



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

“LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR
ASOCIADA A LA AUTO-EFICACIA Y LOS
COMPORTAMIENTOS SALUDABLES”

**ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-
REPORTE¹**
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N:
TOMÁS RODRÍGUEZ HERRERA
JUAN MANUEL PÉREZ DÍAZ

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

SINODALES:
DOCTOR: EDGARDO RUIZ CARRILLO
MAESTRA: SUSANA MELÉNDEZ VALENZUELA

TLANEPANTLA, EDO. DE MÉXICO, MAYO DE 2006



¹ Tesis parcialmente financiada con el Proyecto de Investigación PAPIIT No. IN304706-2, avalado por la DGAPA-UNAM.



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

*La gratitud es la memoria del corazón
(Anónimo)*

¡Gracias! Dra. Ana Luisa por sus enseñanzas y gran calidad humana.

*Si pudiéramos vernos a nosotros mismos y a otros objetos
como realmente somos y son, nos encontraríamos
en un mundo de naturalezas espirituales,
una comunidad que no empieza cuando nacemos ni termina
con la muerte del cuerpo.
Immanuel Kant (Filósofo alemán).*

**¡Gracias! UNAM, FES-Iztacala por darnos la esencia universitaria
y sentir el orgullo azul y oro.**

*La educación y la cortesía abren todas las puertas.
Thomas Carlyle (Historiador y pensador escocés)*

¡Gracias! DGAPA por seguir impulsando el desarrollo académico.

DEDICATORIAS

Dedicamos este trabajo en especial a nuestras familias no sólo por el apoyo,

la paciencia y el cariño, sino porque nunca han dejado de creer
en nosotros.

*un hombre recorre el mundo buscando lo que necesita,
llega al hogar y lo encuentra.
George Edward Moore (Filósofo británico).*

Gaby:

Te dedico esta tesis por ser mi mayor motivación en este
mundo
y por enseñarme a no tener miedo de amar.

*El mundo está en las manos de aquellos que tienen el coraje
de soñar y correr el riesgo de vivir sus sueños.
Paulo Coelho (Escritor brasileño).*

Amigos:

Le dedico esta tesis en especial a Alfredo, Lau y Vanne por
motivarme
y ser parte no sólo de mi formación como profesionista, sino
como persona.

*Cada uno muestra lo que es en los amigos que tiene
Baltasar Garcían y Morales (Jesuita y escritor español).*

Equipo de Basketball:

Le dedico este trabajo al equipo que es como una familia para
mí
en donde encontré hermanos y un entrenador que me enseñó
que cuando crees en ti mismo ningún sueño es inalcanzable.

*Acepto el fracaso. Todos fallamos en algo. Pero no puedo
aceptar el que nunca intenten las cosas.
Michael Jordan (Basketbolista estadounidense).*

MUCHAS VECES NOS ASOMBRAMOS

POR EL ARTE, LA CULTURA,

LA CIENCIA, LA TECNOLOGÍA, ETC.,

Y DEJAMOS DE PERCIBIR

EL GRAN TRABAJO QUE REALIZA

EL CUERPO HUMANO PARA LLEGAR

A VIVIR MUCHOS AÑOS

ÍNDICE

	PÁGINA
<i>RESUMEN</i>	1
<i>INTRODUCCIÓN</i>	2
<i>CAPÍTULO 1. ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA</i>	6
1.1 Aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento	6
1.2 La Psicología en el proceso de envejecimiento	9
1.3 Calidad de vida en la vejez	12
<i>CAPÍTULO 2. AUTO-EFICACIA Y VEJEZ</i>	17
2.1 Definición de Auto-eficacia	17
2.2 Implicaciones de la auto-eficacia en la vejez	20
2.3 Auto-eficacia y comportamientos saludables	22
<i>CAPÍTULO 3. PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y COMPORTAMIENTOS SALUDABLES</i>	27
3.1 Psicología de la salud y comportamientos saludables	27
3.2 Indicadores sobre el comportamiento saludable	31
3.3 Comportamientos saludables asociados a la vejez	34
<i>CAPÍTULO 4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA</i>	40
4.1 Pregunta de investigación	40
4.2 Justificación	40
4.3 Objetivo general	41
4.4 Objetivos Específicos	41
4.5 Hipótesis de investigación	42
<i>CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA</i>	43
5.1 Diseño y tamaño de la muestra	43
5.2 Criterios de inclusión y exclusión	43
5.3 Definición de variables	43
5.4 Materiales e instrumentos	45
5.5 Escenario	46
5.6 Procedimiento	46
<i>CAPÍTULO 6. RESULTADOS Y ANÁLISIS</i>	48
<i>CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN</i>	56
<i>REFERENCIAS</i>	64
<i>ANEXOS</i>	69

ÍNDICE DE FIGURAS, TABLAS Y ANEXOS

PÁGINA

Figuras

- Figura 1.- “Distribución del porcentaje de personas mayores que se ubican en cada una de las categorías de calidad de vida (N=206)” 48
- Figura 2.- “Distribución del porcentaje de personas mayores que se ubican en cada una de las categorías de auto-eficacia (N=206)” 49
- Figura 3.- “Distribución del porcentaje de personas mayores que se ubican en cada una de las categorías de auto-eficacia (N=206)” 50

Tablas

- Tabla 1.- “Distribución de porcentajes de las personas mayores que reportan realizar o no, algún comportamiento saludable dentro de las categorías de conductas de riesgo, actividades físicas, actividades mentales y nutrición (N=206)” 52
- Tabla 2.- “Correlación entre las puntuaciones de los dominios de calidad de vida y comportamientos saludables” 55

Anexos

- Anexo 1.- Ficha de datos sociodemográficos 70
- Anexo 2.- Instrumento WHOQoL-Breve versión en español organización mundial de la salud 73
- Anexo 3.- Instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve) (González-Celis, 2002) 76
- Anexo 4.- Matriz de Rotación de Componentes 77

RESUMEN

El presente reporte de investigación tuvo como objetivo principal describir y examinar la relación existente entre la auto-eficacia y los comportamientos saludables, en torno a la calidad de vida de las personas mayores. Además, de identificar y describir la percepción y realización que tienen estas personas en cada una de estas variables para su posible correspondencia. Para esto, se contó con la participación de 206 personas con edades entre 60 y 90 años, todas ellas provenientes de centros culturales del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). A cada una se le aplicó una ficha de datos sociodemográficos, el instrumento WHOQoL-Breve y otro para medir auto-eficacia para realizar actividades cotidianas. Entre los resultados más importantes que se obtuvieron fueron por un lado, que la calidad de vida de dicha población está entre puntuaciones que van de regular a buena, estas puntuaciones guardan una correlación moderadamente baja con la variable de auto-eficacia, más no así con la de comportamientos saludables, asimismo esta última con la de auto-eficacia no hubo correlación. Por otro lado, los dominios para las variables que sí mostraron correlación fueron para el caso de auto-eficacia, el de actividades de independencia con comportamientos saludables ($r=0.153$, $p<0.031$); y para calidad de vida, el de salud física con comportamientos saludables ($r=0.187$, $p<0.008$) y relaciones sociales ($r=0.151$, $p<0.035$). En lo que respecta a los comportamientos saludables la mayoría de la población tiende a manifestar menores comportamientos de riesgo (86.3%); sin embargo sólo el 47.15% de la población realiza actividades mentales como lectura, juegos de mesa, como comportamientos protectores para mantenerlos mentalmente activos y saludables en el área cognitiva. Por último, se hace evidente para este reporte que la auto-eficacia tiende a disminuir conforme pasa la edad ($r= -.191$, $p<0.006$). En conclusión, se propone trabajar con las personas mayores en programas preventivos e informativos que garanticen mantener los niveles de auto-eficacia, así como enfocarse en aquellas personas que salieron con una percepción baja de calidad de vida. Finalmente, se aconseja estudiar estas variables en personas mayores que se encuentren con características sociodemográficas diferentes a las de este reporte, ya que se hizo muy evidente que el tipo de resultados obtenidos está sesgado por las características de la población, que en este caso acudía al INAPAM.

Palabras clave: personas mayores, auto-eficacia, comportamientos saludables y calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día el avance tecnológico y científico ha propiciado que la esperanza de vida para las personas mayores se encuentre por arriba de los 70 años. Sin embargo, el hecho de vivir más tiempo no garantiza que se viva plenamente; o en otras palabras, con una calidad de vida óptima para la persona mayor. Por lo que cabe preguntarse: ¿cómo vive esa persona?, ¿qué tan satisfecha está?, ¿cuáles son sus actividades actuales?, ¿cuál es la percepción de sí misma?, ¿qué tanto satisface sus necesidades?, etc. Si bien, diversos factores han influido para que la esperanza de vida aumente, hay que identificar las implicaciones totales que trae consigo el poder garantizar que se viva plenamente todo ese tiempo.

Es así que el valorar la calidad de vida de la persona mayor lleva implícito tener una perspectiva del envejecimiento, el cual es visto como un proceso en el que se despliega una secuencia compleja de cambios, que tienen lugar en distintos niveles: biológico, psicológico y social. A su vez, dentro del curso del envejecimiento hay dos modos de entenderlo, un enfoque lo restringe a los procesos degenerativos y de reducción en ciertas funciones del declinar biológico; que tienen como consecuencia ciertos cambios tales como, un aumento en las enfermedades degenerativas, cambios somáticos, cambios en la apariencia y en los sentidos. Mientras que el segundo enfoque es el psicológico; el cual considera juntos este declinar y el despliegue positivo de funciones, en donde no se dan tan sólo deterioros sino también conjuntamente, se mantienen e incluso se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas (Fierro, 1994).

Es por ello, que la labor del psicólogo no sólo restringe sus objetivos principalmente en la identificación, evaluación e intervención de los aspectos antes mencionados, sino que también juega un rol preventivo, de investigación, promoción de la salud, rehabilitación, etc.; para contribuir a lograr una calidad de vida digna en la persona mayor y en sus familiares o personas que la rodean. Asimismo, el psicólogo no es el único que se encarga de esta labor sino que intervienen otras ciencias como la medicina, sociología, gerontología por mencionar algunas que favorecen estos objetivos.

En lo que respecta a la psicología, el hablar de calidad de vida como objeto de

estudio, es componente central del bienestar humano, se relaciona con aspectos tales como la salud, el afrontamiento, la solución de problemas, el control, la auto-eficacia y el desarrollo de habilidades sociales, tanto en la familia como en la escuela, en el trabajo o la comunidad.

Así tenemos que, uno de los principales aspectos que están dentro de la calidad de vida para la psicología es la auto-eficacia; ya que es fundamental si se estudia como una variable predictora. Entendiéndola, de acuerdo con González-Celis y Sánchez-Sosa (2000), como la creencia del sujeto de que posee respuestas concretas para modificar su ambiente. Asimismo, Bandura (1997), considera a la auto-eficacia como la evaluación que hacen los individuos sobre su capacidad o competencia para ejecutar una conducta específica exitosamente.

En el caso de las personas mayores la auto-eficacia ha mostrado una estrecha relación con los estados depresivos (Berman, 1988), así como con los cuadros de ansiedad previos a la jubilación (Fretz, Kluge, Jons & Merikangas, 1989, citado en Bandura 1999), e incluso con un aumento en la disposición de apoyo social (Loan & Loan, 1987, citado en Bandura 1999), pues parece ser que el saber que se dispone del apoyo social necesario y el sentir que otras personas confían en las aptitudes para realizar una acción, puede incrementar el sentido de auto-eficacia.

De esta manera, la valoración que la persona mayor efectúe de su auto-eficacia dependerá de las expectativas que mantenga sobre sus propias habilidades y aptitudes; y de la valoración que haga de las dificultades asociadas a la tarea específica (Antequera-Jurado & Blanco, 1998).

Así la auto-eficacia en personas mayores se centra en la buena o mala apreciación que tienen los sujetos sobre sus capacidades. Aunado a esto es necesario considerar que con el avance de la edad se produce una pérdida en la resistencia física, funciones sensoriales e intelectuales, además de la memoria y la velocidad en la ejecución que repercuten sobre esta misma.

Es así que existe una tendencia en mal apreciar las capacidades de las personas

conforme envejecen, por lo que el fortalecimiento de la auto-eficacia contribuye en el funcionamiento cognoscitivo, físico y de salud. En aquellas personas quienes optimizan sus talentos, concentran sus esfuerzos sobre intereses focales y ejercen control sobre sus comportamientos, mejoran su funcionamiento. Al respecto, existe evidencia en la cual personas mayores con niveles altos de auto-eficacia tienen mejor nivel de funcionamiento aunque se vea reducida su capacidad (González-Celis & Sánchez-Sosa, 2001).

En relación con lo anterior, se ha demostrado que la auto-eficacia tiene implicaciones en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, sin embargo, hay pocos estudios que examinan la relación entre auto-eficacia, conductas saludables y nivel de salud en poblaciones seniles (Grembowski; Patrick, Dierh, Dirham; Beresford, Kay & Hecht, 1993).

Esto último, nos habla de que la auto-eficacia y los comportamientos saludables funcionan como interdependientes, es decir, mantienen un equilibrio en la percepción de la persona mayor. Según Bandura (1993), afirma que la percepción del control cognoscitivo gobierna los efectos del empoderamiento que los sujetos puedan adquirir mediante niveles altos de auto-eficacia.

En síntesis, los sujetos que muestran expectativas altas de auto-eficacia son más saludables, más efectivos y generalmente más exitosos que aquellos sujetos con niveles bajos de auto-eficacia. Por lo que, el manifestar conductas saludables según su fisiología en su vigilia, alimentación, ejercicio físico y mental, así como la negativa de ciertos hábitos como el fumar o ingesta de alcohol alta, contribuirá principalmente en mantener un equilibrio (Bandura, 1993).

De esta manera podemos suponer que la calidad de vida en este tipo de población está relacionada tanto a componentes del bienestar humano como a conductas saludables, por lo tanto es necesario contar con investigaciones que fundamente lo anterior.

CAPÍTULO 1. ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

1.1 Aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento

El envejecimiento es un proceso complejo en el que intervienen múltiples factores genéticos y ambientales. Envejecer implica cambios biológicos, sociales y psicológicos que otorgan a esta etapa características propias y distintivas. En el proceso de envejecimiento se producen patrones de cambio y de estabilidad así como de desarrollo y déficit. Es por ello que el envejecimiento es un período más de la vida y no podemos centrarnos tan solo en el déficit ya que la persona mayor, hoy más que nunca puede ser activo, productivo, competente y saludable (Fernández-Ballesteros, Moya, Iñiguez & Dolores, 1999).

Se han realizado estudios en los cuales se manifiesta que la etapa de envejecimiento corresponde con diversos modos de explicación, por lo que coexisten diversas teorías al respecto, y mientras que algunas tratan de dar una argumentación biológica; otras se concentran en cambios psicológicos y del entorno social. A continuación se presentará una breve descripción de cada una de estas teorías.

En primer lugar, las teorías *biológicas* se explican a nivel celular y se agrupan principalmente en dos: las teorías del daño aleatorio y las del envejecimiento programado. Dentro del primer grupo tenemos el daño a nivel del DNA, que se refiere a la serie de mutaciones progresivas que limitan y atrofian el funcionamiento celular. También está el daño por radicales libres, que son fragmentos moleculares que se impregnan en las membranas celulares y dificultan su funcionamiento provocando la muerte. Para el caso del segundo grupo de teorías, se tiene la creencia de la existencia de un reloj biológico ubicado en el hipotálamo o en el sistema inmunológico que está predeterminado genéticamente para que llegado cierto momento en la vida del organismo este muera (Belsky, 2002).

En segundo lugar, tenemos los aspectos *psicológicos del envejecimiento*, que lo consideran como el resultado de una crisis en la actuación del sistema orgánico producto de un deterioro en los mecanismos psicológicos de control (Shock, 1977). Es decir, se asume que el envejecimiento se

acelera debido a un deterioro en las funciones psicológicas, por ejemplo, Selye (1976, citado en: Kalish, 1996), sugiere que el estrés psicológico puede ser un factor influyente en tal deterioro. De esta manera los estudios psicológicos del envejecimiento se han centrado en los cambios de aspectos cognitivos, de personalidad y de estrategias de manejo y afrontamiento frente a las dificultades y problemas que acarrea la persona mayor conforme a su edad.

La última de estas teorías es la *social*; en donde se argumenta que el envejecimiento va a estar determinado en función del tipo de sociedad en la que se encuentre la persona mayor, es decir, de acuerdo a la cultura y el rol que esta desempeñe, así como la estructura del núcleo familiar serán los factores que garanticen y establezcan una adecuada o inadecuada etapa de envejecimiento.

