p<.0001$) existen diferencias significativas; mientras que en las otras dos autocuidado y actividades cotidianas no hay diferencias significativas; por lo cual depende de las actividades que se realicen si existe una diferencia en la percepción de la Calidad de Vida. Por otro lado se encontró, gracias a una prueba de Levene para probar la homogeneidad de las varianzas dentro de los grupos una igualdad en las dimensiones de movilidad, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, con lo que se puede decir que los grupos son homogéneos (Tabla 3). No encontrando ésto en la dimensión de autocuidado ($F=6.217$, $p<.015$).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Variable Independiente	Variable dependiente	Total De sujetos	F	p	t	gl	p	Significativo
"Jubiladas" vs "Amas de casa"	Movilidad	66	.0001	1.000	.0001	64	.0001	*
	Autocuidado	66	6.217	.015	1.483	64	.143	
	Actividades cotidianas	66	2.477	.120	.915	64	.364	
	Dolor/malestar	66	.0001	1.000	.0001	64	.0001	*
	Ansiedad/depresión	66	.520	.473	.0001	64	.0001	*

Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica de Salud del Estado de México

* Diferencias significativas

Tabla 3. Diferencias entre las mujeres "jubiladas" y las "amas de casa" entre cada una de las variables (Calidad de Vida), por medio de una "t" de student.



Figura 2. Número de mujeres que participaron en el estudio y que fueron divididos en dos grupos "jubiladas" y "amas de casa". Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica de Salud del Estado de México

En cuanto a la hipótesis de que durante la vejez se va desarrollando una visión diferente de la vida dependiendo del tiempo que se ha estado alejado del ámbito laboral, se realizó una comparación por medio de un Análisis de Varianza (ANOVA "F") para ver si

existían diferencias entre los diferentes años de retiro y la percepción de la Calidad de Vida. Para esto se dividieron los sujetos en tres grupos dependiendo del tiempo de retiro: Grupo 1: de 8 días hasta 5 años; Grupo 2: de 6 años a 10 años y Grupo 3. Más de 11 años, y de las cinco dimensiones solamente en la de ansiedad/depresión se encontró que había una diferencia ($F=3.601$, $p<.015$), es decir, que las personas que llevan más tiempo alejados del ámbito laboral si tienen una diferente percepción de la Calidad de Vida por lo menos en cuanto a lo que es la depresión y en la ansiedad, por lo que la hipótesis es aceptada por lo menos en esta dimensión (Tabla 4).

Variable independiente	Variable dependiente	Total de sujetos	F	p	Significativo
Tiempo de retiro	Movilidad	134	1.836	.144	
Tiempo de retiro	Autocuidado	134	.914	.436	
Tiempo de retiro	Actividades Cotidianas	134	.313	.816	
Tiempo de retiro	Dolor/Malestar	134	.713	.546	
Tiempo de retiro	Ansiedad/Depresión	134	3.601	.015	*

Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica de Salud del Estado de México

* Diferencias significativas

Tabla 4. Diferencia entre el tiempo de retiro y las variables dependientes por medio de un análisis de varianza (ANOVA).

Dentro de la hipótesis de que los ancianos que viven acompañados de algún familiar percibe una mejor Calidad de Vida que los ancianos que viven solos o con una pareja únicamente, se encontró que la mayoría de los sujetos viven acompañados por familiares con un porcentaje de 70.1%, mientras que los que viven solos o únicamente con su pareja es el 29.9% (figura 3). Se hizo una "t" de student para ver las diferencias entre los dos grupos y se encontró que solamente hay una dimensión y es la concerniente al dolor/malestar ($t=2.165$, $gl= 132$, $p<.032$); mientras que en las cuatro dimensiones restantes no existen diferencias, es decir que independientemente de con quien vivan los ancianos tienen una percepción de su Calidad de Vida muy parecida (Tabla 5).

Variable independiente	Variable dependiente	t	gl	p	Significativo
¿Con quien viven?	Movilidad	.483	132	.630	
¿Con quien viven?	Autocuidado	.070	132	.944	
¿Con quien viven?	Actividades Cotidianas	-.628	132	.531	
¿Con quien viven?	Dolor/Malestar	2.165	132	.032	*
¿Con quien viven?	Ansiedad/Depresión	-.394	132	.694	

Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica de Salud del Estado de México

* Diferencias significativas

Tabla 5. Diferencias entre ¿Con quien viven? los ancianos y las variables dependientes de la Calidad de Vida.

