



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

**CALIDAD DE VIDA Y ACTITUD HACIA
EL ENVEJECIMIENTO EN ADULTOS
MAYORES.**

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
YESSICA BARRÓN REYES

DIRECTORA DE TESIS:
DOCTORA: ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL

SINODALES:
DOCTOR: EDGARDO RUIZ CARRILLO
LICENCIADO: JOSÉ CARLOS ROSALES PÉREZ.



TLALNEPANTLA. EDO. DE MÉXICO, 25 DE ABRIL DEL 2006.



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.

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres, que son y serán la razón más importante que me impulsa a seguir adelante, por darme los mejores ejemplos de constancia y dedicación, también quisiera darles las gracias por su gran apoyo en los momentos más importantes de mi vida como lo ha sido mi desarrollo profesional. Asimismo quisiera agradecerles por hacer de mí y de mis hermanos las personas más felices del mundo. Gracias por todo lo que han hecho de nosotros, los amo.

A mis hermanos (Margarito, Yesenia, Yadira e Iván), ya que ustedes son la luz que ilumina mi camino día con día, les agradezco todo el apoyo que me han proporcionado, por la compañía en esos días difíciles de la vida. Gracias por nunca dejarme sola son muy importantes para mí, los quiero mucho.

A mis abuelitos (Margarito, Zenia, Yolanda y Pedro†) por haber respetado mis decisiones y por brindarme el apoyo que he necesitado a lo largo de mi vida, por ampliar mis perspectivas hacia el futuro, por mostrarme esa hermosa etapa que comienzan a vivir y por dejarme formar parte de ella, los quiero muchísimo.

A mi Tía Paty † que a pesar de su ausencia física me ha brindado la fuerza espiritual y la voluntad de salir adelante, ya que sé que ella se encontraría muy feliz de ver lo que ahora soy.

A mis tíos y primos que me han brindado su apoyo constante y desinteresado, ustedes han sido parte fundamental de mi desarrollo personal y les agradezco su apoyo en todo momento.

A mis amigos, ya que gracias a su apoyo y constancia hemos salido adelante en esta fase de la vida, por brindarme su apoyo y colaboración durante mi formación profesional. Gracias a todos.

A Erik, por ser el ejemplo de que la perseverancia y la dedicación son la mejor herramienta para enfrentar la vida; gracias por inspirarme a superarme cada día, por levantarme y brindarme tu apoyo en momentos difíciles. De corazón te agradezco tu tolerancia, alegría, seguridad y por dejarme formar parte de tu vida. Gracias por ser mi mano derecha ELMQMHP ELV.

A mis profesores quienes a lo largo de mi carrera profesional han sabido orientarme y proporcionarme las herramientas necesarias para crecer en el ámbito académico y profesional. Especialmente a la Doctora Ana Luisa, por su paciencia, comprensión y motivación que me ha proporcionado para culminar este reporte de investigación; al Doctor Edgardo Ruíz por recibirme en su casa brindándome hospitalidad y atenciones; de igual manera al Licenciado Carlos Rosales por su apoyo, comprensión y disposición al apoyarme en este proceso.

INDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
Capítulo 1. Psicología y Envejecimiento.....	7
1. Psicología de la vejez.....	7
1.2. Concepción de la vejez.....	10
1.2.1. Cambios físicos.....	12
1.2.2. Cambios sociales.....	15
1.2.3. Cambios psicológicos.....	17
Capítulo 2. Concepto de Actitud.....	21
2.1 Actitud hacia en envejecimiento.....	24
Capítulo 3. Concepción de la Calidad de Vida en los adultos mayores.....	29
3.1 Concepto de Calidad de vida en los adultos mayores.....	30
3.2 Instrumentos de medición de la Calidad de vida.....	32
Capítulo 4. Justificación.....	39
Capítulo 5. Delimitación del tema.....	41
5.1 Pregunta de Investigación.....	41
5.2 Objetivos.....	41
5.2.1 Objetivo General.....	41
5.2.2 Objetivos Particulares.....	41
5.3 Hipótesis.....	42
Capítulo 6. Metodología de la investigación.....	44
6.1 Diseño y tamaño muestral.....	44
6.2 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	44
6.2.1 Criterios de Inclusión.....	44
6.2.2 6.2.2 Criterios de Exclusión.....	44
6.2.3 Criterios de Eliminación.....	44
6.3 Materiales.	45
6.4 Instrumentos.....	45
6.5 Escenario.....	46
6.6 Definición de variables.....	47
6.7 Procedimiento.	49
Capítulo 7. Análisis de resultados.....	57

Capítulo 8. Discusión de resultados.....	57
REFERENCIAS.....	61
ANEXOS.....	67
ANEXO 1 FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS ...	68
ANEXO 2 INSTRUMENTO WHOQoL-100 VERSION EN ESPAÑOL...	71
ANEXO 3 ESCALA DE BIENESTAR SUBJETIVO.....	81
ANEXO 4 ESCALA DE DEPRESION	84
ANEXO 5 INFORME DE RESULTADOS	87

RESUMEN

El presente reporte de investigación tuvo como objetivo principal observar las asociaciones entre la actitud que tienen los adultos mayores con respecto a su propio envejecimiento, considerando su calidad de vida; ya que para la mayor parte de la población anciana se tiene un estereotipo erróneo del envejecimiento.

Para lo cual, se evaluaron a 106 adultos mayores de una clínica de salud de una zona urbana del estado de México, a los cuales se les valoró para analizar su calidad de vida de acuerdo a una estimación de tres instrumentos. Obteniendo que los adultos mayores conforme envejecen se van enfrentando a más deterioros físicos y enfermedades que los hacen sentir más viejos.

Un hallazgo relevante fue que la población tiene una actitud positiva hacia su propio envejecimiento y por lo tanto una calidad de vida buena. Siendo significativo que la actitud negativa hacia el envejecimiento, dependió de factores psicológicos-emocionales, más que el deterioro biológico o corporal.

Asimismo, las asociaciones entre la imagen corporal, los sentimientos tanto positivos como negativos resultaron significativos para dicha población de adultos mayores con relación a la actitud hacia su propio envejecimiento..

Palabras clave: Calidad de vida, Actitud hacia su propio envejecimiento, vejez.

INTRODUCCIÓN.

Actualmente, la preocupación de la población mundial es el incremento de las personas adultas mayores, sin embargo es poca la atención que se le ha proporcionado a la investigación de temas de la Tercera Edad, lo cual debería constituir un tema prioritario en nuestra sociedad, ya que nuestros mayores van quedando marginados de las familias nucleares y son apartados de los grupos de edad más jóvenes.

En México la esperanza de vida ha cambiado de 61 años en 1971 a 65.5 años en 1980 siendo este un aumento considerable; de la misma forma según datos de la Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (Programa de Acción para la Atención del Envejecimiento 2001-2006), en el año 2001 se rebasaron los 100 millones de habitantes con una esperanza de vida de 73.1 años para los hombres y 77.6 años para las mujeres, esperando que para el año 2050 sea superior a los 90 años. El incremento de los mayores de 60 años va de 7.05% en el 2001 a 7.9% en el 2006.

Pero 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, se mantienen e incluso se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas (Fierro, 1994).

Sin embargo, ¿Cómo sabemos cuando somos viejos?, ¿Qué quiere decir ser viejo o vieja?. Birren en 1980 (cit. en Mishara y Riegel, 1986), propuso que se pueden reconocer tres tipos de envejecimiento: el biológico, el psicológico y social. Y menciona que en la medida en que estas dimensiones del funcionamiento del ser humano le permitan adaptarse con éxito, tanto “menos viejo será”.

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. Por lo que a través de diversos estudios, se han evaluado diferentes tipos de poblaciones, para llevar a cabo mejoras en la Calidad de Vida de las mismas.

En este sentido, el concepto de Calidad de Vida puede ser utilizado para diferentes propósitos, como puede ser evaluar la necesidad de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de éstos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a poblaciones con problemas específicos y que afectan a la población en general.

Por lo tanto, el objetivo de este reporte de investigación es observar las asociaciones entre la actitud que tienen los adultos mayores con respecto a su propio envejecimiento en relación con su Calidad de Vida, así como sus relaciones entre otras medidas adjuntas.

Para comenzar, el capítulo 1 aborda algunos antecedentes de la Psicología de la vejez, así mismo algunos de los principales cambios físicos, sociales y psicológicos del proceso del envejecimiento.

Posteriormente en el capítulo 2, se proporciona un panorama general del concepto de la actitud y sus características principales, manejando ésto desde un enfoque de la Psicología social, para así llegar a una concepción del porqué los adultos mayores tienen una actitud negativa o positiva a la vejez.

Por otro lado, en el capítulo 3 se describen los principales conceptos e instrumentos de medición de la Calidad de Vida, así como la importancia de la misma en la intervención con adultos mayores. Enfocando la relación de la

Calidad de Vida y su importancia en el Bienestar Subjetivo de los adultos mayores.

En el capítulo 4, se presenta una justificación del reporte de investigación en donde se presenta una serie de indagaciones teóricas que ayudan a fortalecer el panorama actual de los adultos mayores.

Asimismo en el capítulo 5, se delimita el tema de nuestra investigación donde se presenta la pregunta de investigación, los objetivos así como las hipótesis.

De esta manera, en el capítulo 6 se plantea la metodología de este reporte de investigación; la cual presenta el diseño y tamaño muestral, los criterios de inclusión y exclusión, los materiales que se utilizaron, así como los instrumentos que se emplearon, las características del escenario donde se realizó la aplicación, la definición de variables y el procedimiento.

En cuanto al capítulo 7, se realiza un análisis de los resultados mostrando las diferencias encontradas entre las variables antes planteadas.

Deduciendo con ello en el capítulo 8, una discusión de resultados de los adultos mayores ante la Actitud hacia su propio envejecimiento en donde se plantea algunas recomendaciones para vivir un envejecimiento exitoso.

Por último se presenta un apartado de anexos en donde se pueden observar de manera más precisa, las evaluaciones que se les aplicaron, así como las tarjetas de apoyo para la facilitación de respuesta de dichas evaluaciones y un directorio de centros de atención.

Capítulo 1. Psicología y Envejecimiento.

1. Psicología de la vejez.

El envejecimiento se encuentra vinculado con las diferentes ideas o construcciones sociales respecto al proceso de vida; donde para cada etapa corresponden una serie de eventos y situaciones a ocurrir dentro de la misma. Para ello surge la gerontología que es la ciencia encargada de estudiar a las personas mayores y al proceso del envejecimiento.

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 (Fasce, 2001).

Esta sirvió para dar entrada a la gerontología clínica o psico-gerontología que se encarga de la evaluación y tratamiento de los trastornos mentales de la vejez. De modo que la rama de la Psicología que se interesa por el proceso de envejecimiento es la Psicología del envejecimiento.

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 Segunda 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 potencian tal estudio, se difunde el interés por el mismo y se sustenta su continuidad.

Es por ello que entre las finalidades de la Psicología de la Vejez se encuentran como objetivos principales el diagnóstico, la prevención, la promoción de la salud, la intervención, la rehabilitación, los cuidados paliativos y la evaluación de resultados, ésto se aplica tanto a personas sanas como enfermas (González-Celis, 2004).

En la Psicología del envejecimiento, se encuentran dos grupos de especialistas que la estudian: los gerontólogos y los psicólogos. Ésto fundamenta el interés por los adultos mayores, ya que ésto vuelve vigoroso y asentado el estudio de la vejez en muchos lugares del mundo.

El Colegio Oficial de Psicólogos para su difusión con motivo de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (Madrid, abril de 2002) y del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento 2002, proporcionó una serie de lineamientos en donde nos dan un claro ejemplo de cómo la Psicología del envejecimiento, desde hace tiempo ha ido dando respuesta y obteniendo importantes logros, tanto en su vertiente científica y de investigación, como en el aspecto aplicado, a muchas de estas necesidades:

- ❖ El apoyo a un envejecimiento positivo de aquellas personas que alcanzan este tramo de la vida, donde la autorrealización personal, el afrontamiento de una nueva etapa vital con cambios muy significativos en los estilos de vida, la ocupación del tiempo y las vivencias familiares y personales son de

trascendental importancia. En este sentido, la Psicología viene dando respuesta a diversos niveles, desde la preparación y la adaptación a la jubilación, al afrontamiento de las situaciones de duelo ante las pérdidas, pasando por todas las iniciativas tendientes al desarrollo cultural, intelectual y personal de los mayores. Dicho papel merece la importancia de los aspectos preventivos que la Psicología puede abordar para la promoción de unos hábitos y estilos de vida saludables.