En cuanto a lo anterior, Shock (1977), enfatiza que es necesario que los profesionales de la salud examinen la probabilidad de que se interrelacionen estos estudios en la producción de una mejor explicación del envejecimiento. Se opone a que la búsqueda sea en un solo enfoque y da valor a que se reconozca que el envejecimiento es un fenómeno altamente complejo que puede requerir diferentes principios explicativos para distintos aspectos del proceso.

Mishara y Riedel (1986), mencionan de la misma forma, que todos los individuos no envejecen al mismo ritmo ni de la misma manera; muchas personas de edad tienen mejor salud que otras más jóvenes; no son nefastos todos los cambios de la edad madura y de la vejez. La enfermedad puede proceder de un entorno y de condiciones sociales independientes de la voluntad del sujeto a cualquier edad.

Sin embargo, Nicola (1985), describe que se pueden encontrar ciertos patrones que nos hagan referir que el envejecimiento se encuentra expectante a sufrir una serie de modificaciones morfológicas y funcionales en diversos órganos y tejidos, ya sea por la tendencia general a la atrofia y/o la disminución de la eficacia funcional.

Estos cambios biológicos se manifiestan como un proceso continuo, así lo señala González-Celis (2004), determinados por la capacidad de rendimiento, pérdida de agudeza en los distintos procesos sensoriales, enlentecimiento en la actuación psicomotriz y dificultad para la realización de nuevos aprendizajes.

A su vez, Kalish (1996), argumenta la importancia de no confundir los mecanismos causantes del envejecimiento con los que producen la muerte, aunque los dos estén relacionados. Para vivir más se nos recomienda comer adecuadamente, descansar, no fumar, no beber más que una cantidad moderada de alcohol, obtener unos cuidados médicos adecuados, hacer suficiente ejercicio y aprender a saber sobrellevar el inevitable estrés psicológico y social, evitando el estrés orgánico y excesivo. Se ha acumulado una considerable evidencia para establecer cada uno de estos factores como aumentadores de las probabilidades de disfrutar una vida más sana y duradera, pero esto se explicará y analizará más adelante en el capítulo tres.

Ahora bien, Antequera-Jurado y Blanco (1998), opinan que los cambios físicos van a contribuir en gran medida en la percepción de mayor o menor grado en la persona como una persona vieja. Pero también se piensa que el envejecimiento es un hecho social y acontecimientos como la jubilación, la pérdida de seres queridos, su tiempo de ocio, etc., van ejerciendo una mayor presión para influir en la persona, la cual adopte o asuma el rol de mayor y no los factores biológicos ni los rasgos psíquicos, ni la mera edad los que hacen a una persona se aprecie vieja.

Es así que en la sociedad influye la idea formadora de nosotros mismos, los estereotipos que se manejan sobre la vejez afectan al auto-concepto de la persona mayor sobre sí misma y a las expectativas que respecto a ella tienen otras personas (Orduna & Naval, 2001).

Finalmente, cabe aclarar que los cambios o modificaciones a nivel biológico, social y psicológico se encuentran íntimamente relacionados; porque las personas mayores como cualquier ser humano son entes integrales que experimentan esta evolución dentro del ciclo biológico a un ritmo y tiempo determinados con sus respectivas características sociales y psicológicas para cada individuo.

1.2 La psicología en el proceso de envejecimiento

Hoy en día en casi todos los países del mundo la esperanza de vida al nacer ha aumentado considerablemente, produciéndose un incremento de la proporción de personas mayores en la comunidad; ésta situación ha provocado un importante cambio social en el desarrollo de una cultura del envejecimiento con una visión que entienda la problemática actual y además perciba las necesidades de un futuro no muy lejano.

La gerontología se convierte de esta manera en una disciplina en alza con mayor demanda, y se define como la ciencia que estudia a las personas mayores y al proceso del envejecimiento. Sin embargo, aunque parezca extraño, el esfuerzo por analizar científicamente la conducta durante la fase del envejecimiento de la vida es reciente y aún quedan muchas incógnitas al respecto (Hasen, 2003).

De igual manera surge la gerontología clínica o psicogerontología la cual se encarga de la evaluación y tratamientos de los trastornos mentales de la vejez. No obstante, la labor del psicogerontólogo hace alusión más a la patología, de ahí que sea preferible utilizar un término que englobe más los procesos de envejecimiento, siendo la psicología del envejecimiento la rama de la psicología interesada en este proceso. (Birren & Schine, 2001).

De esta manera nace la psicología del envejecimiento, se define como el estudio científico de la conducta durante la fase de envejecimiento de la vida, y se centra en los aspectos cognitivos; emocionales y comportamentales de las personas mayores (Belsky, 2001).

Dentro de los objetivos de la psicología del envejecimiento se encuentran: el diagnóstico, la prevención, la promoción de la salud, la intervención, la rehabilitación, los cuidados paliativos y la evaluación de resultados; todo ello encaminado a elevar el nivel de calidad de vida de las personas mayores.

Por otro lado, los escenarios de trabajo del psicólogo del envejecimiento pueden ser a nivel de individuos (personas mayores o sus cuidadores), grupos, instituciones de salud (hospitales, hospicios, residencias, asilos, centros de día y estancias); y comunitario (organizaciones sociales, religiosas, vecinales, etc.).

De tal manera que el psicólogo del envejecimiento, en cuanto a su labor de intervención y optimización de los recursos, tendrá como objetivo principal mejorar el proceso adaptativo con la ayuda de intervenciones sobre las necesidades de los ancianos, así como de su entorno familiar y social.

Por lo cual, el psicólogo deberá tratar de fomentar en las personas mayores una valoración positiva sobre sus capacidades y ofrecerles las oportunidades necesarias para desarrollar sus potencialidades, tomar sus decisiones y así puedan seguir considerándose ellos mismos como personas independientes. Es decir, que se sientan capaces de realizar exitosamente comportamientos que les resulten plenos de bienestar y contribuyan a su satisfacción vital (González-Celis, 2004).

Ahora bien, en el marco de los cambios biológicos y sociales los estudios psicológicos del envejecimiento se han centrado fundamentalmente en los cambios a nivel cognitivo, de personalidad y de estrategias de manejo y afrontamiento a las dificultades (Orduna & Naval, 2001). Siendo así, que el modelo cognitivo-conductual resulta muy útil a estos objetivos.

Desde la perspectiva cognitivo-conductual se acentúa el papel esencial que las cogniciones, percepciones y pensamientos desempeñan en la conducta. Las intervenciones en este sentido están dirigidas a la aplicación de los principios de aprendizaje además de comprender por qué las personas mayores tienen determinados comportamientos; con lo cual se pueda intervenir para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Dentro de los cambios psicológicos en el envejecimiento hay evidencia de una disminución de las funciones sensoriales y perceptivas como la de recibir y captar la información

concerniente al entorno, factor que puede influir en la realización del trabajo cotidiano y en el estado de ánimo de las personas. Este tipo de deficiencia en la percepción puede ser producto de una disminución en la agudeza visual, la auditiva y de otros sentidos (Mishara, 1986).

En el mismo ámbito del funcionamiento sensoperceptual, un estudio realizado en población mexicana con personas mayores se concluyó que el deterioro visual y auditivo se asocia negativamente con el bienestar subjetivo, más que con la presencia de otras enfermedades (González-Celis & Sánchez-Sosa, 2001).

En cuanto a otros procesos psicológicos básicos, como la memoria, disminuye a corto plazo mientras que a largo plazo se mantiene, por tal razón, es común que las personas mayores comenten frecuentemente sobre sucesos de su vida pasada (Mishara, 1986).

Al respecto Cattell y Horn (1978), señalan que la inteligencia fluida disminuirá conforme a la edad, mientras que la inteligencia cristalizada aumenta conforme a los años por la influencia de la experiencia en ella. Probablemente, por esta razón las habilidades relacionadas con el empleo de datos en la realización de una tarea que exija rapidez y coordinación se ven más lentas y con menor coordinación en la persona mayor.

Para el caso de los rasgos de personalidad, éstos estarán en función del tipo de vida por la cual haya pasado la persona mayor, así como la psicopatología que pudiera presentarse en el proceso de envejecimiento. No obstante, se sabe que cuando se presenta algún evento que afecta los sentimientos de la persona mayor sobre sus decrementos en las capacidades cognitivas, los mayores deben enfrentarse con estas dificultades, generando estrategias para ello, como por ejemplo, el humor como una manera de asimilación, el simple hecho de escribir las cosas en vez de confiarlas a la memoria; e igualmente poner una concentración extra sobre hechos que necesitan ser recordados. Pero hay que considerar las características de los individuos y la situación (Mishara, 1986).

De esta manera, buena parte de la literatura científica sobre el buen envejecer se ordena en

estrategias de aprendizaje para sentirse bien con la vida y estar satisfecho. De ahí que la psicología de la salud en un principio haya propuesto comportamientos que facilitan dicho proceso, como son, hábitos alimenticios adecuados, hacer ejercicio, establecer redes de apoyo social, generar entornos agradables, etc. Sin embargo, posteriormente la psicología del envejecimiento se ha centrado en el estudio del comportamiento saludable y general de las personas mayores, y su principal interés siempre ha sido el bienestar de los mismos (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2004).

Es así que se ha presentado un panorama general de la psicología implicada en el proceso de envejecimiento, además de algunas de sus líneas de trabajo e investigación. Pero aún queda mucho por hacer y en medida que sean más los psicólogos interesados en dichas labores se profundizará y garantizará una mejor comprensión de la persona mayor.

1.3 Calidad de vida en la vejez

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 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 trabajo 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 asocia con algunos factores del funcionamiento humano eminentemente psicológicos, tales como la salud psicológica o mental de los individuos o de la familia, el éxito en la escuela o en el trabajo, las relaciones de pareja sanas, la realización o éxito personal, los estilos de vida saludables, etc. (Katschnig, 2000).

Históricamente la calidad de vida estaba vinculada a factores económicos y sociales (Andrews & Withey, 1974), por tanto, un cambio positivo en alguna de esas áreas durante o posterior a la intervención clínica, era típicamente visto como una consecuencia o un indicador de mejoría y de significancia clínica.

De ahí que se requirieran de mediciones mucho más amplias de calidad de vida en donde se considerara el bienestar subjetivo y la satisfacción en la vida de los sujetos como parte integral en la evaluación de los resultados de intervenciones clínicas.

Actualmente, la mayoría de los autores coinciden en que existe la ausencia de una buena y consensual definición de calidad de vida. Autores como Katschnig (2000), escriben sobre este concepto como un término que debería 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 físicas, sociales y emocionales de los individuos” (pp. 6).

Sin embargo, 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 a las oportunidades para usar estas habilidades para conseguir sus 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 tipos de vida, como la salud, la familia, las relaciones sociales, el trabajo, la situación económica y el lugar de residencia (Lehman, 2000). Por esta razón, los psicólogos hablan de dimensiones o indicadores de la calidad de vida.

Un excelente ejemplo de definición incluyente de calidad de vida es el propuesto por el grupo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde contempla la percepción subjetiva y el papel objetivo o factores contextuales de los individuos. Señalando que, “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 el cual ellos viven en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses” (Harper & Power, 1998, pp. 552).

También existe un considerable número de instrumentos que han proliferado en su intento de medir la calidad de vida y el bienestar subjetivo (Andrews & Robinson, 1991); pero lo más importante es satisfacer algunas consideraciones metodológicas en los instrumentos de calidad de

vida, ya que éstos deberán ser confiables, válidos, sensibles al cambio y relativamente breves. En cuanto a la sensibilidad, los instrumentos deben de contener mediciones que reflejen los efectos de las intervenciones. En una revisión de diversos instrumentos la Dra. Gladis junto con Gosch, Dishut, y Crits-Christoph (1999), ponen de manifiesto el esfuerzo realizado por la OMS en cuanto a la metodología empleada en la construcción del instrumento (WHOQoL) para medir calidad de vida.

En México se tienen reportados resultados de la aplicación del WHOQoL-Bref a un grupo de adultos mayores como medida de evaluación antes y después de la intervención psicológica, encontrando cambios positivos, donde el dominio de las relaciones sociales exhibió mayores cambios; y al compararlos con los estándares de los 15 centros reportados por la OMS, se observó que la salud psicológica y física se encontraron dentro del rango, no así, por debajo de éste, los dominios relacionales sociales y medio-ambiente (González-Celis & Sánchez-Sosa, 2003).

Todo lo anterior habla de una diversidad de paradigmas que intentan dar respuesta a la pregunta ¿cuáles son los elementos que hacen que una vida sea de calidad para una persona?, encontrándose que la calidad de vida es multidimensional y está determinada espacial y temporalmente. Esto conlleva a no solo hablar de un modelo para una sola población en un determinado momento. Puesto que la calidad de vida esta históricamente y culturalmente determinada, se puede concluir la existencia de múltiples instrumentos construidos a partir de diversas metodologías suficientemente válidas y confiables para evaluar las variables objetivas y subjetivas que están incluidas en el constructo de calidad de vida (González-Celis, 2004).

Valorar la calidad de vida del anciano además de lo anterior, requiere tener una perspectiva del envejecimiento, el cual es visto como un proceso en el que se despliega una secuencia compleja de cambios, que tienen lugar en distintos niveles (biológico, psicológico y social). En el envejecer existen dos aspectos a considerar que son la diferencia entre el envejecimiento normal y patológico. El envejecimiento normal se caracteriza por una serie de cambios lentos y continuos que se manifiestan en diferentes áreas del funcionamiento cognitivo.

A diferencia de lo que sucede en el caso de las demencias o envejecimiento patológico, los cambios que pueden atribuirse al envejecimiento normal, son selectivos y no llegan a afectar a todas las funciones cognitivas en general (Ostrosky, 1996).

Asimismo, Verdugo (2000), argumenta la importancia del estudio en la descripción y evaluación de las actividades de la vida diaria de los ancianos o las habilidades funcionales, ya que permiten estimar el nivel de independencia de las personas. Donde la auto-suficiencia en el cuidado de uno mismo y el propio entorno es una de las dimensiones imprescindibles en cualquiera que sea el concepto de calidad de vida que se adopte.

De tal manera que la calidad de vida consiste en el grado de satisfacción de las necesidades humanas, objetivas y subjetivas, individuales y sociales, en función del medio ambiente donde se vive, circunscrito a un tiempo y a un espacio. Por lo cual, no existen modelos únicos de calidad de vida sino que éstos se construyen para sociedades y momentos definidos.

En la medida que la población disponga de empleo, de una dieta alimentaria equilibrada, de una vivienda higiénica, de los servicios de agua y drenaje, de un hábitat salubre, de educación y de servicios que le permitan ocupar adecuadamente su tiempo libre, están en mejores posibilidades de disfrutar una buena calidad de vida.

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

CAPÍTULO 2. AUTO-EFICACIA Y VEJEZ

2.1 Definición de Auto-eficacia

La teoría de la auto-eficacia tiene una historia relativamente breve, ya que cabe situar sus inicios en 1977 con la publicación de la obra de Bandura “La auto-eficacia: hacia una teoría unificada del cambio conductual”. No obstante, el funcionamiento de los principios de la auto-eficacia ha recibido el apoyo de un cuerpo de resultados que ha ido creciendo día a día en los campos más diversos.

Según la teoría cognitivo-social de Bandura (1986), los individuos interpretan y evalúan sus propias experiencias y sus procesos de pensamiento. Los determinantes previos de la conducta, como el conocimiento, la habilidad o los logros anteriores, predicen la conducta subsecuente de acuerdo con las creencias que las personas sostienen sobre sus propias habilidades y el resultado de sus esfuerzos. Sin olvidar que existe una marcada diferencia entre el contar con habilidades y ser capaz para integrarlas dentro de cursos de acción apropiados y ejecutarlas bien de acuerdo a las circunstancias.

Además, Bandura (1986), señala que la motivación y la acción están reguladas en gran medida por las previsiones. Este mecanismo anticipatorio de control implica tres tipos de expectativas: a) expectativa de situación-resultado, en la que las consecuencias se producen por los sucesos ambientales independientemente de la acción personal; b) expectativa acción resultado, en la que el resultado sigue a la acción personal; y c) la auto-eficacia percibida, referida a la confianza de la persona en sus capacidades para ejecutar los cursos de acción requeridos para alcanzar el resultado deseado.

Es así que Bandura (1986), describe que las personas ejercen un control sobre su medio, por encima de sus pensamientos, sus sentimientos y sus acciones. Además, considera que las creencias que las personas tienen sobre ellas mismas son los elementos importantes en el ejercicio de control y de la agencia personal.

