



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

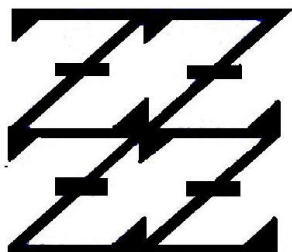
**CALIDAD DE VIDA Y AUTOCONCEPTO EN ADULTOS
MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO
INSTITUCIONALIZADOS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
MAURICIO LÓPEZ LECHUGA**

JURADO DE EXAMEN

**U.N.A.M
FES
ZARAGOZA**



**LO HUMANO EJE DE
NUESTRA SUPERACION**

**TUTOR: Mtro. JOSÉ GARCÍA FRANCO
Dr. JOSÉ DE JESUS SILVA BAUTISTA
Mtro. JUAN MARTÍNEZ BERRIOZÁBAL
Lic. LEONEL ROMERO URIBE
Lic. MARÍA FELICITAS DOMÍNGUEZ ABOYTE**

MEXICO D.F

OCTUBRE 2009



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.

**Tú me vuelves aroma en el desierto
Me traspasa tu olor cada sentido
Y todo cuanto hay se vuelve olvido
Solo que existes tu parece cierto.**

**A veces me pregunto
Quien estará atrapado
Si tú en mis pensamientos
O yo en tus manos.**

Sonata de ausencias (Lindy Giacomán Canavati)

**A una gran mujer que cambio mi vida, que me ha dado todo
sin dudar un solo instante, te agradezco por estar conmigo
y enseñarme a confiar en mí y a querer. No hay palabras que
puedan explicar lo que siento por ti. Te amo Alicia.**

A mi hermana Maribel que por su esfuerzo y dedicación es una mujer que admiro y respeto profundamente, siempre me ha motivado.

A mis padres Rosa y Tomas que han cuidado de mí a lo largo de 25 años, me enseñaron que nunca en la vida es tarde para aprender y lograr lo que queramos, con su cariño y paciencia han forjado lo que en gran medida soy, gracias los quiero.

A dos grandes amigas Dalia y Bárbara que me dieron una amistad incondicional, que me han dado su cariño y amistad que quedará conmigo toda mi vida.

A mi director José García le agradezco la paciencia que ha tenido conmigo a lo largo del desarrollo de este proyecto.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I	
ETNOPSICOLOGÍA	
1.1 Antecedentes históricos de la Etnopsicología	4
1.2 Hacia una Etnopsicología rigurosa	6
1.3 Postulados de la Etnopsicología	8
1.4 Metas de la Etnopsicología	9
CAPITULO II	
AUTOCONCEPTO	
2.1 Conceptualización del autoconcepto	12
2.2 Componentes del autoconcepto	14
2.3 Autoconcepto en México	15
2.4 Medición del autoconcepto	16
CAPITULO III	
CALIDAD DE VIDA	
3.1 Conceptualización sobre calidad de vida	22
3.2 Medición de la calidad de vida	26
3.3 Calidad de vida en adultos mayores	28
CAPITULO IV	
LA VEJEZ	
4.1 Envejecimiento poblacional en el mundo	32
4.2 Envejecimiento en México	34
4.3 Que es envejecimiento	37
4.4 Teorías del envejecimiento	39
4.5 Aspectos del envejecimiento	
4.5.1 Aspectos biológicos del envejecimiento	42
4.5.2 Aspectos psicológicos del envejecimiento	44

4.5.3 Aspectos sociales del envejecimiento	45
4.5.3.1 Relaciones familiares en los adultos mayores	46
4.6 Trabajo y jubilación	47
4.6.1 Proceso de jubilación	48
4.6.2 Efectos y repercusiones de la jubilación	49
4.7 Instituciones de cuidados para adultos mayores	50
4.7.1 Proceso de institucionalización	52
4.8 Envejecimiento exitoso	56

CAPITULO V

METODOLOGIA

5.1 Planteamiento y justificación del problema	59
5.2 Objetivos	59
5.3 Hipótesis	60
5.4 Variables	61
5.5 Muestra	62
5.6 Tipo de investigación	63
5.7 Diseño	63
5.8 Instrumentos	63
5.9 Procedimiento	64
5.10 Análisis estadísticos	65

CAPITULO VI

RESULTADOS

6.1 Análisis cuantitativo	66
----------------------------------	----

CAPITULO VII

DISCUSION

87

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

91

BIBLIOGRAFIA

96

ANEXOS

102

RESUMEN

El proceso de envejecimiento que sufre la estructura demográfica del país y las consecuencias que ello conlleva para la sociedad permiten vincular los cambios en la calidad de vida, la problemática del mercado laboral, así como el interjuego de aspectos particulares de la población de adultos mayores, con el fin de tener una proyección de la serie de retos que se enfrentarán tanto de carácter económico, social, histórico, cultural y en el área de la salud. De aquí que el interés de la presente investigación fue identificar si hay relación entre el autoconcepto y calidad de vida en adultos mayores que se encuentran en asilos y en las que tienen una actividad económica. Además se identificó las diferencias en el autoconcepto y calidad de vida. Siendo la muestra de 50 sujetos de 65 a 80 años de edad, 25 mujeres y 25 hombres que vivieron en un asilo, 25 mujeres y 25 hombres que realicen alguna actividad económica. Se utilizó la Escala de Autoconcepto de La Rosa (1986) y la escala de calidad de vida de *Instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Version Breve. (World Health Organization Quality of Life – Bref, WHOQOL - Bref)*.

INTRODUCCION

Los estudio psicológicos del mexicano tienen su comienzo en la década de 1950 en donde Ezequiel A. Chávez además de introducir la psicología en México fue uno de los primeros en explorar el carácter nacional del mexicano una de las motivaciones que tuvo para realizar este estudio fue que no se conocía nada acerca de las características de los mexicanos con los trabajos del doctor Rogelio Díaz guerrero quien a lo largo de su vida dedico la mayoría de sus trabajos a la conformación de lo que denominó Etnopsicología mexicana, la cual está interesada en la aplicación de la metodología científica al estudio de la psicología del mexicano así como describir por este medio su identidad Díaz guerrero (2003) afirma que es necesario fomentar psicologías autóctonas para lograr el conocimiento del comportamiento social de cada cultura.

En la sociedad actual los cambios representan una constante que obliga a la búsqueda de opciones que permitan afrontar las dificultades que se le presentan éstos recuren al bagaje de habilidades que son producto de las tradiciones y creencias del grupo social al que pertenecen y del momento histórico social que viven que dicta valores y normas de comportamiento y reglas a seguir de los individuos.

Puede verse de esta manera el papel determinante que juega la cultura en la conformación del autoconcepto y en general de la estructura de la personalidad. El autoconcepto se entiende como la imagen que tiene cada persona de sí misma y de cómo se percibe, incluye todos los parámetros que son relevantes para la persona. Tamayo (1982) considera que el autoconcepto lo comprende el conjunto de percepciones, sentimientos, imágenes, auto atribuciones y juicios de valor referentes a sí mismo. Al igual que esta definición hay diferentes conceptualizaciones de este constructo que se abordará de manera más detallada en los posteriores capítulos.

Otro tema que se abordará en la presente investigación es acerca de la percepción del bienestar que tiene la persona, estas mismas condiciones que percibe la persona es integrado a un macro concepto que integra diferentes vertientes entre las que cabe incluir desde la satisfacción o bienestar subjetivo, la

felicidad, el estado de salud (físico, psíquico y social). Denominado calidad de vida que es directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo. Según la OMS, la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Una etapa de la vida que es influida directamente en esta percepción es la vejez debido a que hay un conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno, así como de la capacidad de respuesta de los sujetos que determinaría una reducción en cuanto a su autoconcepto y en general de las condiciones que determinarían su calidad.

Son muchas las consecuencias de todos esos procesos, tanto a nivel macrosocial como en las experiencias individuales. Como dar sentido a la vida tras una jubilación llegada en muchas ocasiones de forma anticipada e imprevista, como hacer frente al mantenimiento de un hogar en ocasiones con hijos/as dependientes con una pensión, como enfrentarse a la enfermedad crónica y a la dependencia de uno o más miembros ancianos de la familia. Cuya etapa se alarga debido al aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad.

De aquí que el interés de la presente investigación fue: identificar si hay relación entre el autoconcepto y calidad de vida en adultos mayores que se encuentran en asilos y en las que tienen una actividad económica. Además, identificar las diferencias en el autoconcepto y calidad de vida.

CAPITULO I

ETNOPSICOLOGÍA

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ETNOPSICOLOGIA

La psicología en México tuvo su inicio a finales del siglo antepasado en medio de una filosofía educativa positivista, prevaleciente en México, desde la separación de la iglesia y el estado provocado por Benito Juárez. Mientras tanto Ezequiel A. Chávez preparó un proyecto para dar un curso de psicología el cual presentó a Joaquín Baranda, entonces secretario de instrucción pública, quien persuadió al presidente Porfirio Díaz para que aceptara el nuevo currículo y se fundó formalmente el curso de Psicología en la Escuela Nacional Preparatoria (Díaz-Guerrero, 1994)

Ezequiel A. Chávez además de introducir la psicología en México fue uno de los primeros en explorar el carácter nacional del mexicano en un ensayo que publicó llamado *Rasgos distintivos de la sensibilidad como factor del carácter mexicano*, en el que describe algunas de las características de personalidad de los indígenas descendientes directos y sin mezcla de extranjeros. Una de las motivaciones que tuvo para realizar este estudio fue que solo se conocía poco acerca de las características de los mexicanos, aunque se sabía que tenía diferencias con respecto a personas de distintos países, no se sabía en qué diferían.

Por su parte Santiago Ramírez en 1977 quien fue el primer psicoanalista en México, realizó un análisis de la personalidad de dos grandes pintores de nuestro país, Diego Rivera y Juan Orozco. También habló de la importancia que tiene la cultura, creencias y sentimientos de la persona (Díaz Guerrero 1972).

Pero quien hizo una aportación más clara de la personalidad del mexicano fue Samuel Ramos (1934), que hace una descripción de los tipos de mexicano de acuerdo a la sociedad en la que viven, sostiene que el mexicano tiene una idea deprimente de su valía, se ha fijado en valores de comparación que cambian de magnitud. Asimismo, Samuel Ramos en 1934 había creído ver el complejo de inferioridad, explicación del carácter dependiente e imitativo de la cultura mexicana y mientras no se superara no se podía aspirar a una autonomía cultural.

La primera investigación de tipo cuantitativa con respecto al mexicano fue la realizada por Gómez Robleda (1948) cuyos resultados plasmó en su libro imagen del mexicano en donde describe las características físicas del hombre, mujer, los jóvenes, el indio y las familias, en dicho estudio se entrevistó a 1500 personas entre los 21 y 31 años y por primera vez se usaron métodos estadísticos.

A partir de este momento se dio inicio a un largo camino de investigaciones acerca de los mexicanos, lo que originó la construcción de escalas psicométricas con las que se pudieran cuantificar las características de personalidad de los mexicanos. Con el uso de la estadística multifactorial se dio pauta a la creación de una nascente ciencia denominada etnopsicología mexicana, desarrollada en su mayoría por Díaz Guerrero.

Se considera que un primer antecedente de la etnopsicología es el curso que imparte Díaz Guerrero en 1952, en el México City College y que llama la psicología del pueblo mexicano. En este mismo año, bajo una perspectiva multidisciplinaria realiza la primera investigación sobre el grado de salud personal y social del mexicano en la ciudad, en donde se buscaba determinar lo que primero se llamó normas socioculturales y posteriormente denominó premisas socioculturales, mismas que se sometieron a validación estadística en 1959, de nuevo para 1970 y se amplía su nombre a premisas histórico socioculturales (PHSCs). Éstas se definen como una afirmación representativa de una creencia

cultural que es sostenida por una mayoría, psicológicamente significativa, de los miembros de un grupo o cultura dados (Díaz Guerrero, 2003)

Entre 1955 y 1970 las reuniones entre psicólogos, psiquiatras mexicanos y psicólogos de la universidad de Texas, dieron inicio de la Psicología Transcultural entre México y Estados Unidos. Bajo la dirección de Díaz Guerrero se propuso realizar una investigación con base en el concepto de respeto en ambos países; obteniéndose como resultado que en México el respeto está muy ligado a la obediencia y que la misma se da de forma afiliativa, es decir que se da por amor y no por temor. Para 1972, Díaz Guerrero publica la teoría Histórico-Bio-Psico-Sociocultural en donde afirma que el marco y motor fundamental del comportamiento es la cultura, definida en ese momento como un sistema de premisas socioculturales interrelacionadas que norman o gobiernan los sentimientos, ideas, la jerarquización de las relaciones interpersonales, la estipulación de los papeles sociales y las reglas de interacción de los individuos (Díaz Guerrero, 1995).

HACIA UNA ETNOPSICOLOGIA RIGUROSA

Aunque la etnopsicología se ha formado por una parte de manera histórica, debido a la constante necesidad de conocer más a fondo el comportamiento social de los mexicanos, su carácter, idiosincrasia y sobre todo los factores que intervienen en la salud mental de éstos, sin dejar a un lado la región a la que pertenecen y su cultura, por ello surge lo que Díaz-Guerrero denominaría Etnopsicología interesada en profundizar en estos aspectos. Esta disciplina ha sido definida como la ciencia que descubre y estudia las creencias universales, cuasi universales y minoritarias, pero psicológicamente importantes para cada cultura y sus consecuencias sobre la cognición y el comportamiento psicosocial y de la personalidad de individuos, grupos e instituciones, en cada hábitat o ecosistemas humanos (Rodríguez y Díaz-Guerrero, 1997).

Si bien no hay un referente preciso acerca del surgimiento de la Etnopsicología, Díaz-Guerrero y Pacheco (1994), proporcionan un panorama acerca de los antecedentes más evidentes del surgimiento de la etnopsicología científica, el cual pasa por diferentes momentos. El primero de ellos lo constituyen las aportaciones de diferentes antropólogos y sociólogos como Tyler, Benedict, Boas, Durkheim, Frazer, Níkeles, Klineberg, Clyde y Kluckhohn por mencionar algunos que han considerado a la cultura, el lugar donde se desarrolla el hombre y las instituciones sociales como determinantes en su conducta.

Otro antecedente, es el pensamiento histórico-bio-psico-socio-cultural como determinante en el desarrollo de la personalidad en donde el marco y motor fundamental del comportamiento humano es la cultura. Los aspectos importantes dentro de ésta para el desarrollo de un conocimiento adecuado del porqué del comportamiento humano quedan comprendidos dentro de la etnociencia, en este caso de la etnopsicología. La manera original de acercarse a ésta es a través de la construcción empírica de las premisas históricas (Díaz-Guerrero y Pacheco, 1994)

Un tercer momento, está conformado por las perspectivas intelectuales mestizas americanas contra las europeas. Posteriormente la evolución histórica conceptual que dio origen a una gama de corrientes psicológicas como el funcionalismo, el conductismo, el sistema de la gestalt y el psicoanálisis, que buscaban explicar el qué, el cómo y por qué del comportamiento, esto provocó que la psicología fuera fundamentalmente individualista. Sin embargo, pronto se hizo necesaria la explicación desde otro punto de referencia: la persona en interacción con otros, éste es un proceso inherente del ser humano y que se da desde que se empieza a formar parte de diferentes grupos, la familia, los amigos, la escuela y otras instituciones de las que formará parte a lo largo de su vida; por lo que no se puede negar su existencia.

De igual manera, otro antecedente de una etnopsicología rigurosa fueron los avances metodológicos logrados, primero al establecer medidas confiables a lo que en un principio no era observable a simple vista (como la inteligencia) y consiguientemente en el estudio de datos constituidos por diferentes variables, hecho que implicaba una forma diferente de medición. Entonces se desarrollaron métodos estadísticos de análisis multivariado como una respuesta a la necesidad de medir dichas variables. (Díaz-Guerrero y Pacheco, 1994)

Por último, se tienen los hallazgos como resultado de la relación entre la psicología transcultural y la internacional; para establecer la etnopsicología mexicana fue necesaria la influencia de la psicología de otros países, además de dar a conocer a dichos países el trabajo realizado con respecto a la psicología del mexicano años antes de que se diera la etnopsicología de forma más rigurosa.

POSTULADOS DE LA ETNOPSICOLOGÍA

En la etnopsicología Díaz-Guerrero (2003) propone diez postulados básicos:

1. Deberá proclamar la existencia de un ecosistema humano específico.
2. Está determinada por una dialéctica que implican intercambios de todo tipo de información sobre las predisposiciones biológicas y psicológicas de los individuos y de los grupos. La etnopsicología deberá ser por lo tanto multidisciplinaria.
3. Deberá considerar a la cultura como un aspecto importante potencialmente medible del ecosistema humano.
4. La cultura está compuesta por afirmaciones verbales (tradiciones, normas, valores, creencias) y entidades estructurales (cultura material, organización, instituciones)

5. La cultura es fundamentalmente el resultado de la historia y de la dialéctica cultura-contracultura.
6. Debe iniciar sus exploraciones de forma sistemática de las diferencias individuales y grupales , de afirmaciones verbales y de dimensiones que descubran específicamente cada cultura y estas aseveraciones sean llamadas premisas histórico- socioculturales (PHSC).
7. Las PHSC y sus dimensiones deberán ser respaldadas por una mayoría de individuos muestran una variación autóctona para cada una de las regiones geográficas, clases sociales, sexos, etc., además de mostrar permanencia y un grado de interpretación de la variabilidad en el tiempo, mostrar correlaciones con las variables de educación de los individuos en una cultura dada, también con el sexo y nivel socioeconómico.
8. Las PHSC deben mostrar relaciones significativas con variables importantes tanto biopsicológicas como de las ciencias sociales en la cultura dada.
9. Las PHSC y sus dimensiones derivadas, deberán postrar diferencias significativas y preferentemente predecibles tanto intraculturalmente como transculturalmente.
10. Otras características típicas de los individuos y de los grupos de una cultura dada descubiertas por sondeos realizados con procedimientos diferentes a la de las escalas factoriales de PHSC, son descubrimientos etnopsicológicos aceptables, pero deben mostrar las características funcionales de éstas, en espera de que se descubran nuevas premisas histórico-socioculturales.

METAS DE UNA ETNOPSICOLOGÍA

Díaz-Guerrero (2003) propone que la Etnopsicología debe cumplir con las siguientes metas:

1. Proseguir en la exploración de los sistemas culturales autóctonos para descubrir y comprender los conceptos locales y las variantes individuales e intraculturales.
2. Desarrollar psicologías autóctonas completas, específicamente en las áreas de personalidad, desarrollo cognoscitivo y conducta social.
3. Determinar en que medida todos los procesos psicológicos se aplican a las poblaciones locales y si hay diferencias producidas por la edad, el sexo, la educación y diferencias socioeconómicas.
4. Determinar hasta que punto las dimensiones de personalidad, cognición y sociopsicológicas, descubiertas en los países industrializados se aplican en las poblaciones locales y si hay diferencias por edad, sexo y nivel socioeconómico.
5. Utilizar los datos obtenidos para ayudar sustancialmente en la interpretación de las diferencias transculturales
6. Asistir a la psicología transcultural para discernir dimensiones psicológicas, leyes y teorías de la conducta humana
7. El desarrollo de una psicología deberá ejemplificar a través de sus postulados el enfoque científico.

Con esta nueva ciencia se busca determinar hasta que punto lo descubierto acerca de la personalidad en las naciones industrializadas es aplicable a México, con base en el estudio de la personalidad, el desarrollo cognoscitivo, emocional, las formas de conducta social; precisar el grado en que los principios de la percepción, del aprendizaje, el pensamiento y la motivación, en general de todos los procesos psicológicos se pueden generalizar y aplicar a la población mexicana (Díaz Guerrero y Díaz Loving 1996). De este modo Díaz Guerrero sostiene que el individuo se explica a partir de un conocimiento detallado de un ecosistema en el que nace y crece (Cueli, 1995).

Los objetivos de la etnopsicología son seguir con la exploración de los sistemas culturales, para descubrir y describir los conceptos locales y las variantes individuales e interculturales; desarrollar psicologías autóctonas completas, específicamente en las áreas de la personalidad, el desarrollo cognoscitivo y la conducta social; determinar hasta que nivel los principios de la percepción, del aprendizaje, del pensamiento, y en general de todos los procesos psicológicos se aplican a las poblaciones locales y si hay diferencia por edad, sexo, educación, socioeconómicas, urbano-rurales. Así como fomentar la búsqueda de conocimientos autóctonos de la cultura estudiada.

Como se mencionó anteriormente la etnopsicología derivó de los descubrimientos que se dieron en investigaciones transculturales que revelaron aspectos únicos en los mexicanos, estos estudios se dieron al no conocer algo acerca de las características de los mexicanos y se aplicó metodología científica al estudio de la psicología del mexicano, también se describió por este medio su identidad, tradiciones, creencias, valores y normas de comportamiento. Puede verse de esta manera el papel determinante que juega la cultura en la conformación de la estructura de la personalidad y de un elemento como lo es el autoconcepto del cual se abordará de una manera más profunda en el siguiente capítulo.

CAPITULO II

AUTOCONCEPTO

Quizá de todas las razones existentes en el interés por el estudio del comportamiento humano, ninguna sea tan importante como el deseo de los individuos de saber más acerca de “sí mismos”. Sin embargo, no es un constructo reciente. En la filosofía ha sido tratado desde diversas perspectivas, la elaboración por la psicología del constructo de “autoconcepto” surge de la antigua cuestión filosófica de: ¿quién soy yo? (Oñate, 1989).

El estudio del autoconcepto no es algo nuevo, su estudio se comienza a desarrollar desde la antigua Grecia con Platón que lo entendió como alma, posteriormente otros filósofos como, Descartes, Hobbes y Locke hicieron su aportación al estudio de este constructo (Ramírez, 2001). Lo cual derivó en las diferentes conceptualizaciones que le dan a través del tiempo. A continuación se hará una breve revisión de algunas conceptualizaciones del autoconcepto.

CONCEPTUALIZACION DEL AUTOCONCEPTO

Cabe mencionar que la manera en que se ha conceptualizado al autoconcepto es muy diversa al considerar que las distintas concepciones teóricas lo denominan de diferente forma, así como los elementos que plantean lo constituyen.

Una de las instancias más importantes de la personalidad humana es el constructo del *self*. Se asigna al autoconcepto una función importante en la integración de la personalidad, la motivación del comportamiento y el desarrollo de la salud mental que dentro de la psicología se reconoce como un componente principal de la cognición del individuo.

Freud (1985; en Engler, 1996) hace referencia al yo como parte de las tres estructuras que conforman a la personalidad de un individuo: el Yo, Ello y el súper yo, cuya función es mediar entre la inconciencia, conciencia y realidad, para lograr esto, controla el aparato sensorial de la percepción, domina al aparato motor y se encarga de soportar la presión procedente del interior y del exterior.

Por otra parte Deutsch y Krauss (1987) mencionan que el yo consiste en los aparatos psíquicos que capacitan al individuo para pensar, percibir y actuar en su ambiente. El yo está gobernado por el principio de realidad y su función consiste en estar al servicio tanto del ello, como de la realidad y armonizará sus demandas potencialmente conflictivas.

James (1925; en Sahakian, 1990) fue uno de los primeros en conceptualizar al sí mismo como una construcción psicológica central. Definía al yo de un hombre como la suma total de cuanto puede llamar suyo; su cuerpo, sus rasgos, sus aptitudes, sus posesiones materiales, su familia, sus amigos y sus enemigos y muchas otras cosas, el cual es un fenómeno consciente, además distinguió entre el “Mi” y el “Yo”.

