



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“EVALUACION DEL AUTOCUIDADO Y LA
CALIDAD DE VIDA EN ANCIANOS”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
CRISTINA RAMIREZ SANTOS

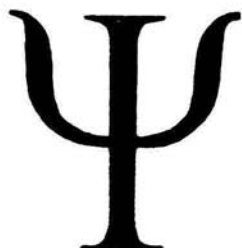
DIRECTORA DE TESIS: MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA
REVISORA DE TESIS: DRA. MARCIA MORALES FIGUEROLA
ASESORA ESTADISTICA: DRA. ANA LUISA GONZALEZ - CELIS

JURADO: MTRA. JAYNE ESQUIVEL ANCONA
DRA. MAGDALENA VARELA MACEDO



MARZO DEL 2004

EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA.





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.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Cristina Ramirez Santos
FECHA: 02-03-04
FIRMA: [Firma]

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“Evaluación del Autocuidado y la Calidad de Vida en Ancianos”

TESIS, QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA

CRISTINA RAMIREZ SANTOS

DIRECTORA DE TESIS: MTRA BLANCA ELENA MANCILLA
REVISORA DE TESIS: DRA. MARCIA MORALES FIGUEROLA
ASESORA ESTADISTICA: DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS
JURADO: MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA
DRA. MAGDALENA VARELA MACEDO

Marzo 2004.

*Que tu camino sea de Paz,
en los momentos de Paz.
Y de combate,
en los momentos de Combate.
Jamás confundas un momento con otro.*

Paulo Coelho (Brida p253)

A mi abuelo Leopoldo[†]

*Por enseñarme a tener sueños y luchar para lograrlos,
acompañándome en mis primeros pasos
por el camino de la ciencia y de los porqués de la vida.
Aquí estoy diciéndote una vez más lo logre.*

Por todo tu cariño.

Agradecimientos

A la UNAM por permitirme ser parte de ella, y formarme como profesionista en sus aulas de la Facultad de Estudios Profesionales Iztacala y de la Facultad de Psicología.

A la Maestra Blanca Elena Mancilla Gómez:

Por contribuir en mi formación profesional e impulsarme en la realización de este trabajo.

Gracias

A la Dra Ana Luisa González-Celis Rangel:

Gracias por todo su valioso apoyo, por compartir conmigo sus conocimientos e impulsarme a seguir adelante en este campo tan maravilloso de la investigación pero sobre todo por su amistad.

Mil Gracias

A la Dra Marcia Morales, Mtra Fayne Esquivel y Dra Magdalena Varela:

Por sus valiosos comentarios y aportaciones

Gracias

A la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE y en especial a todas las personas "ancianas" que participaron en la presente investigación. Y de quienes he aprendido enormemente.

Con cariño a ...

A mis padres y hermano :

*Con quienes he compartido parte de mi vida y
de quienes he aprendido que hacer y no hacer en esta vida.
Gracias*

A mi hermana Rocío :

*Por todos los momentos que hemos compartido juntas. Porque me has enseñado
a ver que la vida tiene muchos caminos.*

A mis amigas :

*A Paty Canseco, Karen Cardenas, Romy Lembo, Maricela Aranda, Verónica López, Reyna Reyes por todo lo que
vivimos en la Facultad y lo que seguimos compartiendo.*

Y finalmente a:

*Las personas que me acompañaron durante la realización de este trabajo impulsándome a seguir
adelante y que llevo en mi corazón. Gracias.*



Índice

<i>Contenido</i>	<i>Página</i>
ÍNDICE	5
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO 1. ANTECEDENTES	
1.1- La vejez a través de la historia en México	13
1.2- Envejecimiento poblacional en el mundo	17
1.2.1- Envejecimiento poblacional en México	19
1.3- Concepto y definición de envejecimiento	20
1.4- Conceptos y definición de vejez	22
1.5- ¿Cuándo se inicia la vejez?	25
CAPITULO 2. SALUD Y BIENESTAR	
2.1- Definición de salud?	29
2.1.1- Salud y vejez	32
2.3- Envejecimiento exitoso	37
CAPITULO 3. AUTOCUIDADO DE LA SALUD	
3.1- Surgimiento del Concepto de Autocuidado	39
3.2- ¿Qué es el Autocuidado?	40
3.2.1- Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem	42
3.3- Autocuidado y Factores de Riesgo	43
3.4- Autocuidado y Vejez	46
3.4.1- El Autocuidado como concepto educativo	49
3.5- Fomento del autocuidado	51
CAPITULO 4. CALIDAD DE VIDA	
4.1- Aproximación Histórica	55
4.2- Concepto de Calidad de Vida	57
4.3- Áreas de la Calidad de Vida	61
4.4- Evaluación de la Calidad de Vida	62
4.5- Calidad de Vida y Salud	64

CAPÍTULO 5. METODO

5.1- Pregunta de investigación	69
5.2- Objetivos	69
5.3- Variables	70
5.4- Hipótesis	71
5.5- Tipo de estudio	72
5.6- Diseño	72
5.7- Muestra	73
5.8- Escenario	73
5.9- Material e Instrumentos	73
5.10- Procedimiento	74
5.11- Análisis de estadístico	75

CAPÍTULO 6- RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

6.1- Descripción de la muestra.....	77
6.2- Análisis cuantitativo.....	80

CAPÍTULO 7- DISCUSIÓN 89

CAPÍTULO 8- CONCLUSIONES, SUGERENCIAS, LIMITACIONES Y APORTACIONES 95

BIBLIOGRAFÍA 99

ANEXOS 105

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar si el autocuidado es una variable predictora de la percepción de calidad de vida en ancianos. Con este propósito se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, transversal, utilizando un diseño ex postfacto. Participaron 50 ancianos de ambos sexos afiliados a la Clínica de Medicina Familiar Narvarte del ISSSTE. Como instrumentos se aplicaron una hoja de datos Sociodemográficos, el Cuestionario de Autocuidado de la Salud (García M, 1998) y el Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQoL-Bref). Los resultados más importantes indican que existe una asociación entre las conductas de autocuidado de la salud y la calidad de vida que poseen los ancianos. Señalando que en su mayoría los ancianos consideran poseer buenas conductas de autocuidado y una adecuada percepción de su calidad de vida. Con respecto a la Calidad de Vida los resultados mostraron que el sexo masculino, y la alta escolaridad son variables asociadas a una mejor percepción de calidad de vida en los ancianos, así como el acudir a un grupo de "Fomento a la Salud". En cuanto a las conductas de Autocuidado de la Salud no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad o el sexo, mientras que los resultados señalaron que poseen mejores conductas de autocuidado los ancianos con escolaridad alta. En cuanto a la salud física resultó ser el área más deteriorada y la noción de envejecer responsable la más atendida por el anciano. Se concluye que el autocuidado es una variable predictora de la percepción de calidad de vida en los ancianos. Asimismo se corroboró que los grupos de Fomento a la Salud generan un impacto favorable en las personas principalmente en el área de aspectos psicológicos con relación a la percepción de calidad de vida.

Palabras clave: autocuidado de la salud, calidad de vida, ancianos.

Psic. Cristina Ramírez Santos

INTRODUCCION

Los avances médicos y tecnológicos que caracterizan nuestra época han hecho posible elevar la esperanza de vida de la población siendo hoy el doble de lo que era a mediados del siglo XVIII esto significa que la proporción de ancianos está incrementándose progresivamente, actualmente una persona cuya edad es mayor a 60 años es considerada anciana, senecta, vieja o como actualmente la Organización Mundial de la Naciones Unidas denominó a este grupo “personas de la Tercera Edad”, produciendo al mismo tiempo un envejecimiento de la población, en donde la longevidad, la salud y la calidad de vida dependen además de los aspectos biológicos, de factores ambientales del entorno físico y social, de los hábitos de vida y las características psicológica individuales.

Desde esta perspectiva se puntualiza el interés que han puesto diversas organizaciones por lograr mantener en la medida de lo posible la salud en todas las etapas de la vida. Así, actualmente la OMS (1986) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente como ausencia de enfermedad”. Considerando que la vejez es para todos lo que cada uno hace de ella, resulta importante afrontarla no como una etapa de decadencia y pérdidas sino como una etapa donde toda persona debe maximizar las ganancias a fin de vivir y experimentar un envejecimiento exitoso, y en donde cada persona asuma el propio cuidado de su salud, responsabilidad que en muchos casos se asigna a los hospitales clínicas y consultorios, lo cual frecuentemente minimiza la capacidad de la persona para cuidarse por si misma, así el anciano pocas veces es motivado a que cuide de si mismo ya que se le considera o bien el mismo cree que si ya no puede realizar tareas que en su juventud hacia, ya no podrá realizar ninguna otra actividad; es aquí donde el autocuidado y la autoeficacia toman un papel muy importante, siendo herramientas fundamentales para prevenir enfermedades, incapacidades y dependencias así como para capacitar al anciano a llevar a cabo conductas que favorezcan su salud a través de su propia participación en la recuperación y mantenimiento de su salud de tal manera que repercuta en el mejoramiento de la calidad de vida entendiéndose como *“la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y sistema de valores en los cuales vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares e*

valores en los cuales vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses” (Harper y Power, 1998).

Bajo este enfoque la calidad de vida del anciano debe ser ajustada a su esperanza de vida, de lo contrario, esta última se convertirá sólo en un incremento de la esperanza de incapacidad la cuál indiscutiblemente se observa más en edades avanzadas. Por lo que se necesitan medios para ayudar y o prevenir la incapacidad o al menos retardar cuanto sea posible la dependencia (Quintero, 1997).

La educación de la población sobre el cuidado de sí mismo, es uno de los temas que más ha preocupado en las últimas décadas a quienes trabajan en el área de la salud. Además siguiendo los principios para la atención a los ancianos instituidos por la Asamblea General de las Naciones Unidas establece entre otros, el derecho a tomar decisiones acerca de su propio cuidado y calidad de vida, haciendo énfasis en el nivel individual para desarrollar habilidades de autocuidado y promover todo aquello que lleve al desarrollo de la noción de que es necesario envejecer con responsabilidad y de manera exitosa.

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud han permitido comprobar que prácticamente todos los ancianos tienen la capacidad para llevar a cabo el cuidado de su salud, a pesar de tener algunas limitaciones, incluso de proveer algún tipo de cuidado a las demás personas de edad que estén a su alrededor, es decir la promoción de la salud en la senectud se ha de encaminar al logro de un buen funcionamiento mental, físico y social, así como a la prevención de las enfermedades e incapacidades y dependencias, consiguiendo de esta forma una mayor calidad de vida.

Si bien es cierto que en la vejez hay una decadencia biológica y una mayor propensión a las enfermedades, el desafío es lograr una función útil para sí mismo y los demás, para de esta forma lograr y vivir una vejez saludable e independiente, y para lograrlo el hombre necesita conocer su vejez y prepararse para que ésta sea un periodo de mayor crecimiento personal adaptándose y trabajando para mantener su salud lo mejor posible aumentando así su calidad de vida.

La calidad de vida en la senectud es en gran medida consecuencia de las peculiaridades del medio en que se ha desarrollado la persona durante toda su existencia, relacionada significativamente con la autonomía e independencia de la persona. Aún cuando el estudio de la calidad de vida en ancianos ha estado restringido a las personas enfermas, siendo muy poco frecuentemente encontrar investigaciones

y la calidad de vida siguen resultando de vital importancia. En resumen, lo más importante no es que se haya duplicado la expectativa de vida, sino sobre todo, que ya es posible envejecer con vitalidad y de manera satisfactoria pasando de añadir años a la vida a una mejor calidad de vida.

Por lo anteriormente expuesto el presente trabajo de investigación pretende aportar, elementos que ayuden a clarificar y entender las características de autocuidado de la salud que posee una pequeña muestra de ancianos mexicanos en relación con la percepción de su calidad de vida. Para ello, el trabajo se encuentra dividido en siete capítulos.

En el primer capítulo se hace referencia a la vejez a través de la historia en México, incluyendo los diferentes conceptos y definiciones que han surgido y que hasta el día de hoy siguen generando polémica al tratar de determinar cuándo se inicia la vejez. En el segundo capítulo se aborda el tema de la salud, se analizan los diferentes conceptos de salud y su relación con la vejez así como su fomento y promoción en la senectud. En el tercer capítulo se explica que en que consiste el autocuidado de la salud y sus implicaciones en el anciano, además de revisar la Teoría de Autocuidado desarrollada por la enfermera Dorothea Orem, y los principales factores de riesgo tanto sociodemográficos como de la salud que repercuten en el autocuidado. El cuarto capítulo se centra en los diferentes conceptos sobre calidad de vida que se han planteado agregando aspectos relacionados a como la forma de percibir la calidad de vida en las personas depende de varios factores los cuales se analizan a lo largo del capítulo y finalmente el impacto que genera dicha percepción en la vejez. En los capítulos quinto y sexto, se describe la metodología y el análisis de resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos. Finalmente en el capítulo ocho se presentan las conclusiones limitaciones sugerencias y aportaciones de la presente investigación.

Capítulo I. ANTECEDENTES

*¿Qué es la vida? Un Frenesí. ¿Qué es la vida?
Una ilusión, una sombra, una ficción; y el mayor bien es pequeño;
que toda la vida es sueño, y los sueños, sueños son.*

Calderón de la Barca

Desde el principio de la civilización, las diferentes culturas que han poblado la tierra se han visto atraídas por el fenómeno del envejecimiento. Por un lado, el reconocimiento de la sabiduría y experiencia que adquiere el ser humano con el transcurso de los años, hizo que muchos pueblos dieran al anciano un papel indiscutible de liderazgo dentro de la sociedad. Por otro, las repercusiones que el fenómeno de envejecimiento poblacional a generado a lo largo de la historia de la humanidad, llegando a considerarse en últimas fechas como uno de los fenómenos de mayor impacto del siglo XX, y seguramente crucial en la construcción de la historia del siglo XXI. ¿Cómo fueron evolucionando dichos fenómenos? La explicación se desarrolla en los próximos párrafos.

1.1 La vejez a través de la historia en México

Inicialmente durante la época prehispánica según el Códice Mendocino y los escritos de Fray Bernardino de Sahagún que conservan algunos testimonios acerca de la situación y el papel social que desempeñaban los ancianos, señalan que la vejez era considerada en un doble panorama: aquellos viejos que en pleno uso de sus facultades mentales, siendo varones se les consideraba dueños del fuego del *tonalli*⁽¹⁾

(1) *tonalli*: entidad animica, ponía al hombre en relación con el cosmos; fuerza vital que proporcionaba al individuo vigor, valor, calor y que permitía su crecimiento. Su asiento principal se encontraba en la cabeza. Podía abandonar el cuerpo a causa de una fuerte impresión, lo que originaba enfermedad. La reencia de esta esencia vital tiene vigencia entre algunos grupos étnicos del país, en los que se ha sincretizado con el concepto cristiano e alma.

entre algunos grupos étnicos del país, en los que se ha sincretizado con el concepto cristiano e alma. con valores como su experiencia, la posibilidad de transmitir a la familia los conocimientos tradicionales, su autoridad, ejemplo moral y, en general, sus dotes como instructores, y en el caso de las mujeres, resaltaba en ellas su carácter de elementos cohesivos de las familias, de dirección que ejercían sobre las demás mujeres de la casa en lo referente a las labores manuales y su naturaleza de símbolos de linaje; mientras que los ancianos que perdían dichas facultades se convertían en una pesada carga.

En el código Florentino⁽²⁾ se asienta el concepto que los antiguos mexicanos tenían del anciano

Viejos:

El viejo es cano, tiene carne dura, es antiguo de muchos días, es experto, ha experimentado muchas cosas, ganó muchas cosas por sus trabajos. El buen viejo, tiene fama y honra, es persona de buenos consejos, y castigos, cuenta las cosas antiguas, persona de buen ejemplo. El mal viejo, finge con mentiras, es borracho y ladrón, es caduco, fanfarrón, finge.

Viejas:

La vieja está siempre en casa, es casera, es guarda de la casa. La vieja honrada manda a los de casa lo que han de hacer, es lumbre, es espejo, es dechado, la vieja ruin es como rincón, como oscuridad, engaña y deshonor.

Bajo esta cosmovisión la vejez era estimada dentro de estos pueblos como un gran don de los dioses, el hombre que lograba sobrevivir a la guerra y a la enfermedad y que llegaba a una edad suficientemente venerable como para ser contado entre los ancianos, podía disfrutar durante sus últimos años de una vida apacible y llena de honores. Si había sido militar o funcionario, recibía alojamiento y alimentos en calidad de retirado, incluso siendo simple *macehualli*, tomaba lugar en los consejos de su barrio. Era el encargado de pronunciar discursos en todas las circunstancias ameritadas por la etiqueta y las costumbres. En los banquetes y en las comidas

(2) *Código florentino*: libro décimo de los "vicios y virtudes" Capítulo 3ro hoja 7 Edición Fascimular, Secretaria de Gobernación, 1979.

familiares se le permitía embriagarse sin temor a ofender a sus deidades, en compañía de los hombres y mujeres de su generación. Dos de las palabras que significaban “anciano” dentro de estas culturas eran *Chichahuac* y *Pipinqui*, ambas quieren decir “recio, fuerte”.

Estos términos no aludían a la fuerza física, sino a ese vigor que se creía daban los años y la honra, y que se iban acumulando tanto que en el *tonalli* como en el *teyolia*⁽³⁾ hasta ver en el muy anciano un ser verdaderamente poderoso. Considerando que se llegaba a la ancianidad a los 52 años cuando se había transcurrido por un ciclo indígena esto es, cuando la persona había recibido las influencias de las 52 combinaciones posibles de los 13 numerales de los años. Siendo respetados dentro del sistema político de gobierno que para protegerlos creó el *Xolotlcalli* (casa de viejo) donde eran atendidos hasta su muerte (Tascón, 1995). Así, a los hombres de edad avanzada se les rodeaba con un halo protector fundado en el respeto, aún cuando el temor acompañaba a la idea de admiración, temor fundado en la naturaleza misma cuando un hombre después de haber llegado a la ancianidad, vivía un ciclo más y alcanzaba a cumplir 104 años, entonces, sus vecinos y familiares tenían miedo y se apartaban de él, diciendo que ya no era hombre sino *fiera animal*.

Más tarde a la llegada de los españoles a México durante la época del Virreinato con la reorganización de la población indígena, a través del modelo de las formas políticas españolas y tras las epidemias y enfermedades como la viruela y la *cocotiztli*⁽⁴⁾ que atacaron a los indígenas se generó una importante disminución de dicha población, no así para la proporción de negros, mestizos y españoles quienes crecían constantemente debido a que contaban con mejores condiciones de vida, siendo los españoles y mestizos el sector de la población que a través de las disposiciones implantadas por parte de la iglesia se vieron beneficiados con la creación de los primeros asilos para ancianos, entre estas instituciones aparecen los Montepios (Sanrores, 1979).

⁽³⁾*Teyolia*: También se llamaba *Yolia*. Era la principal entidad anímica, su mayor concentración se encontraba en el corazón. Sólo se separaba del individuo tras la muerte. A ella se debían las principales funciones de la conciencia.

⁽⁴⁾*cocotiztli*: mal que se manifestaba con hemorragias en la nariz y en los ojos, que causó gran mortalidad entre los indígenas en 1548.

Durante la época de la Reforma nace la beneficencia pública encargada de proporcionar mejores condiciones de vida a las clases más desprotegidas, a través de Fundaciones como el Asilo para ancianos "Matías Romero" con el objetivo de proporcionar a las personas desvalidas un amparo a su vejez proporcionando gratuitamente habitación, alimentos, ropa, medicinas y asistencia en caso de enfermedad (S.S.A. 1974).

A finales del siglo XIX en la época del Porfiriato llegar a ser anciano dependía de la clase social a que se perteneciera, así por ejemplo en el gobierno mexicano la época de la *Senectus* imperaban las canas, arrugas, calvicies, que desde Porfirio Díaz "la marcial figura" mostraban a sus 77 años pasando por todos sus colaboradores: 82 años los Secretarios de Relaciones y Justicia, 77 el Secretario de Guerra, Los gobernantes de Tlaxcala 78 años, 76 Tabasco, Michoacán 75, Puebla 73, Guanajuato 68, Aguascalientes 70, siendo el más joven el Secretario de Hacienda de 54 años así como diputados de 80 y 90 años no olvidando que en el ejército figuraban generales y coroneles muy ancianos, mientras que en la población indígena existían muy pocas probabilidades de poder llegar a viejo dadas las deficientes condiciones sanitarias, educativas y económicas que prevalecían (Benitez, 1985).

Durante la Revolución Mexicana el papel que desempeñó la población anciana también fue relevante Salas (1995) señala que en la época existían ancianos que luchaban por la causa así como "viejas" que eran tanto parteras como cocineras y vivanderas. Durante esta época el crecimiento poblacional se detuvo, y descendió la población a causa del movimiento armado, la influencia española y la migración a Estados Unidos motivada por la Revolución.

En el año de 1937 momento en que la sociedad mexicana se encontraba en un proceso de transformación constante se funda una casa hogar para ancianos en el barrio de Tlacopac San Ángel y que hasta el día de hoy bajo la administración del DIF, sigue brindando atención integral a más de 100 ancianos. Así, conforme México implementaba nuevas políticas y programas sociales dirigidos a la población en general y las condiciones de salud mejoraban, se iniciaba un crecimiento poblacional acelerado siendo hasta 1970 cuando queda marcado el inicio de la transición demográfica, observando como lo señala Alba (1989) un incremento en la población senecta, sugiriendo el inicio del proceso de envejecimiento de la población mexicana.

presidencial el Instituto Nacional de la Senectud INSEN órgano rector de la asistencia social para la vejez mexicana, institución que a lo largo de los años ha tenido como objetivos el atender, ayudar y proteger a la vejez mexicana (INSEN s.f.), y que en últimas fechas a cambiado su estructura al pretender adoptar los principios y recomendaciones que la Organización Mundial de las Naciones Unidas ha emitido en las dos Asambleas Mundiales sobre el Envejecimiento Viena 1982 y Madrid, 2002, y los Derechos de las Personas de la Tercera Edad. Modificando su nombre de INSEN a Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores INAPAM y ampliando sus objetivos para convertirse en un órgano director de las acciones y políticas que en torno a la vejez se desarrollen en el país a través de las instituciones tanto públicas como privadas que presten algún servicio a los ancianos así como propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico, mental y social en todos los ancianos del país, tomando en consideración que cada día incrementa el número de personas ancianas tanto en México como en el resto del mundo. La década de los ochentas es una confirmación de la tendencia de envejecimiento de México, como un proceso que se inició en los años 70's y que en nuestros días sigue avanzando con el crecimiento de la población en general.

1.2 Envejecimiento poblacional en el mundo.

En todo el mundo a lo largo del siglo XX se produjo la revolución de la longevidad, actualmente en casi todo el mundo es cada vez más común observar a un mayor número de personas de más de 60 años, que sigue creciendo con más rapidez que ningún otro grupo de edad. Así a medida que disminuye la población infantil y juvenil, aumenta la proporción de personas con 60 años o más y la pirámide triangular poblacional de 1995 se va transformando en una estructura de tipo más cilíndrico. Esta transformación recibe el nombre de *envejecimiento demográfico*. Siendo algunas de las causas del envejecimiento poblacional, las *extrínsecas*, como: la emigración o *intrínsecas* como la disminución de la natalidad y disminución de la mortalidad, generando un aumento en la esperanza de vida (Rey del Calero, 1997). De acuerdo con los criterios de las Naciones Unidas una población puede considerarse envejecida, si más del 5% de sus miembros tiene más de 65 años, o si más del 10%

envejecida, si más del 5% de sus miembros tiene más de 65 años, o si más del 10% tiene 60 años o más. En la actualidad, existen en el mundo más de 416 millones de ancianos. Para el año 2025, los mayores de 60 años serán el 12% de los habitantes del planeta. De este total de ancianos, el 72% vivirá en los países en desarrollo, así por ejemplo se espera que la esperanza de vida al nacimiento en Latinoamérica, se incremente de los 64.1 años que se tuvieron durante 1985, a 71.8 años para el año 2025, es decir el envejecimiento poblacional en todo el mundo está marcado por 3 dimensiones principalmente tal y como se muestra en la Fig. 1.1, siendo las mujeres el sector que ocupa el mayor porcentaje en las poblaciones envejecidas.