De tal manera la teoría de la auto-eficacia se refiere a la evaluación que hacen los individuos sobre su capacidad o competencia para ejecutar una conducta específica exitosamente. Es decir, la auto-eficacia tiene que ver tanto con la creencia que el individuo tiene de sus capacidades como su capacidad real para llevar a cabo la tarea.

Una de las principales determinantes de la percepción de auto-eficacia es la experiencia directa, a través de haber experimentado la sensación de dominar esa tarea concreta, la persona se siente más capaz de llevarla a cabo nuevamente. Asimismo, aunque en menor grado, las experiencias vicarias, las expectativas sociales y el estado físico del individuo inciden también en la auto-eficacia (Bandura, 1982).

Del mismo modo, Bandura (1997), distingue tres dimensiones en las expectativas de auto-eficacia: la magnitud, la fuerza y la generalidad. La magnitud hace referencia a la estimación personal que realiza un sujeto sobre cuál es el mejor rendimiento posible para él en ese momento y circunstancia. La fuerza se refiere a la confianza que experimenta la persona en cuanto a poder alcanzar un rendimiento dado. Y la generalidad, al grado en que el individuo considera que dispone de los recursos precisos para poder solucionar cualquier situación, o de ser eficaz tan sólo ante algunas circunstancias concretas o específicas.

Por otra parte, Bandura (1997) señala que la auto-eficacia es distinta de la autoestima. Las personas más “eficaces” a veces son muy críticas consigo mismas. Triunfan porque son muy exigentes y sólo se preocupan por alcanzar las metas más difíciles. Otras personas pueden tenerse en gran estima y disponer de poca auto-eficacia y se quedan al margen mientras, satisfechas, languidecen. Es así que los sentimientos de eficacia motivan la conducta; determinan las metas que las personas se fijan y predicen las actividades a las que se van a dedicar a lo largo de su vida. En contraparte los sentimientos de eficacia irreales pueden ser contraproducentes.

Igualmente, las creencias de auto-eficacia influyen sobre la construcción cognitiva de planes de acción específicos, por ejemplo, mediante la visualización de escenarios que podrían

guiar el logro de la meta. Estas cogniciones previas a la acción y posteriores a la intención son necesarias porque de otro modo la persona actuaría impulsivamente al modo de ensayo y error y no sabría dónde localizar los recursos disponibles (Elder, 1995).

Respecto a la acción o el comportamiento de interés, este puede describirse a lo largo de tres variables: cognitivo, conductual y situacional. A nivel cognitivo, se refiere a los procesos auto-reguladores que median entre las intenciones y las acciones. Este proceso volitivo contiene planes de acción y control de acción y está fuertemente influido por expectativas de auto-eficacia y también por las barreras y apoyo situacionales percibidos (Fuchs, 1974).

Mientras se ejecuta la acción, la auto-eficacia determina la cantidad de esfuerzo invertido y el nivel de perseverancia. Las personas con dudas sobre sí mismas se inclinan más a anticipar los escenarios de fracaso, se preocupan por sus posibles deficiencias de ejecución y abortan prematuramente sus esfuerzos. Las personas con un sentido optimista de auto-eficacia, por el contrario, visualizan los escenarios de éxito que guían la acción y les permiten perseverar ante los obstáculos. Sin embargo, las creencias de auto-eficacia no sólo son concernientes a la acción en sí, sino que también tienen que ver con la emoción y algunos estados afectivos y fisiológicos (Fuchs, 1974).

Por último, cuando la auto-eficacia es elevada, no sólo emprendemos la acción, sino que seguimos actuando aún mucho después de que se ha alcanzado la meta deseada originalmente. Ya que se logran integrar los aspectos antes mencionados en un plano que permite pensar y decidir activa y específicamente. Un ejemplo de ello podría ser el caso de Beethoven que persistió en sus esfuerzos para producir una de las mejores sinfonías aún después de quedarse sordo. No obstante, cabe aclarar que las personas difieren en el grado de fortaleza de su auto-eficacia y que ésta evoluciona con el paso del tiempo (Belsky, 1999).

2.2 Implicaciones de la auto-eficacia en la vejez

Actualmente la auto-eficacia en personas mayores se centra en la buena o mala apreciación que tienen los sujetos sobre sus capacidades y puesto que con el avance de la edad se dice que se produce una pérdida en la resistencia física, funciones sensoriales, agilidad intelectual, memoria y velocidad de ejecución de operaciones cognoscitivas, lo que se ha requerido, dado que mucha gente de edad avanzada va decrementando su ejecución en sus capacidades, es que la gente realice una reapreciación de su auto-eficacia personal para aquellas actividades en las cuales las funciones biológicas han sido afectadas significativamente; ya que, aquellas personas quienes optimizan sus talentos, concentran sus esfuerzos sobre intereses focales y ejercen control sobre sus comportamientos, mejoran su funcionamiento y se adaptan rápidamente a las demandas de su entorno.

Ahora bien, una de las determinantes primordiales de la percepción de la auto-eficacia en personas mayores es la experiencia directa, es decir, el haber experimentado la sensación de dominar la tarea, influye en el afrontamiento y empeño para superar los obstáculos, así como para satisfacer las demandas que se les presentan en las experiencias aversivas y así poder reevaluar las situaciones y los cambios como menos amenazantes y con mayores posibilidades de adaptación (Antequera-Jurado & Blanco, 1998).

Sin embargo, la reevaluación adecuada de la eficacia personal va a suponer una necesidad adicional, para el manejo de las imposiciones contextuales y del desarrollo y auto-enriquecimiento vivencial constante. De ahí, que las reevaluaciones de eficacia sean elaboradas no sólo a partir de las percepciones del rendimiento propio, o de la comparación con el rendimiento personal anterior o de personas más jóvenes, sino que también, y fundamentalmente, la percepción que los demás tengan de la persona mayor influirá en la propia valoración de sus capacidades (Buendía, 1997).

Al respecto, Baltes y Baltes (1993), proponen un mecanismo de ayuda para mantener alto el juicio de la eficacia en ancianos y se basa en los siguientes puntos:

Auto-selección: se refiere al hecho de seleccionar o limitar claramente el número de áreas y conductas de funcionamiento que son indispensables para los sujetos, esto supone una adaptación, pues reduce las demandas que deben atender los sujetos. Así entonces, se habla de una especialización de actividades de la vida diaria en el envejecimiento.

Optimización: significa que los sujetos están dirigidos a procurar el mejor funcionamiento posible en un número concreto de áreas de la vida.

Compensación: es un proceso que se inicia cuando los sujetos a consecuencia de la edad presentan deterioro en algún área de funcionamiento o por las exigencias del ambiente no alcanzan a realizar ciertas actividades y por ello requieren de ayuda extra que compense esos déficits; la compensación puede implicar elementos de la conducta, de la cognición o de la tecnología.

Está claro entonces, que la forma de intervención psicológica deberá ir orientada a incrementar aquellos recursos personales y sociales que ayuden a las personas mayores a formular una reapreciación de su auto-eficacia de una forma positiva y satisfactoria, de modo que se le facilite mantener un adecuado nivel de bienestar y una mejor calidad de vida.

Según Kwon (1997), la auto-eficacia también juega un papel preventivo, si las personas mayores creen que padecen de algún problema físico que no tiene remedio, están menos motivadas para emplear algún método que mejore su problema. Es así que sentirse atrapados por esta idea de pérdida irreversible provoca que dejen de esforzarse por afrontar sus limitaciones, asegurando así un declive futuro. Manifestándose la importancia de concentrar un interés en las personas mayores para que puedan optimizar sus esfuerzos y combinar sus conocimientos en estrategias que les permitan contrarrestar los cambios producidos con la edad.

Estudios de Rodin y Langer (1980), señalan que la auto-eficacia influye en la longevidad, ya que independientemente de su edad, salud y problemas psicológicos de las personas adultas mayores los sentimientos de control se asocian con índices de mortalidad más bajos. Por lo que el contar con una auto-eficacia elevada fomenta la longevidad de estas personas.

El hecho de que el ejercicio de control esté asociado con niveles favorables de bienestar, se refiere al hecho de que la auto-eficacia incrementa la probabilidad de modificar patrones comportamentales y el rendimiento en distintas áreas; lo cual promueven un mejor estilo de vida (Buendía, 1997).

Por ende, se insiste en que algunos de los componentes de la calidad de vida en la persona mayor consisten en su autonomía, su independencia y el sentimiento de control, por lo que se refuerza el hecho de proponer estrategias de intervención que mejoren y posibiliten estos comportamientos en poblaciones seniles. Asimismo, se debe prestar atención al ambiente social y físico, así como al apoyo social y familiar como determinantes para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores.

2.3 Auto-eficacia y comportamientos saludables

Diversos estudios sobre la adopción de prácticas saludables han medido la auto-eficacia para evaluar sus potenciales influencias en el inicio de la modificación de conducta. Actualmente se sabe que, si las personas proceden a partir de la consideración de diversas situaciones de un modo general, mediante el modelado de una intención conductual, contemplando planes de acción detallados y ejecutando realmente una conducta saludable de forma regular, empiezan a cristalizar las creencias en sus capacidades para iniciar el cambio (Schwarzer, 1992).

Los psicólogos han identificado diversos factores que desempeñan un rol influyente en el fomento de la motivación y la adaptación a los hábitos favorecedores de la salud. Por ejemplo, la definición de metas y otros procesos de tomas de decisiones establecen el escenario para el cambio personal. Sin embargo, las buenas intenciones no son suficientes para lograr que las personas adopten prácticas de salud o para abandonar aquellas que les arriesgan.

En este sentido, la auto-eficacia representa la confianza de que uno es capaz de modificar las conductas arriesgadas para la salud mediante la acción personal. Además, sobresale como uno de los principales factores que influye no sólo sobre la toma de decisiones, sino también sobre el inicio y el mantenimiento del proceso de cambio conductual.

Para generar el sentido de eficacia, las personas deben desarrollar destrezas en el modo de influir sobre su propia motivación y conducta. Deben aprender a observar la conducta y a buscar el cambio, así como el modo de establecer sub-metas posibles que les motiven y dirijan sus esfuerzos y el modo de recoger incentivos y apoyo social para sostener el esfuerzo necesario para alcanzar sus objetivos (Bandura, 1986). Una vez que son capaces de realizar las destrezas necesarias y la confianza en sus capacidades, las personas podrán adoptar con mayor eficacia las conductas que promueven la salud y eliminar aquellas que les perjudican.

El pensamiento auto-eficaz interviene en varios estadios de la iniciación y mantenimiento de las conductas beneficiosas. La consideración de estos procesos en las campañas de salud pública y en intervenciones con objetivos específicos es de notable importancia. Al respecto, numerosos estudios han demostrado que las cogniciones relativas a la salud regulan la adopción de conductas favorecedoras y la eliminación de conductas perjudiciales para la persona (Schwarzer & Fuchs, 1999).

Por lo tanto, el cambio de conducta se considera como dependiente de la propia capacidad percibida, incluso al manejar el estrés y el aburrimiento y movilizar los propios recursos y cursos de acción necesarios al satisfacer las demandas situacionales. Las creencias de eficacia influyen sobre la intención de modificar la conducta de riesgo, referente a la cantidad de esfuerzo invertido para alcanzar esta meta y en la persistencia de seguir luchando a pesar de las barreras y los reveses que podrían debilitar la motivación.

Por lo que tanto las creencias de eficacia como las expectativas de resultados, desempeñan un papel influyente en la adopción de conductas saludables, en la eliminación de hábitos perjudiciales y en el mantenimiento del cambio. Al adoptar la conducta deseada, en primer lugar,

los individuos forman una intención y a continuación tratan de ejecutar una acción. Las expectativas de resultados son determinantes importantes en la formación de intenciones. Además, las expectativas de resultados positivos motivan la decisión de cambio de la conducta. Sin embargo, las expectativas de resultados pueden desempeñar un rol menor cuando surgen los problemas durante el control de la acción, así como en la adopción de la conducta y su mantenimiento. Al respecto, la auto-eficacia continúa operando como una influencia controladora, al mismo tiempo, que parece ser crucial en la auto-regulación de la conducta saludable durante y después de esta (Schwarzer & Fuchs, 1999).

Por otra parte, una vez que ha sido iniciada una acción, debe ser controlada mediante las cogniciones con el fin de que se mantenga. La acción ha de estar protegida de las interrupciones y de los abandonos prematuros debidos a intenciones competitivas incompatibles que pudieran llegar a ser dominantes mientras se está ejecutando una conducta. De tal manera que la actividad meta-cognitiva es necesaria para completar la acción primaria y para eliminar las tendencias de acción secundarias que favorecen la distracción. El ejercicio físico diario, por ejemplo, requiere procesos auto-reguladores con el fin de garantizar el esfuerzo y la persistencia y así mantener débiles durante ese tiempo las motivaciones competitivas, como el deseo de comer, socializar o dormir (Marlatt, Baer & Quigley, 1995).

Si por alguna razón se produjeran retrocesos, las creencias de eficacia determinan cómo se conciben y manejan. Por lo que las personas con mucha confianza en su eficacia tienden a considerar las recaídas como algo temporal y reinstauran el control rápidamente. Por el contrario, aquéllas personas que desconfían de sus capacidades auto-reguladoras muestran una reducción visible en su auto-eficacia percibida tras una recaída, además de que invierten poco en su esfuerzo por restaurar el control (Marlatt, Baer & Quigley, 1995).

Los riesgos del tabaquismo y las relaciones sexuales son ejemplos obvios de que las conductas arriesgadas pueden perjudicar seriamente la salud. Los malos hábitos de alimentación, la falta de ejercicio físico y el evitar revisiones sanitarias recomendables son otras conductas que contribuyen a los problemas de salud. Aunque existen algunas limitaciones, en general, los

individuos disponen de la libertad y la capacidad para ejercer influencia sobre su conducta relacionada con la salud. En este sentido, las campañas públicas de salud pueden favorecer este potencial individual; sin embargo, deben estar bien diseñadas y adaptadas apropiadamente a las audiencias particulares, de otra manera sólo se limitan a la pérdida de recursos.

Numerosos estudios de programas preventivos y terapéuticos sobre el consumo del tabaco, alcohol o drogas, revelan que las intervenciones alcanzan sus resultados en parte instaurando y fortaleciendo las creencias de eficacia personal. Cuanto mayor sea el sentido de eficacia personal, más éxito tendrá el sujeto en el control de hábitos adictivos y de presiones sociales conducentes a mantenerlos; además, de que serán menos vulnerables a recaídas (Bandura, 1997).

Abandonar el hábito de fumar requiere auto-creencias optimistas que pueden instaurarse mediante programas específicos para dejar de fumar, las creencias de eficacia para resistir la tentación de fumar predicen la reducción del número de cigarrillos consumidos (Kavanagh & Bower, 1985). Por ejemplo, la auto-eficacia pre-tratamiento no predice las recaídas, pero la auto-eficacia pos-tratamiento sí lo hace, por lo que las creencias de eficacia aumentan después del tratamiento y aquellos que han adquirido los niveles más altos de auto-eficacia seguirán sin fumar aún de un año después del tratamiento (DiClemente, Fairhurst & Piotrowski 1990).

Asimismo, también se han hecho esfuerzos para motivar a las personas a que efectúen ejercicio físico con regularidad, aunque esto depende de muchos factores, entre ellos la auto-creencia optimista de ser capaz de hacerlo ante muchas condiciones disuasorias. Sin embargo, se ha comprobado que la auto-eficacia percibida influye significativamente en la formación de intenciones para hacer ejercicio y para mantener la práctica durante bastante tiempo (Dzewaltowski, Noble & Shaw, 1990).

Además, se ha comprobado que hacer dieta y controlar el peso, son conductas relacionadas con la salud, también gobernadas por las creencias de auto-eficacia. McAuley

(1991), menciona que los individuos con sobrepeso responden muy bien al tratamiento conductual cuando disponen de un alto sentido de eficacia y una localización interna de control.

Por lo tanto la auto-eficacia se ha convertido en un constructo teórico ampliamente usado en los modelos de adopción y mantenimiento de conductas saludables, así como, en los modelos de adicción y recaída (Marlatt, Baer & Quigley, 1995). Estas teorías asumen que el éxito en el manejo de situaciones particulares depende en gran parte de que las personas crean que operan como agentes activos de sus propias acciones y que poseen las destrezas necesarias para reinstaurar el control en el caso de que se produzca una recaída.

