



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

CALIDAD DE VIDA, JUBILACIÓN
¿ Y AHORA QUE ?

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
MARÍA RAMONA MERCADO MARÍN

DIRECTORA DE TESIS:

DOCTORA: ANA LUISA GONZÁLES-CELIS RANGEL

SINODALES:

LICENCIADA: YASMÍN DE JESÚS ARRIAGA ABAD

DOCTOR: EDGARDO RUIZ CARRILLO



TLALNEPANTLA. EDO. DE MÉXICO, ENERO DEL 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Físicamente, pasamos por un conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles, no queremos ni podemos detener el proceso fisiológico por el cuál estamos pasando, ya aprendimos, experimentamos y caminamos la mayor parte del camino, algunas veces tropezamos, otras, sin problemas pasamos, y por todo esto que hemos vivido, ahora somos lo que vez, viejos, abuelos, ancianos, como tú quieras llamarnos, y aquí estamos junto a ti, como cualquier otra persona con necesidades, virtudes y defectos, y sobre todo adaptándonos día a día a los avances de nuestro mundo, no temas acercarnos, que no te acosaremos con cosas anticuadas, ven y descubre todo lo maravilloso que te podemos compartir, solo te pedimos un favor, entiéndenos, y no por ser mayores, si no como a cualquier persona que vive en un mundo de cambios tan radicales y que como tú no siempre se siente bien.

*Con cariño admiración y respeto,
para ti que eres tan especial.*

DEDICATORIA

A DIOS:

*Por haberme dado la vida, una familia que me ama
y un ángel con quien compartir y conocer el amor,
por guiarme a conocer gente que me ha ayudado
para ser mejor cada día y sobre todo por siempre
estar ahí sin condición alguna.*

AGRADECIMIENTOS:

A MIS PADRES:

Por su esfuerzo inquebrantable para que yo tuviera una formación profesional, por sus cuidados constantes y porque siempre fue su prioridad el trabajo constante para que yo cumpliera esta meta, gracias por enseñarme el valor de la vida y sobre todo gracias por ser mis padres.

A MIS HERMANOS:

Por estar siempre a mi lado, a ti Anita por ser el ejemplo de todo lo que se puede lograr con dedicación y tenacidad, por tu apoyo incondicional en todo momento, y por ser como eres, a ti Juan por el cariño y comprensión que siempre me haz tenido, y a ti Arturo por darle esa alegría a la vida que a veces se me olvida, gracias hermanos.

A MOY:

Gracias, por el tiempo que haz estado a mi lado, pero sobre todo, por lo que he aprendido a cada instante que he compartido contigo, cada minuto, cada consejo, y por acompañarme en esta etapa de mi vida, por ayudarme a lograr una más de mis metas, gracias por estar siempre a mi lado y enseñarme que con tenacidad y trabajo se puede llegar tan alto como lo sueño y que los sueños son el principio de la grandes metas forjadas y que con entereza se llegan a ellas, gracias por enseñarme a aprender que los obstáculos y las derrotas son solo cosas de las que debemos aprender y hacernos más fuertes, gracias por esto y mucho más

A ANA LUISA:

Por brindarme tu confianza y por haberme dado la oportunidad de estar en tu proyecto de investigación donde aprendí tantas cosas, gracias por permitirme estar a tu lado y aprender día a día algo nuevo de ti, gracias por que no solo guiaste mi tesis si no una etapa de mi vida, Gracias por la seguridad que me brindaste para que yo culminara este proyecto y sobre todo por estar siempre en todo momento de la realización del proyecto gracias, y aún más por el tiempo tan valioso que me dedicaste.

A YASMÍN:

Gracias por tu apoyo constante e incondicional durante la Licenciatura y en especial en la realización y culminación de este proyecto, gracias por tu tiempo y por la confianza

A MIS AMIGAS:

A Jessica, por tu apoyo constante y sobre todo por el tiempo que me brindaste para la culminación de este proyecto, gracias por ser parte incondicional

A Edith, Mónica, Betty, Ale y Jenny por compartir conmigo todas las etapas de la Licenciatura, esos momentos de alegría y de nerviosismo, por escucharme y apoyarme en los momentos que necesite gracias amigas.

INDICE DE CONTENIDO

CONTENIDO	PÁG.
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN.....	3
CAP. I	10
LA VEJEZ.....	10
1.1 Definición de la vejez.....	10
1.2 El envejecimiento.....	16
1.3 El proceso de envejecimiento.....	18
CAP. II	22
CALIDAD DE VIDA	22
2.1 Aproximación conceptual de la Calidad de Vida.....	22
2.2 Evaluación de la Calidad de Vida.....	25
CAP. III	32
JUBILACION	32
3.1 Definición de la jubilación.....	32
3.2 Calidad de Vida y jubilación.....	34
CAP. IV	42
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	42
4.1 Pregunta de investigación	42
4.2 Justificación	42

4.3 Objetivo General	43
4.4 Objetivos Específicos	43
4.5 Hipótesis de investigación	43
CAP. V	45
METODOLOGIA	45
5.1 Tipo de estudio y población objeto.....	45
5.2 Criterios de inclusión y exclusión	48
5.3 Variables de estudio	49
5.4 Escenario y materiales	49
5.5 Instrumentos	50
5.6 Procedimiento	51
CAP. VI	53
DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	53
CAP. VII	64
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	64
CAP. VIII	68
CONCLUSIONES	68
REFERENCIAS	72

APENDICES76

Apéndice 1 Ficha de datos Sociodemográficos

Apéndice 2 Instrumento WHOQoL-100

Apéndice 3 Escala de Bienestar Subjetivo

Apéndice 4 Informe de Resultados de la Evaluación

INDICE DE TABLAS

Número de Tablas	Pág.
Tabla 1 Puntuaciones de la Calidad de Vida y escolaridad	55
Tabla 2 Puntuaciones de la Calidad de Vida entre empleados y jubilados	56
Tabla 3 Categorías de la Calidad de vida y actividad principal.....	57
Tabla 4 Puntuaciones de la Calidad de Vida y sexo	58
Tabla 5 Puntuaciones de la Calidad de Vida y años de retiro.....	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Número de Figura	Pág.
Figura 1. Distribución de porcentaje de los jubilados y empleados.....	44
Figura 2. Distribución de porcentaje del sexo de los participantes.....	45
Figura 3. Distribución de grupo por sexo y edad.....	46
Figura 4. Distribución de promedio general de los dominios	52
Figura 5 Actividades de tiempo libre de los jubilados y empleados.....	53
Figura 6 Puntuación de la Calidad de Vida y sexo.....	54
Figura 7 Categorías de la Calidad de Vida entre jubilados y empleados	57

RESUMEN

El objetivo general de la investigación fue describir los efectos de la jubilación en adultos mayores sobre la calidad de vida y otras medidas adicionales en una muestra de ancianos pertenecientes a una clínica de salud. Se trabajó con un grupo de 137 personas mayores de 60 años de edad, que asistían a una clínica de salud, cuando se aplicaron los criterios de exclusión quedo una muestra de 57 sujetos,

En la presente investigación se consideró a la Calidad de Vida (CV) como la percepción positiva que los adultos mayores tienen acerca de su vida en cualquier contexto en el que se desarrollen, ya sea casa escuela, trabajo, por mencionar algunos. Los dominios que se estudiaron fueron los siguientes: dominio físico, dominio psicológico, dominio de independencia, dominio de las relaciones sociales, dominio de medio ambiente, y dominio espiritual, además se tomaron en cuenta las puntuaciones obtenidas del instrumento de bienestar subjetivo, en su apartado de la actitud hacia su propio envejecimiento. Para poder medir la calidad de vida de los sujetos se utilizó el instrumento WHOQoL-100 Versión en español de la Organización mundial de la salud, traducido y adaptado por Sánchez-Sosa, J.J. y González-Celis, R. A. L.(2004), además se utilizó una ficha de datos sociodemográficos y la escala de bienestar subjetivo como ya se mencionó.

En la investigación se encontró que las puntuaciones entre el nivel de escolaridad y la calidad de vida están notablemente relacionados, ya que a mayor grado académico mayor es la calidad de vida percibida, por otro lado se encontró que no existe relación entre el género y la calidad de vida. También se encontró que los empleados refieren una mejor calidad de vida que los jubilados, pero a su vez se encontró que los empleados son los que mantienen menos relaciones sociales.

Palabras claves: Calidad de Vida, Jubilación, Adultos Mayores

INTRODUCCIÓN

La 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 en relación a sus metas, expectativas, estándares e interés (OMS).

La calidad de vida es un constructo que se conceptualiza como la manera de vivir con gusto, plenitud y satisfacción, es el sentimiento positivo auto percibido y la satisfacción en las diferentes áreas de la vida.

En las personas mayores constituye un aspecto central de su bienestar general y se desarrolla con otros elementos del funcionamiento humano, Es por ello que si las personas disfrutan de una buena Calidad de vida otros aspectos psicológicos tendrán más posibilidades de ser más satisfactorios. Cuando las personas mayores pasan por el proceso de envejecimiento su Calidad de Vida se ve afectada y más aún si se atraviesa por el proceso de la jubilación donde se pasa de un cambio de separación de las redes sociales de apoyo, el nivel físico disminuye y en ocasiones ni siquiera se ha pensado que se va hacer cuando ya no se sea parte del mundo laboral.

La Calidad de Vida, ha sido estudiada por la Psicología y las Ciencias del Comportamiento Humano, es un aspecto que ha tomado vital relevancia en el Bienestar central de las personas, ya que está muy relacionado con otros aspectos del funcionamiento de los seres humanos, como su salud, el afrontamiento, la solución de problemas, el control, la auto-eficacia, (percepción que tienen los individuos sobre su capacidad o competencia para realizar una conducta específica exitosamente) y el desarrollo de habilidades sociales, tanto en la familia, en la escuela, en el trabajo, o en la comunidad. Es por ello que si las personas gozan de una buena Calidad de vida, los aspectos psicológicos tendrán mayores posibilidades de ser exitosos, es decir que la Calidad de Vida y el

bienestar psicológico son dos aspectos que inevitablemente influyen uno del otro y si uno está bien el otro también lo estará. De esta manera se deriva el objeto de estudio de la presente investigación que es describir los efectos de la jubilación en adultos mayores sobre la calidad de vida y otras medidas adicionales.

Durante el envejecimiento se despliegan un gran número de cambios biológicos, psicológicos y sociales. Este es un proceso continuo que está relacionado a la pérdida del rendimiento en lo biológico, como la pérdida de agudeza visual, procesos sensoriales, dificultad para realizar nuevos aprendizajes, entre otros; muerte de algunas personas cercanas, cambios del nivel socioeconómico, ausencia de hijos o familiares cercanos, y básicamente cualquier cambio en la esfera familiar y cambios en el ámbito social como el alejamiento del ámbito laboral y la existencia de un cambio en el estatus social (González Celis, 2002) sin olvidar los grandes cambios que como sociedad se tienen con el avance continuo de la tecnología y que esto afectará a tal magnitud dependiendo de la percepción que tiene cada persona respecto a su vida, y de su capacidad de adaptabilidad.

Es por tanto que la Calidad de Vida ha sido y es objeto de estudio de diversas disciplinas de las ciencias sociales, económicas, políticas y de la salud, y del conocimiento científico psicológico, en virtud de que se asocia con algunos factores del funcionamiento humano que son eminentemente psicológicos, tales como la salud psicológica o mental de los individuos o de la familia, el éxito en la escuela o en el trabajo, las relaciones de pareja sanas, la realización o éxito personal, los estilos de vida saludables, etc. (Katschnig, 2000).

Por tanto, si las personas gozan de una buena calidad de vida, otros aspectos psicológicos tendrán más probabilidades de funcionar mejor, ya que se encuentran relaciones muy cercanas entre la calidad de vida y los diversos aspectos del funcionamiento humano.

La Calidad de Vida la constituyen un grupo de factores loables, medibles o determinables, y se tiene la posibilidad metodológica de determinar factiblemente.

cómo se afectan mutuamente, y cómo algunos de estos factores se relacionan, para mejorar la calidad de vida de las personas; entonces el abordaje de la calidad de vida como objeto de estudio de la psicología es relevante y más aún especialmente la calidad de vida de los adultos mayores.

Valorar la calidad de vida del anciano lleva implícito tener una perspectiva del envejecimiento, el cual es visto como un proceso en el que se despliega una secuencia compleja de cambios, que tienen lugar en distintos niveles: biológico, psicológico y social. Dentro del curso del envejecimiento hay dos modos de entenderlo, un enfoque lo restringe a los procesos degenerativos y de reducción en ciertas funciones, el declinar biológico y psicológico; mientras que el segundo considera juntos este declinar y el despliegue positivo de funciones, en donde no se dan tan solo deterioros, sino también, conjuntamente, se mantienen e incluso se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas (Fierro, 1994).

Envejecer no debe ser sinónimo de deterioro, de pérdida, de fracaso, exclusivamente, se abre una perspectiva, asociada al envejecimiento exitoso como una nueva forma de concebir a esta etapa del desarrollo. Por tanto se aborda el enfoque del envejecimiento exitoso, como una perspectiva más positiva del proceso del envejecimiento.

Rowe, junto con su colega el psicólogo Robert Louis Kahn, ambos miembros de la Fundación MacArthur, basados en una investigación que les ha llevado más de diez años, revelaron, a través del estudio en los Estados Unidos de Norteamérica, de personas mayores que han envejecido exitosamente, manteniéndose física y mentalmente fuertes en la edad tardía, variables que están asociadas al envejecer exitoso, que son las determinantes, tales como hábitos alimentarios adecuados,

ejercicio, una vida activa, interacciones y apoyo sociales, trabajo productivo y el mantenimiento de funciones mentales, son esenciales para vivir bien y vivir más años (Rowe y Kahn, 1998).

Las medidas de satisfacción en la vida juegan un papel muy importante en la evaluación del bienestar subjetivo, encontrando que están matizadas por algunas variables de la personalidad de los sujetos, por el nivel de aspiraciones y logros de los mismos, así como del apoyo social familiar recibido (Pullium, 1989).

De esta forma, el bienestar, desde una perspectiva subjetiva se ha definido como satisfacción por la vida, felicidad, moral; conceptualizándose también como la valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función de criterios propios. Así, para algunos investigadores (Lawton, 1983), la satisfacción o bienestar subjetivo se refiere a la estimación cognitiva del grado de satisfacción con la propia vida, satisfacción que se expresa o concreta en la correspondencia entre metas obtenidas y deseadas.

El efecto de los recursos sobre el bienestar subjetivo en personas ancianas, muestra que el bienestar no declina con la edad. La gente mayor reorganiza su escala de aspiraciones, esto es, reubica las pérdidas, para mantener sus niveles de bienestar (Baltes, M. M., 1998; Baltes, P. B., 1977).

Asimismo existe evidencia suficiente en la que se demuestra el papel relevante del bienestar subjetivo en la calidad de vida del anciano, reconociéndose además, como un indicador importante en la experiencia del envejecimiento (González-Celis, 2003; González-Celis y Sánchez-Sosa, 2003).

Es importante destacar que el bienestar subjetivo del anciano, está delimitado por los factores del contexto social en el que está inserto el individuo, que condicionan sus aspiraciones y necesidades fundamentales por medio de la compleja red de normas, valores y relaciones sociales que se entretajan en el funcionamiento en la

familia y en la sociedad. De ahí, que varios estudios (Quintero y González, 1997) demuestran que la percepción del bienestar subjetivo estará condicionado por el apoyo psicológico y social familiar que reciba el anciano, y que va a influir junto con las características individuales, motivaciones, valores y preferencias en la calidad de vida de las personas.

La percepción de control, es un elemento importante el cuál, está asociado con los niveles de bienestar, con la probabilidad de modificar los patrones conductuales y también con las posibilidades de incrementar rendimientos en distintas áreas. Asimismo la percepción de control, para los teóricos del aprendizaje social como Bandura (1977), está fuertemente relacionada con la de auto-eficacia, entendiéndola como la creencia que el sujeto tiene de que disponer de una respuesta concreta para modificar su ambiente.

De ahí, aunque sea visible el deterioro objetivo, a niveles físicos, el que experimenta el anciano; deterioro que le hace cuestionarse su propia eficacia y capacidad para resolver efectivamente las situaciones problemáticas en las que se encuentra. Deben dirigirse los esfuerzos en dotar a los ancianos de estrategias poderosas para incrementar su auto-eficacia, afrontar los problemas y aumentar su satisfacción y bienestar psicológico. Es claro que la forma de intervención psicológica vaya orientada a potenciar aquellos recursos personales y sociales que ayuden a los ancianos a formular una re-apreciación de su auto-eficacia de una forma positiva y satisfactoria, de modo que se le facilite mantener un adecuado nivel de bienestar y una mejor calidad de vida.

Finalmente, los tipos de actividades que desempeñan los ancianos, disponibles para el tiempo libre son numerosos, dependiendo del dinero, la salud, la capacidad de moverse y las preferencias personales del individuo, además del conocimiento de estas actividades sean viables para su desarrollo. Algunas de las actividades más populares para ocupar el tiempo libre en la vejez son la jardinería, la lectura, ver la televisión, observar acontecimientos deportivos, participar en actividades

sociales, visitar amigos y familiares, pasear y poner interés en sucesos educativos y creativos.