Considerando las anteriores proyecciones estadísticas podemos observar las profundas consecuencias que genera el envejecimiento poblacional para cada uno de los aspectos de la vida no sólo en cada una de las naciones sino a nivel

RÁPIDO CRECIMIENTO

Los países desarrollados envejecerán durante todo un siglo
Los países en desarrollo envejecerán en menos de 30 años.

POBREZA

El mundo desarrollado era rico cuando envejeció
Los Países de América Latina y el Caribe envejecerán siendo aún pobres.

HETEROGENEIDAD E INQUIETUD

El proceso de envejecimiento acentúa las diferencias entre los individuos
En América Latina y el Caribe también acentúa las inequidades socioeconómicas y de género presentes.

Fig. 1.1- Dimensiones del envejecimiento en México. Fuente: S.S.A. (2001) Programa de Acción: Atención al Envejecimiento.

comunitario e individual, que repercute en todas las facetas de la humanidad-sociales, económicas, políticas, culturales, psicológicas y espirituales- y que el día de hoy ya experimentan una evolución.

1.2.1 El envejecimiento en México

En México la dilatación de la esperanza de vida ha crecido también espectacularmente, de 27.4 años en 1910 hasta rebasar en la actualidad los 74 años en promedio (IMSS,1994). En la década de los 50's se incrementa la esperanza de vida a 48.09 años para los hombres y 51.04 para la mujer y a más de 75 años para el 2000, estimando que en el 2050 uno de cada 4 mexicanos será mayor de 60 años (ver Fig 1.2) proyectando a México como el noveno país con mayor población anciana en el mundo. De la misma manera en que aumenta el tamaño de la población, la composición de los grupos de edad dentro de los adultos mayores se modifica. En 1950 prácticamente dos terceras partes de las personas mayores se ubicaban entre los 60 y 69 años y el resto después de los 70 años de edad; cuarenta años después esta composición se modificó y aumentó el número absoluto y relativo de las persona mayores de 70 años (CONAPO,1999).

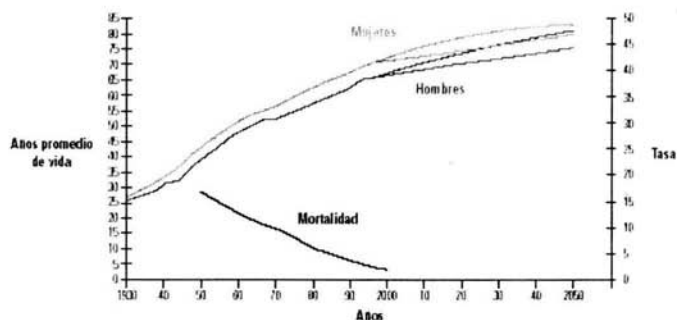


Fig. 1.2 Esperanza de vida a los 65 años de edad por sexo según dos hipótesis futuras para la mortalidad, México 1930-2050. Fuente: CONAPO Envejecimiento demográfico de México Retos y Perspectivas México 1999

El notable incremento de personas mayores exige grandes demandas tanto al nivel de seguridad social, salud y economía que afrontar, que requiere cambios en las actitudes, las políticas y las prácticas a todos los niveles y en todos los sectores, para que puedan concretarse las enormes posibilidades que brinda el siglo XXI de vivir un envejecimiento exitoso.

1.3 Concepto y definición de envejecimiento.

Es indudable que el envejecimiento y la muerte forman la esencia de uno de los más grandes misterios de la humanidad, originando que distintos autores hayan plasmado los mas diversos conceptos y definiciones de acuerdo al enfoque manejado.

Autoras como Mishara y Riedel (1986), expresan que el envejecimiento puede verse al menos desde cuatro puntos de vista: cronológico, psicobiológico, psico-afectivo y social. Definidos de la siguiente manera:

Cronológico: Contar los años transcurridos desde el nacimiento, puesto que se envejece de modo diferente desde el punto de vista físico, económico y social, la edad cronológica sirve, todo lo más, para marcar la edad "objetiva". (pp 23-24).

Físico y biológico: El envejecimiento físico se da en forma gradual, siendo difícil precisar el momento en que una persona es físicamente vieja la palabra envejecimiento evoca habitualmente cambios físicos desagradables, por ejemplo: disminución de la coordinación (pp 24-25).

Psicológico y Emotivo: Los cambios psicológicos pueden dividirse en dos grupos: a) Cognitivos: Afectan la forma de pensar, así como las demás capacidades; b) Las concernientes a la afectividad y a la personalidad... Siendo la manera de reaccionar ante las experiencias sociales quienes determinan ciertos aspectos importantes del envejecimiento (p 27).

Social: Designa los papeles que se puede, se debería, se pretende, se desea o han de desempeñarse en la sociedad (p.27).

Para estas autoras el envejecimiento constituye un proceso evolutivo, gradual, a través de una serie de estadios que se organizan en torno a ciertas características de orden físico, psicológico, social y material del ser humano (pp 28-29).

Al igual que Mishara y Riedel, Gutiérrez Robledo (1997) propone que el envejecimiento puede examinarse desde diversos puntos de vista agregando un enfoque fenomenológico:

a) Cronológico: el tiempo transcurrido desde el nacimiento. Considerando la edad cronológica y el proceso de envejecimiento son fenómenos paralelos, mas no relacionados causalmente; no es la edad, sino el “como se vive” lo que contribuye a la causalidad del proceso.

b) Biológico: Corresponde a etapas en el proceso de envejecimiento biológico, el cuál es diferencial, es decir, de órganos y funciones; es también multiforme, pues se produce a varios niveles: molecular, celular, tisular, y orgánico, y es, a la vez estructural y funcional.

c) Psíquico: Manifestado en dos esferas principalmente: la cognoscitiva, afectando la manera de pensar y las capacidades, y la psicoafectiva, incidiendo en la personalidad y el afecto. Resultado de acontecimientos vitales como la jubilación y el duelo.

d) Social: Comprende los papeles que se supone han de desempeñarse en la sociedad.

e) Fenomenológico: La percepción subjetiva de la propia edad, que el individuo manifiesta sentir.

La Organización Mundial de la Salud OMS, define al envejecimiento como: *un proceso fisiológico que se inicia en el momento de la concepción y se hace más evidente después de la madurez. En el se producen cambios cuya resultante es una limitación de la adaptabilidad del organismo a su entorno”* (Rocabruno y Prieto, 1999).

Al respecto Ramón de la Fuente, (1997) señala la importancia de distinguir el envejecimiento fisiológico, es decir los cambios que sufre el organismo debido al deterioro inminente que se generan con el paso del tiempo, del envejecimiento patológico, es decir la senilidad, la cual es una condición cualitativamente diferente y que denota patología.

Por su parte la Organización Panamericana de la Salud considera que el envejecimiento se puede entender como un proceso de la vida del ser humano durante el cual ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales que implican cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales.

Basándonos en las anteriores definiciones, se puede entender al envejecimiento como un proceso secuencial, acumulativo, e irreversible que deteriora al organismo progresivamente, pero que de ninguna manera debe considerarse como un problema

de salud, sino como variantes anatomofisiológicas normales, enfatizando que es un proceso que se caracteriza por ser universal, progresivo, declinante, intrínseco, e irreversible, al mismo tiempo que es un proceso altamente individual que se manifiesta de diferente manera en cada persona debido a que no sigue un patrón establecido, por el contrario es irregular y asincrónico variando sus manifestaciones de un individuo a otro y generando diferencias a lo largo de la vida pero sobre todo durante la “vejez”.

1.4-Conceptos y definición de vejez.

En la actualidad definir la vejez resulta una tarea bastante compleja debido a que el concepto ha sido utilizado indiscriminadamente ampliando, sustituyendo e incluso deformando su definición. De ahí que actualmente exista una amplia terminología al respecto utilizada por diferentes autores e instituciones gerontológicas para denominar a los viejos tales como: ancianos, senectos, viejos, adultos mayores, tercera edad, cuarta edad, sin llegar hasta el día de hoy a tener un consenso en torno al tema.

A este respecto Fericgla (1992) señala que debido a que el concepto de vejez “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”, por lo que es necesario establecer diferencias objetivas entre conceptos biológicos, y conceptos culturales, para no continuar originando cierta confusión conceptual.

De acuerdo al significado etimológico de la palabra viejo, anciano y senil, Corominas (1987) realiza la siguiente descripción de cada una:

*Viejo. Surgen el año 1068, procede del latín *vertulus* que significa “de mucha edad”, “algo viejo”, “de cierta edad” o “viejecito”(pp.606).*

*Anciano. Surge en la primera mitad de siglo XIII, derivado del antiguo adverbio *anzi* “antes” procedente del latín *ante*, hoy italiano *anzi*, del vasco *ainzin* “antiguo” o “viejo”.(p.50)*

Senil. Tomado del latín *senilis*-id "propio de la vejez", del siglo XII, derivado del *senex*, *senix* "viejo". De *senil* derivaron *senilidad*, siglo XII; *senectud*, 1438, del latín *senectus-utis* "vejez".

Senectud. Proviene del latín "*senescere*" que significa alcanzar a la vejez.

Mientras que en el campo social Moragas (1991) propone tres concepciones de vejez, dentro de la gran variedad de conceptos existentes:

a) Vejez cronológica. Definida por el hecho de haber cumplido los sesenta y cinco años, de acuerdo a las edades, de retiro tradicionales. La edad constituye un dato importante pero no determina la condición total de una persona.

b) Vejez funcional: La vejez como cualquier otra edad, posee su propia funcionalidad, al vivir la mayoría de los individuos como personas "normales" dentro de la sociedad. Se basa en que el individuo a medida que envejece sufre reducciones de las capacidades debido al paso del tiempo. Pero tales limitaciones no le imposibilita desarrollar una vida plena como persona que vive no sólo de lo físico, sino también, en lo psíquico y en lo social.

c) Vejez etapa vital. Reconoce que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona ocasionalmente limitaciones. No obstante, la persona posee potenciales únicos y distintos que pueden compensar las deficiencias en esta etapa. Así, la vejez, constituye una etapa de la experiencia humana, dados unos mínimos de aptitud funcional y estatus socioeconómicos, y puede ser una fase positiva de desarrollo individual y de grupo.

Aclarando que la vejez es resultado del envejecimiento, más no es la única etapa en la que se envejece, es decir la vejez esta contenida en el envejecimiento, como parte de éste proceso.

Para Beauvoir (1983) la vejez debe ser vista en su totalidad, dado que no sólo es un hecho biológico, sino un hecho cultural. Por lo tanto, considera tres aspectos en el proceso de la vejez:

Primero- Es un fenómeno biológico: en el que el organismo del hombre presenta ciertas irregularidades.

Segundo- La vejez acarrea problemas psicológicos: considerándose ciertas conductas como características de una edad avanzada.

Tercero- La vejez tiene una dimensión existencial: es decir modifica la relación del individuo con el transcurso del tiempo, por lo tanto su relación con el mundo y su propia historia.

Con una visión científica y reflexión existencial Jacques Laforest (1991), menciona que para la Gerontología, existen tres categorías a través de las cuales se puede definir a la vejez:

a) Definición de la biología: Incluidas las ciencias de la salud “vejez es un proceso de decadencia estructural y funcional del organismo humano”.

b) Definición de las Ciencias Sociales: Señala que “la vejez es la edad de la jubilación como consecuencia del declive biológico acarreado por el proceso de envejecimiento “.

c) Definición Cronológica: Desde esta perspectiva “el común denominador es el aumento de la edad, y la consecuencia de esto es la disminución de expectativas de vida”.

De acuerdo a las anteriores definiciones, y en respuesta a la pregunta ¿qué es la vejez? Laforest sugiere la siguiente definición global, que se desprende de la gerontología a principios de los noventa: *“vejez es el estado de una persona que, por razón de su edad, sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social”.*

A su vez Quintanar Olguin (1996), indica que la manera en que se ha definido a la vejez ha ignorado, en gran medida, la historia crítica de este concepto, y señala que es necesario considerar quiénes son los que han definido y especificado los conceptos utilizados, desde dónde lo hacen y hacia dónde los llevan. Por lo cual para definir a la vejez es necesario considerar qué es lo que piensan aquellos a los que designamos como viejos, y contemplar diversos aspectos para poder definir a la vejez, como su historia, su origen y sus sentimientos. Proponiendo definir a la vejez, como *“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 psichistoricamente determinada, caracterizada por la polaridad entre deterioro y las limitaciones personales, y depuración dentro de un margen de edad máxima, especificada por un grupo social". Algo que es sumamente importante y que se debe tomar en cuenta, a consideración del autor, es atender las necesidades de los ancianos, desmitificar su imagen, haciéndose ver que como persona seguirá manteniendo las cualidades y defectos del género humano.

En resumen al considerar a la vejez como una etapa de la vida en donde resulta fundamental enfatizar que al igual que etapas anteriores constituye un espacio dentro del ciclo de vida para generar nuevos aprendizajes y estilos de vida más enriquecedores que lleven a la persona a un mejor conocimiento de sí, e incluso a un encuentro consigo mismo.

1.5- ¿Cuándo se inicia la vejez?

Definir cuándo inicia la vejez es un tema que hasta el día de hoy todavía no se ha resuelto, existiendo diferentes parámetros para indicar el inicio de la misma.

A la pregunta ¿Cuándo se es viejo? Mishara y Riedel (1986), establecen que, estadísticamente se fija su comienzo arbitrariamente a los 65 años porque coincide frecuentemente con el momento de la jubilación. Por lo tanto, el ingreso en la vejez se ha establecido por decreto. Distinguiendo dos grupos de personas de edad; los "viejos jóvenes" y los "ancianos" propiamente dichos.

De la misma manera Moragas (1991), señala que se considera anciano a toda persona de más de 65 años, bajo una explicación arbitraria poco racional. Sin embargo, ésta edad constituye un parámetro para la jubilación en el área laboral. Los geriatras a menudo encuentran útil distinguir entre dos subgrupos cronológicos de adultos de edad avanzada: el anciano joven y el anciano-anciano. El anciano joven definido arbitrariamente como el individuo de 65 a 75 años, característicamente no experimenta enfermedades incapacitantes. El anciano-anciano, que se encuentra a finales de la década de los 70 y más allá parece que es diferente, dado que tiene más probabilidades de padecer incapacidades físicas y mentales, siendo más propenso a

ajustarse a nuestro estereotipo tradicional de persona anciana dependiente y frágil. (Vega, 1995)

En este sentido la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada por la Organización de las Naciones Unidas ONU en la ciudad de Viena, Austria, en 1982, fijó como convencionalismo los términos vejez, tercera edad, ancianos, adultos mayores, para referirse a la parte de la población hombres y mujeres comprendida en el grupo de 60 años en adelante. Sin embargo la mayoría de estos términos han surgido recientemente y tienen su origen en diversos países, así por ejemplo: Los franceses introdujeron a mediados del siglo XX el término de "Tercera Edad" para caracterizar a las personas de edad avanzada, jubiladas o pensionadas, con baja productividad y bajo consumo; más recientemente, la "Cuarta Edad" para referirse a las personas que viven más de 80 años, lo cual facilita que el ámbito familiar convivan cuatro generaciones simultáneamente (Aréchiga y cols.1999). Por su parte los norteamericanos a través de los trabajos de los sociólogos Bernice Neugarten y Robert Havighust han dividido la vejez en 2 etapas de los 60-65 años a los 75 años y pasados los 75 años llamando a la primera *young old* y a la segunda *old old* (Motlis, 1985).

Mientras que la Organización Panamericana de la Salud OPS a partir de 1994 decidió emplear el término adulto mayor para referirse a las personas de 65 o más años de edad para las personas de países subdesarrollados (Lara,1997).

En México (Hamm-Chande,1996) proponen las edades 65-74 y 75 y más, para representar al periodo de la tercera y cuarta edad, en alusión a la etapa número tres y cuatro, luego de las dos primeras de juventud y vida adulta considerando que la tercera edad indica edades avanzadas pero aún con gran oportunidad para una vida en condiciones aceptables de funcionalidad y salud. Su inicio en los 65 años de edad se determina en mucho por los parámetros de la seguridad social, los cuales definen este momento como la edad normal de la jubilación. Dentro del grupo de 75 años y más, definido como la cuarta edad, en donde la gran mayoría de la población sufre pérdidas de capacidad para las actividades de la vida diaria. El comienzo de la cuarta edad es una variable que depende esencialmente de las circunstancias de salud, en este sentido, su inicio no está marcado por un evento de fecha determinada, sino por el proceso difuso de deterioro de la salud física y mental que acompaña a las edades avanzadas, con las consecuentes necesidades de apoyo y cuidados.

Al respecto la Sociedad Mexicana de Geriatria y Gerontología de México GEMAC considera práctico clasificar a los viejos en diversos grupos de acuerdo a su estado físico, mental, respecto a la familia, a la economía y a la productividad. A la vez, considera que hay distintos tipos de viejos, en función a la calidad de vida que poseen:

**el viejo joven sano: (60 a 75 años) persona que a pesar de la involución natural, sus reacciones físicas, afectivas o psíquicas no le ocasionan dificultad considerable para la vida de relación. Este tipo de ancianos es independiente, autosuficiente y capaz de realizar las funciones de la vida diaria, incluso funciones realizadas con el trabajo y la obtención de ingresos.*

**el viejo sano con problemas médicos menores: Aquel que a pesar de tener algún padecimiento crónico degenerativo, ejemplo: diabetes mellitus, hipertensión arterial, osteoporosis, etc., es capaz de controlarse por medio de un apoyo correcto, tanto del sector médico como de la familia, y es asimismo autosuficiente e independiente en la vida de relación e incluso en el trabajo.*

**el viejo enfermo crónico: es aquel que en las afecciones patológicas en dependencia o no de su involución no hacen que necesite ayuda de terceros que le permitan valerse por si mismos. Este anciano es independiente, pero puede no ser autosuficiente.*

**el viejo inválido o dependiente: aquel que necesita ayuda de terceros para realizar funciones de la vida diaria, sus afecciones patológicas y la involución le impiden realizar labores e inclusive funciones de relación para la vida diaria.*

Para finalizar mencionaremos que en nuestro país, el Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores INAPAM (antes Instituto Nacional de la Senectud INSEN), institución dedicada a la atención a la vejez mexicana, considera personas adultas mayores aquellas que cuentan con sesenta años o más de edad.

De lo anteriormente expuesto se puede enfatizar como todavía hoy no existe un criterio sólido en torno a cuando se inicia la vejez, pues en su mayoría se adoptan parámetros que obedecen a políticas económicas y sociales, más que culturales y personales, éstos últimos factores cargados de un gran contenido subjetivo al

prevalecer los mitos que asocian a la vejez con enfermedad, dependencia, invalidez y pérdida de la salud razón por la cual las personas buscan retardar el periodo señalado como inicio de la vejez.

CAPITULO II. SALUD Y BIENESTAR

*El bienestar no consiste en la posesión de tierras, animales y otras riquezas;
es la salud el asiento real del bienestar humano.*

Demócrito siglo V a.C

Aún cuando a la salud se le considera un componente indispensable del bienestar y la felicidad de los seres humanos al ser el resultado de múltiples factores: individuales, sociales, económicos y culturales; definirla ha sido una tarea difícil, en la actualidad los nuevos conceptos que han emergido en torno al de “salud” son muy diferentes a cómo se definiera años atrás, enfatizando que en últimas décadas se ha reconocido como un derecho básico de toda población marcando una tendencia a incluir la prevención, promoción y aprendizaje de la misma en los programas y políticas desarrolladas al respecto. Vega (1998) señala que la percepción de la salud en algunos grupos sociales todavía se estima de acuerdo con creencias seculares arraigadas en su subcultura, observada en las descripciones y juicios que expresan estas personas, en cuyas percepciones dominan razonamientos lógicos con connotaciones negativas para ellos, siendo la salud simple y llanamente, la ausencia de enfermedad, sin embargo esta percepción que señala Vega nos hace reflexionar en cuanto a la presencia o ausencia de la salud en los ancianos, quienes en su mayoría presentan una pluripatología razón por la cual resulta evidente introducir ciertas excepciones al concepto de salud aplicado a la vejez como se verá a lo largo del presente capítulo.

2.1 Definición de Salud

Diversos exponentes de la cultura universal han legado reflexiones, juicios y conceptos acerca del significado de la palabra salud desde el pensamiento hipocrático que preservó la idea de que la salud era la expresión del balance armónico entre el

hombre y su ambiente, pasando por el enfoque que tenían al respecto las culturas orientales al considerarla como el resultado del equilibrio entre los dos principios que rigen la vida: el yin y yang seguido por la definición de carácter dinámico que establece Perkins (cit. en Vega,1998) quien basó su conceptualización en los postulados de "homeostasis" de Walter B. Cannon definiendo a la salud como "un estado de relativo equilibrio de la forma y función corporal, que resulta del ajuste dinámico del organismo ante las fuerzas que tienden a alterarlo", hasta llegar a la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud. De acuerdo con esta Organización, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente ausencia de enfermedades o padecimientos físicos (OMS,1982). Aún cuando esta definición es la que prevalece actualmente y ha permitido ubicar como lo señala Vega (1998) el concepto de salud en los ámbitos en que el hombre interactúa y expresa su razón de existir, denota un estatismo en su definición, que contrasta con el carácter dinámico implícito en la descripción de Perkins.

Resulta oportuno mencionar como lo señalan Ebersole y Hess (cit. en OPS, 1993), que para una persona de edad avanzada, bienestar es el balance entre sus entornos interno y externo y sus procesos emocionales, espirituales, sociales, culturales y físicos, que le permiten estar en su nivel óptimo de funcionamiento y lograr una existencia buena y satisfactoria; aclarando que los adultos mayores, con sus particularidades, tienen su propio nivel máximo de bienestar y que este aspecto debe considerarse cuando se aplica el concepto de salud en general.

En la carta de Ottawa de 1986 "La salud se percibe no como un objetivo sino como una fuente de riqueza de la vida cotidiana que es el resultado del autocuidado, el cuidado a los demás, la capacidad de tomar decisiones y controlar la propia vida y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de una buena salud". Es necesario mencionar que uno de los objetivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es motivar a las personas para que tengan como meta ser saludables, sepan cómo mantenerse sanas, realicen cuanto esté a su alcance, sea en forma individual o colectiva, para mantener la salud y busquen ayuda cuando sea necesario. En este planteamiento, el autocuidado se convierte en la principal estrategia para lograr dichos objetivos. Resultando el comportamiento humano un factor fundamental de la salud desde el cual la psicología puede realizar grandes aportaciones así por ejemplo podemos señalar la importante contribución que

al respecto realiza Matarazzo (1980) en el primer Foro de Medicina comportamental, al acuñar un concepto más dinámico de salud denominado “salud conductual” con el fin de acentuar más las áreas de mantenimiento y prevención de la salud definiéndola como *“un campo interdisciplinar cuyo fin es la promoción de aquella filosofía de la salud, que estimula la responsabilidad individual hacia la aplicación de conocimientos y técnicas derivados de las ciencias biomédicas y conductuales para la prevención y disfunción de enfermedades; y para el mantenimiento de la salud a través de la iniciativa personal y de las actividades sociales”* (p.819), es decir, la salud existe estrechamente vinculada a las conductas que como seres humanos tenemos, producto de nuestro aprendizaje, creencias e introyectos y que aunada a las leyes de ensayo y error y del mínimo esfuerzo incrementan, mantienen o limitan nuestro grado de salud.

Este aspecto conductual de la salud demuestra la alta correlación existente entre la salud integral y el modo de comportamiento de la población, razón por la que además de “salud conductual” (*behavior health*), hoy se habla de “mantenimiento de la salud” (*health maintaine*) y de “creencias sobre la salud” (*healt beliefs*), concediendo especial relevancia a las atribuciones y actitudes (*health attitudes*) que la persona tiene ante su salud, al modo que considere que puede controlar su conducta, a la percepción de los valores que están supuestos en la salud así como a la capacidad de autocuidado (*self care*) para promocionar su salud comportamental (Amarú, 1995), sin olvidar que una característica crucial de los hábitos de salud es que son conductas aprendidas y, por consiguiente se adquieren, mantienen y extinguen siguiendo las leyes del aprendizaje es decir que durante la vejez las personas no están exentas para iniciar un proceso de modificación de hábitos, eliminando todas aquellas conductas que le resulten dañinas a su salud y aprendiendo nuevas conductas y hábitos que le proporcionen una mejor calidad de vida.