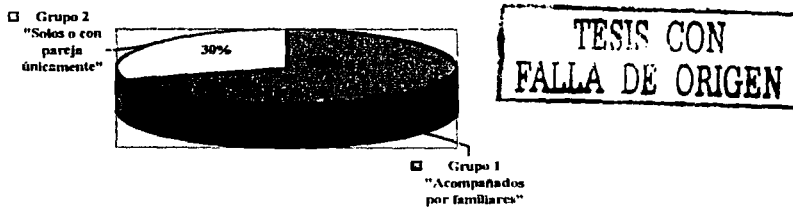


Figura 3. Muestra el porcentaje de cada uno de los dos grupos en los que fueron divididos los ancianos en el momento de preguntar ¿Con quién viven?. Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica de Salud del Estado de México

De igual manera se realizó una comparación entre dos grupos. El Grupo 1 “los que tienen ayuda económica” y el Grupo 2 “los que tienen ingreso propio”, para demostrar la hipótesis de que los ancianos que viven de su propio ingreso perciben tener una mejor Calidad de Vida que los ancianos que tienen ayuda económica de alguna otra persona, se realizó una “*t*” de student y se encontraron diferencias significativas en dos dimensiones en actividades cotidianas ($t=3.036$, $gI=131$, $p<.003$) y en ansiedad/depresión ($t=2.390$, $gI=132$, $p<.018$); mientras que en las otras tres dimensiones movilidad, autocuidado y dolor/malestar las diferencias encontradas no son significativas. Además se mostró por medio de una prueba de Levene la homogeneidad de las varianzas dentro de los dos grupos en las dimensiones de movilidad y ansiedad/depresión; mientras que en las tres dimensiones existen diferencias significativas en autocuidado ($F=5.341$, $p<.022$), actividades cotidianas ($F=29.463$, $p<.000$) y dolor/malestar ($F=10.446$, $p<.002$), por lo cual en estas dimensiones eran grupos heterogéneos (Tabla 6).

Variable independiente	Variable dependiente	Total de sujetos	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>gI</i>	<i>p</i>	Significativo
Ayuda Económica	Movilidad	134	1.75	.187	1.777	132	.078	
Ayuda Económica	Autocuidado	134	5.341	.022	1.137	132	.257	
Ayuda Económica	Actividades Cotidianas	134	29.46	.000	3.036	132	.003	*
Ayuda Económica	Dolor/malestar	134	10.44	.002	1.824	132	.070	
Ayuda Económica	Ansiedad/depresión	134	.010	9.20	2.390	132	.018	*

Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica de Salud del Estado de México

* Diferencias significativas

Tabla 6. Diferencias entre las personas que tienen ayuda económica de otras personas y aquellas que tienen un ingreso propio.

En la hipótesis de que los ancianos del grupo más joven perciben tener una mejor Salud que los otros dos grupos, se realizó un análisis de varianza (ANOVA “*F*”) y se formaron 3 grupos dependiendo de la edad: Grupo 1: de 55 a 64 años, grupo 2: de 65 a 74 años y Grupo 3: Más de 75 años, y se encontró que no había diferencias significativas en

cuanto a la percepción de la Salud, es decir que independientemente del grupo de edad al que pertenezcan tienen una percepción acerca de su salud muy parecida (Tabla 7).

Variable independiente	Variable dependiente	F	p	Significativo
Grupos de edad	Salud	.68	.934	

Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica de Salud del Estado de México

Tabla 7. Diferencias de los tres grupos de edad (55 a 64 años; 65 a 74 años y más de 75 años) y la percepción de salud que tienen.

Por último se compararon los tres grupos de edad que anteriormente se mencionaron y su percepción acerca de su Calidad de Vida por medio de un análisis de varianza (ANOVA "F") y se encontró que no hay diferencias significativas en ninguna de las cinco dimensiones movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, por lo tanto no existe relación entre las dimensiones y la edad, así que la percepción de la Calidad de Vida no difiere entre los tres grupos (Tabla 8).

Variable independiente	Variable dependiente	F	p	Significativo
Grupos de edad	Movilidad	1.715	.184	
Grupos de edad	Autocuidado	1.096	.337	
Grupos de edad	Actividades Cotidianas	.416	.661	
Grupos de edad	Dolor/malestar	.337	.714	
Grupos de edad	Ansiedad/depresión	.274	.761	

Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica de Salud del Estado de México

Tabla 8. Diferencias entre los tres grupos de edad y la variable dependiente (Calidad de Vida).

CAP. VII.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Al realizar un análisis de los resultados con relación a las respuestas que dio el grupo de ancianos lo que se encontró fue que por lo menos en este grupo de sujetos en cuanto al género no había diferencias en su percepción de su Calidad de Vida. Moragas (1995) hace mención de que la jubilación facilita que el hombre comience a responsabilizarse por ayudar en la casa; aunque jamás asume estas responsabilidades por completo a menos que vivan solos o su pareja se encuentre enferma. Al respecto Elster (1982) señaló que la percepción que se tenga acerca de la vida dependerá del tipo de sociedad en que se desarrollen los individuos, esto puede ser muy importante en cuanto a que dentro de la sociedad mexicana es muy difícil ver a un hombre "joven" realizando actividades domésticas, pero después de algunos años cuando este mismo hombre ha dejado el ámbito laboral remunerado, es muy posible verlo realizando algunas actividades que en su juventud no haría por tener la idea de que es obligación de la mujer, este tipo de percepción es la que se tiene dentro de las sociedades latinoamericanas como la mexicana. En un estudio realizado por Bazo (1990) en donde se les preguntaba a los ancianos acerca de su percepción familiar, de salud, soledad, de relaciones sociales y de ingresos económicos, lo que encontró es que no se apreciaban diferencias importantes en cuanto al género, ya que hombres y mujeres participan en todas las actividades de manera parecida pero solamente después de que se da la jubilación.