El trabajo es esencial para la actividad normal de todos los órganos del cuerpo, y esto no solo en los adultos mayores, La falta de uso de un órgano conduce a su incapacidad para funcionar correctamente. El trabajo puede ser considerado como una forma de retardar el proceso de envejecimiento, y constituye una necesidad humana básica que produce satisfacción y orgullo personal a través de los órganos obtenidos (De Nicola, 1985)

La actividad incluye aspectos físicos, mentales, emocionales sexuales, y espirituales. Para mantener un buen equilibrio dentro del bienestar Viamonte (1993) señala que deben de estar en buen estado los cinco aspectos anteriores.

Es por ello que considero que la jubilación es uno de los cambios más grandes por los que pasa un adulto mayor, además aquí las actividades laborales se nulifican, la jubilación conduce a una pérdida de la consideración social, reducción de los contactos sociales y una disminución de los ingresos. La jubilación puede representar un gran problema para las personas ancianas porque se comienza a alejar de todas las actividades del trabajo a las que estaba acostumbrada dicha persona, el salir y tomar el transporte público, las comidas de negocios, el escribir y leer más constante, por solo mencionar algunas. La jubilación implica una redefinición de relaciones con todas las personas que rodean al anciano y no solo la familia, amigos y vecino sino también en la manera en que van a enfrentarse a la vida que les espera. La disminución del sentimiento de pertenencia social de las personas ancianas se experimenta como una retirada de la corriente de la vida del grupo al que pertenecen. Ésta es la razón de porqué la crisis de la jubilación en su nivel más profundo es en una dimensión existencial más que social como aparentemente se supone. La crisis de la jubilación, si no es solucionada de modo positivo, desemboca inevitablemente en los dos aspectos más penosos de la vida

de los ancianos: el tedio y la soledad, e inevitablemente la depresión, además de sentimientos negativos y repulsión por ellos mismos.

La jubilación también puede implicar que las redes de apoyo se quebranten o se nulifiquen, que para todo ser humano son importantísimas, más aún en los adultos mayores, Kalish (1996) al respecto, menciona que todas las redes de apoyo que van formando son las que ayudan a los ancianos a salir adelante y no sentirse solos o deprimidos y que es muy importante que estas redes se consoliden para que la percepción que tengan de sí mismo se mejore. La mayor red de apoyo es la familia, por ser el primer contacto del ser humano con la sociedad y donde se encuentran los primeros intercambios sociales. (Bazo, 1990)

A partir de lo anterior se desprende el propósito de la investigación en cuál consistió en la aplicación de un cuestionario sociodemográfico para conocer los datos generales de los participantes, continuando con el instrumento WHOQo-100 de la organización mundial de la salud, seguido de la escala de Bienestar Subjetivo (PGC) de Paul Lawton. Para los análisis estadísticos se creó una base de datos en un paquete SPSS para Windows versión 12 en donde se codificaron las respuestas de los participantes.

Así mismo en el capítulo I se dará una breve explicación de lo que es la vejez, siguiendo con el concepto y definición del envejecimiento y proceso, como también se hablara de las concepciones y/o percepciones de las personas ancianas. En el capítulo II se plasmará un acercamiento conceptual de la Calidad de Vida, y las investigaciones realizadas. En el capítulo III se reflejará lo que es el proceso de jubilación y lo que significa en los ancianos.

En el capítulo IV se presenta el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, justificación, objetivo general y específicos y las hipótesis de investigación. En el capítulo V se encuentra la metodología (tipo de estudio y población muestra, criterios de inclusión y exclusión, variables de estudio,

escenario materiales, instrumentos y procedimiento) En el capítulo VI se realiza la descripción de los resultados. En el capítulo VII se puede observar la discusión de los resultados, y por último el capítulo VIII se muestran las conclusiones y las recomendaciones de la investigadora.

CAP. I

LA VEJEZ

1.1 Definición de la vejez

Los conceptos y definiciones de la vejez, son numerosos, pero la mayoría coinciden en un concepto asociado con estereotipos negativos, incluso en el lenguaje que se utiliza para dirigirse a los ancianos, se utilizan diferentes formas, abuelos, viejos ancianos, adultos mayores, pero todos culturalmente van acompañados de un deterioro físico y mental, y de una incapacidad de desplazarse, escuchar o simplemente de valerse por sí mismos,. Algunos autores como Fericgla (1992) define la vejez como: “ *Un concepto cultural relacionado con formas de parentesco, la economía, la salud, la capacidad de mantenimiento, determinadas formas de conducta, la religión, la moral, la política y otros aspectos socioculturales*” (pág. 17). Es por ello que es necesario establecer diferencias entre los conceptos biológicos y los conceptos culturales.

Ésto es algo que considero de suma importancia ya que la gente está tan deteriorada y cansada como están sus pensamientos, como la manera en que el cree percibir, la vejez. En el proceso de saber vivir la vejez mucho cuentan las actitudes y acciones de él o ella mismo y la sociedad en que el individuo envejece.

Lo prevaleciente es la noción de que la vejez es resultado inevitable del deterioro orgánico y mental. Tal deterioro se hace visible a mediados de la vida. De ahí en adelante, progresa a un ritmo acelerado.

La vejez es un proceso multifacético de maduración y declinación, pese al hecho de que en todo instante hay lugar para el crecimiento. Las investigaciones señalan

que se empieza a envejecer antes de los 65 años. Ya para fines de la cuarta década, hay declinación en la energía física. También aumenta la susceptibilidad a las enfermedades e incapacidades. Se va haciendo cada vez más difícil, mantener la integración personal, así como la orientación en la sociedad.

Finalmente, de una manera inexorable, unos antes y otros después, viene la declinación general. El individuo acaba retrayéndose de las actividades. Depende mucho de los que le rodean. Si las relaciones con otros son nulas, el anciano busca el aislamiento y la soledad. Surge en muchos casos la mala salud física. Los ingresos económicos pueden ser insuficientes. Hay una multitud de problemas de índole social y psicológica que cae sobre el anciano y sus familiares, la situación no es fácil para la persona anciana ni para quien lo rodea. El anciano no quiere ser un estorbo. Para los familiares, el hecho de tener la responsabilidad de personas mayores constituye un serio impedimento en el disfrute de sus afanes de vida y en la realización de sus proyectos y aspiraciones.

En la vejez es muy difícil separar las incapacidades de índole física de los efectos desintegrantes de conflictos que, por ser prolongados y arduos, dejan una huella psíquica profunda en el individuo. El proceso de envejecer abarca toda la personalidad. El deterioro en la vejez no es sólo en la estructura, sino también en la función y, por tanto, un resultado de las tensiones emocionales.

Una vez más se reconoce que la personalidad humana es una integración, una totalidad indivisible. Todos sabemos que una persona sufrida, en el aspecto emocional, envejece físicamente de la noche a la mañana.

Se debe reconocer desde un principio que, al encarar la personalidad humana, estamos afrontando un conjunto de fuerzas en interacción con la cultura y la biosfera, es decir, el ambiente total en que se desenvuelve la vida. La lucha del ser humano, en todo momento de su vida, es una lucha dentro de un ambiente

físico, social y cultural. No se puede negar que a lo largo de la vida se van reduciendo los recursos de adaptación del ser humano. En muchos sentidos, envejecer no es otra cosa que la pérdida de esta capacidad de adaptación.

Viejo es aquel que ha llegado a su horizonte. Quien se estanca, ha envejecido. Esto no significa que se pase por alto el hecho irrefutable de los años. Se envejece porque transcurre el tiempo por encima de cada persona. Pero también se envejece porque se permite que el tiempo corra por encima de cada una sin aprovecharlo como se debe. Y el tiempo siempre debe aprovecharse de una manera o de otra sin importar la edad. Hay quien se sienta a esperar la muerte sentado en un sillón o acostado en una cama, sin haber razón alguna. En casi todas, o en todas las etapas de la vida, incluyendo la vejez, se podría dar más de lo que se ha dado.

Para muchas personas la vejez es un proceso continuo de crecimiento intelectual, emocional y psicológico. Se hace un resumen de lo que se ha vivido hasta el momento, y se logra felicitarse por la vida que ha conseguido, aún reconociendo ciertos fracasos y errores. Es un período en el que se goza de los logros personales, y se contemplan los frutos del trabajo personal útiles para las generaciones venideras.

La vejez debe constituir la aceptación del ciclo vital único y exclusivo de uno mismo y de las personas que han llegado a ser importantes en este proceso. Supone una nueva aceptación del hecho que uno es responsable de la propia vida.

El mito de que la vejez es una etapa de restricciones, privaciones y sufrimientos debe ser nulificado, y así permitir que los viejos (y en el futuro nosotros mismos) podamos gozar de bienestar y salud hasta el fin de la vida.

Se puede llegar a viejo sin problemas de salud físicos, ni mentales, todo depende del estado que mantenga previamente una persona. Si bien es cierto que del proceso de envejecimiento no está libre de problemas, la enfermedad no es exclusiva de la vejez como no lo es la salud de la juventud.

En efecto, la enfermedad puede aparecer en cualquier etapa de la vida, no hay una edad fija. Mientras personas jóvenes y aún niños padecen variadas enfermedades muchos viejos son saludables.

La vejez no es una enfermedad: es un estado de graduales cambios degenerativos, de lento desgaste, pero no es una enfermedad ni tiene que venir acompañada de dolores ni angustias. Hay enfermedades propias de la vejez, lo mismo que hay enfermedades propias de la infancia; pero eso no quiere decir que la infancia sea una enfermedad, como tampoco es la vejez.

El hecho de que aparezcan ciertas limitaciones no quiere decir que no se goce de una buena salud. Existe un estado ideal, un bienestar propio de cada etapa de la vida. Y si estas etapas se viven al máximo de cuidado y prevención, se pueden conservar una gran proporción del organismo en forma saludable en la última etapa de la vida. La satisfacción, el bienestar y la aceptación son algunos elementos fundamentales para llegar a disfrutar de la vejez.

El estudio científico de la vejez desde la psicología hace su aparición en el siglo XIX asociado al interés surgido en torno al envejecimiento como parte de la psicología del desarrollo (Riegel, 1977). Con el fin de concretar el desarrollo histórico del estudio de la psicología de la vejez y el envejecimiento, se van a establecer para su descripción una serie de etapas, siguiendo el clásico trabajo de Birren (1961) sobre la historia de la psicología del envejecimiento. Así, se pueden distinguir las siguientes fases: un período inicial, desde 1835 hasta el final de la segunda década del siglo XX, una etapa referida al comienzo de la investigación

sistemática, entre 1918 y 1945, y un período de constitución a partir del fin de la segunda guerra mundial (1945-1960). A las etapas anteriores se suma una última fase de consolidación y desarrollo que, de acuerdo a la aproximación histórica sobre el estudio de la vejez realizada por Fortaleza (1993), comenzaría con la década de los 60 y se extendería hasta la actualidad.

El desarrollo de la Psicología de la vejez comienza a adquirir una mayor solidez a partir de la finalización de la II Guerra Mundial. Desde 1945 hasta finalizada la década de los años 50 se puede considerar un período de crecimiento y difusión del estudio de la Psicología de la vejez, así como de aplicación de los conocimientos para solventar los problemas de las personas mayores. Este crecimiento se ve apoyado, además, por el nacimiento de una serie de instituciones desde las que se potencia tal estudio, se difunde el interés por el mismo y se sustenta su continuidad.

En cuanto a los aspectos psicológicos más investigados en esta época, se mantiene el interés principal por las habilidades intelectuales durante la vejez, y se amplía a otros aspectos, como la memoria y el aprendizaje, la adaptación en la vejez y su relación con el nivel de actividad y satisfacción con la vida.

Dentro de los estudios sobre funcionamiento intelectual, destacan, por una parte, los estudios sobre estandarización de instrumentos para la evaluación de la inteligencia (Wechsler, 1956) y, por otra parte, el comienzo de investigaciones longitudinales sobre el patrón de cambio de las distintas aptitudes o habilidades intelectuales durante el envejecimiento (Schaie, Rosenthal y Perlman, 1953), que hoy son una fuente importante del conocimiento sobre envejecimiento normal y óptimo. La crítica general hacia la utilización de diseños transversales en el estudio de los cambios debidos a la edad, que tienden a confundir el efecto del envejecimiento con las condiciones en las que han vivido los individuos, llevan a proponer la utilización de diseños longitudinales para el estudio de tales cambios.

De esta forma, durante los años 50 se ponen en marcha una serie de investigaciones longitudinales que se prolongarán, en algunos casos, hasta muy recientemente.

La investigación sobre psicología de la vejez en esta etapa, como se ha señalado se amplió hacia nuevos aspectos, como la velocidad de ejecución, la solución de problemas y, especialmente el estudio de cómo se adaptan las personas al envejecimiento y cómo se asocia la adaptación con el nivel de actividad y la satisfacción (Havighurst, 1957); aparecen, además, los primeros trabajos sobre adaptación a la jubilación (Kent, 1956).

Además del desarrollo de investigaciones específicas, la creación de nuevos centros de investigación y sociedades científicas también contribuyó a la consolidación de la psicología de la vejez como disciplina científica. En 1946 se crean dos centros de investigación que suponen un fuerte impulso al estudio de la psicología del envejecimiento, uno de ellos en Inglaterra y otro en Estados Unidos. La Unidad para la Investigación de los Problemas del Envejecimiento de Niffield fue creada en la Universidad de Cambridge bajo la dirección de Welford, con el fin de analizar las relaciones entre la conducta especializada y la edad. La repercusión de este centro en la investigación sobre el envejecimiento fue notable por que en él se formaron numerosos investigadores que posteriormente trasladaron sus conocimientos a otras universidades.

En Estados Unidos, se crea una unidad gerontológico dependiente de los Institutos Nacionales de Salud de la mano de Nathan Shock. Un año después, Birren se integra en esta unidad y comienza a dirigir la sección de investigación psicológica de la misma. Como resultado de ello, en 1953 queda establecida la Sección de Envejecimiento dentro del Instituto Nacional de Salud Mental.

1.2 El envejecimiento

El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. En lo referente a los factores biológicos, se ha apuntado certeramente que los cambios que ocurren en el proceso de envejecer son los mismos en todas partes del mundo. En este sentido parece inevitable que el organismo humano pasa a lo largo de un ciclo que comprende la concepción, el nacimiento, el desarrollo durante la niñez y la adolescencia, la plenitud, la

declinación y la muerte. Envejecer como proceso biológico tiene extensas consecuencias sociales y psicológicas. Hasta este momento, la atención de la sociedad se ha orientado mayormente hacia la provisión de ciertos auxilios a los ancianos en sus necesidades biológicas: alimentación, y salud física.

Para poder lograr un concepto adecuado de lo que es el envejecimiento, hay que cumplir todo el desarrollo entre la temprana adultez y la vejez propia mente dicha. A menudo los problemas de ajuste de la persona mayor son simples variaciones de sus dificultades durante la edad media. La forma en que una persona resuelva sus problemas en la edad adulta será un buen indicador de cómo los resolverá en los años de la vejez. Lo que halla ocurrido en la biografía de la persona indudablemente influye en su concepto de la vejez.

El envejecimiento es un proceso natural en la vida de los individuos y no una enfermedad, pero el envejecimiento es una etapa de cambios y deterioro físico importante para la cuál se debe de estar preparado física y mentalmente, algunos de los cambios más significativos son los siguientes:

Los sentidos van decayendo en distinto grado:

La vista disminuye

Es por esto que muchas veces su vestimenta no está correctamente abrochada o se encuentra manchada. Otras veces su maquillaje es excesivo o la tintura de su cabello no tiene el color adecuado.

El oído tiene menor captación

En ocasiones las personas mayores nos miran con signos de no comprender cuando les hablamos, esto puede suceder por no poder escuchar con nitidez nuestra voz.

Por eso es importante hablar pausadamente y en tono más alto. Otras veces las personas adultas mayores suelen elevar su tono de voz sin motivo, es porque ellos tampoco se escuchan.

El olfato decae notoriamente

Este es un aspecto muy importante debido a que puede traer aparejado accidentes de graves consecuencias.

Algunas situaciones comunes son:

No percibir el olor a cables quemados en caso de que se haya producido algún cortocircuito.

Dejar recipientes sobre el fuego y no percibir el olor a quemado.

No detectar el olor a gas proveniente de algún mechero que se ha apagado.

Confundir los olores de productos de aspecto similar (Ej. alcohol y vinagre blanco).

Abusar de perfumes. Si bien no involucra peligro para la persona, puede ocasionar reprobación social o su ridiculización.

El gusto se modifica

Perciben los cuatro sabores básicos, salado, dulce, amargo y ácido. Pero no se detectan sabores intermedios. Sabores intermedios se pueden confundir.

El tacto disminuye

Suele ocurrir que las personas mayores se produzcan quemaduras o cortaduras en las manos. Al estar disminuida la sensibilidad táctil, demoran en sentir las sensaciones que son dolorosas ya que su tacto no es tan sensible como lo era antes y le es difícil reaccionar tiempo a la situación.