- ❖ La atención a la dependencia, especialmente a aquellas personas afectadas por procesos neurodegenerativos que las incapacitan para su autonomía, es una de las líneas de intervención en las que la Psicología ha demostrado ser básica, tanto en el tratamiento de los propios mayores (rehabilitación cognitiva, intervención psicosocial, etc.) como en el apoyo psicológico a los familiares y cuidadores.
- ❖ Por otro lado, muchas de las áreas de intervención de la Psicología están abordando de forma cada vez más habitual diversos aspectos relacionados con el envejecimiento
- ❖ La Psicología Clínica, tradicionalmente relacionada con la intervención psicoterapéutica y en la que cada vez tienen mayor trascendencia las problemáticas relacionadas con el envejecimiento.

El interés por la vida y el envejecimiento ha sido una constante en la historia de la humanidad, pero a medida que maduramos y que nos transformamos interiormente, lo que llegamos a ser está ligado de forma inapelable a la naturaleza de nuestro mundo exterior. Reaccionamos en efecto ante las influencias culturales y sociales, por ejemplo al estilo de vida relacionado con un lugar específico, con una determinada época, en una sociedad concreta, con sus actitudes, sus creencias, sus leyes y sus reglamentos.

Aunque la vejez suele ser considerada como la edad más paradójica y contradictoria, siendo en esta etapa de la vida en donde se perciben cambios y deterioros en nuestro cuerpo, los cuales también afectan a quienes nos rodean, y reaccionamos consecuentemente. Sobrevienen también cambios psicológicos, los cuales influyen en nuestros pensamientos, sentimientos, creencias, valores, actitudes, conducta y personalidad y en nuestra manera de comportarnos con los demás.

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 propiamente 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 índice de cómo luchará con ellos en los años de la vejez. Lo que haya ocurrido en la biografía de la persona indudablemente influye en su concepto de la vejez (Tolstij, 1989).

1.2. Concepción de la vejez.

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. Todos éstos cambios, crean una peculiar fisonomía del viejo y hacen a todos los ancianos en cierto grado parecidos entre sí (Tolstij, 1989).

Envejecer es la creciente incapacidad del cuerpo de una persona de mantenerse por sí solo y realizar las cosas que hacía antes. El resultado es que con el paso del tiempo aumenta la probabilidad de fallecimiento. Aunque esta definición describe el proceso biológico, no explica el porqué envejecen las personas. Las teorías del envejecimiento se refieren al proceso de envejecimiento primario, que implica los cambios graduales e inevitables relacionados con la edad que aparecen en todos los miembros de una especie.

Este tipo de envejecimiento es normal y sucede a pesar de la salud, el estilo de vida activo y el carecer de enfermedades.

Sin embargo, la concepción de la vejez ha ido evolucionando a través de los años tratando de favorecer la integración de la población adulta y la sociedad actual al fomento de la participación social de las personas mayores, del aprendizaje a lo largo de toda la vida y a las oportunidades de desarrollo individual, autorrealización y bienestar a lo largo de todo el período vital. Esta perspectiva se ha llamado: envejecimiento activo.

El envejecimiento activo es un concepto clave, introducido en el Plan de Acción sobre Envejecimiento 2002, y que fue definido por la Organización Mundial de la Salud en un documento obtenido en un seminario (WHO, 2002).

Esta visión relativamente nueva del envejecimiento trata de superar y ampliar el ya bien conocido concepto "envejecimiento saludable". El envejecimiento activo se encuentra próximo a uno de los más recientes programas de gerontología y psicogerontología: el envejecimiento con éxito.

A partir de los años sesenta, los estudios longitudinales sobre el envejecimiento han puesto de manifiesto la enorme variabilidad del proceso de envejecimiento: el envejecimiento patológico y el envejecimiento exitoso son los dos polos de las maneras de cómo envejecen las personas. Se han realizado diversos intentos de descubrir cuáles son los criterios para definir o identificar los componentes del envejecimiento exitoso.

Baltes y Baltes (1990) han establecido los siguientes componentes: duración de la vida, salud biológica, salud mental, eficacia cognitiva, competencia social y productividad, control personal y satisfacción en la vida. Es fácil observar que de los siete criterios, cinco son psicológicos.

Igualmente, Rowe y Khan (1997) han descrito tres condiciones básicas que sirven de apoyo al envejecimiento con éxito: evitar la enfermedad y la

discapacidad, funciones cognitivas y físicas en grado elevado y el compromiso con la vida; también pueden descubrirse entre ellas componentes psicológicos principales.

1.2.1. Cambios físicos

El envejecimiento empieza con la concepción y termina con la muerte. En lo referente a los factores biológicos, se ha apuntado certeramente que los cambios que ocurren en el proceso de envejecimiento 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, la adolescencia, la madurez, la vejez y la muerte (Mishara, 1986).

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.

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 (Tolstij, 1989), 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.

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; el presbita no puede ya leer y se aburre.

En la Tabla 1, se describen los principales cambios físicos que se observan en la vejez.

ÓRGANO O SISTEMA	EFFECTOS NATURALES DEL ENVEJECIMIENTO	FACTORES ACELERADORES
Piel	Pierde espesor y elasticidad (aparición de arrugas) Se contusiona más fácilmente al debilitarse los vasos sanguíneos cercanos a la superficie	Proceso acelerado por el tabaquismo y la excesiva exposición al sol
Cerebro/ Sistema nervioso	Pierde parte de la capacidad de memorización y aprendizaje a medida que las células mueren Mayor lentitud de reacción ante los estímulos (los reflejos se debilitan)	Proceso acelerado por el consumo excesivo de alcohol y otras drogas, y por repetidos golpes en la cabeza
Sentidos	Se hacen menos agudos al irse perdiendo las células nerviosas	Proceso acelerado por el tabaquismo y la exposición constante a ruidos altos
Pulmones	Se reduce su eficacia al disminuir su elasticidad	Proceso acelerado por el tabaquismo, la contaminación del aire y la falta de ejercicio
Corazón	Bombea con menos eficacia, dificultando el ejercicio	Proceso acelerado por el consumo excesivo de alcohol y tabaco, y por malos hábitos alimenticios
Circulación	Empeora y aumenta la presión sanguínea al endurecerse las arterias	Proceso acelerado por lesiones y obesidad
Articulaciones	Pierden movilidad (rodillas, cadera) y se deterioran debido al desgaste y presión constantes (la desaparición del tejido cartilaginoso entre las vértebras provoca el "encogimiento" típico de la ancianidad)	Proceso acelerado por lesiones y obesidad
Músculos	Pierden masa y fortaleza	Proceso acelerado por la falta de ejercicio y la desnutrición
Hígado	Menor eficacia en el filtrado de toxinas de la sangre	Proceso acelerado por el abuso de alcohol e infecciones virales

Las modificaciones biológicas producen una falta de iniciativa psicomotriz principalmente por un enlentecimiento del funcionamiento psicomotriz. La división celular se enlentece y los tejidos se disecan. Esta disminución de la elasticidad aminora la realización psicomotriz, tanto en el plano cuantitativo como cualitativo.

Muchos ancianos se encorvan y mueven muy poco tanto sus extremidades superiores como inferiores. Prácticamente “arrastran” los pies al caminar y suelen auxiliarse con un bastón, baranda, pared, o el brazo de otra persona. Ésto trae como consecuencia disminuir las capacidades de desplazamiento del individuo, así como su desenvoltura en la locomoción.

El metabolismo disminuye, razón por la cual el viejo se vuelve “friolento” y percibe más achaques. La arteriosclerosis disminuye la presión sanguínea, el organismo es frágil ante el menor cambio térmico. Esta disminución de la presión sanguínea puede conllevar lesiones cerebrales. Los estudios han demostrado que el tejido conjuntivo, como la neuroglia, aumenta a expensas de los tejidos nobles, como las neuronas, que se atrofian. Las células nerviosas se degeneran, reduciendo de este modo los axones y las sinapsis, así como una disminución de la velocidad de conducción, lo que explica el enlentecimiento de la información y la falta de sensibilidad periférica de la persona de edad.

Estas primeras alteraciones neurológicas se manifiestan a nivel de los receptores sensoriales. Engendran dificultades de concentración, conceptualización, y de la función amnésica, atención, memoria (les cuesta recordar sucesos recientes, mientras mantienen “frescos” sus episodios pasados).

Existe una alteración del ritmo de sueño que corresponde a una alteración de las 24 horas y de la organización del sueño lento y paradójal: las fases no se respetan en duración. El insomnio y el sueño interrumpido frecuentemente, son muy comunes en los ancianos (Sandoval, 2001).

La persona de edad avanzada tiende a negar totalmente su cuerpo enfermo, viejo, puede que no quiera o no pueda responder, lo que concierne a las partes principales cabeza, brazo, piernas, pie equivocándose con la denominación de los dedos. Su piel está arrugada y seca. Su musculatura flácida; las uñas se vuelven quebradizas, secas; sus cabellos encanecen y caen fácilmente.

Una enfermedad insoportable o el simple hastío de vivir, son factores que afectan el ánimo del viejo y conspiran desfavorablemente para que el médico cumpla con éxito su labor beneficiosa. Se trata de pacientes en plena lucidez mental con absoluto conocimiento de causa, que se niegan a colaborar con su curador y mejor, imploran que éste les facilite los medios para alcanzar su deseo, que no es otro que precipitar el final.

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.

Existen diversas razones por las que las personas de edad se hayan “acostumbrado” desde hace mucho a no hablar de su cuerpo: en su época el cuerpo estaba escondido era un objeto tabú, no se hablaba de él no le era necesario, eso no se hacía. Lo que hace que hoy no sepan o no quieran hablar de ello. Ésto podría afectarle no sólo en su autoconcepto sino también en su autoestima, en sus ganas de vivir.

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, salud física y albergue.

1.2.2. Cambios sociales.

El progresivo avance en la investigación y en los métodos de atención, en el abordaje de numerosas enfermedades, ha dado lugar a un aumento muy significativo de la esperanza de vida. La forma en la que la población envejece no está totalmente determinada por la biología, también está influida por las circunstancias sociales y el ambiente individual.

En la actualidad este estereotipo se consolida, puesto que la imagen tradicional de sabiduría y experiencia queda relegada por la presión de los cambios globales donde la presentación personal tiene especial relevancia en la construcción de nuevos estilos de vida. Los cambios en la realidad social de la vejez conducen a cambios en las percepciones sociales sobre las personas mayores, especialmente entre los llamados viejos-jóvenes (Bazo, 1999).

Dentro de este contexto social están involucradas diferentes actividades que desempeñan los ancianos, dependiendo del dinero, la salud, la capacidad de moverse y las preferencias personales del individuo.

Uno de los principales problemas de las personas mayores es el nivel de ingresos y el bienestar económico. Dado que la mayoría de las personas mayores ya no trabajan, necesitan disponer de algún tipo de ayuda económica.

Las sociedades industrializadas conceden, por lo general, sistemas de pensiones y servicios de seguros médicos, los cuales no les son satisfactorios con respecto a sus necesidades verdaderas por ello optan por vivir con algún familiar para aligerar sus necesidades. Tanto las personas mayores como sus hijos expresan una fuerte preferencia por una forma de vida independiente, aunque la mayor parte de las primeras viven próximas a alguno de sus hijos.

Laforest (1991) menciona que la disminución o pérdida de la autonomía personal es una de las más frecuentes manifestaciones de la alteración de la identidad personal de las personas de edad. Ésto es resultado, las más de las

veces, de la disminución de las capacidades funcionales del organismo, en relación con órganos específicos como el oído y la vista, o en relación con el conjunto del organismo como el andar o la digestión. Señala que cuando la persona pierde su autonomía o cree perderla, deja de considerarse capaz de tomar decisiones, creyendo que ya no puede ejercer influencia alguna en los acontecimientos de su vida; lo que provoca disminución de iniciativa, actitud apática que va en aumento y en ciertos casos, se observa una pérdida del deseo de vivir.

En la tercera edad, las relaciones sociales pueden estar dificultadas por factores como limitaciones de salud, fallecimiento de miembros de la familia y amigos, pérdida de compañeros de trabajo y falta de un medio de transporte adecuado al alcance de su bolsillo. En cambio muchas personas mayores invierten todo el tiempo y la energía posible en estar con amigos y familiares y muchos encuentran nueva compañía en centros especiales y clubes de ocio para la tercera edad.