Por otra parte en cuanto a las mujeres que han sido "amas de casa" durante toda su vida puede observarse que tienen una mejor percepción de su Calidad de Vida en comparación de las mujeres "jubiladas"; por lo cual se comprobó que depende el tipo de actividades que se han realizado en el pasado es la manera en que se va a percibir la vida. Belsky (1996) señala que las mujeres que siempre han estado en su casa (amas de casa) no sienten la pérdida de identidad que pueden sentir las personas que son jubiladas y que dejan su empleo, y ésto es porque las amas de casa se encuentran constantemente tomando

decisiones y responsabilidades que las pueden hacer sentir satisfechas (aunque no siempre y en todos los casos es así). Ramírez (1998) menciona que las mujeres más felices son aquellas que están satisfechas con lo que tienen en la vida, ya sea un trabajo o una familia; lo cual no está de acuerdo con lo encontrado por Bazo (1990) porque esta autora señala que las "amas de casa" son personas que no experimentan un gran número de pensamientos positivos por la falta de autorrealización y el estrés por causas económicas. Dentro de la sociedad mexicana pueden encontrarse ambas conclusiones mencionadas anteriormente, quizás de lo que realmente sea un factor determinante para que las mujeres entren en una u otra conclusión es el aspecto económico y el status dentro de la sociedad, porque como mencionan Brown y Laskin (1987) para las mujeres para quienes la casa y la familia es algo fundamental (generalmente son las mujeres de clase media o baja) están satisfechas por los logros que pueden tener sus hijos y con percibirse felices a pesar de tener algunas carencias económicas; mientras que para las mujeres que están más preocupadas por tener una carrera académica o sobresalir "en lo que llaman un mundo de hombres" el no lograr éstos objetivos pueden llevarlas a estar frustradas a pesar de tener económicamente lo necesario.

En lo que respecta a que los ancianos van cambiando su visión de la vida dependiendo del tiempo que se tiene retirado del ámbito laboral, se encontró en la presente investigación que en general la percepción de la vida va cambiando pero de manera positiva y que el grado de cambio debe ser visto en relación con el tipo de personas que eran antes del retiro, esto es confirmado por Kastenbaum (1980) quien señala que en una investigación realizada por el Consejo Norteamericano de la Vejez los resultados mostraron que la suposición de que la vejez es una época de intenso dolor resultó errónea. Los hombres y las mujeres mayores mostraron sentir tanta satisfacción por la vida como los jóvenes; es cierto que la mayoría de los participantes no dijeron estar en los mejores años de su vida, pero tampoco los describieron como los "más terribles" y esto es debido a que aún se realizan actividades que les permiten tener ocupadas sus mentes; aunque existen algunos problemas físicos o enfermedades, los ancianos se describen a sí mismos como personas que disfrutaban de la vida a pesar de ya no tener la responsabilidad de asistir a un empleo.

En lo que respecta a la ansiedad/depresión se comprobó que existe una cierta relación con el tiempo de retiro y que aquellas personas que han pasado más tiempo retirados sí presentan algo de ansiedad o depresión, pero ésto es debido a la percepción del tiempo libre, en donde no saben en qué ocupar su tiempo además de sus actividades domésticas, y no se tienen actividades deportivas o recreativas y se comienza a pensar y anhelar lo que se tenía y lo que se cree perdido, en ese momento es cuando aparece la ansiedad o depresión. Bazo (1990) menciona al respecto de la depresión que la edad conlleva sentimientos depresivos, no obstante la mayoría de los ancianos manifiestan no sufrir depresión nunca o casi nunca. Parece obvio que al envejecer y acumular pérdidas y en ocasiones acontecimientos traumáticos se produzcan algunos sentimientos de angustia que ayudan a la aparición de la depresión. La misma autora habla de que la mayoría de la población anciana vive con algún familiar (generalmente hijos o hijas), lo cual es confirmado en la presente investigación en donde la mayoría de los sujetos viven con algún familiar y no únicamente con su pareja y muy pocos ancianos viven solos.

Así mismo los resultados señalan que independientemente de con quien vivan los ancianos existe una buena movilidad, autocuidado, llevan a cabo actividades cotidianas sin problemas y enfrentan de manera positiva la ansiedad/depresión. En este sentido Scherler (1992) menciona que siempre es importante para una persona jubilada sentirse responsable de un ser vivo además de ellos mismos, este ser puede ser desde una persona hasta un animal doméstico, porque es muy beneficioso y constituye un estímulo psicológico importante les da ánimo de seguir adelante porque están reemplazando una responsabilidad por otra. Kalish (1996) hace referencia de que la mayor parte de las personas ancianas desarrollan una red de apoyo informal que implica a los familiares con los que vive o que son más cercanos, los amigos y vecinos, este tipo de red les permite tener otro tipo de responsabilidades, sentimientos y pensamientos. Las redes de apoyo pueden ser no institucionalizadas como son los amigos, familiares, vecinos, conocidos, etc., y por otra parte pueden ser institucionalizadas como son: algunas clínicas de asistencia, asilos, clínicas de salud y algunos programas que pueden desarrollar los gobiernos a donde el anciano puede asistir para aprender cosas nuevas (actividades físicas, cocina, bailes, entre

otras). En la mayoría de las sociedades el anciano se apoya en las no institucionalizadas porque es con quiénes más conviven y conocen mejor.