Cuando los familiares, los que conviven o tienen contacto diario con personas adultas mayores conocen estos grados de dificultad que van apareciendo en ellos y cómo inciden en su comportamiento pueden comprender “ el porqué “ por así decirlo de algunas actitudes de los adultos mayores.

1.3 El proceso de envejecimiento

El proceso del envejecimiento del organismo humano no puede reducirse a un mero proceso biológico, debe analizarse en el contexto total en que se produce: la

naturaleza compleja del hombre que es un ser biológico – cultural – social – mental y espiritual integradamente y la naturaleza compleja de las sociedades humanas: ecológico, ambiental, social, económico, cultural. El envejecimiento no es una enfermedad como algunos lo plantean. El envejecimiento del organismo humano es un proceso individual y colectivo a la vez en el sentido que se produce en el individuo pero es muy condicionado por la sociedad, por la calidad de vida y por los modos de vida.

El envejecimiento afecta a las funciones perceptivas, sensoriales, y la memoria. Las funciones sensorio-perceptivas disminuyen con la edad: en el plano sensorial ante todo, se manifiestan en alteraciones de la agudeza visual y de la agudeza auditiva, pero también en una disminución de la adaptación a la oscuridad, lenta

desde los 30 a los 60 años, y luego acelerada a partir de los 60 años. El olfato se debilita. Por el contrario, el gusto, en lugar de disminuir con la edad, más bien aumenta y concretamente se hace más sensible a los alimentos azucarados. La pérdida del oído favorece la desconfianza, los celos, el egocentrismo; Por la pérdida de la agudeza visual en muchos casos ya no se puede leer y se aburre. Por lo que el cuadro de apatía, de inactividad y de desinterés general que puede observarse en el anciano se debe tanto a la disminución de la sensorio-receptividad como a la de la actividad cerebral: la vigilancia, la capacidad de atención, incluso el nivel de conciencia están efectivamente en razón directa con el número de estímulos recibidos.

En el proceso de saber vivir la vejez mucho cuentan las actitudes y acciones de la sociedad en que el individuo envejece.

En el proceso de envejecer ocurren cambios progresivos en las células, en los tejidos, en los órganos y en el organismo total. Es la ley de la naturaleza que todas las cosas vivan cambian con el tiempo, tanto en estructura como en función. El envejecimiento empieza con la concepción y termina con la muerte. La gerontología se interesa principalmente en los cambios que ocurren entre el logro

de la madurez y la muerte del individuo, así como en los factores que influyen en estos cambios progresivos.

Se hace extremadamente difícil señalar cuándo comienza la vejez. Esto se debe a las numerosas diferencias individuales que existen en el proceso de envejecer. No solamente hay variaciones entre individuos, sino también entre distintos sistemas de órganos. Orgánicamente hablando, el individuo en cualquier edad es el resultado de los procesos de acumulación y destrucción de células, que ocurren simultáneamente.

El envejecimiento comienza bien temprano en la vida. Distintas partes de la anatomía envejecen a ritmos diferentes. Específicamente, se ha señalado el caso del arcus senilis (arco senil o círculo del envejecimiento), que es la parte coloreada de los ojos de las personas viejas. Generalmente, tal cambio puede observarse por primera vez realmente, tal cambio puede observarse por primera vez alrededor de los 80 años, pero en otras personas puede notarse a los 50.

La Evolución psicológica normal de la vejez hace referencia a cuatro factores como detonantes del proceso del envejecimiento:

El deterioro progresivo de las propias funciones físicas.

El declinar progresivo de las facultades y de las funciones mentales.

La transformación del medio familiar y de la vida profesional.

Las reacciones del sujeto ante estos diversos factores.

Los tres primeros factores ejercen sobre el psiquismo humano efectos directos procedentes del deterioro o de las transformaciones sufridas, y efectos indirectos sobre el comportamiento. El último factor provoca diversas reacciones tanto en el

plano de las actitudes expresadas como en el de la vida interior. Finalmente, estos diferentes factores y sus efectos evolucionan progresivamente, pero en formas de etapas sucesivas. Se comprende en estas condiciones la complejidad del problema y la dificultad de exponer claramente la evolución psicológica de las personas de edad.

La vejez debe de representar una etapa más de la vida, donde se debe de evaluar como se vivió, y que se puede revalorar de lo vivido, debe de ser una

etapa de construcción para los que rodean a la persona adulta y se tenga una firme convicción de que en toda etapa de la vida el ser humano es un ser en crecimiento y adaptación, esto es parte de un envejecimiento exitoso y por tanto de una buena calidad de vida.

Glover (1998) menciona que el envejecimiento exitoso es envejecer de una manera satisfactoria para la persona, en donde cada sujeto se sienta funcional y autónomo y que esto le pueda permitir llevar una vida independiente llena de satisfacciones tanto física como sociales.

CAP. II

CALIDAD DE VIDA

2.1 Aproximación conceptual de la Calidad de Vida

Hablar de calidad de vida, plantea múltiples obstáculos a la hora de precisar teóricamente en vistas a la complejidad y a la necesidad de realizar una construcción del concepto que involucra aspectos diferentes según sea esa construcción de uso.

Pero la calidad de vida ha sido estudiada desde diferentes disciplinas. Socialmente, calidad de vida tiene que ver con una capacidad adquisitiva que permita vivir con las necesidades básicas cubiertas además de disfrutar de una buena salud física - psíquica y de una relación social satisfactoria.

Entre los investigadores no hay consenso en la definición de "calidad de vida". Ya que este concepto involucra muchas variables subjetivas satisfacción, felicidad, autoestima, es difícil de medir. Las variables objetivas son de medición más fácil, la economía, el nivel socio - cultural los déficits funcionales, problemas de salud.

Los investigadores con orientación clínica suelen definir calidad de vida en términos de salud y/o de discapacidad funcional. Rivera (1975), aporta que *"no hay duda que la variable salud es la de mayor peso en la percepción de bienestar de los ancianos y, que los déficits de salud constituyen el primer problema para ellos"*.

La calidad de vida tiene diferentes posturas, al respecto Brock (1996) menciona que la calidad de vida se le puede dar un número de interpretaciones numerosas,

según los factores evaluativos respecto a la vida de una persona, que se consideren incluidos en ellas.

Por su parte Palomar (1996) indica que en un tiempo, lugar y sociedad dada, las necesidades son culturalmente definidas, por tanto la calidad de vida es relativa, evaluativa y lo que es benéfico para un grupo de gente puede ser detrimento de otro.

Levi y Anderson (1980) mencionan que la calidad de vida es una medida de bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada individuo además de felicidad, satisfacción y recompensa, que esto es un componente de la satisfacción de la vida que incluye áreas como la salud, matrimonio, familia trabajo, vivienda situación económica, oportunidades educativas, autoestima creatividad, competitividad pertenencia, confianza entre otros.

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

La calidad de vida en la vejez tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Todo ello promoverá la participación de las personas de edad como miembros activos de la comunidad, una de cuyas funciones puede ser transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes, al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios. Todo ello en una sociedad inmersa en procesos que la llevan también a ella a aprender a envejecer.

La calidad de vida en la vejez dependiente implica necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, siendo cuidadas en familia, para que puedan seguir haciéndolo, al tiempo que siguen desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento. Eso conlleva el apoyo material y afectivo a los familiares que, con distintos grados de implicación, participan en la acción de cuidar.

Quizá Katschnig (2000) hace una de las propuestas más comprensivas sobre el concepto calidad de vida refiriéndola como un término que debiera estar relacionado con “el bienestar psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad, la satisfacción vital, el apoyo social y el nivel de vida, en el que se utilizan indicadores normativos, objetivos y subjetivos de las funciones física, social y emocional” de los individuos (pp. 6).

Sin embargo se requiere de una definición en la que se incorporen de una manera integral a la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y sus relaciones con los hechos importantes del medio ambiente. Un excelente ejemplo de definición incluyente de calidad de vida es el propuesto por el grupo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde contempla la percepción subjetiva y el papel objetivo o factores contextuales de los individuos. “La 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 en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses” (Harper & Power, 1998, pp. 551).

La calidad de Vida es un constructo que inevitablemente esta compuesto por factores e salud física y psicológica que van acompañados de una satisfacción de la necesidades del individuo con su ambiente, pero aunque existan estas necesidades cubiertas es posible que no exista una calidad de vida, es por ello que considero que la satisfacción y la adaptación de cada etapa de la vida en

especial la vejez, junto con el bienestar psicológico nos darán una buena Calidad de Vida,

2.2 Evaluación de la Calidad de Vida

En la actualidad cada vez se vuelve más necesario buscar alternativas funcionales que midan la calidad de vida de las personas, así como de estas alternativas también se propongan aspectos modificadores para el bienestar de las personas, desde el momento que nacemos, o incluso antes estamos siendo evaluados, cuando medimos, pesamos etcétera, es por ello que una eficaz evaluación de la calidad de vida será fundamental para poder ofrecer alternativas que sean funcionales para la población y más para nuestra población mexicana.

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. (González-Celis 2004)

La calidad de vida en general ha sido operacionalizada en términos de los distintos aspectos que constituyen la vida para una persona: salud, alimentación, vestido, vivienda, trabajo, seguridad social, educación, recreación y derechos humanos (Levi & Anderson, 1980).

La calidad de vida, de otra manera puede percibirse como los sentimientos de satisfacción y bienestar, en determinadas áreas de la vida

La calidad de vida relacionada con la salud se ha medido a través de la función física, del estado psicológico, de la función e interacciones sociales y de los síntomas físicos.

Las dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción son reconocidas como componentes de la calidad de vida relacionada con la salud. Donde la incapacidad se mide por la habilidad de realizar actividades cotidianas e instrumentales de la vida diaria, y en su caso de actividades ocupacionales, así

como por el impacto que el grado de habilidad o deterioro físico produce en el desempeño. La incomodidad se caracteriza por la presencia o ausencia del dolor físico y la fatiga desde la percepción del individuo. Finalmente la insatisfacción se mide por el grado de satisfacción con el funcionamiento social, el bienestar general y la vida.

La calidad de vida relacionada a la salud mide distintos aspectos que contribuyen a que el sujeto perciba un grado de bienestar o malestar, con su vida y su salud; sin embargo, especifican las dimensiones que suelen deteriorarse a la luz del proceso de enfermedad. De ahí que se requieran de medidas que reflejen lo que les ocurre a las personas con padecimientos específicos, en escenarios particulares donde se desarrolla su vida, por ejemplo, pueden ser éstos los ambientes hospitalarios, o de las relaciones que tiene el paciente con el equipo de salud y que afectan su proceso de salud-enfermedad y a su calidad de vida.

Las investigaciones enfocadas a evaluar la calidad de vida relacionada con una enfermedad específica, incluyen aspectos emocionales de los pacientes derivados del mismo proceso de enfermedad y de los efectos secundarios de los tratamientos a que son sometidos. Destacan los problemas derivados de la adherencia terapéutica, las relaciones interpersonales con la familia, con el equipo médico, en el trabajo y en la vida social; problemas vinculados con la auto imagen y autoestima de las personas; con la adaptación ante la enfermedad, con la recuperación de la salud, con la rehabilitación, la incapacidad y deterioro, o con la proximidad de la propia muerte.

Al respecto de esta evaluación se sugieren distintos componentes psicológicos de la calidad de vida, como estar libre de preocupaciones acerca de la salud de las personas, alto nivel de energía, una vida interesante y satisfactoria, un buen estado de ánimo, una vida relajada y control sobre las emociones y la conducta.

Todo ello habla de una diversidad de componentes que están presentes en la evaluación y medición del constructo de la calidad de vida, sin embargo debe considerarse que el aspecto central que le interesa a la psicología es el bienestar de los individuos, el cual abarca el funcionamiento en tres áreas: el comportamiento, esto es, lo que hace; las cogniciones, lo que piensa; y las emociones, lo que siente. (González- Celis 2004)

El bienestar aparece como un estado actual de las personas que tiene que ver con una descripción de adaptación social y psicológica, y un componente afectivo y emocional de los individuos en relación a los aspectos más relevantes de la propia vida. Mientras que la satisfacción en la vida tiene un componente predominantemente cognitivo que alude a la experiencia del pasado y suele implicar una evaluación entre las expectativas y los logros alcanzados en la vida.

Por lo tanto al evaluar la calidad de vida de las personas, es el resultado de la evaluación integral de los diversos factores que conforman la vida de los individuos, tomando en cuenta lo que hace, lo que piensa y lo que siente.

Existe un considerable número de instrumentos que han proliferado, en su intento de medir la calidad de vida; sin embargo, lo más importante es que se deben satisfacer algunas consideraciones metodológicas en los instrumentos de calidad de vida, y es que éstos sean confiables, válidos, sensibles al cambio y relativamente breves. En cuanto a la sensibilidad, los instrumentos deben contener mediciones que reflejen los efectos de las intervenciones.

Una revisión de diversos instrumentos es la que presenta la Dra. Gladis y su equipo de colaboradores (1999), en donde pone de manifiesto el esfuerzo realizado por el grupo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en cuanto a la metodología empleada en la construcción de un instrumento para medir calidad de vida (*WHOQoL*, OMS).

Como lo menciona el grupo de la OMS, existen tres métodos que se han desarrollado a nivel internacional en la construcción de instrumentos de medición de calidad de vida.

El primero consiste, en construir un instrumento para una cultura, en un idioma particular, y del que posteriormente se realizan traducciones y retraducciones a otros idiomas para su empleo en diversas culturas, por ejemplo el *SF-36*, evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas de mayores de 16 años; está integrado por ocho conceptos o escalas de salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental; además incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior.

La versión autorizada del *SF-36* para su uso en México, siguió un procedimiento estandarizado de traducción/retraducción por expertos bilingües, asimismo se hicieron análisis por grupos focales representativos y se llevó a cabo una evaluación formal de la calidad de cada traducción (Zúñiga, Carrillo-Jiménez, Fos, Gandek & Medina-Moreno, 1999). Sin embargo, aunque el análisis psicométrico del *SF-36*, en su versión autorizada para su uso en México, satisface los requisitos de validez y confiabilidad, así como un procedimiento metodológico riguroso que se siguió para mantener las equivalencias transculturales, no es claro que el instrumento cubra aspectos específicos de otras culturas. La cuestión fundamental, es si las dimensiones de la calidad de vida contempladas en

instrumentos elaborados para una cultura, están reflejadas para otras culturas (Power, Bullinger & Harper, 1999).

En el segundo método, para la construcción de los instrumentos, se identifica un conjunto de ítems comunes, como relevantes para un amplio rango de culturas, el trabajo es desarrollado en principio en un solo idioma (típicamente el Inglés), y posteriormente se realiza la traducción a otros idiomas. Un ejemplo de un grupo que siguió semejante metodología es el Grupo Europeo de Calidad de Vida

(*EuroQoL*) (EQ-5D, 2000). Las dimensiones relacionadas a la salud, incluidas en el instrumento, se desarrollaron a partir de una discusión multinacional de un grupo de investigadores de países de Europa, en donde se discutieron los conceptos más relevantes en los diferentes ambientes nacionales (Brooks, 1996). Posteriormente, se realizaron las traducciones y retraducciones a otros idiomas, por ejemplo, la versión española estuvo a cargo de Badia y Rovira (1996). De tal suerte, que si bien se tiene como meta principal en la construcción del instrumento, generar contenidos universales, normalmente se desarrolla el instrumento en un idioma central para luego traducirlo a otros idiomas (Power, Bullinger & Harper, 1999).

Un tercer método es el desarrollado por el grupo de la OMS (WHOQoL-Group, 1996; 1997; 1998). Para construir una medida de calidad de vida que fuera confiable y válida en un rango amplio de diferentes culturas, la OMS estableció un panel de expertos internacionales de 15 centros alrededor del mundo, y simultáneamente los 15 centros contribuyeron en la definición de todos los aspectos de la vida que debieran ser considerados necesarios para una evaluación comprensiva y que caracterizara a la calidad de vida. Se definieron cuatro dominios: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente; y para cada dominio, se definieron facetas, una faceta se definió como un aspecto específico de la vida, en total se definieron 24 facetas. Mediante un proceso de traducción y retraducción, cuidando lo adecuado de los ítems, todos los centros

subsecuentemente, contribuyeron con la elaboración de los reactivos, llegando a tener 1,800 ítems, los cuales, después de excluir a aquellos semánticamente equivalentes, se redujeron a 1,100 ítems. Posteriormente, cada centro ordenó los reactivos jerárquicamente, y se incluyeron 236 preguntas en una primera versión piloto del *WHOQoL*. Una vez analizados los datos se extrajeron 100 ítems, y se generó la versión *WHOQoL-100* (Power, Bullinger & Harper, 1999). Después de otra revisión, se redujo el número de reactivos, elaborándose una versión breve el *WHOQoL-Bref* (Harper & Power, 1998), que contiene 26 preguntas, de las cuales, 24 corresponden a las facetas incorporadas en los cuatro dominios, y dos

preguntas globales referentes a la calidad de vida en general y el estado de salud general. Los principales hallazgos muestran que los análisis de datos del *WHOQoL* de los 15 centros, que comprendió una comparación transcultural de las dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud, proporcionaron un buen soporte sobre los aspectos universales de calidad de vida que son comunes para diferentes culturas. En suma, el grupo de la OMS presenta con el instrumento *WHOQoL* los factores que son inherentes a la calidad de vida, los cuales no difieren sustancialmente en las distintas culturas; así mismo el instrumento es lo suficientemente amplio en la evaluación de la calidad de vida, ya que es uno de los pocos instrumentos que incluye una evaluación en dominios tales como medioambiente y relaciones sociales, además de los comúnmente empleados como evaluación en aspectos de salud física y bienestar psicológico

En cuanto a los instrumentos que existen para medir calidad de vida en general, tienen sus raíces en la investigación clásica sociológica, con indicadores tales como trabajo, vida familiar y bienestar. Estas medidas se han aplicado tanto a individuos sanos como enfermos, y su enfoque es sobre sus aspiraciones, metas y las comparaciones de éstas con respecto a sus logros. Dichos instrumentos contienen ítems enfocados predominantemente hacia las percepciones subjetivas y experiencias de los sujetos, que pueden incluir dominios que están o no relacionados a la salud directamente, como el ingreso, la vivienda, y el soporte

social. Las medidas de bienestar y de satisfacción en la vida, caen dentro de esta categoría. En contraste, las mediciones de calidad de vida relacionada a la salud, tienen el propósito fundamental de evaluar la enfermedad y los efectos de intervención. De ahí que los instrumentos de calidad de vida relacionada a la salud, también abarquen dominios de la vida e incluyan ítems para evaluar calidad de vida en general o satisfacción en la vida, sin embargo, el énfasis de éstos es típicamente sobre los síntomas, mejoría, funcionamiento y habilidades (Gladis, Gosch, Dishuk & Crits-Christoph, 1999).