En el proceso de interacción con su ambiente social una persona no sólo adquiere características como consecuencia de los roles que desempeña, sino también empieza a experimentar un sentimiento de sí mismo.

Así Rogers (1981) considera al sí mismo como un conjunto organizado de percepciones y creencias acerca de uno mismo en la que incluye la conciencia de lo que soy, la percepción del mundo como la propia conducta, el individuo evalúa toda experiencia en términos de lo anterior y la mayor parte de la conducta humana se puede comprender como un intento por mantener consistencia entre la autoimagen y las propias acciones.

Por otro lado el lenguaje le permite al hombre desarrollar un sí mismo para Mead, (1972; en Gross 1994). la mismidad se distingue por la capacidad del hombre de ser un objeto para sí mismo y esta capacidad es inherente al mecanismo del lenguaje. Mead delineó dos etapas en el desarrollo del sí mismo en el juego y el deporte en el sentido más amplio, considera que la persona también asume las actitudes del grupo hacia su propia actividad social organizada Mead también creía que el conocimiento del sí mismo y de los otros se desarrolla de manera simultánea, ambos dependen de la interacción social: el sí mismo y la sociedad representa un todo común y no pueden existir el uno sin el otro.

Por otro lado Cooley (1968; en Gross, 1994) afirma que el autoconcepto es aprendido a través de las relaciones que un individuo tiene con su medio social. Sostiene que el sí mismo se refleja en las relaciones con otras personas, para comprender cómo es uno mismo es necesario observar como otras personas nos ven, de esta forma se ha planteado que el autoconcepto está compuesto de distintos elementos.

COMPONENTES DEL AUTOCONCEPTO

Lundholm (1964; en Hall y Lindzey, 1984) distingue entre el sí mismo subjetivo y el sí mismo objetivo, el primero constituye lo que pienso de mí y el segundo lo que otros piensan de mí.

Por otro lado Shavelson (1984; en Alonson, 2003) ha propuesto que el autoconcepto está estructurado y tiene tres niveles identificables para los niños y adolescentes en la parte alta se encuentra el autoconcepto general en la mitad se encuentran partes del autoconcepto específico como el académico, social, emocional y físico; y en el ultimo nivel existen subáreas específicas del autoconcepto en sus relaciones y apariencia física.

El sí mismo de Sarbin en (1952; en Hall y Lindzey, 1984), que concibe el sí mismo como una estructura cognoscitiva constituida por las ideas del individuo acerca de los diversos aspectos de su ser, es decir, que se pueden poseer concepciones del propio cuerpo.

Jersild (1969; en Hall y Lindzey, 1984) considera entre otras cosas que el yo incluye un componente perceptual, que es la manera como una persona se percibe así misma, la imagen que tienen del aspecto de su cuerpo, la idea que tiene de las impresiones que causa a los otros. También incluye un componente perceptual, el cual se refiere al concepto que tiene sobre sus características distintivas, sus actitudes, recursos, haberes, faltas y limitaciones y por último a un componente que llama actitud que incluye a los sentimientos que una persona tiene de si misma en el presente y futuro.

Tamayo (1982) considera que el autoconcepto lo comprende el conjunto de percepciones, sentimientos, imágenes, auto atribuciones y juicios de valor referentes a sí mismo El autoconcepto debe ser entendido como un proceso psicológico cuyos contenidos y dinamismo son determinados socialmente.

AUTOCONCEPTO EN MEXICO

En México el Autoconcepto ha sido definido por Valdez-Medina (1994) como una estructura cognoscitiva que tiene su origen en el ámbito psicosocial de cada sujeto, debido a la interrelación que todos y cada uno de los seres humanos establecen desde el nacimiento hasta la muerte.

Según Buendía (1994), la identidad procede de la autoimagen y el auto respeto, el sentimiento, llevan a cabo una contribución útil a ocupar un puesto en la estructura social, que determina en gran medida la naturaleza de las relaciones con los demás. Así, cuando se tiene un alto concepto de sí mismo, se va a luchar para que la conducta se adecue a esa buena imagen y las relaciones con los otros irán

en una línea constructiva, mientras que un concepto pobre provoca los efectos contrarios. Además, de manera general, para las personas que creen que con la misma forma de vida que solían llevar antes, su autoconcepto es mayor en comparación con las personas cuya situación o forma de vida es inferior a la que habían tenido con anterioridad por lo que su autoconcepto será más bajo.

El sí mismo es definido en términos de acciones y habilidades que son comparadas implícitamente y explícitamente con las de otros, con estándares normativos e incluso con uno mismo en circunstancias diferentes. Además las habilidades de uno mismo son consideradas a la luz de la reacción que provocan en otros.

Otros autores como Díaz Guerrero y Díaz Loving (1996) *lo conceptualizan como la percepción que una persona tiene de sí misma y de todo aquello que es suyo, incluido su cuerpo, familia, amigos, posesiones, creencias, valores, etc. Además el autoconcepto comprende o está compuesto por varias dimensiones que reflejan la experiencia personal y cultural de una persona.*

MEDICIÓN DEL AUTOCONCEPTO

El autoconcepto ha sido a lo largo de la historia motivo de medición en un amplio número de investigaciones y a su vez se han establecido escalas para este propósito, sin embargo, dichas escalas al igual que la mayoría han sido construidas y validadas para la población americana. Algunas de éstas son:

La desarrollada por Ronseberg (1965; en La Rosa y Díaz Loving, 1991) con 10 reactivos para medir autoestima la ventaja de esta escala es su brevedad y poderse aplicar fácilmente además que pretende ser unidimensional.

En 1967 Copersmiht construye una escala para medir autoestima con 50 reactivos en su versión completa y de 25 en la corta, que en lugar de medir autoestima, dicha escala mide actitudes evaluativas en relación al si mismo.

Fits en 1965 desarrolló una escala conocida como *Tennessee Self Concep Scale (TSCS)* esta escala está constituida por 90 reactivos que quedan clasificados en 5 dimensiones, Autoconcepto físico, ético, personal, familiar y social.

Díaz-Guerrero y Díaz Loving (1996) mencionan que para conocer las dimensiones que comprenden el autoconcepto de adolescentes mexicanos, acudieron con alumnos de preparatoria y colegios de ciencias y humanidades, les explicaron que con su ayuda identificarían las dimensiones importantes del autoconcepto. Para ello, pidieron a los estudiantes dijeran los aspectos que consideraban importantes cuando pensaban en sí mismos, y de los cuales dependían sus interrelaciones con su medio físico y social, sus logros, su felicidad y sus expectativas presentes y futuras. La idea era obtener las características que de alguna manera los describieran o definieran como personas. De las opiniones de los alumnos se hizo una lluvia de ideas en el pizarrón y después los investigadores y los alumnos analizaban los resultados a partir de cuatro criterios: Redundancia, Discriminación, Generalización, Importancia. A partir de esta técnica, se llegó a la conclusión que para los adolescentes existían cinco dimensiones importantes en lo referente al autoconcepto:

1. Física. Referente a descripciones respecto al cuerpo.
2. Social. Aquí se incluyen la percepción que uno tiene de los estilos y contenidos de las relaciones interpersonales.
3. *Emocional*. Comprende los sentimientos y las emociones que los adolescentes experimentan en su vida diaria.
4. *Ocupacional-educacional*. Es la forma en que los estudiantes realizan actividades en su trabajo y en la escuela.
5. *Ética o moral*. Incluye los valores personales y culturales de los estudiantes.

Al realizar el análisis factorial se encontraron siete dimensiones globales de autoconcepto que describen a la población universitaria estudiada. Estas dimensiones son las siguientes:

Dimensión del autoconcepto social

Sociabilidad afiliativa: se refiere a las características que permiten que las personas puedan tener relaciones interpersonales positivas y constructivas. Determinada por los siguientes reactivos.

- ➔ Irrespetuoso – respetuoso
- ➔ Malcriado – educado
- ➔ Grosero – Amable
- ➔ Descortés – Cortes
- ➔ Inaccesible – Accesible
- ➔ Desatento – Atento
- ➔ Indecente – Decente

Sociabilidad expresiva: comprende las características expresivas y de comunicación que los sujetos tienen. Determinada por los siguientes reactivos.

- ➔ Callado – Comunicativo
- ➔ Introverso – Extroverso
- ➔ Reservado – Expresivo
- ➔ Tímido – Desenvuelto

Dimensión de autoconcepto emocional

Estado de ánimo: se refiere a las emociones que ha producido sus logros alcanzados en su vida, de las relaciones afectuosas, así como del estado físico de los individuos. Determinada por los siguientes reactivos.

- ➔ Amargado - Jovial
- ➔ Deprimido – Contento

➔ Melancólico – Alegre

Sentimientos interindividuales: se refiere a las emociones que se obtienen a través de la interacción con otras personas. Determinada por los siguientes reactivos.

➔ Odioso – Amoroso

➔ Frió – Cariñoso

➔ Insensible – Sentimental

Salud emocional: se refiere a la forma en la cual los sujetos se manejan emocionalmente en el momento de hacer frente al estrés y a los problemas de la vida cotidiana. Determinada por los siguientes reactivos.

➔ Pacífico – Agresivo

➔ Temperamental – Calmado

➔ Impulsivo – Reflexivo

Dimensión de autoconcepto ocupacional educativo

Hace referencia a las múltiples facetas necesarias para desarrollar para actividades educativas, laborales. Determinada por los siguientes reactivos.

➔ Perezoso – Estudioso

➔ Incumplido – Cumplido

➔ Incapaz – Capaz

➔ Irresponsable – Responsable

➔ Ineficiente – Eficiente

➔ Impuntual puntual

➔ Flojo – Trabajador

Dimensión de autoconcepto Ético Moral

Hace referencia a la rectitud con que se conducirán en actividades educativas y laborales y de la impartición y el uso del poder y de igual forma incluye el respeto a las relaciones familiares con las personas y amigos. Determinada por los siguientes reactivos.

- ➔ Desleal – Leal
- ➔ Deshonesto – Honesto
- ➔ Falso - Verdadero

Además es necesario rescatar que el alcance de esta prueba no sólo se limita a la población de la cual fue creada, sino que tiene como ventaja su generalidad y permitió la evaluación de otros tipos de población.

Es por eso que La Rosa y Díaz Loving (1991) coinciden en que se puede aseverar en términos generales, que el autoconcepto es la percepción que una persona tiene de sí mismo y que ésta comprende varias dimensiones y depende del medio social y cultural en el que el individuo se desenvuelve, comprende una gran importancia en el desarrollo de los individuos y de los grupos que junto a otros aspectos como los geográficos, físicos, químicos, psíquicos, económicos, de sanidad, por mencionar algunos, que en su conjunto constituyen el ecosistema del ser humano y por lo tanto determinan su calidad de vida.

El autoconcepto se entiende como la imagen que tiene cada persona de si misma y de cómo se percibe, incluye todos los parámetros que son relevantes para la persona y cuya percepción para los individuos pueden ser diferentes y alterarse al depender de las circunstancias en las cuales se pueda encontrar, sin dejar a un lado las condiciones sociales y de bienestar que percibe la persona como la felicidad, el estado de salud, lo económico, el trabajo. A estas condiciones tanto objetivas como subjetivas son integradas en un macro concepto denominado calidad de vida, del cual a continuación se hará una descripción del concepto, así como los elementos que se considera lo integran.

CAPITULO III

CALIDAD DE VIDA

El término calidad de vida empieza a relacionarse con los cuidados sanitarios a mitad de los años setenta, cuando la atención sanitaria, influenciada por los cambios sociales, resta importancia a la cantidad (mortalidad, morbilidad, etc.) para favorecer la calidad de la vida humana aliviar síntomas, mejorar el nivel de funcionamiento, conseguir mejores relaciones sociales, autonomía, etc.

Con este nuevo paradigma, los cuidados de salud toman un nuevo giro y empieza a valorar el impacto de las enfermedades y sus tratamientos sobre el bienestar y satisfacción de los pacientes, su capacidad física, psíquica, social y ocio.

No existe consenso respecto al significado del término calidad de vida aunque parece obvio que, en cualquier caso, se trata de un término más amplio que el bienestar físico y social; en realidad se trata de un macro concepto que integra diferentes vertientes entre las que cabe incluir desde la satisfacción o bienestar subjetivo, la felicidad, el estado de salud (físico, psíquico y social). En general todas las definiciones de calidad de vida tienen dos elementos comunes: utilizan un enfoque multidimensional y hacen hincapié en la valoración que el individuo hace de su propia vida.

Cabría aclarar algunos conceptos que contribuyen a entender la calidad de vida:

El Modo de vida incluye toda la actividad socializada, sistemática y necesaria (vital) que vincula de forma activa a los grupos de humanos al modo de producción.

El nivel de vida se refiere solo a los aspectos económicos y materiales en los que se desenvuelve la vida; incluye el salario, las propiedades, vivienda, mobiliario, y la capacidad de consumo en su sentido más amplio.

Estilo de vida el cual se refiere a la expresión de lo social, a través de la actividad individual de la personalidad.

CONCEPTUALIZACION SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

La Organización de Salud Mundial (2003; en Ozkan, Alatas y Zencir, 2005) conceptualiza a la calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de dónde vive, de su cultura, juicios de valor, metas, expectativas, normas y preocupaciones.

Así, se toma en cuenta, el medio cultural y social en el que se desenvuelven las personas como principal motor en el desarrollo de expectativas y el modo generador del sentido de bienestar, de esta forma, Buendía (1997) define como imprescindibles para facilitar el desarrollo psicobiológico y social que los criterios técnicos que determinan para cada lugar y época, hasta el grado de satisfacción personal para cada individuo.

De esta forma no solo se toma en cuenta la satisfacción que el individuo tiene de su entorno, sino también las condiciones que contribuyen a generar bienestar, al tomar en cuenta esto, Browne (1994; Fernández-Ballesteros, 1997), define a la calidad de vida como el producto de la interacción dinámica entre condiciones externas de la vida de un individuo y las percepciones internas de aquellas condiciones.

Pero estas condiciones internas y externas son delimitadas por diferentes eventos, de tal modo, Fernández-Ballesteros (1997) sugiere que las circunstancias en las que se encuentra la persona permiten explicar su calidad de vida diferencial. La

edad, el género, posición social, el vivir en una institución o en su hogar son variables que permiten determinar la calidad de vida.

Otra definición que complementa las anteriores, sugiere que la calidad de vida debe ser valorada desde la presencia de las condiciones materiales y espirituales de vida imprescindible para facilitar el desarrollo psicobiológico y social que los criterios técnicos determinan para cada lugar y época, hasta el grado de satisfacción personal de cada individuo con las condiciones de vida que alcanza. (Buendía, 1994).

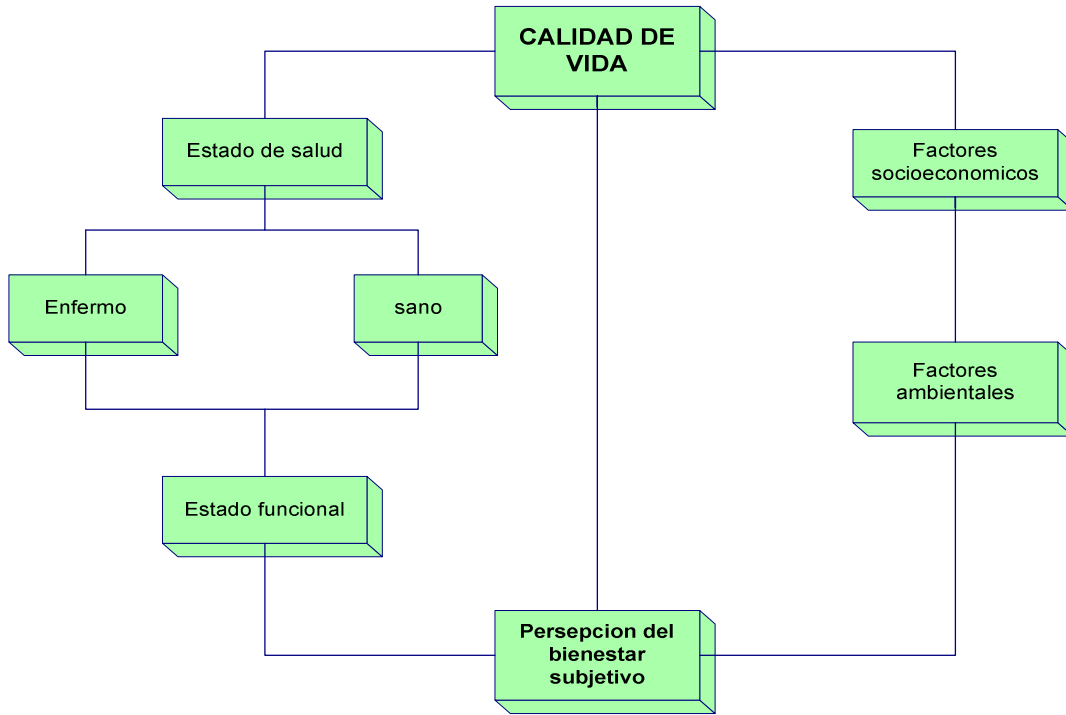
García (1997), menciona que la calidad de vida se refiere a las condiciones objetivas es decir a las condiciones sociales o externas que le permiten un pleno desenvolvimiento y desarrollo de sus capacidades de la vida a cualquier edad como las condiciones de trabajo remunerado y no remunerado (práctica doméstica), la cantidad y calidad de las formas de consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales, políticas y localidad del entorno. Mientras que lo subjetivo viene dado por la mayor satisfacción de los individuos y por la percepción que se tenga de las condiciones globales de vida traduciéndolos en sentimientos positivos o negativos.

La satisfacción que las personas sienten puede estar definida por el concepto de bienestar que se ha determinado como satisfacción por la vida, felicidad, conceptualizándose también como la valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función de sus propios criterios.

Para Buendía (1997), esta satisfacción o bienestar que la persona siente se expresa en la valoración individual que el sujeto hace de una condición característica o estado cualquiera de su propia vida, comparada con un patrón de referencia externo o con sus propias aspiraciones. Refleja sentimientos de optimismo, de cumplimiento de objetivos y de autoestima positiva.

En otras palabras el bienestar o satisfacción personal es un constructo subjetivo, que es delimitado por los factores objetivos del contexto social. Como se explica en el siguiente cuadro, en él se incluye evaluar la calidad de vida como el bienestar de individuos que se encuentran sanos o enfermos.

Cuadro 1 Bienestar en la calidad de vida Fernández-Ballesteros (1997)



El otro elemento que se mencionó anteriormente es el aspecto objetivo de la calidad de vida como determinante para lograr un bienestar, el cual es constituido por una serie de elementos que en su conjunto logran crear las condiciones para que cualquier persona se desenvuelva de manera óptima. Con respecto a esto han surgido una serie de conceptualizaciones sobre los aspectos que constituyen la calidad de vida, una de éstas es la propuesta por Levi y Anderson (en Caballo y Buela-Casal, 1996) quienes proponen una definición sobre los componentes de la calidad de vida, considerándola como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social tal como lo perciba cada individuo y grupo, de felicidad, satisfacción y recompensa que incluya dentro de sus componentes aspectos como la salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, fianza, oportunidades educativas, autoestima, sentido de pertenencia y confianza.

Por su parte Flanagan (1978; Palomar, 1995) afirma que la calidad de vida está constituida por 15 componentes: 1) bienestar económico 2) bienestar físico y salud 3) relaciones con parientes 4) tener y cuidar hijos 5) relaciones de pareja 6) amigos cercanos 7) actividades cívicas y sociales 8) actividades políticas 9) desarrollo personal 10) conocimiento personal 11) trabajo 12) expresión personal y creatividad 13) socialización 14) actividades de recreación pasiva 15) actividades de recreación activa.

Pullium (1989), define calidad de vida como un término que tiene distintos componentes, como el bienestar material, relaciones familiares, educación de los hijos y variables de la personalidad.

Por otra parte, Spilker (1990) menciona que los mayores dominios de la calidad de vida incluyen las siguientes categorías:

- Nivel físico y capacidad funcional.
- Nivel psicológico y bienestar.
- Interacción social
- Nivel y factores económicos.

Fitz Patrick y col. (1992) menciona que el concepto de calidad de vida, inherentemente subjetivo y sus definiciones varían y menciona que las áreas de calidad de vida son:

- Función física
- Función emocional
- Función social
- Cambio de rol

Para San Martín y Pastor (1990) el concepto de calidad de vida puede definirse en cinco áreas:

- Capacidad funcional
- Funciones sociales
- Funciones intelectuales

- Estado emocional
- Situación económica

Al tomar en cuenta las definiciones anteriores y los componentes que constituyen la calidad de vida, se puede decir que es la percepción de bienestar que se tenga de sí mismo, la cual se ve influida por aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociales y económicos, tanto objetivos como subjetivos. Debido a esto se han diseñado distintos tipos de instrumentos de calidad de vida

MEDICION DE LA CALIDAD DE VIDA

Existen una gran variedad de instrumentos diseñados para evaluar las dimensiones que integran a la calidad de vida, las medidas varían desde aquellas que son objetivas, otras que se basan en parámetros clínicos, hasta aquellas que se basan en juicios subjetivos. Las mediciones sobre calidad de vida se han realizado con cuestionarios preparados para tales fines y en la mayoría de los casos, para enfermedades y poblaciones específicas, algunos ejemplos de estos instrumentos son:

Cuestionario de Índice de Salud McMaster (MHIQ).- Chambers (1982) lo aplicó a 96 pacientes externos de psicoterapia, con edad de 15 a 66 años. El instrumento evalúa la calidad de vida en pacientes con enfermedades reumáticas. Contiene 59 ítems. Es autoadministrable. Evalúa aspectos sobre movilidad, auto-cuidado, comunicación y funcionamiento físico global; bienestar general, trabajo/ejecución del rol social, apoyo social, participación, función social global, auto-estima, observaciones acerca de relaciones personales y el futuro; eventos críticos en la vida, funcionamiento emocional global. Incluye las áreas física, social y emocional.

Instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Version Breve. World Health Organization Quality of Life – Bref, WHOQOL - Bref. (Sexena, 2001)

El instrumento se desarrolló para tener una medida cuantificable de la calidad de vida en diversas culturas. El desarrollo del primer instrumento fue en su versión larga (con 100 reactivos) a través de un grupo de investigadores de quince diferentes países quienes lograron definir calidad de vida como la percepción de los individuos acerca de su posición en la vida, dentro del contexto de la cultura y sistema de valores en el cual ellos viven y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses. La escala original (WHOQOL 100) se ha traducido a 29 idiomas, obteniéndose altos valores de confiabilidad y validez. A pesar de sus resultados favorables, se ha desarrollado la escala breve (WHOQOL Bref), a fin de acortar el número de reactivos y el tiempo de aplicación. El procedimiento para obtener la calificación total y por área de los 26 reactivos, de los cuales, los dos primeros corresponden a Calidad de Vida en general y la percepción del estado de salud en general, con puntuaciones del 1 al 5 para cada uno los reactivos del 3 al 24 corresponden a cuatro áreas:

Salud física: Plaza y Valdez (2002), mencionan que de todas las áreas de funcionamiento personal relacionadas con la capacidad de autocuidado, las actividades de la vida diaria, la salud mental, y también con la integración social del individuo se encuentran muy relacionadas con la salud física. La valoración de esta área supone un buen indicador de la capacidad de los individuos para vivir independientemente y de las necesidades de ayuda, además de su autonomía. La salud física también incluye valoraciones en términos de condición física, síntomas, enfermedad, ejercicio y capacidad de auto cuidado. Autovaloración de salud general.