En cuanto a las redes de apoyo se tienen que hacer mención de lo que se encontró en cuanto a la percepción que hay entre las personas que tienen ingresos propios (empleo o pensión) y aquellos que tienen ayuda económica de algún familiar y, aunque es cierto que las personas que tienen ingreso propio tienen mayor independencia en cuanto a tomar decisiones debido a que tienen la seguridad de que tendrán dinero pero también es cierto que las personas que tienen ayuda económica de otras personas no perciben tener grandes diferencias en cuanto a su Calidad de Vida en comparación de aquellas que sí tienen un ingreso propio por lo menos en el grupo con el que se realizó la investigación y es porque a pesar de que no tienen seguro un ingreso suelen administrarse de manera adecuada. García (2000) puntualizó que cuando el anciano empieza a preocuparse por la Calidad de Vida que tendrá en un futuro tanto psicológicamente como económicamente y por participar en las tareas para el desarrollo de los últimos años de su existencia ya es muy tarde, porque está preocupación no llega durante la juventud o madurez sino hasta la tercera edad cuando ya no tienen las fuerzas suficientes para salir adelante por mucho que lo deseen.

Por otro lado el aspecto de la salud dentro de la Calidad de Vida es muy importante y en esta investigación se encontró que independientemente de la edad de los ancianos tienen una percepción de su salud muy parecida, en este sentido Kastenbaum (1980) señala que a pesar de que la edad conlleva un deterioro de la salud por los cambios biológicos, este deterioro puede ser más o menos importante dependiendo del estilo de vida que se ha llevado y que se espera seguir. Sin embargo desde el punto de vista de algunos ancianos sufren mayor deterioro que otros porque muchas veces no saben como cuidar su salud, y por ello es necesario que se dé un tipo de educación preventiva de la salud desde antes de llegar a la ancianidad. Así pues, la edad no puede ser sinónimo de enfermedad ya que se tienen que tomar muchos factores en cuenta como la clase social, el estilo de vida, la soledad, entre otros. Birren (citado en Viamonte, 1993) realizó un estudio en donde reunió aun grupo de ancianos los cuales eran sanos completamente (esto fue probado por medio de exámenes clínicos y de laboratorio), aunque gozaban de buena salud los investigadores

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pudieron distinguir quiénes eran los más sanos y quiénes eran menos y esto se debía a la percepción que tenían con respecto a su estado de ánimo porque las personas más participativas y entusiastas se percibían más sanos sin importar su edad.

Por último la percepción de la Calidad de Vida del grupo de ancianos de la investigación mostró que sin importar al grupo de edad al que pertenecían tenían una percepción muy parecida lo cual no está muy de acuerdo a lo realizado por Bazo (1990) en donde se encontró que las personas que a penas comienzan a entrar a los 50 años no tienen una percepción de su Calidad de Vida muy parecida a la de los que tienen más de 70 años, y esto es porque la edad parece acumular una serie de pérdidas que van haciendo percibir el propio proceso de envejecimiento de forma más negativa, aunque esto no siempre es cierto como puede constatarse en los resultados de esta investigación.

CAP. VIII.

CONCLUSIONES

Las conclusiones que se desglosan de esta investigación son las siguientes:

- A pesar de que dentro de la literatura es muy frecuente encontrar la idea de que durante el proceso de envejecimiento son las mujeres las que tienden a tener una mejor percepción a cerca de su Calidad de Vida en comparación con los hombres porque no pierden tan bruscamente los distintos roles que rigen sus vidas sino que solamente dejan el "rol" de ser empleadas para seguir teniendo el "rol de ama de casa" (aunque este cambio de roles puede provocar algunos problemas personales) que generalmente los hombres no tienen ni llegan a asumir nunca; pero dentro de la investigación no se encontró esto sino que por el contrario no hubo ningún tipo de diferencias. La percepción que tienen ambos sexos es muy parecida dentro de las cinco dimensiones en las que fue medida la Calidad de Vida.
- En cuanto a las diferencias que se encontraron dentro de la comparación que se realizó entre los dos grupos: "Jubiladas" vs "Amas de casa", pueden explicarse que realmente fueron significativas en tres de las cinco dimensiones y es debido a que muchas mujeres a pesar de que tienen el "rol de amas de casa" solamente lo ven como un rol de segundo clase y pueden llegar a sentir que su vida ya no tiene el mismo valor; en otras ocasiones es porque su rutina de trabajo les mantenía la mente ocupada y dejaban de lado los problemas que podían suscitarse dentro de sus hogares además de que el hecho de no tener una cultura de salud preventiva también puede provocar muchos problemas de movilidad, depresión o algunos malestares. En el caso de las mujeres "amas de casa" nunca llega a darse esta pérdida de identidad aunque dentro de la literatura llegue a señalarse que son mujeres frustradas porque nunca llegan a tener una autorrealización, pero esto no se encontró dentro de la investigación fue totalmente lo contrario y se

atribuye a que la mayoría de las participantes eran mujeres "amas de casa" que nunca habían tenido un empleo remunerado.