Partiendo de las concepciones que se han desarrollado en torno a la salud, la Geriatria considera que un anciano funcional es un anciano sano. La OPS enfatiza que la salud en los ancianos debe medirse en términos de conservación de la funcionalidad, no en razón de los déficits (Jaimes, 2003). Finalmente podemos observar como la salud en todo su amplio contexto de educación y aprendizaje, está instalada en un marco social y cultural, en el que es posible enseñar-aprender, estrategias para el “autocuidado”, así como incentivar o persuadir a las personas independientemente del estado de su salud a modificar sus hábitos a fin de utilizar

comportamientos sanos, con el propósito de que al llegar a la vejez se goce de buena salud y bienestar lo cual requiere un esfuerzo personal durante toda la vida y un entorno en el que éste esfuerzo pueda tener éxito, para lo que es necesario brindar a las personas de edad el mismo acceso a la atención preventiva, curativa y de rehabilitación con que cuenta o debería de contar la población en sí, y que constituye un importante pilar para que se mantenga un modo de vida saludable y consecuentemente una mejor calidad de vida.

2.1.1 Salud y Vejez

La independencia y la autonomía son dos condiciones que el ser humano necesita mantener hasta los últimos días de su vida, por supuesto en la medida de sus posibilidades siendo la salud el factor clave, para ello; sin embargo se ha demostrado que la mayoría de las personas no se creen vulnerables a las enfermedades por ejemplo un anciano puede atribuir a la vejez sus achaques y dolores descartando que puedan ser indicadores de enfermedad. Variables como la autopercepción del estado de salud y el conocimiento que poseen las personas sobre los servicios y programas que entorno al cuidado de la salud existen constituye también otra variable importante en el cuidado que las personas dan a su salud. Datos revelados en la encuesta nacional realizada por el CONAPO en 1994 a 5000 ancianos con el objetivo que conocer la autopercepción de su salud reveló que sólo 29.9% consideraban su salud como buena o muy buena., 47.1% regular, 19% mala y 3.9% muy mala, siendo las mujeres quienes tendieron a considerar como mala su salud en todas las edades, además se encontró que al atravesar el umbral de los 80 años la percepción de su salud como mala o muy mala se incrementa significativamente hasta en un 50% en ambos sexos (Gutiérrez R, 1997), resultados similares se encontraron en la encuesta SABE (SSA,2001) la cual arrojó como resultado lo siguiente: el 20% considera que su salud es mala, el 50% regular y el 30% restante la refiere como buena, muy buena o excelente observando que en el grupo de 75 a 80 años hay un deterioro en la salud muy importante, los que sobreviven esta etapa y pasan los 80 años, parece que disminuyen algunos padecimientos comparados con otros grupo de edad.

Con respecto al conocimiento que poseen los ancianos sobre los servicios y programas que existen en torno al cuidado de la salud un estudio realizado por la Universidad de Colombia (Botero, 1998) a 415 personas mayores de 60 años reportó que el grupo de 75 y más años es el que más desconoce los diferentes servicios, pero el que genera una demanda mayor de tratamiento, debido en lo posible a un inadecuado estilo de vida, en contraste las personas entre 60 y 65 años quienes tienen mayores conocimientos sobre la existencia de éstos servicios, pese a ello existe una muy baja demanda de actividades en salud con respecto a éste grupo de edad, por lo cual se puede pensar que existe una oferta limitada de servicios y poca difusión, o bien que no se ha tomado conciencia de los diferentes servicios de atención para la salud, así por ejemplo los clubes de la salud reflejan 40.5% de asistencia, educación en salud 30.8%, mientras que el programa para el autocuidado refleja 12.3%, lo cual hace evidente la posibilidad de que no exista entre los ancianos una cultura para este fin lo que lleva a un desconocimiento que repercute claramente en su salud. De tal manera que los ancianos que tienen un concepto negativo de su salud presentan seis veces más posibilidades de morir que quienes la consideran excelente (Idler y Kasl, 1991 cit en Mildrer, 1998). El mito de que la enfermedad y la discapacidad son resultados inevitables del envejecimiento es una creencia que no debe seguirse compartiendo, debido a que los cambios propios del envejecimiento no excluyen el hecho de que la persona pueda seguirse atendiendo y al cuidado de su propia salud, tal y como se demostró en un estudio realizado en el IMSS a 22 mil ancianos (Reyes, 2000), en donde: el 70% de los ancianos son independientes física y económicamente, el sólo el 30% restante son dependientes por ejemplo en el hospital de la Raza el 16% necesitó asistencia de otra persona para ir al baño, vestirse, bañarse, alimentarse o realizar otro tipo de actividad similar, aún cuando el 80% de la población tiene algún padecimiento crónico, y la mayoría suma hasta 3, además de que alrededor del 5% tienen 7 o más problemas de salud, esto no les limita para seguir cuidándose a si mismos y conservando su independencia elemento indispensable para que una persona conserve aspectos como "autoestima y sentido de la vida".

Se sabe que los ancianos en general padecen de una a tres enfermedad de tipo crónico degenerativa en promedio, lo que conduce a un significativo deterioro del estado funcional en todos sus niveles (IMSS, 1994). Enfermedades cardiovasculares (como cardiopatía coronaria), hipertensión, accidente cerebro vascular, diabetes,

cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades músculo esqueléticas (como artritis y osteoporosis), enfermedades mentales (principalmente, demencia), ceguera y alteraciones visuales son las que más afectan a las personas mayores en todo el mundo, según un estudio realizado por la OMS (2001) siendo las causas de discapacidad en la vejez similares en mujeres y hombres aunque las mujeres suelen comunicar más problemas músculo esqueléticos. Asimismo un estudio en el IMSS reveló que hay necesidades de salud no diagnosticadas, como la salud oral en los ancianos, que produce estados de desnutrición importantes debido a que no pueden ingerir ciertos alimentos. También, se observó que las mujeres y los más viejos presentan severos problemas de audición, visión y caídas que no están siendo diagnosticadas ni tratadas asumiendo que es "normal" porque ya están viejos, siendo este problema la tercera causa de ingreso hospitalario y una de las principales causas de discapacidad. Este padecimiento tiene predominancia en las mujeres y aumenta conforme avanza la edad, por ejemplo, según datos de la Cruz Roja Mexicana, las caídas representan 58.8% del total de accidentes atendidos en población de 60 años y más. (Bronfman,1994).

En un estudio realizado a 324 ancianos de la provincia de Bilbao España para explorar el estado de salud con que contaban, así como su percepción y repercusiones se encontró que: tomando como base el género el 64% de las mujeres declararon padecer problemas de salud, mientras que los varones lo declararon en el 58% de los casos; siendo la percepción de la misma peor en las mujeres. Otros estudios han detectado la misma tendencia (De Miguel, cit. en Bazo,1990). Cambells (cit. en Bazo 1990) es uno de los autores que señalan cómo a cualquier edad las mujeres se muestran más proclives a manifestar sus problemas de salud considerando que a mas edad corresponde peor salud, existiendo a partir de los 74 años un «bajón» en su salud, seguido de un cierto estacionamiento de la misma en el siguiente lustro, que lleva a los ancianos a sentirse mejor, para volver a caer en picada en el ultimo tramo de su vida. No obstante, aún en esos últimos años una no despreciable cuarta parte de ellos/as considera que no tiene problemas. Otras variables a tomar en cuenta al analizar el estado de salud son por ejemplo el estado civil en donde se observó aparecen los solteros como los menos enfermos/as o como los más optimistas en la percepción de su salud, resultando destacable la ausencia de diferencia entre casados/as y viudos/as. La relación de los ingresos con la salud no es clara, aunque

son las personas con recursos más altos las que tienen mejor percepción de su salud. Otros estudios (Grandall, 1980; Williamson, 1980 cit. en Bazo 1990) destacan cómo las personas de ingresos más bajos son más propensas a declarar problemas de salud que la gente con ingresos más altos, Incluso se señala cómo en general entre las personas ancianas, aun dándose un incremento de los problemas por la edad, si se dispone de ingresos suficientes se padece en menor medida problemas de salud, lo que deja ver la influencia sobre la misma del estatus económico.

Con respecto a la salud mental Pando y cols. (1999) realizaron un estudio con 246 jubilados (as) mayores de 65 años en Guadalajara (México) con el objeto de conocer los trastornos psicológicos que presentaban los adultos mayores, a través del Cuestionario General de Salud y la Escala de Depresión Geriátrica encontrando que 24% de las personas presentaban trastornos psicológicos generales y 20% depresión. Siendo los síntomas de angustia, depresión y trastornos del sueño los más destacados.

Kalis (1992) señala que en 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 mala salud reportada por parte de los ancianos.

Lo anterior nos indica que aún cuando los problemas de salud aumentan de frecuencia con la edad, actualmente las personas están llegando a más ancianas, varias de ellas con un aceptable estado de salud. Todo ello contribuye a romper la imagen que presenta a las personas ancianas como enfermas e incapaces. De ahí que fomentar la salud constituya estimular a las personas a vigilar y mejorar su propia salud haciéndose responsables de la misma al tomar conciencia que, al conservar un estado de salud funcional están contribuyendo a mantener su independencia e integridad personal. Así las actividades de promoción de la salud y el acceso universal de las personas de edad a los servicios de salud durante toda la vida son el pilar del envejecimiento saludable, y la prevención de las enfermedades, motivo por el cual las acciones en torno al fomento a la salud deben concentrarse en mantener la independencia, prevenir y demorar la aparición de enfermedades y discapacidades, proporcionar atención médica, mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de las personas de edad que ya sufren discapacidades. Por su parte Kastembaum (1980) señala que para que una persona no sienta que el tedio la invade cuando deja el empleo necesita tener el apoyo de su red social resultando necesario que se mantenga

activa realizando actividades que por muy insignificantes que parezcan llenen las expectativas de la persona, estas actividades pueden ser intelectuales, de protección a la salud, etc. En este mismo sentido el Dr. Vera Alcocer (1993) señala que ya durante la vejez es recomendable que la persona mantenga un pensamiento positivo de si mismo, fomente su fe en alguna creencia religiosa, nunca se automedique y acuda a visitas médicas periódicas, acepte sus limitaciones físicas y psíquicas y considere que irán en aumento cada día, busque dentro de las posibilidades existentes algún trabajo satisfactorio, se inscriba en algún club o asociación que agrupe a personas de la tercera edad, y si es soltero(a) o viudo(a) no descarte la posibilidad de tener una pareja, sugerencias que pueden ayudar a que el anciano posea una percepción favorable sobre su salud y calidad de vida.

Asimismo Brown y Laskin (1987) refieren que toda persona necesita conseguir una sensación de logro y de realización así como una salida del aislamiento y de los sentimientos de inutilidad.

En resumen resulta indispensable mantener la autonomía- la propia capacidad para controlar, afrontar y tomar decisiones sobre la vida diaria que le permitan al anciano mantener las capacidades mínimas que le posibiliten vivir solo manteniendo su autonomía. Por consiguiente el fomento y promoción a la salud entendida ésta última como una estrategia para generar cambios de actitudes, valores y estilos de vida, que provoque un comportamiento saludable encaminado a un buen funcionamiento mental, físico y social, así como a la prevención de las enfermedades y la incapacidad resultan básicos para que la persona desarrolle habilidades de autocuidado y por ende contribuya a obtener una mejor calidad de vida. (Gutiérrez R, 1994). Tal y como lo señala el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (OMS, 2001), y que recomienda la elaboración de una serie de políticas de promoción de la salud a implementarse en las diferentes naciones incluido México, para prevenir la mala salud entre las personas de edad, fomentando programas enfocados a la prevención de patologías y favorecer a través de la educación para la salud, hábitos de vida sanos que propicien el mantenimiento de la correcta funcionalidad, basándose en el modelo de los diferentes niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

En México el Instituto Nacional de las personas Adultas Mayores INAPAM a través de la implementación de algunos programas intenta promover el cuidado de la salud en el anciano a través de pláticas y cursos que hasta el día de hoy resultan insuficientes dado el gran incremento de esta población. De igual forma el IMSS y el ISSSTE con sus programas de “*prevenimss*” y “*envejecimiento exitoso*” buscan promover en la población anciana conductas de autocuidado.

2.3 Envejecimiento exitoso

La noción de envejecimiento exitoso adoptada hoy por la OMS con la intención de transmitir un mensaje mas completo que el de “envejecimiento saludable” fue introducido por el gerontólogo John Wallis Rowe buscando romper el mito de que el envejecer tiene que ser un proceso doloroso de debilitamiento, ligado al deterioro progresivo e irreversible de las capacidades funcionales, Rowe, junto con el psicólogo Robert Kahn explican basándose en sus investigaciones (Rowe y Kahn, 1998) que el envejecimiento exitoso parece estar determinado no tanto por factores genéticos, sino predominantemente por la adopción de estilos de vida, dieta, ejercicio, actividad cognoscitiva, autoeficacia y las relaciones activas con otra gente.

De la misma manera los estudios longitudinales realizados en Alemania, Dinamarca y Suecia sobre envejecimiento exitoso por el equipo de colaboradores de Paul Baltes y Margaret Baltes (cit en González-Celis & Sánchez Sosa, 2001) evidenciaron que entre las personas mayores existe una enorme plasticidad que puede utilizarse en el control de su propia salud. Los autores señalan que los ancianos de hoy tienen más recursos (educativos, ocupacionales, económicos y sociales) que se pueden emplear par aminorar las pérdidas asociadas a la edad; logrando así un envejecimiento exitoso al minimizar las pérdidas y maximizar las ganancias del individuo. En este mismo sentido Kastembaum (1980) señala que cuando se les preguntaba a un grupo de ancianos su percepción de la vejez como una época dolorosa, los resultados muestran que ésta es una idea errónea y que la mayoría está satisfecho con su vida.

Finalmente se puede decir que mantener la autonomía la propia capacidad para controlar, afrontar y tomar decisiones sobre la vida diaria es el factor clave de la autonomía que posibilita una experiencia de envejecimiento exitoso a todo ser humano y por consiguiente a obtener una mejor calidad de vida, no olvidando que las políticas y los programas para el envejecimiento exitoso que en la actualidad se lleven acabo repercutirán no sólo en los ancianos de hoy sino también en el niño de hoy que será el abuelo o la abuela del mañana.

CAPITULO III. AUTOCUIDADO DE LA SALUD

*Los hombres esperan todo de los dioses,
ellos no saben que son ellos mismos los autores
y los dueños de su vida y su destino.*

Demócrito Siglo V a.C

3.1 Surgimiento Del Concepto De Autocuidado

Durante la década de los años 70's diversos estudios de sociología médica generaron críticas severas en torno al sistema médico, situación que retomaron los grupos feministas para manifestar su deseo de autonomía, autodeterminación e independencia de la autoridad médica masculina bajo el lema: "nuestros cuerpos, nosotras" y generando a su vez una amplia gama de textos que enseñaban a las mujeres las técnicas del autocuidado.(Boston, cit. en OPS 1996).

En los años setentas las conductas de autocuidado comenzaron a ser conocidas por un público más numeroso (particularmente en Estados Unidos de América), gracias a los movimientos que defendían el bienestar y la autoayuda. El éxito de los grupos de autoayuda facilitó que las personas tuvieran una visión más positiva de las actividades que podían desarrollar en beneficio de su propia salud e influyó en las consideraciones sobre el autocuidado (Dean cit. en OPS 1996). A principios de los 80's se trataba de definir al autocuidado como parte integral del estilo de vida de la sociedad, el grupo social o el individuo. Sin embargo este concepto a lo largo de los años ha ido evolucionando y últimamente ha sido plasmado en los textos de "estilos de vida y salud", bajo un enfoque social enlazado a los estilos de vida como patrones de elecciones (de conducta) hechas a partir de las alternativas de que disponen las personas, según sus circunstancias socioeconómicas y la facilidad con que pueden elegir unas y rechazar otras, situación que resulta indispensable al hablar de autocuidado. (Milio, cit. en OPS 1996).

Bajo este mismo enfoque la OMS retoma y propone como eje central del fomento a la salud al autocuidado, enfatizando la responsabilidad que cada individuo tiene con respecto al cuidado y mantenimiento de su salud.

Posterior a la recomendación de la OMS, en 1986, México realiza por primera vez un seminario sobre autocuidado de la salud organizado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF en donde se analizan temas de promoción de la salud y autocuidado de los ancianos dando la pauta para que en los siguientes años se convirtiera en una variable presente en diversos ámbitos, y programas de nuestro país.

3.2 ¿Qué Es El Autocuidado?

El autocuidado desde una visión general se refiere a “la adopción de estilos de vida saludables”, lo que implica que el individuo contribuya al cuidado de su propia salud evitando factores de riesgo y adoptando comportamientos más positivos vigilándose a si mismo.

Al respecto el doctor González Aragón, (1985) define al autocuidado como *“todas aquellas acciones que los individuos toman para prevenir, diagnosticar, mantener, controlar y mejorar su propia salud, así como las decisiones que la persona toma para utilizar y participar en los sistemas y servicios de salud tanto oficiales como privados”* esto es, el autocuidado consiste en aceptar la responsabilidad personal de la propia salud, adoptar estilos y hábitos de vida saludables, tanto nutricionales, de ejercicio, como de relajación contando con el apoyo de la familia y amigos, es aprender cómo llevar un expediente, saber tomarse la presión arterial, la temperatura, el pulso, hacerse exámenes físicos, etc.

Por su parte Coppard (cit. en OPS 1994), señala que el autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, así como todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales, agregando que *“el autocuidado de la salud abarca las habilidades diagnósticas que necesita una persona para valorar su estado de salud, incluye habilidades más complejas para tratar enfermedades crónicas y para prevenir enfermedades, además de la habilidad que el individuo posea para solicitar información sobre su salud, por ejemplo, saber cómo solicitar atención médica cuando la necesite, a quién llamar, a quién ver y qué decir”* (DIF,s.f, p.249).

La OMS define al autocuidado como: *las actividades de salud no organizadas y a las decisiones sobre la salud por individuos, familias, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc.; comprende la automedicación, el autotratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un "entorno natural"*, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas constituyendo, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud (OPS, 1996).

A su vez la enfermera Dorothea Orem (1993) define el autocuidado como *"la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener su vida, su salud y bienestar"* afirma, por otra parte, que el autocuidado es la acción que realiza una persona madura a fin de cuidarse a si misma en el ámbito donde se desenvuelve, y que las personas comprometidas con su autocuidado se preparan y capacitan para actuar deliberadamente sobre los factores que afectan su funcionamiento y desarrollo. Es decir para Orem el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de la combinación de experiencias cognitivas y sociales.

Las definiciones anteriores comparten el criterio de que una persona puede convertirse por si mismo o con la ayuda de otros, en su propio agente de autocuidado, siendo los profesionales de la salud facilitadores de este proceso, enfatizando que gran parte de las incapacidades que se manifiestan durante la ancianidad obedecen a procesos acumulativos biológicos, sociales, psicológicos y de conducta, que el propio individuo puede controlar y modificar en cualquier etapa de su vida.

A manera de resumen es importante destacar que el autocuidado consiste en todas las medidas y decisiones que adopta un individuo para prevenir, diagnosticar y tratar su propia enfermedad, incluye conductas de carácter social, afectivo, psicológico y otras que promueven la satisfacción de las necesidades básicas del hombre que lo integran como ser. Además de que el autocuidado busca borrar el prejuicio negativo de que la salud es un bien que puede ser comprado, o que es consecuencia del destino o de la suerte; entender que la salud es una manera de vivir, un modo de ser y está íntimamente ligada a ciertos conocimientos fundamentales que deben ser parte de la formación del individuo.

Además es importante destacar que el autocuidado incluye conductas de carácter social, afectivo, psicológico entre otras, que promueven la satisfacción de las necesidades básicas del hombre que lo integran como ser.

3.2.1 Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem.

La teoría de autocuidado, tiene su origen en la enfermera Dorothea Orem, nacida en Baltimore Estados Unidos en los años 30's Orem desarrolla su teoría del autocuidado partiendo del hecho de que todos lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales y la capacidad que tenemos para ello. Por esta razón, señala Orem, no es extraño reconocer en nosotros mismos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela, y las amistades, por ejemplo el cepillado de dientes, el lavado de manos y medidas de seguridad como atravesar las calles con precaución; prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos y que contribuyen a la salud y el bienestar siendo todas estas actividades actos deliberados y racionales que realizamos muchas veces sin darnos cuenta siquiera que se han transformado en parte de nuestra rutina de vida convirtiéndose en nuestros propios agentes de autocuidado. En base al planteamiento anterior Orem señala que para lograr el propósito de mantener el bienestar, y la salud a través del autocuidado, se necesitan tres requisitos básicos y comunes a toda persona: los requisitos universales que son parte de nuestra condición vital como el aire; los requisitos del desarrollo derivados del ciclo vital y que pueden afectar positiva o negativamente ese crecimiento, por ejemplo una alimentación inadecuada que afectará no sólo el crecimiento del niño, sino que repercutirá a edades avanzadas en aspectos como el estado bucal; los requisitos de alteraciones o desviaciones de salud como las alteraciones de salud o enfermedades que crean demandas muy específicas.

Partiendo de los 3 requisitos básicos indispensables para mantener el bienestar y la salud Orem desarrolla su teoría sobre autocuidado, en la que define al autocuidado como "una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre

si mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

De esta manera el autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud como agentes responsables de decisiones que condicionan su situación; por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc., y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

3.3 Autocuidado y Factores de Riesgo

Todo anciano posee el derecho a tomar decisiones acerca del cuidado que le da a su salud. Generalmente se confirma que se puede vivir mas años si se eliminan factores de riesgo, por lo cual es necesario propiciar la participación activa en la identificación y modificación de los factores que afectan la salud. Así un factor de riesgo desde el área de la salud se puede definir como “aquella característica innata o adquirida del individuo que se le asocia con una probabilidad aumentada de fallecer o padecer una determinada enfermedad o condición” agregando que los factores de riesgo son, en sí mismos un fenómeno universal, crónico y frecuente.(Ribera 1996). Además resulta importante señalar que casi todos los factores de riesgo son susceptibles de prevención o tratamiento, razón por la cual cada individuo puede modificar los factores de riesgo debido a que se encuentran en estrecha relación con los hábitos que una personas posee. Al respecto González Aragón (s.f) indica que los hábitos están ligados a los automatismos derivados del condicionamiento que nos impone nuestra familia, vecinos, amigos, comunidad, religión país y en general toda la influencia cultural, ambiental y social, factores en donde se concentran los estilos de vida saludables o bien aquellos destructivos para la salud y aceleradores del envejecimiento de tal manera que la continuidad de un hábito (bueno o malo) depende del arraigo que este tenga en la persona, esto es importante porque los hábitos erróneos se pueden transformar en incomodidades, obligaciones, adicciones o enfermedades.

Hoy en día se sabe que los ancianos tienen, también, sus propios factores de riesgo y que éstos son susceptibles de intervención positiva en relación con muchos de ellos, de manera que su corrección contribuye a limitar el riesgo en mayor o menor medida. Además se sabe que el anciano presenta en mayor medida enfermedades de todo tipo, con mucha frecuencia crónicas e invalidantes.

De manera general los factores de riesgo se han clasificado en modificables: estrechamente relacionados con el estilo de vida y la promoción de la salud y los no modificables: el sexo, la raza, la edad y la carga familiar.

Con respecto a los factores de riesgo asociados al desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas se encuentran tres principalmente: tabaquismo, sedentarismo y hábitos equivocados de alimentación. Además Sherman (cit en Rivera, 1996) menciona que los investigadores del estudio de Framingham reportaron que las mujeres de 75 o más años que son más activas viven más tiempo, mientras que con respecto a la población masculina, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los que practican ejercicio y los que no lo hacen.

Por otra parte González (cit en Rivera, 1996) señala que el mayor predictor de mortalidad es la edad cronológica del individuo, del mismo modo aumenta, aumenta la probabilidad de padecer enfermedades crónicas y de incapacidad funcional, marcador importante de la calidad de vida. En cuanto al sexo, cualquiera que sea la edad del individuo, el hombre tiene mayor riesgo de mortalidad que una mujer. Así el sexo femenino podría considerarse un factor protector contra la mortalidad, pero no lo es contra la enfermedad.

En cuanto a los factores sociológicos de riesgo Paltrow (cit en Rothschild, 1987) señala principalmente:

El nivel socioeconómico: constituye además un medio directo de acceso a muchas de las cosas que contribuyen a la longevidad, como son la atención médica adecuada, la nutrición y la habitación. La mortalidad para las personas con un ingreso menor a \$2000 en 1960 era de un 51% mayor que la de la población promedio, mientras que la tasa para aquellos con un ingreso mayor de \$10 000 era de un 16% menor al promedio.