Finalmente, son muchas las pruebas de que la auto-eficacia está estrechamente asociada con las intenciones conductuales y con el cambio de conductas relacionadas a la salud. Sin embargo, la fuerza de las relaciones difiere levemente de unos dominios a otros y de unas muestras a otras. Por lo que para el caso en particular de las personas mayores, cabría el preguntarse si la auto-eficacia se manifiesta del mismo modo que en los casos antes mencionados y si no es así, cuáles podrían ser las causas aparentes de ello.

CAPÍTULO 3. PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y COMPORTAMIENTOS SALUDABLES

3.1 Psicología de la salud y comportamientos saludables

En la actualidad se reconoce ampliamente que la salud de las personas está parcialmente en sus manos. Además de la herencia genética, la salud física, se determina en gran medida por los hábitos del estilo de vida y las condiciones ambientales (Schwarzer, 1992). Las personas sufren muchas veces incapacidades físicas y mueren prematuramente a consecuencia de hábitos que pueden prevenirse y que afectan negativamente su salud. Sus hábitos nutritivos inadecuados les colocan en riesgo de enfermedades cardiovasculares, los hábitos sedentarios debilitan las capacidades cardiovasculares y la vitalidad, el consumo de cigarrillos crea una propensión significativa al cáncer, a los trastornos respiratorios y al ataque cardíaco, el abuso del alcohol y las drogas contribuye a las incapacitaciones y a la pérdida de la vida, las enfermedades de transmisión sexual pueden tener graves consecuencias sobre la salud, las personas son lisiadas o asesinadas por la violencia física y otras actividades cargadas de riesgos físicos y los modos disfuncionales del manejo de los estresores producen graves consecuencias orgánicas. Por tal razón, el cambio de los hábitos de salud y de las prácticas ambientales podría producir muchos beneficios para la salud.

El modelo biopsicosocial, de gran aceptación actualmente, admite que la salud y la enfermedad están multideterminadas, es decir, que las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son de diversa naturaleza y origen, pues intervienen tanto elementos de macroprocesos (tales como contexto social, ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, factores climáticos, etc.) como otros de microprocesos (cambios bioquímicos, pensamientos, emociones, etc.) (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2000).

Es así que el estimular la creación de nuevas estrategias en la relación del ser humano con su entorno, van a ser orientadas a crear un futuro más saludable, combinando tanto la elección como la responsabilidad personal. De igual forma, este modelo enfoca la atención en los aspectos

preventivos, en la promoción de la salud humana y en la importancia de las variables del medio ambiente tanto físico como social.

Un ejemplo de ello es el señalado por Stokols (1992), en el cual afirma que el concepto de promoción de la salud comprendería el papel de los individuos, grupos y organizaciones como agentes fundamentales para el desarrollo de prácticas y políticas de salud para mejorar el bienestar individual y colectivo.

Para llevar a cabo esto y que se encuentre más favorecido en garantía de buenos resultados, surgió la psicología de la salud a partir de una perspectiva sistémica e integrativa, con psicólogos pertenecientes a diferentes áreas psicológicas. Al respecto, Matarazzo (1980), definió a la psicología de la salud como *“la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud”* (pp. 808).

Como señala Amigo y Fernández (1998), en esta definición se destacan cuatro aspectos:

1. Promoción y mantenimiento de la salud (a través de una mejor nutrición, práctica regular de ejercicio físico, aprendizaje de resolución de problemas, desarrollo de habilidades sociales, etc.).
2. Prevención y tratamiento de la enfermedad (a través de la modificación de los hábitos insanos tales como el cigarrillo y el abuso del alcohol, aprendizaje de nuevos estilos de vida para superar una determinada enfermedad, etc.).
3. Estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones (estudios retrospectivos y longitudinales que esclarecen las causas de la salud o de la enfermedad).
4. Estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud (efecto del sistema sanitario en el comportamiento de la población; recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud).

Para integrar estos cuatro puntos fundamentales, la psicología de la salud se concentra en intervenciones a nivel individual, de profesionales de la salud y de la organización sanitaria, para que los diferentes tipos de intervenciones se encuentren implicadas según Labiano (2004), específicamente en:

1. Modificar actitudes, promoviendo y mejorando la salud.
2. Modificar procesos fisiológicos, previniendo y tratando la enfermedad.
3. Implementar campañas de educación dirigidas a la comunidad.
4. Mejorar el sistema sanitario a través de la creación de políticas sanitarias adecuadas.

En general, los programas de salud están dirigidos a niños y adolescentes en los que se proponen como objetivos:

- Disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad mediante el incremento de hábitos y comportamientos saludables.
- Modificar comportamientos de riesgo.
- Ofrecer atención oportuna en los casos detectados.
- Promover comportamientos de auto-cuidado de la salud.
- Prevenir prácticas de riesgo.
- Brindar servicios de atención integral de salud.
- Formar redes de apoyo para asegurar la atención integral de la salud.

Si la o las intervenciones tienen éxito, la persona adquirirá lo que se denomina un estilo de vida saludable. Este concepto puede definirse desde diversas perspectivas que van desde un enfoque individual hasta una social e integrador. Sin embargo, una forma genérica en la que se conceptualiza es como una moral saludable que cae bajo la responsabilidad del individuo o bajo una mezcla de responsabilidad del mismo y la administración pública, según el ámbito cultural. Singer (1982), se refiere al estilo de vida, como “una forma de vivir o la manera en que la gente se conduce con sus actividades día a día”, mientras que Ardell (1979), al aplicar esta noción a la salud, lo delimita como “aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan los riesgos para la salud”.

En este sentido se da por hecho la existencia de comportamientos que ayudan a reducir los riesgos para la salud y mantener un estilo de vida saludable; Belloc y Breslow (1972), señalan principalmente siete de ellos que permiten reducir el riesgo de enfermar.

- Dormir siete u ocho horas diarias.
- Desayunar diariamente.
- No comer alimentos entre comidas.
- Mantener el peso adecuado a la talla.
- No fumar.
- Tomar alcohol moderadamente.
- Practicar una actividad física regularmente.

Estas conductas o comportamientos saludables son definidos como “aquellas que las personas manifiestan mientras se encuentran sanas, con la finalidad de prevenir la enfermedad” (pp. 247), Kasl y Cobb, (1966); o bien, de acuerdo con Matarazzo (1984), dichos comportamientos se refieren a los esfuerzos de las personas por reducir patógenos conductuales y además de practicar conductas que sirvan como inmunógenos conductuales.

Por su parte, Amigo y Fernández (1998), distinguen tipos de variables que determinan las conductas de salud que influyen en la adquisición y mantenimiento del estilo de vida, algunas de estas son:

- La clase y el entorno social.
- La percepción de algún síntoma.
- Los estados emocionales.
- Las creencias.

Si bien, ya se han hecho aproximaciones hacia un mejoramiento de los comportamientos saludables de las personas desde una perspectiva psicológica, aún quedan a expensas aspectos a considerar. Por lo que la psicología de la salud, así como otras disciplinas, requiere de diversos trabajos que garanticen un mejor entendimiento del proceso de salud de las personas.

3.2 Indicadores sobre el comportamiento saludable

Ya se ha mencionado que dentro del establecimiento y fomento de la salud intervienen diversos factores (individuales, ambientales, sociales, etc.), para desarrollar este punto del reporte de investigación se enfoca a aquellos que se involucren directamente con la persona, variables que se encuentran relacionadas con los comportamientos saludables: actividad física (correr, caminar, subir escaleras, etc.), actividad recreativa (visitar algún lugar, jugar juegos de mesa, aprender algo nuevo, etc.), hábitos alimenticios (consume frutas, verduras, carne, etc.), descanso (horas de sueño) y actividades de riesgo (alcohol y cigarro).

Dentro de la actividad física, se tiene que es el aspecto más estudiado científicamente por ser el que cuenta con mayor influencia para el organismo de la persona; ya que tiene gran relación con la mayoría de los órganos y sistemas vitales, haciendo que se desenvuelva en su medio.

El ejercicio se ha definido como una actividad regular que sigue un patrón específico y cuyo fin es el de lograr resultados deseables en cuanto al estado de forma, como un mejor nivel de salud general o de funcionamiento físico Bouchard y Shephard, (1994). Por su parte, Fontane (1990), describe a la actividad física como un continuo del comportamiento físico: 1) actividades de la vida diaria; 2) actividades instrumentales de la vida diaria; 3) actividad y ejercicio en general; 4) ejercicio para lograr una buena forma física; y 5) entrenamiento físico.

Al respecto, Mobily, Lemke, Ostiguy, Woodard, Griffee, y Pickens (1993), señalan que aquellas personas que empiezan a realizar ejercicio físico a edades tempranas, tienden a seguir haciéndolo más adelante. Así, lo que una persona hace con su tiempo de ocio parece dar forma al ocio en sí y al desarrollo de éste

Dentro del ejercicio físico, existen seis áreas que son influidas por el esfuerzo fisiológico, según Bouchard y Shepard (1994), éstas son: la forma del cuerpo, la fuerza de los huesos, la fuerza muscular, la flexibilidad del esqueleto, la forma física del motor y la forma física del

metabolismo. Otras áreas que se benefician de la actividad física son, la función cognitiva, la salud mental y la adaptación a la sociedad.

Igualmente, Laukkanen, Heikkinen, Kauppinen (1995), subrayan los efectos positivos del ejercicio físico sobre la salud, al decir que la inactividad física es un desperdicio innecesario de recursos humanos. El grupo de expertos señaló que un estilo de vida pasivo, básicamente sedentario, es un importante factor de riesgo de tener una mala salud y una capacidad funcional reducida.

Esclaro que la actividad física trae grandes beneficios al organismo, sin olvidar que un ejercicio excesivamente intenso puede causar lesiones o alguna enfermedad. Por ello es recomendable considerar estos aspectos a la hora de proporcionar bases que evalúen campañas que fomenten la actividad física como camino para obtener una mejor salud.

La relación entre actividad física y salud mental se ha estudiado de manera bastante profunda en personas jóvenes y de mediana edad, pero no en personas de la tercera edad. La actividad física se describe generalmente en términos de un tipo específico de ejercicio físico. La mayor parte de los trabajos que se han desarrollado hasta la fecha respecto al tema han adoptado la forma de estudios de intervención con el objetivo de prevenir o resolver problemas de salud mental mediante programas de ejercicios. A nivel de la población ha habido muy poca investigación de los posibles efectos que podría tener sobre la salud mental el realizar ejercicio con regularidad a lo largo de toda la vida (Brannon & Feist 1992).

En relación con el ejercicio físico, se ha identificado que el hábito de permanecer mucho tiempo frente al televisor atenta contra el control de peso. Por cada hora que las personas se “estacionan” frente al televisor, el riesgo de sufrir obesidad aumenta en un 30%. Información sobre los hábitos y estilos de vida de diversas poblaciones, refieren que aquellas personas que le dedican más de cuatro horas al televisor tienen 2.4 veces más riesgo de padecer obesidad que alguien que no lo hace.

Las causas de las enfermedades son numerosas, pero una de las más importantes son las conductas que ponen en riesgo la salud como el sedentarismo, la obesidad, el tabaquismo, etc., así como aquellas estrategias de afrontamiento dirigidas a regular la emoción frente a situaciones estresantes que resultan nocivas, por ejemplo, tranquilizantes mediante el consumo de drogas, o la ingesta de alcohol o excesivas cantidades de alimentos (Lazarus, 1986).

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y potencialmente mortal, cuyas características son tolerancia, dependencia física y cambios patológicos en los órganos vitales como consecuencia directa o indirecta del consumo en exceso de bebidas alcohólicas. Estos hábitos nocivos pueden presentarse en sujetos pertenecientes a cualquier nivel socioeconómico, aunque los problemas se manifiestan de diferente manera en cada grupo.

En realidad este hábito es un tipo de drogodependencia. La dependencia física se manifiesta cuando se interrumpe la ingesta de alcohol, y se presentan síntomas asociados con la ansiedad cada vez mayor a esta sustancia, así como enfermedades relacionadas con su consumo. Por otra parte, el efecto directo del alcohol en el sistema nervioso provoca una disminución de la actividad, ansiedad, depresión, tensión e inhibición social; además las capacidades cognitivas se deterioran (la concentración y el juicio).

El alcohol afecta también a otros sistemas corporales. Puede aparecer una irritación del tracto gastrointestinal, con erosiones en las paredes del estómago debidas a las náuseas y vómitos, las vitaminas no se absorben bien, lo cual ocasiona deficiencias nutricionales en los alcohólicos crónicos. También provoca problemas en el hígado (cirrosis hepática) y el sistema cardiovascular se ve afectado por cardiopatías. Pueden aparecer alteraciones sexuales que generen impotencia en el hombre y desaparición de la menstruación en la mujer, su consumo durante el embarazo puede originar problemas en el desarrollo del feto, entre ellos el llamado síndrome fetal del alcohol.

En lo que respecta al tabaquismo, éste constituye un factor de riesgo relacionado estrechamente con distintos tipos de enfermedades. En el sistema nervioso central existen

receptores específicos para la nicotina, que es el agente farmacológico que causa la adicción. Sin embargo, otros componentes del tabaco poseen gran potencial cancerígeno, por ejemplo, los denominados alquitranes. Se han observado diversos tipos de cáncer (de labio, cavidad oral, faringe, esófago, páncreas, laringe, pulmón, etc.) debido a esta adicción.

De acuerdo con Amigo y Fernández (1998), se ha calculado que 80% de las muertes atribuidas a los efectos cancerígenos del tabaco son debidos al cáncer de pulmón. Por otra parte, agregan que una quinta parte de las muertes causadas por enfermedades cardiovasculares son atribuibles al uso del tabaco, pues señalan que la causa de la enfermedad es la acción de la nicotina, que activa el sistema nervioso simpático y provoca un incremento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, lo cual disminuye la temperatura de la piel y constriñe las arterias. También el consumo del tabaco parece explicar el 80% de los fallecimientos causados por enfermedades respiratorias (bronquitis crónica, enfisema, asma), y es evidente su relación con trastornos sexuales (impotencia), envejecimiento prematuro de la piel, aparición de arrugas, úlceras y osteoporosis.

3.3 Comportamientos saludables asociados a la vejez

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como el bienestar físico, mental y social; sin embargo, el concepto es más amplio y significa no únicamente estar libre de enfermedades. En el adulto mayor, la salud es definida como la capacidad para atenderse a sí mismo y desenvolverse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite desempeñar sus actividades de la vida diaria por sí solo (Martínez, 1998).

El hecho de que alguna persona mayor tenga una limitación funcional para realizar alguna de sus actividades de la vida diaria le afectará enormemente en su calidad de vida. Por ello, lo recomendable es iniciar una prevención antes de los 60 años de edad, logrando por ejemplo, cambios en la actividad física y en la alimentación para posponer la aparición de enfermedades crónicas (Asili, 2004). Manifestándose así un envejecimiento exitoso, dicho término fue creado por John Rouse, en 1987 el cual engloba cuatro aspectos:

- a) Poseer una funcionalidad adecuada en el área física con ejercicio constante, en el área mental con actividades que ejerciten la memoria, como la lectura, la escritura, etc.
- b) Contar con un buen estado nutricional.
- c) Tener metas y proyectos de vida que permitan seguir siendo activo en la sociedad.
- d) Evitar la inactividad, sustituyendo actividades que ya no se puedan realizar por otras.

Una de las estrategias más importantes para obtener estos cambios es la participación del individuo con responsabilidad, mediante el auto-cuidado (Buendía, 1997).

En el auto-cuidado la persona mayor debe adquirir diferentes tipos de aptitudes como aquellas que pueden ejercitarse, por ejemplo, una evaluación del estado de salud, ya sea desde la toma de temperatura y el pulso o hasta un auto-examen o la visita regular con el médico. También es recomendable que la persona mayor cuente con estilos de vida más saludables como son: el hacer ejercicio, llevar una dieta, tener una higiene bucal adecuada, etc. Los cuales en muchas ocasiones pueden enseñarse con facilidad y no conllevan riesgos de complicación en la salud (Asili, 2004).

Es importante considerar que el auto-cuidado es una de las estrategias recomendadas para mantener en óptimas condiciones la salud del adulto mayor. Sin embargo, la prevención de las enfermedades debe comenzar en edades más tempranas; por lo que se han identificado grupos focales de edad que van de los 45 a los 59 años de edad donde se está concentrando la atención para lograr cambiar sus estilos de vida poco saludables y mejorar la calidad de vida de dichos grupos, para que en el momento en que sean personas de edad avanzada gocen de un envejecimiento exitoso (Asili, 2004).