CAP. III

JUBILACIÓN

3.1 Definición de la jubilación

La jubilación constituye una de las principales tareas de la edad adulta tardía durante el desarrollo y la etapa final del ciclo ocupacional. Ha llegado a ser un tema de interés casi universal y uno de los temas más investigados en el campo de la gerontología (Palmore, Burchett, Fillenbaum, George y Wallman 1985) al menos para los países desarrollados. En la actualidad es un suceso tan común y esperado en la segunda mitad de la vida como lo es casarse y tener hijos en la primera mitad (Ekerdt, 1989).

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

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

Scherler (1992) señala que para realizar cualquier tipo de reflexión sobre la vejez es necesario que se tomen en cuenta otros acontecimientos que han procedido. En cuanto a la jubilación menciona que ésta solamente afecta a las personas asalariadas, porque los trabajadores independientes deciden por sí mismos cuándo y cómo dejaran su actividad remunerativa.

La jubilación, tal como se le conoce ahora, es un fenómeno de la sociedad industrial moderna, una etapa de la vida relativamente nueva que surgió hasta el siglo XX y que cobró impulso después de la segunda guerra mundial.

Antes de 1900, la jubilación era principalmente para quienes tenían suficientes tierras u otros recursos que les permitían dejar de trabajar (Quadagno y McClellan 1989).

La decisión de jubilarse es compleja, ya que se basa en diversos factores Palmore y colaboradores (1985) resumieron los hallazgos de las investigaciones en términos de cinco indicadores importantes: salud, condición socioeconómica, características demográficas, características laborales y actitudes hacia el trabajo y la jubilación como la insatisfacción laboral, o presión percibida al jubilarse, Estas variables tienen efectos directos o indirectos, e interactúan unos con otras.

Los individuos auto empleados suelen seguir trabajando de tiempo completo. Muchas de las decisiones para jubilarse en forma anticipada se toman con base en las evaluaciones subjetivas que la persona haga de su salud, trabajo y de si los incentivos y las prestaciones para la jubilación son atractivos.

En la actualidad, la jubilación suele percibirse no como un suceso aislado, sino como una etapa cada vez más prolongada de la vida adulta. La adaptación a esta fase de la vida es un proceso complejo que supone adaptarse durante cierto tiempo y que debe de considerarse en el contexto más amplio de la vida del individuo (Floyd et al..... 1992; Howard et al.... 1982)

3.2 Calidad de Vida y jubilación

Para algunas personas mayores la jubilación es el momento de disfrutar el tiempo libre y liberarse de los compromisos laborales. Para otros es un momento de estrés, especialmente de prestigio, el retiro supone una pérdida de poder adquisitivo o un descenso en la autoestima.

La idea ineficaz de que realmente no hay vida que valga la pena cuando se ha dejado el trabajo ha sido refutada muchas veces. Cada vez más, los estudios acerca de los años de jubilación revelan una diversidad de "vidas futuras". No todos los jubilados permanecen retirados muchos continúan activos en campos relacionados con inclinaciones que han tenido toda su vida, otros cultivan nuevas aficiones o vuelven a algunas que antes no pudieron realizar.

Es probable que valores tales como el aprendizaje, el descubrimiento de sí mismos y la ayuda a otras personas sean considerados con tanto respeto, en el futuro, como trabajar y producir. Ya hay indicios de que utilizar el tiempo para recreo y satisfacción personal está menos acompañado del sentimiento de culpa que en el pasado. Esto significa que la persona de edad madura que se halle inmersa en su fase productiva no poseerá todos los valores que son verdaderamente "valiosos". Las actividades no laborales no serán consideradas como simples indicadores de un período para los "demasiado jóvenes" y los "demasiado viejos".

Son muchas las personas que pasan largos años de su vida soñando con el momento en que cumplan la edad reglamentaria para la jubilación. Año tras año vienen acariciando el día en que dirán adiós a su trabajo. No más relojes despertadores, no más horas regulares para entrar y salir de las labores diarias. A dormir todo lo que uno quiera. Se hará lo que se desee cuando uno lo desee. Por

fin el individuo será dueño de su destino. No son pocas las personas que sueñan con el retiro como si éste fuese un paraíso.

En el asunto del retiro, se encuentran también, muchas diferencias individuales. Probablemente haya personas que se retiran a la vida descansada, sin albergar propósitos ni perspectivas adicionales, a disfrutar tranquila y sosegadamente de los años postreros de la vida, sin que les perturben ansiedades y zozobras. Pero también hay personas que habiendo forjado grandes ilusiones, se dan cuenta que al entrar el retiro, no existe aquello de lo que habían soñado. Es hondo el abismo entre la ilusión y la realidad. También hay otros individuos que, al entrar a los años de la jubilación, encuentran que tienen por delante muchas otras cosas que hacer, en las cuales ellos no habían pensado.

La vida no tiene que ser fácil para ser maravillosa. De hecho, la vida fácil es el camino más corto hacia la monotonía. Hay que pensar en un retiro dinámico, disparado hacia el porvenir. El trabajo debe concebirse en todo momento como un medio de realización personal, aun en los años de vejez. La persona retirada debe conservar siempre el derecho a ser útil y a serlo con dignidad. Cada individuo debe descubrir a tiempo sus capacidades y limitaciones.

El planeamiento para el retiro no debe circunscribirse a la mera consideración de las actividades que uno vaya a realizar al dejar las tareas que han exigido lo más y mejores años de la vida. Es decir, no deber ser únicamente un plan en el nivel de la actividad. Muy fundamental también es planear desde el punto de vista psicológico.

En la planificación para la vejez uno no debe quedarse en el nivel de la mera actividad. El retiro exige, como una condición esencial, la preparación psicológica anticipada.

La vida activa en la vejez será posible siempre y cuando la persona haya planeado su retiro desde el punto de vista financiero, a fin de que no le sorprendan las apuraciones económicas. Condición esencial además es que se disfrute de una razonable salud física y mental. Las muertes rápidas después del retiro son

frecuentes, pero hay pruebas de que la mala salud precede el retiro y no lo sigue. Hay individuos que se retiran a una edad temprana, tan pronto sus ingresos lo permitan, para así abandonar el trabajo como dominio principal de ocupación personal y poder dedicarse a actividades que les resultan más satisfactorias.

El bienestar subjetivo es preciso en su recomendación de la vida activa. La actividad es un atributo de la persona mentalmente saludable. Para que la vida tenga propósito, dirección y sentido, requiere que el individuo defina un plan de acción que tienda a conseguir ciertos objetivos convenientes para él y aceptables para el grupo social del cual es miembro. Este plan debe ser de tal naturaleza que absorba el interés y la atención de las personas. La vida saludable ineludiblemente exige actividades que repercutan en sentimientos de satisfacción. La pasividad estanca y deteriora. Los propósitos que lleven a la persona a concentrarse en la tarea de realizarlos tienden a impedir su desintegración, evitando que surjan preocupaciones enfermizas.

El retiro, tal como indica la situación actual, constituye un problema psicológico y social para muchas personas. Probablemente, ante la presión de las nuevas generaciones, la sociedad ha descuidado la planificación de los años de la vejez.

En el momento de retirarse, con frecuencia la persona encuentra que ya sus hijos se han independizado. En numerosos casos existe una condición de viudez. Si la persona ha sido obligada a retirarse a una edad en que todavía tiene suficientes recursos físicos y mentales para desempeñar adecuadamente tareas significativas desde el punto de vista social, y si no ha sabido planear debidamente su

jubilación. Un retiro inesperado, como a veces ocurre, puede provocar un colapso total.

El ser humano necesita vivir en sociedad. La soledad engendra inseguridad. Depresión y deterioro. Es en las labores diarias, dedicadas a ganar el pan, donde establecemos con frecuencia las mejores formas de convivencia, lo que llamamos redes de apoyo.

Los efectos psicológicos de tal quiebra en las relaciones humanas no pueden exagerarse. La necesidad de afiliación es una de las más potentes en la criatura humana. A lo que se llama felicidad es en gran parte el producto de las relaciones con los demás. Si se observa que esta vida de relación se deteriora, es de esperar que un acoso de sentimientos de soledad e incertidumbre.

Todo individuo normal necesita mantener un mínimo de intercambio con su ambiente social. No hay duda de que hay personas que aceptan el retiro como una liberación de las exigencias sociales. Por otra parte, hay otras que rehuyen tenazmente tal situación, dado que el retiro constituye para ellas una admisión de derrota, de dejar de ser, de cesar en sus funciones como miembro útil del cuerpo social.

El retiro positivo y exitoso empieza con un estado mental, con el reconocimiento de que es una oportunidad para comenzar una nueva vida en muchos sentidos. Por eso se reitera una y otra vez la necesidad que tiene todo individuo de planear anticipadamente en qué va ocuparse cuando le llegue el turno de la jubilación. Jamás este plan debe posponerse para la última hora.

En las condiciones de la vida social. Se produce a la vez una ruptura de las relaciones profesionales (no se ve ya a los compañeros de empresa o fabrica), un cambio en la naturaleza de ciertas relaciones (ya no se puede hablar del trabajo) y

una modificación en las relaciones hogareñas con el cónyuge (se pasa de doce a quince horas de vida en común, a veinticuatro; de donde se desencadena una perturbación en los equilibrios afectivos).

En las condiciones de vida financiera: La pérdida de una parte de los recursos tiene por efecto la perturbación del equilibrio general del presupuesto y sus repercusiones psicológicas y fisiológicas.

El retirado va a pasar de una situación, con poco tiempo que dedicar a las distracciones, a una situación con mucho más tiempo libre, de donde una nueva perturbación del equilibrio del individuo.

La preparación psicológica es muy importante en la jubilación, como el matrimonio, es una gran decisión en la que conviene reflexionar seriamente. La principal pregunta que se hace el que se va a jubilar es " ¿Qué es lo que voy a hacer ahora?" ¿Y AHORA QUE?"

Sin duda todos los que han tenido la oportunidad de encontrar en su trabajo todas las satisfacciones deseables considerarán su retiro como una prolongación natural, aunque en su status más liberal, de su vida de trabajo; los que han soportado durante decenas de años un trabajo que no les gustaba pueden esperar del retiro las satisfacciones que no han tenido: el retiro puede permitirles así hacer lo que siempre han deseado. Sea lo que fuere lo que le agradaría hacer, hay que recordar que se debe estar dispuesto a realizarlo desde el primer momento de la jubilación. Algunas de estas cosas exigen, sino un hábito, por lo menos una preparación: si no se está acostumbrado a caminar suficientemente, le será difícil dar largos paseos: pronto se sentirá cansado y abandonará el ejercicio; si desea cultivar las plantas, comience por la jardinería. Todo lo nuevo requiere esfuerzo, todo esfuerzo requiere entrenamiento y todo entrenamiento debe ser progresivo, y por lo tanto debe programarse.

Así muchos años antes de que llegue el momento, se debe comenzar a reflexionar y a preguntarse. He aquí algunas preguntas que puede hacerse para diseñar las grandes opciones de su jubilación: ¿cómo veo mi retiro?. ¿En que situación económica me encontraré?, ¿Viviré en un apartamento, en una casa, en

la ciudad o en el campo?, ¿Cómo concibe mi esposa o esposo mi retiro?, ¿ Habré de tener actividades externas en lugar de permanecer en casa todo el día? O bien aceptaré con indiferencia el tener que vivir lejos de ellos?, ¿Me agrada vivir con mis hijos y nietos o bien aceptaré el tener que vivir lejos de ellos?. ¿Me gusta ver una película, oír un concierto, asistir a una conferencia, visitar una exposición, entre otros?

Cuando estas preguntas se plantean es posible ver más claro al interior de cada persona y determinar las grandes direcciones de sus propios gustos y aspiraciones. Al recordar todos los acontecimientos de la vida que han producido alegrías y satisfacciones, al anciano le es más fácil hacer lo que ha deseado desde la infancia. La felicidad y la oportunidad de realizarse por fin completamente, dependen de su sinceridad frente a sí mismo.

El anciano debe programar de manera anticipada y equilibrada para su jubilación, teniendo en cuenta al menos dos aspectos:

Una actividad individual y una actividad colectiva.

Una actividad al aire libre y una diversión de interior.

Es importante mencionar que el papel del trabajo en la edad adulta, representa cosas diferentes en cada individuo, pero también en la naturaleza del trabajo mismo. Por tanto la interrogante de qué motiva a las personas a trabajar es compleja. Pero inevitablemente las personas tiene que inmiscuirse en el mundo laboral por razones económicas, El significado del trabajo cambia aparentemente

con la edad: Las personas de mayor edad conceden más valor a aspectos intangibles del trabajo, como la satisfacción, la consecución y la amistad, y hacen menos énfasis en particularidades como las finanzas (Birren,1985). Hombres y mujeres también difieren en los valores que asignan al trabajo, en congruencia con sus motivaciones expresivas o instrumentales (Gilligan, 1982). Además de la función que el trabajo tiene en la vida del individuo, también desempeña una función organizadora importante en la sociedad, pues estructura el tiempo y las actividades (Sterns, Matheson y Schartz 1990)

La satisfacción laboral es otro de los elementos significativos del proceso de la jubilación, la satisfacción laboral general se correlaciona en forma significativa, aunque modestamente con la edad (Warr, 1992) Los empleados de mayor edad suelen tener sentimientos más positivos sobre su trabajo que los más jóvenes Pero esto se atribuye al aspecto de la competencia relacionada con el trabajo, la ambigüedad y ha que hay más oportunidades de moldear el trabajo para que se adecue a las necesidades y preferencias personales.

La jubilación solía ser el símbolo de la incapacidad, el final de la vida productiva. Cuando la gente se pudo jubilar con una relativa comodidad económica, la jubilación se transformó de tragedia en un periodo de la vida en que las personas trabajan por algo.Las consecuencias de la jubilación deben de entenderse en el contexto del significado que el trabajo tiene para el individuo, la adaptación del individuo previa a la jubilación y las circunstancias presentes.

Las respuestas a la experiencia de la jubilación pueden ser consideradas como elementos en un continuo, en el cuál la adaptación muy exitosa se halla en un extremo y la adaptación nada afortunada en el otro, y una amplia variedad de posibles respuestas en medio (Howard et al 1982). Ninguno de los modelos existentes explica adecuadamente las diversas respuestas de los individuos a la jubilación (Hansen 2003) .

En la vida nos hemos enfrentado a diferentes cambios, y hemos visto que, de la capacidad de adaptación depende de cómo vivamos dichos cambios, la jubilación no es otra cosa que un mero cambio en el que nuestra capacidad de adaptación se ve aprueba, mucho depende también la esfera social donde se este inmerso, y del contexto que se tenga de la jubilación.

CAP. IV

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los efectos de la jubilación en adultos mayores sobre su calidad de vida?

4.2 Justificación.

La calidad de vida ha sido tema central de varios estudios, tomando en cuenta que de esta dependerá el éxito en la vida de cualquier persona no importando el sexo, edad, nivel socioeconómico, y salud. La calidad de Vida en adultos mayores en la actualidad, ha sido tema de importante relevancia pero hasta ahora no se le ha dado la difusión necesaria para que se brinde el apoyo a las personas mayores y que en el caso de la jubilación pasan por un proceso de cambio muy amplio ya que tienen que ir dejando las actividades que venido realizando, la mitad o quizás la mayor parte de su vida que es el trabajo remunerado, que no solo es la remuneración, sino también el dejar de tener contacto con las redes de apoyo que tal vez solo se tenían en el ámbito laboral.