La Educación: y su asociación con la longevidad es altamente positiva. Por ejemplo: los hombres que han cursado uno o más años de universidad tienen aproximadamente tres años más de esperanza de vida a los 25 años que los individuos que han cursado menos de ocho años de educación. Las mujeres universitarias tienen cerca de 10 años más de esperanza de vida que las que han cursado menos de cinco años de educación, en este aspecto resulta interesante señalar como lo menciona Palmore (p123) existe la duda de si la educación misma contribuye a una mayor longevidad (al comprender mejor el mundo y tener una mayor capacidad para resolver ciertos problemas cruciales, por ejemplo), o bien, si la educación simplemente conduce a un mayor ingreso económico, que a su vez proporciona el acceso a las cosas que contribuyen a la longevidad. Recientemente se hizo un análisis de los ingresos de modo que pudieran estudiarse sus efectos comparados con los de la educación (y viceversa), se encontró que la educación y el ingreso influyen sobre la mortalidad en forma independiente. Por ejemplo, la diferencia educacional en la longevidad disminuyó a la mitad al controlar el ingreso, y la diferencial del ingreso se redujo a la tercera parte al controlar la educación. Por lo tanto ambos factores son muy importantes.

El Estado civil: entre los ancianos como entre los individuos de todas las edades, los casados tienen menores tasas de mortalidad que las personas con cualquier otro estado civil, sin embargo, aún existen muchas dudas. Los hombres solteros tienen tasas de mortalidad más altas que los viudos, pero entre las mujeres las tasas de mortalidad de las viudas son más altas que de las mujeres que nunca se casaron.

La jubilación: constituye otro factor mas de riesgo, considerando que los jubilados como grupo tienen una tasa de mortalidad mayor que los que siguen trabajando con sueldo.

Por su parte Duke (cit. en Rothschild, 1987) realizó estudios longitudinales para analizar los factores de riesgo asociados a la mortalidad en donde después de analizar el sexo, edad y raza de los participantes encontró varios factores de riesgo sociales y conductuales. El tabaquismo resultó ser uno de los principales factores de riesgo, en especial entre hombres de 60 a 70 años de edad, cuyo hábito tabáquico era el más intenso. Otros factores de gran trascendencia fueron el bajo coeficiente intelectual, la educación escasa y la situación financiera deficiente. La satisfacción en el trabajo y la sensación de ser útil aparecieron como pronósticos importantes de la longevidad: encontrando en los estudios que la insuficiencia, el aburrimiento y la inutilidad

pueden constituir factores de riesgo de mortalidad a través de ciertos procesos psicosomáticos complejos. Finalmente se encontraron dos factores de riesgo muy importantes en el área de la actividad sexual. Para el hombre, la frecuencia del coito resultó ser un valioso pronóstico, mientras que la mujer lo fue la satisfacción obtenida anteriormente en sus relaciones sexuales. Parece ser que la longevidad en el hombre es importante la cantidad de actividad sexual, mientras que en la mujer tiene mayor trascendencia la calidad de ésta.

Por lo que resulta importante considerar cómo el autocuidado constituye un recurso para lograr aminorar los efectos de los diferentes factores de riesgo sobre la salud, generando que los individuos adopten estilos de vida saludables tanto de nutrición, ejercicio, prevención de accidentes, adicciones, obesidad y sedentarismo. Asimismo acciones como llevar una historia clínica personal y/o familiar aprender a tomar la presión arterial, el pulso, aplicar inyecciones y primeros auxilios, realizarse exámenes físicos a ellos mismos, conocer los principios de la medicina preventiva realizarse revisiones médicas, y conocer los síntomas de alarma, resultan ser acciones para el cuidado de la salud fundamentales para mantener con plena capacidad e independencia en el seno familiar o de la comunidad.

3.4 Autocuidado y Vejez

En la actualidad todavía algunas personas llegan a sostener que el autocuidado está condenado al fracaso cuando se refiere a los ancianos, porque éstos, como grupo son más pasivos, tienen menos confianza en su capacidad, en especial en lo relativo a la salud, y tienen menos interés que los jóvenes en desempeñar papeles activos. Contrario a ello se sabe que casi todos los ancianos están en condiciones de cuidar su propia salud en alguna medida resultando erróneo pensar que la edad avanzada hace a las personas incapaces, enfermas, propensas a inevitables pérdidas de facultades, aislados de la sociedad, rígidas en sus actitudes, incapaces sexuales, desmoralizados o imposibilitados de razonar o de recordar.

Aun cuando los ancianos desde luego se enferman o padecen más enfermedades crónicas que los jóvenes, haciéndolos recibir atención especial debido a su pluripatología pueden, en su mayoría, encargarse de los cuidados que necesitan, y casi

todos los problemas de salud con los que se enfrentan tienden a ser de un tipo que se presta al autocuidado (OPS,1985). Así por ejemplo resulta significativo el hecho de que la mayoría de esas aptitudes pueden enseñarse con relativa facilidad y que no encierran mucho riesgo de complicaciones para la salud aún en ausencia de un profesional. Sea cual sea la condición física de la persona, el autocuidado puede desempeñar una función importante. En el cuadro 3.1 se exponen algunas las principales dimensiones del autocuidado, es decir lo que las personas de edad están en condiciones de hacer y cómo sus familiares, los profesionales y los servicios comunitarios pueden ayudar a mantenerlos activos y participativos en el cuidado de su propia salud, aún en el caso de encontrarse postrados en la cama.

Además la investigación ha comenzando a poner en relieve que a menudo es factible hacer retroceder un proceso de incapacidad. Incluso en ancianos asilados por ejemplo varios estudios sugieren que si se estimula no sólo se logra un mayor grado de vivacidad y de participación sino también el mejoramiento de la salud en general, al respecto Jeffers, J.E (cit en Camacho 1988) realizó un estudio descriptivo de las actitudes adoptadas por las personas de edad avanzada hacia los servicios de salud, observando que cuando las personas se sentían enfermas recurrían a remedios caseros, antes de ir al médico, esto indica la necesidad de brindar una asesoría a estos individuos ya que generalmente carecen de conocimientos mínimos para el cuidado de su salud.

De tal forma que, si el autocuidado de la salud puede dar buenos resultados con los más incapacitados parece lógico suponer que puede contribuir de modo significativo a mejora la salud de quienes tienen menos problemas. Si el autocuidado de la salud puede dar buenos resultados con los más incapacitados parece lógico suponer que puede contribuir de modo significativo a mejorar la salud de quienes tienen menos problemas.

Un estudio realizado con 250 ancianos cubanos (Purón I y Couso S, 2003) en torno al autocuidado se encontró que el 82.7% expresó una opinión positiva para poder proporcionarse ayuda a si mismo, 68.4% con disposición para brindar ayuda a otros; con respecto al autocontrol explicado por el criterio de si podía controlarse por si mismo aún en condiciones adversas, se obtuvo 123 respuestas afirmativas y sólo 29.6% manifestó no cuidar de su salud personalmente. Al examinar sobre a quien consideraban responsables de su salud el 27.6% se consideraban a ellos mismos

como los responsables mientras que el 4.8% a los familiares y 67.6% a ambos. Así el autocuidado de la salud que el anciano posea puede mejorar los diagnósticos y el

Características del anciano	Actividades de Autocuidado
Anciano saludable	Realización de actividades físicas, recreativas de relaciones sociales Administración de dieta adecuada
Anciano con episodio patológico agudo	Descanso, Administración de medicamentos, Dieta adecuada
Anciano con enfermedad crónica	Seguimiento de indicaciones médicas: toma de presión arterial, temperatura etc.
Anciano postrado en la cama	Ejercicios para evitar contracciones musculares y/o ulceraciones. Toser y respirar profundamente para evitar neumonía. Mantenimiento de un activo proceso de toma de decisiones de autocuidado

Cuadro 3.1- Dimensiones del autocuidado. Fuente: Coppard L "La autoatención de la salud y los ancianos en OPS 1985

tratamiento suministrado por los profesionales de la salud, no olvidado que Un anciano bien informado puede proporcionar información útil y esencial al profesional quien estará en mejores posibilidades de resolver un problema de salud.

Por ello un concepto fundamental a tomar en cuenta al hablar de autonomía y autocuidado es el término o concepto de "Actividades de la Vida Diaria" Patterson y Eberly (1982) consideran a las actividades de la vida diaria cotidiana como un "conjunto de conductas instrumentales cuya ejecución regular y apropiada favorece el autocuidado personal y el mantenimiento de una vida independiente". Es decir son un conjunto de actividades comunes a todos los seres humanos que deben ser realizadas regularmente para mantener la autonomía e independencia en su medio normal, clasificándose dichas actividades en: a) básicas o físicas: Encaminadas al autocuidado y movilidad que proporcionan autonomía y permiten a la persona vivir sin requerir ayuda continua ej. comer, bañarse, traslado, salir de casa. b) instrumentales: Permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad ej. cocinar, manejar dinero. c) avanzadas: que engloban actividades complejas como desarrollar un rol social, mantener una buena salud mental, disfrutar de una excelente calidad de vida y actividades sociales.

A manera de resumen se sabe que el individuo tiene mecanismos de alarma que le permiten sentir rareza, malestar, dolor, etc, que le informan de alguna anomalía de su salud. Por lo que la prevención de la enfermedad no sólo se centra tal y como lo señala Bravo (2001 p.12) en los complicados “chequeos” sino en la juiciosa y temprana preocupación del individuo que acude a consultar al profesional lo que hará la diferencia en la calidad de vida futura. Resultando fundamental enseñar a los que envejecen que para evaluar la salud hay cosas que se pueden hacer sin el médico y que hay cosas que no se pueden hacer sin el médico.

3.4.1-El Autocuidado como concepto educativo

El autocuidado como concepto educativo ha cobrado auge en los últimos años a raíz de la prioridad asignada a la atención primaria como estrategia de elección para alcanzar la meta de “Salud para todos en el año 2000”, y por la Carta de Ottawa según la cual la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer mayor control sobre ella en términos del desarrollo de aptitudes personales, y de la adquisición de habilidades y conocimientos que permitan adoptar conductas favorables para la salud todo ello mediante conductas de autocuidado que permita a los ancianos poder ejercer un mayor control sobre su salud y su microambiente capacitándolos para optar por todo lo que contribuya con su bienestar integral. En este sentido uno de los esfuerzos propuestos por las diferentes organizaciones OMS, OPS es favorecer en los ancianos la adquisición de conductas que los hagan más saludables e independientes, utilizando precisamente al autocuidado como vía eficaz para lograrlo.

De aquí que uno de los aspectos primordiales a desarrollar para la adquisición de conductas saludables resulte ser el proceso de aprendizaje, elemento fundamental para incorporar en forma dinámica y fluida conductas de salud física, mental, social y espiritual en el anciano que favorezcan su estado de bienestar.

La mayoría de los ancianos no sólo tienen la capacidad física y cognoscitiva para aprender técnicas de autocuidado y practicarlas, sino también para transmitir las a otros. Sin embargo, los profesionales de la salud, y los mismos ancianos cuestionan muchas veces esta posibilidad debido a concepciones equivocadas y estereotipos

relacionados con la vejez, etapa que se considera sinónimo de incapacidad para aprender, rigidez, enfermedad y pérdida de interés por la vida, entre otras. Estudios realizados como el de García (1996) al aplicar un programa de autocuidado en ancianos asilados encontró un incremento en las conductas de autocuidado tanto físicas, psicológicas y sociales además de aumentar la percepción de la autoeficacia, lo que indica que el anciano es capaz de participar activamente en el cuidado de su salud, así como aprender y modificar sus conductas de autocuidado. Siendo el concepto de autoeficacia fundamental en éste sentido y definida como la convicción de que se es capaz de realizar exitosamente acciones necesarias para producir un resultado deseado. Es decir *"la autoeficacia se refiere a un tipo de pensamiento autorreferente que actúa como mediador entre el conocimiento de una habilidad y la ejecución de una acción"* (Bandura, 1982, p123). Además resulta importante considerar que muchas de las conductas convenientes para la conservación de la salud se aprenden a través de la educación informal y del modelaje. Sin embargo, cuando hablamos de modificar conductas de salud se debe preparar a las personas, intelectual y emocionalmente, para que adopten una actitud y conducta favorables; y esto es posible a través de un proceso de aprendizaje basado en el modelo Andragógico desarrollado por Knowles para el aprendizaje de los adultos, el cual señala aspectos fundamentales de este proceso: 1. La necesidad de conocer, 2. El autoconcepto del que aprende, 3. La experiencia del que aprende, 4. La disposición del que aprende, 5. La orientación del que aprende y finalmente la motivación. La necesidad de conocer tiene su fundamento en la razón por la cual las persona quiere conocer y aprender. La necesidad de aprender primero es una necesidad emocional. Considerando que por su tipo de disposición los adultos se sienten orientados a aprender lo que les resulta de utilidad, y la motivación, constituye el elemento determinante de aprendizaje de los adultos. Otro aspecto o factor importante en el proceso de aprendizaje es el sistema de valores, creencias y la cultura. Uno de los modelos más conocidos y utilizados en la educación para la salud en adultos mayores es el de creencias relativas a la salud considerando que ellos adoptarán algunas conductas si creen que lo que harán será positivo para su salud y bienestar.

Además, resulta importante incorporar a las sesiones educativas a uno o varios miembros de la familia o personas allegadas al adulto mayor con el propósito de que se conviertan en una excelente fuente de apoyo y refuerzo para las acciones que se

empresan con anciano, a fin de ayudarlos a convertirse en su propio agente de autocuidado.

3.5- Fomento Del Autocuidado

El exdirector de la Organización Mundial de la Salud Dr. Halfdan Mahler dijo en 1977 *"...Si la cuestión de la salud no comienza a nivel del individuo, del hogar, del lugar de trabajo, de la escuela, nunca alcanzaremos la meta de salud para todos...Todo aumento significativo del bienestar físico, mental o social dependerá en gran medida de la determinación del individuo y de la comunidad de ocuparse de sí mismos"* (OPS, 1985 p.45).

Es así como, desde la mencionada declaración de la Organización Mundial de la Salud OMS ha estado alentando a los Estado miembros a considerar el fomento del autocuidado de la salud a través de los siguientes principios:

- ✓ Las personas cuiden de sí mismas
- ✓ Las familias se asistan unas a otras
- ✓ Los vecinos y amigos, y las comunidades, proporcionen respaldo y servicios a quienes los necesitan
- ✓ Las sociedades elaboren políticas de mejoramiento de la salud que reduzcan las causas de las enfermedades y estimulen a los individuos a asumir mayor responsabilidad
- ✓ Los profesionales de la atención de salud ayuden y alienten a los individuos, a los integrantes de las familias y a otras personas, a cooperar con ellos para fomentar la salud.

Actualmente es indiscutible el derecho de los ancianos a participar en los programas de salud, tanto en el sector público como privado, suele decirse que los servicios de atención en salud se dividen en institucional y comunitario sin embargo existen cuatro tipos de "compartimentos" de servicios para el anciano, y es frecuente que el anciano que experimenta problemas necesite de las cuatro. El más importante siempre ha sido y seguirá siendo el autocuidado. El segundo en orden de importancia

es la atención informal, a cargo de parientes, amigos, vecinos y asociaciones de voluntarios. El tercero corresponde a la “atención comunitaria”, y finalmente el cuarto tipo de atención corresponde a los de carácter institucional: la atención hospitalaria y la atención a largo plazo en el hogar (fig.3.2). Es importante advertir que muchas personas carecen en absoluto de la información necesaria para cuidarse a si mismas adecuadamente requiriendo de la información que les proporcionan profesionales con experiencia en el tema.

Considerando el fomento al autocuidado pieza clave para elevar la calidad de vida, se han desarrollado diversos programas en todo el mundo, tanto de alcance nacional como en Alemania, Hungría, Rumania existen consejos de educación en salud que coordinan la difusión sanitaria entre los ancianos por medio de la radio y la televisión, literatura científica popular y “universidades públicas de salud y longevidad” En E.U.A., existe el Instituto Nacional sobre el Envejecimiento, que a través de folletos monográficos distribuye a gran escala en supermercados, farmacias, centros de ancianos, hospitales, información sobre salud que interesa al anciano. Programas de base comunitaria como en Hong Kong se difunden conocimientos sobre salud en un programa de radio semanal para ancianos y de los cuatro periódicos que se publican especialmente para personas de edad. En Egipto se procura estructurar la educación sanitaria del anciano en torno a la vida religiosa de la comunidad. Se insta también a los sacerdotes de la comunidad cristiana a hablar de autocuidado de salud con los ancianos y sus familias antes y después de los oficios dominicales. Programas encaminados a establecer una mejor relación de trabajo entre el anciano y los profesionales de la salud.



Figura 3.2. Los cuatro compartimentos de la atención de salud.

En los E.U.A., los ancianos reciben educación en materia de autocuidado médico, prevención de enfermedades y adecuada utilización de servicios de salud y sociales (OPS, 1985)

La mejor contribución al autocuidado que pueden desempeñar las instituciones de salud consiste, probablemente, en fomentar estilos de vida saludables a una edad temprana, de manera que los adultos mayores del futuro, eviten algunos problemas de salud o estén mejor capacitados para enfrentarlos. Se ha demostrado que los programas de autocuidado han conseguido: mantener la capacidad funcional del anciano y prevenir algunas enfermedades, hacer menos grave la enfermedad o discapacidad del anciano con enfermedad crónica; y mejorar la interacción entre los ancianos y los sistemas de servicios sociales y de salud por medio de la discriminación de más y mejor información.

Los programas de rehabilitación son de fundamental importancia para ayudar a los ancianos discapacitados a recobrar su capacidad funcional; ellos deben basarse en la autosuficiencia, en lugar de la dependencia. La capacidad de trasladarse de la cama a una silla de ruedas puede, a menudo, representar para el anciano la diferencia entre permanecer en la comunidad o tener que ingresar a una institución(OPS, 1993).

Los programas de autocuidado tienen por objetivo ayudar a las personas a:

- ✓ Aceptar la responsabilidad por su propio cuidado.
- ✓ Realizar acciones tendientes a prevenir enfermedades y a promover la salud.
- ✓ Aprender destrezas y habilidades para observar, descubrir y manejar enfermedades comunes, lesiones y urgencias.
- ✓ Controlar las enfermedades crónicas y la rehabilitación.
- ✓ Aprender a usar los recursos de salud y sociales en forma adecuada.
- ✓ Por tanto, la mayoría de estas habilidades son relativamente fáciles de enseñar y aprender, con pocos riesgos de que se produzcan consecuencias indeseables.

Se ha demostrado que los programas de autocuidado han conseguido en los adultos mayores:

- ✓ Mantener la capacidad funcional (biopsicosocial) del adulto mayor y prevenir algunas enfermedades.
- ✓ Hacer menos grave la enfermedad o discapacidad.

- ✓ Mejorar la interacción entre las personas mayores y los sistemas de servicios sociales y de salud por medio de la difusión de más y mejor información.

Por consiguiente a menos que se logren mayores avances en la prevención y en el tratamiento de las discapacidades vinculadas con la vejez, harán falta más cupos en los hogares de ancianos y más camas en los hospitales para enfermedades graves y esta situación hace imperativa la implantación de programas de promoción de la salud para personas de edad avanzada, con un elevado componente de autocuidado.

CAPITULO IV. CALIDAD DE VIDA

*La vejez es venerable si sabe defenderse a sí misma,
si mantiene su derecho.*

Cicerón (De Senectute p 38)

En los últimos tiempos se ha hecho muy frecuente el uso del término "calidad de vida" en muy variados contextos: políticos, economistas, médicos, psicólogos, educadores, sociólogos y periodistas, quienes lo usan indistintamente, al tiempo que representa una premisa o aspiración, que ha sido sustento de muchos discursos. Su estudio constituye un terreno donde varios especialistas aportan sus enfoques, los ambientalistas sitúan el énfasis en el entorno físico/biológico, los economistas en parámetros como el Producto Nacional Bruto, los médicos en los síntomas, los psicólogos en las necesidades humanas y su satisfacción. Hoy en día existe un gran debate sobre varios problemas: su naturaleza: objetiva o subjetiva, su delimitación de enfoques afines, su estructura, dimensional o global, los instrumentos y las medidas más idóneas para su evaluación, aspectos que se ampliarán más a lo largo del capítulo para una mayor comprensión.

4.1 Aproximación Histórica

Como señala García Riaño (cit. en Caballo 1996), no existen referencias históricas bibliográficas del concepto de calidad de vida en sí, de ahí que tengamos que recurrir a términos afines como salud, bienestar y felicidad para hacer un poco de historia encontrando que esta expresión tiene su desarrollo en dos fases claramente, la primera de ellas surge con las primeras civilizaciones y se extiende prácticamente hasta finales del siglo XVIII centrandose su preocupación básicamente en la salud privada y pública; la segunda aparece con el desarrollo de la concepción moderna del Estado y la instauración de una serie de leyes que garantiza los derechos y el bienestar social del ciudadano. Sorprendentemente, ni el Renacimiento ni el largo transcurso de

toda la Edad moderna produjeron cambios sustanciales en la mejora de la salud pública. El reconocimiento de los derechos humanos y ciudadanos en los estados del siglo XIX dio lugar a nuevas formas de calidad de vida consistentes en el reconocimiento de la actividad y de la acción individual, de la lucha política, de la libertad de creencias, de opiniones y de su libre expresión, logros que contribuían notablemente al desarrollo histórico del concepto de calidad de vida que se ha caracterizado por su continua ampliación. Podría considerarse que dicho concepto inicialmente consistía en el cuidado de la salud personal, convirtiéndose luego en la preocupación por la salud e higiene pública, extendiéndose posteriormente a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, hasta llegar a los bienes económicos, y finalmente se convierte en la preocupación por la experiencia del sujeto de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud.

Mientras que, como lo señala Veenhoven (cit. en González-Celis, 2003) ideológicamente la raíz de la investigación de calidad de vida nace en el siglo XVIII, con el pensamiento generado por la época de la ilustración, donde el propósito de la vida humana es la vida por sí misma, más que al servicio del Rey o de Dios; siendo la autorrealización y la felicidad valores centrales durante esa época. En el siglo XIX la sociedad se preocupa por proporcionar una buena vida a sus ciudadanos. Ya en el siglo XX, y retomando los planteamientos del siglo anterior se intenta planear una reforma social a través del Estado de Bienestar. Es a partir de la Segunda Guerra Mundial que el estudio de la Calidad de Vida se asocia al desarrollo económico, y a fines de la década de los 60's, cuando se produce un despliegue enorme de Investigaciones relacionadas a la Calidad de Vida, siendo Estados Unidos quien liderea la investigación diversificándose a partir de los años 70's en países como Canadá y Europa. Participando más tarde trabajos desarrollados en los países Escandinavos, Países del Este, Japón y otros (González-Celis, 2003). Sin embargo es en Europa donde se inicia la actividad más importante en la década de los 70's en donde se muestra el impacto de factores económicos y políticos sobre la calidad de vida de esos países (Ostroot y Snyder, 1996). En todos estos países la palabra bienestar se relacionó con el estar o sentirse bien con el nivel de vida y con la calidad de la misma, Nussbaum (cit. en Ortega R. 2000) cita dos investigaciones al respecto la primera de Joansson quien refiere que Suecia fue la primera que hizo encuestas sobre el nivel de bienestar y que el segundo estudio comparativo sobre el bienestar escandinavo fue

realizado en 1972 por un grupo de investigación de sociología comparada de la Universidad de Helsinki la cual se basó en una muestra de 4000 personas de los siguientes países Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia. Como resultado de todas éstas investigaciones el término de calidad de vida se pone de moda en los últimos 25 años, logrando su grana expansión a lo largo de los años 80's en la sociología y psicología desplazando términos más difíciles de operar como felicidad y bienestar. Hablar de calidad de vida es hablar de un concepto global inclusivo y multidisciplinal como ha parecido en el rápido recorrido histórico trazado (Caballo, 1996). De esta manera resulta interesante revisar los diferentes enfoques, teorías y elementos que se han tomado en cuenta para definir el concepto de calidad de vida aunque hay que decir que teóricamente no existe una definición del todo establecida hasta el momento (Palomar, 1995) y que además el origen del término calidad de vida es todavía más reciente de definir en el campo de la salud.