Aspectos psicológicos: Buendía (1997), lo definido como la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder interés en las cosas que antes disfrutaba, es lo que se llama depresión. Estar deprimido es algo más que estar triste o que llorar mucho, o aun más severo que estar cansado. Aún cuando los

tres tipos de situaciones están presentes en las manifestaciones que tiene un enfermo que padece de depresión. Además se observan problemas para dormir: sueño inquieto y despertares frecuentes, que hacen que el paciente se incorpore con frecuencia en la madrugada, siendo muy difícil el reiniciar su sueño; presenta además fatiga y una sensación de pérdida de energía, que se manifiesta con una gran dificultad para empezar la mayoría de las acciones que habitualmente realizaba fácilmente. Quien sufra de depresión tiene sentimientos de desesperanza y desesperación que pueden llegar a obstaculizarle muchos aspectos de la vida y afectarle actividades de las que antes disfrutaba. La depresión puede ocurrir una vez en la vida de las personas aunque es común que ocurra varias veces.

Relaciones sociales: Laforest (1991) la define como la cantidad y calidad de los vínculos interpersonales individuales y el grado de su inclusión en la comunidad. Para esta definición se añadiría que la salud social refleja no sólo las relaciones entre el individuo y la comunidad, sino también entre la comunidad y el individuo. Las preguntas suelen investigar sobre los amigos del sujeto, frecuencia de contacto con ellos, satisfacción en las relaciones con amigos y familiares, a cuantas organizaciones pertenece el sujeto y frecuencia de demanda de atención (vigilancia).

Medio ambiente: la valoración que las personas tienen sobre sus condiciones de vida que tan satisfechos se encuentran con esta así como aspectos de la valoración del status económico la cual no pretende conocer ingresos de los individuos, sino la adecuación de éstos para cubrir necesidades mínimas razonables e imprevistos que puedan surgir (Laforest, 1991).

CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES

Una de las principales poblaciones en las cuales se habla de calidad de vida en la actualidad ha sido la que está constituida por personas de más de 65 años, ésta es una etapa considerada como de decadencia y un deterioro en las áreas de la calidad de vida, aunada con el poco valor que le da la sociedad a esta etapa de la vida.

El estudio de la calidad de vida en la tercera edad ha estado bastante restringido a las personas enfermas y por tanto menos frecuentes. El incremento de los años de vida del hombre exige respecto a toda la sociedad y a los profesionales de la salud realizar esfuerzos para lograr y mantener la calidad de vida de este grupo de población que se incrementa con rapidez y no sólo incrementar la esperanza de vida sin tomar en cuenta las discapacidades que el anciano pueda sufrir.

El incremento de los años de vida del hombre exige respecto a toda la sociedad, a los profesionales de la salud, realizar esfuerzos para lograr y mantener la calidad de vida de este grupo de población que se incrementa con rapidez y no solo incrementar la esperanza de vida sin tomar en cuenta las discapacidades que el anciano pueda sufrir.

La introducción del concepto del estado funcional y su medición ha contribuido en mucho a la evaluación de la calidad de vida del anciano, pues la medición funcional incrementa la comprensión acerca del curso de la salud, toma en cuenta lo biológico, lo conductual, el medio ambiente y su influencia en el envejecimiento.

Dentro del estudio de la calidad de vida no puede pasarse por alto la evaluación del bienestar del anciano, tema que es de interés para la Psicología y la Gerontología Social. Un concepto importante en la calidad de vida es el de bienestar, el cual es un concepto subjetivo que se ha definido como satisfacción por la vida, felicidad, moral y representando la valoración global de calidad de vida que cada sujeto realiza de acuerdo a su propio criterio.

Por otra parte, en lo que se refiere a investigaciones acerca de la calidad de vida en adultos mayores. Fernández, García y Espinar (2000), mencionan que éstos son un grupo de edad, de progresiva importancia en nuestro medio, pues se asocia a un deterioro funcional y clínico, es el anciano quien acude con mayor frecuencia a las consultas de atención primaria, y el primer consumidor de fármacos, en particular y de recursos sanitarios en general. Por ello, su abordaje debe comprender, además de la valoración de su repercusión funcional, el estudio de las funciones mentales, el conocimiento de la situación social y del entorno habitual. La valoración integral del paciente permite identificar el llamado anciano de riesgo, caracterizado por encontrarse en una situación inestable que le predispone a un deterioro importante.

La población de personas de más de 65 años a nivel mundial continua incrementándose día a día, esto es motivo para comenzar a desarrollar investigación en este tipo de poblaciones debido a los grandes retos a los que se enfrentará. El logro de una adultez mayor saludable y feliz no se resuelve únicamente por parte de la medicina o la psicología, sino que se requiere también de mejorar las condiciones sociales de vida y lograr que la protección de los adultos mayores tenga un gran sentido social y personal. Además, el progreso o seguridad económica, la eficiencia social y familiar son los prerrequisitos para que las ciencias de la salud puedan hacer un trabajo eficiente con la calidad de vida y los procesos propios de esta etapa.

Palomar (1996) realizó un estudio en donde investigó cuáles son aquellos aspectos a los que los mexicanos de entre 20 a 50 años confieren mayor importancia para determinar su calidad de vida. Los factores que mencionaron fueron: realización personal de los hijos, relación afectiva con los hijos, familia en general, percepción personal, familia de origen, desarrollo laboral, relaciones de pareja, sociabilidad y amigos, desarrollo personal, reconocimiento laboral, actividades recreativas, bienestar económico y entorno social. Por otro lado, el factor de sociabilidad y amigos en los sujetos del nivel medio-alto son los que

reportan mayor calidad de vida. Respecto al género se encontraron diferencias, los hombres reportan mayor calidad de vida en el factor de relaciones de pareja. Los sujetos de menor edad (entre 20 y 35 años) mostraron mayor calidad de vida en las áreas de bienestar económico, desarrollo personal, actividades recreativas y entorno social. La escolaridad y el ingreso influyeron significativamente; es decir, quienes tienen mayores percepciones en el ingreso individual y familiar gozan de una mayor calidad de vida. Por otra parte, aquellos quienes tienen estudios de nivel superior reportan estar más satisfechos con su situación económica, desarrollo personal y sus actividades recreativas.

Como ya se ha visto a lo largo de este capítulo la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes y las propias condiciones en las que vive. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. Una etapa de la vida del sujeto que se influye directamente en esta percepción es la vejez, en ella hay un conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno, así como de la capacidad de respuesta de los sujetos que determinan una reducción en cuanto a su autoconcepto y en general de la percepción de su calidad de vida. A continuación se abordará de manera mucho más completa los cambios en esta etapa de la vida de las personas.

CAPITULO IV

LA VEJEZ

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN EL MUNDO

La proporción de personas de más de 60 años de edad aumenta rápidamente en todo el mundo. Se prevé que en 2025 el número de personas de esa edad habrá aumentado en unos 875 millones respecto de la cifra correspondiente a 1970 y para el 2025 habrá 1200 millones de personas de más de 60 años, de acuerdo a proyecciones de la organización de las naciones unidas (INEGI, 2006).

El envejecimiento de la población es un proceso intrínseco de la transición demográfica, que es el tránsito de regímenes de alta mortalidad y natalidad a otros de niveles bajos y controlados. La disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas impactan directamente en la composición por edades de la población, al reducir relativamente el número de personas en las edades más jóvenes y engrosar los sectores con edades más avanzadas. La natalidad y mortalidad de la población mundial han tenido un considerable descenso particularmente durante la segunda mitad del siglo pasado.

La natalidad disminuyó entre los años 1950 y 2000 de 37.6 a 22.7 nacimientos por cada mil habitantes; mientras que la mortalidad pasó de 19.6 defunciones por cada mil habitantes a 9.2, en el mismo periodo. Esta transformación, que ha adoptado el nombre de transición demográfica, ha provocado un progresivo aumento del tamaño de la población mundial y, simultáneamente, su envejecimiento (Altarriba, 1992).

Asimismo, se espera que los niveles de natalidad y mortalidad, disminuyan en la primera mitad del siglo en curso. La primera disminuirá hasta alcanzar 13.7 nacimientos por cada mil habitantes en 2050; mientras que la mortalidad se espera que alcance sus menores niveles alrededor del año 2015 (9 defunciones por cada mil habitantes), y a partir de ese momento aumente hasta alcanzar 10.4 en 2050, en estrecha relación con el incremento de la población de edades

avanzadas. La vida promedio de la población aumenta y seguirá en las décadas por venir (Altarriba, 1992).

Los cambios en la mortalidad de la población mundial se reflejan en una mayor sobrevivencia. Actualmente, la esperanza de vida de las mujeres es superior en alrededor de cinco años a las que registran los varones. Los hombres mueren más que las mujeres en todas las edades. Esto propicia que haya más mujeres que hombres en las edades avanzadas. Este comportamiento es característico del proceso de envejecimiento en todos los países del mundo, pero es mucho más pronunciado en los desarrollados, en ellos las diferencias en la esperanza de vida entre hombres y mujeres son mayores. Si bien nacen más hombres que mujeres, la mayor mortalidad masculina propicia que el número de hombres y mujeres se iguale a determinada edad.

Por ejemplo en el 2000, esto ocurría entre los 20 y 24 años. A partir de esta edad hay sistemáticamente más mujeres que hombres. Entre los adultos mayores estas diferencias son más marcadas; entre las personas de 60 a 64 años, hay casi 90 hombres por cada 100 mujeres; este valor disminuye conforme se avanza en la edad y llega a alrededor de 80 hombres por cada 100 mujeres en el grupo de 75 a 79 años (CNDH, 1999).

Además de los cambios en su magnitud, la población mundial avanza paulatinamente hacia el envejecimiento de su estructura por edades. Las proyecciones en pirámides de población, sobrepuestas para 2000 y 2050, se observa la disminución de los grupos más jóvenes de la población en su parte inferior, sobre todo entre los menores de 15 años, y el aumento de la población en edades laborales y de los adultos mayores. Es también evidente que, debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres, su número y peso relativo en las edades avanzadas será mayor.

Habr  cerca de dos mil millones de adultos mayores en 2050. La tasa anual de crecimiento de este grupo en la actualidad es de 2.2 por ciento, y llegar  a ser hasta de tres por ciento en la segunda década del siglo XXI (INEGI, 2006).

El momento de inicio y el ritmo de la transición demográfica han sido diferentes en las regiones del mundo; actualmente los países de mayor desarrollo se encuentran en sus etapas finales. Los países en desarrollo la tasa de crecimiento anual es de 1.5 por ciento, lo que todavía representa un ritmo de crecimiento considerable. Se estima que a mediados del Siglo XXI se reduzca a 0.4 por ciento, un nivel aún muy superior de lo que presentan los países más desarrollados en la actualidad. La tasa global de fecundidad de los países en desarrollo asciende en la actualidad a 2.9 hijos promedio por mujer, mientras que la esperanza de vida alcanza 63.4 años. Mientras que en los países menos desarrollados del mundo el crecimiento de la población es aún muy elevado. Actualmente los países desarrollados tienen las poblaciones más envejecidas; pero en unas cuantas décadas muchos países en desarrollo alcanzarán esos niveles de envejecimiento.

Todos los países, en menor o mayor medida, enfrentarn  un proceso de envejecimiento en las próximas décadas. A pesar de las diferencias, todos los países apuntan a tener mayores proporciones de adultos mayores que las que se encuentran en los países menos desarrollados, a pesar de que éstos se sitúan en una fase menos avanzada del proceso de envejecimiento demográfico.

ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO

Como menciona Ham, (2003) México también ha experimentado un proceso acelerado de transición demográfica. La primera fase se ubica a partir de los años 30 con el inicio del descenso de la mortalidad, que junto con la persistencia de elevados niveles de natalidad, trajo consigo un periodo caracterizado por un elevado crecimiento demográfico. En esta etapa se observó, incluso, un ligero incremento de la natalidad, como resultado de mejores condiciones de salud. Posteriormente la natalidad también disminuyó notablemente, lo que aminor  el

crecimiento demográfico. Para 1960 la natalidad se ubicó en 46 nacimientos por cada mil habitantes; mientras que para el año 2000 este indicador descendió a 21 nacimientos. La fecundidad de las mujeres mexicanas disminuyó de 7.0 a 2.4 hijos por mujer en promedio, en el mismo periodo.

Se espera, según el INEGI (2006) que en las próximas cinco décadas la natalidad continúe descendiendo hasta alcanzar 11 nacimientos por cada mil habitantes en 2050. Por su parte, la mortalidad hoy en día es de 5 defunciones por cada mil habitantes y posteriormente aumentará hasta 10 en el 2050. La vida media de los mexicanos se duplicó durante la segunda mitad del siglo XX, al pasar de 36 años en 1950 a 74 años en 2000. Se espera que en las próximas décadas continúe su incremento hasta alcanzar 80 años en 2050, un nivel similar al de Japón, el país que actualmente tiene la mayor esperanza de vida en el mundo.

Como ocurre en casi todos los países del mundo, las mujeres mexicanas tienden a vivir más que los hombres. Hoy en día la esperanza de vida de las mujeres asciende a 77.9 años y la de los hombres a 73.0 años, cifras que se incrementarán a 83.6 y 79.0 años, respectivamente, en el 2050 (Buendía, 1995).

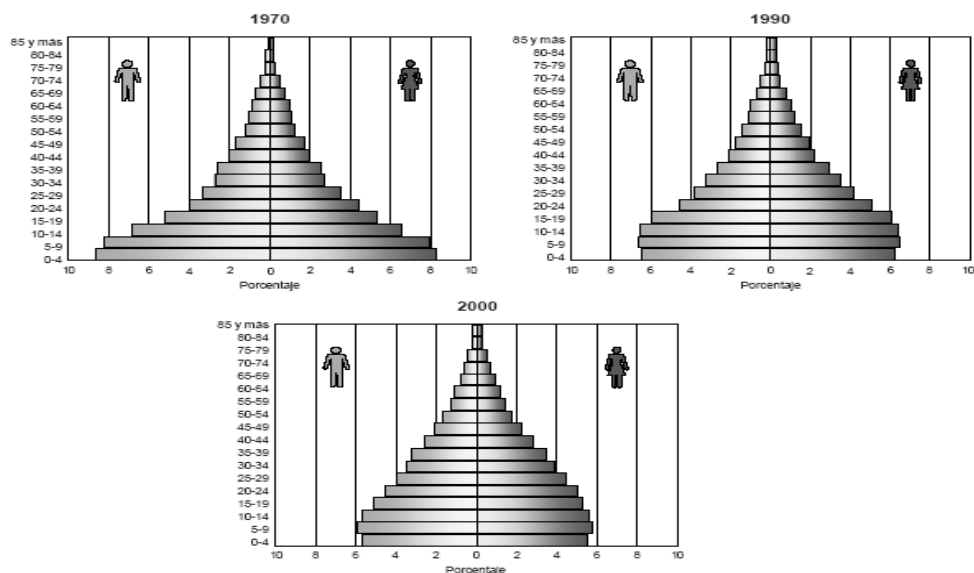
De acuerdo con estadísticas del INEGI, la pirámide de población de México perderá su forma triangular, característica de una población joven, para adquirir un perfil rectangular abultado en la cúspide, propio de las poblaciones envejecidas. La estructura por edades de 1970, con una base muy amplia y una cúspide angosta, da cuenta del predominio de la población infantil que caracterizó la época de alta fecundidad. En aquel año, cerca de 50 por ciento de la población tenía menos de quince años de edad. En el 2000 se encontraba una pirámide abultada en el centro que refleja el aumento en el número de personas en edades jóvenes y laborales, así como con una base más estrecha, que es el resultado de la disminución en la proporción de niños de 0 a 4 años de edad. En 2000, solo una tercera parte de la población tenía menos de 15 años de edad y cerca de 60 por ciento tenía entre 15 y 59 años.

La evolución previsible de la fecundidad y de la mortalidad permite anticipar que la base de la pirámide continuará reduciéndose, por lo que la población infantil tendrá menor peso relativo y será menos numerosa. Las cuantiosas generaciones que nacieron en la época de alta fecundidad (1960-1980) comenzarán a engrosar la parte superior de la pirámide conforme alcancen la edad de 60 años. Esto producirá notorios cambios en la forma de la pirámide, que será cada vez más amplia en su cúspide y más estrecha en su base.

El proceso de envejecimiento demográfico de México no es reversible, pues los adultos mayores de mañana ya nacieron. Las generaciones más numerosas, las nacidas entre 1960 y 1980, ingresarán al grupo de 60 años y más a partir de 2020. Esto se refleja en el aumento de las proporciones de adultos mayores en las próximas décadas (Ham, 2003).

La mayoría de los adultos mayores vive en el medio urbano; pero la población de las localidades no urbanas está más envejecida. Como señala Ham, (2003) la distribución territorial de los adultos mayores refleja el proceso de urbanización que vivió México en el siglo pasado. La mayoría de los adultos mayores vive en localidades urbanas, el resto vive en localidades mixtas o rurales. Sin embargo, el porcentaje de adultos mayores en localidades urbanas es menor al que presenta la población total nacional, que es de 65 por ciento. A pesar de que la mayor parte de los adultos mayores vive en áreas urbanas, la estructura por edad de la población de las áreas rurales y mixtas está más envejecida. Todas las entidades federativas del país experimentarán el envejecimiento de su población, aunque con ritmos distintos que se deben no solo a que tienen distinto grado de avance en su transición demográfica, sino también al efecto de la migración, tanto entre los estados como hacia el exterior del país. Las entidades que presentan mayor avance del envejecimiento en el 2000 son el Distrito Federal, Zacatecas, Oaxaca, Nayarit, Yucatán, Michoacán, Veracruz y San Luis Potosí. Algunas de ellas se encuentran en una fase más avanzada de la transición demográfica, como el Distrito Federal, pero en otros, como Zacatecas y Oaxaca, el envejecimiento se debe más bien a la emigración.

Figura 2 Cambio demográfico en 1970, 1990 y 2000 INEGI (2006)



¿QUE ES ENVEJECIMIENTO?

Las sociedades acostumbran clasificar a los miembros que las conforman en categorías de edad, para crear así expectativas sobre cómo debe ser el comportamiento de cada una de ellas. Sin embargo, se podrá ver que no todos los individuos actúan de la misma forma y en específico, la vejez, puede entenderse como una categoría con características particulares. Pero antes de hablar sobre ésta, es necesario, tener clara la definición de envejecimiento entendiéndose como un proceso.

Se entiende por *envejecimiento* a todas las modificaciones morfológicas, psicológicas, fisiológicas, bioquímicas que aparecen en el organismo como consecuencia de su funcionamiento en el tiempo; no es éste el que produce los cambios, sino el complejo funcionamiento fisiológico a lo largo del tiempo y de los riesgos que encuentra (Buendía, 1995).

Así mismo Altarriba, (1992) considera al envejecimiento como la progresiva hipofuncionalidad somática que suele manifestarse en cuanto al comportamiento a través de diversas incapacidades, con la pérdida subsiguiente de grados de autonomía e individualidad. Entendido como un proceso normal de cambios, relacionados con el paso del tiempo, que se inicia al nacer y continúa a lo largo de la vida, siendo la ancianidad la etapa final.

Por lo tanto, es un proceso progresivo, continuo y desfavorable de cambio ordinariamente ligado al paso del tiempo que se vuelve perceptible después de la madurez y que concluye inevitablemente en la muerte como puede verse el cuerpo sufre transformaciones y esto implica, que el envejecimiento no solo se da en el aspecto biológico u orgánico sino en la forma de sentir, de pensar y actuar.

Para entender el proceso de envejecimiento hay que distinguir entre el envejecimiento primario el cual comprende los cambios irreversibles o intrínsecos de la maduración biológica que están programados genéticamente y pese a que se tenga una buena salud y a la ausencia de enfermedades, estos cambios ocurren en el envejecimiento secundario que son el resultado de factores extrínsecos entre los que se encuentran enfermedades e influencias ambientales. (Quintanilla, 2000)

Por lo tanto, no se puede sustituir el término envejecer por vejez como tal, ésta es una etapa de dicho proceso antes de que se de la muerte. Puede considerarse, entonces, a la vejez como una etapa del ciclo vital con características físicas, psicológicas y sociales propias que es necesario comprender con el fin de que esta etapa sea satisfactoria tanto para la persona que la vive como para su familia y demás personas que le rodean.

Definir en que momento se inicia la vejez es un tema que hasta el día de hoy no se ha resuelto pero existen diferentes parámetros que marcan el inicio de la misma. Mishara y Riedel (1986), establecen que se fija un comienzo arbitrariamente a los 65 años porque coincide con el momento de la jubilación. Por lo tanto el ingreso a la vejez se ha logrado por decreto.

De esta manera el comienzo de la vejez es relativamente distinto de acuerdo a la connotación que se le da al término vejez y del lugar histórico social en el cual se utilice en este sentido, se dio la primera asamblea mundial sobre el envejecimiento realizada por la organización de la Naciones Unidas en la ciudad

de Viena (1982; en Motlis, 1985) en el cual se fijó como convención los términos vejez, tercera edad, ancianos para referirse a las personas que comprende el grupo de 60 años.

Estos términos tienen su origen en distintos países, por ejemplo los franceses introdujeron el término tercera edad para caracterizar las personas de edad avanzada, jubiladas o pensionadas; más recientemente, cuarta edad para referirse a las personas que viven más de ochenta años. Mientras que la organización panamericana de la salud a partir de 1994 decidió emplear el término adulto mayor para referirse a las personas de más de 65 años.

Como se dijo anteriormente, el envejecimiento se da a lo largo del desarrollo del ser humano, por lo que originan cambios en los aspectos físicos, biológico, psicológico y social. Así, se tiene también que diferentes teorías han tratado de explicar cómo se lleva a cabo este proceso que a continuación se presentan.

TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Teoría del envejecimiento programado

Tortosa (2002), afirma que el envejecimiento es una extensión de los procesos de desarrollo que son controlados genéticamente que operan durante el ciclo de vida y que el periodo máximo de vida de un organismo es característico de cada especie. Esta teoría considera la existencia de un reloj biológico que controla todos los procesos que se suscitan en el cuerpo a lo largo del tiempo.

Teoría del debilitamiento del sistema inmunológico

Según ésta, el sistema de defensa del cuerpo parece volverse contra sí mismo y atacar algunas de sus partes, como si fueran invasores extranjeros. Puesto que es probable que con el tiempo aparezca un cierto material imperfecto y que sea

tratado como una amenaza aumenta en consecuencia el peligro para los tejidos normales. (Mishara y Riedel, (1986).

Además, con el tiempo el sistema inmunológico se vuelve menos eficaz para evitar enfermedades y esto puede originar que el sistema de defensa no pueda distinguir entre las partes sanas del cuerpo de las que no lo son.

Teoría del envejecimiento celular

Según Mishara y Riedel, (1986) éstas se interesan por la pérdida de la información que sufren las células del cuerpo en el nivel de la molécula de ADN (ácido desoxirribonucleico) y considera al envejecimiento el resultado de la muerte de un creciente número de células del cuerpo. Como el ADN es responsable de ciertos procesos de metabolismo y de la reproducción de las células, toda pérdida de la información o toda codificación deficiente de las células, determinada por un defecto de la molécula de ADN pueden provocar muerte celular.