A continuación, de acuerdo con Martínez (1998), se mencionan algunos de los comportamientos que se deben tener en consideración al momento de llevar a cabo un programa de prevención de enfermedades y fomento de la salud:

1. Evitar cometer iatrogenias y actuar de manera sobreprotectora, ya que suele ser común que de manera equivocada sobreprotejamos a la persona mayor impidiendo de esta manera que se desenvuelva adecuadamente.
2. Evitar romper estilos de vida innecesariamente, como prohibir que fume una persona de 80 años que lo ha hecho toda su vida o prescribir dietas muy rígidas.
3. Preservar la autonomía del adulto mayor, permitiéndole una libre toma de decisiones.
4. Permitir la participación de la familia, manteniéndola informada y al tanto de los problemas de salud que la persona mayor podría presentar.
5. Brindar el mejor servicio de salud a las personas mayores en función de su nivel socioeconómico.
6. Identificar y favorecer todas las necesidades de la persona mayor para lograr su calidad de vida.

Cabe aclarar que no sólo por el hecho de que una persona mayor durante años previos realizara comportamientos saludables, está garantizando que disfrutará de una salud plena; sino que después de los 60 años aún deberá llevar a cabo comportamientos que le prevengan de enfermedades. Sin embargo, el haber llevado a cabo hábitos saludables durante años previos posibilita que la persona cuente con un mejor panorama sobre su salud.

A continuación, se desglosan aquellos comportamientos saludables que tienen estrecha relación con una gran parte de enfermedades crónicas si es que no se llevan a cabo, ya que se manifiestan en hábitos poco saludables; ejemplo de ello son: la baja actividad física (una vida sedentaria), los relacionados a una mala alimentación, el poco interés que muestran las personas hacia su salud, entre otros.

Primeramente, la falta de actividad física se encuentra asociada a diversas condiciones crónicas: osteoporosis, diabetes tipo 2, enfermedad vascular cerebral, depresión y ansiedad; por lo que el ejercicio físico contribuye a prevenir y retrasar la progresión de dichas enfermedades, así como la de pérdidas funcionales. Por lo cual el ejercicio físico adquiere gran importancia en la vejez Bouchard y Shephard, (1994).

Un mayor grado de actividad física puede ayudar a prevenir muchos de los efectos negativos que se encuentran dentro del envejecimiento sobre la capacidad funcional y la salud. La actividad física es, además, la mejor manera de romper el círculo vicioso y tomar el camino de una mejoría progresiva fomentando el grado de independencia Bouchard y Shephard, (1994).

Las mejorías en la actividad física obtenidas por caminar son especialmente valiosas para las personas de la tercera edad y pueden ser, proporcionalmente, tan importantes como los beneficios de que disfrutaban los grupos de edad más jóvenes. La fuerza muscular de las piernas es especialmente importante para minimizar la inmovilidad, y contribuir así a que las personas mayores conserven su independencia. La debilidad hace que sea difícil soportar el peso corporal y levantarse de una silla baja o del asiento del inodoro, subir escaleras o subirse a un autobús Laukkanen, Heikkinen, Kauppinen (1995).

La clave para conservar la actividad física y la capacidad funcional depende de cada persona, aunque en el entorno inmediato, las personas cercanas más importantes y la familia también desempeñan un papel crucial en la creación y conservación de un enfoque de vida positivo y activo Shephard (1986). Las personas pueden recurrir a vivencias pasadas para inspirarse y seguir adelante tanto mental como físicamente.

En lo que respecta al estado nutricional de las personas mayores, éste se encuentra determinado por los requerimientos y la ingesta; ellos a su vez son influenciados por otros factores como la actividad física, los estilos de vida, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud o enfermedad y restricciones socioeconómicas. Sin embargo, es importante que se tomen en cuenta otros factores tales como, los bioquímicos y los clínicos. Por lo que cualquier evaluación del estado nutricional debería incluir información sobre estos factores, con el objeto de ayudar a una mejor prescripción nutricional.

Uno de los nutrientes más importantes requeridos para la manutención de la homeostasis en ancianos es el agua, debido a su papel esencial en la regulación del volumen celular, el transporte de nutrientes, la remoción de desechos y la regulación de la temperatura. Es por ello que la pérdida de agua tiene profundas consecuencias sobre la salud de este grupo.

Se sabe que el agua corporal total disminuye con la edad; al nacimiento el agua corporal total alcanza a 80% pero va disminuyendo lentamente a medida que pasan los años hasta llegar a cifras entre 60 y 70% en ancianos.

Por otro lado, la actividad de dormir y los patrones de sueño para las personas mayores a menudo cambian. A veces caen en un sueño ligero mientras están viendo la televisión o se encuentran leyendo. Su sueño durante la noche se realiza más a intervalos que el de las personas más jóvenes, incluyendo el hecho de despertarse más frecuentemente. A su vez, el insomnio también común entre ellos, es difícil saber si es inevitable que se produzca con el envejecimiento, o su desarrollo es causa de una actividad reducida o de los más frecuentes cortos sueños.

Muchas personas mayores toman medicinas para dormir, a veces prescritas por un médico y a veces compradas por su propia cuenta. Sin embargo, hay desventajas posibles en tal práctica, especialmente cuando la medicación es autoprescrita. Las personas mayores se pueden quedar sobredados, usar medicinas que anulan los efectos de otras o adquirir medicamentos ineficaces.

La edad en la que los patrones de sueño cambian es altamente individual, reflejando la cantidad de diversión que las personas mayores han tenido en sus actividades diarias. Es difícil saber si estos cambios son el resultado de cambios psicosociales en las circunstancias de la vida, si contribuyen al déficit aparentes cognitivos o a la depresión, o si ambas o ninguna de estas relaciones tienen lugar.

Por ultimo, es importante considerar los comportamientos de riesgo en las personas mayores, si bien es cierto que conforme a la edad las personas tienden a dejar hábitos como el beber o fumar por cuestiones de salud, también es cierto que hay quienes no los dejan por

considerarlos parte de su vida. En torno al tema se encuentra poca bibliografía documentada. Como se mencionó, las personas tienden a abandonar estos hábitos por los daños físicos que ocasionan y qué además podrían derivar en su muerte.

Aquellas personas de edad avanzada que tienden a dejar hábitos de riesgo tienen más probabilidades de incrementar su longevidad y disfrutar una mejor calidad de vida que aquellas que no lo dejan y optan por mantenerlos.

Ahora bien, no es fácil desarrollar estrategias eficaces para fomentar algún comportamiento saludable entre las personas de la tercera edad. Shephard (1986), ha mostrado que es difícil que las personas mayores sepan valorar en su justa medida la idea de “entrenamiento”, y que ésta puede incluso intimidarles en función de sus capacidades físicas. Los beneficios de realizar comportamientos saludables podrían ser más fáciles de aceptar si las personas de edad avanzada los traducen; por ejemplo, en términos de disfrutar de mayor y mejor tiempo con sus personas queridas y de no depender de otras personas más adelante en sus vidas.

CAPÍTULO 4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

4.1 Pregunta de investigación

¿Existe relación significativa entre la auto-eficacia y la percepción de calidad de vida de las personas mayores?

¿Influye la auto-eficacia para realizar actividades cotidianas en la ejecución de comportamientos saludables que manifiestan las personas mayores?

4.2 Justificación

Es un hecho que en la calidad de vida intervienen un gran número de factores, por lo que cada persona puede percibir su significado y vivirla de manera distinta. Sin embargo, en lo que respecta a la etapa de la vejez hay un gran número de mitos y prejuicios que distorsionan la opinión con respecto a si esta población está disfrutando de una adecuada calidad de vida.

Por esta razón, se necesita de un aprendizaje de lo que verdaderamente percibe y siente una persona mayor, es decir, necesitamos conocer los cambios que experimenta y cómo se va adaptando a su nuevo medio ambiente según sus características propias.

Uno de los medios a través de los cuales los psicólogos se han podido acercar hacia una mejor comprensión de este tipo de población es a través de la evaluación de patrones comportamentales y estados cognitivos en función de sus características particulares; para que a partir de este tipo de investigaciones se propongan programas de intervención que favorezcan la calidad de vida de las personas mayores.

La auto-eficacia ha demostrado tener cierta correlación con la percepción de calidad de vida, por lo que, altos índices de auto-eficacia suelen corresponder con una buena percepción de la misma. Sin embargo, resulta interesante conocer la manera en que la auto-eficacia influye en otras áreas del comportamiento; así como evaluar si esto se da del mismo modo en poblaciones de personas mayores con características específicas.

Del mismo modo, la auto-eficacia y los comportamientos saludables podrían volverse especialmente factores a considerar una vez que se desea mantener el cuidado general de las personas mayores y dado que la psicología del envejecimiento va en auge, se requiere de investigaciones que describan y sustenten cómo se da dicho proceso. Así como, cuáles son las características y cómo se puede mantener una calidad de vida óptima en personas mayores.

Es por ello que el reporte de investigación pretende aportar datos descriptivos en cuanto a los niveles de auto-eficacia, comportamientos saludables y calidad de vida, para contar con una mejor perspectiva de estas variables en torno a las características de las personas mayores.

4.3 Objetivo general

Describir y examinar la relación existente entre la auto-eficacia y los comportamientos saludables, en torno a la calidad de vida de las personas mayores.

4.4 Objetivos específicos

- Identificar y describir la percepción de calidad de vida que tienen las personas mayores.
- Identificar y describir los niveles de auto-eficacia que tienen las personas mayores.
- Identificar y describir los diferentes comportamientos saludables que manifiestan tener las personas mayores.
- Analizar si la auto-eficacia tiene relación en la calidad de vida.
- Analizar si la auto-eficacia tiene alguna relación con los comportamientos saludables.
- Analizar si los comportamientos saludables tienen alguna relación con la calidad de vida.

4.5 Hipótesis de investigación

La teoría de la auto-eficacia establece que a mayor percepción de habilidades para realizar actividades de la vida diaria, los sujetos serán más capaces de llevarlas a cabo con éxito; además, de que se impulsarán los intentos de realizar algunas otras que con el paso del tiempo se relegan a pesar de haber sido dominadas exitosamente. Por lo que se plantea que existe una asociación entre la auto-eficacia y diversos comportamientos, lo cual indicaría que la percepción de la auto-eficacia puede ser un elemento de ayuda y sostén en los intereses de las personas mayores para

llevar a cabo actividades que les resulten satisfactorias y productivas como lo son los comportamientos saludables. Del mismo modo se esperaría que si existe relación entre la auto-eficacia y los comportamientos saludables, ésta se viera reflejada en la percepción de la calidad de vida de las personas mayores.

- Si las personas mayores se perciben con un nivel alto de auto-eficacia, entonces tendrán una mejor percepción de su calidad de vida.
- Si las personas mayores se perciben con un nivel alto de auto-eficacia, entonces realizarán comportamientos saludables.
- Si las personas mayores se perciben con un nivel alto de auto-eficacia y realizan comportamientos saludables, entonces tendrán una mayor calidad de vida.

CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA

5.1 Diseño y tamaño de la muestra

Se realizó un diseño transversal descriptivo con la participación voluntaria de 206 sujetos, con un rango de edad entre 60 y 90 años (media de 71 años), de los cuales un 83.5% eran mujeres y un 16.5% fueron hombres. A todos los participantes se les aplicaron ocho instrumentos con un promedio de tiempo de entre una y dos horas.

La investigación se llevó a cabo en los cuatro Centros Culturales del INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores). En donde alrededor de dos semanas se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos y una hoja de datos sociodemográficos. Cabe aclarar que durante las dos semanas se efectuaron invitaciones grupales en los diferentes talleres de los centros, así como trípticos y láminas informativas.

5.2 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Personas con más de 60 años de edad. Sin importar género, estado civil, ocupación o escolaridad.
- Participación voluntaria.
- Acudir regularmente a algún centro del INAPAM.

Criterios de exclusión

- Todos aquellos que no tuvieron las características antes mencionadas.
- No se tomaron en cuenta los instrumentos que fueron llenados de manera incompleta.

5.3 Definición de variables

Auto-eficacia

Definición conceptual:

Evaluación que hacen los individuos sobre su capacidad o competencia para ejecutar una conducta específica exitosamente. Tiene que ver tanto con la creencia que el individuo tiene de sus capacidades como su capacidad real para llevar a cabo la tarea.

Definición operacional:

Actividades de independencia: Conductas que los sujetos llevan a cabo cotidianamente dentro y fuera de casa, sin necesidad de ayuda por parte de otras personas.

Actividades recreativas mentales: Conductas que puede realizar el sujeto en su tiempo libre y de ocio, que no implican esfuerzo o desgaste físico.

Actividades recreativas físicas: Comportamientos que conllevan la realización de un esfuerzo y desgaste físico considerable.

Actividades sociales: Conductas que involucran dos o más personas y por medio de las cuales se consigue convivir con la comunidad que rodea al sujeto.

Actividades de protección a la salud: Aquellos comportamientos que van dirigidos al cuidado y conservación de un estado de salud óptimo, que permita desarrollar cualquier tipo de actividades.

Comportamientos saludables

Definición conceptual:

Todas aquellas conductas que manifiesta una persona con el propósito de alcanzar un nivel óptimo de bienestar físico, psicológico y social, y un estilo de vida saludable mediante la prevención de la enfermedad.

Definición operacional:

La serie de comportamientos saludables que la persona reporta llevar a cabo a lo largo del día. Las cuales consisten en actividades físicas (correr, caminar, subir escaleras, etc.), actividades

recreativas (visitar algún lugar, jugar juegos de mesa, aprender algo nuevo, etc.), hábitos alimenticios (consumir frutas, verduras, carne, etc.), descanso (horas de sueño) y actividades de riesgo (alcohol y cigarro).

Calidad de vida

Definición conceptual:

Percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y referente a los objetivos, esperanza, normas y preocupaciones. Incluye de forma compleja la salud física, la psicológica, la independencia social, las creencias sociales y su relación con las características destacadas del entorno.

Definición operacional:

Todos aquellos reportes verbales que las personas mayores mencionan entorno a cuatro dominios categóricos, los cuales son: Dominio de salud física, Dominio de salud psicológica, Dominio de relaciones sociales y Dominio de medio ambiente.

5.4 Materiales e instrumentos

- Lápices.
- Gomas.
- Sacapuntas.
- Tarjetas de respuesta para los instrumentos.

De los ocho instrumentos que se aplicaron a los 206 sujetos (Ficha de datos sociodemográficos, WHOQoL-breve, Ansiedad de Beck, Afrontamiento, Auto-eficacia-versión breve, Depresión de Beck, Bienestar subjetivo, y Soledad) tres fueron los que se utilizaron en el reporte de investigación para el análisis de resultados:

- 1.) *Ficha de Datos Sociodemográficos*: Sexo, edad, estado civil, nivel socioeconómico, nivel máximo de estudios y actividades que realizan en su vida diaria (Ver Anexo 1).
- 2.) Instrumento *WHOQoL-Breve*. Preparado por la OMS, traducido y adaptado por

González-Celis y Sánchez-Sosa (2003). Consta de 26 reactivos con cinco opciones de respuesta, mide Calidad de Vida en cuatro dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente (Ver Anexo 2).

- 3) *Instrumento de expectativas de Auto-Eficacia para Realizar actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC)* (Adaptada por González-Celis, 2002). Consta de 84 actividades cotidianas en cuatro dominios: Actividades de Independencia, Actividades Recreativas Mentales, Actividades Recreativas Físicas, Actividades Sociales y Actividades de Protección a la Salud, estructuradas en escala tipo Lickert (Ver Anexo 3). En el anexo 4 se muestra la Matriz de Rotación de Componentes para la validez de este instrumento.

5.5 Escenario

La aplicación de los instrumentos se realizó en uno de los cubículos de los centros culturales del INAPAM, acondicionados con uno o dos escritorios y varias sillas, además de una buena ventilación e iluminación. Se procuró que las aplicaciones fueran lo más homogéneas posibles, es decir, controlando variables extrañas como: ruido, distracciones, fatiga, etc. Esto fue para todos los participantes con la finalidad de obtener resultados confiables.

5.6 Procedimiento

Se contó con la participación voluntaria de 206 personas mayores entre los 60 y 90 años de edad (Media=71.42 años); 172 mujeres y 34 hombres; afiliados al INAPAM y que asistían de manera regular a uno de los cuatro Centros Culturales dentro del Distrito Federal.

La aplicación de las entrevistas se llevó a cabo en los cuatro Centros Culturales del INAPAM, en lugares designados por cada uno de ellos. Se procuró que cada uno contara con buena iluminación y libres de la intromisión de variables extrañas, evitando así la interrupción de las entrevistas y la presencia de otras personas ajenas. Días previos a las semanas de aplicación se hizo una convocatoria informal con la intención de dar a conocer las razones y objetivos del

proyecto de manera general, así como la presentación de cada uno de los aplicadores respectivamente.