4.2 Concepto de calidad de vida

El término de calidad de vida empieza a relacionarse con los cuidados sanitarios a mitad de los años 70's y bajo este paradigma, los cuidadores de salud empiezan a valorar el impacto de las enfermedades y sus tratamientos sobre el bienestar y satisfacción de los pacientes, su capacidad física, psíquica y social, ocio, etc. Sin embargo hasta la fecha no existe un consenso respecto al significado del término calidad de vida. En general todas las definiciones de calidad de vida tienen dos elementos comunes: utilizan un enfoque multidimensional y hacen hincapié en la valoración que el individuo hace de su propia vida (Lozano, M; Martínez V, 1998).

El concepto de calidad de vida refiere Álvaro (1996) ha sido objeto de interés y de reflexión para muchas áreas del saber implicando que para unos la calidad de vida sea analizada a través de las percepciones subjetivas de los individuos y considerado eminentemente un concepto evaluador o valorativo por lo que el especialista que lo usa se ve obligado a dar una definición operativa válida para sus propósitos y si es posible definir también los indicadores en los que descansa su definición.

En cuanto a la semántica del término Szlai (cit. en Setien, 1993) desglosa la expresión en dos palabras que la componen considerando "calidad" como la naturaleza mas o menos satisfactoria de una cosa, grado o lugar ocupado en la escala de lo bueno y lo malo, es decir la calidad suele referirse al carácter de la vida mas o menos bueno o satisfactorio y que adquiere un contenido de grado que discurre a lo largo de un continuo cuyos extremos se sitúan entre una situación negativa o inferior y otra positiva o excelente; mientras que la palabra "vida" se centra únicamente en la existencia humana.

Desde un sentido sociológico Durand (cit. en Setien 1993) señala que la aparición del término calidad de vida obedece a un fenómeno social mientras que el origen de la expresión calidad de vida proviene de un fenómeno de conciencia de las consecuencias no deseadas provocadas por el desarrollo económico y la industrialización incontrolada, es decir el concepto de calidad de vida se manifiesta como una categoría socioeconómica y política pues se sustenta en determinado desarrollo económico, cultural, jurídico, ético y sistema de valores sociales que son los que permiten que la vida tenga o no la calidad que se acuerda como consenso (Quintero y González en Buendía 1997).

Mientras que las definiciones en términos de preferencias, metas y valores sugieren que la calidad de vida se eleva cuando se logra lo que se desea aspira o se considera importante. En términos de necesidades se deduce que los grupos o sociedades cuyas necesidades están satisfechas gozarán de un alto nivel de vida, es decir la calidad de vida se refiere a las prioridades/ valores de la gente y a su satisfacción/ insatisfacción con áreas concretas de la vida, trabajo, familia, ocio, etc. (Bruce Headey cit, en Setin 1993).

Levi y Anderson (cit. en Caballo 1996) definen el concepto de calidad de vida como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social tal y como lo percibe cada individuo y grupo, de felicidad, satisfacción y recompensa incluyendo dentro de sus componentes aspectos como la salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, finanzas, oportunidades educativas, autoestima, sentido de pertenencia y confianza.

Mientras que Andrews y Withey (1976) insisten en que la calidad de vida no es el reflejo directo de las condiciones reales y objetivas, sino de la evaluación que hace el individuo de las mismas. Así, la diversidad de definiciones es enorme, actualmente la mayoría de los autores (Setien,1993), la definen con referencia al bienestar de las

personas y de sus componentes subjetivos y objetivos, construyendo definiciones globales basadas en el bienestar y sus dos marcadores básicos: la satisfacción y la felicidad. Siendo el componente objetivo asociado a las condiciones materiales de vida, al nivel de vida incluyendo factores que determinan o influyen la percepción que tiene el sujeto (presencia o no de síntomas, funcionamiento físico) y que suelen aparecer en las definiciones multidimensionales usadas para el desarrollo de instrumentos de medición (Grau, 1997).

Sin embargo otros autores piensan que la calidad de vida y el bienestar no son la misma cosa, para unos el bienestar es más que la calidad de vida la cual es un concepto que solo muestra una parte medible del bienestar (García-Durán y Puig, cit. en Setien 1993). Para otros la calidad de vida es un concepto más general que el de bienestar es decir que la calidad de vida engloba aspectos no contemplados en el mismo. Tales planteamientos permiten que se argumente que la calidad de vida tiene un aspecto objetivo y otro subjetivo. El aspecto objetivo significa la utilización del potencial intelectual, emocional y creador del hombre dependiendo de cada individuo de las condiciones sociales y las circunstancias externas que le permitan el pleno desenvolvimiento y desarrollo de sus capacidades a cualquier edad. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción de los individuos y por la percepción que se tenga de las condiciones globales de vida traduciéndolo en sentimientos positivos o negativos. La combinación de ambos factores determinantes para que la calidad de vida posibilite el desarrollo integral de la personalidad dado por las capacidades del individuo y las circunstancias externas que lo facilitan o entorpecen sumándose el elemento subjetivo, esto es, la valoración que hace el individuo de su existencia (Quintero y González en Buendía, 1997).

Por su parte Patrick y Ericson (cit en Lozano, M; Martínez, V. 1998) sugirieron utilizar el término de calidad de vida relacionado con la edad conceptualizándolo como los niveles de bienestar y satisfacción asociados con los acontecimientos que una persona puede padecer como consecuencia de una enfermedad o su tratamiento. Este término evita la medición de aspectos no relacionados directamente con la salud como pudieran ser la libertad o el medio ambiente es decir que la calidad de vida significa también la capacidad de las personas para no ser puros espectadores en el proceso de enfermedad e incluso de morir. Supone que el sujeto aún en estado de postración y limitación no pierde en la manera posible su dimensión personal y social. Andreus y

Withey (cit en Caballo 1996) señalan que lo que define a la calidad de vida no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas sino la evaluación que hace el individuo de dichas condiciones desde esta perspectiva, la calidad de vida significa el esfuerzo para que la enfermedad inevitable, la disminución real, signifique la menor alteración posible en la autonomía real del sujeto y entrañe las mismas variaciones de su vida habitual.

Al respecto la Organización de las Naciones Unidas integró un Comité de expertos el cuál elaboró un informe titulado "Informe sobre la definición y evaluación de los niveles de vida desde el punto de vista internacional" con la finalidad de establecer una serie de definiciones que comúnmente se vinculan al concepto de calidad de vida, por ejemplo se planteo la distinción entre estándar de vida y nivel de vida, el primer concepto representa las condiciones de existencia a las que se aspira, la idea de lo que se tiene o debiera ser; mientras que el segundo se refiere a las condiciones reales de existencia. Además Palomar (1995) señala que es recomendable medir el nivel de vida mediante una serie de elementos que representan valores aceptados y utilizar indicadores para medirlos, entendiendo como nivel de vida los aspectos económicos y materiales en que se desenvuelve una persona incluye el salario, las propiedades, equipamiento, vivienda y mobiliario es decir la capacidad de consumo en el sentido más amplio, asimismo Palomar agrega que también resulta importante definir otros términos relacionados al concepto de calidad de vida tales como condiciones de vida y estilos de vida, señalando que las condiciones de vida pueden definirse como el contexto material espiritual y de actividad en el que transcurre la vida de las personas, es un concepto globalizador relacionado con fenómenos económicos y sociológicos cuyo contenido puede extenderse hasta la individualidad psicológica y espiritual, se puede decir que es el contexto modulador de la vida y salud; mientras que el estilo de vida es el estilo de lo social a través de la actividad individual de la personalidad. Todas las personas realizan las actividades del modo de vida pero la personalidad de cada individuo le otorga sentido a determinadas actividades o aspectos de ellas, y al ejecutarlas le incorpora las características personales resultando un conjunto de actividades que constituyen un estilo de vida personal (Quintero y González en Buendía 1997). Una vez clarificados dichos conceptos resulta más explicativo mencionar la definición que propone la OMS en 1993 sobre calidad de vida definiéndola como *"la percepción del individuo de su*

posición en la vida en el contexto cultural y sistema de valores en los cuales vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses” (Harper y Power 1998 p.551). En este sentido y considerando que al ser la calidad de vida una valoración subjetiva, no puede prescindirse entonces de la valoración del sujeto.

Meeberg (cit en Ortega 2000) revela cuatro atribuciones de la calidad de vida: un sentimiento de satisfacción con la propia vida en general, la capacidad de evaluar la propia vida como satisfactoria o lo contrario, un estado aceptable de salud física, mental, social y emocional y un avalúo hecho por alguien más que las condiciones de vida de la persona son adecuadas o amenazadas .

Resumiendo, se puede decir desde una perspectiva psicológica que los factores principales de la calidad de vida constituyen un constructo multidimensional subjetivo que se refiere al grado de satisfacción de un individuo según el nivel de importancia que este le conceda a cada una de las áreas o aspectos (familia, trabajo, etc) que determinan su felicidad o bienestar (Palomar 1994), agregando como señala Lehman (2000 cit. en González –Celis 2002) que aún cuando las definiciones del concepto de calidad de vida varían abarcan tres dimensiones globales a) aquello que la persona es capaz de hacer, b) el estado funcional y c) la sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones a menudo se designan como calidad de vida objetiva y la última como calidad de vida subjetiva dentro de estas dimensiones globales se han identificado distintos dominios de vida como la salud, la familia, las relaciones sociales, el trabajo, la situación económica y el lugar de residencia.

4.3 Áreas de la Calidad de Vida.

Sin tratar de ser exhaustivos, Levy y Anderson (cit en Caballo 1996) asumiendo la propuesta de la Organización de las Naciones Unidas sobre calidad de vida, enumeran los siguientes nueve componentes: salud, alimentación, ocupación y condiciones de trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, recreación y derechos humanos; como el conjunto objetivo de componentes que constituye el nivel de vida de los pueblos y las personas, y teniendo como segundo elemento básico los aspectos objetivos y subjetivos compuestos del bienestar físico emocional y social tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo. Por otro lado Fitz Patrick y Cols (1992) señalan

que al ser el concepto de calidad de vida inminentemente subjetivo se integra de las siguientes dimensiones función física, función emocional, función social, cambio de rol, dolor, otros síntomas.

Desde el punto de vista psicológico el concepto de calidad de vida puede dividirse en áreas básicas para su mejor utilización: capacidad funcional, funciones sociales, funciones intelectuales, estado emocional, y situación económica (San Martín y Pastor 1990).

Mientras que la calidad de vida estudiada en la población anciana debe enfocarse a los siguientes aspectos: estado de salud, determinación de factores de riesgo, predicción de discapacidades e incapacidades, seguridad económica y material, protección social y familiar, participación y reconocimiento social, satisfacción, bienestar y conservación de intereses (Quintero y González en Buendía 1997).

Es decir dentro de las dimensiones de la calidad de vida se encuentran: actividades de la vida diaria, salud mental, física, soporte social, analizados todos ellos a través de la evaluación de las actividades de la vida diaria y relacionadas con la capacidad que posee la persona y que representan una de las dimensiones principales que proporcionan integración social al individuo permitiéndole vivir independientemente en la comunidad.

4.3.1 Evaluación de la Calidad de Vida

La calidad de vida puede ser medida de muchas formas diferentes, por ejemplo en términos de capacidades y limitaciones físicas individuales, síntomas de funcionamiento individual e intelectual y acerca del desempeño del ser psicosocial respecto al ocio, el trabajo, y la vida familiar, así como también en términos de bienestar. La gran riqueza del concepto de calidad de vida requiere no sólo que se evalúen múltiples dimensiones, sino que se usen múltiples medidas de cada dimensión que se estudia más que indicadores particulares (Baltazar, 1999). Por su parte los investigadores de la calidad de vida se han cuestionado si es útil conceptualizar el bienestar o calidad de vida como un constructo global, es decir, si puede obtenerse a través de un solo puntaje. De acuerdo con Palomar (1998) algunos investigadores han considerado útil conceptualizar la calidad de vida o bienestar subjetivo como un

constructo multidimensional, sin embargo existen autores que prefieren adoptar el concepto desde una medida unidimensional.

Al respecto González-Celis (2002) señala que la medición de la calidad de vida, no sólo abarca el estado de salud, sino también implica la satisfacción relacionada con los requerimientos que deben ser satisfechos para que una persona sea saludable. Por ejemplo para la población de ancianos que sufre constantemente cambios o padecimientos debidos al proceso de envejecimiento, resulta de vital importancia evaluar cual es su calidad de vida para así poder realizar intervenciones más adecuadas a sus necesidades ayudando a proporcionar un mayor bienestar en los últimos años de su vida, lo cual es finalmente la meta de cualquier intervención que se realice con el anciano. Asimismo, la autora señala que pueden identificarse tres perspectivas para enmarcar los aspectos centrales de la medición de la calidad de vida a) la calidad de vida en general, b) la calidad de vida relacionada a la salud y c) la calidad de vida específica para cada enfermedad.

Valorar la calidad de vida del anciano también lleva implícito un problema generacional, motivacional, familiar, en ocasiones se considera estos aspectos subjetivos del viejo debido a que para las nuevas generaciones no tiene sentido, la calidad de vida puede ser medida de muchas formas diferentes: por ejemplo ha sido operacionalizada en términos de capacidades y limitaciones físicas individuales, síntomas de funcionamiento emocional e intelectual y acerca del desempeño del rol psicosocial respecto al ocio, el trabajo y la vida familiar, así como también, y bastante generalizado, en términos de bienestar considerando como indicadores más frecuentes en los instrumentos diseñados para medir la calidad de vida la dimensión física, psíquica, social de la salud y autopercepción de la misma. (Quintero y Buendía 1997). En cuanto a los instrumentos que existen en la investigación para medir calidad de vida en general estos tienen sus raíces en la investigación clásica sociológica que contrasta con las mediciones de calidad de vida relacionada a la salud tal y como lo refiere la doctora Gladis (cit. en González Celis 2003) al señalar que su propósito fundamental es evaluar la enfermedad y los efectos de intervención, asimismo y junto con su equipo de colaboradores del grupo de la Organización Mundial de la Salud desarrollaron una metodología para la construcción de instrumentos para medir la calidad de vida que se centra en tres métodos desarrollados en el ámbito internacional: siendo el primero de ellos enfocado a una sola cultura, el segundo a un amplio rango

de culturas y el tercero enfocado a construir una medida de calidad de vida confiable y válida en un rango amplio de diferentes culturas el cuál fue obtenido después de un exhaustivo trabajo psicométrico y detalladas traducciones para obtener finalmente del WHOQoL, siendo uno de los pocos instrumentos que incluye una evaluación en dominios tales como medio ambiente y relaciones sociales. Además de los comúnmente empleados como evaluación en aspectos de salud física y bienestar psicológico. Actualmente como señala González-Celis (2002) el grupo de la OMS está preparando una presentación de los datos normativos de las diferentes muestras representativas en todas las culturas, enfatizando que este es un instrumento confiable y válido que puede ser utilizado en diferentes culturas, estudios, en donde la calidad de vida sea la variable central bajo estudio.

4.4 Calidad de Vida y Salud.

Desde la perspectiva de la Psicología y la Salud, la evaluación de la Calidad de Vida tiene como objetivo principal determinar los efectos de los cuidados de salud, como intervenciones positivas, estimar las necesidades de la población, optimizar las decisiones terapéuticas y estudiar las causas e impacto de variables psicosociales intervinientes en el estado de salud. Estas tareas han adquirido especial relevancia en los últimos años, toda vez que el interés médico se ha estado centrando actualmente no sólo en la supervivencia, sino en una supervivencia con calidad (Grau, 1997). Numerosas investigaciones realizadas por diversos autores (Andrews y Withey, 1976; Davis, Fine-Davis y Meehan, 1982; Michalos, 1985 y Abbey y Andrews, 1985 cit. en Palomar, 1998) señalan que existe una débil relación entre el bienestar y algunas variables sociales, psicológicas y en diversas áreas de la vida, evidenciando que variables sociodemográficas como la edad, sexo, raza, educación, ingreso y estado civil raramente exponen más del 10% de varianza en la satisfacción general reportada por las personas en las evaluaciones. En un estudio realizado por Leelakulthanit y Day (cit en Palomar 1998) la edad, el sexo, el estado civil, la raza, la jerarquía ocupacional, la escolaridad y el ingreso explicaron solamente el 12% de la varianza de la satisfacción en la vida de los Tailandeses. Resultados similares obtuvieron Andrews y Withey; Campbell y Rodgers (cit en Palomar 1998) en población norteamericana. Por

su parte Pullium (cit. en Palomar 1998) encontró que una de las variables demográficas más fuertes del bienestar familiar es la educación, la cual es predictiva del bienestar material, en contraste, Leelakulthanit y Day (cit. en Palomar, 1998) observaron que las personas que tienen menos escolaridad e ingresos están más satisfechas con su vida espiritual, sus actividades de consumo y con el gobierno, no encontrando diferencias significativas por género, ni en relación al estado civil, en cuanto a las diferencias del bienestar por grupos de edad encontraron que existen diferencias en la calidad de vida de acuerdo a la edad. Sin embargo Michalos (1991, cit en Álvaro 1996) señala que en estudios comparativos sobre género y satisfacción en los diferentes dominios de calidad de vida es claramente superior en las mujeres que en los hombres, y agrega que la explicación a este fenómeno tal vez se deba buscar en que las discrepancias internas de las mujeres, sus percepciones, son menores o bien que su grado de conformismo es mayor, pues las condiciones de vida de las mujeres medidas objetivamente son claramente inferiores a la de los hombres.

Por su parte Díaz Guerrero (1986) señala que el nivel socioeconómico no se relaciona prioritariamente con la calidad de vida, antes bien las variables económicas aparecen en cuarto lugar de importancia respecto a la calidad de vida.

En Estados Unidos Flanagan (cit en Palomar 1995) observó que la mayoría de los adultos reportaron es un estudio sus necesidades en las áreas que componen la calidad de su vida. Además encontró una notable similitud en los reportes de los tres grupos de edades entre hombres y mujeres encontrando que más del 80% de cinco de los seis grupos (constituido de acuerdo al sexo y la edad), mencionan que tener una relación cercana con la pareja y comodidades materiales es importante. Los sujetos de más edad (70 años) dan mayor importancia a éste último aspecto, en relación con los más jóvenes (30 años) En el 75% de los casos esta necesidad esta cubierta. El trabajo es un área importante para más del 90% de los hombres y para el 85% de las mujeres entre los 30 y 50 años, y es importante para más de la mitad de los hombres y mujeres de 70 años. El 75 % de los sujetos de todas las edades reportan que esta necesidad está cubierta. Más del 70% de los hombres y 80% de las mujeres dice que tener amigos cercanos es importante. El 80% menciona tener satisfecha esta necesidad. La necesidad de aprender de personas de más edad, es menor en los hombres con relación a las mujeres.

Sin embargo gran parte de los estudios sobre calidad de vida han estado bastante restringido a las personas enfermas, en tal sentido, se han realizado estudios sobre "autonomía" que han facilitado la aproximación más integral y abarcadora a la evaluación de la calidad de vida de los ancianos. La autonomía como concepto constituye un descriptor multifuncional de la salud del anciano, y por ende de la calidad de vida pues no sólo profundiza en los cambios ocasionados por la enfermedad en su aspecto físico, sino que abarca toda una gama de actividades humanas, tales como la economía, desarrollo social, servicios de salud, etc. Pudiendo además emplearse en estudios sobre poblaciones sanas como indicadores de su estado de salud, por lo que no se restringe su uso a individuos enfermos. También puede utilizarse para detectar factores de riesgo. (Quintero y González en Buendía 1997). Así por ejemplo al explorar la autonomía en una muestra de ancianos en la ciudad de la Habana en las áreas física, psicológica, social. Las dimensiones de economía y actividad cotidiana arrojaron los siguientes resultados, el 50% de los ancianos estudiados consideraron insuficientes sus ingresos (tomando esto como criterio subjetivo) a pesar de poseer un equipamiento doméstico que corresponde al nivel promedio de a población estudiada. Los problemas de salud física requirieron hospitalización en niveles más altos que el promedio (considerando cifras con otros países), mientras que la percepción de salud física fue considerada buena en altos porcentajes; en cuanto a la dimensión psicológica, las necesidades de servicio de salud mental fueron bajas, contrastando con los problemas de memoria presentados, interpretándose como necesidades no sentidas de salud. El criterio subjetivo de satisfacción con la vida actual fue alto, a pesar de los problemas ya referidos de memoria e incremento de las cifras de ingresos hospitalarios.

En cuanto a la evaluación de la calidad de vida entre los pacientes y los médicos existen frecuentes discrepancias como señalan Slevin, Plant y Lynch (cit en Caballo) quienes han concluido que el juicio exclusivo de los agentes de salud no es suficiente, además debe contarse con la propia evaluación de los pacientes, como lo reportó el trabajo de Jachuk y cols (cit. en Friedman y Di Matteo, 1989), quienes preguntaron a médicos, pacientes y familiares sobre la calidad de vida de hipertensos que habían iniciado un nuevo tratamiento: el 100 % de los médicos consideraron que había mejorado la calidad de vida de sus pacientes, el 49 % de los enfermos percibieron

alguna mejoría, mientras que el 96 % de los familiares consideraron que era igual o peor.

Desde esta perspectiva, y en el campo de la psicología, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones de la vida diaria. Entre los diferentes elementos integrantes del concepto de calidad de vida sobresale el de la salud hasta el punto de que en determinados enfoques no sólo es el valor predominante sino aglutinante. Así su importancia para la calidad de vida es doble; por un lado el nivel de salud le afecta directamente, de forma que gran parte de la varianza de las actividades diarias pueden estar en relación con la salud. Por otro lado repercute indirectamente en ella al afectar al resto de los valores o elementos que están presentes en la calidad de vida: trabajo, ocio, autonomía, relaciones sociales, etc. Otro de los problemas relevantes en la indagación en el estado de salud a través de autoinformes es la importancia que tiene el autoconcepto y la autoestima, junto con el estado de ánimo del sujeto, en la evaluación que hace este de su propio estado de salud. Tanto un autoestima baja como los estados y procesos depresivos tienden a ir asociados con una evaluación negativa de la salud (Caballo,1996). Al respecto Abbe y Andrews (1985) realizaron una investigación sobre la calidad de vida y su relación con variables psicológicas encontrando que los conceptos psicológicos sí se relacionan con la percepción de calidad de vida, siendo el estrés y la depresión los que generalmente se relacionan de manera negativa.

A medida que las personas avanzan en edad va disminuyendo el número de las que caen en la categoría de muy buena calidad de vida (26% para los de 60 a 69 años y 0% para los de 90 años y más), y por otra parte en la categoría de mala calidad de vida, a medida que las personas aumentan de edad, va disminuyendo el número de personas con mala calidad de vida (16% para las personas de 60 a 69 años y 75% para las de más de 90 años). De los ancianos con muy buena calidad de vida el 100%, el 43.7% trabaja mientras que los sujetos que exhiben una mala calidad de vida, el 18.7% tiene una alimentación monótona (en cuanto a calidad), el 53.6% insuficiente y 24% excesiva (en lo relativo a cantidad) y un 41.5% inadecuada (en cuanto a adecuación al aparato digestivo) (Hernández, 1997).

El objetivo del estudio de la calidad de vida no puede ser otro que el mantenimiento de la salud, autonomía y el aumento de la calidad de vida de los mismos, como se ha dicho en grandes foros como la Segunda Asamblea Internacional sobre Envejecimiento el desarrollo y generalización de una “vida de calidad” elemento decisivo para ello es la experiencia del propio sujeto, la participación del propio individuo en el control de su propia vida, de su estado de salud y de los procesos de enfermar.

Ya los gobiernos con un enfoque social más amplio se plantean en sus campañas y programas políticos, el mejoramiento de la calidad de vida, siguiendo lo establecido en el preámbulo del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento en Viena, donde los países que lo suscriben “reconocen solamente que la calidad de vida no es menos importante que la longevidad y que los ancianos, por lo tanto, en la medida de lo posible debieran estar en condiciones de disfrutar en el seno de sus propias familias y comunidades de una vida sana, segura y satisfactoria, apreciados como parte integral de la comunidad. A diez años de esta declaración sobre la calidad de vida, podemos evaluar que los programas y planes para los ancianos, por muy buenas intenciones que tengan son como todos los planes de bienestar social, adecuados para mantener tranquilos y pacificados a los beneficiados sin tener que cambiar demasiadas cosas.

La Federación Internacional de la Vejez seguida por cientos de Organizaciones llevó a cabo una consulta a nivel mundial que apoyó la propuesta a las Naciones Unidas para la creación de una Declaración de Principios a favor de las personas de Edad, considerando que esta declaración llenaría un gran vacío en la defensa de los ancianos y les proporcionaría una mejor calidad de vida.