Algunas de las actividades más populares para ocupar el tiempo libre en la vejez son la jardinería, la lectura, ver la televisión, observar acontecimientos deportivos, participar en actividades sociales, visitar amigos y familiares, pasear y poner interés en sucesos educacionales y creativos.

Un aspecto relevante para el adulto mayor es la participación en actividades de tipo cultural o recreativas y sobre todo aquellas que se refieren a actividades de tipo religioso, ante los diferentes cambios que ocurren durante esta etapa de envejecimiento la ocurrencia de eventos estresantes es continua, así, este constante enfrentamiento con los cambios ocurridos provocan en el anciano una serie de alteraciones y el participar en actividades sociales le permiten un reajuste; es por ello que la pertenencia algún grupo o asociación se torna importante.

Esta situación hace importante un cambio social en pro de una cultura del envejecimiento que permita una visión panorámica de las necesidades que esta población requiere, pero sobre todo que la percepción respecto a esta etapa de la

vida se modifique en función de lograr un mejor estado de bienestar y plenitud que permita una adaptación favorable de los cambios suscitados durante esta etapa.

1.2.3. Cambios psicológicos.

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.

El modo de actuar, de pensar, sentir e interpretar la realidad de una persona constituyen condiciones psicológicas relacionadas con la salud, la participación social y la seguridad en la vejez. Los factores psicológicos y conductuales dependen de un sinfín de transacciones a lo largo de todo el ciclo vital entre un organismo biológico y su contexto socio-histórico.

En un momento dado de la vida cómo una persona actúa, piensa, siente e interpreta la realidad es el producto de tales transacciones, pero también, los factores psicológicos determinan otras condiciones futuras de la vida tales como la salud, la participación social y el bienestar.

En la misma línea, el grado en el cual una persona cree que es competente en una situación determinada y es capaz de controlar su propia vida se relaciona con el nivel en el que puede ser productivo en las situaciones cotidianas de su vida; el modo de afrontar las situaciones de estrés están asociadas con recobrase de una enfermedad o no poder sobrevivir (Lazarus y Folkman, 1995); el modo de relacionarse con sus familiares tiene que ver con la participación social; el modo de prepararse por sí mismo para la jubilación guarda una estrecha relación con la seguridad en la vejez; y por último, el grado hasta el cual ha desarrollado aptitudes cognitivas se asocia con la mortalidad, la longevidad y la participación activa y la productividad (Smith, 1999; Whalley y Deary, 2001).

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. Pero ¿qué hay de las actitudes de los ancianos con respecto a su propio envejecimiento?

Algunas veces a las personas mayores se les etiqueta incorrectamente como "seniles"; el malentendido es que ya no pueden pensar por sí mismos. Sin embargo, generalmente, las personas mayores continúan haciendo buen uso de sus poderes creativos, y de la misma forma que sucede con otras partes del cuerpo, el cerebro funciona mejor si se le usa regularmente.

La aptitud intelectual de los ancianos sanos tiende a conservarse en forma adecuada hasta la octava década de la vida. Las funciones atencionales no muestran cambios significativos. Tanto la atención sostenida (la vigilancia) como la atención selectiva (la capacidad de discriminar los estímulos relevantes de los irrelevantes) se encuentran relativamente preservadas. Podemos observar, además, cambios mínimos en la memoria sensorial y de corto plazo y cambios evidentes en la memoria de largo plazo más reciente. Éstos últimos obedecerían a dificultades en la búsqueda de la información y no debido a problemas en su almacenamiento.

Es interesante destacar la influencia de la educación sobre el grado de deterioro cognitivo. La prevalencia de déficits cognitivos significativos es mayor en grupos de ancianos con escaso nivel de educación formal que en aquellos con más años de estudio.

La educación aumentaría el número y la complejidad de las conexiones sinápticas, y por ende los sujetos más instruidos tendrían mayor reserva funcional.

En la población de edad avanzada, el déficit de las funciones mentales superiores está entre los más temidos porque se asocia con la pérdida de

autonomía, de la misma manera que las situaciones de incapacidad física. Estas condiciones pueden provocar vivencias de desamparo, impotencia y depresión.

Se puede comprobar algunos síntomas de la población anciana como ansiedad, imagen pobre y baja autoestima se relacionan con los cambios corporales y con un estereotipo de dependencia que influyen negativamente en su imagen. En la actualidad este estereotipo se consolida, puesto que la imagen tradicional de sabiduría y es con los cambios corporales y con un estereotipo de dependencia que influyen negativamente en su imagen.

Por otro lado, nos proporcionan las bases emocionales de nuestras relaciones interpersonales y de identificación con los demás.

El centro de cualquier estrategia de promoción de la salud o de prevención de la enfermedad reside en el cambio conductual y, consecuentemente, en el núcleo de dichas estrategias se encuentran siempre el conocimiento y los procedimientos de intervención psicológicos (Matarazzo, 1980).

Capítulo 2. Concepto de Actitud.

A lo largo de la vida, las personas adquieren experiencia y forman una red u organización de creencias características, entendiendo por creencia la predisposición a la acción.

La actitud engloba un conjunto de creencias, todas ellas relacionadas entre sí y organizadas en torno a un objeto o situación. Las formas que cada persona tiene de reaccionar ante cualquier situación son muy numerosas, pero son las formas comunes y uniformes las que revelan una actitud determinada.

Las actitudes son determinantes sobre la conducta, ya que están ligadas a la percepción, a la personalidad y a la motivación. Una actitud es un sentimiento o estado mental positivo o negativo de buena disposición, conseguido y organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia específica sobre la respuesta de la persona a los demás, a los objetos y a las situaciones. Las actitudes se aprenden; también definen nuestra predisposición hacia determinados aspectos del mundo.

Asimismo, se organizan muy próximos al núcleo de la personalidad. Algunas actitudes son persistentes y duraderas, otras, sin embargo, como es el caso de las variables psicológicas, están sujetas a ciertos cambios.

Las actitudes son parte intrínseca de la personalidad del individuo. Algunas teorías sostienen que las personas buscan la congruencia entre sus creencias y sus sentimientos hacia los objetos, y que las modificaciones en las actitudes dependen de que cambien los sentimientos o las creencias.

Los individuos poseen actitudes estructuradas compuestas de diversos elementos afectivos y cognitivos. Un cambio en uno de ellos precipita un cambio en los demás. Cuando estos componentes son inconsistentes o exceden el nivel de tolerancia de la persona aparece la inestabilidad.

Las actitudes pueden tener distintos orígenes: la familia, los grupos de amigos o las experiencias en empleos anteriores. Las experiencias primeras en

la familia contribuyen a formar las actitudes individuales tales como la cultura, las costumbres y el lenguaje influyen sobre las actitudes.

La actitud designa la orientación de las disposiciones más profundas del ser humano ante un objeto determinado. Existen actitudes personales relacionadas únicamente con el individuo y actitudes sociales que inciden sobre un grupo de personas.

El descubrimiento de que las actitudes siguen a las conductas, y viceversa, emerge de la suposición, ampliamente demostrada, de que los individuos desean preservar la consistencia lógica en sus puntos de vista sobre ellos mismos y sobre su entorno.

Vander Zanden en 1986, determina que una actitud es una tendencia o predisposición adquirida y relativamente duradera a evaluar de determinado modo a una persona suceso o situación y actuar en concordancia con dicha evaluación. Constituye una orientación social, una inclinación subyacente a responder a algo de manera favorable o desfavorable. En tal sentido una actitud es un estado de ánimo (cit. en: Fasce, 2001).

Los psicólogos sociales comprenden tres elementos componentes en una actitud:

- a) El componente cognitivo que es el modo en que se percibe un objeto, suceso o situación; los pensamientos, ideas, creencias que un sujeto tiene acerca de algo.

Cuando el objeto de la actitud es un ser humano, el componente cognitivo con frecuencia es un estereotipo, vale decir un cuadro mental que nos forjamos de una persona o de un grupo de personas. Lo que se hace es tipificar a individuos y grupos en juicios de tipo abarcador. Si bien los estereotipos son convenientes tienen una importante falla, pues carecen de exactitud.

- b) El componente afectivo de una actitud consiste en los sentimientos o emociones que suscita en un individuo la presentación efectiva de un

objeto, suceso o situación, o su representación simbólica. El nivel emocional se diferencia del cognitivo pero ambos pueden presentarse juntos.

- c) El componente conductual es la tendencia o disposición a actuar de determinada manera con referencia a un objeto, suceso o situación. La definición pone el acento en la tendencia no en la acción en sí.

Sin embargo León en 1996, menciona que en cuanto a la funciones de las actitudes éstas se define los siguientes tipos:

Función de adaptación, los seres humanos procuran maximizar las recompensas y minimizar las penalidades, por lo tanto desarrollan actitudes que los ayudan a cumplir con ese objetivo. Tienden a favorecer a partidos o candidatos políticos que promuevan su fortuna económica. Ciertas actitudes sirven para protegernos de reconocer variedades básicas sobre nosotros mismos o sobre la dura realidad de la vida. Actúan a manera de mecanismo de defensa evitándonos padecer un dolor interior, uno de esos mecanismos es la proyección: atribuimos a ciertos rasgos nuestros que consideramos inaceptables y hacerlo así nos disociamos de tales rasgos.

Función de expresión de valores, estas actitudes nos ayudan a dar expresión positiva a nuestro valores centrales y al tipo de persona que imaginamos ser; refuerzan nuestro sentimiento de autorrealización y expresión de sí.

Función de conocimiento, en la vida procuramos alcanzar cierto grado de orden, claridad en nuestro marco personal de referencia, buscamos comprender los acontecimientos que nos afectan y conferirles sentido.

Las actitudes nos ayudan al suministrarnos patrones de evaluación, mientras que los estereotipos nos brindan orden y claridad respecto de las complejas y desconcertantes cuestiones que obedecen a las diferencias humanas (cit. en Fasce, 2001).

El interés en estudiar las actitudes en relación con todas las edades, es una explicación más probable de que existe un cambio “teórico” de las actitudes con la edad. Muchos estudios han mostrado que las personas de edad avanzada tienen actitudes más conservadoras con respecto a temas políticos, económicos y sociales en comparación con las de mediana edad (Berryman, 1994).

Aunque la actitud puramente emocional (y por ello, no científica) hacia la vejez como degradación solo dificulta la organización de su estudio, el progreso en esta importante esfera de nuestra vida y nuestros conocimientos (Tolstij, 1989).

Actualmente la actitud hacia la vejez ha cambiado radicalmente, lo cual ha afectado también la autoconciencia del hombre de edad avanzada. Aunque el proceso de saber vivir la vejez cuentan mucho en las actitudes y acciones de la sociedad en que el individuo envejece.

2.1 Actitud hacia en envejecimiento.

En muchos sentidos las personas mayores se encuentran en desventaja tanto por el culto a la juventud existente en nuestro tiempo como por la tendencia de la sociedad occidental a rechazar la muerte. Aunque a las personas mayores se les suelen aplicar los estereotipos de débiles y dependientes de las generaciones más jóvenes para tomar sus decisiones, a menudo tienen un gran nivel de moralidad, satisfacción de la vida y autoestima.

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. La forma en que una persona resuelva sus problemas en la edad adulta será un buen índice de cómo lidiará con ellos en los años de la vejez. Lo que haya ocurrido en la biografía de la persona indudablemente influye en su concepto de la vejez.

Sin embargo, es importante lograr hacer un balance y elaborar la proximidad hacia un futuro como lo es el envejecimiento. En la tercera edad se torna relevante el pensamiento reflexivo con el que se contempla y revisa el

pasado vivido. Aquel que posee integridad se hallará dispuesto a defender la dignidad de su propio estilo de vida contra todo género de amenazas físicas y económicas.

Los estereotipos respecto de la vejez mediatizan la visión que la población general tiene sobre sus posibles necesidades, los valores y los beneficios que pueden tanto aportar como recibir de la sociedad. Y como parte integrante de la sociedad, también encontramos como variables intervinientes las actitudes de los distintos profesionales, que de una u otra forma se dedican a la atención del anciano.