Teoría de las modificaciones del sistema endocrino

Stassen y Thompson (2001) comentan que esta teoría el envejecimiento podría ser resultado de una modificación de la producción o de la liberación de los cuerpos químicos en el organismo. Sin embargo, resulta difícil precisar si las modificaciones endocrinas son la causa o el efecto del envejecimiento

Teorías genéticas

Hansen (2002) menciona que los teóricos de la genética creen que para comprender el envejecimiento es preciso entender el código genético que determina nuestra longevidad. Pero en los seres humanos resulta difícil, si no imposible, distinguir entre los factores genéticos y el estilo de vida o incluso los factores como el régimen o el entorno.

Teoría del desgaste

Esta teoría señala que las partes del cuerpo acaban sencillamente por gastarse. Sin embargo, la actividad y los ejercicios físicos pueden influir en la salud y en la longevidad puesto que ejercen efecto sobre la duración de las partes del cuerpo (Mishara y Riedel ,1986).

Teoría de los desechos

Timias (1997) menciona que la vida supone la producción de desechos y su eliminación por unos procesos normales. Algunos teóricos creen que la vejez viene acompañada de una disminución de la capacidad de eliminación seguida de una acumulación de desechos que perjudican no sólo la actividad celular sino el mismo proceso de purificación. Por lo tanto, el funcionamiento normal quedaría debilitado por la acumulación de subproductos inútiles emanados de las propias funciones corporales

Teoría del ciclo vital

Esta teoría parte de la idea de que el desarrollo no es exclusivo de la infancia o la juventud sino que es un proceso constante que se da a lo largo de la vida incluyendo la adultez y la vejez. Aunque esta teoría no niega que en la vejez haya un deterioro de las capacidades sobretodo en edades muy avanzadas si cuestiona que se dé este proceso de la misma forma en todas las personas.

Montañes y Latorre (2004), mencionan que el desarrollo no está en función de la edad sino que intervienen más factores, como lo es el momento histórico en el que se desarrolla el sujeto y las circunstancias individuales de éste, por lo tanto en diferentes momentos históricos han existido distintas formas de envejecer dentro de cada momento histórico cada persona tiene una forma muy particular de envejecer.

Teoría Histórico-cultural

Montañés y Latorre (2004) mencionan que el motor del desarrollo es el aprendizaje, en un contexto de relaciones sociales con los demás en todas las edades existe una posibilidad de desarrollo que vendría marcada por la distancia existente entre el nivel de desarrollo actual y el nivel potencial de desarrollo, es decir entre lo que una persona puede realizar por si sola y lo que puede realizar con ayuda. La vejez es suficientemente plástica y en ella existe una reserva de desarrollo en las funciones psicológicas superiores. El desarrollo siempre permite avanzar un paso más a cualquier edad, también en la vejez.

ASPECTOS DEL ENVEJECIMIENTO

Aspectos biológicos del envejecimiento

Al envejecer se llevan a cabo transformaciones físicas, bien sea en la apariencia, en la estructura o el funcionamiento del cuerpo, si bien nadie envejece de la misma forma, se señalan los principales cambios ocurridos en esta etapa como señalan Mishara y Riedel, (1986).

Primero, la apariencia varía, aunque los cambios al principio no son percibidos fácilmente. La mayoría de los hombres sufre de calvicie pero las mujeres también pueden ser afectadas. Así el color del cabello se empieza a tornar gris o blanco, además pueden cambiar de apariencia y hacerse menos espesos, fuertes y voluminosos.

Así la estatura también se ve disminuida y se acentúa la curvatura de la columna vertebral; la cavidad torácica disminuye mientras que las costillas se desplazan hacia abajo y adelante, este repliegue del cuerpo estorba la movilidad. El cuerpo también experimenta transformaciones en su estructura metabólica y celular así como en la distribución de sus distintos elementos. Entonces, a nivel celular y de los tejidos, se pierden células de ADN y se aumentan los tejidos grasos a expensas de los delgados.

Por otra parte, la aparición de arrugas, ligado a modificaciones en los tejidos grasos así como a la pérdida de elasticidad. Con la edad no cambia la proporción de los huesos, sin embargo, éstos se tornan menos sólidos, produciéndose así el riesgo de osteoporosis o fracturas.

Además, se producen cambios funcionales como el hecho de que los ojos pierden gradualmente su capacidad de localizar objetos muy próximos o muy alejados, lo que obliga a usar lentes bifocales en la mayoría de los casos. Por otro lado, las cataratas aumentan su frecuencia de aparición a esta edad.

La audición también se ve afectada, la pérdida de las altas frecuencias tiene consecuencias prácticas significativas porque modifica la percepción de la voz. Al ser más elevada la altura de las consonantes que de las vocales, se ven deformados la cadencia y fluir normal de la expresión por lo que se pueden confundir palabras.

La motricidad puede verse afectada a consecuencia de un declive de la fuerza muscular, del incremento de los tejidos grasos con relación a los delgados, de la osteoartritis y de otros procesos deficientes. Los movimientos se tornan más lentos, los músculos se fatigan más rápido y se recuperan más lentamente.

También, el envejecimiento puede venir acompañado de la disminución en la capacidad y eficacia de los pulmones y del sistema cardiovascular. Ciertas enfermedades crónicas como el enfisema o la bronquitis aumentan y contribuyen a los problemas respiratorios. El corazón, las arterias, las venas y los vasos capilares se degeneran también.

Así mismo, las necesidades de nutrición se modifican al igual que las funciones de ingestión/excreción. Debido a que se disminuye la actividad física ya no es necesaria la ingesta de grandes cantidades de alimentos para mantenerse en un peso conveniente. Sin embargo, se puede dar el caso contrario y provocar un aumento de peso debido a una sobrecarga de esfuerzos por parte del sistema

cardiovascular/pulmonar y relacionado con diversas enfermedades y con el mal funcionamiento engendrado por este estrés suplementario.

Como en todos los procesos que son involucrados en el envejecimiento se observan una gran cantidad de cambios individuales y todo el cúmulo de sentimientos, sensaciones, creencias valores, actitudes que pueden haber sido causado por factores genéticos, sociales etc. No existe prueba del envejecimiento en si que implique un deterioro inevitablemente o que solo sea una etapa de deterioro, sino es una etapa como cualquier otra en la que hay ganancias de distinta índole como pérdidas. Algunas de estas nuevas perspectivas han contribuido a dejar atrás la conceptualización del envejecimiento biológico.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento en lo psicológico implica cambios en el comportamiento, autoconcepto y formas distintas de reaccionar en distintas situaciones, las bajas en las funciones psíquicas más aparentes durante la vejez, para Furguet y Caner (1993) se encuentran las capacidades intelectuales y rasgos de personalidad.

Hay muchos mitos sobre el tema de la personalidad en la vejez se dice que en esta etapa de la vida es propio el conservadurismo, la pasividad, la introversión, la irritabilidad, el olvido, el servicialismo, el egocentrismo, la rigidez, la dependencia, etc. pero también se ha dicho que la persona mayor es sabia, paciente, prudente, entre otros calificativos positivos.

Moragas (1991), menciona que en los últimos años de vida la personalidad no cambia básicamente, también comenta que la personalidad permanece más estable, cuanto mayor sea el nivel educativo y con buena salud, se puede cambiar según las experiencias que se tengan, pero los cambios que surgen también se deben a las nuevas condiciones de vida que experimentan la personas mayores. Se ha visto un intercambio en las características de los roles, por un lado las mujeres se vuelven mas independientes y agresivas, mientras que el hombre

una vez sin trabajo puede que deje a un lado la agresividad y afirmación del rol laboral masculino y muestre otros aspectos de su personalidad.

El autoconcepto como parte importante de la personalidad, el cual se refiere a la imagen que una persona tiene de sí mismo y que se ve influida por la opinión de los demás y de sus expectativas. En una investigación realizada por Montañes y Latorre (2004), entre el autoconcepto y los estereotipos sobre la vejez existe una interrelación, y menciona que los estereotipos, son creencias sobre los grupos dentro de una cultura que son generalmente negativos e inculcados en la sociedad que ha contribuido a generar un autoconcepto negativo.

Además, los estereotipos sociales no solo modifican la percepción de los adultos mayores, sino también la imagen que tienen de sí mismos. La sociedad trata a las personas mayores como viejos y ellos aunque no se sientan así, terminan por comportarse como viejos. Montañés y Latorre (2004) encontraron que las personas que se autoperciben como viejas presentan más problemas de salud mental y una disminución de la autonomía funcional.

ASPECTOS SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO

Las personas mayores de hoy en día se dan cuenta de que el ser mayor ha cambiado completamente desde que sus padres llegaron a los 65 años, están más sanos y vigorosos que sus homólogos de hace varias generaciones. Tienen aspecto más juvenil, se sienten mejor y actúan con más vitalidad que sus padres y abuelos de la misma edad. Hoffman, Paris y Hall (1996), menciona que desde 1900, las formas de convivencia de las personas mayores han cambiado de tal forma que nada tienen que ver con las anteriores, es más probable que sean propietarios de sus casas, vivan por encima del nivel de pobreza y tengan menos hijos adultos.

Los cambios sociales que se producen durante la vejez se deben a la clasificación que se hace según al grado de productividad por lo tanto lo que se modifica es el rol del anciano tanto en lo individual como en lo social.

Relaciones familiares en adultos mayores

El aumento de la expectativa de vida tiene sus repercusiones en la vida familiar y una de ellas es la coexistencia de varias generaciones hecho que se presenta cada vez con mayor frecuencia. Cabe destacar que cada familia tiene un funcionamiento propio. Así, como la convivencia que se da dentro del núcleo familiar.

Las elecciones de las formas de convivencia de las personas mayores, reflejan un equilibrio entre las metas de autonomía y de seguridad, por lo que no es sorprendente que la mayoría de las personas mayores vivan en casa, ya sea por su cuenta, con parientes u otras personas que no sean familia.

La tendencia es "envejecer en el lugar", permanecer en las casas donde educaron a sus hijos que la mayoría poseen. La casa está llena de recuerdos, el conocerla bien les otorga un sentido de competencia y el ser propietarios confiere estatus a la persona mayor. Esto trae como consecuencia el aumento de las generaciones de una familia que viven simultáneamente, otra posibilidad es que tienen hijos que viven en las cercanías y mantienen contacto habitual con ellos.

La familia se ha transformado indudablemente en su estructura interna, en su forma de manifestación externa, pero con esto no ha perdido su importancia. Ciertamente la familia experimenta un cambio influido entre otras cosas por la evolución demográfica.

TRABAJO Y JUBILACIÓN

La jubilación es la etapa en la que el sujeto se retira de sus actividades laborales después de haber trabajado un mínimo de años y tiene una edad establecida por ley y reciben una pensión hasta su muerte.

La transición del trabajo a la jubilación es un cambio muy importante que marca el comienzo formal de la vejez. Que puede suponer la pérdida de ingresos, la identidad profesional, el estatus social, los compañeros y la estructura cotidiana del tiempo, las actividades, la autoestima y el autoconcepto.

Para la década de 1890 llegar a los 60 años de edad significaba continuar en la actividad productiva y se trabajaba hasta el final de la vida o hasta que se tuviera la capacidad para hacerlo. Erikson (1978) menciona que se había llegado a la vejez en un periodo en que la transición del curso de la vida estaba marcada de manera menos rígida y en el caso de un grupo que envejece a principios del siglo XX, en el que se comienza a calcular el ingreso y la fuerza del trabajo de acuerdo a la edad. Los cambios que se dan en este siglo debido a una creciente especialización del trabajo y la exigencia de la eficacia industrial a causa de los adelantos industriales dieron por resultado normas relacionadas con la edad referente a la productividad y a la utilidad. La jubilación a una edad determinada fue un invento que se dio en el siglo XX.

La jubilación que representa el acontecimiento más dramático en el surgimiento de la vejez como una etapa más de la vida. Para finales del siglo XIX y a principios del XX la vejez dependía a menudo del tipo de empleo que se tuviera, así como de la clase social a la cual se perteneciera. Los largos periodos de desempleo concluían solo a causa de una enfermedad muy grave o la muerte.

En la actualidad, es una etapa de transición se considera a la jubilación como un indicador para la sociedad y para la persona que la vive, que algo cambia. Aunque esto es totalmente incorrecto la jubilación no se puede considerar como

un equivalente a la vejez, muchas personas se jubilan en la adultez algunas otras jamás se jubilan y el resto trabaja después de su jubilación.

Lornachione(2003) sostiene que existen muchas formas de definir la jubilación, y debido a esto, depende la percepción que la persona tiene de ésta:

- Ausencia de participación en el trabajo.
- Aceptación del pago de una pensión
- Reducción de la horas de trabajo
- Abandono permanente del trabajo
- Abandono permanente de la carrera profesional.

Y debido a la percepción que se tiene de la jubilación se le dan distintas connotaciones algunas negativas, como las que menciona Káliz (1996), que implica una reducción del salario, el asumir un nuevo rol, la pérdida de contactos sociales, la pérdida de la base para la identificación personal, mientras que las connotaciones positivas equivaldrían a una mayor libertad, la oportunidad de llevar acabo distintos proyectos.

Proceso de jubilación

Atchley (1989), ha identificado seis etapas para explicar el proceso de jubilación:

1. Prejubilación: la persona se orienta hacia sí misma. Se orienta a la idea de jubilación. Se presentan ideas de cómo es la jubilación.
2. Jubilación: plantea en la persona tres tipos de vivencias.
 - Luna de miel: Ella se caracteriza por que las personas intentan hacer todo aquello que esperaban hacer cuando la jubilación llegara.
 - Rutina: Aquí las personas tienen actividades y grupos estables y por ello lo único que debe hacer es modificar el tiempo que va a dedicar a estas actividades.
 - Descanso: Se caracteriza por una disminución de la actividad.

3. Desencanto: Acontece cuando las personas perciben que las fantasías que tenían para la jubilación no se realizan.
4. Reorientación: a partir de la tristeza las personas entran a un proceso de reevaluación y con ello adquieren percepciones más realistas de la experiencia de la jubilación.
5. Estilo de vida rutinario: se organizan acciones rutinarias para enfrentar los cambios que ha desencadenado la jubilación.
6. Fase final: para quienes el rol del jubilado es insignificante vuelven al trabajo o lo cambian por el rol de enfermo o discapacitado a raíz de los efectos de la jubilación

Hoffman (1996), menciona que sin embargo, algunas personas pueden adaptarse al cambio de roles sin problemas cuando llegan a la etapa de jubilación. En general, independientemente del género, la jubilación conlleva nuevas exigencias: preocupaciones sobre el dinero, desacuerdos sobre trasladarse a una casa o departamento más pequeño o problemas de salud. Los principales conflictos sobre divisiones de responsabilidad y poder, sexo, dinero, hijos y cuñados ya han sido solventados.

Efectos y repercusiones de la jubilación

Para las personas que trabajan, esta actividad suele representar una parte muy importante de su vida, forma parte de su vida cotidiana. Por ello, la jubilación trae consigo cambios que tienden a transformar el papel que el sujeto desempeñaba en la sociedad y por lo tanto tienen que adaptarse a su nueva situación, en donde tendrá más tiempo libre, aunque, también en muchos casos menos recursos y al mismo tiempo la necesidad de adoptar un nuevo rol.

El hecho de que el individuo acepte su nuevo rol y tenga una reacción positiva o negativa depende de varios factores como la salud, posición económica, necesidad del sentimiento de realización, flexibilidad, historia personal y las reacciones de las personas a quienes aprecia (Craig, 1988).

Entre los cambios que más afectarán a los ancianos posteriormente a la jubilación estarán, en muchos casos, la baja percepción de ingresos y la menor socialización. El decremento en los ingresos obligará al anciano a tener mayores restricciones en sus gastos, debido a que las pensiones no suelen ser muy cuantiosas. Por otra parte, dejar de trabajar implica no tener tanto contacto con otras personas como antes, al mismo tiempo que demasiado tiempo libre, lo cual repercutirá importantemente en el estado emocional del anciano y con la posibilidad de ingresar en algún asilo.

INSTITUCIONES DE CUIDADO PARA PERSONAS EN LA VEJEZ

Antecedentes de las Residencias para ancianos en México

Las residencias de ancianos se crearon en México como se han formado otras en cualquier parte del mundo, copiando el patrón que otras sociedades establecieron. El momento de su aparición es el mismo en que el fenómeno social del viejo es significativo como para atender las necesidades que ya no pueden ser cubiertas por la familia: en sus orígenes el anciano se quedaba desamparado por la desaparición de los familiares.

Es así como aparecen en México los primeros Asilos a cargo de algunas religiosas, el dato más antiguo es la llegada de una congregación denominada Hermanitas de los Ancianos Desamparados, provenientes de España, en el año de 1899. Poco tiempo después surgió una segunda fundación a la que llamaron "El Buen Retiro del Salvador", con el mismo grupo de religiosas. Al paso del tiempo, en 1901, y con la llegada a América de otro grupo de religiosas, se llevó a cabo en México, DF. la tercera fundación, conocida como la "Beneficencia Española" a partir de entonces, se fundaron más asilos incluso dentro de los Estados de la República Mexicana.

En los últimos años ha surgido una corriente para cambiar el nombre de los asilos, por lo que de ser "Asilo para Ancianos" se cambió al nombre de "Hogar para Ancianos", luego "Casa Hogar para Ancianos", quitándoles después el calificativo "para ancianos", y quedar simplemente en el nombre de "Hogar", y aducir a un santo o un benefactor o al fundador de la agrupación religiosa a la que pertenece; últimamente se les ha llamado "Residencias", "Villas" o "Casas de Reposo".

Se ha concebido a la residencia geriátrica como el elemento básico para el sistema asistencial de beneficencia, como el centro de acogida y retiro para personas de edad avanzada que necesitan cuidados o se anticipan a la necesidad de estos, y tener en cuenta que esto los llevará a la ruptura con su entorno natural.

Aunque las instituciones geriátricas han sido muy criticadas, el progresivo envejecimiento de la población y el incremento de ancianos de edad especialmente avanzada, con un alto nivel de dependencia funcional, con necesidad continua de cuidados o con déficit de recursos de apoyo informal hace que la residencia geriátrica se mantenga en la actualidad como una posible solución para esta población. Actualmente, diferentes instituciones tanto gubernamentales como de la Asistencia Privada se han preocupado por proporcionar a los ancianos atenciones y cuidados que permitan mejorar sus condiciones de vida.

Buendía (1995), menciona que la incorporación del anciano a un asilo conlleva un gran número de connotaciones tanto sociales, familiares e individuales que significan un importante cambio que marcará la vida diaria tanto del anciano como el de su familia. Los efectos de la institucionalización comienzan a dejarse sentir incluso antes de la admisión, desde el momento en que se puede convertir en una realidad siendo una amenaza para su entorno físico, social y familiar y en definitiva sobre la imagen de sí mismo.

La ciudad de México como una de las más grandes del planeta genera día a día una gran cantidad de necesidades y una de ellas es la atención del anciano en asilos, pues los roles de la familia se ven modificados a las necesidades individuales, es decir los hijos no tienen tiempo de cuidar a los padres así que se necesitan de lugares para que los ancianos puedan vivir. Y es por ello que hoy en día el número de asilos tanto estatales como particulares continúa incrementándose.

Cada día son más los adultos mayores que se ven obligados a vivir en asilos los cuales en la ciudad de México son alrededor de 115. Algunos se refugian en asilos por diferentes problemáticas con sus hijos y muchos otros por que llegan a considerar que este es el último intento de encontrarse en un hogar, para otros un lugar para esperar la muerte.

El proceso de la institucionalización.

El envejecimiento y la pérdida de las funciones sociales del trabajo acarrear un conjunto de repercusiones sobre la vida del anciano. Los ancianos consideran para su vejez dos opciones:

- 1) Vivir en su domicilio hasta su muerte (cuando sea posible).
- 2) Vivir en una residencia para ancianos en donde se les puedan 'proporcionar los servicios que requieran.

Sin embargo, hay diferentes obstáculos que impiden el cumplimiento de la primera opción:

- 1) La soledad y sobre todo el aislamiento, los hijos se han independizado o la pareja ha muerto.
- 2) Por problemas familiares en caso de que el anciano viva con la familia.
- 3) No contar con familiares ni con alojamiento.

- 4) Por insuficiencia o falta de recursos económicos para satisfacer sus necesidades más apremiantes.
- 5) La enfermedad aguda y grave.
- 6) Las incapacidades crónicas importantes.

Es por lo anterior que la familia (o el mismo anciano) tiene que considerar algunas alternativas para satisfacer las necesidades de atención y cuidado del anciano. Existen diversas opciones de atención al anciano que, al depender de las características de éste, ofrecen las siguientes posibilidades (Ferrey, 1994):

Servicios hospitalarios de media estancia, sirven sobre todo para los ancianos de menos de 70 años, con objeto de atender su convalecencia y readaptación a la salida de un ingreso hospitalario por una afección aguda. La duración máxima de la estancia geriátrica es de 80 días, eventualmente renovable.

Servicios de larga estancia, asegura la acogida de ancianos que no tienen autonomía de vida y cuyo estado precisa supervisión médica y cuidados. Se admiten a las personas orientadas después de una media estancia, en lo que se ha juzgado que el retorno a domicilio no era deseable.

Residencias, son estructuras de acogida de ancianos muy diversas, tanto por sus dimensiones como por su estatus, siendo su auténtico punto en común asegurar la completa cobertura de sus internos y otros servicios de hospedaje. Aunque la institucionalización representa una opción de atención al anciano, realmente sería recomendable que el anciano permaneciera dentro del núcleo familiar, ya que esto permite conservar en mejores condiciones su estado emocional. Así mismo, se ha señalado que en algunos países desarrollados el aumento de la población de este grupo de edad y su alto grado de ingresos a residencias ha incidido notablemente en los recursos económicos tanto familiares como sociales.

Cuando la familia tiene que considerar la opción de la institucionalización, debe tomar en cuenta que el proceso de reclusión significa mucho más que el hecho de cambiar a una persona de un lugar físico a otro, representa un cambio esencial en la vida de las personas de edad avanzada que repercute en el desarrollo social y psíquico, así como en la salud.

El proceso de institucionalización lleva consigo la adaptación a un nuevo medio, reglas y patrones de conductas que no habían sido consideradas por el anciano, por lo que el acoplamiento a su nueva vida no resulta sencillo.

Según Contreras (1986), este proceso puede dividirse en 3 etapas:

1) Fase de pre-ingreso.

Durante este tiempo el anciano experimenta angustia y ansiedad intensa; la incertidumbre y el miedo ante la novedad de la situación dan lugar a tensiones internas.

2) Fase de ingreso. Aquí comienza el periodo de adaptación, se presentan temores, esperanzas, se reafirman los prejuicios que se tenían de la vida en la residencia o se modifican, se aprenden y se adoptan nuevos roles.

3) Fase de estabilización. Se presenta después de una estancia considerable en la casa hogar, el anciano ya adoptó para entonces un estilo de vida de acuerdo a las condiciones de la residencia.

También menciona que la adaptación va a depender de algunos factores, como:

- a) La información y preparación que tenga el anciano antes de ingresar a la residencia mediante folletos, visitas o conversaciones con los residentes;
- b) Que su ingreso sea una decisión voluntaria.
- c) El recibimiento o acogida que tenga por parte del personal, sobre todo desde el primer día.

La decisión de ingresar a una residencia está considerada siempre como muy grave, como un signo de rechazo, de soledad, que puede significar para el anciano un signo de renuncias. El miedo que se tiene a la vejez, sobre todo a la disminución de las capacidades, hace que se rechace espontáneamente la institución, el anciano considera que es allí donde va a terminar su vida (Ferrey, 1994).