Antes de comenzar cada una de las aplicaciones se tomaba un corto tiempo en el establecimiento de un *rapport* y si en el transcurso de la entrevista era necesario, se hacía una pausa dependiendo de las características de la persona entrevistada; es decir, si se encontraba agitada, cansada o deseaba hablar de algún punto en particular se destinaban unos momentos para que se tranquilizara o deseara retomar la entrevista; por ello, el tiempo entre entrevista oscilaba entre una o dos horas aproximadamente.

5.7 Análisis de datos

Se diseñó una base de datos en la que se codificaron las respuestas de cada sujeto. Teniendo columnas para cada una de las variables y renglones para cada sujeto. Posteriormente, mediante el programa “SPSS para Windows versión 12”, se realizaron diversos análisis utilizando las pruebas estadísticas: correlaciones y cálculo de coeficiente de correlación “*r*” de Pearson, la prueba “*t*” de Student, el cálculo de la “ X^2 ” y la prueba de análisis de factores (ANOVA factorial).

CAPÍTULO 6: RESULTADOS Y ANÁLISIS

A continuación se presentan los resultados obtenidos durante la aplicación de los tres instrumentos. Comenzando con las puntuaciones obtenidas para el instrumento de calidad de vida (WHOQoL-Breve), en donde la mayoría de la población se ubicó entre una percepción regular (27%) o buena (42%) con un porcentaje acumulado de 69%, mientras que un 14% y 17% de las personas restantes se ubicaron en una percepción muy buena o pobre, respectivamente (figura 1).

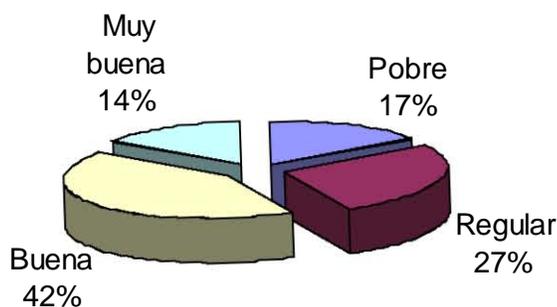


Figura 1. Distribución del porcentaje de personas mayores que se ubican en cada una de las categorías de calidad de vida (N=206).

A pesar de que poco más de la mitad de la población se ubica dentro de categorías de calidad de vida aceptables (56%), es importante considerar que hubo un 27% y un 17% de ellos que se autopercibe con una calidad de vida regular o pobre respectivamente, por lo que, esto debería de seguir siendo motivo de interés para las diferentes disciplinas de la salud, pues si bien el porcentaje no es mayor a uno óptimo todavía existe una considerable población que de acuerdo a sus condiciones ya sean sociales, físicas, psicológicas, etc., se manifiesta con una percepción de calidad de vida inadecuada.

Cabe señalar, que se llevaron a cabo análisis con la prueba “*t*” de Student para determinar si existía alguna diferencia significativa en los puntajes de calidad de vida obtenidos por los participantes atribuida al género, o la pertenencia a algún centro cultural

del INAPAM. Sin embargo, no se encontró suficiente evidencia estadística que indique una diferencia para las dos variables (género y centro cultural); por lo que deben de existir otros factores que estén interviniendo en las puntuaciones de calidad de vida.

Posteriormente, se describieron los resultados obtenidos por las personas mayores de acuerdo a su percepción de auto-eficacia, en donde nuevamente la mayoría de la población se ubica entre una categoría buena o regular con un 34.5% y un 29.1% respectivamente. A su vez, para el caso de las categorías de excelente y baja los porcentajes obtenidos para cada una fueron de 18.4% y 18% (ver figura 2).

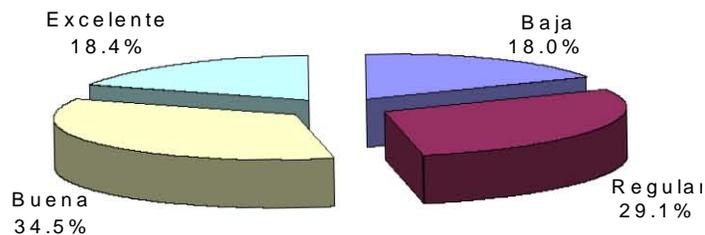


Figura 2. Distribución del porcentaje de personas mayores que se ubican en cada una de las categorías de auto-eficacia (N=206).

De acuerdo con los resultados obtenidos, poco más de la mitad de la población (52.9%) se ubica con un porcentaje bueno (34.5%) o excelente (18.4%) en sus niveles de auto-eficacia; por lo que, tal vez el hecho de que anteriormente en sus puntuaciones de calidad de vida la mayoría de la población también se encontrara entre estas categorías podría hacer suponer que los niveles de auto-eficacia saldrían igual. Sin embargo, ésto no necesariamente debería ser así, ya que la calidad de vida al ser una variable multifactorial se encuentra en función no sólo de la auto-eficacia, sino también de otros factores como son salud física, medio ambiente, relaciones sociales, entre otros.

Siguiendo con la auto-eficacia, al ser una variable predictora, es decir, determinante en el desempeño de otros comportamientos, se esperaría que altos niveles de ella influyan en otras áreas para llegar a una mejor percepción de calidad de vida. Por lo que resulta interesante el conocer dentro de la auto-eficacia cómo es que se

distribuyeron las puntuaciones en cada uno de los dominios comportamentales de la prueba.

En un principio, se encontró que los dominios correspondientes a actividades de independencia y protección hacia la salud se ubicaron con los porcentajes más altos con un 23%. Mientras que los dominios de actividades sociales (21%), actividades recreativas mentales (18%) y actividades recreativas físicas (15%) se ubicaron por debajo; lo cual puede observarse en la Figura 3.

Estos resultados nos dan una aproximación hacia el tipo de comportamientos que requieren de una mayor atención, como son las actividades físicas y mentales de las personas mayores, pues parece ser que conforme las personas van creciendo tiende a dejar aquellos comportamientos que requieren de mayor exigencia calórica y desgaste cognitivo, por lo que el desarrollar programas de apoyo psicológico en este sentido podría favorecer en los niveles de auto-eficacia.

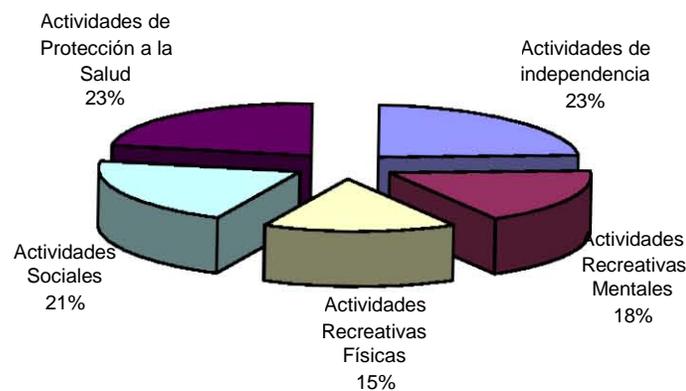


Figura 3. Distribución del porcentaje de personas mayores que se ubican en cada una de las categorías de auto-eficacia (N=206).

Probablemente, la razón por la cual tanto las actividades de independencia como de protección hacia la salud estuvieran un poco más altas, se debió al hecho de que conforme las personas mayores presentan un deterioro físico se hacen más responsables del cuidado de su salud, a la par de que el retirarse de sus actividades laborales y el incremento de su tiempo de ocio favorecen a su independencia personal en cierta manera como una actividad recreativa.

Por otro lado, las actividades sociales (21%) presentan un porcentaje cercano al mayor (23%), quizás pudo deberse a las características de la población, ya que acudían regularmente a alguno de los centros del INAPAM, en donde la mayoría de las actividades realizadas son de carácter social (baile, inglés, yoga, vitrales, etc.). Por lo que se puede suponer que el acudir a este tipo de instituciones adquiere un valor personal a considerar.

Finalmente, en cuanto a las actividades recreativas mentales (18%) y recreativas físicas (15%) en ocasiones son actividades que las personas mayores tienden a no llevar a cabo frecuentemente, ya que por un lado tienden a concentrar sus esfuerzos en otro tipo de actividades como las ya mencionadas; mientras que por otro lado, no existe un arraigo cultural en el cual la persona mayor se caracterice por llevar a cabo actividades recreativas físicas y mentales. Por lo que parece ser esto un indicador de que ambas actividades sean las más bajas.

En lo que respecta a los dominios particulares de calidad de vida no se encontraron diferencias entre las puntuaciones para cada dominio por lo que no se realizó un análisis de las medias, ya que no se encontrarían valores significativos.

Pasando a la siguiente variable, la cual es la de comportamientos saludables que realizan las personas mayores, ésta se ubicó en categorías de acuerdo a su similitud o relación en: Conductas de riesgo, Actividades físicas, Actividades mentales y Nutrición; los cuales se presentan a continuación en la tabla 1.

Cabe aclarar, que la sumatoria de algunos de los porcentajes presentados en la tabla 1, no dan un valor acumulado del 100% debido a que algunas de las personas se negaron a contestar algunos reactivos en particular; mientras que en la tabla sólo se presentan los resultados de las personas que contestaron.

Tabla 1. Distribución de porcentajes de las personas mayores que reportan realizar o no, algún comportamiento saludable dentro de las categorías de conductas de riesgo, actividades físicas, actividades mentales y nutrición (N=206).

		% SI LO HACE	%NO LO HACE	
CONDUCTAS DE RIESGO	FUMAR	12,6	87,4	
	PENSAR EN BEBER	4,4	93,7	
	BEBER DURANTE EL DIA	4,4	77,8	
ACTIVIDADES FISICAS	CAMINAR, TROTAR O CORRER	77,2	22,8	
	BAILAR	32,5	67	
	EJERCICIO FISICO	62,1	37,4	
	SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	68,9	30,6	
	QUEHACERES DOMESTICOS	74,3	25,2	
	OTRAS	8,3	90,8	
	ACTIVIDADES MENTALES	LEER	76,7	23,3
		CINE, TEATRO, ESPECTACULOS	48,1	51,9
IR AL MUSEO		51,5	48,1	
JUEGOS DE MESA		29,6	69,4	
PINTAR		22,3	77,2	
RESOLVER JUEGOS		33	66,5	
VER TV		69,9	30,1	
APRENDER ALGO NUEVO		46,1	53,4	
OTRAS		27,2	71,8	
NUTRICION	LACTEOS	92,2	7,8	
	HUEVO	69,4	30,6	
	FRUTAS Y VERDURAS	90,8	9,2	
	CARNES	86,9	12,6	
	VASOS CON AGUA	90,3	9,7	

En un principio, se puede apreciar que las personas mayores tienden a manifestar menores comportamientos de riesgo, ya que la mayoría de la población (en promedio (86.3%) menciona no realizarlos, esto se puede deber a que conforme pasa el tiempo se hacen más evidentes los problemas que acarrean hábitos específicos tales como fumar o beber, por lo que las personas mayores tienden a abandonarlos como una forma de prevenir enfermedades o por la presencia de alguna enfermedad a causa de estos hábitos.

Con respecto a las actividades físicas, éstas se encuentran en promedio con un 63%, que resulta ser bajo si consideramos que este tipo de comportamientos fomentan una mejora en la salud de las personas mayores. Tal vez, la baja en el rendimiento físico o algún sentimiento de incapacidad, orillan poco a poco a las personas a dejar de manifestar hábitos de actividad física; o incluso si el hábito no se encontraba presente a lo largo de la vida de las personas es poco probable que conforme incrementa su edad tienda a manifestarlo a menos que lo requieran por prescripción médica.

Sin embargo, en función de sus capacidades las personas siguen manifestando su actividad física, razón por la cual tal vez la acción de caminar se encuentra con mayor porcentaje (77.2%), pues si bien, ya no pueden realizar otras actividades de alto rendimiento físico, si pueden realizar con mayor frecuencia otras igual de efectivas.

Ahora bien, en lo que se refiere a las actividades mentales se encontró un promedio del 47.15% el cual es muy bajo considerando que es una actividad en la cual independientemente de la edad o la etapa de vida en la que se este, se debe contar con un nivel óptimo de la misma. Por lo que el fomentar en las personas mayores actividades o destrezas que incrementen su rendimiento mental es de gran relevancia para la psicología de la salud.

Entre las actividades recreativas mentales que manifiestan tener las personas mayores se encuentra en primer lugar la acción de leer (76.7%), lo cual nos indica una preferencia poco común en comparación con otras poblaciones de menor edad, aunque en segundo lugar esta el ver televisión (69.9%) la cual si es una actividad común y en ocasiones poco beneficiosa. Cabe destacar que a pesar de que existen otros comportamientos como el pintar, acudir a eventos o museos y resolver juegos, estos tienen poca incidencia; una posible razón sea que están muy en función de los gustos particulares de las personas mayores.

Por último, en lo que concierne a las preferencias nutricionales de las personas mayores, encontramos que mantienen un adecuado consumo de los alimentos más determinantes en su salud, con un promedio de 85.92% en el consumo de lácteos, frutas y verduras, carnes, vasos con agua y huevo; este último fue el más bajo con un 69.4% ya que debido a sus características metabólicas de las personas mayores no deben consumir altos índices de colesterol.

Hasta el momento se han desarrollado los tres primeros objetivos que tienen que ver con la descripción de las tres variables de interés: Calidad de vida, Auto-eficacia y Comportamientos saludables, y a partir de este momento se abordarán los análisis de las relaciones existentes entre dichas variables.

En primer lugar, se analizaron las relaciones entre calidad de vida y auto-eficacia, encontrando que existe suficiente evidencia estadística para comprobar la presencia de correlación moderadamente baja, sin embargo, ésta resulta significativa entre las puntuaciones de ambas variables ($r=0.542$, $p<0.0001$). Lo cual tiene que ver con una correlación directamente proporcional; por lo que un incremento en los niveles de auto-eficacia da como resultado un incremento en la percepción de calidad de vida y viceversa.

Posteriormente se analizaron las relaciones entre auto-eficacia y comportamientos saludables, en donde no se encontró suficiente evidencia estadística para probar que existe una correlación significativa entre las puntuaciones de ambas variables. Por lo que se realizó un análisis correlacional entre cada uno de los dominios de auto-eficacia y los comportamientos saludables; encontrando que para el caso del dominio de actividades de independencia se encontró suficiente evidencia estadística ($r=0.153$, $p<0.031$) que indica una correlación entre los comportamientos saludables; es decir, un incremento en la percepción en los niveles de auto-eficacia para el caso específico del dominio de actividades de independencia mejora las puntuaciones en la percepción de calidad de vida e inversamente proporcional. Mientras que para el caso de los dominios actividades recreativas mentales, recreativas físicas, actividades sociales y protección hacia la salud no se encontró suficiente evidencia estadística para atribuirlo a una correlación.

Finalmente, en lo que respecta al análisis entre las variables de comportamientos saludables y de calidad de vida, no se encontró suficiente evidencia estadística para probar que existe una correlación. Sin embargo, los valores de significancia fueron muy cercanos a los de $p<0.05$, por lo que pudiera existir una tendencia a presentarse una correlación entre ambas pruebas.

Cabe aclarar que los resultados antes expuestos para las pruebas de calidad de vida y de comportamientos saludables fueron de manera general. Por lo que al momento

de realizar un análisis entre los dominios de calidad de vida y comportamientos saludables, se encontró que tanto los dominios de salud física ($r=0.187$, $p<0.008$) y de relaciones sociales ($r=0.151$, $p<0.035$), se encuentran asociadas con los comportamientos saludables. Mientras que salud psicológica y medio ambiente no mostraron correlación. Como puede observarse en la tabla 2, dichas asociaciones se dan de manera positiva:

Tabla 2. Correlación entre las puntuaciones de los dominios de calidad de vida y comportamientos saludables.

DOMINIOS	r	p	SIGNIFICATIVO
Salud física	0.187	0.08	*
Salud psicológica	0.110	0.123	
Relaciones sociales	0.151	0.035	*
Medio ambiente	-0.022	0.763	

De manera adicional, se realizó un análisis correlacional entre la edad (dividida en tercer edad, que va de 60 a 74 años y cuarta edad, de 75 años en adelante) y cada una de las variables experimentales. Para el caso de calidad de vida y comportamientos saludables no hubo diferencias entre estos dos grupos. Mientras que para el caso de auto-eficacia, se manifestaron valores estadísticamente significativos ($r= -.191$, $p<0.006$), lo cual indica una tendencia negativa en donde a mayor edad menor auto-eficacia.