Desde los años 70's Palmore, Butler y otros autores han trabajado la temática, rescatando entre las actitudes negativas más difundidas las siguientes (cit. en el Primer Congreso Interdisciplinario Ancianidad y Familia, 1992):

- Creencia de que el envejecimiento supone inevitablemente deterioro.
- Pesimismo sobre la posibilidad de que los ancianos puedan cambiar sus patrones conductuales.
- La creencia de que es inútil invertir esfuerzos en personas con una expectativa de vida limitada.
- La idea de que la enfermedad mental en ancianos es inevitable, intratable e irreversible.
- Creencia que lleva a una falta de prevención y tratamiento, aumentando la probabilidad de que se confirme la idea original.

En sociedades poco letradas, con frecuencia se valora a los viejos, se les respeta, y aún se les teme, como fuentes de conocimiento y sabiduría. En contraste, en las sociedades industrializadas contemporáneas, con frecuencia parecen ser valorados de manera negativa, considerándolos como seniles, "pasados de moda" y un desperdicio inútil de los recursos económicos y sociales de las naciones. Aunque es exagerado considerar que esta actitud es completa y universal.

Ocasionalmente a este tipo de comportamiento se le llama gerontofobia, o bien discriminación hacia los ancianos se ve en las actitudes, descripciones comunes y bromas acerca de ellos. Puede ser particularmente notable en el caso de las mujeres, que están en desventaja con respecto a los varones, por la recompensa que la sociedad otorga a la juventud en estándares atractivos (Berryman, 1994).

Featherstone en 1987, explica que el temor a envejecer deriva del miedo a perder el dominio del cuerpo, cuyo proceso de control ha sido paralelo al proceso de civilización. Por lo tanto, el cuerpo envejecido es una fuente de ansiedad que se corresponde con el temor a no ser civilizado.

De esta forma, el cuidado del cuerpo se contempla como un medio de combatir el envejecimiento y, a la larga, evitar ciertas características asociadas a los ancianos. La apariencia física es mucho más que una forma corporal. Bañuelos en 1994, señala como el traslado de significado de lo físico al significado de comportamiento los rasgos físicos se convierten en rasgos de personalidad (Bazo, 1999).

El grado de desarrollo de la personalidad influye en cómo el individuo enfrenta los cambios de la vejez (declinación física, jubilación, pérdida de estatus, de las relaciones sociales) y un yo fortalecido permitiría una buena vejez; dejando vislumbrar los procesos de duelo característicos.

Pinquart y Sörensenb en el 2001, realizaron un meta-análisis fue utilizado sintetiza resultados a partir de 300 estudios empíricos en diferencias del género en la satisfacción de la vida, la felicidad, la autoestima, la soledad, la salud subjetiva, y la edad subjetiva en la edad adulta. Las mujeres más ancianas divulgaron un perceptiblemente bienestar subjetivo más bajo y un concepto positivo de sí mismo más bajo que hombres en todas las medidas, excepto edad subjetiva, aunque el género consideró al menos el de 1% de la variación en bienestar y concepto de sí mismo. Las diferencias más pequeñas con respecto al género en el bienestar subjetivo fueron encontradas en el grupo más joven que en los más viejos.

Levy, Slade y Kasl en el 2002, encontraron que el autoconcepto de envejecer era más positivo en 1975, y divulgaron una salud funcional mejor a partir de 1977 a 1995, cuando controlaron las medidas de la línea de salud funcional, autoestima, de edad, de género, de raza, y de estado socioeconómico. La muestra consistió en 433 participantes en el estudio longitudinal en Ohio del envejecimiento y del retiro, un estudio basado en la comunidad de los individuos de entre 50 y más viejos, que fueron entrevistados; donde dicho estudio sugiere que la manera de la cual la se perciben los individuos hacia su propio envejecimiento afecta su salud funcional.

En la actualidad se ha ido observando una actitud más saludable hacia la vejez, se busca comprenderla, explorar los aspectos emocionales, morales y prácticos que la circundan, y tratar de hacer esta consecuencia de la vida como un hecho positivo hasta donde sea posible. Ya que los seres humanos no son receptores pasivos de las actitudes de la sociedad a medida que envejecen, muchos, quizás la mayoría, pertenecen tan satisfechos como siempre con su vida, tan seguros de su propia valía y utilidad para los demás.

La felicidad en la vejez depende más de una actitud positiva que de la salud que se tenga, señala un estudio realizado en el 2003 por el *Sam and Rose Stain Institute for Research on Aging*, donde centra la atención por la inusual consideración de criterios subjetivos para evaluar el estado del envejecimiento. En esta investigación se examinó a 500 voluntarios de edades comprendidas entre los 60 y 98 años, que vivían independientemente y que habían padecido diversas enfermedades, como el cáncer, fallos cardiacos, diabetes, problemas mentales u otro tipo de disfunciones. Se le pidió a los participantes que evaluaran su envejecimiento en una escala del 1-10, siendo 10 un grado de buena calidad de vida en la vejez (cit. Rowlands en

La media de esta valoración entre los encuestados fue de 8.4, lo que desvela la actitud positiva dominante respecto a cómo vivían su envejecimiento. Menos del 10% de los entrevistados asociaban la calidad de su envejecimiento con el estado de salud corporal.

Por esta razón, una vejez plena de sentido es aquella en la que predomina una actitud contemplativa y reflexiva, reconciliándose con sus logros y fracasos, y con sus defectos. Se debe lograr la aceptación de uno mismo y aprender a disfrutar de los placeres que esta etapa brinda.

Capítulo 3. Concepción de la Calidad de Vida en los adultos mayores.

El constructo de Calidad de Vida tiene sus raíces en la investigación clínica, los avances tecnológicos en la medicina logran aumentar la esperanza de vida en términos del número de años. Sin embargo, la calidad con que se viven éstos años llega a cuestionarse, ya que las condiciones de quienes sufren una enfermedad, sobre todo una enfermedad crónica o invalidante, suelen implicar limitaciones y deterioros sobre la persona, ya sea por que afecta al equipo biológico del paciente, o como una consecuencia de las mismas intervenciones terapéuticas que frecuentemente vienen acompañadas de efectos colaterales que deterioran el bienestar general de los individuos.

El estudio de la Calidad de Vida, del bienestar, de la felicidad o de la salud se remonta a siglos atrás. Pero no es hasta finales del siglo XVIII y principios del XIX, cuando comienza a resaltar los derechos humanos y de los ciudadanos cuando la calidad de vida adquiere una expansión social y política.

El concepto surge del la época de la Ilustración, donde el propósito de la vida humana es la vida por sí misma. En el siglo XIX la sociedad se preocupa por su salud y propone “más felicidad a mayor número de ciudadanos” y se intenta planear una reforma social a través del Estado de Bienestar.

A fines de los 70's comienzan a realizarse diversas investigaciones sobre la calidad de vida en E. E. U. U. En el siglo XX Pigou (1994) y Setién (1995) realiza una investigación de calidad de vida en los años 70's y surge la teoría de Ogburn sobre el cambio social, donde sostiene que para explicar el cambio social hay que estudiar la cultura y su evolución, ya que sus principales causas son los cambio de orden tecnológico.

Ogburn trabajó en *Recent Social Trends* y en un artículo en *American Journal of Sociology*. Pero no es hasta 1966, cuando Lindón B. Jonson quien publica y utiliza el término de calidad de vida en donde abarca 10 temas de interés social como pobreza, urbanización, orden público, etc.

Así mismo, en Europa en el año 2001 Steverink, Westerhof, Bode y Dittmann-Kohli investigaron la experiencia personal del envejecimiento, los recursos relevantes de cada persona, y las consecuencias para el bienestar subjetivo en una muestra de 4034 alemanes ancianos de 40 a 85. Los datos revelaron tres dimensiones de las experiencias del envejecimiento como particularmente relevantes: (a) declinación física, (b) crecimiento continuo, y (c) pérdida social. No solamente siendo más joven pero también teniendo una salud subjetiva mejor, una renta más alta, menos soledad, una educación más alta, y mayor esperanza fueron asociados negativamente a la declinación física, a la pérdida social y asociados positivamente al crecimiento continuo.

Las tres dimensiones de la experiencia del envejecimiento también fueron encontradas para ser relacionadas de manera positiva y negativa, a excepción de la declinación física, a la satisfacción de la vida.

3.1 Concepto de Calidad de vida en los adultos mayores.

La Calidad de Vida, como objeto de estudio de la Psicología y de las Ciencias del Comportamiento, es un componente central del Bienestar Humano, que está muy relacionado con otros aspectos del funcionamiento humano, como la salud, el afrontamiento, la solución de problemas, el control, la auto-eficacia, y el desarrollo de habilidades sociales, tanto en la familia, en la escuela, en el ámbito laboral, o en la comunidad.

Es por tanto que la Calidad de Vida ha sido y es objeto de estudio del conocimiento científico psicológico, en virtud de que se relaciona 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, y los estilos de vida saludables, entre otros aspectos psicológicos (Nieto, Abad y Torres, 1995).

La Calidad de Vida se asocia con algunos factores del funcionamiento humano de naturaleza eminentemente psicológica, 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 sanas de parejas, familiares o sociales, la realización personal, los estilos de vida saludables, entre otros. Por tanto, si las personas disfrutan 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.

Puede entenderse a la calidad de vida como el *“grado en que una sociedad posibilita la satisfacción de necesidades (materiales y no materiales) de los miembros que la componen. Tal capacidad se manifiesta a través de las condiciones objetivas en que se desenvuelve la vida social y en el sentimiento subjetivo que de la satisfacción de sus deseos socialmente influidos y de su existencia poseen los miembros de la sociedad”* (Setién 1993, pp. 137-138).

La calidad de vida se ha utilizado para evaluar las condiciones de vida de la población general y para ello se han incluido variables objetivas, observables y cuantificables en función de criterios externos, por ejemplo, ingresos económicos, vivienda, trabajo, educación y ambiente, entre otras.

De tal suerte, la valoración que cada sujeto hace de su calidad de vida se basa en gran medida en un proceso cognitivo de comparación, cuyos criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades

Una de las propuestas más comprensivas sobre el concepto calidad de vida es la Katschnig (2000, pp.6) 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”*.

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 un 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”*.

Aunque para la calidad de vida en la tercera edad va a depender de las oportunidades, de las formas en cómo transcurre la vida, no sólo depende de los recursos cuantitativos, sino de cómo es el desarrollo cualitativo de su vida, con quiénes se vincula el adulto mayor, cómo lo hacen, dónde se dirige cuando tiene necesidades particulares, a quién frecuenta, etc.

Es por ello que la Psicología tiene un papel decisivo en la definición de las dimensiones que permitan la operacionalización del constructo de calidad de vida

3.2 Instrumentos de medición de la Calidad de vida.

En la primera mitad del siglo pasado, la calidad de vida en las naciones se midió a través de los niveles de vida materiales. Mientras más alto había sido el nivel de un país, se suponía mejor vida de los individuos. De tal suerte, que

calidad de vida se relacionaba comúnmente con medidas económicas como el Producto Interno Bruto (PIB). Esta concepción materialista de la calidad de vida fue cuestionada hasta la década de los sesentas con el Movimiento de Indicadores Sociales, en donde aspectos sociales como añadieron al constructo calidad de vida. A partir de ahí se han propuesto diferentes medidas para la calidad de vida.

La Investigación en Indicadores Sociales se ha abocado a estudiar las mediciones de la Calidad de Vida en la sociedad, basándose en las descripciones de qué tan bien viven los ciudadanos, es decir acerca del nivel de vida; o si esa vida es mejor o peor, como indicador del progreso social (Nieto, Abad y Torres, 1998).

Asimismo se observa que existen múltiples instrumentos contruidos a partir de diversas metodologías suficientemente válidas y confiables, para evaluar las variables objetivas y los factores que están incluidas en el constructo de calidad de vida.

Aunque las definiciones varían, el concepto de calidad de vida abarca tres dimensiones globales: a) aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional; b) el acceso a los recursos y las oportunidades para usar estas habilidades para conseguir los intereses; y c) la sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones a menudo se designan como calidad de vida objetiva, y la última como calidad de vida subjetiva. Dentro de estas dimensiones globales se han identificado distintos dominios de vida, como la salud, la familia, las relaciones sociales, el trabajo, la situación económica y el lugar de residencia (González-Celis, 2002).

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. El espectro de indicadores para la medición de éstos incluye

cinco dominios principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción.

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.

De ahí que los instrumentos de calidad de vida relacionada a la salud, también abarquen dominios de la vida e incluyan reactivos 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 (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa,2002).

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.