- Por otra parte la visión que tienen los ancianos de su Calidad de Vida dependiendo del tiempo que tienen alejados del ámbito laboral realmente no se encontraron grandes diferencias a excepción de lo que es ansiedad/depresión en donde las personas que han estado más tiempo alejados de su ámbito laboral sí llegan a extrañar la rutina que tenían y pueden llegar a deprimirse. Los ancianos no siempre están deprimidos o ansiosos esto generalmente es por épocas a menos que sean personas que realmente hayan dedicado su vida a su trabajo y no tengan mayor aliciente en su vida.
- Es importante señalar que otro aspecto de relevancia es el hecho de que la mayoría de los ancianos viven con algún familiar, realmente son muy escasos los ancianos que viven solos o que viven únicamente con su pareja lo cual puede resultar beneficioso para ellos porque de alguna manera se sienten responsables tanto de ellos mismos como de otras personas ya sea que realicen tareas simples o complicadas, pero el sentir y pensar que se tienen responsabilidades siempre es muy importante para cualquier persona sobre todo para aquellas que dejaron las responsabilidades que les retribuía un ingreso económico. Aunque también se deben de tomar en cuenta aquellas personas que les gusta estar solas y que realmente disfrutan de hacerse cargo de ellos mismos a pesar de que son la minoría, pero para poder disfrutar de esta "soledad" es de suma importancia que ellos lo hayan reflexionado desde un buen tiempo atrás el hecho de querer estar solos.
- Se debe de tomar en cuenta que solamente se encontraron dos diferencias en cuanto a los que viven de su propio ingresos y los que tienen ayuda económica de otra persona, pero estas diferencias fueron sumamente significativas, lo cual nos demuestra que las personas que tienen su propio ingreso económico las hace ser más independientes y seguras de sí mismas, mientras que las personas que tienen ayuda económica de algún familiar pueden llegar a tener más ansiedad o depresión y pueden tener algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas, aunque esto no es una regla para todos los ancianos y eso es algo que se debe de tomar muy en cuenta en el momento que se desee realizar alguna otra investigación con gente de la tercera edad.

- Por otra parte uno de los aspectos que deben de tomarse muy en cuenta es la salud porque a pesar de que no se encontraron diferencias en ninguno de los tres grupos en los que fueron divididos los sujetos, es necesario que se realice un cambio en la manera de pensar de la gente porque no siempre se debe de esperar al último momento para poder atender alguna enfermedad sino que por el contrario lo ideal sería que se tuviera una cultura de la enfermedad o de la promoción hacia la salud, cuidado de la salud y por consiguiente que la medicina fuera preventiva y no curativa, de esta manera en el momento de llegar al envejecimiento se tendría una mejor Calidad de Vida porque se sabría como cuidar la salud, se tendría una mejor alimentación, se haría más ejercicio y por lo mismo la vida sería más fácil.
- Por último se encontró que la percepción que tienen los tres grupos es muy parecida y no hubo diferencias significativas, es decir que no hay dependencia entre la edad y la percepción de la Calidad de Vida por tener más o menos edad; a pesar de que dentro de la literatura se dice que las personas que son más jóvenes tienen una mejor percepción de su Calidad de Vida por tener tan poco tiempo de haber dejado el trabajo y se está en una etapa como de "luna de miel", mientras que las personas que ya tienen más tiempo de estar jubilados tienden a tener una percepción de su Calidad de Vida no muy agradable porque ya se encuentran aburridos de no hacer nada (para ganar dinero) y extrañan responsabilidades y a personas que conocían y que ahora ya no pueden ver o no con la frecuencia que les gustaría.
- La última conclusión que sale de esta investigación es que para realizar un buen trabajo con los ancianos se deben de tomar muy en cuenta un gran número de aspectos tanto familiares, sociales, económicos, religiosos entre muchos otros porque todos estos aspectos repercuten mucho en las personas ancianas y no es que durante la juventud no sea así sino que con los años se van acentuando todos éstos puntos.

8.1 Recomendaciones

Las recomendaciones que pudieron surgir de esta investigación son las siguientes:

- Reconociendo que existen muchas actitudes y estereotipos negativos frente a la vejez los cuales no van a desaparecer de un momento a otro, hay que buscar algún medio para neutralizar sus efectos en las personas mayores para que no causen un efecto devaluante y debilitador en la población anciana
- Es dentro de la familia donde el anciano debe de recuperar nuevamente su status de importancia dentro de la sociedad y debe de estar enmarcado por la necesidad de inculcar al niño desde sus primeras etapas de socialización el respeto, el afecto y el reconocimiento hacia las personas que son mayores que él, para que de esta manera asimile la vejez como una etapa natural dentro del proceso humano.
- En cuanto a la investigación en sí, es necesario que se realice una investigación más grande en donde se pueda trabajar con diferentes status socioeconómicos para ver las diferencias que son tan mencionadas dentro de la literatura y que en esta investigación no son tan evidentes.
- Es necesario que se trabaje un poco más en cuanto a la diferente percepción que pueden tener los ancianos con respecto a la salud que se puede tener después de la jubilación, a pesar de que en esta investigación no se encontraron diferencias, dentro de la literatura se menciona que la edad no es sinónimo de enfermedad pero el estado de ánimo sí puede ser un factor importante para conocer la percepción de la Salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS

- Allardt, E. (1993). "Having, loving, being: An Alternative to the Swedish model of welfare research". En Nussbaum, M. y Sen, A. *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press, pp. 88 – 94.
- Andrews, F. y Withey, S. (1974). "Developing measures on perceived life quality". *Social Indicators Research*, 1 (1), pp. 1 – 30
- Andrews, F. M. y Robinson, J. P. (1991). *Measures of personality and Social Psychological attitudes*. New York, pp. 61 – 68.
- Arquiola, E. (1995). *La vejez a debate*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Cap. 2.
- Avila, R. (1984). "El proceso de producción y organización del conocimiento en el campo de la Salud". *Educación y Salud*. ENEP-I, UNAM. México.
- Bazo, M. T. (1990). *La Sociedad Anciana*. Madrid: Siglo XXI, Cap. 4, 5 y 6.
- Beauvoir, S. (1970). *La vejez*. Barcelona: Edhasa, pp.23-47.
- Belsky, J. (1996). *Psicología del envejecimiento*. México: Masson, Cap. 8.
- Blanco, A. (1985). "La calidad de Vida: Supuestos psicosociales". En: Morales, J. F. (comp) *Psicología Social Aplicada*. Bilbao: DDB.
- Bliss, Ch. (1969). "El estilo de vida y el estándar de vida". En: Nussbaum. M y Sen, A. *La Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica, pp. 534 – 551.
- Brock, D. (1996). "Medidas de Calidad de Vida en el cuidado de la salud y la ética médica". En: Nussbaum, M y Sen, A. *La calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica, pp. 135 - 155.
- Brooks, R. (1996). "EuroQoL: The current state of play". *Health Policy*, 37, pp. 53 – 72.
- Brown, P. y Laskin, D. (1987). *Envejecer juntas*. Barcelona: Paidós, Cap. 13.
- Bucla-Casal, G.; Caballo, V y Sierra J. C (1999). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. España: Siglo XXI, pp. 1003 – 1040.
- Campbell, A; Converse, P y Rodgers, W. (1976). *The quality of american life: Perceptions, evaluation and satisfaction*. Neva York: Russell Sage Foundation.

- Carbal, J. M. (1980). *La tercera edad*. Buenos Aires: Troquel, Cap. 5.
- Chávez, C. (1994). "Bienestar Social y nivel de vida". *Revista de Trabajo Social*,
- Day, R. (1987). "Relationships between life satisfaction and consumer satisfaction". En: Coskun Samli (ed), *Marketing and the quality of life interface*. Nueva York: Quorum Books.
- De Nicola, P. (1985). *Geriatría*. México: Manual moderno, Cap. II.
- Dennis, R. E.; Williams, W. y Giangreco, M. F. (1993). "Quality of life as context for planing and evaluation of services for people wiith disabilities". *Exceptional Children* 59 (6), pp. 499 – 512.
- Diener, E. (1984). "Subjetive well-bing". En: *Psychological Bulletin*, 9 (3), pp. 543 – 575.
- Dolan, P.; Gudex, C.; Kind, P. y Williams, A. (1995). *A Social Tariff for EuroQol: Results from a UK General Population Survey. Discussion Paper 138*. York: Centre for Healt Economics.
- Elster, J. (1982). "Sour Grapes"; En A. Sen y B. Williams (Comps), *Utilitarianism and Beyond*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Erickson, R. (1996). "Descripciones de la desigualdad: El enfoque succo de la investigación sobre el bienestar". En: Nussbaum. M y Sen, A. *La Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica, pp. 101 – 118.
- Fericgla, J. (1992). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos, Cap. 3.
- Ferráez, M. (2001). " *Las apreciaciones Subjetivas del Bienestar Psicosocial en un Grupo de profesionistas de las Ciencias de la Salud*". Reporte de Investigación, UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Edo. de México.
- Fierro, A. (1994). "Proposiciones y propuestas sobre el buen envejecer". En: Buendía, J. (Comp.) *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. México, D.F.: Siglo XXI, pp. 3-33.
- Flanagan, J. (1978). "A researcha approach to improving our quality of life". *American Psychologist*, (33), pp. 138 – 147.
- Frankl, V. E. (1996). *El hombre en busca del sentido*. Barcelona: Herder. Cap. I.