Hasta este momento se han descrito y analizado los objetivos correspondientes al reporte de investigación. A continuación, en el capítulo posterior se discutirán los resultados obtenidos en función de las hipótesis planteadas y la teoría existente.

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN

En el reporte de investigación se tuvo como objetivo principal describir y examinar la relación existente entre la auto-eficacia y los comportamientos saludables entorno a la calidad de vida de las personas mayores que acudían regularmente a un centro cultural del INAPAM; así como la interrelación que guardan cada una de estas variables mutuamente.

Se encontró que la calidad de vida de dicha población está entre puntuaciones que van de regular a buena, por lo que se pueden atribuir estos resultados al hecho de que acuden a un centro de recreación en donde las actividades que realizan, así como la interacción social que ahí tienen, influyen en su percepción de calidad de vida. De acuerdo con Verdugo (2000), menciona que el describir y evaluar la calidad de vida de las personas mayores nos permite estimar el grado de satisfacción y necesidades particulares de las personas en torno a su ambiente.

Cabe destacar que a pesar de que la mayoría de la población se ubicó con puntuaciones aceptables dentro de su percepción de calidad de vida, se deben tomar en consideración aquellas que no se encontraron dentro de las puntuaciones aceptables, de tal manera surge la necesidad de desarrollar nuevos programas de intervención que fomenten una mejora en la percepción de calidad de vida de este grupo en particular.

Es importante considerar que las puntuaciones de calidad de vida obtenidas para el reporte corresponden a una población en particular con características específicas, por lo que es probable que si se evaluaran poblaciones con características diferentes tales como: aquellas que no acuden a un centro de recreación, las que se encuentran en un asilo, las que viven en una comunidad marginada, con alguna enfermedad crónica, etc. se encuentren resultados diferentes.

Con relación a las puntuaciones obtenidas para el caso de auto-eficacia se encuentra que al igual que calidad de vida un porcentaje similar para el caso de la categoría de pobre, sin embargo, el hecho de que las puntuaciones en general se parezcan a las de calidad de vida no quiere decir que la auto-eficacia sea un factor determinante para ésta, sino que al ser una variable

predictora contribuye regulando la presencia de algunos comportamientos que influyen en la percepción de las personas.

Al igual que para el caso de calidad de vida resulta importante considerar a la población con niveles bajos de auto-eficacia, ya que el fortalecer una mejor percepción en este rubro contribuirá a una mejora en la percepción de la calidad de vida.

En lo que respecta a los dominios de auto-eficacia, resulta interesante analizar el por qué de las puntuaciones más bajas para el caso de las actividades recreativas físicas, siendo que es un área que trae grandes beneficios a las personas. Para el caso particular de las personas mayores el declive físico en torno a la edad se va haciendo más evidente, por lo que de acuerdo a lo señalado por Marlatt, Baer y Quigley (1995), el que una persona desconfíe en sus capacidades muestra una reducción visible en su auto-eficacia percibida tras una recaída, además de que interviene poco en su esfuerzo por restaurar el control. Tal vez a causa de esto las personas mayores van mostrando una baja en sus puntuaciones específicamente para el caso de las actividades físicas.

Ahora bien, conforme a los resultados obtenidos para la variable de comportamientos saludables se pudo apreciar que tanto las actividades físicas como mentales fueron las más bajas, tal vez la causa se debe a múltiples factores, algunos de éstos se encuentran, el deterioro físico asociado a la edad, así como el rol social que erróneamente asumen las personas mayores al pasar de una vida activa a una pasiva. Además, puede deberse a que si desde un principio no contaban con este repertorio en su estilo de vida, difícilmente podrían incorporarlo más adelante; porque como lo menciona Singer (1982), el estilo de vida se va conformando día a día dependiendo de las actividades que las personas realicen. Siendo así como se forman los buenos o malos hábitos.

En lo que respecta a la alimentación, es importante señalar que no existe un criterio único para llevarla a cabo, ésta se debe regir por cada persona ajustada a sus necesidades particulares. Sin embargo, existen recomendaciones generales para cubrir dichas necesidades en cuanto a nutrientes y energía se refiere. De acuerdo con esta investigación las personas consumen principalmente lácteos, frutas y verduras, además de líquidos. Poco más de la mitad de la

población afirmó consumir huevo que si lo comparamos con los porcentajes de los demás nutrientes se ve claramente que dicho consumo no está a la par de los demás, porque la persona mayor muchas veces tiene contraindicado el consumir de manera frecuente este tipo de alimento por su salud principalmente.

Para el caso de las conductas de riesgo (beber alcohol y fumar) la mayoría de la población reporta no realizarlas, esto probablemente se puede deber a que las personas se hacen más conscientes sobre su salud conforme avanza su edad o por alguna prescripción de tipo médica tienden a dejarlos. Asimismo, hay que considerar a aquellos que no tenían el hábito y por el contrario a aquellas personas que sí lo tienen y a pesar de los problemas que acarrear optan por abandonarlo.

Por último, en cuanto a las horas de sueño se encontró una ligera similitud entre los resultados obtenidos y la teoría. Lo recomendable, según Belloc y Breslow (1972), es el de dormir entre siete u ocho horas diarias. Aunque cabe señalar que el patrón de sueño para las personas mayores, se hace en intervalos durante el día y la noche; es decir, se presenta regularmente un sueño ligero en el día y llegada la noche el sueño se muestra interrumpido en algunas ocasiones. Para este reporte de investigación las personas mencionaron las horas totales de sueño que se presenta en el día; no así la causa por la que el patrón de sueño presente algún cambio, como podría ser el estado fisiológico por alguna enfermedad o ingesta de medicamentos, psicológico relacionado a nivel cognitivo, y social referente al medio ambiente.

A partir de este momento se abordarán los análisis de las relaciones existentes entre las variables de calidad de vida, auto-eficacia y comportamientos saludables.

Para la correlación entre calidad de vida y auto-eficacia se encontró que fue significativa, la cual se debe, como ya se mencionó, al hecho de que la auto-eficacia al ser una variable predictora favorece la asociación entre ésta y comportamientos saludables, los cuales se ven relacionados con la calidad de vida; tal y como lo señala Buendía (1997), al decir que la auto-eficacia está asociada con niveles favorables de bienestar, lo cual se refiere al hecho de que la

auto-eficacia incrementa la probabilidad de modificar patrones comportamentales y el rendimiento en distintas áreas; promoviendo un mejor estilo de vida.

Al momento de realizar la correlación entre auto-eficacia y comportamientos saludables, además de esta última con calidad de vida, no se encontraron valores estadísticos significativos. Una razón para ello, puede ser la falta de estandarización del cuestionario de comportamientos saludables, siendo que sólo se realizó a partir de los datos referenciados en la teoría, sin que esto signifique la construcción formal de dicho cuestionario. Por lo que algunas preguntas, así como la redacción del mismo, puede ser malinterpretada por las personas, generando variabilidad en las respuestas. Sin embargo, a pesar de ello se observa una ligera tendencia a obtener valores significativos, los cuales con una prueba confiable se logren corroborar. De ser así, los datos apuntarían a que un incremento en los niveles de auto-eficacia favorece la realización de comportamientos saludables y viceversa.

Es así que se piensa que los niveles de auto-eficacia determinan los comportamientos saludables, la mayoría de los estudios así lo demuestra en adolescentes, Schwarzer y Fuchs, (1999), mencionan que el pensamiento auto-eficaz interviene en varios estadios de la iniciación y mantenimiento de las conductas beneficiosas. Los estudios han demostrado que las cogniciones relativas a la salud regulan la adopción de conductas favorecedoras y la eliminación de conductas perjudiciales para la persona. Sin embargo, cabe preguntarse si es lo mismo para las personas mayores.

Dado que los valores estadísticos para el caso de la correlación calidad de vida y comportamientos saludables fueron cercanos a un valor significativo, se procedió a analizar la existencia de una probable correlación entre algunos de los dominios de calidad de vida y comportamientos saludables, en donde se encontró que para los dominios de salud física y de relaciones sociales fueron los que mostraron dicha correlación. La razón de esto, tal vez se debe a que conforme pasan los años las actividades de salud física en las personas mayores van cobrando mayor peso, volviéndose una necesidad, más no así los dominios de salud psicológica y de medio ambiente. Estas últimas pueden pasar a segundo término para el caso de manifestar

comportamientos saludables, ya que son sobrellevadas de distinta manera. Razón por la cual en las personas mayores es deseable que se realice una reapreciación de sus capacidades con el fin de elevar y mantener sus niveles calidad de vida si es que pretenden realizar conductas favorables para ellas.

También se hizo una correlación de los dominios de auto-eficacia y los comportamientos saludables, obteniendo que sólo para el dominio de actividades de independencia tuvieron valores significativos para la correlación. Esto tal vez se debe a que los comportamientos saludables tienen un mayor beneficio a nivel físico. Ya sea llevar una adecuada alimentación, evitar conductas de riesgo y realizar ejercicio físico regularmente produce un estado de bienestar a corto, mediano y largo plazo, mejorando la calidad de vida.

Dado que los valores estadísticos para el caso de la correlación entre calidad de vida y comportamientos saludables fueron cercanos a un valor significativo, se procedió a analizar la existencia de una probable correlación entre alguno de los dominios de calidad de vida y comportamientos saludables, en donde se encontró que los dominios de salud física y de relaciones sociales tuvieron valores significativos para la correlación. Esto tal vez se debe a que los comportamientos saludables tienen un mayor beneficio a nivel físico. Ya sea llevar una adecuada alimentación, evitar conductas de riesgo y realizar ejercicio físico regularmente produce un estado de bienestar a corto, mediano y largo plazo, mejorando la calidad de vida.

Asimismo, se realizó una correlación de los dominios de auto-eficacia y los comportamientos saludables, obteniendo que sólo para el dominio de actividades de independencia la correlación se presentó. La razón de ésto, tal vez se debe a que conforme pasan los años las actividades de independencia en las personas mayores van cobrando mayor peso, volviéndose una necesidad, más no así las actividades de protección hacia la salud, actividades recreativas mentales, recreativas físicas y actividades sociales. Estas últimas pueden pasar a segundo término para el caso de manifestar comportamientos saludables, ya que son sobrellevadas de distinta manera. Razón por la cual en las personas mayores es deseable que se

realice una reapreciación de sus capacidades con el fin de elevar y mantener sus niveles de auto-eficacia si es que pretenden realizar conductas favorables para ellas.

Para el caso de las relaciones sociales se aprecia que el ejecutar las conductas saludables, éstas se llevan a cabo por lo general en grupo, es decir, acudir a un curso, a un centro de recreación, participar activamente en un equipo, jugar juegos de mesa, etc., los cuales implican la interacción con alguien más.

En lo que respecta a la auto-eficacia y la edad, se observa que la percepción de la primera, se ve deteriorada mientras se manifiesta mayor edad, lo cual se puede atribuir al hecho de que conforme se va envejeciendo se da de manera paulatina una disminución en las capacidades físicas. Estas, de acuerdo con la teoría documentada, tienen un mayor impacto en los niveles de auto-eficacia, tal y como lo menciona Kwon (1997), al decir que la auto-eficacia disminuye en las personas mayores quienes dejan de esforzarse por afrontar sus limitaciones físicas, creen que padecen de algún problema físico que no tiene remedio, lo que provoca que se encuentren menos motivadas para emplear algún método que mejore su situación.

Es así que se propone como tarea la de trabajar con las personas mayores en programas preventivos e informativos que garanticen mantener los niveles de auto-eficacia independientemente de la situación física en la que se llegara a estar.

Asimismo, para el caso de los niveles de calidad de vida a pesar de que se distribuyeron entre las diferentes categorías en esta población, todavía se encuentran grupos de personas con percepciones bajas, por lo que en este tipo de condiciones es importante el implementar programas de intervención que mejoren dicha autopercepción.

En conclusión, lo que concierne a la auto-eficacia, ésta mantiene una correlación significativa ($r=0.542$, $p<0.0001$) con la calidad de vida; lo cual quiere decir que conforme incrementan los indicadores de auto-eficacia, incrementa la percepción positiva de la calidad de

vida. Lo que se confirma en estudios previos en donde la auto-eficacia en conjunto con variables motivacionales de carácter cognitivo. Determinan en gran medida la elección, el esfuerzo y la persistencia al iniciar un comportamiento. De tal manera, que si estos factores están presentes es probable que las personas mayores realicen una gran gama de comportamientos beneficiosos en su estilo de vida.

Por otra parte, no existe una correlación significativa entre la auto-eficacia y los comportamientos saludables de manera general, aunque sí para el caso particular del dominio de independencia hacia los comportamientos saludables. Demostrando que al existir mayor independencia la persona se vuelve más conciente de su salud, ya que se refleja en sus comportamientos sanos que manifiesta diariamente.

En lo que concierne a la calidad de vida y los comportamientos saludables tampoco se encontró relación significativa, sin embargo, al realizar el análisis por dominio se encontró relación significativa entre los dominios de salud física y relaciones sociales hacia los comportamientos saludables. Cabe mencionar que para el caso específico de la correlación de estos últimos, los valores estadísticos fueron cercanos a un valor significativo ($r=0.187$, $p<0.008$) y ($r=0.151$, $p<0.035$), respectivamente. Por lo que al compararlos con investigaciones previas referidas a diferentes tipos de conductas favorecedoras de la salud han mostrado ser excelentes indicadores en las puntuaciones de percepción de calidad de vida, y tal vez la razón por la cual no se obtuvo el mismo resultado se debió al uso de una prueba no estandarizada en el caso de los comportamientos saludables.

Por otra parte, se encontró que la auto-eficacia va decrementando conforme a la edad, ya que las personas mayores con un rango de edad entre 60 y 74 años mostró tener mejores niveles de auto-eficacia en comparación con las personas de 75 años de edad en adelante.

Finalmente, es un hecho que con los avances en las disciplinas de la salud se ha logrado alargar el ciclo de vida considerablemente. Sin embargo, no es suficiente vivir muchos años, sino que lo primordial es mantener un buen estado de salud, ser auto-suficiente y tener una buena calidad de vida en conjunto. Se hace evidente el establecer desde muy temprano una alimentación

balanceada, interacción social, además de un estilo de vida saludable, es decir que incluya la práctica frecuente de ejercicio (según la condición física individual) el no realizar comportamientos de riesgo y la ocupación del tiempo libre en actividades mentales y recreativas.

Anexo 1



UNAM

1. FOLIO _____

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

2. NOMBRE _____

3. SEXO: Femenino () Masculino () 4. EDAD _____ (años cumplidos)

5. ESTADO CIVIL: Soltero () Casado () Con pareja () Separado () Divorciado () Viudo ()

6. CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE, Solo () Con su pareja o cónyuge ()

Con sus hijos () Con un familiar () Otro () ¿Quién? _____

7. ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA VIVIENDO ASÍ? Días _____

Meses _____

Años _____

8. ¿CUENTA CON ALGÚN INGRESO ECONÓMICO? Sí () No ()

9. ¿QUIÉN SE LO PROPORCIONA? _____

10. ¿EL INGRESO QUE USTED RECIBE SATISFACE SUS NECESIDADES? Sí () No ()

11. ¿CUÁL ES SU NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS?

Ninguno en absoluto () Primaria () Secundaria o Nivel Técnico () Bachillerato o Profesional ()

12. ¿LA VIVIENDA QUE USTED HABITA ES?

Rentada () Propia () Prestada () Vive en casa de algún familiar () Otra ¿cuál? _____

13. ¿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 14 y 15, si no pase a la pregunta 16

14. ¿CUÁL ERA SU ACTIVIDAD ANTERIOR?

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

15. FECHA DE SU RETIRO: Días _____

Meses _____

Años _____

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

- 1 Ver tv/escuchar música _____ 5 Oficios _____
 2 Domésticas _____ 6 Deportivas _____
 3 Manualidades _____ 7 Dormir/descansar _____
 4 Sociales, culturales, educativas _____ 8 Otras, ¿cuáles? _____

17. ¿PERTENECE ALGÚN GRUPO O ASOCIACIÓN? Sí () No ()

18. ¿DE QUÉ TIPO?

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

19. ¿QUÉ TIEMPO LE DEDICA?

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

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

21. ¿CUÁL ES SU ENFERMEDAD? _____

22. ¿DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO PADECE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA?