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; el segundo método, es identificar un conjunto de ítems comunes, como relevantes para un amplio rango de culturas, y el tercer método es el construir una medida de calidad de vida que fuera confiable y válida en un rango amplio de diferentes culturas.

A partir de la iniciativa del grupo de trabajo de la OMS para desarrollar un instrumento de medición de calidad de vida que resultara válido para un amplio sector de culturas, éste se ha traducido a diferentes idiomas, existen por lo menos

30 versiones lingüísticas del *WHOQoL-100* y del *WHOQoL-Bref* en su versión breve (Power y Harper, 1999).

El *WHOQoL-100* y el *WHOQoL-Bref* son instrumentos diseñados para evaluar la calidad de vida en general y la salud percibida, e intenta incluir medidas del impacto de la enfermedad y del deterioro de las actividades de la vida diaria y del comportamiento, así como medidas de discapacidad o nivel funcional. Asimismo incluye áreas que no habían sido identificadas dentro de los instrumentos de calidad de vida empleados por otros autores, tales como el impacto del medio ambiente y las relaciones sociales (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2004).

Smith, Kohn, Savage-Stevens, Finch, Ingate y Yeon-Ok en el 2000, realizaron un modelo teórico que liga la ayuda social a la creencia global en control primario y proporciona una perspectiva de desarrollo en cómo los cambios relativos a la edad normativos alteran la creencia del control, éste fue examinado con datos a partir de 482 adultos ancianos. La creencia generalizada en control primario fue presumida para tener un efecto positivo directo en bienestar psicológico y para presentarse a partir de dos fuentes distintas: (a) interpersonal (que obtiene extremos positivos con interacciones con otras) y (b) personal (que alcanza resultados deseados en realizar cosas propias).

La edad de 55 a 78 años fue considerada como aquella en la que ambos tipos de fuentes indirectas como resultado de cambios relativos a la edad en salud física y ayuda emocional. Aunque la salud física fue presumida para tener un efecto positivo directo en bienestar psicológico, el efecto de la ayuda emocional en bienestar fue mediado por los aspectos interpersonales y se percibió control primario. Ésto es que mientras mejor bienestar psicológico tengan las personas mayores mejor será su capacidad para desplazarse y satisfacer sus necesidades propias.

Sin embargo, los estudios de calidad de vida permiten buscar información con metodología y técnicas adecuadas, acerca de cómo se están estructurando las condiciones de vida en la sociedad, en las instituciones, en la familia y en el individuo, así como las consecuencias que puedan producir en la salud y el bienestar de las personas. Por tanto, permiten estimar la calidad de vida que se está gestando y orientar dichas condiciones para propiciar los objetivos de intervenciones biomédicas o psicoterapéuticas.

Pero otra escala apropiada para evaluar la Calidad de vida es midiendo el Bienestar de las personas, ya que existe evidencia que demuestra la importancia del bienestar subjetivo en la Calidad de vida del anciano, reconociéndolo como un indicador en la experiencia del envejecimiento (González-Celis y Sánchez-Sosa, 2000; 2001).

El bienestar se relaciona con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social (Victoria y González 1999), y es, en esencia, es una experiencia humana vinculada al presente. 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.

Algunos investigadores como Lawton (cit. en González-Celis, 2004) menciona que el 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, entre cuánto esperaba realizar en la vida y cuánto ha logrado.

Algunos estudios como el de Quintero y González en 1997, demuestra que la percepción del bienestar subjetivo estará condicionado por el apoyo psicológico y social que reciba el anciano, y que este influirá en conjunto con las características

individuales, motivaciones, valores y preferencias en la Calidad de vida de las personas (González-Celis, 2004).

Muchos estudios de validación de cuestionarios o instrumentos para evaluar calidad de vida y bienestar han sido realizados en grupos de enfermos psiquiátricos (Ritsner y col 2002) demostrando la utilidad de los mismos para evaluar calidad de vida en éstos tipos de enfermos. Otros estudios de validación han sido realizados para encontrar metodologías útiles que permitan evaluar la calidad de vida y el bienestar en pacientes con cáncer (Carlsson y Hamrin 2002; Korevaar y col 2002) o para realizar validaciones transculturales (Matsumoto 2002; Fumimoto 2001), en enfermos sometidos a hemodiálisis (Saxena 2001), en enfermos asmáticos (Chan-Yeung 2001) y en enfermos cardiovasculares (Treasure 1999).

Muchas de estas escalas sólo toman en cuenta el componente de satisfacción del bienestar, por lo que nos ha parecido oportuno desarrollar una metodología que abarque ambos elementos. De manera coherente con nuestra posición, Lucas y Diener han destacado que la satisfacción con la vida debe complementarse con la consideración de los afectos positivos y negativos y tenerse en cuenta todos éstos elementos al evaluar el bienestar subjetivo (Lucas y col 1996).

Capítulo 4. Justificación.

Para el caso de México la esperanza de vida ha cambiado de 61 años en 1971 a 65.5 años en 1980 siendo este un aumento considerable; de la misma forma según datos de la Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (Programa de Acción para la Atención del Envejecimiento 2001-2006), en el año 2001 se rebasaron los 100 millones de habitantes con una esperanza de vida de 73.1 para los hombres y 77.6 para las mujeres, esperando que para el año 2050 sea superior a los 90 años (Figura 1). El incremento de los mayores de 60 años va de 7.05 en el 2001 a 7.9% en el 2006. (González-Celis, 2004, p.3).

Por lo que en esta etapa de la vida, la posibilidad de estar físicamente discapacitado por enfermedad aumenta, por ello los gerontólogos suelen establecer una distinción entre dos grupos de adultos mayores: los mayores-jóvenes y los mayores-mayores (Dulcey-Ruíz, 2004). Partiendo de lo anterior es que se considero tomar como sujetos a personas de 60 años en adelante.

De tal manera que los estudios gerontológicos y geriátricos han puesto énfasis en las pérdidas y decrementos del adulto mayor, de modo que los resultados de las investigaciones y de las actitudes generales han sido poco prometedores, parecieran que el envejecer es sinónimo de decadencia, torpeza, incompetentes.

Por otro lado dentro del estudio del adulto mayor, una parte que resulta interesante resaltar son las actitudes ante la vejez, por la razón de que es el factor que impulsa al adulto mayor ha percibirse a sí mismo y de observar como es que lo percibe su contexto familiar y social.

La forma en que percibimos la realidad, está determinada por la forma de ver las cosas, es decir, esta determinada por nuestras creencias, esquemas o actitudes; estas a su vez son determinantes al interpretar las situaciones de cómo se sienten y cómo se comportan las personas (Roca, 2005).

Así el cuerpo se convierte en un espejo donde se reflejan nuestras costumbres, estilo de vida, alimentación, actitudes, vivencias pero sobre todo los cuidados, precauciones y enfrentamientos ante las enfermedades; por tanto la salud es un proceso de construcción constante donde influyen aspectos sociales, culturales, ambientales e ideológicos.

El optimismo y la actitud de “hacer frente” a las cosas son más importantes para conseguir un envejecimiento exitoso que las mediciones tradicionales de salud y bienestar. Es decir, que el estado físico no es sinónimo de un envejecimiento óptimo. Por el contrario, una buena actitud es casi una garantía de un buen envejecimiento.

Sin embargo los profesionales de la Psicología de la vejez, no mencionan cómo es que los adultos mayores se perciben a sí mismos, a partir de sus cambios físicos, psicológicos, experiencias personales y sociales. Es por ello que este reporte de investigación tiene como finalidad principal considerar a la actitud como factor importante en el bienestar del adulto mayor; ya que esta parte de la población es inmensamente variable en sus cualidades, sentimientos, experiencias, roles y cambios, pero sobre todo son diferentes entre sí. La actualmente las condiciones sociales proporcionan herramientas y alternativas para que la mayoría de los adultos mayores puedan tener un envejecimiento pleno.

Capítulo 5. Delimitación del tema.

5.1 Pregunta de Investigación.

¿Podría la actitud hacia su propia vejez ser un elemento determinante de la calidad de vida en los adultos mayores?

5.2 Objetivos

5.2.1 Objetivo General.

Describir las asociaciones entre la actitud de los adultos mayores hacia su propia vejez sobre su calidad de vida y otras medidas adjuntas en una muestra de ancianos pertenecientes a una clínica de salud.

5.2.2 Objetivos Particulares.

- ✦ Comparar la incidencia de la calidad de vida entre hombres y mujeres.
- ✦ Probar si existen diferencias entre las categorías de edades de los sujetos respecto a su actitud hacia su propio envejecimiento y su calidad de vida.
- ✦ Establecer relaciones entre la actitud hacia su propio envejecimiento y si tienen o no alguna enfermedad.
- ✦ Probar si existe una asociación entre la actitud de los adultos mayores hacia su propia vejez y si consideran el envejecimiento como una enfermedad o como un problema.
- ✦ Analizar la relación entre la actitud hacia su propio envejecimiento y el tipo de enfermedad de los adultos mayores.

✦ Probar si existe una asociación entre la actitud de los adultos mayores hacia su propia vejez y si se relaciona con su salud psicológica.

✦ Probar si existe una asociación entre la actitud hacia su propia vejez y su imagen corporal.

✦ Probar si existe una asociación entre la actitud hacia su propia vejez y sus sentimientos negativos.

✦ Probar si existe una asociación entre la actitud hacia su propia vejez y sus sentimientos positivos.

5.3 Hipótesis.

✦ A mayor calidad de vida, los sujetos serán más capaces de asimilar la percepción de su propio envejecimiento, conforme pasa el tiempo. Por lo que se plantea que existe una asociación entre la calidad de vida y la actitud positiva de los adultos mayores hacia su propia vejez

✦ Existe una relación entre la calidad de vida y el bienestar subjetivo en los adultos mayores.

✦ No existen diferencias entre el género femenino y género masculino en la actitud de los adultos mayores hacia su propio envejecimiento.

✦ No existen diferencias entre las categorías de edades (ancianos jóvenes y ancianos viejos) en la actitud de los adultos mayores hacia su propio envejecimiento.

✦ Existe una correlación entre la actitud de los adultos mayores hacia su propia vejez y su salud psicológica.

- ◆ Existe una asociación entre la actitud hacia su propia vejez y su imagen corporal.
- ◆ Existe una asociación entre la actitud hacia su propia vejez y sus sentimientos negativos.
- ◆ Existe una asociación entre la actitud hacia su propia vejez y sus sentimientos positivos.
- ◆ Establecer relaciones entre la actitud hacia su propio envejecimiento y si tienen alguna enfermedad.
- ◆ Probar si existe una diferencia entre la actitud hacia su propio envejecimiento y si tiene o no alguna enfermedad.

Capítulo 6. Metodología de la investigación.

6.1 Diseño y tamaño muestral.

A partir de un diseño *ex-pos-facto* y por medio de un muestreo no probabilístico, intencional y selectivo, por participación voluntaria, se definieron las características de los sujetos para ser incluidos dentro del proyecto. Se trabajo con 106 adultos mayores de edades entre 60 y 87 años (Media= 65, Desviación estándar= 9.41); donde 61 eran mujeres y 45 hombres. El nivel de escolaridad promedio fue de educación básica. El 63% casados o con pareja, el 34% viudos y 3% solteros. Todos estaban adscritos a una clínica de salud, en una zona urbana de clase baja del Estado de México, todos acudían a consulta externa.

6.2 Criterios de Inclusión y Exclusión.

6.2.1. Criterios de Inclusión.

- Ser mayor de 60 años.
- No importa el género, estado civil, ocupación o escolaridad.

6.2.2 Criterios de Exclusión.

- Todos aquellos no contemplados en las características definitorias de los sujetos participantes.

6.2.3 Criterios de Eliminación.

- Se eliminaron los instrumentos que se encontraron incompletos.
- Así como los cuestionarios que resultaban ilegibles.

6.3 Materiales.

- Lápices.
- Gomas sacapuntas
- Sillas
- Escritorio
- Cubículo
- Paquete con las evaluaciones.
- Tarjetas de apoyo

6.4 Instrumentos.

La evaluación psicológica que se le realizó los adultos mayores fueron las siguientes:

1. La Ficha de Datos sociodemográficos, que contienen preguntas tanto abiertas como cerradas, que permiten obtener datos como sexo, edad, estado civil, con quien vive, ocupaciones, enfermedades, etc. (Anexo 1).
2. La evaluación de Calidad de Vida (WHOQOL-100, Harper & Power, 1999, en su versión extendida, traducida al español-mexicano por Gonzáles-Celis, 2002). El cual contiene 100 preguntas, las que se distribuyen en cuatro preguntas por faceta. Se tienen 24 facetas específicas (96 ítems) y una faceta general (4 ítems dirigidos a “Calidad de Vida Global” y “Salud General”) (Anexo 2).