El envejecimiento es un hecho universal, presente desde el nacimiento, no es que se presente en una etapa de la vida, desde que nacemos empezamos a envejecer, solo que el envejecimiento pasa por una etapa en la que comienza a deteriorar la estructura física humana y esto nos pasa a cualquier ser humano la diferencia radica en la manera de ver y afrontar los cambios y también a la accesibilidad a la información necesaria para la obtención de una Calidad de Vida exitosa. La manera de percibir la vejez es un punto detonante para tener una buena Calidad de Vida, es por ello que las personas adultas deben de tener

firmemente la idea de que aunque ya no puedan realizar las mismas actividades y desempeñarse en un mundo laboral no por eso cuando sean jubilados la Vida se

trunco o terminó, si no que sepan que es otra etapa de su vida que deben de vivir con la plena seguridad de que va ser exitosa, si lo vemos así, podemos pensar que, ya es la última etapa de su vida y es la que tienen que vivir más plena, como la deberíamos de vivir todos porque tal vez hoy sea nuestro último momento de vida.

4.3 Objetivo general

- Describir los efectos de la jubilación en adultos mayores sobre la calidad de vida y otras medidas adicionales en una muestra de ancianos pertenecientes a una clínica de salud.

4.4 Objetivos específicos

- Comparar las actividades que realizan las personas mayores jubiladas y las que aún laboran.
- Establecer diferencias en las puntuaciones de Calidad de Vida para: género, escolaridad y tiempo de jubilación .
- Evaluar la actitud hacia el envejecimiento de las personas adultas mayores, empleadas y jubiladas.

4.5 Hipótesis de investigación

La Calidad de Vida es un constructo que en la actualidad se conceptualiza como la manera de vivir con gusto, plenitud y satisfacción, es a su vez una medida multidimensional compuesta por el bienestar subjetivo de un individuo; entendiéndose que la Calidad de Vida en un individuo es el sentimiento positivo auto percibido y la satisfacción en las diferentes áreas de la vida. Para lo cuál se plantearon las siguientes hipótesis de investigación.

Hipótesis descriptivas:

- El patrón de comportamiento de comportamiento en cuanto al tipo de actividades es diferente para las personas que actualmente laboran versus. las personas jubiladas
- La distribución para cada categoría en las que se clasifico la calidad de vida es diferente entre hombres y mujeres

Hipótesis Asociativas:

- Existe asociación entre la puntuación de la calidad de vida y el nivel de escolaridad.
- Existe asociación entre la puntuación de la calidad de vida y la actitud positiva hacia su propio envejecimiento

Hipótesis Comparativas:

- Las personas mayores que aun trabajan tendrán mejor calidad de vida que las jubiladas
- Las mujeres tendrán una mejor calidad de vida que los hombres
- Los adultos mayores que tienen mas tiempo de retiro tendrán una puntuación mas baja en su calidad de vida
- La actitud positiva que se tiene de su propio envejecimiento incrementara la puntuación en la calidad de vida
- La actitud hacia su propio envejecimiento de las personas empleadas será mejor que la de los jubilados

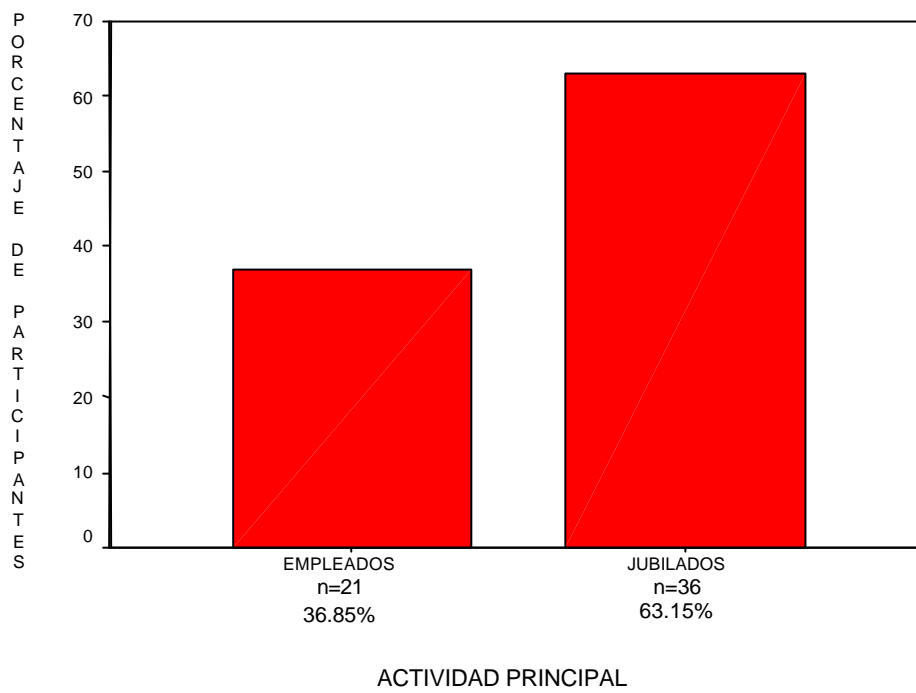
CAP. V

METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio y población objeto

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

Se trabajó con un grupo de 137 personas, mayores de 60 años de edad, que asistían a una clínica de salud para recibir su atención médica, una vez aplicados los criterios de exclusión se tomaron en cuenta los datos de 57 adultos mayores, en cuanto a la variable de actividad principal, la cual fue dividida en dos grupos: empleados $n=21$ y los jubilados $n=36$ que corresponden a 36.85% y 63.15%, respectivamente (ver figura 1)



N= 57 sujetos participantes

FIGURA 1 Distribución del porcentaje de empleados y jubilados

La variable sexo se distribuyó en mujeres con un porcentaje de 33.33% y hombres con un 66.66%. (Ver figura 2)

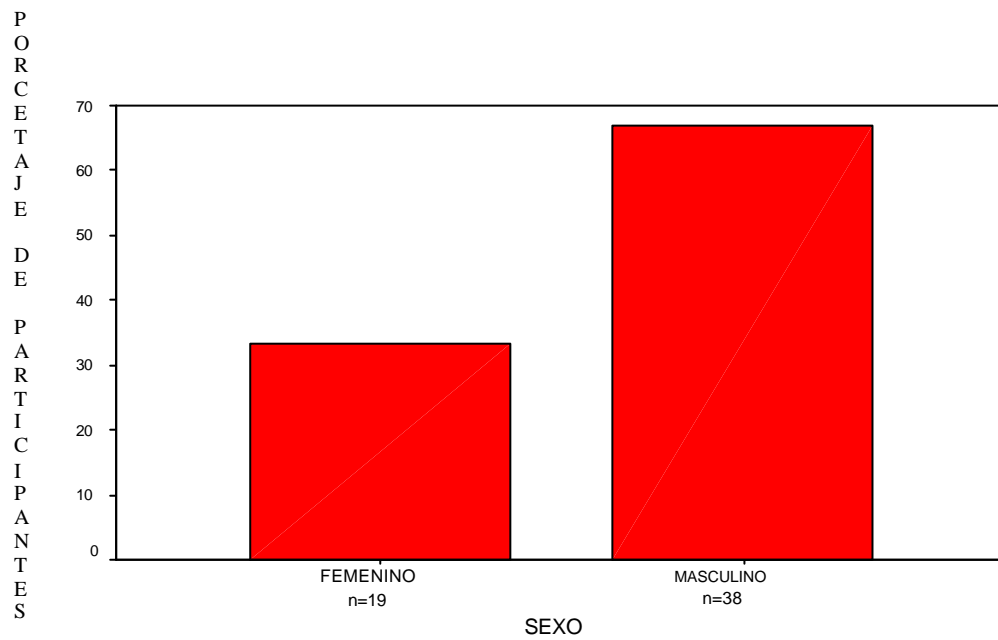


FIGURA 2 Distribución de porcentaje del sexo de los participantes

Estos grupos a su vez fueron clasificados en ancianos jóvenes con un porcentaje de 71.9% y en ancianos mayores con un porcentaje de 28.1%. (Ver figura 3).

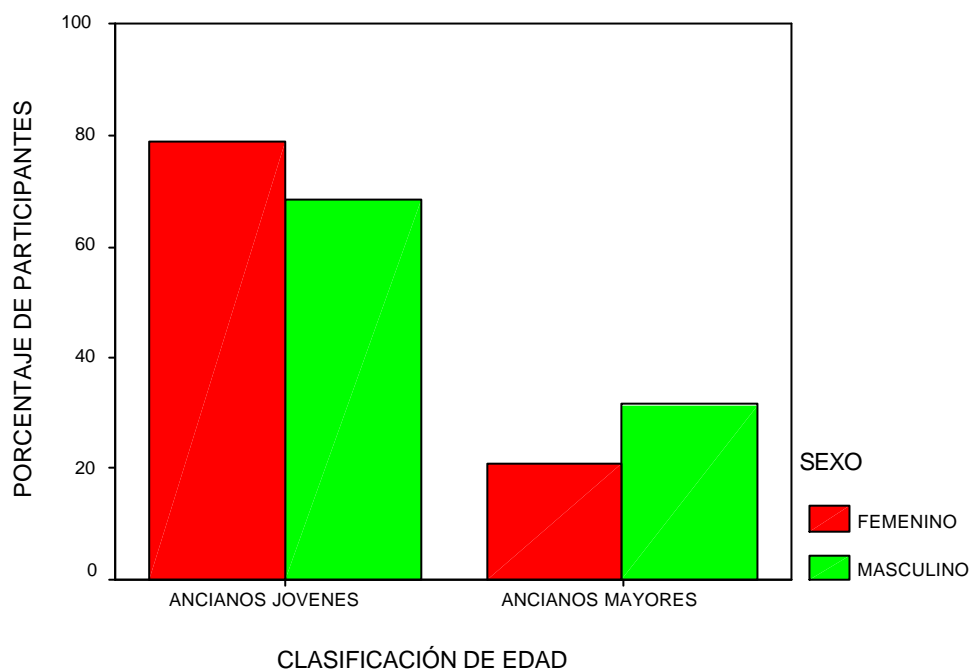


FIGURA 3 Distribución de grupos por edad y sexo

5.2 Criterios de inclusión

- Personas jubiladas o que estuvieran laborando actualmente.
- Personas mayores de 60 años de edad sin importar el sexo.
- Su participación fue de manera voluntaria
- Alfabetos: que supieran leer y escribir, para responder los instrumentos

Criterios de exclusión

- Todos aquellos sujetos que no tuvieron las características antes mencionadas

- Hubo dos criterios de eliminación los cuáles consistieron en:
 - 1) Aquellos cuestionarios entregados por los participantes que estuvieran incompletos o mal llenados.
 - 2) Aquellas personas que de manera voluntaria se retiren del proyecto sin terminar de llenar los tres instrumentos a utilizar.

5.3 Variables de estudio

La definición de las variables fue la siguiente:

- a) **Sexo:** Se dividieron en dos grupos: 1 mujeres, 2 hombres
- b) **Edad:** Mayores de 60 años
- c) **Actividad actual:** Se clasificaron en jubilados y empleados (aquellos que trabajaban en el momento de la investigación)
- d) **Sociodemográficos:** En este apartado se abarcaron los datos sociodemográficos para conocer datos personales y ubicar a los participantes de acuerdo a su ocupación y si se encontraban o no jubilados
- e) **Actividad en su tiempo libre:** Se registró de acuerdo a ocho categorías:
 - 1) ver televisión y escuchar música
 - 2) domesticas
 - 3) manualidades
 - 4) sociales, culturales y/o educativas
 - 5) oficios
 - 6) deportivas
 - 7) dormir o descansar
 - 8) otras (ver apéndice 1)

5.4 Escenario y materiales

El proyecto se realizó en una clínica de salud, ubicada en el municipio de Tlalnepantla de Baz, la aplicación de los instrumentos se hizo en un cubículo proporcionado por la institución, dicha aplicación fue de manera homogénea para todos los participantes, tratando de controlar las variables extrañas que pudieran interferir como el ruido e interrupciones. Los materiales utilizados fueron los instrumentos previamente fotocopiados, lápices, y plumas.

5.5 Instrumentos

Los instrumentos que se aplicaron con objetivo de examinar la percepción de la calidad de vida y percepción hacia su propio envejecimiento, así como del bienestar subjetivo de los adultos mayores fueron los siguientes:

1. Ficha de datos sociodemográficos. Donde se obtuvieron los datos generales de los sujetos que participaron dentro de la investigación realizada.

Esta ficha consta de 20 ítems. Son preguntas muy sencillas y el instrumento fue realizado mediante entrevista. Se preguntaron datos personales como nombre, edad, estado civil, y más amplios como, actividades que realizara en su tiempo libre, y que tiempo le dedica, solo por mencionar algunas (ver apéndice 1)

2. Calidad de Vida (WHOQOL- 100, 1998, en su versión extendida, que cuenta con 100 reactivos, traducida al español-mexicano por González-Celis 2002) El cual incluye seis dominios de calidad de vida: salud física, salud psicológica, espiritualidad, independencia, relaciones sociales y medio ambiente (Ver apéndice 2)

3. Escala de Bienestar Subjetivo PCG (Philadelphia Geriatric Center)

para ancianos, elaborada y revisada por Lawton en 1975, la cual mide el bienestar general subjetivo de adultos mayores (Andrews & Robinson, 1991) (Versión en Español). Los valores de la escala van de 0 (el más bajo nivel de bienestar) hasta 22 (al más alto), éste se refiere a los valores altos de satisfacción, paz o logro. (Ver apéndice 3)

5.6 Procedimiento

Se estableció contacto con una clínica de salud, ubicada en el municipio de Tlalnepantla de Baz, para la autorización de la aplicación de los instrumentos. Una vez que se tuvo la autorización, se invitó a los pacientes a la participación del proyecto, explicándoles de manera general los objetivos de la investigación, y a la vez se les hizo entrega de un tríptico con la información significativa del proyecto.

Posteriormente, se llevó a cabo la lectura y firma del consentimiento informado, seguido del llenado de la ficha de datos Sociodemográficos. Se les informó que las sesiones serían individuales y que serían tres los instrumentos a contestar, teniendo estos datos se aplicaron los instrumentos tipo entrevista, la manera de aplicar los instrumentos fue la misma para todos, incluyendo el orden, se programaron las sesiones por paciente teniendo como rango de duración una hora por persona.

Cuando se aplicaron las entrevistas para la aplicación de los instrumentos se trató de la mejor manera, de que se sintieran a gusto y de que no tuvieran duda alguna y que en el momento que les surgiera, la preguntaran, además de indicarles que en el momento que ya no quisieran seguir respondiendo lo podían hacer.

El orden de la aplicación fue el siguiente:

1. Ficha de datos Sociodemográficos
2. WHOQoL-100 (Versión en español)
3. Escala de Bienestar Subjetivo (PGC)

Una vez concluida la aplicación se les dió las gracias cordialmente, invitándolos a pasar posteriormente por los resultados, donde brevemente se les indicó el estado en que se encontraban y se anexó una lista de recomendaciones y un

directorio de lugares donde pudieran ellos realizar alguna actividad o fomentar redes de apoyo social (Ver apéndice 4).

CAP. VI

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

Se diseñó una base de datos mediante el paquete SPSS Windows, versión 12 en las que se codificaron las respuestas para cada uno de los sujetos encuestados que reunieron los criterios de inclusión. Se realizaron una serie de pruebas “t” de student, análisis de varianza (F), y ANOVA, dependiendo de las hipótesis de investigación. El análisis de la calidad de vida se basa en las seis áreas que maneja el instrumento WHOQoL: independencia, salud física, salud psicológica, relaciones sociales, espiritualidad y medio ambiente; así como se hizo un análisis de los factores de la Escala de Bienestar Subjetivo. A continuación se describen los resultados obtenidos.

RESULTADOS DESCRIPTIVOS:

Como se aprecia en la figura 4 se exhiben las puntuaciones de los 57 sujetos participantes, para los seis dominios del WHOQoL donde se observa que la puntuación más alta en el dominio de espiritualidad, seguido del dominio físico, después las puntuaciones en el dominio de independencia y el psicológico; las puntuaciones más bajas fueron para el dominio de medio ambiente y el de relaciones sociales.