- French, S. L.; Gekoski, W. L. y Knox, V. (1995). "Gender differences in relating life events and well-being in elderly individuals". *Social Indicators Research*, 35 (1), pp. 1 - 25.
- García, L.; Pedrero, N. L. y Pichardo, F. A. (2000). Repercusión de la Educación y Ocupación en el Proceso Normal o Patológico del Envejecimiento. *Archivo Geriátrico*, 3 (3), 92-93.
- García, Q. y Lima, O. (1985). *Necesidades humanas. Nivel de vida y Calidad y medio de vida*. La Habana: Ed. Centro de estudio demográficos. Universidad de la Habana.
- Glover, R. (1998). "Perspective on aging: Issues affecting the latter part of the life cycle". *Social Indicators Research*, 24 (4): 325-331.
- González-Celis, R. A.; Esquivel, H. R y Cárdenas, T (1997). *Calidad de Vida Subjetiva y Valores*. Un análisis comparativo. Memorias del Segundo Simposio de Calidad de Vida, Salud y Ambiente. México: CRIM UNAM.
- González-Celis, R. A, (2002). "*Efectos de Intervención de un Programa de Promoción a la Salud Sobre la Calidad de Vida en Ancianos*". Tesis de Posgrado, UNAM, Facultad de Psicología, México, D. F.
- Grau, A. (1996). "*Calidad de Vida: Problemas en su investigación*". Material Inédito. Elaborado para el taller sobre la Calidad de Vida. Conferencia Iberoamericana de Psicología de la Salud. México. UNAM. 17 - 21 de Junio, p.67
- Guinsberg, E. (1990). *Normalidad conflicto psíquico y control social*. México: Plaza y Valdez. UAM.
- Horley, J. y Little, B. (1995). "Affective and Cognitive Componentes of global Subjective Well-Being Measures". *Social Indicators Research*, 17, pp. 189 - 197.
- Jeffres, L. y Dobos, J. (1993). "Perceptions of leisure opportunities and the quality of life in a metropolitan area". *Journal of Leisure Research*, 25 (2), pp. 203 - 217.
- Kalish, R. (1996). *La vejez. Perspectiva sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide, Cap. 6.
- Kastenbaum, R. (1980). *Vejez años de plenitud*. México: Harla, Cap. 2, 3 y 4.
- Keith, K. y Schallock, R. (1994). The Measurement of Quality of life in adolescence: The Quality of Student Life Questionnaire. *American Journal of family Therapy*, 22 (1), pp. 83-87.

- Laforest, L. (1991). *Introducción a la Gerontología*. Barcelona: Herder, Cap. 2.
- Levi, L. y Anderson, D. (1980). "*La tensión psicosocial. Población, Ambiente y Calidad de Vida*". México: Manual moderno.
- Mezius, T. y Boak, R. (1994). "The quality of life as perceived by students in a collage of applied arts and technology". *Collage Student Journal*, 28 (1), pp. 46 – 56.
- Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo (1988) *Nuevas Metas para la Humanidad. La Calidad de Vida Humana en el Horizonte del año 2000*. Ed. Fundación de Estudios sociológicos.
- Moreno, B. y Ximénez, A. (1996). "Evaluación de la Calidad de Vida". En: Buela-Casal; Caballo, J. Y Sierra, C. (eds) *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. España: Siglo XXI, pp. 1045 – 1070.
- O.M.S (1981). "Preparación de Indicadores para Vigilar los progresos Realizados en el logro de la Salud para Todos en el año 2000". Ginebra: Serie *Salud para Todos*, No. 4.
- Palomar, J. (1995). "*Diseño de un instrumento de medición sobre Calidad de Vida*". Tesis de Maestría, UNAM, Facultad de Psicología, México, D. F.
- Puente, S. y Legorreta, J. (1988) *Medio ambiente y calidad de vida*. México: Plaza y Valdéz, pp. 19 – 27 y 42 – 47.
- Ramírez, G. L. (1998). "*Propuesta de un modelo de Calidad de Vida: Las apreciaciones subjetivas del bienestar psicosocial en las amas de casa*". Reporte de Investigación, UNAM, ENEP Iztacala, Edo. de México.
- Reimel, Sh. y Muñoz, C. (1990). *Un modelo conceptual para la medición de la dimensión psicosocial en la evaluación de la Calidad de Vida*. Venezuela. Universidad Simón Bolívar, 1 (2), pp. 51 – 59.
- Requena, F. (1995). "Friendship and subjective well-being in Spain: A cross-national comparison with the United States". *Social Indicators Research*, 35 (3), pp. 271 – 288.
- Salgado, A. y Alarcón, M. T (1993). *Valoración del paciente anciano*. México: Masson, S. A. pp. 110 – 115.
- Scherler, A. (1992). *Sociología de la Vejez*. Madrid: Unión Democrática de pensionistas y jubilados de España, pp. 169 – 175.
- Segura, M. (2001) "*Percepción de la Vejez por Adultos Mayores de Diferente Estrato Cronológico*". Reporte de Investigación, UNAM, ENEP Iztacala, Edo. de Méx..

- Setién, S. M. (1993). *Indicadores sociales de Calidad de Vida. Un sistema de medición aplicado al país Vasco*. España: Siglo XXI.
- Shin, D. y Johnson, D. (1978). "A vowed happiness as an overall assessment of quality of life". *Social Indicators Research* (5), pp. 475 – 492.
- Vandale, T.; Rodríguez, D.; Laguna, G. y López, C. (1984) "Hacia una definición operativa del proceso salud-enfermedad". En: *Educación Médica y Salud*. Espacio 18 (2).
- Veenhoven, R. (1996). "Developments in satisfaction-research". *Social Indicators Research*, 37 (1), pp. 1 – 46.
- Veenhoven, R. Y Ouweneel, P. (1995). Livability of the welfare-state. *Social Indicators Research*, 36 (1).
- Viamonte, M. (1993). *Al encuentro de la salud, felicidad y longevidad*, México: Trillas, pp. 163 – 179.
- Villota, P. (1998). *Las mujeres y la ciudadanía en el umbral del siglo XXI*. España: Complutenses, pp. 178 – 186.
- Viney, L. (1994). "A Comparison of the Quality of Life of Terminal Cancer Patients". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 62 (1). Pp. 157 – 164.
- Waldegg, G. (1995.) *Procesos de enseñanza y aprendizaje II*. Fundación SNTE para la cultura del maestro mexicano, pp. 133 – 156.
- Yanquelevich, G. y Méndez, A. (1986). "*Ensayos en Interciencia*", México, UNAM. Facultad de Ciencias.
- Yesavage, J.; Brink, T.; Rose, T.; Lum, O.; Huang, V.; Adey, M. y Leiver, V. (1983). "Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report". *Journal of Psychiatric Research*, 17, pág. 37 – 49.
- Zero, T. (1998). *Las mujeres en Álava. Género y desigualdad social*. España: Diputación Foral de Álava. Cap. 5 y 10.