CAPITULO V. MÉTODO

Durante las últimas décadas se reconoce que el incremento de la pirámide poblacional está generando un acelerado envejecimiento poblacional situación que desencadena una serie de demandas de diversa índole: sociales, económicas, culturales, laborales pero sobre todo del cuidado y mantenimiento de la propia salud, pilar fundamental sobre el que se sustenta cualquier acción específico de ancianos sino a todo éste sector de la población. De ahí el interés es esta investigación enfocada a conocer las características y necesidades de los ancianos así como identificar cuáles son las áreas del autocuidado de la salud que más se afectan durante las últimas décadas de vida y poder realizar propuestas que le permitan tanto al anciano como al personal especializado de la salud mejorar tanto las condiciones de salud como las conductas de autocuidado y así incrementar la calidad de vida que los lleve a ser independientes y a vivir un envejecimiento activo y exitoso. Actualmente se trata no sólo de incrementar la esperanza de vida sino también la calidad con que se viven éstos últimos años; por ello el estudio de variables como el autocuidado de la salud y la calidad de vida resultan importantes no sólo referidos a un grupo

Abordar el cuidado que el anciano genera hacia su propia salud constituye un factor determinante en su desarrollo personal e independencia que repercute en su calidad de vida y generando a la vez una nueva visión de envejecer.

5.1-Pregunta de investigación

¿Existe una asociación entre las conductas de autocuidado de la salud que desarrollan los ancianos y la calidad de vida que perciben?.

5.2-Objetivo General

Someter a prueba si el autocuidado es una variable predictora de la percepción de calidad de vida en los ancianos.

5.3- Objetivos Específicos

- ✓ Probar si existen diferencias entre los niveles de dominios de calidad de vida y autocuidado en los ancianos.
- ✓ Determinar si existen diferencias entre las conductas de autocuidado que poseen los ancianos con respecto al género.
- ✓ Determinar si existen diferencias entre las conductas de autocuidado que poseen los ancianos con relación al grupo de pertenencia.
- ✓ Determinar si existen diferencias entre las conductas de autocuidado y el nivel de escolaridad entre los ancianos
- ✓ Comparar si existen diferencias entre las conductas de autocuidado y la edad de los ancianos.
- ✓ Describir si existen diferencias en la percepción de la calidad de vida que poseen los ancianos con respecto al género.
- ✓ Describir si existen diferencias entre la calidad de vida que poseen los ancianos con relación al grupo de pertenencia.
- ✓ Determinar si existen diferencias entre la calidad de vida y el nivel de escolaridad entre los ancianos.
- ✓ Comparar si existen diferencias entre la percepción de la calidad de vida en relación al grupo de edad al que pertenecen los ancianos.

5.4- Hipótesis

Hipótesis de Investigación:

El autocuidado es una variable asociada a la calidad de vida en los ancianos.

Hipótesis estadísticas:

H₀- No existe asociación entre el autocuidado de la salud y la percepción de la calidad de vida que poseen los ancianos.

H₁- Si existe asociación entre el autocuidado de la salud y la percepción de la calidad de vida que poseen los ancianos.

H₀ - No existen diferencias entre las conductas de autocuidado que poseen los ancianos con respecto al género.

H₁. Si existen diferencias entre las conductas de autocuidado que poseen los ancianos con respecto al género.

H₀ - No existen diferencias entre las conductas de autocuidado que poseen los ancianos con relación al grupo de pertenencia.

H₁ - No existen diferencias entre las conductas de autocuidado que poseen los ancianos con relación al grupo de pertenencia.

H₀ - No existen diferencias entre las conductas de autocuidado y el nivel de escolaridad entre los ancianos.

H₁ - Si existen diferencias entre las conductas de autocuidado y el nivel de escolaridad entre los ancianos.

H₀ - No existen diferencias entre las conductas de autocuidado y la edad de los ancianos.

H₁ - Si existen diferencias entre las conductas de autocuidado y la edad de los ancianos.

5.3 Variables

Autocuidado de la salud: “El autocuidado de la salud consiste en todas aquellas acciones y decisiones que el individuo toma para prevenir, diagnosticar y tratar algún desequilibrio en su salud. Todos los comportamientos individuales que permiten mantener la salud y las decisiones para acceder tanto a los sistemas informales como a los sistemas médicos formales (OMS 1984 p.3).

Calidad de vida: Es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y con relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses”. (Harper & Power, 1998, p.551).

Operacionalmente las variables se definieron en:

Calidad de vida: La medición de la Calidad de Vida se cuantificó por medio del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQoL-BREF) a través de sus siete indicadores: Percepción de calidad de vida en General, Percepción del Estado de Salud en General, Salud Física, Aspectos Psicológicos, Relaciones Sociales, Medioambiente y Calidad de vida en General

Autocuidado de la salud: La medición se cuantificó por medio de los reactivos del Cuestionario de Autocuidado a través de sus cinco indicadores: grado de conciencia del estado de salud, noción de envejecer responsable, salud física, salud psicológica y social y autocuidado en general.

5.4 Tipo de estudio

Estudio de campo: porque el estudio se realizó en escenarios no experimentales, transversal: ya que en el estudio se midió una sola vez las variables, sin pretender evaluar la evolución de las mismas”, exploratorio: al buscar determinar tendencias entre variables, prospectivo: dado que la información se recogió de acuerdo con los criterios del investigador y para los fines de la investigación, descriptivo: al seleccionar

una serie de cuestiones y medir cada una de ella independientemente y asociativo: al buscar relaciones potenciales entre variables (Danke, 1986).

5.5 Diseño

Se utilizó un diseño ex post facto debido a que las variables tomaron sus valores antes de que el investigador interviniera (León 1997).

5.6 Muestra

Participó un grupo de 50 ancianos mayores de 60 años con una media de 75.68 años, 25 mujeres y 25 hombres que asisten a la Clínica de Medicina Familiar Narvarte (ISSSTE), Clasificados en dos grupos: grupo de Consulta Externa 60% y Grupo de Fomento a la Salud 40%.

Como criterios de inclusión se consideraron los siguientes:

- ✓ Edad cronológica mayores de 60 años.
- ✓ No sufrir algún tipo de enfermedad aguda o crónica que afecte las capacidades intelectuales o cognitivas de las personas.
- ✓ Que acudan a la Clínica de Medicina Familiar Narvarte del ISSSTE.

5.7 Escenario

Las sesiones de aplicación de los instrumentos se realizaron en la oficina de Trabajo Social de la Clínica de Medicina Familiar Narvarte del ISSSTE contando con un escritorio y dos sillas, así como, iluminación y ventilación adecuadas.

5.8 Material e Instrumentos

Para la presente investigación el material que se utilizó consistió principalmente en los instrumentos, hojas de papel, goma y lápices.

Como instrumentos se utilizó una Hoja de Datos Sociodemográficos (ver apéndice "A") de donde se obtuvieron datos generales de las personas participantes. Y dos cuestionarios: el Cuestionario de Autocuidado (ver apéndice "B") que permitió medir la actitud y las conductas hacia el autocuidado que el anciano lleva a cabo para cuidar su salud. Elaborado por García Martínez (1996). Consta de 41 afirmaciones las cuales miden diferentes áreas del autocuidado como son: Grado de conciencia del estado de salud que el anciano posee (reactivos 5, 6, 9, 10, 11, 13, 15, 24, 26 y 29) Noción de envejecer responsable (reactivos 1, 2, 3, 4, 7, 8, 12 y 30), Salud física (reactivos 16, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 27 y 28), Salud psicológica y Social (reactivos 14, 21, 22, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40 y 41). El instrumento reporta un coeficiente de confiabilidad de $=.61$ a través del método de jueces (García Martínez 1996) para fines de la presente investigación se confirmó la confiabilidad a través de un Alpha de Cronbach de para las cuatro dimensiones de $.8019$ y un Alpha de Cronbach de $.8946$ para los 41 reactivos.

El Cuestionario WHOQoL-Bref en su versión breve en Español se utilizó para medir la Calidad de Vida (ver apéndice "C") elaborado por el Grupo de la Organización Mundial de la Salud, en coordinación con 15 centros a nivel internacional. Este instrumento en su versión breve, consta de 26 reactivos, dos de los cuales miden "calidad de vida relacionada a la salud en general" y "percepción del estado de salud en general"; los restantes 24 reactivos pertenecen a los dominios de: Salud física (reactivos 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18), Aspectos Psicológicos (reactivos 5, 6, 7, 11, 19 y 26), Relaciones Sociales (reactivos 20, 21 y 22), y Medio Ambiente (reactivos 8, 9, 12, 12, 14, 23, 24 y 25). En relación a sus propiedades psicométricas, exhiben apropiados valores en cuanto a sus consistencia interna inter-reactivos (Alpha de Cronbach= 0.75).

5.9 Procedimiento

Se acudió a la Clínica de Medicina Familiar Narvarte del ISSSTE del D.F en donde se procedió previa autorización del Director de la misma a realizar una invitación abierta a todos los asistentes tanto de Consulta Externa como del Grupo de Fomento a la Salud a participar en la presente investigación tomando

en cuenta los criterios de inclusión. Una vez reunidas las personas interesadas en participar se explicó nuevamente cuál era el objetivo, señalando el carácter individual y confidencial del resultado de los tres cuestionarios que se aplicarían y cuyos resultados se darían a conocer de forma confidencial posteriormente. Una vez registradas las personas interesadas en participar se les asignaron las fechas para las posteriores sesiones. Con cada participante se trabajó tres sesiones. El día de la primera sesión con duración de una hora se le daba nuevamente la bienvenida a la persona, posteriormente se le pidió que tomara asiento y se le explicó nuevamente la finalidad de la investigación, agregando que si tenía alguna duda o inquietud podía expresarla en ese momento, una vez contestadas las dudas la investigadora iniciaba con la aplicación de la Hoja de Datos Sociodemográficos. Durante la segunda sesión de 1 hora de duración se aplicó el instrumento de Autocuidado de la Salud, iniciando la aplicación del instrumento de acuerdo a las instrucciones contenidas. Durante la tercera sesión de 1 hora de duración se aplicó el Cuestionario de Calidad de Vida siguiendo las instrucciones señaladas. En todo momento la investigadora permaneció acompañando a la persona a fin de resolver cualquier duda que surgiera. Después de que la persona terminada de contestar los instrumentos, se le daban las gracias por su participación. Para las personas con problemas de visión y/o analfabetas la investigadora procedió a leer y marcar las respuestas que el participante proporcionaba en cada uno de los instrumentos.

5.10 Diseño Estadístico

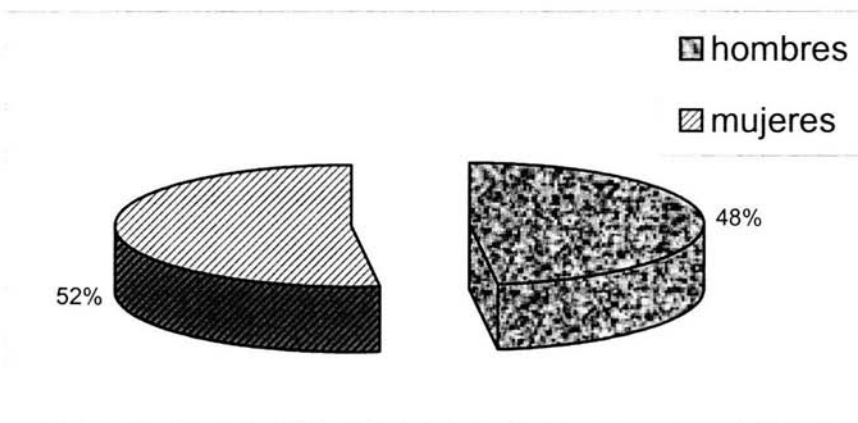
Para probar la hipótesis, de la relación entre las Conductas de Autocuidado y la percepción de la Calidad de Vida en ancianos se utilizaron las pruebas estadísticas de "*t*" de Student, análisis de varianza "ANOVA" y un análisis descriptivo de medias. Para lo cual se utilizó el programa estadístico SPSS para windows.

CAPITULO VI. RESULTADOS Y ANALISIS DE DATOS

6.1 Descripción de la muestra

En la presente investigación participaron 50 personas mayores de 60 años que acuden a la Clínica de Medicina Familiar Navarte del ISSSTE. Los datos obtenidos de las personas que integraron la muestra se exponen en las siguientes gráficas:

La gráfica 6.1 indica que dentro de la muestra seleccionada para el estudio participaron veintiséis mujeres (52%) y veinticuatro hombres (48%).



Gráfica 6.1- Muestra el sexo de las personas que participaron en la presente investigación. Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica del ISSSTE.

La gráfica 6.2 muestra la distribución de la edades, siendo la persona de menor edad de 60 años y la de mayor edad de 92 años. Con un promedio de edad de 75.68 años.

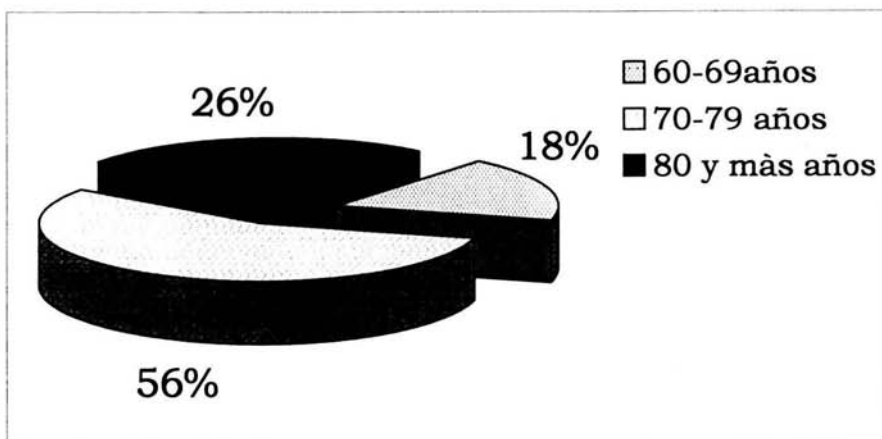


Figura 6.2- Porcentaje total de personas que participaron en el estudio y que fueron clasificadas en tres rangos de edades 1-“60 a 69 años” 9 personas, 2-“70 a 79 años” 28 personas y 3- “80 y más años” 13 personas. Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica del ISSSTE.

La gráfica 6.3 muestra el estado civil de la muestra, encontrando que la mayoría de las personas son viudas o divorciadas (60%) y que el 17% de la población reportaron ser solteros(as), es decir que nunca se casaron o bien que llevan más de 25 años de no tener una pareja.

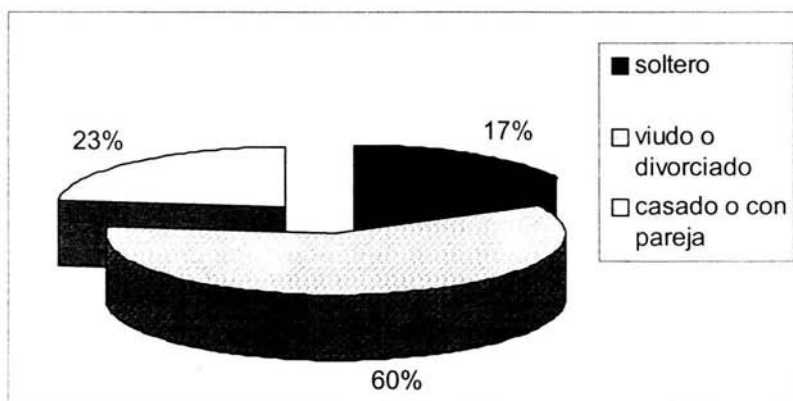
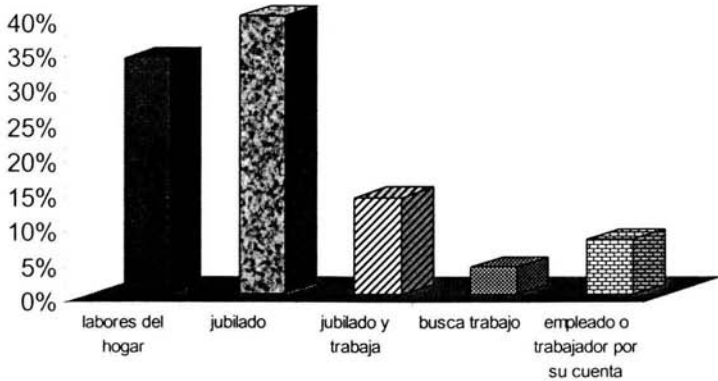


Figura 6.3- Porcentaje total de personas clasificadas de acuerdo a su estado civil. Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica del ISSSTE.

La gráfica 6.4 muestra la ocupación actual de la muestra, encontrando que la mayoría de las personas son jubiladas (40%) aunque con respecto a las mujeres las labores del hogar (34%) son la principal actividad que desempeñan.



Gráfica 6.4 Muestra la ocupación que desempeñan las personas de la muestra. Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica del ISSSTE.

En cuanto a la escolaridad (gráfica 6.5) la muestra reportó que el 60% de las personas que participaron en la presente investigación poseen una escolaridad alta, es decir cuentan con estudios de bachillerato y universidad mientras que el 40% de las personas poseen una baja escolaridad es decir con un nivel máximo de estudios de secundaria.

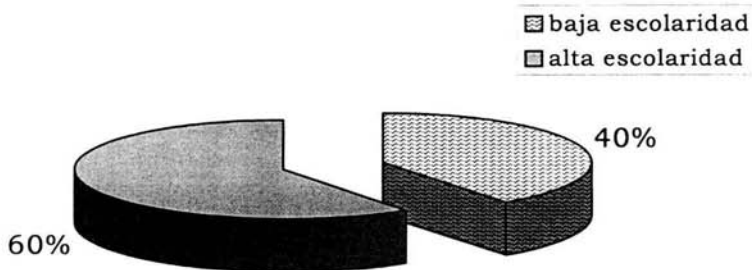


Figura 6.5-Porcentaje total de personas que participaron en el estudio y divididos de acuerdo al grado de escolaridad 1-"baja escolaridad" 20 personas y 2-"alta escolaridad" 30 personas. Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica del ISSSTE.

6.2. Análisis cuantitativo

Para proceder a la descripción y análisis de resultados se diseñó una base de datos mediante el paquete SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Windows, versión 10 en la que se codificaron las respuestas de los tres instrumentos utilizados para cada una de las personas participantes. Se realizó un análisis estadístico de frecuencia (*fr*) para la población en lo referente a las variables sociodemográficos con la finalidad de identificar los patrones generales de la población. Posteriormente 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 las Conductas de Autocuidado y la Calidad de Vida se basaron en las diferentes áreas que ambos instrumentos contemplan: Autocuidado de la salud en general grado de conciencia del estado de salud, noción de envejecer responsable, salud física, salud psicológica y social para el cuestionario de Autocuidado y Calidad de vida en general, Percepción del estado de salud en general, salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente para el cuestionario de Calidad de Vida. La calificación y codificación de cada reactivo se realizó conforme lo marca cada uno de los cuestionarios (ver apéndice D), y finalmente se realizó un análisis de frecuencia en lo referente a cada una de las dimensiones de ambos cuestionarios.

En lo que corresponde a la hipótesis alterna de investigación central en donde se atribuye que **“el autocuidado es una variable asociada a la calidad de vida en los ancianos”** se encontró que si existe una correlación significativa entre ambas variables ($P=.554$, $p=.0001$) (tabla 6.1), es decir, entre las conductas de autocuidado de la salud que posee el anciano y la percepción que posee de su calidad de vida.

Variables	r	p	significativo
Autocuidado & Calidad de Vida	.554	.0001	*

Tabla 6.1- Muestra la correlación obtenida de los puntajes totales de cada uno de los Cuestionarios: Autocuidado y Calidad de Vida. Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica del ISSSTE.

* nivel de significancia .0001

Con respecto a la percepción que tienen los ancianos de su calidad de vida se encontró que en promedio es aceptable 74%, presentando una desviación estandar de 15.78% la cual señala que mientras algunos ancianos perciben su calidad de vida como excelente al obtener una puntuación máxima de 100, otros la perciben considerablemente mala obteniendo puntuaciones de 20, estando muy por debajo de lo aceptable (Tabla 6.2)

Calidad de Vida	M	DS	Min.	Máx
Percepción de la Calidad de Vida en General	74	15.78	20	100

Tabla 6.2.- Muestra la media y Desviación Estándar obtenidas de los puntajes totales de la percepción de Calidad de Vida en General del cuestionario de Calidad de Vida. Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica del ISSSTE.

Asimismo, se puede observar que la percepción de la calidad de vida total evaluada a través de las cuatro diferentes áreas: salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente, presenta puntajes similares con un promedio de 71.44% indicando una mínima diferencia de 2.56% y registrando una puntuación de 92 como máxima y 42 mínima, con una desviación estandar de 8.94% lo que indica que la forma de percibir su calidad de vida en total va de lo deficiente a lo aceptable.(Tabla 6.3)

Respecto a la calidad de vida evaluada a través de los diferentes dominios (gráfica 6.6) se encontró que las puntuaciones más bajas fueron reportadas en el área de medio ambiente con un promedio de 65.08% lo cual es aceptable pero bajo, con una desviación estandar de 10.95 y puntuaciones que van de los 38 a 81, es decir que los ancianos consideran inseguro su entorno y con limitaciones para trasladarse. (Tabla 6.3).

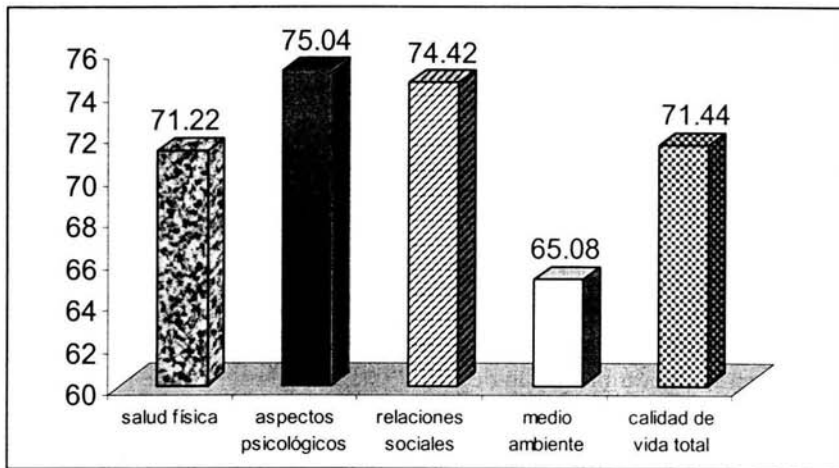
Mientras que en cuanto a su salud física (gráfica 6.6) los ancianos la perciben como aceptable en un 71.22% con una desviación estandar de 11.83 registrando puntuaciones entre 30 y 100 (Tabla 6.3).

En cuanto al área de relaciones sociales (gráfica 6.6) los resultados se pueden considerar aceptables en un 74.42% con una desviación estandar de 12.92 y puntuaciones entre 44 y 100 (Tabla 6.3)

Las puntuaciones más altas se encontraron en el área de aspectos psicológicos en un 75.04% desviación estandar de 11.55 y puntuaciones entre 50 y 100 (Tabla 6.3) (gráfica 6.6).

Dominios de la Calidad de Vida	M	DS	Min.	Máx
Salud Física	71.22	11.83	30	100
Aspectos Psicológicos	75.04	11.55	50	100
Relaciones Sociales	74.42	12.92	44	100
Medio Ambiente	65.08	10.95	38	81
Calidad de Vida total	71.44	8.94	47	92

Tabla 6.3- Muestra la media y Desviación Estándar obtenidas de los puntajes totales de cada una de las dimensiones del cuestionario de Calidad de Vida. Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica del ISSSTE.



Gráfica 6.6 Muestra las puntuaciones obtenida en porcentajes para cada una de las dimensiones del cuestionario de calidad de vida. Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica del ISSSTE.

Respecto a los resultados obtenidos en el Cuestionario de Autocuidado de la Salud se observó que los ancianos poseen adecuadas conductas de autocuidado de la salud en un 82.75% reportando una desviación estandar de 6.93 con puntuaciones de máximas de 99 y mínimas de 67. (Tabla 6.4)(gráfica 6.7).