Los análisis factoriales permitieron agrupar las facetas en seis dominios: capacidad física, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad /creencias religiosas.

3. La Escala de Bienestar Subjetivo PGC (*Philadelphia Geriatric Center*) para ancianos. Elaborada y revisada por Lawton en 1975, la cual mide el bienestar subjetivo general de adultos mayores (Andrews & Robinson, 1991) (versión en Español, traducida y re-traducida por los investigadores) (Anexo 3). La cual es una medida multidimensional del bienestar subjetivo global, basada en la información de escalas subjetivas.

Los valores de la escala van de 4 (el más bajo nivel de bienestar) hasta 22 (al más alto), éste se refiere a los valores altos de satisfacción, paz o logro.

Los tres instrumentos (Ficha de datos sociodemográficos, PGC y WHOQOL en su versión extensa) han sido aplicados en diferentes muestras, obteniendo algunos resultados en cuanto a sus características psicométricas de confiabilidad y validez.

6.5 Escenario.

La aplicación de los instrumentos se realizó en un cubículo de la clínica, acondicionado con un escritorio y dos sillas, con buena ventilación e iluminación; se cuidó que la aplicación fuera homogénea buscando controlar las variables extrañas (ruido, distractores o fatiga) para todos los participantes con el fin de obtener resultados confiables.

6.6 Definición de variables.

- ❖ **Género:** Será clasificado en hombre y mujer.

- ❖ **Edad:** Será el número de años cumplidos de 60 en adelante.

- ❖ **Actitud:** Es el modo en que las personas determinan una tendencia o predisposición ante un suceso o situación, así como en su forma de actuar y pensar (Fasce, 2001).

- ❖ **Actitud hacia la vejez:** Esta será considerada como la perspectiva de los adultos mayores con respecto hacia su imagen y asimilación de su proceso de envejecimiento, medida a través del instrumento de Bienestar Subjetivo particularmente el factor 2 (Actitud hacia el envejecimiento).

❖ **Vejez:** Es un proceso continuo de crecimiento intelectual, emocional y psicológico. 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.

❖ **Calidad de vida:** Será la percepción de los individuos de su posición en la vida de acuerdo a la valoración de su salud percibida, satisfacción social, necesidades culturales, valoración del entorno, servicios de salud y sociales percibidos y elementos objetivos o de medición real sobre la calidad ambiental, la disponibilidad de servicios de salud y sociales, la salud objetiva (valoración), el apoyo social y factores culturales (Gonzalez-Celis, 2004), medida a través del instrumento WHOQOL-100.

6.7 Procedimiento.

Se solicitó la autorización por parte de la clínica para realizar la aplicación de evaluaciones de calidad de vida a adultos mayores. Posteriormente se procedió a invitar a las personas mayores de forma individual, informando que el programa estaba dirigido a la realización de una evaluación de su calidad de vida, con la finalidad de conocer como es que se encuentra su salud física, psicológica y emocional. A los sujetos interesados en participar eran registrados por las entrevistadoras y se les programaba una cita de acuerdo a sus necesidades, o bien se realizaba la entrevista mientras ellos eran atendidos.

De manera general obtuvimos una participación de 136 personas de las cuales solo se pudo contar con la participación de 106 sujetos, ya que con base a los criterios de exclusión no todos cumplían con los requisitos.

A todos se les aplicaron tres instrumentos bajo la característica de entrevista, en donde la aplicación se llevó a cabo en un cubículo de la clínica de salud, en una sola sesión en un periodo de una hora aproximadamente por paciente. Para

controlar la intromisión de variables extrañas, se mantuvo la sesión de persona a persona y se respetó un orden de aplicación de los instrumentos.

Los tres instrumentos que se aplicaron en la evaluación, midieron la Calidad de Vida en General (WHOQOL- 100), Depresión Geriátrica y Bienestar Subjetivo; además se aplicó una Ficha de Datos Sociodemográficos. Cabe mencionar que para cubrir los objetivos de este reporte de investigación solo se retomaron datos de las evaluaciones de Calidad de Vida en General (WHOQOL- 100) y la de Bienestar Subjetivo.

Se inició con la ficha de datos socio-demográficos para ello el entrevistador leía las preguntas y anotaba sin ningún cambio en las respuestas del sujeto. Asimismo al finalizar dicha ficha se prosiguió con la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL- 100) donde el aplicador leía las preguntas y ante una serie de tarjetas las cuales fueron presentadas sobre la mesa, el sujeto emitía su respuesta de manera oral, señalando o ambas.

El orden de las tarjetas no era el mismo ya que las respuestas variaban y posteriormente el aplicador registraba la respuesta. A continuación se presenta un ejemplo de la forma en la que se realizó el proceso: Al término de este instrumento se daba paso a la aplicación de la escala de bienestar subjetivo el cual contiene opciones de respuesta ¿sí o no?; dicotómicas y nominales. Y dos preguntas abiertas en el Factor 3; el reactivo 1 y 5. Por último se precedió a la aplicación del instrumento de Depresión Geriátrica donde las opciones de respuestas al igual que en el instrumento de bienestar subjetivo las opciones de respuesta son: ¿sí o no? dicotómicas y nominales.

También se evitó la interrupción de la sesión y la presencia de personas ajenas, se cerraba la puerta del cubículo a la cual se le pegaba una nota de “Favor de no interrumpir”.

Capítulo 7. Análisis de resultados.

Para analizar la información se construyó una base de datos mediante el programa estadístico SPSS versión 12 (*Statistic Package for Social Sciences Versión 12*). Dicha base de datos se depuró de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Los parámetros que evalúa el instrumento WHOQoL son:

- 1) Frecuencia, medida en términos ¿Que tan frecuente...? donde las opciones de respuesta fueron: “nunca”, “a veces”, “moderadamente”, “muy seguido” y “siempre”.
- 2) Satisfacción: “muy insatisfecho”, “insatisfecho”, “regular”, “satisfecho” y “muy satisfecho”.
- 3) Intensidad: “nada”, “un poco”, “moderadamente”, “bastante” y “completamente”.
- 4) Calidad: “muy mala”, “mala”, “regular”, “buena”, “muy buena”.

Estas eran todas las opciones utilizadas en el instrumento de calidad de vida, en escala tipo Licker y de manera ascendente se asignaba un valor numérico a la respuesta emitida por el paciente que va de uno el valor mínimo, a cinco el máximo valor, por pregunta y cero la no respuesta.

Las medidas descriptivas obtenidas de los dos instrumentos aplicados a los 106 sujetos adultos mayores se aprecian en la tabla 2, en donde se observa que el promedio en la puntuación de la calidad de vida para los participantes fue de 61.09, donde el puntaje más bajo fue de 40.57 y el máximo de 89.55, considerando que si el puntaje se encuentra cerca de 100, mejor es el nivel en la calidad de vida.

Para los valores de bienestar subjetivo se puede observar que los sujetos obtuvieron un promedio de 50.45 (en una escala de 1 a 100), donde el puntaje menor es de 13.04 y el máximo de 86.96 considerando que entre más se acerque a 100 mejor es su satisfacción propia.

Por otro lado, con respecto a los valores de la actitud hacia su propio envejecimiento los adultos mayores obtuvieron un puntaje promedio de 3.38 (en una escala de 1 a 7) considerando como puntaje más bajo 1 y como máximo 7, ésto de acuerdo a la forma de calificación de dicha sub-escala; cuando se obtuvieron valores bajos (1) se interpreta como una actitud negativa; mientras los

VARIABLE	N	MEDIA	D.E.	MIN	MAX
Calidad de vida	106	61.09	11.10	40.57	89.55
Bienestar subjetivo	106	50.45	20.98	13.04	86.96
Actitud hacia su propio envejecimiento	106	3.38	1.61	1	7

puntajes altos (7) significan una actitud positiva hacia su propio envejecimiento.

Tabla 2. Medidas descriptivas de las variables Calidad de vida, Bienestar subjetivo y actitud hacia el envejecimiento (n=106).

Asimismo, la puntuación de la Calidad de vida (C. V.) se dividió en cuartiles para analizar la distribución general de la muestra. Estas categorías son: en el cuartil 1, un puntaje de 1 a 48.84 es C.V. pobre, para el cuartil 2, de 48.85 a 58.10 la C.V. es regular, para el cuartil 3 es de 58.11 a 64.53 la C.V. es buena y para el cuartil 4, es de 64.54 en adelante es la C.V. excelente.

En la Figura 1, se aprecia que del total de la muestra el 12.3% obtuvo puntuaciones que marcan un nivel pobre en su calidad de vida; mientras que el

31.1% se encuentra con un nivel regular de C. V., por otra parte el 18.9% tiene una buena calidad de vida y el 37.7% tiene una calidad de vida excelente.

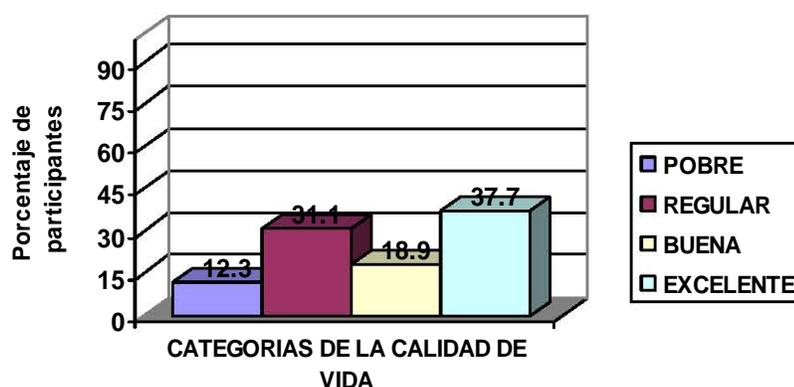


Figura 1. Distribución del porcentaje de los sujetos participantes de acuerdo a las Categorías de Calidad de Vida.

Al obtener la distribución de frecuencias para cada nivel de Calidad de Vida por género, puede observarse la Tabla 3. Donde se muestra que el mayor número de mujeres obtuvieron un nivel de Calidad de vida entre regular (20 participantes) y excelente (20 participantes) mientras, que el mayor número de hombres participantes se distribuyó en el nivel de Calidad de vida excelente (20 sujetos).

Tabla 3. Distribución de frecuencia de acuerdo a los puntajes de las categorías obtenidas en la Evaluación de Calidad de Vida por género.

	CATEGORIAS DE LA CALIDAD DE VIDA				TOTAL
	POBRE	REGULAR	BUENA	EXCELENTE	
FEMENINO	10	20	11	20	61
MASCULINO	3	13	9	20	45
TOTAL	13	33	20	40	106

En lo que respecta a la distribución de los dominios de la evaluación de Calidad de vida se obtuvo que la población mexicana se encuentra por debajo de los estándares mundiales establecidos por la OMS, ya que éstos marcan que las puntuaciones medios se encuentran en un rango de 70 a 75%, lo cual resulta

interesante de analizar, ya que la población adulta mayor en México podría tener una Calidad de vida regular.

Se puede observar que la salud física y las relaciones sociales son las puntuaciones más bajas con una diferencia mínima de un 1.9 puntos; siguiendo el área psicológica con una puntuación de 60.06; para el área de independencia y medio ambiente la diferencia que se muestra es de solo un 2 puntos y el dominio pero puntea como él mas alto es el dominio de espiritualidad con un puntaje de 68.07, que aún cuando no alcanza el estándar Mundial establecido por la OMS el cual es de 70% para considerar una buena calidad de vida en cada uno de los dominios; en dicha figura los resultados no se muestra muy satisfactorios..