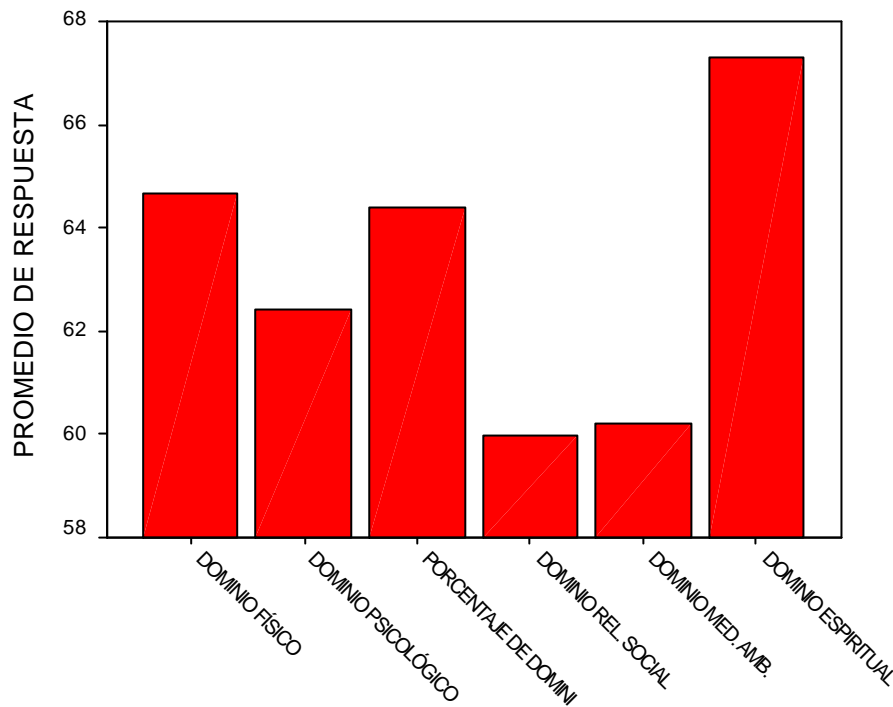


FIGURA 4 Distribución de puntuación para cada uno de los dominios del WHOQoL

En la figura 5 se observa la diferencia de actividades en las que se ocupan las personas que actualmente tienen un trabajo remunerado y aquellas jubiladas.

Se encuentran que hay más participación en la actividades de ver televisión y escuchar música, así como también de manualidades y oficios, además se aprecia un porcentaje más alto para dormir o descansar para los empleados, mientras por otro lado se observa que el porcentaje de participación para los jubilados es para actividades domésticas, sociales o culturales y deportivas. (ver figura 5)

Resulta claro que las actividades son diferentes para los que actualmente trabajan como para los jubilados. Dónde éstos últimos dedican su tiempo a tareas domésticas, sociales y culturales. Esto da indicio de la necesidad de generar espacios dirigidos a las personas jubiladas para satisfacer esa necesidad de “sociabilización” que se ve fuertemente decrementada cuando las personas se jubilan, ya que pierden la oportunidad de contacto con otras personas.

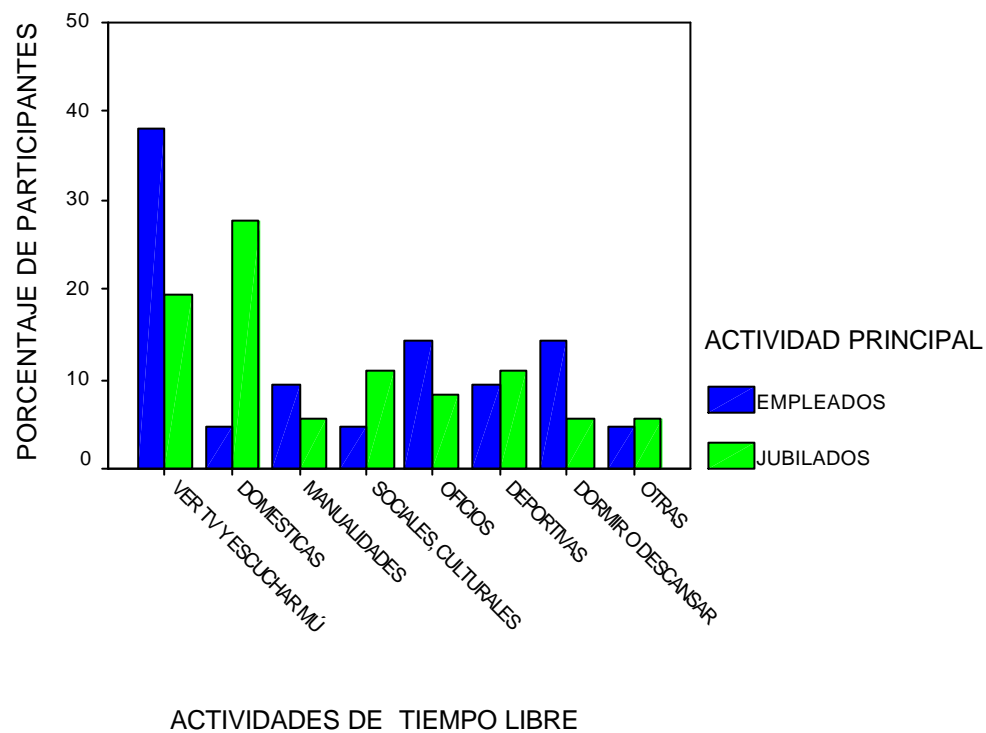


FIGURA 5 Actividades de tiempo libre de jubilados y empleados

Por otro lado, respecto a la hipótesis de que las mujeres tienen una mejor calidad de vida que los hombres, a partir de una muestra de 19 mujeres y 38 hombres, en la figura 6, se observa en el porcentaje entre hombres y mujeres una diferencia para las categorías de calidad de vida regular y excelente, siendo más alto para las mujeres con respecto a los hombres; mientras que en la categoría de pobre se observa un porcentaje bajo igual para hombres y mujeres; solo en la categoría de buena calidad de vida se aprecia un porcentaje más alto para los hombres. Los datos obtenidos son ($t=0.451$, con g.l.= 55 y $p > 0.05$)

Al realizar un análisis estadístico para probar diferencias a través de una prueba "t" de student ($t=0.451$, g.l.= 55, $p>0.05$). se encuentra que no existe suficiente evidencia estadística para afirmar que existen diferencias en las puntuaciones de Calidad de Vida para hombres y mujeres. Sin embargo al comparar las puntuaciones promedio, se encuentra que la media en la Calidad de Vida para las mujeres es mayor ($x = 64.08$) que para los hombres ($x = 62.72$) (Ver figura 6).

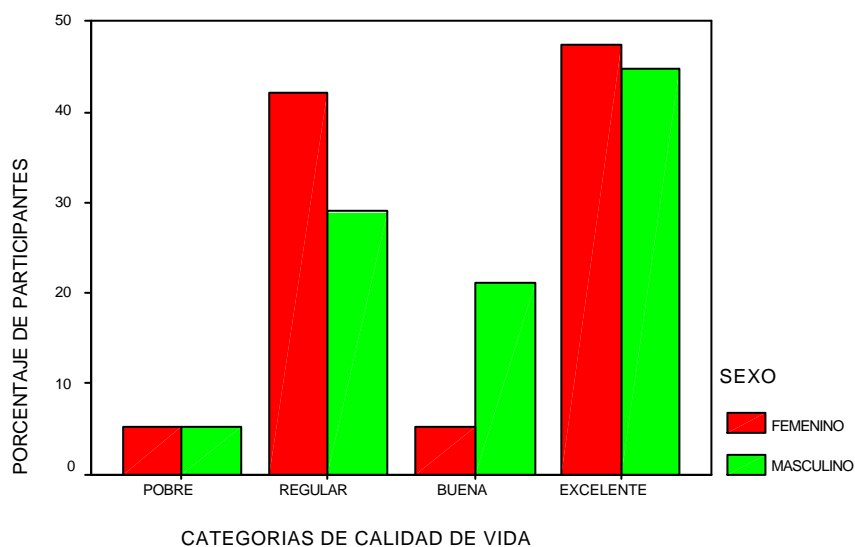


FIGURA 6 PUNTUACIONES DE LA CALIDAD DE VIDA Y SEXO**RESULTADOS ASOCIATIVOS:**

Respecto a la hipótesis de la existencia de asociación entre las puntuaciones de Calidad de Vida y el nivel de escolaridad se encontró que si hubo suficiente evidencia estadística para afirmar una asociación entre las puntuaciones de Calidad de Vida y el nivel de escolaridad, ésto es, a mayor escolaridad mayor Calidad de vida en las personas. (Ver tabla 1)

TABLA 1 PUNTUACIONES DE LA CALIDAD DE VIDA Y ESCOLARIDAD

Nivel de Escolaridad	N	Porcentaje De Participantes	Puntuaciones de Calidad de vida
Ninguno	9	15.80%	58.26
Primaria	33	57.90%	62.29
Secundaria o Nivel Técnico	11	19.30%	65.26
Bachillerato o Profesional	4	7.0%	75.75
TOATAL	57	100%	

Lo cuál se probó a través del cálculo del coeficiente de correlación rho de Spearman ($\rho = .323$ $p < .014$), Por lo tanto se puede afirmar que se encuentra una correlación estadísticamente significativa entre el nivel de escolaridad y las puntuaciones de la Calidad de Vida.

Y en lo que concierne a la hipótesis asociativa entre la puntuación de la Calidad de Vida y la actitud positiva hacia su propio envejecimiento; se encontró que existe una correlación moderada, aunque sí significativa ($r = 0.344$, $p < .009$), entre la puntuación de Calidad de vida general y la actitud positiva que se tiene hacia su propio envejecimiento. Por lo tanto se puede afirmar que a mejor Calidad de vida, mayor puntuación positiva en la actitud hacia su propio envejecimiento. De ahí que si se propone una intervención de reestructuración cognitiva, la actitud que se tenga de su propio envejecimiento será mejor y por consiguiente la calidad de vida será mayor, ya que si disfrutamos de nuestra etapa de niñez y juventud también debemos disfrutar de la etapa de la adultez mayor.

RESULTADOS COMPARATIVOS:

Al someter a prueba la hipótesis comparativa de que las personas mayores que aún trabajan tendrán mejor Calidad de Vida que las jubiladas, se analizó mediante una prueba "t" de student y se encontró diferencias significativas ($t = 3.095$, g.l.= 55, $p < .003$). Por lo tanto, se aprecia que la puntuación de Calidad de Vida de las personas empleadas ($x_e = 68.50$) es significativamente mayor, con respecto a las personas jubiladas ($x_j = 60.07$) (Ver tabla 2)

TABLA 2 Puntuaciones de Calidad de Vida entre empleados y jubilados

GRUPO	N	PUNTUACIÓN DE CALIADAD DE VIDA	DE	MINIMO	MAXIMO
Empleados	21	68.4974	10.07	50.41	89.55
Jubilados	36	60.0656	9.83.	45.36	82.07
Total	57	63.1721	10.653	45.36	89.55

Por otro lado se aprecia que los empleados reportan tener una excelente Calidad de vida, respecto a los jubilados y no presentan datos en la categoría de pobre, mientras que los jubilados presentan mayores puntuaciones en la categoría de regular y buena, lo cuál favorece al planteamiento de planificar la jubilación y mediante la reestructuración cognitiva se pueda mejorar las puntuaciones de calidad de vida de los jubilados y dejar atrás los planteamientos negativos de la jubilación. (ver figura 7)

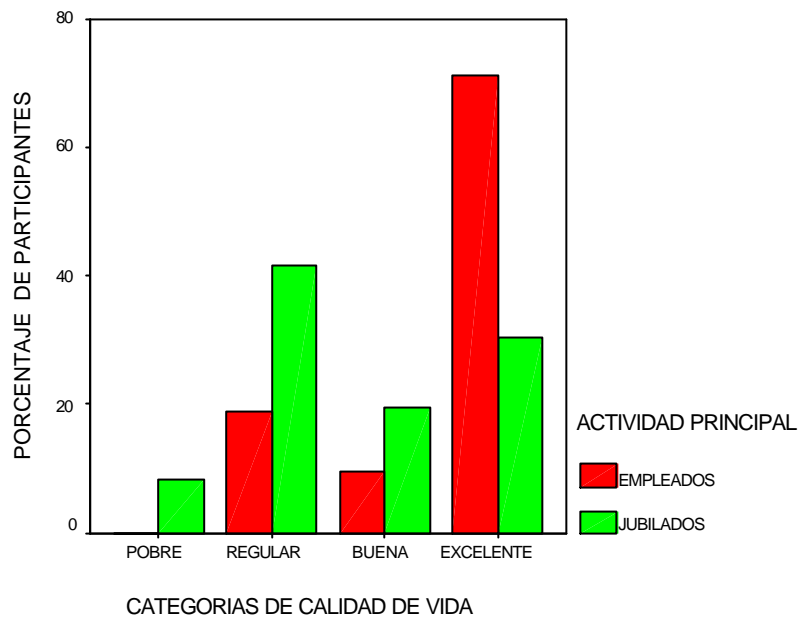


FIGURA 7 Categorías de Calidad de vida entre jubilados y empleados

Con respecto a la hipótesis de que los adultos mayores que actualmente se encuentran laborando y tienen una actividad remunerada tienen una mejor calidad de vida, que los jubilados; se encontró que de los 57 sujetos participantes en la investigación 21 pertenecían al grupo de los empleados y 36 al de los jubilados. De tal suerte al clasificar la calidad de vida en categorías para regular y buena, el porcentaje de participación fue más alto para los jubilados; mientras en la categoría de excelente se observa una diferencia significativa siendo más alto el porcentaje para los empleados que reportan tener una excelente calidad de vida, con respecto a un porcentaje menor para los jubilados. ($t=3.09$, g.l. = 55 y $p < 0.003$.) por lo cual si es significativa la diferencia (Ver tabla 3)

CALIDAD DE VIDA Y ACTIVIDAD

	ACTIVIDAD	N	C.V.	D
CALIDAD DE	EMPLEAD	21	68.497	10.075
	JUBILAD	36	60.065	9.831

TABLA 3 Puntuación de calidad de vida para los adultos mayores empleados y jubilados

Por otro lado en cuanto a la hipótesis comparativa de si las mujeres tendrán una mejor calidad de vida que los hombres, se encontró que no existe una diferencia significativa. Además en estudios previos han documentado que no se han encontrado diferencias entre la Calidad de Vida y el sexo lo cuál fue corroborado con nuestra muestra bajo estudio (Ver tabla 4).

TABLA 4 CALIDAD DE VIDA Y SEXO

	SEXO	N	MEDIA	DE
			C.V.	
CALIDAD DE VIDA	FEMENINO	19	64.794	12.5797
	MASCULINO	38	62.7184	9.7044

Respecto a la hipótesis de los adultos mayores que tienen mayor tiempo de retiro tendrán una puntuación más baja en Calidad de Vida se encontró mediante un ANOVA que no hay suficiente evidencia estadística para afirmar que la Calidad de Vida será diferente dependiendo del tiempo de retiro de las personas jubiladas; sin embargo, como se aprecia en la tabla se observa que la puntuación en Calidad de vida para aquellas personas jubiladas que tienen menos de tres años de retiro es baja ($F(3,31) = 0.160, p > 0.05$). Por lo cual no hay diferencias significativas en la puntuación de calidad de Vida para las personas clasificadas por el tiempo de retiro. Esto es, independientemente del tiempo de retiro su calidad de vida es homogénea, esto se puede dar por la capacidad de adaptación de las personas. (Ver tabla 5).

Cabe resaltar, que la calidad de vida para las personas que tienen menos de tres años de retiro, es la más baja, comparándola con la puntuación de calidad de vida para aquellas personas que llevan más de tres años de haberse retirado de la vida laboral. Sin embargo la puntuación de calidad de vida para las personas que tienen más de 20 años de jubiladas, su puntuación es baja.

TABLA 5 PUNTUACIONES DE LA CALIDAD DE VIDA Y AÑOS DE RETIRO

ANOS DE RETIRO	Número de Sujetos Participantes	Puntuación de la Calidad de Vida
0 a 3	3	58.70
3 a 9	5	60.79
10 a 19	9	61.33
más de 20	18	58.83
TOTAL	35	

CAP. VII

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La presente investigación tuvo como objetivo general, describir los efectos de la jubilación en adultos mayores sobre su calidad de vida y otras medidas adicionales, por lo que continuación se muestran la discusión de los datos anteriormente presentados.

Si bien es cierto y justificado en investigaciones anteriores que en el envejecimiento se despliegan un gran número de cambios biológicos psicológicos y sociales. Este es un proceso continuo que está relacionado a la pérdida del rendimiento en lo biológico, como la pérdida de agudeza visual, procesos sensoriales, dificultad para realizar nuevos aprendizajes, entre otros; muerte de algunas personas cercanas, cambios del nivel socioeconómico, ausencia de hijos o familiares cercanos, y básicamente cualquier cambio en la esfera familiar y cambios en el ámbito social como el alejamiento del ámbito laboral y la existencia de un cambio en el estatus social (González.Celis, 2002). Sin olvidar los grandes cambios que como sociedad se tienen con el avance continuo de la tecnología y que esto afectará a tal magnitud dependiendo de la percepción que tiene cada individuo, ya que al analizar los datos y de acuerdo a las puntuaciones de calidad de vida de los sujetos participantes se corrobora que los cambios biológicos son los que ocupan la primicia en la decadencia de la calidad de vida de las personas, seguidos muy conjuntamente por los psicológicos. Si bien es cierto que el proceso de envejecimiento es un paso que está caracterizado por cambios, también es cierto que durante toda nuestra vida nos vemos sometidos a cambios y que depende de la capacidad de afrontamiento a las situaciones, será la manera en la que afecte la calidad de vida de las personas.