Sin embargo, algunos ancianos, aún cuando no requieren de muchos cuidados y cuentan con el apoyo de la familia, deciden ingresar a una residencia con la idea de en un futuro no causar molestias o no ser una carga para su familia. Se ha observado que entre más competente y capaz es un anciano, y entre menos impedido está, los factores ambientales influyen menos en el envejecimiento. Por el contrario, cuando el estado de salud del anciano no es bueno y su capacidad mental, su lucidez y su socialización han disminuido su entorno cobra gran importancia.

El lugar donde viva el anciano debe proporcionar un refugio adecuado, promover el bienestar físico y mental; debe fomentar la socialización y el mantenimiento de la salud, y asegurar al mismo tiempo cierto grado de prevacía e independencia (Contreras, 1986).

Debe considerarse cuándo realmente resulta conveniente que el anciano ingrese a una residencia; pero además considerar como ideal el fomentar la participación de la familia para la atención y el cuidado del anciano antes y después del ingreso, esto repercutirá en su bienestar para mejorar su calidad de vida.

ENVEJECIMIENTO EXITOSO

Fue descrito por Havighurst (1963; Lehr y Thomee 2003) como un estado interno de contento y de felicidad que parte de la hipótesis que la transición a una edad más avanzada desencadena una inestabilidad de la situación interna o de la situación externa. Y en este sentido la satisfacción o contento de vivir se considera

como indicador de que se ha conseguido una adaptación al proceso de envejecimiento. Convirtiéndose así en un indicador de la acomodación existente entre las propias necesidades, expectativas y relaciones sociales.

Se sabe que el proceso de envejecimiento se da de distinta forma al depender del lugar al cual se refiere pero de igual forma hay diferencias con respecto a cada persona y el envejecimiento exitoso dependerá de la facilidad que tenga cada persona para adaptarse a su medio, pero las personas que no son capaces de adaptarse a su medio y de lograr un envejecimiento exitoso que son severamente afectados por el cambio de rol y que se rehúsan dejar de trabajar y al continuar en esta actividad contribuiría a un envejecimiento exitoso.

Precisamente la teoría de la actividad parte del supuesto de que únicamente será feliz y estará contenta aquella persona que se halle activa, que sea capaz de realizar algo para otras personas y por lo contrario la persona que ya no sea útil, que ya no desempeñe ninguna función en la sociedad, será desdichada y estará descontenta. Por lo tanto el envejecimiento óptimo depende de la continuidad de un estilo de vida activa y del esfuerzo de la persona de edad.

Lemmon (1972 citado en Lehr y Thomee 2003) en una de sus investigaciones encontró que la actividad ejercida en diversos roles sociales, tenía sobretodo repercusiones positivas para la imagen que tenían de si mismos las personas de edad. Esta imagen es el requisito previo más importante para el gozo de vivir y por lo tanto para un envejecimiento con éxito.

Como ya se ha mencionado a lo largo de los capítulos anteriores transición demográfica en las distintas naciones del mundo, que es el tránsito de regímenes de alta mortalidad y natalidad a otros de niveles bajos y controlados. La disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas impactan directamente en la composición por edades de la población, al reducir relativamente el número de personas en las edades más jóvenes y engrosar los sectores con edades más avanzadas. La natalidad y

mortalidad de la población mundial han tenido un considerable descenso particularmente durante la segunda mitad del siglo pasado, estas nuevas condiciones a las que se enfrentan los adultos mayores también trae consigo nuevas formas de afrontar las situaciones que se les presenta la percepción que tienen de sí mismos, pues han desarrollado un papel activo durante toda su vida y que ahora se enfrenta con situaciones como la jubilación, la baja percepción de ingresos y la menor sociabilización. El decremento en los ingresos obligará al anciano a tener mayores restricciones en sus gastos, ya que las pensiones no suelen ser muy cuantiosas. Por otra parte, dejar de trabajar implica no tener tanto contacto con otras personas como antes, al mismo tiempo que demasiado tiempo libre, lo cual repercutirá importantemente en el estado emocional del adulto mayor.

Una estructura de la personalidad que se ve afectada es su autoconcepto, que se entiende como la imagen que tiene cada persona de sí misma y de cómo se percibe, incluye todos los parámetros que son relevantes para la persona que también depende del medio social y cultural en el que el individuo se desenvuelve estos últimos son los más importantes en el desarrollo de los individuos y de los grupos que junto a otros aspectos como los geográficos, físicos, químicos, psíquicos, económicos, de sanidad, por mencionar algunos que en su conjunto constituyen el ecosistema del ser humano y por lo tanto determinan su calidad de vida, este último concepto es relativamente nuevo es un macro concepto que comienza a englobar el bienestar subjetivo y el objetivo que se refiere a la salud

física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno en donde el autoconcepto juega un papel importante en la percepción de la calidad de vida.

Muchos adultos mayores pueden adaptarse al cambio de roles sin problemas cuando llega la etapa de jubilación, independiente del género, la jubilación

conlleva nuevas exigencias: preocupaciones sobre el dinero, desacuerdos sobre trasladarse a una casa o departamento más pequeño o problemas de salud y el encontrar una satisfacción o contento de vivir se considera como indicador de que se ha conseguido una adaptación al proceso de envejecimiento

El papel del anciano en la sociedad mexicana debe replantearse con la finalidad de que sea reconocido y dignificado. Para lograr este objetivo, es necesario encontrar formas eficaces y prácticas para reintegrar a los ancianos a la vida social y económica, de manera que puedan practicar y disfrutar plenamente de lo que les corresponde.

Es por esto que esta investigación se plantea encontrar las diferencias en el autoconcepto y en la percepción que se tiene en la calidad de vida de adultos mayores que se encuentran en asilos y adultos mayores que desempeñan alguna actividad que les permita generar ingresos para mantenerse y cómo el que se encuentren en una constante actividad económica repercute en la percepción que tienen de sí mismos y como contribuye a un envejecimiento exitoso y sobre todo que se puedan enfrentar a las circunstancias que se les presenten de una manera más adecuada. Lo cual genera el siguiente planteamiento del problema.

CAPITULO V

METODOLOGIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por lo anterior se deriva la siguiente interrogante:

1.- ¿Existe relación estadísticamente significativa entre el autoconcepto y calidad de vida en adultos mayores que se encuentran en asilos y en aquellos que tienen una actividad económica?

2.- ¿Existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto que presentan adultos mayores que se encuentran en un asilo y en personas de la tercera edad que desempeñan una actividad económica?

3.- ¿Existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida que presentan adultos mayores que se encuentran en un asilo y en personas de la tercera edad que desempeñan una actividad económica y que no se encuentran en un asilo?

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la relación entre el autoconcepto y calidad de vida en adultos mayores que se encuentran en asilos y en aquellas que trabajan.
- Identificar las diferencias en el autoconcepto que presentan adultos mayores que se encuentran en el asilo y los que realizan alguna actividad económica.
- Identificar las diferencias en la calidad de vida que presentan adultos mayores que se encuentran en el asilo y los que realizan alguna actividad económica que no se encuentran en un asilo.

OBJETIVOS PARTICULARES

- a) Realizar un análisis descriptivo de los factores que componen el autoconcepto y calidad de vida de las personas que se encuentran en un asilo
- b) Realizar un análisis descriptivo de los factores que componen el autoconcepto y calidad de vida de los adultos mayores que tienen alguna actividad económica.
- c) Buscar si existen diferencias estadísticamente significativas en personas que se encuentran en asilos y en aquellas que desarrollan alguna actividad económica con respecto a su calidad de vida.
- e) Buscar si existen diferencias estadísticamente significativas en personas que se encuentran en asilos y en aquellas que desarrollan alguna actividad económica con respecto al autoconcepto.
- f) Buscar si existen diferencias estadísticamente significativas de género (sexo) con respecto al autoconcepto en personas adultos mayores que viven en el asilo y las que realizan actividades económicas y que no se encuentran en un asilo.
- g) Buscar si existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de personas que se encuentran en asilos y en aquellas que desarrollan alguna actividad económica que no se encuentran en un asilo.

HIPOTESIS

- 1.- Sí existe relación estadísticamente significativa entre el autoconcepto y calidad de vida en adultos mayores que se encuentran en asilos y en aquellas que tienen una actividad económica.
- 2.- Sí existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto y calidad de vida que presentan un grupo de adultos mayores que se encuentran en un asilo y en otro de adultos mayores que desempeñan una actividad económica.
- 3.- Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida que presentan adultos mayores que se encuentran en un asilo y en adultos mayores que desempeñan una actividad económica y no se encuentran en un asilo.

VARIABLES

DEFINICIONES CONCEPTUALES

V1- ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN EN ASILOS: personas que tengan 65 a 80 años que vivan en un asilo o centro de acogida y retirada para personas de edad avanzada (Moragas, 1991).

ADULTOS MAYORES QUE DESARROLLAN ALGUNA ACTIVIDAD ECONÓMICA: personas que tengan 65 a 80 años que tengan una actividad remunerada como una fuente de obtención de ingresos económicos y que no se encuentran en un asilo (Moragas, 1991).

V2. AUTOCONCEPTO: la percepción que una persona tiene de sí misma y de todo aquello que es suyo, incluye su cuerpo, familia, amigos, posesiones, creencias, valores, etc.

Además el autoconcepto comprende o está compuesto por varias dimensiones que reflejan la experiencia personal y cultural de una persona (Díaz-Guerrero y Díaz Loving, 1996).

V3. CALIDAD DE VIDA: calidad de vida se puede decir que es la percepción de bienestar que se tenga de sí mismo, la cual se ve influida por la salud física, aspectos psicológicos, Relaciones sociales y Medio Ambiente. Medida por el *instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Version Breve. (World Health Organization Quality of Life – Brief, WHO QOL - Brfj)*

Definiciones operacionales

V1- LAS RESPUESTAS DE LOS ADULTOS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN EN ASILOS personas que tengan 65 a 80 años que vivan en instituciones de cuidado (asilos).

RESPUESTAS DE LOS ADULTOS MAYORES QUE DESARROLLAN ALGUNA ACTIVIDAD ECONÓMICA personas que tengan 65 a 80 años que tengan alguna actividad económica para sustentarse y no estén en un asilo.

V2. AUTOCONCEPTO: fue definido por las respuestas de los sujetos al instrumento de autoconcepto de La Rosa y Díaz-Loving (1986)

V3. CALIDAD DE VIDA: estará definido por las respuestas de los sujetos al instrumento de calidad de vida de la organización mundial de la salud. Versión breve.

MUESTRA

La muestra estuvo integrada por dos grupos de adultos mayores, de la siguiente forma:

Grupo 1: 30 Ancianos residentes del asilo Corpus Cristi, 25 hombres y 25 mujeres. Seleccionados mediante un muestreo no probabilístico, de tipo intencional por cuota, solo participan aquellas personas que lo deseen y que cumplan con las características que se requieren.

Criterios de inclusión:

- ➔ Que los sujetos habiten en la residencia o asilo
- ➔ Edad de 65 años en adelante
- ➔ Que no sufra de algún tipo de enfermedad aguda o crónica que afectara las capacidades intelectuales o cognitivas de estas personas.

Grupo 2: 50 Ancianos que trabajan en el Centro Comercial "Gigante" unidad Zapata, 25 hombres y 25 mujeres. Seleccionados mediante un muestreo no probabilístico, de tipo intencional por cuota, solo participan aquellas personas que lo deseen y que cumplan con las características que se requieren.

Criterios de inclusión:

- Que los sujetos realizaran alguna actividad económica
- Edad de 65 años en adelante
- Que no sufriera de algún tipo de enfermedad aguda o crónica que afectara las capacidades intelectuales o cognoscitivas de estas personas.
- Que no se encuentren en asilos

TIPO DE INVESTIGACION

Es un estudio de campo Ex - post-facto

DISEÑO

Se utilizará un diseño pre-experimental de dos grupos con postest únicamente (Kerlinger, 2002).

INSTRUMENTOS

Para la presente investigación se utilizó la escala de Autoconcepto de La Rosa (1986), basada en la técnica de diferencial semántico, ésta se constituye de 31 pares de adjetivos que evalúan el "yo", en diferentes dimensiones (social, emocional, ocupacional y ética). Tiene como opciones de respuesta: muy, bastante, poco, ni poco, bastante, muy; yendo del extremo positivo al negativo o del negativo al positivo de cada adjetivo, se considera que dichos extremos están tanto en el lado derecho como en el izquierdo de la hoja. Contiene además, instrucciones escritas que incluyen un ejemplo para orientar a los sujetos sobre la forma de contestar el instrumento.

Instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Versión Breve. (World Healthz Organization Quality of Life – Bref, WHO

QOL - Bref) el cual mide cuatro áreas las cuales son: Salud física, Aspectos psicológicos, Relaciones sociales, Medio ambiente

Todos los reactivos se califican otorgando 1=1, 2=2, 3=3, 4=4, 5=5 puntos, en orden positivo; excepto los reactivos negativos (3,4 y 26), que se re codifican de la siguiente manera: 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1 puntos, a partir de la respuesta que dé la persona. Una vez asignada la puntuación a cada reactivo, se obtiene el promedio para cada una de las cuatro áreas, se suman las calificaciones y dividen entre el número de ítems para cada área. Esta calificación se multiplica por cuatro. De ahí que el rango de calificación por área sea de 4 a 20. Esta calificación será para cada una de las cuatro áreas.

Adicionalmente, se suman los cuatro promedios (brutos, antes de multiplicar por cuatro) de las cuatro áreas, obteniéndose una calificación total del WOQOL, que tendrá un intervalo, Calificación mínima de 4 puntos, calificación máxima de 20 puntos.

PROCEDIMIENTO

Grupo 1:

Se acudió al asilo "Corpus Cristi" para solicitar la autorización al Director del mismo para realizó la aplicación de la Escala de Autoconcepto. Posteriormente a la autorización se realizó la invitación a los adultos mayores que contaban con los criterios de inclusión; se les explicó que el objetivo será realizar una investigación acerca de cómo se perciben a sí mismos, además de señalar el carácter individual de la misma. Se procedió a la aplicación grupal primero a los hombres y después a las mujeres, el investigador se encontró presente con el fin de resolver alguna duda o en el caso de las personas que tenían problemas de visión, se procedió a leer y marcar las respuestas proporcionadas. Cuando terminaron de contestar el instrumento se les agradeció por su participación.

Grupo 2:

Se acudió al departamento de Recursos Humanos del Centro Comercial "Gigante" unidad Zapata, con el fin de solicitar autorización para realizar la aplicación de la Escala de Autoconcepto en adultos mayores que laboraban allí. Después de obtener la autorización se acudió con los adultos mayores y se les explicó brevemente el objetivo de la investigación. Finalmente, los datos obtenidos se capturaron en una base de datos de cómputo mediante el programa de SPSS para su análisis descriptivo y estadístico, se realizaron gráficas y tablas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

Para la presente investigación, los análisis estadísticos que se utilizaron fueron los siguientes:

Los estadísticos descriptivos: media, desviación estándar, para saber la forma en que se distribuyeron los datos obtenidos de la Escala de Autoconcepto aplicada a las personas de la tercera edad pertenecientes a los dos grupos.

Correlaciones entre escalas: para determinar la relación de los instrumentos de autoconcepto y calidad de vida. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Para determinar si existen diferencias con respecto a las personas de la tercera edad que se encuentran en asilos y aquellos que tiene alguna actividad económica, con respecto a su autoconcepto se utilizó la prueba t de medias independientes con una significancia de .05.

CAPITULO VI

Resultados

ANÁLISIS CUANTITATIVO

Autoconcepto trabajan VS Asilo

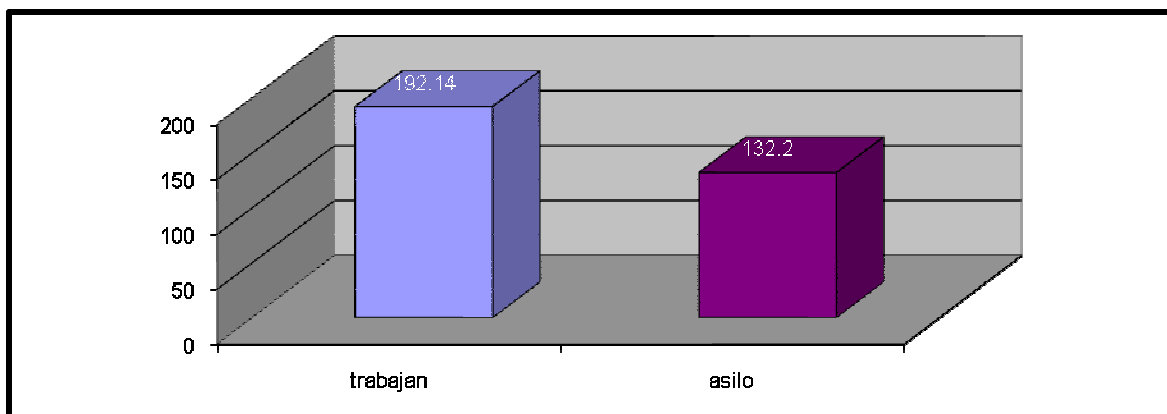
En los puntajes totales obtenidos en la escala de autoconcepto que se aplicó a los adultos mayores que trabajan y en aquellos que se encuentran en asilos, se obtuvo que existen diferencias estadísticamente significativas corroboradas por la diferencia entre las medias.

Con esto, se puede decir que las personas que se encuentran en constante actividad, sobretodo laboral tienen una mejor percepción sobre si mismos que aquellos con menor actividad como lo son las personas que se encuentran en asilos.

Tabla 1 Diferencias en autoconcepto puntaje total adultos mayores trabajan VS Adultos mayores asilo

	Desviación estándar	Media	T	Significancia
Trabajan	9.329	192.14	-20.616	.001
Asilo	18.288	132.20		

Figura 3 Diferencia entre medias en adultos mayores trabajan VS Adultos mayores asilo



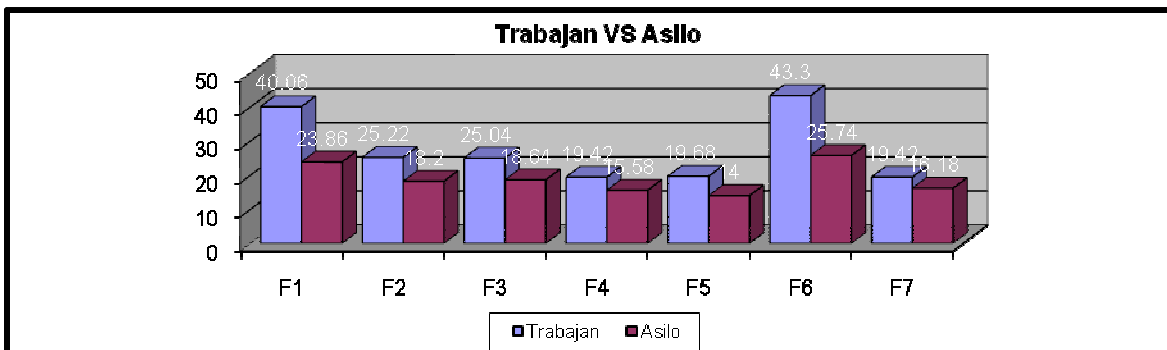
Diferencias por factor en autoconcepto entre adultos mayores que se encuentran en el asilo y que trabajan

En las diferencias obtenidas entre los adultos mayores que trabajan y los que se encuentran en asilos por factor con respecto al autoconcepto en cada una de los factores que la comprenden se encontraron diferencias estadísticamente significativas, las personas con alguna actividad económica llegan a tener mejores relaciones interpersonales, tienen mejores habilidades de comunicación, se encuentran satisfechos con los logros que han alcanzado hasta el momento, son más emotivos con otras personas, afrontan de mejor manera el estrés y de igual forma cuentan con más habilidades para llevar a cabo distintas actividades que les requiera su trabajo.

Tablas 2 Diferencias en autoconcepto por factores adultos mayores trabajan VS Adultos mayores asilo

	Factor	Actividad	Media	Desviación estándar	T	Nivel de significancia
F1	Sociabilidad Afiliativa	Trabajan	40.06	5.235	-10.579	.001
		Asilo	23.86	9.478		
F2	Sociabilidad Expresiva	Trabajan	25.22	2.605	-8.441	.001
		Asilo	18.20	5.272		
F3	Estado de animo	Trabajan	25.04	2.474	-6.572	.001
		Asilo	18.64	6.426		
F4	Sentimientos Interindividuales	Trabajan	19.42	1.864	-6.211	.001
		Asilo	15.58	3.954		
F5	Salud emocional	Trabajan	19.68	1.039	-9.616	.001
		Asilo	14.00	4.046		
F6	Ocupacional Educativo	Trabajan	43.30	4.001	-11.498	.001
		Asilo	25.74	10.03		
F7	Ético moral	Trabajan	19.42	1.727	-3.668	.001
		Asilo	16.18	6.009		

Figura 4 Diferencia entre medias de cada factor en la prueba de autoconcepto



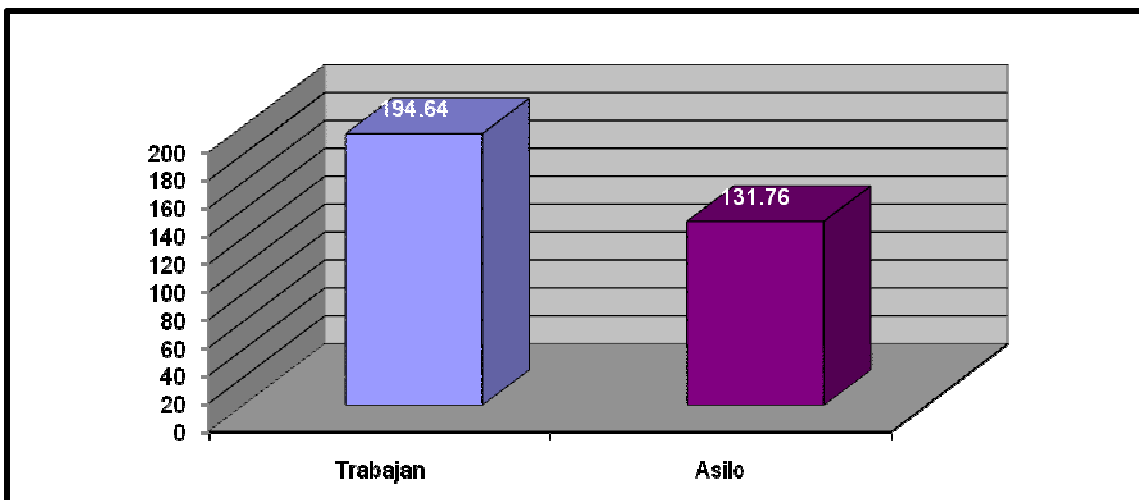
Diferencias en autoconcepto en mujeres adultas mayores que trabajan y mujeres de asilo

Con respecto a las mujeres que trabajan y las que se encuentran en asilos se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a su autoconcepto las mujeres que trabajan tienen una mejor percepción de si mismas a diferencia de las mujeres que se encuentran en el asilo.

Tabla 3 Diferencias en autoconcepto puntaje total adultos mayores trabajan VS Adultos mayores asilo

Actividad	Media	Desviación estándar	T	Significancia
Trabajan	194.64	5.626	20.959	.001
Asilo	131.76	13.905		

Figura 5 Diferencia entre medias



Diferencias en autoconcepto en mujeres adultas mayores que trabajan y las que se encuentran en asilos

Con respecto a las diferencias encontradas en las mujeres que trabajan y las que se encuentran en el asilo se encontró que hay diferencias estadísticamente significativas las mujeres que trabajan llegan a tener mejores relaciones interpersonales, tienen mejores habilidades de comunicación, se encuentran satisfechos con los logros que han alcanzado hasta el momento, son mas emotivos con otras personas, afrontan de mejor manera el estrés.