Días _____
 Meses _____
 Años _____

24. MENCIONE LOS TRES PROBLEMAS O PREOCUPACIONES MÁS SIGNIFICATIVOS QUE VIVE EN ESTE MOMENTO:

1. _____
 2. _____
 3. _____

A CONTINUACIÓN LE HARÉ ALGUNAS PREGUNTAS DE ACUERDO A CIERTOS HÁBITOS DE SU VIDA EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS:

25. ¿CUÁNTAS HORAS DUERME DIARIAMENTE? _____

26. ¿USTED TIENE EL HÁBITO DE FUMAR? Sí lo tengo () No lo tengo ()

27. ¿PIENSA CONSTANTEMENTE EN BEBER Y EN LAS BEBIDAS? Sí () No ()

28. ¿BEBE DURANTE EL DÍA? Sí () No ()

29. ¿CUÁNTAS COPAS BEBIÓ LA ÚLTIMA VEZ?

- Lo suficiente para sentirse bien () Lo suficiente para perderse ()
 Lo suficiente para emborracharse ()

30. REALIZA DIARIAMENTE ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA COMO:

- Caminar, trotar, correr () Bailar () Ejercicios físicos () Subir y bajar escaleras ()
 Quehaceres domésticos () Otras ¿cuáles? _____ Ninguna _____

31. ¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZA PARA MANTENERSE MENTALMENTE ACTIVO?

- Leer () Ir al cine, teatro o espectáculos () Ir al museo () Juegos de mesa () Pintar ()
 Resolver juegos () Ver tv () Aprender algo nuevo () Otras ¿cuáles? _____ Ninguna _____

32. EN RELACIÓN A SU ALIMENTACIÓN, USTED CONSUME:

Productos lácteos al menos una vez al día ()

Huevo 1 ó 2 veces por semana () Frutas y verduras al menos dos veces al día ()

Carne, pescado, aves o leguminosas diariamente ()

Al menos cinco vasos al día con agua u otros líquidos –jugos, te, café, leche, cerveza, vino- ()

Anexo 2

INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL¹
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Instrucciones: Le voy a preguntar cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, salud y otras áreas de la misma. Si usted está inseguro sobre cuál es su respuesta, conteste la que considere más apropiada. Es con relación a la frecuencia, con que se realiza.

Por favor tenga en mente sus costumbres, esperanzas, placeres y preocupaciones. Le voy a preguntar lo que piensa de su vida en **las dos últimas semanas** y va a contestar con unas tarjetas que le voy a enseñar y que le pueden ayudar a responder las preguntas. Por ejemplo, pensando acerca de las dos últimas semanas, una pregunta que podría hacerle sería:

		<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
	¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros?	1	2	3	4	5

Usted debe contestarme de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las dos últimas semanas. De esta manera debe decir “siempre” si hubiera recibido un gran apoyo de otros. O contestar “nunca” si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las dos últimas semanas.

Por favor escuche con atención cada pregunta, evalúe sus sentimientos y conteste señalando la respuesta que mejor lo describa.

		<i>Muy mala</i>	<i>Mala</i>	<i>Regular</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		<i>Muy insatisfecho</i>	<i>Insatisfecho</i>	<i>Regular</i>	<i>Satisfecho</i>	<i>Muy satisfecho</i>
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

¹ Traducción y adaptación: González-Celis, R A L y Sánchez-Sosa, J J (2002). Este trabajo es parte parcial de la Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM, del primer autor, bajo la dirección del segundo.

Las siguientes preguntas se refieren a **cuánto** ha experimentado sobre ciertos aspectos en las dos últimas semanas:

		<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Completamente</i>
3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	1	2	3	4	5
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son acerca de **qué tan completamente** ha experimentado, o ha tenido usted oportunidad de **llevar a cabo** ciertas cosas en las dos últimas semanas:

		<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Completamente</i>
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5

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

		<i>Muy insatisfecho</i>	<i>Insatisfecho</i>	<i>Regular</i>	<i>Satisfecho</i>	<i>Muy satisfecho</i>
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5

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

		<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

¿Tiene usted algún comentario acerca de la evaluación? _____

GRACIAS POR SU AYUDA

Anexo 3

UNAM

**Instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia para Realizar
Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve)
(González-Celis, 2002)**

Instrucciones: A continuación le voy a presentar cinco grupos de tarjetas con diferentes actividades cotidianas y le voy a pedir que usted señale la tarjeta de respuesta de acuerdo a qué tan capaz o competente se perciba para ejecutar cada una de las actividades. Piense si la actividad la realizará la semana próxima. Muy bien, ahora comencemos con el primer grupo de tarjetas de actividades.

Se presentan en orden las tarjetas de respuesta y cada una de las tarjetas de actividades de este grupo.

El sujeto señalará la tarjeta de respuesta. Se registran las respuestas del sujeto.

Continuar con los otros grupos de tarjetas.

	ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA	Completamente	Bastante	Moderadamente	Un poco	Nada
I-1	Preparar sus alimentos					
I-2	Planchar su ropa					
I-3	Quehaceres domésticos					
I-4	Lavar su ropa					
I-5	Asear su habitación					
I-6	Ir de compras					
	ACTIVIDADES RECREATIVAS MENTALES					
RM-1	Resolver juegos de pasatiempos					
RM-2	Armar rompecabezas					
RM-3	Pintar, dibujar o iluminar					
RM-4	Jugar juegos de mesa					
RM-5	Leer					
RM-6	Ver televisión					
	ACTIVIDADES RECREATIVAS FISICAS					
RF-1	Hacer aerobics					
RF-2	Correr o trotar					
RF-3	Hacer ejercicio					
RF-4	Bailar o cantar					
RF-5	Nadar					
	ACTIVIDADES SOCIALES					
S-1	Platicar con familiares y amigos					
S-2	Platicar con vecinos					
S-3	Visitar familiares					
S-4	Visitar amigos					
S-5	Hablar por teléfono con amigos o familiares					
S-6	Convivir con gente de mi edad					
	ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN A LA SALUD					
PS-1	Realizar análisis médicos					
PS-2	Tomar medicamentos					
PS-3	Visitar al medico o ir al hospital					

Anexo 4

Matriz de Rotación de Componentes

	Component				
	1	2	3	4	5
Asear su habitación	.832				
Quehaceres domésticos	.801				
Lavar su ropa	.793				
Planchar su ropa	.727				
Preparar sus alimentos	.634				
Ir de compras	.588				
Visitar amigos		.835			
Visitar familiares		.753			
Platicar con vecinos		.685			
Hablar por teléfono con amigos o familiares		.641			
Convivir con gente de mi edad		.638			
Platicar con familiares o amigos	.354	.559			.361
Armar rompecabezas			.776		
Resolver juegos de pasatiempos			.773		
Pintar, dibujar e iluminar			.676		
Jugar juegos de mesa		.387	.676		
Leer			.617		
Ver televisión			.554		
Hacer aeróbics				.802	
Correr o trotar				.767	
Hacer ejercicio				.765	
Bailar o cantar				.596	
Nadar		.383		.508	
Visitar al médico o ir al hospital					.854
Tomar medicamentos					.811
Realizar análisis médicos					.807

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

A Rotation converged in 7 iterations.

REFERENCIAS

- Amigo, V. I., y Fernández, R. C. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Andrews, F. M. y Withey, S. B. (1974). Developing Measures on Perceived Life Quality. *Social Indicators Research*, 1 (1):1-30.
- Antequera-Jurado, R. y Blanco, P. A. (1998). Percepción de Control, Auto-Concepto y Bienestar en el Anciano. En: L. Salvarezza [Comp.] *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Paidós, pp. 95-124.
- Ardell, B. D. (1979). *The History and the Future of the Health*. New York: Rodale Press.
- Asili, N. (2004). *Vida Plena en la Vejez. Un Enfoque Multidisciplinario*. México: Pax México.
- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1993). *Successful Aging. Perspectives From The Behavioral Sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1999). *Auto-eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. España: Desclée De Brouwer.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, N J: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Becoña, E., Vázquez, F. L. y Oblitas, L. A. (2000). Psicología de la Salud. Antecedentes, Desarrollo, Estado Cultural y Perspectivas. En: L. A. Oblitas y E. Becoña (Eds.). *Psicología de la Salud*. México: Plaza y Valdés.
- Belsky, J. (2001). *Psicología del Envejecimiento*. España: Paraninfo, Thompson Learning, pp. 63-95
- Belloc y Breslow (1972). *Relationship of Health Practices and Mortality*. *Preventive Medicine*, 2, 67-81.
- Berman, J. D. (1988). Self-Efficacy and Depressive Symptomatology in Older Adults an Exploratory Study. *Internacional Journal of Aging and Human Development*, 27 (1): 35-43.

- Birren, J. y Schine, K. W. (2001). *Handbook of Psychology of Ageing*. San Diego: Academic Press.
- Bouchard, C. y Shephard, R. J. (1994). *Physical Activity, Fitness and Health*. Washington, Champaign; Human Kinetics Publishers; pp. 796-813.
- Brannon, L. y Feist, J. (1992). *Health Psychology. An Introduction to Behavior and Health*. Massachusetts: Wadsworth Publishing Company.
- Buendía, J. (1997). *Gerontología y Salud. Perspectivas Actuales*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Capbell, A.; Converse y Rodgers, W. L. (1976). *The Quality of Life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Cattell, R. B. y Horn, J. L. (1978). A Cross-Social Check on the Theory of Fluid and Crystallized Intelligence With Discovery of New Valid Subtests Designs. *Journal Educational Measurement*, 15, 139-164.
- DiClemente, C. C., Fairhurst, S. K. y Piotrowski, N. A. (1990). The Role of Self-Efficacy in Addictive Behaviors. In: J. Maddux (Ed.), *Self-Efficacy, Adaptation and Adjustment: Theory, Research and Application*. New York: Plenum.
- Dzewaltowski, D. A.; Noble, J. M. y Shaw J. M. (1990). Physical Activity Participation: Social Cognitive Theory Versus the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 12, 388-405.
- Elder, G. H. (1999). Trayectorias Vitales en Sociedades Cambiantes. En: A. Bandura (Ed.), *Auto-eficacia: Cómo Afrontamos los Cambios de la Sociedad Actual*. España: Desclée De Brouwer, pp. 55-74.
- Fernández-Ballesteros, R.; Moya, F. R.; Iñiguez, M. J. y Dolores, Z. M. (1999). *Qué es la Psicología de la Vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 189-205.
- Fierro, A. (1994). Propositiones y Propuestas Sobre el Buen Envejecer. En J. Buendía [Comp.]. *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. México: Siglo XXI.
- Fontane, P. E. (1990). Exercise, Fitness, and Feeling Well. *American Behavioral Scientist*, 39: 3: 288-305.
- Fuchs, V. (1974). *Who shall live? Health, Economics, and Social Choice*. New York: Basic Books.
- Gladis, N. M.; Gosch, E. A.; Dishut, N. M. y Crits-Christoph, P. (1999). Quality of Life: Expanding the Escape of Clinical Significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (3): 320-331.

- González-Celis, R. 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. México: Universidad de las Américas-Puebla, Cap. (Enviado para su publicación), pp. 5, 14, 15, 23 y 24.
- González-Celis, R. 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): 143-158.
- González-Celis, R. A. y Sánchez-Sosa, J. J. (2001). La Auto-Eficacia Como Variable Mediadora de la Calidad de Vida en Adultos Mayores. *Revista mexicana de psicología*, 18 (1): 129-130.
- González-Celis, R. A. y Sánchez-Sosa, J. J. (2000). Self-Efficacy and Other Components of Quality of Life in Older Adults. *The Gerontologist*. 53 Annual Scientific Meeting “Linking Research To Policy, Practice, and Education: Lessons Learned, Tasks Ahead”. Vol. 40, Special Issue II, October.
- Grembowski, D.; Patrick, D.; Dierh, P.; Dirham, M.; Beresford, S.; Kay, E. y Hecht, J. (1993). Self-Efficacy and Health Behavior Among Older Adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34: 89-104.
- Harper, A. y Power, N. (1998). Development of the World Health Organization WHOQoL-Bref Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28: 551-558.
- Kalish, R. A. (1996). *La vejez. Perspectivas Sobre el Desarrollo Humano*. Madrid: Pirámide, pp. 41 y 42.
- Kasl, D. y Cobb, S. (1966). Health Behavior, Iones Behavior, and Sick Role Behavior I. Health and Illness Behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 246-266.
- Katschnig, H. (2000). Utilidad del Concepto de Calidad de Vida en Psiquiatría. En H. Katschnig, H. Freeman y N. Sartorius (Dir.). *Calidad de Vida en los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson. pp 3-15.
- Kavanagh, D. J. y Bower, G. H. (1985). Mood and Self-efficacy: Impact of Joy and Sadness on Perceived Capabilities. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 507-525.
- Kwon, S. (1997). Two-year Change of Participation Motivation for Cognitive Interventions. The Role of Control Beliefs, Self-efficacy and Perceived Deficits. Ponencia Presentada a la 50ava. Reunión Científica Anual de la Sociedad Gerontológica de América.
- Labiano, M. (2004). Introducción a la Psicología de la Salud. En: L. A. Oblitas (Ed.). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. (pp. 3-21). México: Tompson.

- Laukkanen P, Heikkinen E, Kauppinen M. Muscle Strength and Mobility as Predictors of Survival in 75-84-year-old People. *Age and Ageing* 24: 468-473, 1995.
- Lazarus, R. Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Lehman, A. F. (2000). Instrumentos Para Medir la Calidad de Vida y los Trastornos Mentales. En: H. Katschnig; H. Freeman y N. Sartorius (Dirs.). *Calidad de Vida en los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson, pp. 77-92.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S. y Quigley, L. A. (1995). Self-Efficacy and Alcohol and Drug Abuse. In: A. Bandura (Ed.), *Self-Efficacy in Changing Societies*. New York: Cambridge University Press, pp. 289-315.
- Martínez (1998). "La Evaluación Integral del Adulto Mayor". *En Tópicos de Gerontología*, caps 9 y 74, Serie de Monografías Científicas de la FES-I, UNAM. En: Asil Nérida (2004). *Vida Plena en la Vejez. Un Enfoque Multidisciplinario*. México: Pax México.
- Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral Health: A 1990 Challenge for the Health Sciences Professions. En: Matarazzo, J., Weiss, S., Herd, J. y Miller, N. (Eds.) *Behavioral Health: An Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. Nueva York: Wiley.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- McAuley, E. (1991). Efficacy, Attributional, and Affective Responses to Exercise Participation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 13, 382-393.
- Mishara, B. L. y Riedel, R. G. (1986). *El Proceso de Envejecimiento*. Madrid: Morata, pp. 25, 26, 95-102.
- Mobily, K.E.; Lemke, J. H.; Ostiguy, L. J.; Woodard, R. J.; Griffee, T. J. y Pickens, C. C. (1993). Leisure Repertoire in a Sample of Midwestern Elderly. The Case For Exercise. *Journal of Leisure Research* 25: 84-99, 1993.
- Nicola, P. (1985). *Geriatría*. México: El Manual Moderno, pp. 3-4.
- Orduna, G. y Naval, C. (2001). *Gerontología Educativa*. España: Ariel Educación, pp. 61.
- Ostrosky, S. F. (1996). La Neuropsicología del Envejecimiento Normal y Patológico. En C. M. Cors; [Comp.]. *Aproximaciones de las Neurociencias a la Conducta*. México: Facultad de Psicología, UNAM, pp. 235-258.
- Roding, J. y Langer, F. (1980). Aging Labels: The Decline of Control and the Fall of Self-esteem. *Journal of Social Issues*, 36, 12-29.
- Sánchez-Sosa, J. J. y González-Celis, R. A. L. (2004). *Evaluación de la Calidad de Vida en Psicología*, pp. 1 y 3.

- Schwarzer, R. y Fuchs, R. (1999). Modificación de las Conductas de Riesgo y Adopción de Conductas Saludables: el Rol de las Creencias de Auto-Eficacia. En: A. Bandura (Ed.), *Auto-Eficacia: Cómo Afrontamos los Cambios de la Sociedad Actual*. España: Desclèe De Brouwer, pp. 223-244.
- Schwarzer, R. (1992). Self-Efficacy in the Adoption and Maintenance of Health Behaviors: Theoretical Approaches and a New Model. In: R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere, pp. 217-243.
- Shephard, R. J. (1986). Physical Training For the Elderly. *Clin Sports Medicine* 5: 515.
- Shock, 1977, citado en: Kalish, (1996). *La vejez. Perspectivas Sobre el Desarrollo Humano*. Madrid: Pirámide, pp. 41 y 42.
- Singer, J. (1982). The Need to Measure Life Style. *International Review of Applied Psychology*, pp. 31.
- Stokols, D. (1992). Establishing and Maintaining Healthy Environments. *American Psychologist*, 47, 6-22.
- Verdugo, M. A. (2000). *P. V. D. Programa de Habilidad de la Vida Diaria. Programas Conductuales Alternativos*. Salamanca: Amarú Ediciones.