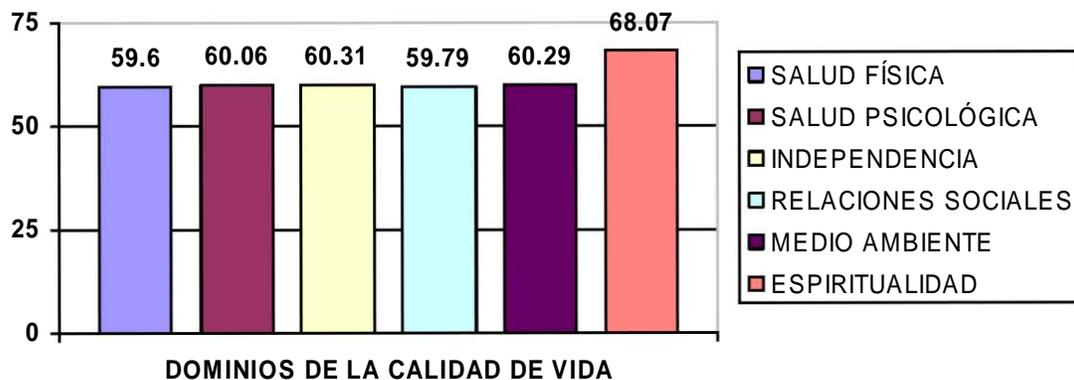


Figura 2. Puntuación de Calidad de Vida para cada Dominio, en una muestra de ancianos

De acuerdo a los resultados obtenidos con el coeficiente de correlación “*r*” de Pearson se analizó la asociación entre la Calidad de vida y el Bienestar subjetivo en los adultos mayores; en la cual se obtuvo que existe una correlación significativa ($r=0.585$; $p<0.0001$).

Por lo que se puede afirmar que existe suficiente evidencia estadística para aceptar la hipótesis de una asociación entre el Bienestar Subjetivo y la Calidad de

Vida de las personas mayores, ésto es, el componente de Bienestar psicológico está presente al evaluar la Calidad de vida.

Asimismo, se probó la asociación entre Calidad de vida y Actitud hacia su propio envejecimiento en los adultos mayores participantes, donde se muestra que sí existe una correlación positiva entre ambas ($r=0.400$; $p<0.0001$).

Teniendo con ello que la Actitud positiva hacia el envejecimiento se asocia con una mejor Calidad de vida, lo cual es relevante de considerar en el manejo de intervenciones clínicas que contribuyan con un buen envejecer.

De igual forma, se examinó la diferencia en cuánto a la Actitud de los adultos mayores hacia su propia vejez entre hombres y mujeres, se encontró que ésta es una cuestión independiente del género ($t=-222$, $g.l.= 98$; $p>0.05$).

La tabla 4 muestra el puntaje total que se obtuvo respecto a la calidad de vida entre hombres y mujeres, observando con ésto, que las mujeres tuvieron una puntuación más baja que los hombres. Sin embargo, la diferencia medida a través de una prueba “t”, la nos indico que esta relación entre variables no fue significativa.

Tabla 4. Puntuación de la Calidad Vida de hombres y mujeres.

Género	N	ME	DE
Mujeres	61	60.28	11.97
Hombres	45	62.20	9.82
Total	106		

La diferencia entre la categoría de edad muestra que los adultos mayores mientras más edad tengan, su puntaje es menor hacia su percepción ante su

propio envejecimiento ($t=1.213$, con $g. l.=104$.; $p>0.228$). Observándose en la Figura 4, que no existe una relación significativa entre las categorías de edades y su Actitud hacia su envejecimiento, ya que solo existe una diferencia de 2.3 puntos entre ellas.

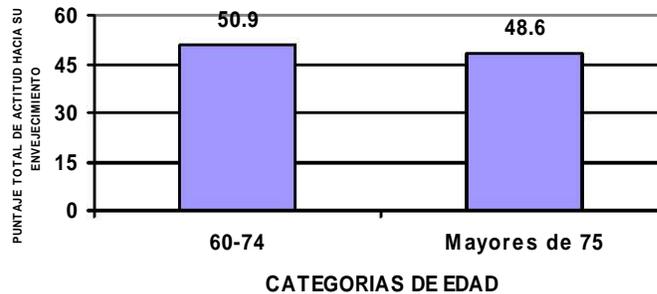


Figura 3. Distribución de la muestra respecto a su Actitud hacia su envejecimiento.

Sin embargo, en lo que respecta a la relación entre Actitud hacia su propio envejecimiento y la Salud psicológica en los adultos mayores, se obtuvo que existe una correlación moderadamente significativa ($r=0.366$; $p<0.0001$).

Teniendo con ello que entre mejor salud psicológica tengan los adultos mayores en su vida, mejor será su actitud hacia su envejecimiento. Esta área es la que se trata más a fondo, ya que es aquí donde nuestro trabajo como psicólogos requiere de más atención. Por ello es que a continuación, se realizará un análisis más particular de las tres facetas de Salud psicológica: imagen corporal, sentimientos positivos y sentimientos negativos. En la figura 5, se exhibe gráficamente la distribución de manera general de cada faceta con relación al sexo de los participantes para identificar la media de la puntuación total.

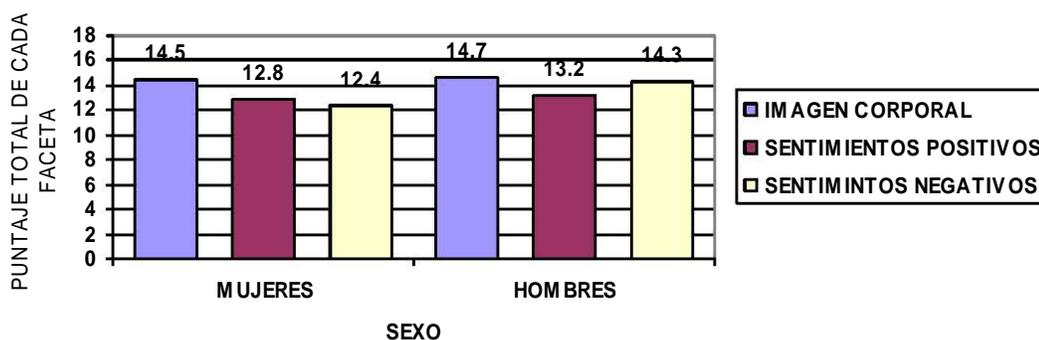


Figura 4. Puntaje total por género de acuerdo a cada faceta del dominio psicológico del WHOQOL.

Notándose que los hombres muestran un puntaje moderadamente más alto en todas las áreas a diferencia de las mujeres, suponiendo con ello que los hombres tienen una mejor perspectiva con respecto a sus sentimientos (positivos y negativos) y su imagen corporal.

La asociación existente entre la imagen corporal y la actitud que tengan los adultos mayores hacia su propio envejecimiento es importante, por lo tanto se obtuvo que la asociación entre la imagen corporal y la actitud que tengan los adultos mayores hacia su propio envejecimiento en esta muestra resulta no significativa, ya que los participantes se encontraron con resultados similares ($r=0.169$; $p>0.05$).

Asimismo, se observó la relación entre los sentimientos positivos y la actitud hacia su propio envejecimiento en los adultos mayores resultando que la relación es significativa ($r=0.292$; $p<0.0001$). Teniendo que los sentimientos positivos si se relacionan con la actitud de los adultos mayores ante su propio envejecimiento. Tomando en cuenta que en la población masculina, tiene un puntaje moderadamente mayor con respecto a la expresión de sus sentimientos positivos en comparación con las mujeres.

Por otra parte, una relación interesante fue la que se obtuvo de la asociación entre los sentimientos negativos y la actitud hacia su propio envejecimiento en los adultos mayores ($r=0.396$; $p<0.0001$), mostrando con ello que los sentimientos negativos si tienen una relación con la actitud de los ancianos de esta muestra.

Resaltando que el puntaje obtenido en esta área de sentimientos negativos por el grupo de los hombres se muestra más elevado que en las mujeres, suponiendo que tal vez en esta etapa de la vida les es más difícil para los hombres asimilar los cambios a los que se enfrentan.

Entre otros temas que se investigaron fue la relación que existe entre la Actitud hacia su propio envejecimiento y si reportaban Tener o no alguna enfermedad, observándose que la mayor parte de la muestra respondió afirmativamente como lo muestra la figura 6.

Asimismo, la diferencia “t” arrojó resultados no significativos entre estas dos variables ($r=0.0752$; $p>0.05$). Por lo tanto el hecho de padecer una enfermedad no es relevante con la actitud hacia la vejez.



Figura 5. Distribución de frecuencia en los adultos mayores que reportaban tener o no tener alguna enfermedad en este momento.

Con base a los contenidos teóricos, se afirma que esta asociación entre variables (la actitud hacia su propio envejecimiento y el tipo de enfermedad) se encuentra justificada en investigaciones antes realizadas.

Capítulo 8. Discusión de resultados.

Después de los 60 años el individuo vive una etapa normal del desarrollo, los principales problemas que enfrentan los adultos mayores, son los que les creamos a través de la diferentes estereotipos sociales y la economía, que afectan su status en mayor grado que el mismo envejecimiento.

Por lo tanto basándonos en Lawton (cit. en González-Celis, 2004) el 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, entre cuánto esperaba realizar en la vida y cuánto ha logrado.

Así es como en la investigación se puede afirmar que la calidad de vida en los adultos mayores se encuentra relacionada con su bienestar tanto físico, emocional, social y psicológico. Asimismo se puede afirmar que de acuerdo a la forma en que las personas mayores satisfagan sus necesidades (físicas, psicológicas, de independencia, espirituales, sociales y de su medio ambiente) más agradable le resulta el vivir diariamente.

Ésto nos refleja la visión de los adultos mayores con respecto a su principal tarea de las personas mayores es la de comprender y aceptar su propia vida y utilizar su gran experiencia para hacer frente a los cambios personales o pérdidas. Las personas han de adaptarse a la disminución de la fortaleza y salud física, a la jubilación y adaptarse a su propia muerte (Hoffman, 1996).

Por otro lado otro punto que resulta interesante resaltar es que la calidad de vida es una situación que interviene en la actitud que tienen los adultos mayores con respecto a su propio envejecimiento, ya que conforme observan que en su proceso de vida han satisfecho ciertas necesidades y han cumplido metas y propósitos más placenteramente van afrontando su propia vejez.

De igual manera que asimilan que el envejecimiento es un proceso evolutivo al cual los seres humanos se van enfrentando día con día. La negación de posibilidades en la tercera edad se debe a nuestros mitos y creencias socioculturales, los cuales en ese sentido pueden causar mucho daño, por lo tanto se deben crear grupos de apoyo a los adultos mayores en donde se fomenten actividades recreativas en donde convivan las poblaciones más jóvenes con ellos para crear un intercambio cultural.

Pero una característica que se puede observar en la investigación es que la relación entre el género y la actitud hacia su propio envejecimiento no se encuentran relacionadas directamente, aunque para algunos autores el proceso de envejecer es más difícil para las mujeres que para los hombres.

Como lo mencionado por Pinquart y Sórensen rebatiendo que la forma en que envejecen los individuos es independientemente del género, ya que podemos mencionar que la actitud que los adultos mayores tengan respecto a su propio envejecimiento puede ser confrontado de acuerdo a como sea su estilo de vida y su historia personal.

Tanto hombres como mujeres demostraron no tener problemas que resultan significativos para la investigación, lo cual podría interpretarse como que independientemente de la edad y el sexo, ambas partes llegan a asimilar su propio envejecimiento como un proceso más de su ciclo vital, por lo tanto es percibido lo más natural posible.

Con respecto a la relación entre salud física y la actitud hacia su propio envejecimiento los adultos mayores de esta muestra no se encontró que existirá una significancia, sin embargo entre las enfermedades que más presento la población se encontraron las crónicas degenerativas, suponiendo que de acuerdo a la muestra la mayoría de los participantes se encontraban enfermos en el momento de la entrevista.

Por otro lado, cabe resaltar la importancia de la salud psicológica de la población, ya que en esta área se obtuvieron un puntaje medio (ni muy bajo, ni

muy alto) y si embargo se presentaron asociaciones significativas en los aspectos de: imagen corporal, sentimientos positivos y sentimientos negativos, donde afirmo que la población tiene una relación muy apegada a la estética del cuerpo, es decir que mientras más viejo se vuelvan, más es su necesidad de asimilar su propio envejecimiento.

A pesar de todos los deterioros físicos propios de la edad que pueden sufrir las personas mayores, muchos enfrentan esta etapa con una actitud positiva y juvenil, tienen una vida activa, rica en experiencias, en fin, muy satisfactoria

Por lo tanto quedan muchos ejes que abordar con respecto a la salud psicológica de nuestros ancianos, ya que todavía se manejan estereotipos que pueden resultar negativos para su forma de vida.