La calidad de vida se asocia con algunos factores del funcionamiento humano que son eminentemente psicológicos, tales como la salud psicológica o mental de los individuos o de la familia, de esto depende el éxito en la escuela o en el trabajo, las relaciones de pareja sanas, la realización o éxito personal, los estilos de vida saludables, etc. (Katschnig, 2000). Es por ello que de acuerdo a los datos obtenidos, la salud mental o psicológica, está inmersa en la calidad de vida y es un factor definitivo en el proceso de jubilación de las personas, ya que si recordamos la calidad de vida está definida en el presente estudio, como la percepción que ellos tienen acerca de su vida, por lo tanto si tenemos adultos mayores jubilados, los cuales describen una calidad de vida con puntuaciones bajas, por consiguiente su jubilación se convierte en ocio, depresión, aburrimiento o como el fracaso de la vida.

Por tanto, si las personas gozan de una buena calidad de vida, otros aspectos psicológicos tendrán más probabilidades de funcionar mejor, ya que se encuentran relaciones muy cercanas entre la calidad de vida y el proceso de jubilación, que será contemplado como un cambio más que tendrán que afrontar las personas mayores, para el cuál se tendrán alternativas múltiples. Donde la psicología, como ciencia y como profesión, puede proporcionar herramientas de intervención para preparar a los adultos mayores en su proceso hacia la jubilación.

Es por ello que considero que la jubilación es uno de los cambios más grandes por los que pasa un adulto mayor, además aquí las actividades laborales se nulifican, la jubilación conduce a una pérdida de la consideración social, reducción de los contactos sociales y una disminución o pérdida de los ingresos. La jubilación puede representar un gran problema para las personas ancianas porque se comienza a alejar de todas las actividades del trabajo a las que estaba acostumbrada dicha persona, el salir y tomar el transporte público, las comidas de negocios, el escribir y leer más constante, por solo mencionar algunas. La

jubilación implica una redefinición de relaciones con todas las personas que rodean al anciano y no solo la familia, amigos y vecino sino también en la manera

en que van a enfrentarse a la vida que les espera. La disminución del sentimiento de pertenencia social de las personas ancianas se experimenta como una retirada de la corriente de la vida del grupo al que pertenecen. Ésta es la razón de porqué la crisis de la jubilación en su nivel más profundo es en una dimensión existencial más que social como aparentemente se supone. La crisis de la jubilación, si no es solucionada de modo positivo, desemboca inevitablemente en los dos aspectos más penosos de la vida de los ancianos: el tedio y la soledad, e inevitablemente la depresión, además de sentimientos negativos y repulsión por ellos mismos.

En la presente investigación se pudo observar diferencias entre empleados y jubilados respecto a las actividades que realizan, se aprecia que los jubilados emplean la mayor parte de su tiempo en actividades domésticas por lo que sus relaciones sociales disminuyen, ya no salen con tanta frecuencia a tomar el transporte público, las aspiraciones de vida en vez de ir en prosperidad se ven disminuidas para ocuparse de hacer otras cosas.

La jubilación también puede implicar que las redes de apoyo se quebranten o se nulifiquen, que para todo ser humano son importantísimas, más aún en los adultos mayores. Kalish (1996) al respecto, menciona que todas las redes de apoyo que van formando son las que ayudan a los ancianos a salir adelante y no sentirse solos o deprimidos y que es muy importante que estas redes se consoliden para que la percepción que tengan de sí mismo se mejore. La mayor red de apoyo es la familia, por ser el primer contacto del ser humano con la sociedad y donde se encuentran los primeros intercambios sociales (Bazo, 1990).

Por su parte Kalish (1996) menciona que la jubilación tiene diferentes significados para las personas. En el aspecto negativo implica una reducción en el salario, que la gente es aquí donde manifiesta su mayor dificultad, la necesidad de adaptarse a

un nuevo rol, la pérdida de contactos sociales, la pérdida de una base para la identificación personal y el sentido de lo significativo. Ante el aspecto positivo de la

jubilación, significa una mayor libertad y el estar abierto a innumerables opciones, incluyendo la oportunidad de realizar interesantes proyectos, viajar, trasladarse a la comunidad que siempre se ha deseado, o a un área con un clima más agradable.

La decisión de jubilarse es compleja, ya que se basa en diversos factores Palmore y colaboradores (1985) resumieron los hallazgos de las investigaciones en término de cinco indicadores importantes: salud, condición socioeconómica, características demográficas, características laborales y actitudes hacia el trabajo y la jubilación como la insatisfacción laboral, o presión percibida al jubilarse. Estas variables tiene efectos directos o indirectos, e interactúan unos con otros. Lo cuál fue corroborado notablemente con la investigación, ya que el reporte de las persons mayores como notificaciones de la gente, son, si así podríamos llamar las secuelas o síntomas de la jubilación.

CAP VIII

CONCLUSIONES

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

La literatura habla de que la vejez es una etapa de deterioro y las personas adultas presentan en sus puntuaciones de calidad de vida como uno de los principales motivos de deterioro. El mito de que la vejez es una etapa de restricciones, privaciones y sufrimientos debe ser nulificado, y así permitir que los viejos (y el futuro nosotros mismos) podamos gozar de bienestar y salud hasta el fin de la vida

Viejo es aquel que ha llegado a su horizonte. Quien se estanca, ha envejecido. Esto no significa que se pase por alto el hecho irrefutable de los años. Se envejece porque transcurre el tiempo por encima de cada persona. Pero también se envejece porque se permite que el tiempo corra por encima de cada una, sin aprovecharlo como se debe. Y el tiempo siempre debe de aprovecharse de una manera o de otra sin importar la edad. Hay quien se sienta a esperar la muerte sentado en un sillón o acostado en una cama, sin haber razón alguna. En casi todas, o en todas las etapas de la vida, incluyendo la vejez, se podría dar más de lo que se ha dado.

Se puede llegar a viejo sin problemas de salud físicos, ni mentales, todo depende del estado que mantenga previamente una persona. Si bien es cierto que en el

proceso de envejecimiento no se está libre de problemas, la enfermedad no es exclusiva de la vejez como no lo es la salud de la juventud.

En efecto, la enfermedad puede aparecer en cualquier etapa de la vida, no hay una fija. Mientras personas jóvenes y aún niños padecen variadas enfermedades muchos viejos son saludables.

La vejez no es una enfermedad es un estado de graduales cambios degenerativos, de lento desgaste, pero no es una enfermedad ni tiene que venir acompañada de dolores ni angustias. Hay enfermedades propias de la vejez, lo mismo que enfermedades propias de la infancia; pero eso no quiere decir que la infancia sea una enfermedad, como tampoco es la vejez.

El hecho de que aparezcan ciertas limitaciones no quiere decir que no se goce de una buena salud. Existe un estado ideal, un bienestar propio de cada etapa de la vida. Y si estas etapas se viven al máximo de cuidado y prevención, se pueden conservar una gran proporción del organismo en forma saludable en la última etapa de la vida. La satisfacción, el bienestar y la aceptación son algunos elementos fundamentales para llegar a disfrutar de la vejez.

En la planificación para la vejez uno no debe quedarse en el nivel de la mera actividad. El retiro exige, como una condición especial, la preparación psicológica anticipada.

La vida activa en la vejez será posible siempre y cuando la persona haya planeado su retiro desde el punto de vista financiero, a fin de que no le sorprenda las

apuraciones económicas. Condición esencial además es que se disfrute de una razonable salud física y mental. Las muertes rápidas después del retiro son frecuentes, pero hay pruebas de que la mala salud precede el retiro y no lo sigue. Hay individuos que se retiran a una edad temprana, tan pronto sus ingresos lo permitan, para así abandonar el trabajo como dominio principal de ocupación personal y poder dedicarse a actividades que les resulten más satisfactorias.

En las condiciones de la vida social. Se produce a la vez una ruptura de las relaciones profesionales (no se ve ya a los compañeros de empresa o fábrica), un cambio en la naturaleza de ciertas relaciones (ya no se puede hablar del trabajo) y una modificación en las relaciones hogareñas con el cónyuge (se pasa de doce a quince horas de vida común, a veinticuatro; de donde se desencadena una perturbación en los equilibrios afectivos).

La satisfacción laboral es otro de los elementos significativos del proceso de la jubilación, la satisfacción laboral general se correlaciona en forma significativa, aunque modestamente con la edad (Warr, 1992). Los empleados de mayor edad suelen tener sentimientos más positivos sobre su trabajo que los más jóvenes. Pero esto se atribuye al aspecto de la competencia relacionada con el trabajo, la ambigüedad y a las oportunidades de moldear el trabajo para que se adecue a las necesidades y preferencias personales.

La jubilación solía ser el símbolo de la incapacidad, el final de la vida productiva. Cuando la gente se pudo jubilar con una relativa comunidad económica, la jubilación se transformó de tragedia en un período de la vida en que las personas trabajan por algo.

Envejecer no debe ser sinónimo de deterioro, de pérdida, de fracaso, exclusivamente, se abre una perspectiva, asociada al envejecimiento exitoso como una nueva forma de concebir a esta etapa del desarrollo. Por tanto se aborda el enfoque del envejecimiento exitoso, como una perspectiva más positiva del proceso de envejecimiento.

REFERENCIAS:

- Andrews, F. M. & Witthey, S. B. (1974). Developing measures on perceived life quality. *Social Indicators Research*, 1 (1), 1-30
- Baltes, P. B. (1997) *strategies for psychological intervention in old age. Gerontologist*, 13: 4-6
- Bandura, A. (1993). *Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. Educational Psychologist*.28 (2): 117-148
- Bazo, M. T. (1990) *La sociedad anciana*, Madrid, siglo XXI, cap, 4,5 y 6
- Blanco, G.J., Rivera M. J., López, A. O. & Rueda, A. F., (1995, octubre) *Calidad de Vida y Salud en el Distrito Federal. Una aproximación social. Memorias. Trabajo presentado en el primer Simposio "Calidad de Vida, Salud, y Ambiente"*CRIM-UNAM, Cuernavaca Morelos.
- De Nincola, P. (1985). *Geriatría*, México, manual Modemo Cap II
- Fierro, A. (1994). *Proposiciones y propuestas sobre el buen envejecer. En: Buendía, J. (comp.) Envejecimiento y Psicología de la salud. México, D.F: siglo XXI, p.p. 3-33*
- Fricgla, J. (1992) *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona:
- Gift, H. C. Atkinson, K. H. &Dayton, M. (1997). Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life. *Social and Scientific Medical*. 5: pp. 601-608.

- Glover, R. J. (1998) *Perspectives on aging: Issues affecting the latter part of the life cycle Educational Gerontology*, 24 (4): 32
- González-Celis, R. A. L. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la Calidad de Vida en Ancianos. Tesis Doctoral*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- González-Celis, R. A. L. (2003) Los Adultos Mayores: Un reto para la familia. En: Eguiluz, L.L. (Comp.). *Dinámica de la Familia. Un Enfoque Psicológico Sistémico*. México: Editorial Pax. Cap. 8, pp. 127-139.
- Jiménez, F.J., Esquivel, H. R. I. y González-Celis, R. A. L. (2003). *La percepción de salud bucal como medida de calidad de vida en ancianos*. Revista ADM.
- Kalish, R. (1996) *La vejez perspectiva sobre el desarrollo humano*, Madrid: Pirámide, Cap. 6
- Katschnig, H. (2000) Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría. En: H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Dir.) *Calidad de Vida en los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson, pp. 3-15
- Lawton, M.P. (1983) *The varieties of well-being*. *Experimental Aging Research*, 9: 65-72
- Limón, M. R. y Crespo, J. A. (2002). *Grupos de Debate para Mayores*. Madrid: Narcea
- OMS (1981) *“Preparación de Indicadores para vigilar los procesos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000”* Ginebra: Serie Salud para todos, No 4.

- Power, M., Bullinger, M. & Harper, A. The world Health Organization Quality of Life Group (1999). The World Health Organization WHOQoL-100: Tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology*, 8(5): 495-505
- Programa de acción para la atención del Envejecimiento 2001-2006. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. Secretaría de salud México.
- Pullium, R.M. (1989) GAT makes good families: predictors of family welfare in the Philippines. *Journal of Comparative Family Studies*, 20 (1): 47-66
- Quintero, G. & González, U. (1997). Calidad de vida, contexto socioeconómico y la salud en personas de edad avanzada. En: J. Buendía [Ed.] *Gerontología y Salud. Perspectivas actuales*. Madrid: Biblioteca nueva, pp. 129-145
- Ramos, T: M. (2002)La animación sociocultural con personas mayores. *Temas de Gerontología IV*, Granada: Universidad de Granada. Pp. 251-264
- Rowe, J. W. & Kahn, R.L. (1998) *Successful Aging*. New York: Dell Publishing.
- Sánchez-Sosa J. J. & González-Celis, R. A. L. (2001). La calidad de vida en ancianos. En: L. Reynoso & I. Seligson (coord.). *Psicología y Salud*, pp. 191-218.
- Strauss, R. p. & Hunt, R. J. (1993). Understanding the value of teeth to older adults: Influences on the quality of life. *Jonural American Dental association*, 124: 105-110.
- Velarde, J. E. Y Ávila, F. C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44(4):349-361.

- Velásquez, C. M. (2002). Animación sociocultural. Desarrollo y aprendizaje en las personas mayores. *Temas de Gerontología IV*, Granada: Universidad de Granada, pp. 391-395.

- Vitamonte, M. (1993) *Al encuentro de la salud, y longevidad*, México, trillas, pp.163-179

Apéndices



UNAM

APÉNDICE 1

FOLIO _____

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. NOMBRE _____
2. SEXO: _____ 3. EDAD _____
4. ESTADO CIVIL Soltero () Casado () Con pareja () Separado ()
Divorciado () Viudo ()
5. CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE: Solo () Con su pareja o cónyuge()
Con sus hijos () Con un familiar () Otro () ¿Quién? _____
6. ¿CUENTA CON ALGÚN INGRESO ECONÓMICO? SI () NO ()
7. ¿EL INGRESO QUE USTED RECIBE SATISFACE SUS NECESIDADES?
SI () NO ()
8. ¿CUÁL ES SU NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS?
Ninguno en absoluto()
Primaria ()
Secundaria o Nivel Técnico ()
Bachillerato o Profesional ()
9. ¿LA VIVIENDA QUE USTED HABITA ES?
Rentada () Propia () Prestada () Vive en casa de algún familiar ()
10. ¿CUÁL ES SU ACTIVIDAD PRINCIPAL?
Empleado () Trabaja por su cuenta ()
Retirado, Jubilado o pensionado ()
Labores del hogar () Busca trabajo ()
Otra ¿cuál? _____

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

11. ¿CUÁL ERA SU ACTIVIDAD ANTERIOR?

- Empleado ()
- Trabaja por su cuenta ()
- Labores del hogar ()
- Otra ¿cuál? _____

12. FECHA DE SU RETIRO: _____
dd-mm-año

13. MENCIONE TRES ACTIVIDADES QUE REALICE EN SU TIEMPO LIBRE.

14. ¿PERTENECE ALGÚN GRUPO O ASOCIACIÓN? SI () NO ()

15. ¿DE QUE TIPO?

- Recreativa () Cultural () Educativa ()
- Religiosa () Deportiva () Otra ¿cuál? _____

16. ¿QUÉ TIEMPO LE DEDICA?

- Al menos una vez a la semana ()
- Al menos una vez al mes ()
- Ocasionalmente ()

17. ¿ESTÁ USTED ENFERMO EN ESTE MOMENTO? No () Sí ()

18. ¿CUÁL ES SU ENFERMEDAD? _____

19. FECHA DE INICIO _____

20. SI TIENE ALGÚN PROBLEMA CON SU SALUD ¿DE QUE PIENSA QUE SEA?

¿ENFERMEDAD O PROBLEMA? _____

APÉNDICE 2

INSTRUMENTO WHOQoL-100 VERSIÓN EN ESPAÑOL ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTRUCCIONES :

Este cuestionario es acerca de cómo se siente Usted con respecto a su de la calidad de su vida, salud, y otras áreas de su vida. Por favor, responda todas las preguntas. Si usted está inseguro sobre cual es la respuesta, elija la que le parezca más apropiada. Con frecuencia esta suele ser. Con frecuencia esta es la primera respuesta que usted da a la pregunta

Por favor, tenga presente sus costumbres, esperanzas, gustos, placeres y sus preocupaciones. Le pedimos que al responder, tome en cuenta lo que ha experimentado dos últimas semanas.

Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, una pregunta podría ser:

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Cuánto le preocupó su salud?	1	2	3	4	5

Usted debe encerrar el número que mejor describa cuanto le ha preocupado su salud en las últimas semanas. De esta manera si su salud le ha preocupado completamente, encierre el número 5. Por el contrario si nada en lo absoluto le ha preocupado su salud, encierre el número 1.

Las siguientes preguntas se refieren a cuánto ha experimentado ciertas situaciones en las dos últimas semanas; por ejemplo, sentimientos positivos de felicidad o bienestar. Si ha experimentado algunos de estos hechos **TOTALMENTE**, subraye la frase "TOTALMENTE". Si no ha tenido esa experiencia subraye la palabra "nada". Si su respuesta es intermedia, subraye la palabra que mejor refleje su elección. Recuerde por favor, que las respuestas se refieren a **las dos últimas dos semanas**.