Respecto al Autocuidado de la Salud por dimensiones ó áreas se encontró que las puntuaciones más bajas se localizan en el área de salud física en un 81.29%, desviación estandar de 9.78 y puntuaciones máximas de 100 y mínimas de 51 (Tabla 6.4)(gráfica 6.7).

Aunado a ello el área de conciencia del estado de salud reportó puntuaciones similares en promedio 81.96% con una desviación estandar de 7.18 y puntuaciones mínimas de 70 y máximas de 98(Tabla 6.4)(gráfica 6.7).

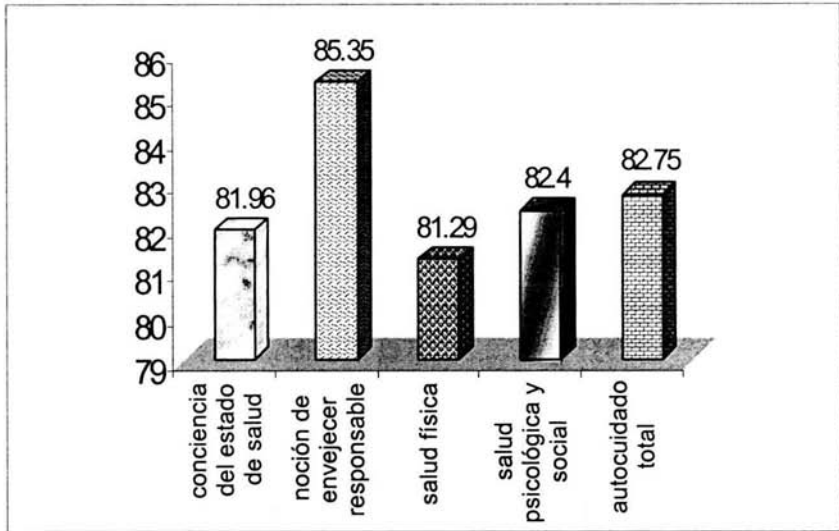
En cuanto al área de salud psicológica y social el promedio fue de 82.40%, desviación estándar de 9.61 y puntuaciones máximas de 99 y mínimas de 64 (Tabla 6.4)(gráfica 6.7).

Las puntuaciones más altas se encontraron en el área de noción de envejecer responsable 85.35% la desviación estándar 7.18 indica que la noción que poseen los ancianos de envejecer responsable va de lo regular a lo excelente expresado en puntuaciones mínimas de 70 y máximas de 100 (Tabla 6.4)(gráfica 6.7).

Dimensiones del Autocuidado.	M	DS	Min.	Máx
Conciencia del estado de salud	81.96	7.18	70	98
Noción de envejecer responsable	85.35	8.16	68	100
Salud física	81.29	9.78	51	100
Salud psicológica y social	82.40	9.61	64	99
Autocuidado total	82.75	6.93	67	99

Tabla 6.4- Muestra la media y Desviación Estándar obtenidas de los puntajes totales de cada una de las dimensiones del cuestionario de Autocuidado. Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica del ISSSTE.

Por otro lado en lo que corresponde a la hipótesis alterna de que: **los ancianos(as) que acuden al grupo de Fomento a la Salud poseen mejores Conductas de Autocuidado de la salud que los ancianos(as) que acuden únicamente a la Consulta Externa** se encontró que de las 50 personas que participaron en la presente investigación 60% del grupo de “Consulta Externa” y 40% del grupo de “Fomento a la Salud” (Fig.6.8). De acuerdo a la prueba *t* no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las dimensiones de autocuidado con lo cual se rechaza la hipótesis alterna planteada.



Gráfica 6.6 Muestra las puntuaciones obtenida en porcentajes para cada una de las dimensiones del cuestionario de calidad de vida. Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica del ISSSTE.

En cuanto a la hipótesis alterna de que **los ancianos(as) que acuden al grupo de Fomento a la Salud perciben tener una mejor Calidad de Vida que los ancianos(as) que acuden únicamente a la Consulta Externa**, se encontró que de las 50 personas (Fig.6.8). De acuerdo a una prueba "t" de Student, la calidad de vida total con relación al grupo de pertenencia ($t=2.576$, $gl=48$, $p<.013$) si se encontraron diferencias entre ambos grupos por lo cual se acepta la hipótesis alterna. En cuanto a la comparación para cada una de las cuatro dimensiones hubo diferencias en aspectos psicológicos ($t=3.180$, $gl=48$, $p<.003$), medio ambiente ($t=2.611$, $gl=48$, $p<.012$), mientras que para las dimensiones de salud física y relaciones sociales no hubo diferencias significativas (tabla 6.5).

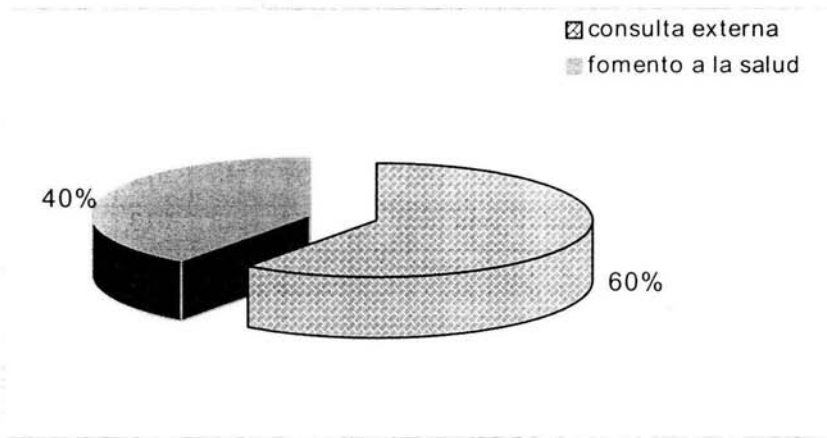


Figura 6.8- Porcentaje total de participantes que acuden a la Clínica divididos de acuerdo al grupo de pertenencia: 1-"Consulta Externa" 30 personas y 2-"Grupo de Fomento a la Salud" 20 personas.

En la hipótesis alterna de que **las mujeres poseen mejores conductas de autocuidado de su salud que los hombres** se encontró que de las 50 personas participantes 24 pertenecían al grupo 1-Hombres y 26 al grupo 2-Mujeres (Fig. 6.1) Utilizando la prueba "t" de student no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones: salud psicológica y social, salud física, noción de envejecer responsable y conciencia del estado salud, rechazando la hipótesis planteada.

En la hipótesis alterna de que **las mujeres perciben tener una mejor calidad de vida que los hombres** se encontró y tomando en cuenta la misma población (Fig.6.1) se encontró a través de la prueba "t" de student que las dimensiones de medio ambiente, y relaciones sociales no presentan diferencias estadísticamente significativas, mientras que las dimensiones de aspectos psicológicos ($t=2.894$, $gl=48$, $p<.006$), salud física ($t=3.298$, $gl=48$, $p<.002$) y calidad de vida en general ($t=2.913$, $gl=48$, $p<.005$), si presentan diferencias estadísticamente significativas (tabla 6.6), con lo cual se acepta la hipótesis planteada.

Grupo de Pertenencia	Dominios de Calidad de Vida	"t"	gl	p	significativo
"Fomento a la Salud" Vs "Consulta Externa"	Aspectos psicológicos	3.180	48	.003	*
	Medio ambiente	2.611	48	.012	*
	Salud física	1.262	48	.213	
	Relaciones sociales	.901	48	.372	
	Calidad de vida total	2.576	48	.013	*

Tabla 6.5-Diferencias entre grupo de pertenencia para cada una de las variables de calidad de vida. Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica del ISSSTE.
*Diferencias significativas al 0.05.

Sexo	Dominios de Calidad de Vida	"t"	gl	p	significativo
Hombres & Mujeres	Aspectos Psicológicos	2.894	48	.006	*
	Medio Ambiente	1.688	48	.098	
	Salud Física	3.298	48	.002	
	Relaciones Sociales	.939	48	.352	
	Calidad de vida total	2.913	48	.005	*

Tabla 6.6- Diferencias entre mujeres y hombres para cada una de las variables de calidad de vida. Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica del ISSSTE.
*Diferencias significativas al 0.05.

Con respecto a la hipótesis alterna de que **"los ancianos(as) que poseen una escolaridad alta tienen mejores conductas de autocuidado de la salud que los ancianos(as) con escolaridad baja"**. En las 50 personas participantes 60% con escolaridad alta y 40% con escolaridad baja (ver Fig. 6.5). Utilizando una prueba "t" de student se encontró que los dominios de conciencia del estado de salud ($T=3.890$ $gl=48$ $p<=.000$) y noción de envejecer responsable (" $t=2.286$, $gl=48$, $p<=.027$) si se encontraron diferencias estadísticamente significativas mientras que en los dominios de salud física (" $t=1.928$, $gl=48$, $p<.060$) y salud psicológica y social (" $t=1.874$, $gl=48$,

$p < .067$) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 6.7), resultados que aceptan la hipótesis planteada.

Con respecto a la hipótesis alterna de que **“los ancianos(as) que poseen una escolaridad alta tienen una mejor percepción de su calidad de vida que los ancianos(as) con escolaridad baja”** se encontró a través de una prueba de “t” de student que los dominios de aspectos psicológicos ($t = -3.806$ $gl = 48$ $p < .000$) si se encontró una diferencia estadísticamente significativas mientras que en los dominios restantes medio ambiente ($t = -1.796$ $gl = 48$ $p < .079$) relaciones sociales ($t = -.208$ $gl = 48$ $p < .836$) y salud física ($t = -1.914$ $gl = 48$ $p < .062$) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 6.8), rechazando la hipótesis alterna.

Nivel de escolaridad	Dimensiones del Autocuidado.	“t”	gl	p	significativo
Escolaridad Baja & Escolaridad Alta	conciencia del estado de salud	-3.890	48	.000	*
	noción de envejecer responsable	-2.286	48	.027	*
	salud física	-1.928	48	.060	
	salud psicológica y social	-1.874	48	.067	
	autocuidado de la salud en general	-3.069	48	.004	*

Tabla 6. 7- Diferencias entre nivel de escolaridad para cada una de las variables de autocuidado de la salud. Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica del ISSSTE.

*Diferencias significativas al 0.05

Nivel de Escolaridad	Dominios de Calidad de vida	“t”	gl	p	significativo
Escolaridad Baja & Escolaridad Alta	Aspectos psicológicos	-3.806	48	.000	*
	Medio ambiente	-1.796	48	.079	
	Salud física	-1.914	48	.062	
	Relaciones sociales	-.208	48	.836	
	Calidad de vida total	-2.727	48	.009	*

Tabla 6.8- Diferencias entre nivel de escolaridad para cada una de las variables de calidad de vida. Fuente: Sujetos que asisten a una Clínica del ISSSTE.

*Diferencias significativas al 0.05

Con respecto a la hipótesis alterna de que **“los ancianos(as) del grupo de edad mas joven poseen mejores conductas de autocuidado de la salud que los otros dos grupos”** se realizó una comparación por medio de un Análisis de Varianza (ANOVA “F”) para ver si existían diferencias entre la edad y las conductas de autocuidado de la salud. Para lo cual se dividió a la población entre grupos de edad: grupo 1 de 60 a 69 años, grupo 2 de 70 a 79 y grupo 3 de 80 y más edad. (fig.6.2), y de las cuatro dimensiones: conciencia del estado de salud, noción de envejecer responsable, salud física, salud psicológica y social, no existen diferencias estadísticamente significativas, es decir se rechaza la hipótesis alterna.

En la hipótesis alterna de que **“los ancianos(as) del grupo de edad entre los 60 y 69 años perciben tener una mejor calidad de vida que los otros dos grupos”** tomando en cuenta la misma población (Fig 6.2).Se utilizó un análisis de varianza (ANOVA “F”) se encontró que no existe diferencia estadísticamente significativa al .05 entre el grupo 1 que abarca de los 60 a 69 años con respecto a los dos grupos restantes en ninguno de los dominios: relaciones sociales, aspectos psicológicos, medio ambiente, y salud física. Rechazando la hipótesis planteada

CAPITULO VII. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos comprueban la hipótesis de investigación que plantea una asociación entre las conductas de autocuidado de la salud que poseen los ancianos y la percepción que tienen de su calidad de vida. Es decir, las conductas de autocuidado de la salud son una variable predictora de la percepción de calidad de vida que poseen los ancianos. Purón y Couso (2003) hacen referencia que en un estudio donde se les preguntaba a los ancianos acerca de sus conductas de autocuidado de la salud, encontraron que la mayoría de ellos expresaba una opinión positiva para poder proporcionarse ayuda a si mismos, y con la disposición para brindar ayuda a otros, dando como resultado una percepción favorable con respecto a su posición en la vida, componente fundamental de la calidad de vida.

En lo que respecta a la evaluación que hacen los ancianos de su calidad de vida se encontró que la mayoría de los ancianos poseen una buena percepción, señalando que las personas que reportaron tener mala calidad de vida también reportaron estar insatisfechas con su salud. Al respecto Birren (cit en Viamonte, 1993) realizó un estudio en donde reunió a un grupo de ancianos los cuales eran sanos completamente (esto fue probado por medio de exámenes clínicos y de laboratorio) y, aunque gozaban de buena salud los investigadores pudieron distinguir quienes eran los más sanos y quienes eran los menos sanos encontrando que las diferencias estaban asociadas a su estado de ánimo porque las personas más participativas y entusiastas se percibían más sanas sin importar su edad. Por su parte Jachuk y cols (1982 cit. en Friedman y Di Matteo, 1989) reportan que en un estudio con personas hipertensas donde se les preguntaba a médicos, pacientes y familiares sobre la calidad de vida en los pacientes que habían iniciado un nuevo tratamiento todos los médicos reportaron que había mejorado la calidad de vida de sus pacientes, por su parte los familiares consideraron en su mayoría que la calidad de vida era igual o peor, mientras que sólo la mitad de los enfermos percibieron alguna mejoría en su calidad de vida.

En cuanto a la calidad de vida evaluada a través de cuatro diferentes áreas: salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente, se encontró que los ancianos perciben su entorno como inseguro y con limitaciones para trasladarse lo cual repercute negativamente en su calidad de vida; en cuanto a su

salud física los ancianos la perciben como aceptable en su mayoría, además reportaron poseer energía física adecuada para realizar sus actividades de la vida diaria. Por su parte Kastembaum (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.

Con respecto al área de relaciones sociales como parte de la calidad de vida los ancianos reportaron estar en su mayoría satisfechos con sus relaciones personales y con el apoyo que le brindan sus amistades. Estos resultados son consistentes con lo referido por Flanagan (1978, cit en Palomar 1995) quien señala que la mayoría de hombres y mujeres ancianos consideran que tener amigos cercanos es importante y mencionan tener satisfecha esta necesidad, agregando que la necesidad de aprender de personas de más edad, es menor en los hombres con relación a las mujeres.

En el área de aspectos psicológicos se encontró que la mayoría de los ancianos reportó estar satisfechos con su vida y disfrutar de ella, aún cuando ocasionalmente presenten sentimientos negativos tales como la tristeza, desesperación, ansiedad o depresión sentimientos que atribuyeron a situaciones o eventos determinados. Bazo (1990) señala con respecto a la depresión que la edad conlleva sentimientos depresivos al acumular pérdidas y en ocasiones acontecimientos traumáticos que producen en el anciano algunos sentimientos de angustia. Abbe y Andrews (1985) señalan que frecuentemente las variables psicológicas que se relacionan negativamente con la percepción de calidad de vida son el estrés y la depresión.

Ante el planteamiento de que los ancianos(as) que acuden al grupo de Fomento a la Salud poseen una mejor Calidad de Vida que los ancianos(as) que acuden únicamente a la Consulta Externa, se comprobó que el grupo de Fomento a la Salud genera un impacto favorable sobre su Calidad de Vida, esto es confirmado por Kalish (1996) quien hace referencia de que la mayor parte de las personas ancianas desarrollan una red de apoyo informal (familiares con los que vive, amigos, vecinos, etc) y que les permite tener otro tipo de responsabilidades, sentimientos y pensamientos, o bien se vinculan a una red de apoyo institucional como lo son algunas clínicas de salud, asilos, clínicas de asistencia, clubes y diversas organizaciones y asociaciones gubernamentales a donde el anciano asiste para aprender cosas nuevas (actividades físicas, cocina, bailes, etc) y que en la mayoría de los casos tienen una influencia sobre su vida y su medio ambiente.

En relación al género se comprobó que los hombres poseen una mejor salud física, y aspectos psicológicos, variables que repercuten significativamente en una mejor percepción de su calidad de vida en comparación con las mujeres, lo cual no está muy de acuerdo a lo reportado por Bazo(1990) quien señala que en un estudio donde se les preguntaba a los ancianos acerca de su percepción familiar, de su salud, soledad, de relaciones sociales y de ingresos económicos encontrando que no existían diferencias relevantes en cuanto al género, ya que hombres y mujeres desempeñaban todas las actividades cotidianas de manera parecida sobre todo después de darse la jubilación. Mientras que Brown y Laskin (1987) señalan que sobre todo para las mujeres de clase media o baja, estando satisfechas por los logros que puedan tener sus hijos y percibiéndose felices a pesar de tener algunas carencias económicas. Por su parte Elster (1982 cit. en García 2003) señala que la percepción que cada persona tiene en torno a su calidad de vida depende en gran medida del tipo de sociedad en que se desarrolle, argumento que puede ser de gran relevancia al analizar las características de la sociedad mexicana y las diferencias de género que en ella existen, por ejemplo el hecho de que para las mujeres mexicanas la casa y la familia resultan elementos fundamentales al momento de evaluar su satisfacción personal.

En cuanto a la escolaridad se encontró que los ancianos con escolaridad alta (carrera técnica, bachillerato y Universidad) poseen una mejor calidad de vida en comparación con aquellos ancianos que únicamente cuentan con escolaridad baja (saber leer y/o escribir, primaria) siendo el área de aspectos psicológicos la que marca la diferencia significativa. Esto es confirmado por Pullium (1989 cit en Palomar 1998) quien reportó que una de las variables sociodemográficas más fuertes del bienestar familiar es la educación, la cual es predictiva del bienestar material, en contraste Leelakulthanit y Day (1992, cit en Palomar 1998) observaron que las personas que tienen menos escolaridad e ingresos están más satisfechas con su vida espiritual, sus actividades de consumo y su sistema gubernamental, no encontrando diferencias significativas por género, ni con relación al estado civil.

Con respecto a la edad en esta investigación no se encontraron diferencias en la percepción de la calidad de vida, resultados que coinciden con lo señalado por Flanagan (1978 cit en Palomar 1995) quien reportó que la mayoría de los adultos manifestaron en un estudio una notable similitud en los reportes de los tres grupos de

edad entre hombres y mujeres, evidenciando que la necesidad de aprender se vió mas incrementada en personas de más de 70 años y en las mujeres. Contrario a ese planteamiento Bazo (1990) señala que las personas de 50 años tienen una percepción de su calidad de vida diferente a las personas de más de 70 años lo cual explica dicho autora se debe a que la edad parece acumular una serie de pérdidas que van haciendo percibir el propio proceso de envejecimiento de forma más negativa. Asimismo Hernández (1997) señala que a medida que las personas avanzan en edad va disminuyendo el número de las que caen en la categoría de muy buena calidad de vida, y por otra parte, en la categoría de mala calidad de vida, a medida que las personas aumentan en edad, va aumentando el número de personas con mala calidad de vida.

Respecto a las conductas de autocuidado de la salud en general, los resultados mostraron que los ancianos poseen aceptables conductas de autocuidado. Sin embargo al realizar un análisis de cada uno de los dominios que integran al autocuidado los resultados señalaron que la salud física es el área más deteriorada, es decir que el anciano carece de conductas dirigidas al mejoramiento o conservación de su salud física como el hacer suficiente ejercicio físico, llevar una alimentación balanceada, no fumar ni beber en exceso y evitar la automedicación, situación que repercute en el deterioro de su salud física. Al respecto Sherman (1994, cit en Rivera Casado 1996) menciona que los investigadores del estudio de Framingham reportaron que las mujeres de 75 o más años que son más activas viven más tiempo, mientras que con respecto a la población masculina, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los que practican ejercicio y los que no lo hacen. En cuanto al área de noción de envejecer responsable definida como la conciencia que el individuo posee de que se encuentra en un proceso de envejecimiento, y en base de ello adopta conductas y actitudes adecuadas a su condición dada por la edad y que le ayudan a preservar una vida más sana, los resultados señalan que los ancianos poseen una adecuada noción de envejecer responsable. A este respecto el doctor González Aragón (1985) señala que el autocuidado consiste en aceptar la responsabilidad personal de la propia salud, adoptar estilos y hábitos de vida saludables, tanto nutricionales, de ejercicio, como de relajación contando con el apoyo de la familia y amigos. Purón y Couso (2003) encontraron en un estudio realizado con ancianos cubanos que una minoría de ellos atribuye la responsabilidad del cuidado de

su salud a otras personas como sus familiares, y que la mayoría reportó que tanto ellos en relación con otras personas con responsables del cuidado de su salud.

Así mismo los resultados señalan que tanto los ancianos que acuden a la Clínica de Medicina Familiar y participan en el grupo de "Fomento a la Salud" como los que únicamente acuden a consulta y que fueron integrados en el grupo de "Consulta Externa" para fines de la presente investigación, poseen las mismas conductas que autocuidado, estos resultados contradicen lo señalado por Dean (1986, cit en OPS 1996) quien menciona que el éxito de los grupos de autoayuda consiste en que facilitan que las personas tengan una visión mas positiva de las actividades que podían desarrollar en beneficio de su propia salud e influye en las conductas de autocuidado que llevan acabo. Lo anterior es corroborado por García (1996) al señalar que al aplicar un programa de autocuidado en ancianos asilados se incrementaron significativamente las conductas de autocuidado de la salud tanto en el área física, psicológica y social, además de aumentar la percepción de la autoeficacia, lo que indica que el anciano es capaz de participar activamente en el cuidado de su salud, así como aprender y modificar sus conductas de autocuidado. Resaltando a la autoeficacia como herramienta psicológica fundamental para lograr modificaciones en las conductas de autocuidado de los ancianos.

En cuanto a las conductas de autocuidado relacionadas al género y edad se encontró que no existen diferencias significativas. Al respecto Flanagan (1978 cit en Palomar 1995) observó que la necesidad de aprender se incrementa en personas de más de 70 años y en las mujeres lo cual contrasta con los resultados obtenidos en donde no se encontraron diferencias significativas en las conductas de autocuidado de su salud que generan las mujeres y los hombres.

Finalmente con respecto al nivel de escolaridad relacionado a las conductas de autocuidado que poseen los ancianos los resultados señalaron que las personas con escolaridad alta poseen una mejor conciencia del estado de su salud definida esta como aquella concepción que la persona tiene sobre su condición de salud física, mental y emocional así como las actitudes y acciones que lleva a cabo para preservarla o recuperarla en caso de deterioro de la misma, así como una mejor noción de envejecer responsable adoptando conductas y actitudes adecuadas a su condición dada por la edad, aspectos que repercuten significativamente en mejores conductas de autocuidado de la salud, mientras que, las áreas de salud física, psicológica y social no

se relacionaron significativamente con la escolaridad. Estos resultados confirman que la escolaridad alta en los ancianos constituye un factor determinante para que los ancianos posean mejores conductas de autocuidado de la salud. Palmore (cit. en Rothschild, 1987) señala que existe un doble cuestionamiento entre escolaridad-longevidad-autocuidado, señalando por una parte que la educación misma contribuye no sólo a una mayor longevidad al comprender mejor el mundo y tener una mayor capacidad para resolver ciertos problemas cruciales, o bien, que la educación simplemente conduce a un mayor ingreso económico lo que a su vez proporciona el acceso a las cosas que contribuyen a la longevidad como el acceso a los servicios de salud. Duke (cit en Palmore 1987) señala que al analizar los factores de riesgo asociados al autocuidado de la salud un coeficiente intelectual bajo y una educación escasa son factores de riesgo sociales y conductuales de gran trascendencia.

CAPITULO VIII. CONCLUSIONES, SUGERENCIAS, LIMITACIONES Y APORTACIONES

Una vez finalizada la investigación se **concluye** que existe una asociación significativa entre las conductas de autocuidado de la salud y la calidad de vida que poseen los ancianos, es decir que la evaluación que realizan los ancianos sobre su propia calidad de vida esta asociada positivamente a su autocuidado.

Entre los hallazgos más importantes son respecto a las conductas de autocuidado de la salud que poseen los ancianos se encontró el área de noción de envejecer responsable con una media de 85.35 y la menos atendida el aspecto de salud física con una media de 81.29.