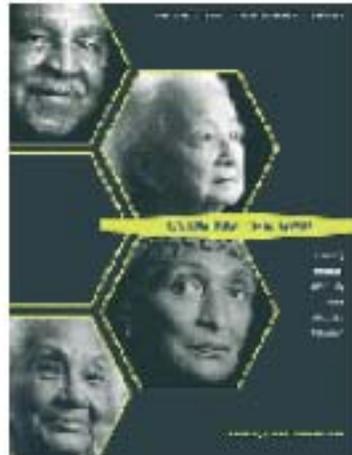
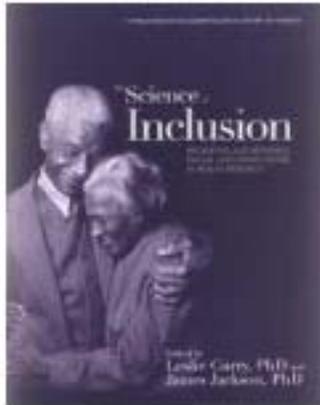
Los resultados encontrados permiten concluir que las dimensiones que configuran en la "Calidad de vida y la actitud hacia su propio envejecimiento en los adultos mayores", tal como la definimos en este estudio, se configuran de una manera específica y particular al grupo de necesidades de los seres humanos en general 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 sanas de parejas, familiares o sociales, la realización personal, los estilos de vida saludables, entre otros. Es decir entre mejor satisfaga el individuo sus necesidades personales mejor será su proceso de envejecimiento y disfrutara de un mejor modo de vida.

Así es como aportó algunos puntos para que los ancianos vivan una vejez plena y armoniosa y disfruten esta etapa de su vida lo mejor posible. Algunas recomendaciones son:

- Llevar una vida ordenada, libre en lo posible de estrés.

- Mantenerse siempre activo físicamente: es muy importante desarrollar actividades físicas apropiadas a la edad, como caminatas, yoga, natación, hacer una actividad de jardín, etc. Ésto ayuda a conservar un buen estado articular, cardiovascular y respiratorio.
- Mantenerse siempre activo intelectualmente, ya que muchas personas ancianas van perdiendo aptitudes mentales sólo por no ejercitarlas. Actividades como la lectura, los crucigramas, el aprendizaje de idiomas o cualquier actividad que permita permanentemente pensar, mantiene el cerebro siempre activo.
- Desarrollar una actividad social: participar en reuniones con amigos, con vecinos u otros pares, ya que las reuniones sociales permiten entablar amistades nuevas e incentivar las que uno ya tiene, y esos son verdaderos motores para vivir; es importante también permitirse el compartir con personas de otras edades, ya que ésto ayuda al intercambio y la actualización.
- Una alimentación adecuada, la cual es beneficiosa a cualquier edad y, por supuesto, también en esta etapa de la vida; para ello es conveniente una consulta con el especialista en nutrición, quien seguramente aconsejará suficientes alimentos que aporten energía, proteínas de buena calidad, pocas grasas saturadas, abundante fibra y un buen aporte de agua.
- Y por último la actividad sexual, un aspecto vital que se niega culturalmente a esta edad, y sin embargo también en esta etapa de la vida se tiene derecho a disfrutar.

ANEXOS



ANEXO 1

FICHA DE DATOS

SOCIODEMOGRAFICOS



UNAM

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

FOLIO _____

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? _____

ANEXO 2

INSTRUMENTO

WHOQoL-100

VERSION EN ESPAÑOL



**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
		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F.5.3	¿Cuál fue su capacidad de concentración?	1	2	3	4	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 confortable 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	1	2	3	4	5

	realizar actividades recreativas?					
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 habilidades?	1	2	3	4	5
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.

		Nunca	A veces	Moderadamente	Muy seguido	Siempre
F.1.1	¿Con qué frecuencia sufrió dolor físico?	1	2	3	4	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

ANEXO 3

ESCALA DE

BIENESTAR

SUBJETIVO



Escala de Bienestar Subjetivo (PGC)

Paul Lawton

UNAM

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

Factor 1 – Agitación.

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 – Actitud hacia la vejez

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 - Soledad

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

ANEXO 4

ESCALA DE

DEPRESION

GERIATRICA



ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDS)

Instrucciones: Marque con una cruz (X) la respuesta **SI** o **NO**, después de cada pregunta.

1.- ¿Está satisfecho con su vida?

SI NO

2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades?

SI NO

3.- ¿Siente que su vida está vacía?

SI NO

4.- ¿Se encuentra aburrido?

SI NO

5.- ¿Tiene a menudo buen ánimo?

SI NO

6.- ¿Teme que le ocurra algo malo?

SI NO

7.- ¿Se siente feliz muchas veces?

SI NO

8.- ¿Se siente a menudo abandonado?

SI NO

9.- ¿Prefiere quedarse en casa a salir?

SI NO

10.- ¿Nota más problemas de memoria que los demás?

SI NO

11.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?

SI NO

12.- ¿Se siente usted inútil?

SI NO

13.- ¿Se siente usted lleno de energía?

SI NO

14.- ¿Cree que su situación es desesperada?

SI NO

15.- ¿Cree que el resto de la gente está mejor que usted?

SI NO

ANEXO 5

INFORME DE

RESULTADOS



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
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.

Atentamente

Dra. Ana Luisa González-Celis Rancel

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.

REFERENCIAS.

- ✦ Bazo, M. T. (1999). Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. Medico Panamericana; Madrid.
- ✦ Baltes, P. B. y Baltes M. (1990). *Successful ageing*. Cambridge: Mass. Cambridge Univ. Press.
- ✦ Berryman, J. C. (1994). Psicología del desarrollo. Manual Moderno; México.
- ✦ Bravo, A. J. (1995). Calidad de vida y exigencias éticas. Universidad Iberoamericana; México.
- ✦ Carlsson, M. y Hamrin, E. (2002). Evaluation of the life satisfaction questionnaire (LSQ) using structural equation modelling (SEM). *Quality of Life Research*, 11, (5): 415-426.
- ✦ Carstensen, L. L. (1989) Gerontología clínica: intervención psicológica y social. Martínez Roca; Barcelona.
- ✦ Chan-Yeung, M. (2001). Internal consistency, reproducibility, responsiveness, and construct validity of the Chinese (HK) version of the asthma quality of life questionnaire. *Quality of Life Research*, 10, (8): 723-730.
- ✦ Dulcey-Ruíz, Elisa. (2004). Participación activa del adulto mayor en la sociedad. Asociación Interdisciplinaria de Gerontología. Universidad Javeriana; Colombia.
- ✦ Fasce, E. (2001). Psicología social. Pirámide; España.

- ✦ Fierro, A. (1994). *Proposiciones y propuestas sobre el buen envejecer*. Siglo XXI; México.
- ✦ Fumimoto, H.(2001).Cross-cultural validation of an international questionnaire, the General Measure of the Functional Assessment of Cancer Therapy scale (FACT-G). *Japanese Quality of Life Research*, 10, (8): 701-709.
- ✦ González-Celis, A. L. (2004). Aportaciones del enfoque cognitivo-conductual a la Psicología del envejecimiento. En: II Reunión de Investigadores Nacionales en Psicología; México.
- ✦ González-Celis, A. L. (2004). ¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos. En B. Salinas y L. Garduño (coord.) Sin título. Universidad de las Américas-Puebla; México
- ✦ González-Celis, A. L. y Sánchez-Sosa, J. J. (2003). Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*. 20(1); 43-58.
- ✦ Hoffman, L; Paris, S; Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: Mc. Graw- Hill.
- ✦ Korevaar, J.C. y col.(2002). Validation of the KDQOL-SFTM: A dialysis-targeted health measure. *Quality of Life Research*, 11, (5): 437-447.
- ✦ Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología*. Herder; Barcelona.
- ✦ Lazarus, R. & Folkman, S. (1995): *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

- ✦ León Rubio, J. (1996). "Conceptos, características metodológicas de la psicología social: Estereotipos, prejuicio y discriminación" en *Psicología Social. Una guía para el estudio*. Editorial Kronos; [España](#).
- ✦ Levy, B. R., Slade, M. D. y Kasl, S. V. (2002) Longitudinal Benefit of Positive Self-Perceptions of Aging on Functional Health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 57: 409- 417.
- ✦ Lucas, R. E., Diener, E. y Suh, E.(1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, (3): 616-28.
- ✦ Luna, L. L. (1999). Aprender a envejecer, mientras envejece y de los que envejecen. *Archivo Geriátrico*, 3, (2): 66-69.
- ✦ Matarazzo, J.D. (1980): Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.
- ✦ Matsumoto, T.(2002). The quality of life questionnaire for cancer patients treated with anticancer drugs (QOL-ACD): Validity and reliability in Japanese patients with advanced non-small-cell lung cancer. *Quality of Life Research*, 11, (5): 483-493.
- ✦ Mishara, B. L. y Riedel, R. G. (1986). *El proceso del envejecimiento*. Morata; Madrid.
- ✦ "Mitos y prejuicios sobre la vejez", en el "Primer Congreso Interdisciplinario Ancianidad y Familia", realizado en el Salón Azul del Senado de la Nación, abril de 1992.

- ✦ Moragas, M. R; (1991). Gerontología social: envejecimiento y calidad de vida. Herder; Barcelona.
- ✦ Morales, P. (1987). Medición de actitudes en Psicología y educación: Construcción de escalas y problemas metodológicos. Ttarttolo; España.
- ✦ Nieto, J., Abad, A. A. Y Torres, A. (1998). Dimensiones psicosociales mediadoras de la conducta de enfermedad y calidad de vida en población geriátrica. *Anales de Psicología*, 14 (1): 75-81.
- ✦ Orsi, A. (1988). Actitudes y conducta: Algo más que Psicología social. Nueva Visión; Buenos Aires.
- ✦ United Nations (2002): *International Plan of Action on Ageing*. New York: United Nations.
- ✦ Pinqart M. y Sörensen S. (2001) Gender Differences in Self-Concept and Psychological Well-Being in Old Age: A Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 56: 195-213.
- ✦ Power, M., M.Bullinger y A. Harper. "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". En: *Health Psychology*, Núm. 8 (5), pp. 495-505.
- ✦ Programa de Acción para la Atención del Envejecimiento (2001-2006). Secretaria de salud; México.
- ✦ Ritsner, M. (2002). Subjective quality of life in severely mentally ill patients: A comparison of two instruments. *Quality of Life Research*, 11, (6): 553-561.

- ✦ Roca, V. E. (2005). Autoestima, habilidades sociales y Psicología cognitiva. Colegio Oficial de Psicólogos; España.
- ✦ Rowe, J.W. y Khan, R.L. (1997): *Successful ageing. The Gerontologist*, 37: 433-440.
- ✦ Rowlands, J. (2003). How hell you age depends on your attitude and doping style. Medical News Today; United States.
- ✦ Sánchez-Sosa, J. J. y González-Celis, A. L. (2004). Evaluación de la calidad de vida en Psicología.
- ✦ Sánchez-Sosa, J. y R. González-Celis (2002). "La calidad de vida en ancianos". En: Reynoso L. e I. Seligson (Coord.). *Psicología y Salud*, pp. 191-218.
- ✦ Sandoval, O. A. (2001). Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicomotrices en el envejecimiento. www.monografias.com
- ✦ Saxena, S.(2001).The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): The importance of its items for cross-cultural research. *Quality of Life Research*, 10, (8): 711-721.
- ✦ Smits, C.H., Deeg, D.M. & Schmand, B. (1999): Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population. *American J. Epidemiology*, 150 (9), 978-86.
- ✦ Steverink, N., Westerhof, G. J., Bode, C. y Dittmann-Kohli, F. (2001).The Personal Experience of Aging, Individual Resources, and Subjective Well-Being. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 56: 364-373.
- ✦ Tolstij, A. (1989). El hombre y la edad. Progreso; Moscú.

- ✦ Treasure, T. (1999) The measurement of health related quality of life. *Heart*, 81,(4):331-2.
- ✦ Vander Zanden, J.M. (1986) "[Manual](#) de psicología social". Editorial Paidós; [Buenos Aires](#).
- ✦ Velarde-Jurado, E. y Ávila-Figueroa, C. (2002). Consideraciones metodológicas para evaluar la Calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44 (5): 448-463.
- ✦ Victoria, C. R. y González, I.(1999). El bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15, (8) 25 – 32.
- ✦ Whalley, L. & Deary, I.J. (2001): Longitudinal cohort study of childhood IQ and survival up to age 76. *British Medical J.*, 322, 819-28.
- ✦ World Health Organization (2002): *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: WHO.