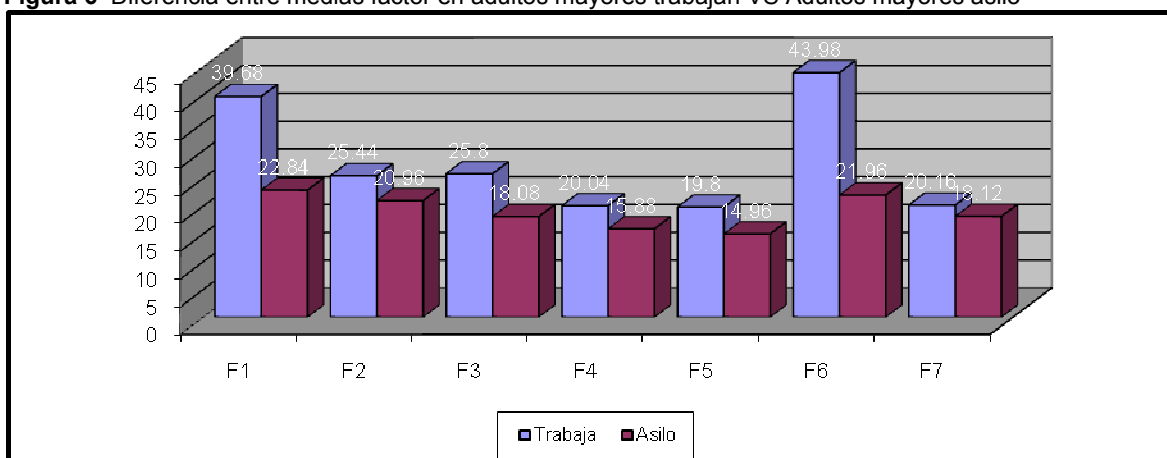
Pero en el único factor en el que no se encontraron diferencias fue en Ético moral en la que tanto las mujeres que trabajan y las que se encuentran en asilos se perciben con características positivas para llevar acabo algún trabajo, tienen mucho respeto por las relaciones familiares, también se perciben como honestas, leales y verdaderas.

Tabla 4 Diferencias en autoconcepto por factor en adultos mayores trabajan VS Adultos mayores asilo

Factor		actividad	Desviación estándar	Media	T	Nivel de significancia
F1	Sociabilidad afiliativa	Trabajan	5.218	39.68	8.356	.001
		Asilo	8.736	22.84		
F2	Sociabilidad expresiva	Trabajan	2.198	25.44	4.544	.001
		Asilo	4.507	20.96		
F3	Estado de animo	Trabajan	1.877	25.80	5.307	.001
		Asilo	7.135	18.08		
F4	Sentimientos interindividuales	Trabajan	0.866	20.04	4.939	.001
		Asilo	4.130	15.88		
F5	Salud emocional	Trabajan	0.764	19.80	5.540	.001
		Asilo	4.304	14.96		

F6	Ocupacional educativo	Trabajan	3.363	43.98	13.231	.001
		Asilo	7.348	21.96		
F7	Ético moral	Trabajan	0.816	20.16		
		Asilo	3.620	18.12		

Figura 6 Diferencia entre medias factor en adultos mayores trabajan VS Adultos mayores asilo



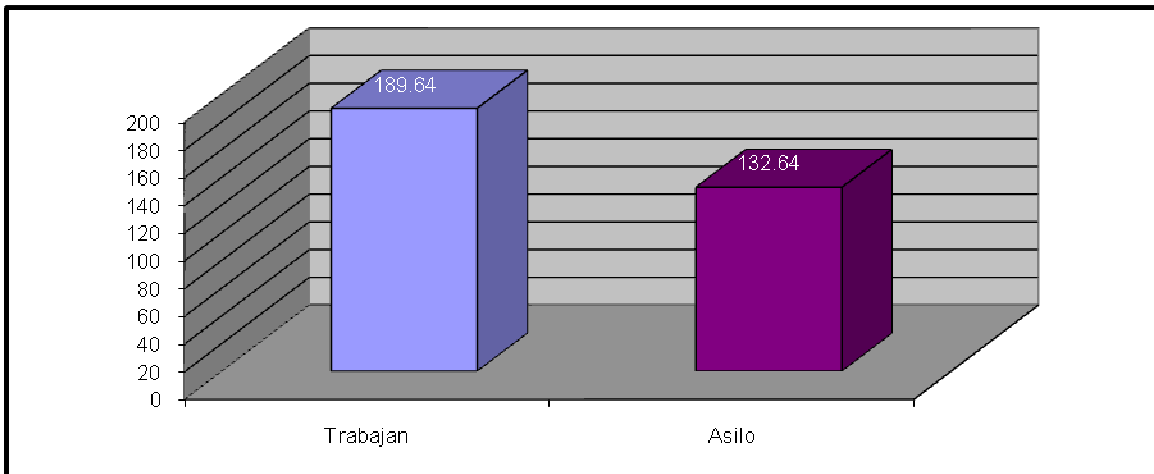
Diferencias en autoconcepto en hombres que trabajan y en hombres de asilo

De la misma forma que las mujeres, los hombres que aún se encuentran en actividad sobretodo laboral tienen una mejor percepción sobre si mismos en comparación con los hombres que se encuentran en asilos.

Tabla 5 Diferencias en autoconcepto puntaje total adultos mayores trabajan VS Adultos mayores asilo

actividad	Media	Desviación estándar	T	Significancia
Trabajan	189.64	11.638	11.405	.001
Asilo	132.64	22.115		

Figura 7 Diferencia entre medias puntaje total adultos mayores trabajan VS Adultos mayores asilo



Diferencias en autoconcepto en adultos mayores que trabajan y los que se encuentran en asilos

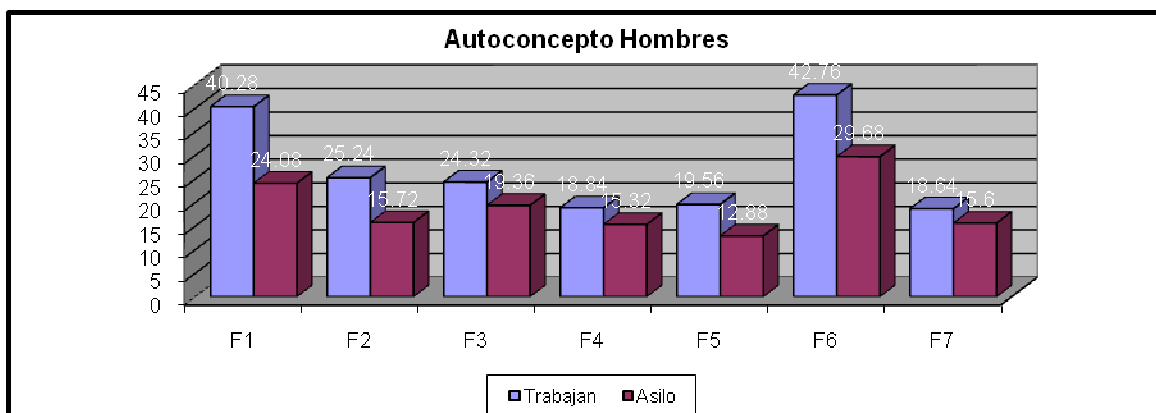
Al comparar a los hombres que se encuentran en una actividad económica y los que se encuentran en asilos se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en cada uno de los factores de la escala con esto se puede decir que las personas que trabajan llegan a tener mejores relaciones interpersonales, tienen mejores habilidades de comunicación, se encuentran satisfechos con los logros que han alcanzado hasta el momento, son más emotivos con otras personas, afrontan de mejor manera el estrés y de igual forma cuentan con más habilidades para llevar a cabo distintas actividades que les requiera su trabajo

Tabla 6 Diferencias en autoconcepto por factor adultos mayores trabajan VS Adultos mayores asilo

	Factor	Actividad	Desviación estándar	Media	T	Nivel de significancia
F1	Sociabilidad afiliativa	Trabajan	5.350	40.28	6.995	.001
		Asilo	10.344	24.08		
F2	Sociabilidad expresiva	Trabajan	3.004	25.24	8.330	.001
		Asilo	4.861	15.72		
F3	Estado de animo	Trabajan	2.810	24.32	3.911	.001
		Asilo	5.685	19.36		
F4	Sentimientos interindividuales	Trabajan	2.375	18.84	3.900	.001
		Asilo	3.831	15.32		
F5	Salud emocional	Trabajan	1.261	19.56	8.969	.001
		Asilo	3.504	12.88		
F6	Ocupacional educativo	Trabajan	4.558	42.76	5.531	.001
		Asilo	10.911	29.68		
F7	Ético moral	Trabajan	2.039	18.64	1.899	.001

		Asilo	7.741	15.60		
--	--	-------	-------	-------	--	--

Figura 6 diferencia entre medias por factor adultos mayores trabajan VS Adultos mayores asilo



Diferencias por factor en el autoconcepto en adultos mayores hombres y mujeres de asilo

En la comparación que se hizo entre los hombres y mujeres que se encuentran en el asilo para detectar las diferencias que hay entre ellos se obtuvo que en el factor de sociabilidad expresiva hay diferencias estadísticamente significativas las mujeres tienen mejores habilidades expresivas, con esto se infiere que son más expresivas, comunicativas, desenvueltas y extravertidas.

En el factor de salud emocional se encontraron diferencias estadísticamente significativas en donde se encontró que las mujeres hacen frente al estrés y a las dificultades de la vida cotidiana de mejor forma que los hombres.

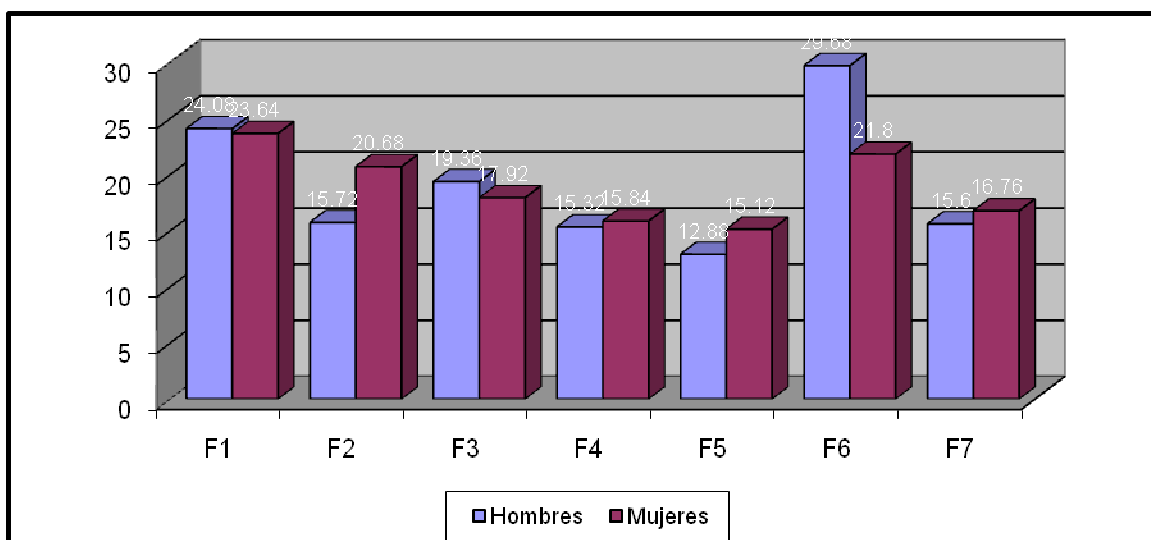
En el factor ocupacional educativo se encontraron también diferencias estadísticamente significativas, se encuentra que los hombres se consideran como puntuales, cumplidos, trabajadores, eficientes y responsables.

Tabla 8 Diferencias en autoconcepto por factor en adultos mayores de asilo

Factor	Genero	Desviación estándar	Media	T	Nivel de significancia
F1	Hombre	10.344	24.08		
	Mujer	8.736	23.64		
F2	Hombre	4.861	15.72	-3.741	.001
	Mujer	4.507	20.86		
F3	Hombre	5.685	19.36		

		Mujer	7.135	17.92		
F4	Sentimientos interindividuales	Hombre	3.831	15.32		
		Mujer	4.130	15.84		
F5	Salud emocional	Hombre	3.504	12.88	-2.018	.05
		Mujer	4.304	15.12		
F6	Ocupacional educativo	Hombre	10.911	29.68	2.995	.001
		Mujer	7.348	21.80		
F7	Ético moral	Hombre	7.741	15.60		
		Mujer	3.620	16.76		

Figura 8 Diferencia entre media por factor en adultos mayores de asilo entre hombres y mujeres



Diferencias por factor en autoconcepto de adultos mayores hombres y mujeres que trabajan

Las diferencias encontradas entre hombres y mujeres que trabajan, se encontró diferencias estadísticamente significativas, una de ellas es la que se encontró con respecto al factor de estado de ánimo en la cual las mujeres que trabajan, perciben los logros que han alcanzado durante su vida satisfactorios para ellos así como perciben su estado físico satisfactorio.

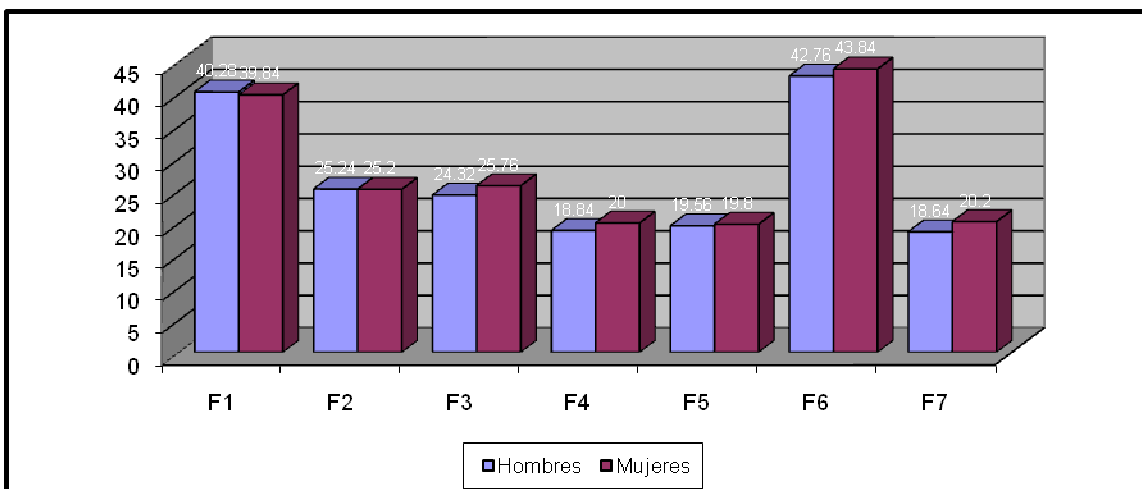
Otra diferencia estadísticamente significativa que se encontró fue en el factor de sentimientos interindividuales, con esto se infiere que las mujeres que trabajan llegan a tener relaciones interpersonales más satisfactorias para ellas.

En el factor ético moral también se encontró una diferencia estadísticamente significativa en donde las mujeres que trabajan llegan a tener mejores relaciones laborales con sus compañeros, tienen mejores habilidades para desempeñar tareas en las que se les requiera que las que no trabajan.

Tabla 9 Diferencias en autoconcepto por factor en adultos mayores que trabajan

Factor		Genero	Desviación estándar	Media	T	Nivel de significancia
F1	Sociabilidad afiliativa	Hombre	5.350	40.28		
		Mujer	5.218	39.84		
F2	Sociabilidad expresiva	Hombre	3.004	25.24		
		Mujer	2.198	25.20		
F3	Estado de animo	Hombre	2.810	24.32	-2.131	.05
		Mujer	1.877	25.76		
F4	Sentimientos interindividuales	Hombre	2.375	18.84	-2.294	.05
		Mujer	0.866	20.00		
F5	Salud emocional	Hombre	1.261	19.56		
		Mujer	0.764	19.80		
F6	Ocupacional educativo	Hombre	4.558	42.76		
		Mujer	3.363	43.84		
F7	Ético moral	Hombre	2.039	18.64	-3.552	.001
		Mujer	0.816	20.2		

Figura 9 Diferencia entre medias por factor en adultos mayores que traban entre hombres y mujeres



CALIDAD DE VIDA

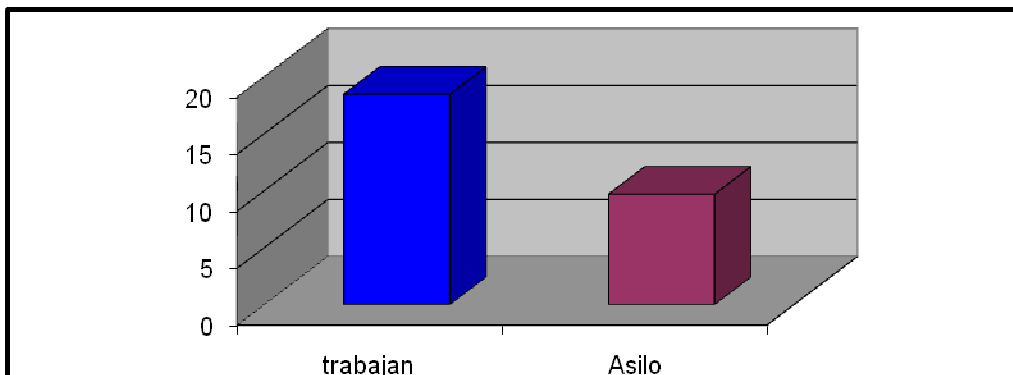
En los puntajes totales obtenidos en la escala de calidad de vida que se aplicó a los adultos mayores que trabajan y en aquellos que se encuentran en asilos, se obtuvo que existen diferencias estadísticamente significativas corroboradas por la diferencia entre las medias en cuanto a la percepción que tienen de su calidad de vida, las personas que trabajan perciben su salud física, su economía, su salud emocional, sus relaciones sociales mucho mejores en comparación con las personas que se encuentran en asilos.

Tablas 10 Diferencias en calidad de vida por puntaje total adultas mayores trabajan VS Adultos mayores asilos

Calidad de vida	Desviación estándar	Media	t	Nivel de significancia
Trabajan	1.462	18.40	30.227	.001

Asilo	2.098	9.68		
-------	-------	------	--	--

Figura 10 Diferencia entre medias en adultos mayores que trabajan y los que se encuentran en asilos



Diferencias en calidad de vida en adultos mayores por factor

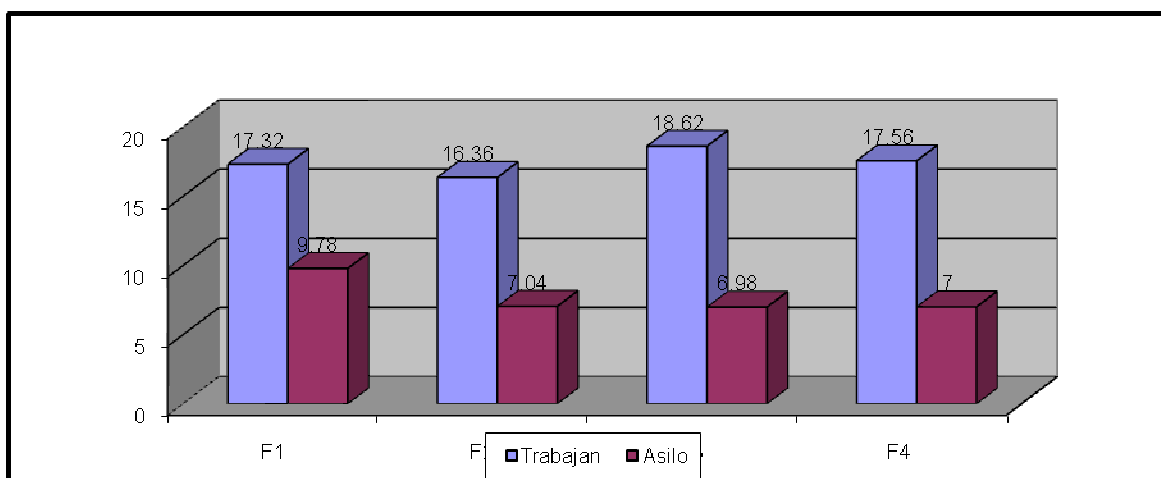
En la comparación que se realizó con respecto a la Calidad de vida en personas que trabajan y en aquellas que se encuentran en asilos se obtuvo que existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción que tienen de su calidad de vida diferenciando que las personas que trabajan perciben a su salud física mucho mejor, se consideran mas independientes, se perciben con un mejor salud, en donde consideran no tener ningún síntoma aparente de enfermedad, en su relaciones sociales cuentan con redes sociales constituidas por familiares, amigos íntimos y de trabajo, satisfechos con su economía y mucho más felices.

Tabla 11 Diferencias en calidad de vida por factor en adultos mayores trabajan VS Adultos mayores asilo

Factor	Actividad	Desviación estándar	Media	T	Nivel de significancia	
F1	Salud Física	Trabajan	1.942	17.32	10.434	.001

		Asilo	4.726	9.78		
F2	Aspectos Psicológicos	Trabajan	3.193	16.36	16.566	.001
		Asilo	2.373	7.04		
F3	Relaciones Social	Trabajan	1.323	18.62	27.890	.001
		Asilo	2.638	6.98		
F4	Medio Ambiente	Trabajan	1.567	17.56	27.741	.001
		Asilo	2.579	7.00		

Figura 11 Diferencia entre medias en calidad de vida en adultos mayores que trabajan y los que se encuentran en asilos



Diferencias en la Calidad de vida en adultos mayores hombres y mujeres de asilo

Al comparar a hombres y mujeres que se encuentran en asilo se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas corroboradas por la diferencia entre las medias en donde los hombres tienen una mejor percepción de su calidad de vida.

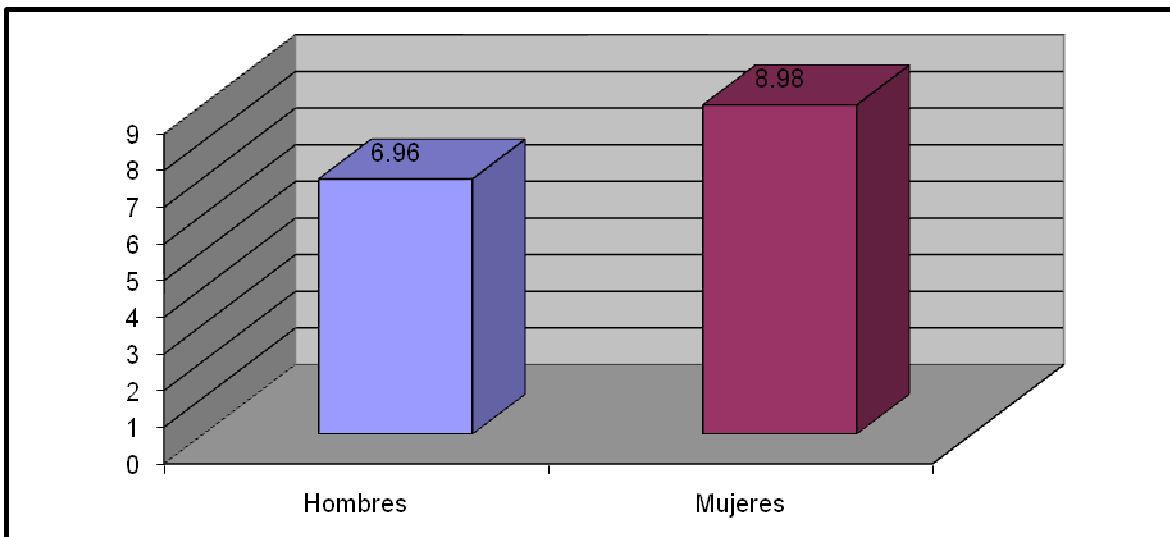
En cambio las Mujeres se perciben más independientes capaces de llevar a cabo actividades por sí solas y con menores síntomas en cuanto a su salud, con esto se podría decir que pudieran sentirse capaces de continuar trabajando.

También se encontró que entre las mujeres y los hombres que trabajan no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción de su calidad de vida.

Tabla 12 Diferencias en calidad de vida en hombres y mujeres de asilo

	Desviación estándar	Media	T	Significancia
Hombre	1.594	6.96	-2.321	.01
Mujeres	2.354	8.98		

Figura 12 Diferencia entre medias en calidad de vida entre hombre y mujeres que se encuentran en asilo



Diferencias en calidad de vida en adultos mayores hombres y mujeres que se encuentran en asilos

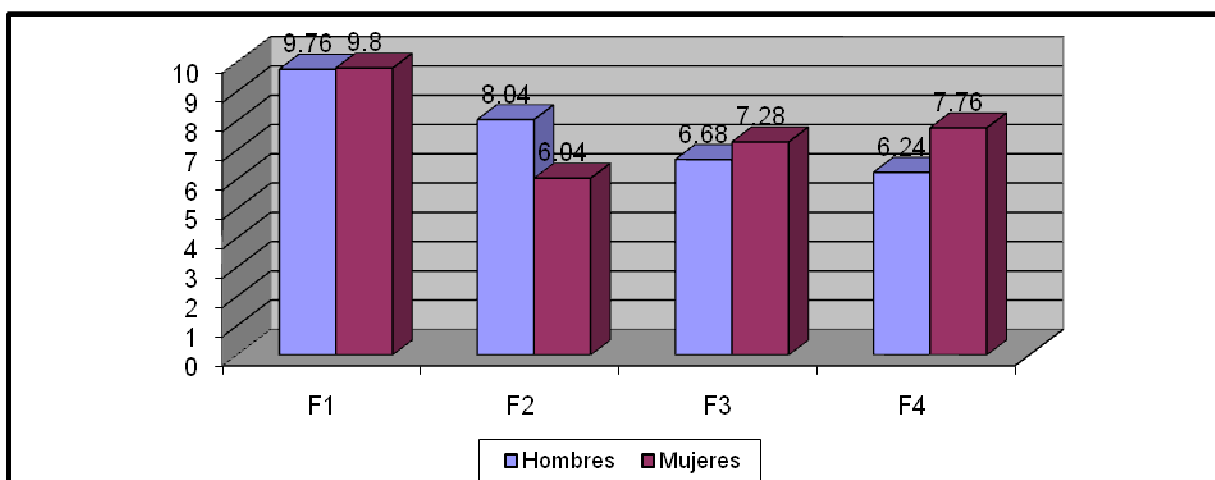
Al buscar diferencias entre la calidad de vida entre hombres y mujeres que se encuentran en asilo se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en lo que se refiere a aspectos psicológicos, cuentan con una mejor percepción de si y de su auto imagen. En cuanto al área de medio ambiente las mujeres manifiestan poder cubrir las necesidades mínimas razonables e imprevistas que puedan surgir, esto quiere decir que las mujeres que se encuentran en asilos de alguna forma cuentan con algún tipo de ingresos que les permite solventar necesidades.

Mientras que en el análisis que se realizó con los datos obtenidos en adultos mayores que trabajan hombres y mujeres no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 13 Diferencias en calidad de vida por factor en Adultos mayores de asilo

Factor		Genero	Desviación estándar	Media	T	Nivel de significancia
F1	Salud Física	Hombre	4.772	9.76		
		Mujer	4.778	9.80		
F2	Aspectos Psicológicos	Hombre	2.638	8.04	3.259	.001
		Mujer	1.567	6.04		
F3	Relaciones Social	Hombre	2.468	6.68		
		Mujer	2.851	7.28		
F4	Medio Ambiente	Hombre	1.763	6.24	-2.160	.01
		Mujer	3.045	7.76		

Figura 13 Diferencia entre medias y calidad de vida por factor entre hombres y mujeres



Diferencia en la calidad de vida en adultos mayores mujeres que trabajan y mujeres que se encuentran en asilos por puntaje total

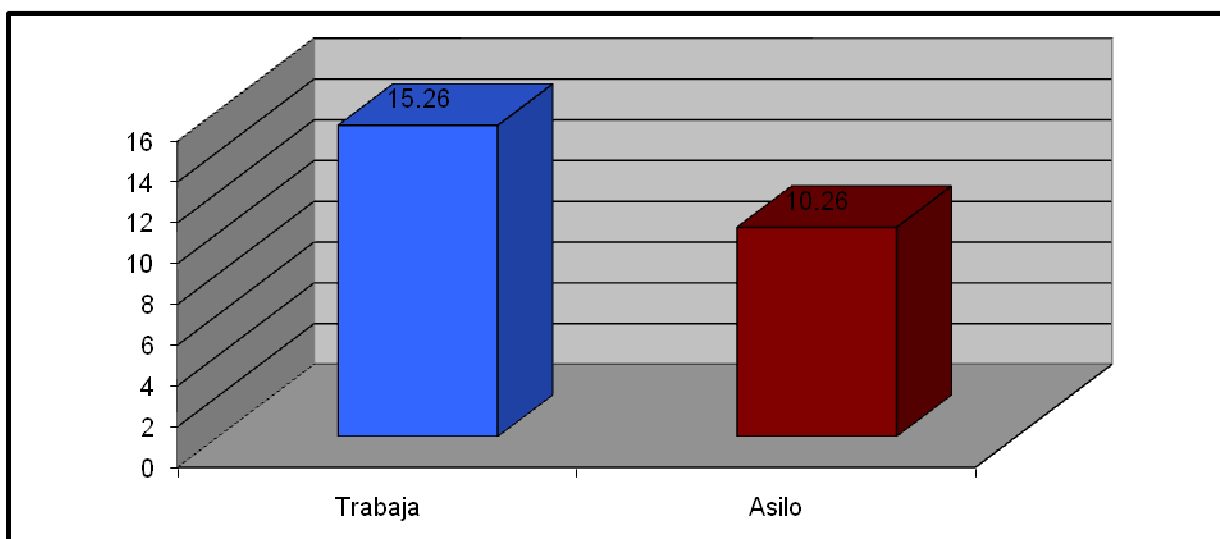
El buscar diferencias en cuanto a la percepción de la calidad de vida entre mujeres que trabajan y las que se encuentran en asilo se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en donde la mujer que trabaja cuenta con una mejor percepción de su calidad de vida. Se perciban más independientes, capaces de llevar a cabo actividades por si solas y con menores síntomas en cuanto a su salud.

Tabla 14 Diferencias en calidad de vida por puntaje total en adultos mayores trabajan VS Adultos mayores asilo

Actividad	Desviación estándar	Media	T	Significancia
Trabajan	2.365	15.26	16.256	.001

Asilo	1.658	10.26		
--------------	-------	-------	--	--

Figura 14 Diferencia entre medias en calidad de vida en mujeres que se encuentran en asilos por puntaje total



Diferencias en calidad de vida en adultas mayores mujeres que trabajan y las que se encuentran en asilo por factor

Al buscar diferencias entre la calidad de vida entre las mujeres y los que se encuentran en asilo se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en todas las áreas que comprende la escala, uno de ellos es el físico, relacionado con la capacidad de auto cuidado, las actividades de la vida diaria están muy relacionadas con la salud física y la salud mental y también con la integración social del individuo y en el área de relaciones sociales a la cantidad y calidad de los vínculos interpersonales individuales y el grado de su inclusión en

la comunidad sobre los amigos del sujeto, frecuencia de contacto con ellos, satisfacción en las relaciones con amigos y familiares.

Otra de las diferencias encontradas fue en el área de medio ambiente el cual se refiere a la valoración del status económico para cubrir necesidades mínimas razonables e imprevistos que puedan surgir a la percepción de sus condiciones de vida.

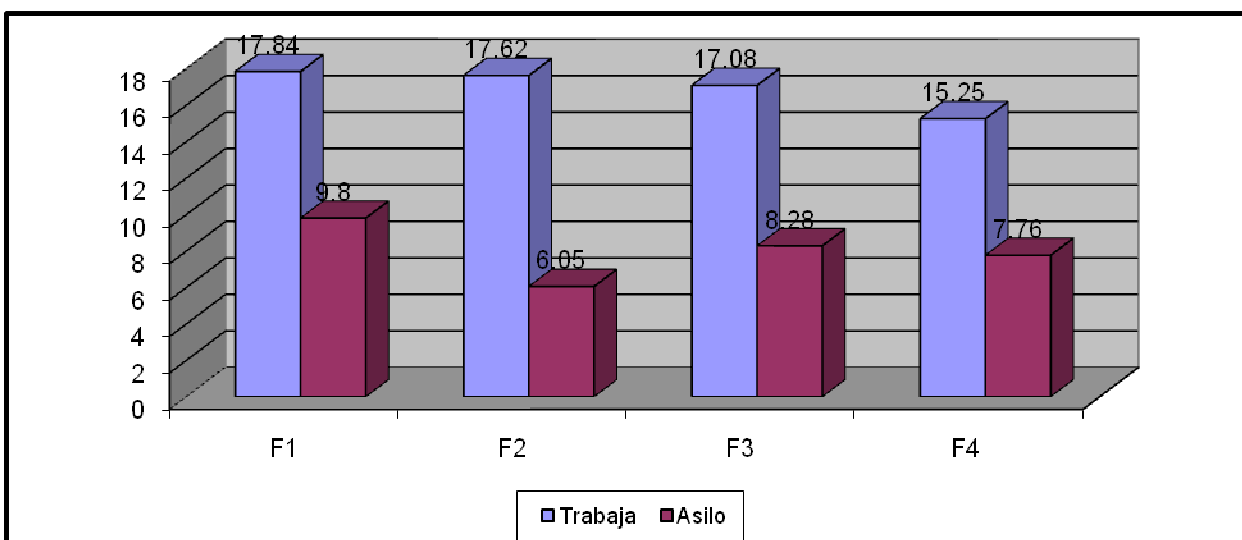
En el área psicología se encontraron también diferencias estadísticamente significativas, cuentan con una buena percepción de si y de su auto imagen.

En términos generales las personas que trabajan perciben a su calidad de vida como buena y podría decirse que se encuentran satisfechos con ella.

Tabla 15 Diferencias en calidad de vida por factor en adultos mayores trabajan VS Adultos mayores asilo

Factor		Actividad	Desviación estándar	Media	T	Nivel de significancia
F1	Salud Física	Trabaja	1.491	17.84	8.031	.001
		Asilo	4.778	9.80		
F2	Aspectos Psicológicos	Trabaja	2.245	17.62	20.485	.001
		Asilo	1.567	6.05		
F3	Relaciones Social	Trabaja	.953	17.08	19.627	.001
		Asilo	2.850	8.28		
F4	Medio Ambiente	Trabaja	1.154	15.25	16.028	.001
		Asilo	3.047	7.76		

Figura 15 Diferencia entre medias por factor en adultos mayores que trabajan y los que se encuentran en asilos



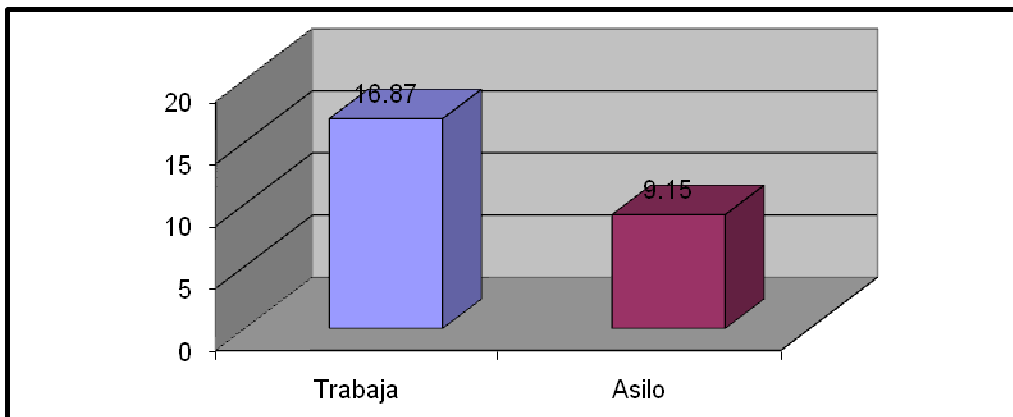
Diferencias en calidad de vida en adultos mayores hombres que trabajan y las que se encuentran en asilos por puntaje total

Al buscar diferencias en cuanto a la percepción de la calidad de vida entre hombres que trabajan y las que se encuentran en asilo se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en donde los hombres que trabajan cuentan con una mejor percepción de su calidad de vida. Se perciben más independientes capaces de llevar a cabo actividades por sí solos y con menores síntomas en cuanto a su salud.

Tabla 16 Diferencias en calidad de vida en adultos mayores trabajan VS Adultos mayores asilo

Actividad	Desviación estándar	Media	T	Significancia
Trabajan	1.844	16.87	9.972	.001
Asilo	4.219	9.15		

Figura 16 Diferencia entre medias por puntaje total entre hombres que trabajan y los que se encuentran en asilos



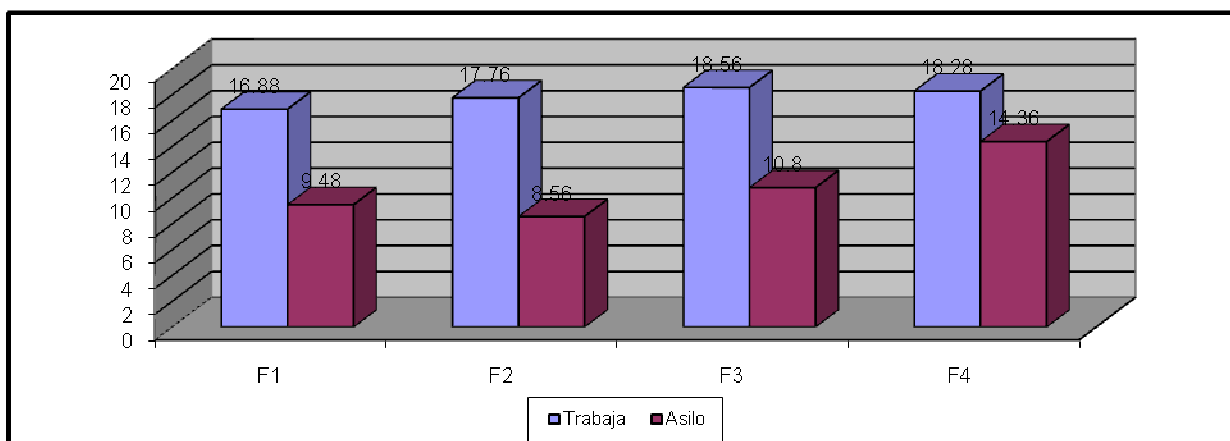
Diferencias en calidad de vida en adultos mayores hombres que trabajan y los que se encuentran en asilos por factor

De igual forma se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la calidad de vida que tienen los hombres que se encuentran en asilo y los que trabajan, una de estas diferencias radica en cuanto a su percepción del estado físico es decir a su capacidad de auto cuidado, otra diferencia que se encontró fue acerca de los vínculos interpersonales que tiene referente al contacto, frecuencia y satisfacción de su relación con amigos y familiares. De igual forma se encontraron diferencias en la percepción que tiene en cuanto a la capacidad de cubrir sus necesidades económicas mínimas. En cuanto al área psicología se encontró que las personas que se encuentran trabajando cuentan con una mejor percepción de si y de su imagen. En términos generales las personas que trabajan perciben su calidad de vida como buena y podría decirse que se encuentran satisfechos con ella.

Tabla 17 Diferencias en calidad de vida por factor en adultos mayores que trabajan VS Adultos mayores en asilo

	Factor	Actividad	Desviación estándar	Media	T	Nivel de significancia
F1	Salud Física	Trabaja	5.356	16.88	11.173	.001
		Asilo	3.857	9.48		
F2	Aspectos Psicológicos	Trabaja	5.118	17.76	12.230	.001
		Asilo	4.684	8.56		
F3	Relaciones Social	Trabaja	4.123	18.56	9.705	.001
		Asilo	3.308	10.80		
F4	Medio Ambiente	Trabaja	2.542	18.28	6.950	.001
		Asilo	1.716	14.36		

Figura 17 Diferencia entre medias en hombre que trabajan y los que se encuentran en asilos por factor



CORRELACIONES

Autoconcepto en adultos mayores que trabajan

Algunas correlaciones que se encontraron con respecto al autoconcepto de adultos mayores que trabajan se encontró que entre mejor autoconcepto tengan estas personas serán más comunicativos, se encontrarán más contentos, serán más calmados, reflexivos y asumirán con más responsabilidad sus labores en el trabajo. También al contar con mejores habilidades de comunicación serán leales, honestos y experimentarán sentimientos placenteros. Esta lealtad y honestidad repercutirá en la forma de afrontar las situaciones que se le presentan.

Tabla 18 Correlaciones en adultos mayores que trabajan con respecto al autoconcepto con significancia al .01

	Sociabilidad afiliativa	Estado de animo	Salud emocional	Ocupacional Educativo	Sentimientos Interindividuales	Sentimientos Interindividuales	Salud emocional
Autoconcepto	.542	.469	.425	.688			
Sociabilidad expresiva							

					.409		
Ético moral						.445	
Ético moral							.497

Autoconcepto en adultos mayores que se encuentran en asilo

Las correlaciones que se encontraron fueron que entre mejor autoconcepto tengan estas personas podrán desarrollar relaciones interpersonales positivas, su estado de ánimo es mejor, se sentirán más contentos y se sentirán capaces de poder trabajar y con mejores habilidades para desarrollarlo.

Tabla 18 Correlaciones en autoconcepto en adultos mayores de asilo con significancia al .01

	Autoconcepto
Sociabilidad afiliativa	.440
Estado de ánimo	.519
Ocupacional educativo	.623

Calidad de vida en adultos mayores que trabajan

En las correlaciones encontradas con respecto a la calidad de vida en personas que trabajan, se encontró que la calidad de vida esta en función del área que corresponde a su medio ambiente y salud física, con esto se podría decir que en gran medida la percepción que las personas tienen sobre su calidad de vida depende de su estado de salud física, con esto se refiere a su condición física, si presentan síntomas de alguna enfermedad y la capacidad de auto cuidado que tienen.

Tabla 19 Correlaciones en calidad de vida en adultos mayores que trabajan con significancia al .01

	Calidad de vida
Medio ambiente	.806
Salud Física	.475

Calidad de vida en adultos mayores que trabajan VS autoconcepto de adultos mayores trabajan

En las correlaciones encontradas en las escalas aplicadas a personas que trabajan se encontró una relación estadísticamente significativa en el área de salud física, con el factor de sociabilidad expresiva, esto quiere decir que las personas que trabajan entre mejores condiciones de salud tengan o perciban de si serán más desenvueltos, expresivos, comunicativos y extrovertidos.

Tabla 20 Correlaciones en calidad de vida VS autoconcepto con significancia al .01

	Salud Física
Sociabilidad expresiva	.427

Al buscar si existía alguna relación estadísticamente significativa en alguno de los factores de la escala de calidad de vida y autoconcepto se encontró que correlaciona con el área de medio ambiente con el factor ético moral.

El área de medio ambiente se refiere a las condiciones del medio en el cual vive la persona, a la capacidad que tiene para comprar las cosas que necesita mientras el factor ético moral se refiere a la rectitud con que se conducirán en actividades laborales y las relaciones familiares con las personas y amigos. Con esto se podría decir que mientras mejores condiciones de salud física y mejores condiciones en la cual vive tenga, se sentirán más capaces de poder desarrollar alguna actividad laboral y de conducirse con rectitud en ésta o bien buscarán y disfrutarán de las relaciones familiares y amigos.

. Tabla 21 Correlaciones en calidad de vida VS autoconcepto con significancia al .01

	Medio Ambiente
Ético moral	.427

CAPITULO VII

Discusión

En el presente estudio se encontraron tanto diferencias estadísticamente significativas en cuanto el autoconcepto que presentan los adultos mayores que trabajan y los que se encontraron en asilos, ya sea por género y por actividad; de igual forma se encontraron diferencias en cuanto a la calidad de vida de estos, así como correlaciones entre las dos escalas y entre los factores que componen las mismas.

En el análisis que se llevó a cabo solo tomando los puntajes totales que cada sujeto obtuvo en ambas escalas, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la percepción de su autoconcepto y su calidad de vida. En la primera escala en la que se compararon adultos mayores que trabajan y en aquellos que se encuentran en asilos, se encontró que aquellas que tienen una actividad laboral tienen mejor percepción sobre sí mismos que aquellos con menor actividad, como lo son las personas que se encuentran en asilos. Y en cuanto a su percepción de su calidad las personas que trabajan perciben su salud física, su economía, su salud emocional, sus relaciones sociales mucho mejores en comparación con las personas que se encuentran en asilos.

Otra diferencia que se encontró fue al comparar los factores que comprenden la escala de autoconcepto y las áreas de la escala de calidad de vida entre personas de asilo y que trabajan; en donde los adultos mayores que trabajan llegan a tener mejores relaciones interpersonales, tienen mejores habilidades de comunicación, se encuentran satisfechos con los logros que han alcanzado hasta el momento, afrontan de mejor manera el estrés. En cuanto a su calidad de vida, se diferencia que las personas que trabajan perciben a su salud física mucho mejor, se consideran más independientes, se perciben con mejor salud en donde consideran no tener ningún síntoma aparente de enfermedad.

También se encontraron diferencias por género, primero se buscaron diferencias tomando en cuenta solo los puntajes totales que obtuvieron las mujeres que trabajan en cuanto a su autoconcepto y se encontró que las mujeres que trabajan tienen una mejor percepción de si mismas a diferencia de las mujeres que se encuentran en el asilo y en el análisis por factor se vuelven a corroborar estas diferencias, en donde las mujeres que trabajan llegan a tener mejores relaciones interpersonales, tienen mejores habilidades de comunicación, se encuentran satisfechas con los logros que han alcanzado hasta el momento, son más emotivas con otras personas y afrontan de mejor manera el estrés.

Y en cuanto a la percepción de su calidad de vida se obtuvo que existen diferencias estadísticamente significativas en donde la mujer que trabaja cuenta con una mejor percepción de su calidad de vida y en cuanto a las áreas que comprenden la escala se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en todas las áreas que comprende la escala, uno de ellos es el físico, en el área de relaciones sociales, en el área de medio ambiente, área psicología, en términos generales las personas que trabajan perciben a su calidad de vida como buena y podría decirse que se encuentran satisfechos con ella.

De la misma forma que las mujeres los hombres que aún se encuentran en actividad sobretodo laboral tienen una mejor percepción sobre si mismos en comparación con los hombres que se encuentran en asilos. Porque los adultos mayores que trabajan llegan a tener mejores relaciones interpersonales, tienen mejores habilidades de comunicación, se encuentran satisfechos con los logros que han alcanzado hasta el momento, son más emotivos con otras personas, afrontan de mejor manera el estrés y de igual forma cuentan con más habilidades para llevar acabo distintas actividades que les requiera su trabajo y también se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en donde los hombres que trabajan cuentan con una mejor percepción de su calidad de vida. Se perciben más independientes, capaces de llevar acabo actividades por si solos y con menores síntomas en cuanto a su salud.

En la comparación que se realizó entre hombres y mujeres que trabajan se encontraron diferencias estadísticamente significativas una de ellas es la que se encontró con respecto al factor de estado de ánimo en la cual las mujeres que trabajan porque perciben los logros que han alcanzado durante su vida satisfactorios para ellos, así como perciben su estado físico satisfactorio.

Otra diferencia estadísticamente significativa que se encontró fue en el factor de sentimientos interindividuales, con esto se refiere que las mujeres que trabajan llegan a tener relaciones interpersonales más satisfactorias para ellas.

En el factor ético moral también se encontró una diferencia estadísticamente significativa en donde las mujeres que llegan a tener mejores relaciones laborales con sus compañeros así como mejores habilidades para desempeñar tareas en las que se les requiera. Y en los factores de Sociabilidad afiliativa, Sociabilidad expresiva, Salud emocional, Ocupacional educativo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

También se encontró que en cuanto a la calidad de vida en hombres y mujeres adultos mayor que trabajan no existe una diferencia estadísticamente significativa ya sea por área o por puntaje total.

Por otra parte se encontraron correlaciones en la escala de autoconcepto y se encontró que entre mejor autoconcepto tengan se encontraran más contentos contar con mejores habilidades de comunicación y afrontar de mejor forma las situaciones que se le presentan

Mientras que los adultos mayores que se encuentran en asilos fue que entre mejor autoconcepto tengan estas personas podrán desarrollar sus relaciones personales de una manera más positivas y se sentirán capaces de poder trabajar.

En las correlaciones encontradas con respecto a la calidad de vida en personas que trabajan se encontró que la calidad de vida está en función del área que corresponde a su medio ambiente y salud física, con esto se podría decir que en gran medida la percepción que las personas tienen sobre su calidad de vida depende del estado de salud física, con esto se refiere a su condición física, si presentan síntomas de alguna enfermedad y la capacidad de auto cuidado que tienen.

La correlación más importante que se encontró fue en uno de los factores de la escala de calidad de vida y autoconcepto en el que se encontró que correlaciona el área de medio ambiente con el factor de ético moral. Con esto se podría decir que mientras mejores condiciones de salud física tenga, mejores condiciones en la cual vive, se sentirán más capaz de poder desarrollar alguna actividad laboral y de conducirse con rectitud en ésta o bien buscará y disfrutará de las relaciones familiares y con los amigos.

Con todos estos datos, cabe señalar la importancia que tiene que los adultos mayores se encuentren activos no solo por la necesidad económica que pudiesen tener que los obliga a continuar trabajando, si no por lo beneficios que trae consigo tanto en lo físico, lo psíquico y sentirse útiles.

Capítulo VIII

Conclusiones, sugerencias y limitaciones

Dadas las características que adquirirá la población de México, es decir la reducción de jóvenes y el aumento de personas de la tercera edad, será cada vez más necesario que se generen las condiciones que permitan que estas personas lleven una vejez exitosa en todos los sentidos. Esto es importante, debido a que las condiciones en que se desenvuelvan las personas dependerán de lo que ellas mismas generen y de lo que todos como parte de una sociedad hagamos para que esas condiciones sean las óptimas. Y es por esto que las investigaciones que se generen deben enfocarse en este tipo de población, porque el futuro nos alcanza y en este camino no hay marcha atrás.

La población que se consideró en esta investigación son adultos mayores que trabajan y que en su mayoría pasaron por el proceso de jubilación y cuya posible explicación por la cual decidieron continuar trabajando fue como menciona Hoffman (1996), que algunas personas pueden adaptarse al cambio de roles sin problemas cuando llega la etapa de jubilación, independiente del género, la jubilación conlleva nuevas exigencias: preocupaciones sobre el dinero, desacuerdos sobre trasladarse a una casa o departamento más pequeño o problemas de salud.

Y entre los cambios que más afectarán a los ancianos posteriormente a la jubilación estarán, en muchos casos, la baja percepción de ingresos y la menor sociabilización. El decremento en los ingresos obligará al anciano a tener mayores restricciones en sus gastos, porque las pensiones no suelen ser muy cuantiosas. Por otra parte, dejar de trabajar implica no tener tanto contacto con otras personas como antes, al mismo tiempo que demasiado tiempo libre, lo cual repercutirá importantemente en el estado emocional del adulto mayor.

En esta investigación se consideran una serie de aspectos y se encontró, al hacer una exhaustiva revisión de los datos obtenidos de la Escala de Autoconcepto, aplicado a personas de la tercera edad que trabajan y aquellas que se encuentran en asilos, que sí existen diferencias en cuanto a la percepción que éstas tienen de sí mismas, estas diferencias se reflejaron en la calificación total de la escala de autoconcepto y en el análisis que se realizó en cada una de las áreas, de igual forma se obtuvieron diferencias en cada uno de los factores en donde los adultos mayores que trabajan se sienten más seguros de sí, capaces de poder desempeñar tareas nuevas y el adaptarse a nuevas situaciones que se generen en su trabajo. A diferencia de los adultos mayores que se encuentran en asilos que en comparación con los que trabajan poseen una pobre percepción de sí o mejor dicho poseen un menor autoconcepto, aunado con lo que menciona Buendía (1995), que la incorporación del adulto mayor a un asilo conlleva un gran número de connotaciones tanto sociales, familiares e individuales que significan un importante cambio que marcará la vida diaria tanto del anciano como el de su familia.

Los efectos de la institucionalización comienzan a dejarse sentir incluso antes de la admisión, desde el momento en que se puede convertir en una realidad siendo una amenaza para su entorno físico, social, familiar y en definitiva sobre la imagen de sí mismo.

En el mismo sentido que los hombres en las mujeres adultas mayores que trabajan al ser comparadas con las mujeres que se encuentran en asilos también se encontraron diferencias en cada uno de los factores que comprende la escala de autoconcepto aunque las mujeres que trabajan manifestaron en su mayoría no haber sido económicamente activas, antes cabe resaltar la ventaja y el beneficio que trae consigo tener una actividad ya sea económica o de otro tipo dependiendo de las condiciones y posibilidades que tengan los adultos mayores y es precisamente lo que plantea la teoría de la actividad que parte del supuesto de que únicamente será feliz y estará contenta aquella persona que se halle activa y por lo contrario la persona que ya no sea útil, que ya no desempeñe

ninguna función en la sociedad, será desdichada y será descontenta así como mayores signos de enfermedad. Por lo tanto el envejecimiento óptimo depende de la continuidad de un estilo de vida activa y del esfuerzo de la persona de edad.

Esta percepción que los adultos mayores tienen de si mismos como resultado del beneficio de encontrarse activos sentirse útiles se reflejan en los resultados obtenidos en la escala de calidad de vida que se aplico a los adultos mayores que trabajan y los que se encuentran en asilos en donde los adultos mayores que traban tienen una mejor percepción de su calidad de vida ya que estos al sentirse mejor consigo mismos, como se menciona anteriormente esto contribuirá a que perciban su salud física como buena y no tener ningún síntoma de enfermedad lo cual llevara a tener una mejor percepción de su bienestar subjetivo que la persona siente, esto se expresa en la valoración individual que el sujeto hace de una condición característica o estado cualquiera de su propia vida, comparada con un patrón de referencia externo o con sus propias aspiraciones. Refleja sentimientos de optimismo, de cumplimiento de objetivos y de autoestima positiva.

En lo que respecta a los resultados obtenidos en la comparación entre hombres y mujeres que viven en el asilo se puede decir que de acuerdo con Palomar (1995), los ancianos se encuentran compartiendo formas de vida, teniendo problemas similares y por tanto se entienden entre ellos. Además, se sirven los unos a los otros como punto de referencia y comparación para validar sus propios valores, opiniones y hasta para evaluar la propia situación y la propia valía.

Considerando lo anterior, es preciso que se llegué a una definición de las actividades que serían específicas de los ancianos y en cuyo desempeño estos puedan conseguir el reconocimiento social, que influyen en la autopercepción. Asimismo, remarcar que los problemas del anciano no sólo dependen de él, ya que muchos de sus padecimientos incluyendo la precipitación de su declinación funcional, estén determinados por las actitudes y las conductas de las personas que le rodean así como de aquellos con quienes se relaciona.

El papel del anciano en la sociedad mexicana debe replantearse con la finalidad de que sea reconocido y dignificado. Para lograr este objetivo, es necesario encontrar formas eficaces y prácticas para reintegrar a los ancianos a la vida social y económica, de manera que puedan practicar y disfrutar plenamente de lo que les corresponde.

En este mismo sentido, ésta es una de las correlaciones que de forma particular se considera un dato muy importante, esta correlación se da entre la escala de escala de calidad de vida y autoconcepto, en el que se encontró que correlaciona el área de medio ambiente con el factor de ético moral. Con esto se podría decir que mientras mejores condiciones de salud física tenga mejores condiciones en la cual vive se sentirán más capaz de poder desarrollar alguna actividad laboral y de conducirse con rectitud en esta o bien buscara y disfrutara de las relaciones familiares y con los amigos. Lo que vendría a reforzar lo antes dicho, la necesidad de mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores.

Los sistemas de jubilación y el proceso por el cual pasan los adultos mayores es típico de cada cultura de la cual se hable junto con los sistemas políticos, es precisamente a lo que se refieren Díaz-Guerrero y Díaz- Loving (1996), quienes mencionan que la forma de comportarse, el desarrollo, el conjunto de valores y creencias que se tienen dependen en gran parte del medio sociocultural en el que se crece, es decir, que la forma en que se piensa, la forma de relacionarse con otras personas y la forma de ser constituyen al interactuar con los padres, compañeros de escuela, vecinos y medios de comunicación masiva. Por lo que el interés de muchos investigadores ha llevado a realizar estudios acerca de las características del mexicano.

La forma de afrontar la jubilación por parte de los adultos mayores y de la forma de afrontarla va a depender en gran medida del repertorio conductual que le brinda la cultura y el impacto de ésta sobre su personalidad y de ésta a su vez dependerá de la percepción de su calidad de vida, el autoconcepto es “la

percepción que una persona tiene de sí misma y de todo aquello que es suyo, incluyen su cuerpo, familia, amigos, posesiones, creencias, valores, etc. Además el autoconcepto comprende o está compuesto por varias dimensiones que reflejan la experiencia personal y cultural de una persona” (Díaz-Guerrero y Díaz Loving, 1996).

Todo esto lleva a cuestionar el sistema de jubilación que existe en México si es el adecuado. Trae consigo grandes deficiencias en el sistema de pensiones las cuales en su mayoría son insuficientemente adecuadas para cubrir las necesidades de los adultos mayores, como se analizó en su momento ésta es una etapa que trae consigo una gran cantidad de deficiencias de salud normales dentro de la etapa en la que se encuentran. Una de las dificultades es como costear estas necesidades.

Otra problemática que acompaña a la anterior es la forma de percibir a esta etapa que en su momento se percibe como algo muy lejano y por algo en la que aún no hay que preocuparse y esto conlleva a que no se prevea ésta por un gran sector de la población. Y otra problemática muy relacionada a ésta es la percepción que tenemos del adulto mayor como una persona inútil que no contribuye en mucho en una familia y lo cual trae consigo el llevarlos a instituciones supuestamente especializadas que en su mayoría simplemente son un negocio. Que en el mejor de los casos solo se preocupan por el bienestar físico y dejan a un lado lo psicológico.

Al realizar esta investigación se dio cuenta de la constante necesidad de llevar acabo más investigaciones que se refieran a la población de adultos mayores, en la actualidad hay mucha literatura al respecto, pero los futuros profesionales a cargo del área psicológica se preocupan poco por esta etapa. La propuesta del presente trabajo sobre futuras investigaciones en este tipo de poblaciones radicaría en determinar las diferencias y similitudes que las PHSCs han sufrido a través del tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alonso, G. J. (2003) Educación familiar y autoconcepto en niños pequeños. Madrid: Pirámide

Altarriba, F. (1992). *Gerontología. Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer*. Boixareo Universidad.

Bek. A T . Wcíssman. A. LesleL D and Trexler. L (1974)*The measurement of pessimism Thehop.lcssness scale*. Journal of Consulting and Clinical Psychology; 24(6): 861-865

Buendía, J. (1994). *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. España: Siglo XXI

Buendía, J. (1995). *Gerontología y salud. Perspectivas actuales*. Biblioteca Nueva.

Buendía, J. (1995). *Envejecimiento y psicología de la salud*. Barcelona; siglo XXI.

Buendía, J. (1997). *Gerontología y salud. Perspectivas actuales*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Caballo V, E y Buela- Casal G. (1996) *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.

Cáliz, R. (1996) *La Vejez perspectiva sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide.

Chambers. L W. ,MacDonald, LA.,Tugwell, P., Buchanan, W.W. Kraag, G. (1982) *The Mc Master Heahh Inde, Questionnaire as a Measurement of Quality of life for Patienls wilh Rheumatoid Disease The journal of Rheumatology* 9(5) ,780-784.

Comisión Nacional de Derechos Humanos (1999) *Los derechos humanos en la tercera edad*. México.

Contreras, L.,(1986)*El anciano y su habitad, la institucionalización en memorias IV seminario de asistencia social al anciano*. Sistema- nacional para el desarrollo integral de la familia. DIF.

Cueli, J. (1995) *Teorías de la personalidad*. México: Trillas.

Díaz Guerrero, R. (1967) *Psicología del mexicano. Descubrimiento de la etnopsicología*. México: Trillas

Díaz-Guerrero, R. (1972) *Hacia una teoría Historico-Bio-Psico-Socio-Cultural del comportamiento humano*. México: Trillas. p.p 132

Deutsch, M. y Krauss, R. (1987) *Teorías en psicología social*. México: Paidós.

Díaz-Guerrero, R. (1994) *Origins and development of psychology in latin America*. International Journal of psychology, 26 (6) 717- 727

Díaz-Guerrero, R.(1995).*Una aproximación científica a la Etnopsicología*. Revista latinoamericana de Psicología. 27(3) p.p. 359-389

Díaz-Guerrero, R.(2003) *Bajo las garras de la cultura. Psicología del mexicano 2*. México: Trillas

Díaz-Guerrero y Díaz Loving (1996) *Introducción a la psicología. Un enfoque ecosistémico*. México: trillas.

Díaz-Guerrero, R. y Pacheco, A. (1994). *Etnopsicología. Scientia Nova*. Puerto Rico: Servicios profesionales y científicos. p p. 41

- Engler, B. (1996) *Introducción a la teorías de la personalidad*. México: siglo XXI
- Estrada, M. (1995) *Autoconcepto autoestima y rendimiento académico en niños*. Tesis de maestría. Facultad de psicología. UNAM
- Fernández-ballesteros, R. (1997) *Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales*. Anuario de psicología. No.73 (2)
- Fernández, C. García, T. y Espinar, C. (2000) *Estado funcional y calidad de vida en mayores de setenta años*. Psicothema. 12, (2), pp. 171-175
- Furguet, J. y Caner, C. (1993) *El anciano sano*. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas.
- Ferrey, G., Gouves, G., Bobes, J. (1994) *Psicopatología del anciano*. España: Masson
- Fitzpatrick, R., Fletcher, A, Gore, S., Jones, D., Spiegelhalter, A. Cox, D. (1992) *Quality of lifemeasure in health casre: Aplications and issues in assesment*. British Medical jurnal. 4 (2) 1074-1083
- García, I. (1997). *Memorias de seminario permanente de antropología urbano: un modelo multidisciplinario en el estudio del fenómeno suburbano*. México: UNAM.
- Gomes-Robleda (1948) *Imagen del mexicano*. Secretaria de educación pública. México
- Gross, R. (1994) *Psicología la ciencia de la mente y la conducta*. México manual moderno.

- Hall, C. y Lindzey, G. (1984) *La teoría del si mismo y la personalidad*. México: Paidós.
- Ham, R. (2003). *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. México: el colegio de la frontera norte
- Hansen, L. B. (2002) *Desarrollo de la edad adulta*. México: Manual Moderno
- Hoffman, L; Paris, S; Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: Mc. Graw- Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2006) recuperado el 26 de octubre del 2008 <http://www.inegi.gob.mx/est/default.asp?c=119>
- La Rosa, J. y Díaz Loving (1991) *Evaluación del autoconcepto: una escala multidimensional*. Revista latinoamericana de psicología. 13 (1) 37-43
- Laforest (1991) *Introducción a la gerontología: El arte de envejecer*. Barcelona: Herder
- Lehr, U. y Thomee, H. (2003). *Psicología de la senectud: procesos y aprendizaje del envejecimiento*. México: Herder
- Linn, M. N. y Linn, B. S. (1984) *Self-evaluation of life Function (self)Scale: A short, Comprehensive self reporto f health for elderly adults*. Journal of gerontology. 39(5), 603- 612
- Lornachione, A. M. (2003) *Psicología evolutiva de la vejez*. Córdoba: Brujas
- Mishara, B. y Riedel, R. (1986). *El proceso de envejecimiento*. España: Morata.

- Montañes, R. y Latorre, J. (2004) *Psicología de la vejes: estereotipos juveniles sobre el envejecimiento*. España: Ediciones universidad de castilla.
- Moragas, M. (1991) *El reto de la dependencia al envejecer*. España: Herder
- Motlis, J. (1985) *El dado de la vejez y sus seis caras*. Madrid: Altalena
- Oñate, M. (1989). *El autoconcepto: formación, medida e implicaciones en la personalidad*. Madrid: Narcea.
- Ozkan, F., Alatas, S. y Zencir, M. (2005) *Women's quality of life in the premenopausal and postmenopausal periods*. EBSCO. 14 (5). pp. 1795 – 1801
- Palomar, J. (1995). *Diseño de un instrumento de medición sobre calidad de vida*. Tesis de maestría. Facultad de psicología. UNAM
- Plaza, F y Valdés, P. (2002). *Manual de salud física del adulto mayor*. México: Pirmide
- Pullium, R. M. (1989) *What makes good families: predictors of family welfare in the philippines*. Journal of comparative family studies. 20 (1), 47-66.
- Quintanilla, M. (2000) *Causas y consecuencias del envejecimiento; en enfermería geriátrica: cuidados integrales en el anciano*. Barcelona: Mons
- Ramírez, M. (2001) *Autoconcepto en adolescentes con discapacidad en relación con la percepción de sus padres*. Tesis de maestría. Facultad de psicología: México. UNAM
- Ramos, S. (1996) *El perfil del hombre y la cultura en México*. México: Espasa-Calpe
- Rodríguez, M. y Díaz – Guerrero, R. (1997). *¿Son universales los rasgos de la personalidad?* Revista latinoamericana de Psicología. 29(1): 35-48

Rogers, C. R. (1981) *La persona como centro*. Barcelona : Herder

San Martín, H. y pastor, V. (1990) *Epidemiología de la vejez ¿Qué edad tendrá usted cuando cumpla 70 años?* Madrid: McGraw Hill- interamericana de España.

Sahakian, W. (1990) *Historia de la psicología*. (2ª ED). México: trillas

Saxena (2001) The who quality of live assessment instrument (Whoqol Bref): The importance of its items for cross- cultural research. *Quality of live research*, 10,(8): 711-721. Traducido por González Celis y Sánchez Sosa (2002) *La calidad de vida en ancianos: psicología y salud*. México: Facultad de psicología.

Spilker, B. (1990) *Quality of live assesments in clinical trials*. Raven Press. Nuw York

Stassen, K. B. y Thompson, R. (2001) *Psicología del desarrollo: Aduldez y vejez*. Madrid: panamericana

Tortosa, M. (2002) *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide.

Timias, S. P. (1997) *Bases biológicas del envejecimiento*. España: Masson

Valdez-Medina (1994) *El autoconcepto del mexicano*. Tesis de doctorado. Facultad de psicología. México; UNAM.

Valdez Medina, J. L. (1994) *El autoconcepto del mexicano*. Estudios de validación. Tesis de doctorado. Facultad de psicología. UNAM.

Anexos

AUTOCONCEPTO

A continuación encontraras una serie de conceptos que sirven para describirte. Ejemplo:

Flaco	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Obeso(a)
	Muy	bastante	poco	ni flaco	poco	bastante	muy
	flaco	flaco	flaco	ni obeso	obeso	obeso	obeso

En la parte de arriba se puede ver que hay siete espacios entre flaco y obeso. El espacio cuanto mas cerca este del objetivo indica un grado mayor en que se posee la característica. El espacio central indica que la persona no es ni flaca ni obesa.

Si tu te crees muy obeso pondrás una “X” en el espacio mas cercano a la palabra “Muy obeso”. Si te percibes como bastante flaco pondrás la “X” en el espacio correspondiente; si no te sientes ni flaco ni obeso pondrás la “X” en el espacio medio. O si es el caso en otros espacios.

Contesta en los renglones de abajo. Como en el ejemplo de arriba, tan rápido como te sea posible, sin ser descuidado, utilizando la primera impresión.

Contesta a todos los renglones dando una única respuesta en cada renglón.

Acuérdate que, en general, hay una distancia entre lo que somos y lo que nos gustaría ser, contesta aquí como tu eres, y no como te gustaría ser.

1. Agresivo(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Pacífico
2. Perezoso(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Estudioso
3. Callado(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Comunicativo
4. Amoroso(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Odioso
5. Incumplido(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Cumplido
6. Leal	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Desleal
7. Honesto(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Deshonesto
8. Temperamental	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Calmado
9. Introverso(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Extroverso(a)
10. Amargado(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Jovial
11. Incapaz	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Capaz
12. Reservado(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Expresivo
13. Verdadero(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Falso (a)
14. Irrespetuoso(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	respetuoso(a)
15. Responsable	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Irresponsable
16. Impulsivo(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Reflexivo(a)
17. Educado(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Malcriado
18. Amable	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Grosero
19. Eficiente	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Ineficiente
20. Cariñoso(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Frió(a)
21. Impuntual	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Puntual
22. Romántico(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Indiferente
23. Trabajador(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Flojo(a)
24. Deprimido(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Contento(a)
25. Cortes	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Descortés
26. Melancólico(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Alegre
27. Sentimental	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Insensible
28. Atento(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Desatento(a)
29. Accesible	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Inaccesible
30. Decente	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Indecente
31. Tímido(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Desenvuelto(a)

INSTRUMENTO WHO-QoL-BREVE, VERSION ESPAÑOL

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

Instrucciones

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

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

	No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros?	1	2	3	4	5

Usted deberá poner un círculo en la respuesta que mejor corresponde de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera encerraría en un círculo el número 4 si usted hubiera recibido un gran apoyo de otros. O encerraría con un círculo el número 1 si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos y encierre en un círculo sólo un número, de la opción de respuesta que mejor lo describa.

Ahora puede comenzar:

		Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho Ni insatisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
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 cotidiana?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta donde 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 acerca de que tan completamente ha experimentado, o ha tenido usted oportunidad de llevar a cabo ciertas cosas en las últimas dos semanas.

		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
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 de 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 que tan satisfecho se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las últimas dos semanas.

		Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho Ni insatisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
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 de 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 a con que frecuencia usted ha sentido o experimentado en las dos ultimas semanas.

		Nunca	Rara Vez	Con frecuencia	Muy seguido	Siempre
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5