Un punto a destacar es que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los ancianos que acuden únicamente a consulta externa y los que acuden a las sesiones de orientación sobre el cuidado de su salud que imparte la clínica como parte de su programa de fomento a la salud.

Por otro lado en lo referente a la escolaridad los resultados mostraron que los ancianos con escolaridad alta es decir nivel medio superior o superior poseen mejores conductas de autocuidado en comparación con los ancianos con escolaridades inferiores.

También se observó que el sexo no es una variable que genere diferencias en cuanto a las conductas de autocuidado que poseen los ancianos.

En cuanto a los resultados obtenidos en torno a la percepción de la calidad de vida que poseen los ancianos es en general buena con una media de 74. Con respecto a cada una de las dimensiones evaluadas el área de aspectos psicológicos resultó ser la más alta y el área de medio ambiente la que obtuvo las puntuaciones mas bajas, es decir que los ancianos perciben como amenazante e inseguro su medio ambiente.

Un punto a destacar es que si existen diferencias estadísticamente significativas entre los ancianos que acuden únicamente a consulta externa y los que acuden a las sesiones de orientación sobre el cuidado de su salud que imparte la clínica como parte de su programa de fomento a la salud, siendo el área de aspectos psicológicos, medio

ambiente y calidad de vida total las áreas donde se encontraron las diferencias.

Además se encontró que la percepción que poseen los ancianos no esta relacionada con la edad, aún cuando en la literatura se señala que las personas más jóvenes tienen una mejor percepción de su calidad de vida.

En cuanto al sexo las mujeres poseen una mejor percepción de su calidad de vida. Así como las personas con una escolaridad media superior o superior.

En cuanto a las **sugerencias** se puede mencionar que se hace necesario el fortalecimiento de los programas de autocuidado de la salud cuyo objetivo se centra fundamentalmente en el cuidado de la salud y en fomentar no sólo estilos de vida saludables a una edad temprana pensando en los ancianos del mañana y en proporcionarles a sus afiliados herramientas que les permitan cuidar mejor de sí mismos. La falta de un impacto significativo sobre las conductas de autocuidado que desarrollan los ancianos que acuden al grupo de Fomento a la Salud podría estar dado por la falta de soporte psicológico por lo que se sugiere revisar dicho programa y posiblemente reforzarlo con herramientas psicológicas como la autoeficacia.

Es fundamental proporcionar el apoyo necesario al anciano para que aumente su actividad física en la medida en que su estado de salud se lo permita, a fin de incrementar su salud en esta área, la cual tienen gran importancia dado que a menor salud física mas dependencia se generará por parte del anciano demandando un apoyo social mayor.

Entre las **limitaciones** de este trabajo se encuentra el hecho de que es un estudio exploratorio descriptivo y por lo mismo, los resultados no se pueden generalizar a otras poblaciones.

Adicionalmente, el tamaño de la muestra fue pequeño no obstante significativo para la población que acuden regularmente al grupo de Fomento a la Salud y que era la población de interés para la presente investigación.

Entre las **aportaciones** de esta investigación de tipo exploratorio se pueden mencionar que los resultados obtenidos muestran un bajo impacto del programa de fomento a la salud que se imparte en la clínica en relación a las conductas de autocuidado de la salud en los ancianos.

Además proporcionó información descriptiva sobre las conductas de autocuidado que poseen las personas mayores de sesenta años así como, la forma en que perciben su calidad de vida.

También fue posible establecer relaciones entre variables como la escolaridad, el sexo, la orientación en el cuidado de sí, la edad y sus repercusiones sobre la percepción de calidad de vida que poseen los ancianos mexicanos.

Finalmente cabe mencionar que dicha investigación puede coadyuvar a desarrollar nuevas investigaciones, e inquietudes acerca del autocuidado de la salud y calidad de vida en población mexicana, en donde la investigación es esta población es todavía muy reciente y escasa.

Referencias Bibliográficas

- Alba F(1989) **La población de México**. Ed. El Colegio de México México
- Amarú Ed. (1995) **Entrenamiento de Habilidades psicocorporales en la vejez: un modelo de educación para la salud** Amarú Ediciones Salamanca.
- Aréchiga, H. y Cerejido, M. (Coord.) (1999) **El Envejecimiento: sus desafíos y esperanzas** Ed. Siglo XXI Editores UNAM México.
- Arber S y Ginn J. (1996) **Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico** Ed. Narcea Madrid
- Baltazar, N. A. V. y Rodríguez, C. R. M. (1999) **Evaluación de la calidad de vida en ancianos institucionalizados** Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología UNAM México
- Bazo-M, T. (1990) **La sociedad anciana** Ed. Siglo XXI España pp 33-58
- Beauvoir de S. (1983) **La vejez** Ed. Edhasa España
- Benitez, F. (1985) **Lázaro Cárdenas y la Revolución Mexicana tomo I: El Porfiriato** Ed. Fondo de Cultura Económica México pp 15-17
- Botero B.E. Agudelo L,M (1998) **Características de la atención en salud para los Mayores de 60 años en Manizalez** en: <http://colombia.medica.univalle.edu.co> Consultado en marzo de 2003.
- Bravo W.S (2000) Conductas de autocuidado de la Salud en ancianos en: **Memorias: 2do evento cultural "Tercera Edad Punto de encuentro intergeneracional"**. Celebrado del 15-17 noviembre FSTSE Sindicato Nacional de Trabajadores del Instituto Nacional de la Senectud. México.
- Bronfman M (1994) **La salud de la población de edad avanzada** Cuadernos de Salud México
- Buendía J (1997) **Gerontología y salud**. Perspectivas actuales Ed. Biblioteca Nueva Madrid Cap.VI

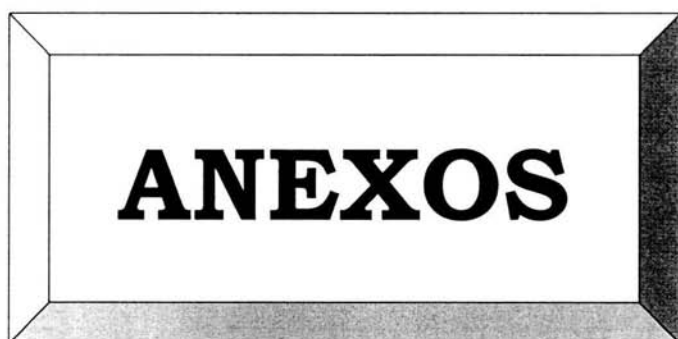
- Buendía J comp (1994) **Envejecimiento y psicología de la salud** Madrid México Siglo XXI
- Caballo V,E; Buela-Casal G. (1996) **Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud** Ed. Siglo XXI Madrid pp 1044-1070.
- Camacho R,M,R; Lazcano V,M,F; (1988) **Programa educativo de salud y autocuidado en senectos institucionalizados** Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología UNAM México
- CIESS (1997) **El adulto mayor en America Latina “sus necesidades y sus problemas médicos sociales”** presentación Alvaro Carranza Urriologoitia
- Coppard L.C. (1985) La autoatención de la Salud y los ancianos en: OPS (1985) **Hacia el bienestar de los ancianos** Public. Científica No. 492 Washintong D.C. pp 44-58
- Corominas, J. (1987) **Breve diccionario etimológico de la lengua** (3ª.ed.)Ed. Gredos Madrid
- Fajardo, O. G. (comp.) **Problemas y Programas Asistenciales del Adulto Mayor** Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social CIESS México
- Fericgla, J.M.(1992) **Envejecer: una antropología de la ancianidad** Ed. Anthropos Barcelona pp 10-25
- Fuente, R., Medina-Mora M. E., Caraveo, J. y cols. (1997) **Salud Mental en México** Instituto Mexicano de Psiquiatría Ed. Fondo de Cultura Económico México Cap. 4
- García Arroyo M,J (1995) **Entrenamiento de habilidades psicocorporales en la vejez: un modelo alternativo de educación para la salud** Ed. Amaru Salamanca
- García Martínez M.P (1996) **Programa de enseñanza para el autocuidado de la salud en ancianos** Tesis de Licenciatura Universidad Iberoamericana México
- García Z. T. V (2002) **Percepción de la calidad de vida de un grupo de ancianos: efectos de la jubilación.** Tesis de Licenciatura UNAM-Iztacala México Cap. II
- G.D.F. (2000) **Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores** México Dirección General de Equidad y Desarrollo Social
- González-Aragón G. J (1984) **Aprendamos a envejecer sanos: manual de autocuidado y educación para la salud en el envejecimiento** Ed. Costa-Amic México 1984 pp 23-29 y 105-117.
- González-Aragon G,J (s.f) **Derechos Humanos y Calidad de vida en la vejez** Manuscrito mecanografiado No. 1442 Biblioteca GEMAC

- González-Celis R,A,L (2003) **¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos?** En prensa
- González-Celis R,A,L (2002) Efectos de intervención de un programa de promoción de la salud sobre la calidad de vida en ancianos. Tesis Doctoral Facultad de Psicología UNAM México
- Grau J, González U. Etica, **Calidad de Vida y Psicología de la Salud.** Ponencia al IV Congreso Nacional de Psicología, Santiago de Chile, Chile, 1997.
- Gutiérrez Robledo L.M. (1994) Salud del Adulto Mayor: Plan de Acción y Estrategias en: **IMSS Seminario "la Salud en el Adulto Mayor"** Centro Médico Nacional Siglo XXI Celebrado el 15 y 16 de agosto de 1994. México.
- Gutiérrez Robledo L.M (1994) Concepción holística del envejecimiento en OPS (1994) **La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa** Public. Científica 546 pp 34-77.
- Gutiérrez Robledo L. M. (1997) Relación entre el deterioro funcional y el grado de dependencia y las necesidades asistenciales de los adultos mayores en México en: Fajardo, O. G. (comp.) **Problemas y Programas Asistenciales del Adulto Mayor** Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social CIESS México
- Hamm-Chande, R. (1996) El envejecimiento una nueva dimensión de la salud.En:México en: **Salud Pública de México** 38 (6) pp 409-418
- Hernández Zamora Z,E (1997) Variables Condicionantes en la Calidad de vida de Personas de la Tercera Edad en: **Revista Iberoamericana** Vol.5 No.2 pp 23-32.
- IMSS (1994^a) **Programa institucional de fomento a la salud** México
- INEGI (2000) **Estados Unidos Mexicanos XII Censo General de población y vivienda 2000: tabuladores de la muestra censal cuestionario ampliado**, México pp 32-36.
- INEGI (1996) Estados Unidos Mexicanos: **Cien años de Censos de Población en México**, México. p.19
- INSEN (s.f) **Programas Asistenciales y Servicios Sociales** México pp 7-9
- Jaimes Miguel A. **Gerontología, Geriatria Y Medicina Interna** en: "<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/Gerontologia.htm>" consultado en agosto de 2003.
- Jiménez R,A,M (1990) **El autoconcepto en el anciano en 3 situaciones de estancia diferentes** Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología UNAM

- Kickbusch I (1996) El autocuidado en la Promoción de la Salud en: OPS (1996) **Promoción de la salud: una Antología** Public. Científica 557 pp 235-145
- Laforest, J.(1991) **Introducción a la Gerontología: el arte de envejecer** Ed. Herder Barcelona pp 35-41
- Lara, R; Benitez, M; Fernández, G y Zárata, A. (1979) "El adulto mayor y sus problemas de salud, nuevo reto para los servicios institucionales" en: **Problemas y Programas Asistenciales del Adulto Mayor** Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social CIESS México
- Lozano M,A; Martínez V,V, (1998) **Calidad de vida en ancianos** Colección Ciencia y Técnica Ed. Universidad de Castilla- la Mancha. pp 1045-1070.
- Martin V.A (1999) Envejecimiento, Sociedad y Salud en: Buendía J (1997) **Gerontología y salud**. Perspectivas actuales Ed. Biblioteca Nueva Madrid Cap. I
- Matarazzo, J:D: (1980) **Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology**. "Am, psychol." 35 pp 807-817.
- Minois, G. (1987) **Historia de la vejez: de la antigüedad al renacimiento** Ed. Nerea Madrid
- Mishara B.L y Riedel R.G. (1986) **El proceso de envejecimiento** Edic. Morata Madrid pp 21-29.
- Moragas, M. R. (1991) **El reto de la dependencia al envejecer** Ed. Herder España pp 18-31
- Motlis, J. (1985) **El dado de la vejez y sus seis caras** Altalena Editores Madrid pp.9-20
- OMS (1984) **Salud para todos** No. 1-8 Ginebra pp 11-38
- OPS (1993) **Enfermería Gerontológica: conceptos para la práctica** Serie PALTEX Organización Panamericana de la Salud Publicación científica 31 pp 3-31
- OPS/OMS (1994) **Hacia el bienestar de los ancianos** Public. Científica 92 Washington D.C pp3-18
- Orem D (1993) **Modelo de Orem** Ed. Masson-Salvat Barcelona Cap. 3,6 y 7.
- Ortega Rivera R. (2000) **Autoestima de personas jubiladas y su relación con algunos aspectos de calidad de vida** Tesis de licenciatura Facultad de Psicología UNAM
- Palomar J. (1998) **Funcionamiento familiar y calidad de vida** Tesis de Doctorado Facultad de Psicología UNAM
- Pando M.M. Salazar EJG; Aranda B,C y Alfaro A,N (1999) Salud mental en la tercera edad **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social** Vol. 37 núm.4

- Quintanar, O. F. (1996) El reto de la atención psicológica de la vejez **Revista Mexicana de Psicología humanista y desarrollo humano** No.12
- Quintero O.M (1994) El autocuidado en (1994) **La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa** Public. Científica 546 pp 352-359.
- Rey del Calero J. (1997) **Como cuidar la salud: su educación y promoción** Publicación Harcourt Brace España Cap. 32
- Reyes Frausto S.(2000) **El reto en los ancianos de México**. En:
<http://www.invdes.com.mx/suplemento/antiores/Noviembre2000/htm/imss.html#arriba>. Consultado en diciembre de 2002.
- Ribera Casado J,M; Gil Gregorio P. (1996) **Factores de riesgo en la patología geriátrica** Colección :Clínicas Geriátricas. Editores Médicos Madrid. Pp 11-245
- Rothschild H (1987) **Factores de riesgo en la edad avanzada** Ed. Prensa Médica Mexicana México. pp 118-134
- Salas, E. (1995) **Soldaderas en los Ejércitos Mexicanos** Ed. Diana México
- Sánchez Sosa J.J; González-Celis R.A.L (2002) La calidad de vida en ancianos. En L.Reynoso; I.Seligson (Coords) **Psicología y Salud** (pp 191-218) México Facultad de Psicología UNAM
- Sansores, P. C. (1979) Los problemas de la vejez y los sistemas de jubilación en: **Jornada sobre problemas de la vejez y del envejecimiento**, celebradas el 22 de Junio de 1979 en la Cd de México Universidad del Ejército y Fuerza Aérea. México
- Segura García M. (2001) **Percepción de la vejez por adultos mayores en diferentes estratos cronológicos** Tesis de Licenciatura Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM México
- Setián S.M (1993) **Indicadores sociales de Calidad de Vida: un sistema de medición aplicado al país Vasco** España Siglo XXI
- S.S.A (1974) **Fundación Casa Hogar para ancianos "Matías Romero":Programa de Rehabilitación Integral del Anciano** Fundación Matías Romero I.A.P. Secretaria de Salubridad y Asistencia México
- S.S.A (2001) **Programa de Acción: Atención al Envejecimiento** México
- Sulveda, A,J. (1999) La salud de la población de edad avanzada. En:**Cuadernos de Salud 1:Población y Salud** México

- Tascón Mendoza J.A (1995) La vejez en la época prehispánica en: OPS (1995) **El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médicos sociales** Ed. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social México pp 185-191
- Vega, V. J. L. (1995) **Desarrollo Adulto y Envejecimiento** Ed. Síntesis Psicología Madrid, España.
- Vega F.L (1998) El concepto de salud en: **Antología Proceso de Salud-Enfermedad** Salud Pública I Facultad de Medicina UNAM
- Vera Alcocer E; Cuevas Sosa.A (1993) **¿Qué hago con mis abuelos?: los conflictos de la familia con el anciano** Ed. Pax México



APÉNDICE "B"**CUESTIONARIO DE AUTOCUIDADO DE LA SALUD**

Lic. García Martínez María Del Pilar
(Universidad Iberoamericana)

Nombre: _____

Fecha de aplicación: _____

Folio _____

El presente cuestionario contiene una serie de afirmaciones que pretenden evaluar su salud. Por favor responda a ellas de la forma más sincera posible. Es importante mencionarle que la información que usted proporcione será totalmente confidencial utilizada únicamente en beneficio de usted.

Para responder a cada afirmación marque con una X el número que mejor represente su respuesta.

		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	La vejez es una etapa del proceso de la vida					
2	La vejez es una enfermedad					
3	Reconozco algunos cambios ocurridos en mi organismo debidos al envejecimiento					
4	Me interesan los cambios que ocurren en mi cuerpo debido al envejecimiento					
5	Mi estado de salud actualmente es satisfactorio					
6	Puedo distinguir entre una enfermedad y un cambio normal en mi organismo					
7	Al envejecer se va perdiendo la capacidad para realizar algunas actividades					

		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
8	Ser viejo significa ser inútil					
9	Yo puedo hacer algo en beneficio de mi salud					
10	Mi participación es importante para prevenir enfermedades					
11	El médico es la única persona encargada de mi salud					
12	Es necesaria mi colaboración para mantenerme saludable					
13	Al cumplir con las indicaciones médicas estoy participando en el cuidado de mi salud					
14	Me siento son ánimo para cuidarme					
15	Se reconocer cuando me siento mal					
16	Hacer ejercicio físico regularmente contribuye a mantenerme sano					
17	Realizo algún tipo de ejercicio físico					
18	Conozco ejercicios físicos adecuados para mi edad					
19	Si realizo ejercicio físico me siento mejor					
20	Me siento capaz de realizar algún ejercicio físico					
21	Puedo realizar algunas actividades por mi propia cuenta					
22	Es importante relajarme para sentirme bien					
23	Si realizo algún tipo de ejercicio puedo prevenir enfermarme					
24	Fumar es perjudicial para la salud					
25	Soy capaz de fumar menos cada día					
26	Yo soy responsable de mi salud					

		Totalmente De Acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente En desacuerdo
27	Alimentarme adecuadamente beneficia mi salud					
28	Una mala alimentación puede provocar que me enferme					
29	El recetarme yo misma las medicinas daña mi salud					
30	Reconozco algunos cambios que me han ocurrido recientemente					
31	He podido adaptarme a los cambios que me han ocurrido recientemente					
32	Una persona jubilada puede seguir siendo útil					
33	El no tener trabajo me hace sentir inactivo					
34	Soy una persona valiosa					
35	Frecuentemente realizo actividades para aprovechar mi tiempo libre					
36	Conservo actualmente algunos amigos					
37	Platicar con otras personas me hace sentir bien					
38	Si me aislo de la gente que me rodea daño mi salud					
39	En algunas ocasiones leo algo que me guste					
40	Puedo platicar mis asuntos con algún amigo(a)					
41	La mayoría de las veces se como aprovechar mi tiempo libre					

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

APÉNDICE "C"

Questionario WHOQoL-BREF

**Ana Luisa González-Celis Rangel & Juan José Sánchez Sosa
UNAM**

Nombre: _____

Folio _____

Este cuestionario le pregunta cómo se siente acerca de su calidad de vida, salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si usted está inseguro acerca de la respuesta que dará a una pregunta, por favor seleccione sólo una, la que le parezca más apropiada. Esta es con frecuencia la primera respuesta que de a la pregunta.

Por favor tenga en mente sus esperanzas, placeres y preocupaciones. Estamos preguntándole lo que piensa de su vida en las últimas dos semanas. Por ejemplo pensando acerca de las últimas dos semanas, una pregunta que podría hacerse sería:

	No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros?					

Usted deberá tachar (X) en el número que mejor corresponde de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera tachará el número 4 si usted hubiera recibido un gran apoyo de otros. O tacharía el número 1 si no recibió apoyo de otros, que usted necesitaba en las últimas semanas. Por favor lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos y tache sólo un número, de la opción de respuesta que mejor lo describa.

Ahora puede comenzar:

		Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni buena	Buena	Muy buena
1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?					

		Muy satisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?					

Las siguientes preguntas se refieren a cuándo ha experimentado sobre ciertos aspectos en las dos últimas semanas.

		No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?					
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?					
6	¿Hasta donde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?					

		No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?					
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?					
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?					

Las siguientes preguntas son acerca de que tan completamente ha experimentado, o ha tenido usted oportunidad de llevar a cabo en las últimas dos semanas

		No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?					
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?					
12	¿Tienen suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13	¿qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?					

		No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?					
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?					

Las siguientes preguntas le piden contestar que tan bien o satisfecho se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las dos últimas semanas.

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?					
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo actividades en la vida diaria?					
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?					
19	¿Se siente satisfecho con su vida?					
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?					
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?					
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?					

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
23	¿Qué tan satisfecho esta con las condiciones donde vive?					
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?					
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?					

La siguiente pregunta se refiere con que frecuencia usted ha sentido o experimentado en las últimas dos semanas

		Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Muy seguido	Siempre
28	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?					

¿Le ayudó alguien a llenar la forma? _____

¿Cuánto tiempo le tomo completar esta forma? _____

¿Tiene usted algún comentario acerca de la evaluación? _____

GRACIAS POR SU AYUDA

APÉNDICE "D"

PUNTAJES DEL WHOQoL-BREF

Ana Luisa González-Celis Rangel* & Juan José Sánchez Sosa*

A continuación se presenta la forma de asignar los puntajes de los reactivos del WHOQOL-BREF, y el procedimiento para obtener la calificación total y por área:

Son 26 reactivos, de los cuales, los dos primeros corresponden a Calidad de Vida en general y percepción del estado de salud en general, con puntuaciones para cada uno de 1 a 5 puntos. Los reactivos del 3 al 24 corresponden a cuatro áreas:

Salud física: reactivos 3,4,10,15,16,17 y 18.

Aspectos psicológicos: reactivos 5,6,7,11,19 y 26.

Relaciones sociales: reactivos 20,21 y 22.

Medio ambiente: Reactivos: 8,9,12,13,14,23,24y25.

Todos los reactivos se califican otorgando 1=1,2=2,3=3, 4=4, 5=5 puntos, en orden positivo; excepto los reactivos negativos (3,4 y 26), que se recodifican de la siguiente manera: 1=5, 2=4, 3=3, 4=2,5=1 puntos, a partir de la respuesta que de la persona.

Una vez asignada la puntuación a cada reactivo, se obtiene el promedio para cada una de las cuatro áreas, sumando las calificaciones y dividiendo entre el número de items para cada área:

Salud física: 7 reactivos

Aspectos psicológicos: 6 reactivos

Relaciones sociales: 3 reactivos

Medio ambiente: 8 reactivos

Después de haber obtenido el promedio para cada área, esta calificación se multiplica por cuatro. De ahí que el rango de calificación por área sea de 4 a 20. Esta calificación será para cada una de las cuatro áreas. Adicionalmente, se suman los cuatro promedios (brutos, antes de multiplicar por cuatro) de las cuatro áreas, obteniéndose una calificación total del WHOQOL, que tendrá un intervalo, calificación mínima de 4 puntos, calificación máxima de 20 puntos. Lo que indicará, puntajes bajos, menor calidad de vida, puntajes altos, mejor calidad de vida.

Del instrumentos se obtendrá tres medidas generales:

Reactivo 10 Percepción de la vida en general

Reactivo 20 Percepción del estado de salud en general; y

La suma total de las cuatro áreas que integran a la calidad de vida = rango de 4 a 20 puntos. Además se obtendrán cuatro medidas particulares:

Salud física =rango de 4 a 20 puntos

Aspectos psicológicos = rango de 4 a 20 puntos

Relaciones sociales =rango de 4 a 20 puntos

Medio ambiente = rango de 4 a 20 puntos

De 0 a 100, de acuerdo a la tabla No.____ (WHOQoL,1996), donde se presenta el método para convertir los puntajes brutos en puntajes transformados de 0 a 100.

Referencias:

WHOQoL-Group (1996) WHOQoL-Bref. Introduction, administración, scoring and generic version of the assesment. Programme on Mental Health. World Health Organization.

*Traducción y adaptación González-Celis, R.A.L. y Sánchez-Sosa, J J (2001)