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
--	------	---------	---------------	----------	---------------

F.1.2	¿Le preocupó tener algún dolor o malestar?	1	2	3	4	5
F.1.3	¿Qué tan difícil fue para usted manejar su dolor o malestar?	1	2	3	4	5
F.1.4	¿En qué medida sintió que el dolor físico le impidió hacer lo que necesitaba?	1	2	3	4	5
F.2.2	¿Con qué facilidad se cansó?	1	2	3	4	5
F.2.4	¿Cuánto le molestó sentirse fatigado?	1	2	3	4	5
F.3.2	¿Tuvo dificultades para dormir?	1	2	3	4	5
F.3.4	¿Cuánto le preocuparon los problemas para dormir?	1	2	3	4	5
F.4.1	¿Cuánto disfrutó de la vida?	1	2	3	4	5
F.3.4	¿Qué tan positivo se sintió respecto al futuro?	1	2	3	4	5
F.4.4	¿Cuánto ha experimentado sentimientos positivos en su vida?	1	2	3	4	5
F.5.3	¿Cuál fue su capacidad de concentración?	Nada 1	Un poco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Completamente 5
F.6.1	¿Cuánto se valoró a si mismo?	1	2	3	4	5
F.6.2	¿Cuánta confianza tuvo en si mismo?	1	2	3	4	5
F.7.2	¿Cuánto se sintió inhibido por su apariencia?	1	2	3	4	5
F.7.3	¿Cuánto le incomodó algún aspecto de su apariencia?	1	2	3	4	5
F.8.2	¿Qué tan preocupado se sintió?	1	2	3	4	5
F.8.3	¿Cuánto interfirieron, en su vida diaria, los sentimientos de tristeza o depresión?	1	2	3	4	5

F.8.4	¿Cuánto le molestó algún sentimiento de depresión?	1	2	3	4	5
F.10.2	¿En qué medida tuvo dificultades para realizar las actividades de su vida diaria?	1	2	3	4	5
F.10.2	¿Cuánto le molestó cualquier limitación para desarrollar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
F.10.4	¿Qué tanto necesitó de algún medicamento para realizar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
F.11.2	¿Cuánto necesitó de algún tratamiento médico para realizar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F.11.3	¿En qué medida dependió su calidad de vida del uso de medicamentos o de asistencia médica?	1	2	3	4	5
F.11.4	¿Qué tan solo se sintió?	1	2	3	4	5
F.13.1	¿En qué medida fueron satisfechas sus necesidades sexuales?	1	2	3	4	5
F.15.2	¿Cuánto le molestó cualquier dificultad en su vida sexual?	1	2	3	4	5
F.15.4	¿Qué tan seguro se sintió en su vida diaria?	1	2	3	4	5
F.16.1	¿Qué tan seguro sintió que es el ambiente en que vivió?	1	2	3	4	5
F.16.2	¿Cuánto le preocupó su tranquilidad y seguridad?	1	2	3	4	5
F.16.3	¿Qué tan cómodo fue el lugar donde vivió?	1	2	3	4	5

F.17.1	¿Cuánto le gustó el lugar donde vivió?	1	2	3	4	5
F.17.4	¿En qué medida tuvo dificultades económicas?	1	2	3	4	5
F.18.2	¿Cuánto le preocupó el dinero?	1	2	3	4	5
F.18.4	¿Con qué facilidad pudo obtener una buena atención médica?	1	2	3	4	5
F.19.1	¿Cuánto disfrutó de su tiempo libre?	1	2	3	4	5
F.21.3	¿Qué tan saludable fue su ambiente físico?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F.22.1	¿Cuánto le preocupó el ruido del área donde vive?	1	2	3	4	5
F.22.2	¿En qué medida tuvo problemas con el transporte?	1	2	3	4	5
F.23.4	¿Cuánto limitó su vida las dificultades con el transporte?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren al nivel en que experimentó o fue capaz de hacer algunas cosas en las últimas dos semanas, por ejemplo las actividades de la vida diaria, tales como lavarse, vestirse o comer. Si ha sido capaz de hacer esas cosas "completamente", encierre el número 5. Si no ha podido hacerlas, encierre el número 1. Si su respuesta es intermedia, encierre el número que mejor refleje su elección. Recuerde por favor, que las preguntas se refieren a las últimas dos semanas.

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
--	--	------	---------	---------------	----------	---------------

F.2.1	¿En qué medida tuvo suficiente energía para la vida diaria?	1	2	3	4	5
F.7.1	¿En qué medida fue capaz de aceptar su apariencia personal?	1	2	3	4	5
F.10.1	¿En qué medida fue capaz de desarrollar sus actividades diarias?	1	2	3	4	5
F.11.1	¿Cuánto dependió de los medicamentos?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F.14.1	¿En qué medida obtuvo de las demás personas el apoyo que necesitó?	1	2	3	4	5
F.14.2	¿En qué medida pudo contar con sus amigos cuando los necesitó?	1	2	3	4	5
F.17.2	¿En qué medida la calidad de su casa pudo satisfacer sus necesidades?	1	2	3	4	5
F.18.1	¿En qué medida tuvo dinero suficiente para satisfacer sus necesidades?	1	2	3	4	5
F.20.1	¿En qué medida dispuso de la información que necesitó para la vida diaria?	1	2	3	4	5
F.20.2	¿En qué medida tuvo oportunidades de obtener la información que sintió que necesitaba?	1	2	3	4	5
F.21.1	¿En qué medida tuvo oportunidades de realizar actividades recreativas?	1	2	3	4	5

F.21.2	¿En qué medida fue capaz de relajarse y disfrutar?	1	2	3	4	5
F.23.1	¿En qué medida dispuso de medios de transporte adecuados?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a qué tan satisfecho o contento se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas. Por ejemplo, acerca de su vida familiar o su energía. Decida qué tan satisfecho o insatisfecho está con cada aspecto de su vida y encierre el número que mejor describa cómo se siente. Recuerde por favor, que las preguntas se refieren a las últimas dos semanas.

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
G 2	¿Qué tan satisfecho estuvo con la calidad de su vida?	1	2	3	4	5
G3	¿En general, qué tan satisfecho estuvo con su vida?	1	2	3	4	5
G4	¿Qué tan satisfecho estuvo con su salud?	1	2	3	4	5
F.2.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con la energía que tuvo?	1	2	3	4	5
F.3.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con su sueño?	1	2	3	4	5
F.5.2	¿Qué tan satisfecho estuvo con su capacidad para aprender nueva información?	1	2	3	4	5
F.5.4	¿Qué tan satisfecho estuvo con su capacidad para tomar decisiones?	1	2	3	4	5
F.6.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con si mismo?	1	2	3	4	5
F.6.4	¿Qué tan satisfecho estuvo con sus	1	2	3	4	5

	habilidades?					
F.7.4	¿Qué tan satisfecho estuvo con su apariencia personal?	1	2	3	4	
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
F.10.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
F.13.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
F.15.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con su vida sexual?	1	2	3	4	5
F.14.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo de su familia?	1	2	3	4	5
F.14.4	¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo de sus amigos?	1	2	3	4	5
F.13.4	¿Qué tan satisfecho estuvo con su capacidad de dar apoyo a otros?	1	2	3	4	5
F.16.4	¿Qué tan satisfecho estuvo con su seguridad física?	1	2	3	4	5
F.17.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con las características del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
F.18.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con su situación económica?	1	2	3	4	5
F.19.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con los Servicios de Salud?	1	2	3	4	5
F.19.4	¿Qué tan satisfecho estuvo con los Servicios Sociales?	1	2	3	4	5
F.20.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con sus oportunidades para adquirir habilidades?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	NI satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
F.20.4	¿Qué tan satisfecho estuvo con sus oportunidades para aprender nueva información?	1	2	3	4	5
F.21.4	¿Qué tan satisfecho estuvo con la forma en que pasa su tiempo libre?	1	2	3	4	5
F.22.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5
F.22.4	¿Qué tan satisfecho estuvo con el clima del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
F.23.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con el transporte?	1	2	3	4	5
F.13.2	¿Qué tan satisfecho estuvo con sus relaciones familiares?	1	2	3	4	5

		Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
G.1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
F.15.1	¿Cómo calificaría su vida sexual?	1	2	3	4	5
F.3.1	¿Cómo calificaría la forma en que durmió?	1	2	3	4	5
F.5.1	¿Cómo calificaría su memoria?	1	2	3	4	5
F.19.2	¿Cómo calificaría la calidad de los Servicios Sociales a su disposición?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a la frecuencia con la que ha sentido o experimentado alguna cosa, por ejemplo, el apoyo de su familia y amigos, o experiencias negativas tales como sentirse inseguro. Si no ha

experimentado estas cosas para nada, encierre el número 1. Si ha experimentado algunas de esas cosas, piense con que frecuencia y encierre el número que mejor lo describa. Recuerde por favor, que las preguntas se refieren a las últimas dos semanas.

F.1.1	¿Con qué frecuencia sufrió dolor físico?	Nunca 1	A veces 2	Moderadamente 3	Muy seguido 4	Siempre 5
F.4.2	¿Generalmente, se sintió contento?	1	2	3	4	5
F.8.1	¿Con qué frecuencia tuvo sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a cualquier tipo de trabajo que haga. "Trabajo" significa la actividad principal que realiza. Esto incluye trabajo voluntario, estudios, tareas domésticas, cuidar a los niños o cualquier trabajo pagado o no pagado. Por lo tanto "trabajo" tal como aquí se usa, significa aquellas actividades que usted siente que ocupan la mayor parte de su tiempo y energía. Recuerde por favor, las preguntas se refieren a las últimas dos semanas.

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F.12.1	¿Cuánto fue capaz de trabajar?	1	2	3	4	5
F.12.2	¿Qué tan capaz se sintió para realizar su trabajo?	1	2	3	4	5
F.12.4	¿Cómo calificaría su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
F.12.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con su capacidad de trabajo?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5

Las siguientes preguntas se refieren a lo capaz que ha sido de desplazarse en las últimas dos semanas. Esto se refiere a su capacidad física para moverse y para poder hacer las cosas que quiere o necesita. Por favor, recuerde que las preguntas se refieren a las últimas dos semanas.

		Nada	Un Poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F.9.1	¿Fue capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
F.9.3	¿Cuánto le molestó cualquier dificultad para moverse?	1	2	3	4	5
F.9.4	¿En qué medida afectó su manera de vivir cualquier dificultad para moverse?	1	2	3	4	5
F.9.2	¿Qué tan satisfecho estuvo con su capacidad para desplazarse?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5

Las siguientes preguntas se refieren a sus creencias personales y cómo afectan su calidad de vida. Así como a su religión, espiritualidad y otras creencias personales que usted pueda tener.

		Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F.24.1	¿En qué medida sus creencias personales dieron sentido a su vida?	1	2	3	4	5
F.24.2	¿En qué medida sintió que su vida tuvo sentido?	1	2	3	4	5
F.24.3	¿En qué medida sus creencias personales, le dieron fuerza para enfrentar las dificultades?	1	2	3	4	5

F.24.4	¿En qué medida, sus creencias personales, le ayudaron a entender las dificultades de la vida diaria?	1	2	3	4	5

¿Le ayudó alguien a usted a llenar esta forma? _____ ¿Quién? _____

¿Cuanto tiempo le tomo completar esta forma _____

¿Tiene algún comentario de la evaluación? _____

GRACIAS POR SU AYUDA



APÉNDICE 3

Escala de Bienestar Subjetivo (PGC) Paul Lawton

Instrucciones:

Marque con una cruz (**X**) la respuesta **SI** o **NO**, después de cada frase, dependiendo si o no la afirmación lo describe actualmente.

Factor 1 -

1. Las pequeñas cosas me molestan más este año
SI NO
2. Algunas veces me preocupo tanto que no puedo dormir
SI NO
3. Tengo muchas cosas por que estar triste
SI NO
4. Tengo miedo de muchas cosas
SI NO
5. Me enfurezco más de lo acostumbrado
SI NO
6. La vida es dura para mí casi todo el tiempo
SI NO
7. Tomo las cosas duramente
SI NO
8. Me altero fácilmente
SI NO

Factor 2 -

1. Las cosas se ponen cada vez peor conforme yo me hago más viejo
SI NO
2. Yo tengo hoy tanta energía como la tenía el año pasado
SI NO
3. Las pequeñas cosas me molestan más este año
SI NO
4. Conforme tu envejeces, eres menos útil
SI NO
5. Conforme envejezco, las cosas son mejores/peores de lo que creí que serían
Mejores Peores
6. Algunas veces siento que la vida no vale la pena vivirla
SI NO
7. Soy tan feliz ahora como cuando era más joven
SI NO

Factor 3 -

1. ¿Qué tan solo se siente?
.....
2. Veo lo suficiente a mis amigos y familiares
SI NO
3. Algunas veces siento que la vida no vale la pena vivirla
SI NO
4. La vida es dura para mí casi todo el tiempo
SI NO
5. ¿Qué tan satisfecho está con su vida actualmente
.....
6. Tengo muchas cosas por que estar triste
SI NO
7. A la gente le iba mejor en tiempos pasados
SI NO
8. Una persona debe vivir el presente y no preocuparse por el mañana
SI NO

APÉNDICE 4



UNAM

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACLA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

INFORME DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

NOMBRE DEL PACIENTE _____

EDAD _____ FECHA DE APLICACIÓN _____

ESTUDIOS PRACTICADOS

- 1.- EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA
- 2.- BIENESTAR SUBJETIVO
- 3.- DEPRESIÓN GERIÁTRICA

OBTENCIÓN DE PUNTUACIONES

1.- La calidad de vida percibida fue evaluada a través del instrumento WHOQoL-100 preparado por la Organización Mundial de la Salud en su versión al español mexicano, traducido y adaptado a la población mexicana por González-Celis y Sánchez-Sosa (2004); el cual mide la Calidad de Vida en general y seis dominios, en una escala de 0-100, la cual se clasifica en tres categorías: Buena, Regular y Pobre. A continuación se presentan los resultados de la Calidad de Vida percibida en general y las calificaciones de las áreas y las dimensiones que debe prestar más atención para mejorar su calidad de vida:

Calidad de Vida en General _____

Áreas en las que la puntuación fue buena:

Áreas en las que se debe prestar más atención en su vida:

2.- El Bienestar Subjetivo se evaluó a través del instrumento de Lawton y colaboradores en su versión al español. Se trata de un instrumento que mide el grado de satisfacción con la vida y su actitud hacia su propio envejecimiento. También se presentan los resultados en tres categorías: Buena, Regular o Mala.

Bienestar Subjetivo _____

3.- Depresión Geriátrica, se utilizó el instrumento elaborado por Yesavage y cols., en su versión corta, traducida al español. Se presentan los resultados en términos del nivel de presencia de síntomas depresivos: Ausentes, leves, moderados y severos.

Depresión Geriátrica _____

A continuación se presentan una serie de recomendaciones para mejorar la calidad de vida en adultos mayores.

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES

- ✓ Mantener una alimentación adecuada y balanceada. Comer en horarios fijos y de acuerdo a la dieta prescrita por su médico.
- ✓ Hacer ejercicio físico. Establecer una rutina diaria o semanal, de acuerdo a su condición de salud, sus necesidades, gustos, habilidades y preferencias.
- ✓ Acudir a su médico oportunamente, seguir las indicaciones de los tratamientos prescritos, asistir a sus revisiones, controles y exámenes periódicos.
- ✓ Cuidar su apariencia personal, mejorar su autoestima.
- ✓ Fomentar su independencia en sus actividades cotidianas. Valerse por sí mismo. Dar y solicitar ayuda si es necesario.
- ✓ Realizar actividades ocupacionales y mentales: leer, escribir, resolver juegos de pasatiempos, juegos de memoria, actividades manuales y recreativas, etc.
- ✓ Mantener contactos sociales, con gente de su edad y de otras edades. Asistir a reuniones sociales. Pertenecer a grupos con los que se identifique.
- ✓ Planear su vida, organizar su tiempo libre, sentirse útil y productivo.

- ✓ Fortalecer su auto-eficacia para realizar sus actividades exitosamente. Autoselección de actividades, optimización y compensación de viejas actividades por nuevas actividades.
- ✓ Proponerse nuevas metas que lo alienten a sentirse bien.

DIRECTORIO TELEFONICO

LOCATEL TEL: 56-58-11-11

SAPTEL TEL: 52-59-81-21

DIF TEL: 56-04-01-27

CRUZ ROJA TEL: EMERGENCIAS (065) ó 53-95-11-11 ext.124

INAPAM TEL: 55-10-45-18

SECRETARIA DE SALUD TEL: 57-40-36-81

CLINICA DE SALUD INTEGRAL (CUSI IZTACALA)
TEL: 56-23-13-82

FUNDACIÓN HÉCTOR VÉLEZ DE LA ROSA
TEL: 56-74-70-42 ó 56-74-70-23

ATENCIÓN PSICOLOGICA CLÍNICA
TEL: 55-73-56-91 Ó 55-73-36-81

DIF ATENCIÓN ADULTOS MAYORES
TEL: (55) 56-03-22-00

CENTRO DE CONVIVENCIA DE LA TERCERA EDAD.

Profra. Ma. De la Luz Ballesteros Silva.

Coord. Del Centro de Conv. De la 3era. Edad

“Parque Regional Metropolitano”.

Tel. Of: 31 4-80-40

Dom. Of.: Anastasio Brizuela s/n.