ANEXO

“A”

“ANEXO A”.
CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

FOLIO.....

- 1.-¿Cuál es su nombre?.....
- 2.- ¿Qué edad tienen en años cumplidos?.....
- 3.- ¿Cuál es su sexo? Masculino
 Femenino
- 4.¿Cuál es su estado civil? Soltero
 Viudo o divorciado
 Casado o con pareja
- 5.- ¿Actualmente con quien vive? Solo
 Con pareja o cónyuge
 Con hijos
 Con algún familiar
- 6.- Número de personas que habitan en la vivienda, sin contarse usted.....
- 7.- ¿Cuál es el ingreso familiar mensual?
- 8.- ¿Cuál es su ingreso propio?
- 9.- ¿Su nivel máximo de estudios? Sin estudios
 Primaria
 Secundaria o Nivel técnico
 Bachillerato
 Profesional
- 10.- ¿Cuál es su actividad principal, que lo describe actualmente? Empleado
 Trabaja por su cuenta
 Retirado

- Labores del hogar
- Buscando trabajo
- Otra ¿Cuál?

Solo en caso de que sea retirado, conteste las preguntas 11 y 12; si no, pase directamente a la pregunta 13

11.- ¿Cuál era su actividad anterior?

- Empleado
- Trabajaba por su cuenta
- Labores del hogar
- Otra ¿Cuál?

12.- Fecha de retiro

13.- ¿La vivienda que Usted habita es?

- Propia
- Rentada
- Prestada

14.- ¿El número de cuartos que tiene su vivienda, sin contar las destinadas a los baños es?

15.- ¿Qué actividades realiza durante su tiempo libre?.....

Muchas Gracias

CUESTIONARIO EuroQoL

Su propio estado de salud del día de hoy

Marque con una cruz en cada grupo de afirmaciones de abajo, en la opción de respuesta que mejor describa su estado de salud el día de hoy. No tache más de una sola descripción para cada grupo.

Mobilidad

- Yo no tengo ningún problema para caminar
- Yo tengo algunos problemas para caminar
- Yo estoy confinado en una cama

Autocuidado

- Yo no tengo ningún problema para mi cuidado personal
- Yo tengo algunos problemas para asearme o vestirme por mi solo
- Yo no soy capaz de asearme o vestirme por mi solo

Actividades Cotidianas (por ejemplo trabajar, estudiar, labores del hogar, actividades familiares o de tiempo libre)

- Yo no tengo ningún problema para realizar mis actividades cotidianas
- Yo tengo algunos problemas para realizar mis actividades
- Yo no soy capaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/Malestar

- Yo no tengo dolor o malestar alguno
- Yo tengo dolor o malestar moderado
- Yo tengo dolor o malestar extremo

Ansiedad/Depresión

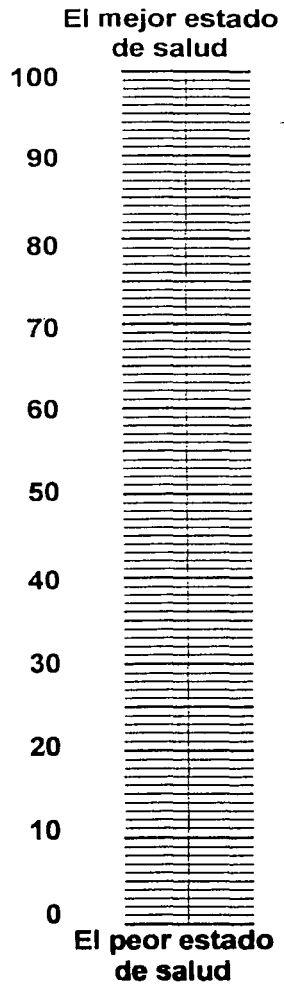
- Yo no estoy ansioso o deprimido
- Yo estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Yo estoy extremadamente ansioso o deprimido

Su propio estado de salud el día de Hoy

Para ayudar a la gente a describir qué tan bien o mal se encuentra su estado de salud, nosotros hemos dibujado una escala (parecida a un termómetro) en la cual, el mejor estado de salud puede marcarse en 100, y el peor estado de salud podría marcarse en 0.

A nosotros nos gustaría que Usted nos indicara en su opinión, sobre esta escala, qué tan bien o mal se encuentra su propio estado de salud el día de HOY. Por favor trace una línea, sobre cualquier punto de la escala que indique qué tan bien o mal está su estado de salud el día de HOY.

Su estado de salud
HOY



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN