



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

ENVEJECIMIENTO EXITOSO Y CALIDAD DE VIDA

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:
PÉREZ QUINTERO ANA LILIA DEL CARMEN

DIRECTORA

DRA. AÍDA DÍAZ-TENDERO BOLLAIN
CENTRO DE INVESTIGACIONES SOBRE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

COMITÉ TUTORAL

MTRA. GUADALUPE CAÑONGO LEÓN
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

MTRO. GILBERTO ISAAC ACOSTA CASTILLO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

CIUDAD UNIVERSITARIA, JULIO, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

En primer lugar a mi familia. Manuel, Lilia, Rodolfo, Elizabeth, Diego, Eduardo, Kassandra, Guillermo y Rosalba, por creer en mí, por apoyarme, por andar conmigo el camino, por disfrutar las subidas y resistir las bajadas, por su comprensión, por su guía y su ejemplo, por ser y por estar siempre, incondicionalmente.

A la Dra. Aída por permitirme aprender de ella y con ella, porque he dado con ella mis primeros pasos en la ciencia y por acompañarme a lo largo de esta aventura académica.

A la Mtra. Graciela por recibirme con los brazos abiertos y acceder a convertirme en su aprendiz, por las utopías compartidas y por los caminos emprendidos hombro a hombro.

A la Mtra. Lupita y al Mtro. Isaac por compartir conmigo sus conocimientos, por su paciencia, disposición, comprensión y por no dejarme flaquear en los momentos de duda.

A la UNAM mi alma mater por otorgarme las facilidades para alcanzar este sueño.

A los amigos y compañeros que estuvieron presentes en esta etapa de mi vida porque sin saberlo, han hecho de mí una mejor persona.

GRACIAS!!

Tu paso profesional

*Que tu paso por la vida profesional
sea fructífero, seguro, ilusionado:*

*No corras, ni te detengas.
Lleva un ritmo de progreso y esperanza.
Camina con otros, comparte.
No pierdas de vista la meta que quieras alcanzar.
No te desanimes, si el camino es largo.
Si no te paras, ¡llegarás!
No te preocupes si vas despacio.
Lo importante es luchar.*

Adela Garrote

Teresa del Cojo

Resumen

El desafío que implica el proceso de transición demográfica, hace necesario intervenir de manera profesional para alcanzar el sostenimiento y sobre todo, la mejora de la calidad de vida de las Personas mayores, puesto que como señalan los expertos; no basta con sumar años a la vida, hay que añadir vida a los años. Se han documentado numerosas técnicas de investigación que pretenden a partir de una postura objetiva, medir la calidad de vida de la población adulta mayor, sin embargo, debido al carácter multidimensional, multifactorial del constructo, que admite y al mismo tiempo demanda su análisis e interpretación de manera interdisciplinar, alcanzar el objetivo es una tarea compleja.

Esta investigación cuantitativa y transversal, de alcance descriptivo – correlacional tiene como objetivo analizar las relaciones existentes entre las dimensiones de estudio de calidad de vida y ciertas características sociodemográficas tales como: sexo, edad, ingreso y escolaridad, buscando otorgar evidencia empírica alrededor del paradigma del envejecimiento exitoso. Con una muestra no representativa (N=39), los análisis estadísticos ($p = .05$) permitieron encontrar una relación positiva entre ser mujer y las dimensiones: salud psicológica, relaciones sociales, medio ambiente, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social e intimidad. Así mismo, el análisis de varianza permitió ubicar diferencias entre los grupos de ingreso de los participantes y las dimensiones: salud física, salud psicológica, medio ambiente, muerte y morir.

Se concluye que las dimensiones de estudio de la calidad de vida y la valoración que el sujeto realiza de ésta, sí tienen una relación con el proceso de envejecimiento que experimenta la persona, acercándola a paradigmas distintos respecto a la vivencia de la vejez; etapa de la vida que, para el profesional en Trabajo Social representa un área de intervención emergente.

Palabras clave: Envejecimiento exitoso, calidad de vida, Trabajo Social.

Abstract

The challenge of the demographic transition process, makes it necessary to intervene in a professional manner to achieve sustainability and above all improving the quality of life of older persons, since as experts say; not enough to add years to life, add life to years. Have documented numerous research techniques that are intended from an objective stance, measuring the quality of life of the elderly population, however, due to the multidimensional nature, multifactorial construct, which supports while demand analysis and interpretation interdisciplinary way, achieve the goal is a complex task.

This quantitative and transversal research, descriptive and correlational aims to analyze the relationships between the dimensions of study of quality of life and certain sociodemographic characteristics such as sex, age, income and education, seeking to provide empirical evidence about paradigm successful aging. With an unrepresentative sample (N = 39), statistical analysis ($p = .05$) helped find a positive relationship between a woman and dimensions: psychological health, social relationships, environment, past, present and future activities, social participation and intimacy. Also, analysis of variance allowed to locate differences between income groups of participants and dimensions: physical health, psychological health, environment, death and dying.

It is concluded that the dimensions of study of quality of life and the valuation that the subject makes of it, it does have a relationship with the aging process experienced by the person, bringing a different paradigms regarding the experience of old age; stage of life, for professional Social Work represents an emerging area of intervention today, which every day becomes more important.

Keywords: Successful aging, quality of life, social work.

Índice

Índice de tablas	vii
Índice de figuras	vii
Introducción	1
Capítulo 1. Marco teórico – conceptual	6
1.1. Construcciones conceptuales de calidad de vida	6
1.1.1. Calidad de vida en personas mayores	13
1.1.2. Elementos para la evaluación de la calidad de vida	17
1.1.2.1. Dimensiones de la calidad de vida	19
1.1.2.2. Indicadores de calidad de vida	20
1.1.2.3. Instrumentos para la evaluación de la calidad de vida	22
1.2. Teoría del envejecimiento exitoso	25
1.2.1. Trascendencia de la teoría del envejecimiento exitoso	31
1.2.2. Críticas a la teoría del envejecimiento exitoso	34
1.3. Envejecimiento exitoso y su relación con la calidad de vida	36
Capítulo 2. Antecedentes	41
2.1. Antecedentes que aportan en relación a las dimensiones de calidad de vida	42
2.2. Antecedentes que aportan en relación a las variables de medición de la calidad de vida en personas mayores	45
Capítulo 3. Metodología	48
3.1. Planteamiento del problema	48
3.2. Objetivos de investigación	49
3.3. Diseño de investigación	50
3.4. Definición operacional de variables	51
3.4.1. Variables independientes	51
3.4.2. Variables dependientes	52
3.5. Población sujeto de estudio	53
3.6. Descripción de los instrumentos de medición utilizados	54
3.6.1. Descripción del instrumento WHOQOL Bref	55

3.6.2. Descripción del instrumento WHOQOL Old	56
3.7. Procedimiento para la recolección de datos	56
3.8. Análisis de datos	58
Capítulo 4. Resultados	59
4.1. Análisis descriptivo	59
4.2. Análisis inferencial	64
4.2.1. Cuestionario WHOQOL Bref	64
4.2.2. Cuestionario WHOQOL Old	68
Capítulo 5. Conclusiones	71
5.1. Discusión	74
5.2. Limitaciones y áreas de oportunidad	77
Referencias	79
Apéndices	87
1. Matriz para la clasificación de los antecedentes de estudio	88
2. Consentimiento informado de participación	91
3. Instrumento aplicado para la medición de la calidad de vida. Versión Bref (OMS, 1997)	92
4. Instrumento aplicado para la medición de la calidad de vida en personas mayores. Módulo Old (OMS, 2006)	94
5. Hoja para la recuperación de características sociodemográficas	96

Índice de tablas

1.- Dimensiones e indicadores de calidad de vida identificados por la OMS	24
2.- Dimensiones e indicadores de calidad de vida en personas mayores acorde a la OMS	25
3.- Operacionalización de variables independientes	51
4.- Operacionalización de variables dependientes	52
5.- Datos generales de la muestra acorde a las variables analizadas	60
6.- Datos sociodemográficos complementarios	62
7.- Medidas de tendencia central. Cuestionario Bref	65
8.- Prueba T - Variable Sexo. Cuestionario Bref	67
9.- Prueba ANOVA para variables independientes. Cuestionario Bref	67
10.- Medidas de tendencia central. Cuestionario Old	68
11.- Prueba T - Variable Sexo. Cuestionario Old	70
12.- Prueba ANOVA para variables independientes. Cuestionario Old	70

Índice de figuras

1.- Evolución conceptual de calidad de vida	8
2.- Elementos para la evaluación de la calidad de vida	18
3.- Dimensiones de estudio de la calidad de vida	20
4.- Teorías gerontológicas de primera generación (micro)	26
5.- Componentes clave del envejecimiento exitoso	28
6.- Vinculación entre el envejecimiento exitoso y la calidad de vida	36
7.- Correspondencia entre los elementos de estudio del envejecimiento exitoso y la calidad de vida	37
8.- Conformación de la muestra	53

Introducción

Adentrarse en el estudio de la vejez, el envejecimiento y las personas mayores, implica entender el proceso como fenómeno natural e intrínseco de la vida; descomponer el todo en partes, para de esta manera acercarnos (a través de pruebas obtenidas con rigor científico) a la comprensión de un proceso con el cual, todo ser vivo está relacionado y sobre el que los profesionales en gerontología buscan incidir para mejorar la experiencia de envejecer.

Desde las ciencias médicas y biológicas, el envejecimiento se explica por la función celular, cerebral, muscular, endocrina, orgánica, en donde el estudio de cada sistema que conforma los cuerpos vivos, conduce a la identificación de elementos que permiten entender el fenómeno fisiológico a partir de investigaciones altamente especializadas.

Bajo la perspectiva social, estudiar estos temas permite desarrollar explicaciones que consideran una multiplicidad de factores, tales como los económicos, políticos, comerciales, comunitarios (de ubicación espacial y/o territorial), familiares, religiosos, individuales, culturales, psicológicos, de medio ambiente, entre otros. Lo cierto es que para estudiar un fenómeno de vida como el envejecimiento es necesario establecer ciertos puntos de partida que permitan a los interesados tener una comprensión amplia del proceso.

La importancia social de la vejez y el envejecimiento, adquiere mayor relevancia al entender el acelerado proceso de transición demográfica que experimenta el mundo, mismo que queda evidenciado al comparar los 25 años que tomara a países como Brasil y China duplicar el número de habitantes mayores de 65 años que tienen, contra el siglo que tomó a Francia alcanzar esas dimensiones (OMS, 2016).

En 2012, el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), señalaba que la proporción de personas mayores sobre el total de la población mundial, era de uno por cada nueve personas menores de 60 años de edad. En 35 años, es decir, para el año 2050, se estima que será de una persona mayor (PM) por cada cinco habitantes del mundo. Así mismo, 10 por ciento de la población en América Latina y el Caribe, era mayor de 60 años en 2012, previéndose un aumento de 15 puntos porcentuales

para mitad de siglo (25 por ciento) y de 23 puntos porcentuales hacia 2100 representando 33 por ciento de la población en la región.

En el continente latinoamericano, Huenchuan (2013) señala que en 2036 se espera que por primera vez el número de personas mayores supere al número de niños en proporción de 116 por cada 100 menores de 15 años, mientras que para la región caribeña en 2040 la relación será de 142 personas mayores por cada 100 menores de 15 años. En la misma línea, la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade) proyectan una relación de 150 personas mayores por cada 100 menores hacia la mitad del siglo XXI. Acorde con la autora, ante la mayor presencia de personas mayores y la disminución de infantes, será necesario ajustar la oferta de bienes y servicios para la población, coincidiendo con lo señalado por la CEPAL y el Celade (2011).

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016) publicó que en 2015, 7.2 por ciento de la población tenía más de 65 años de edad. El Consejo Nacional de Población (Conapo, 2011) estimó que en cuarenta años, de 1970 a 2010, la población mayor de 65 años, pasó de 1.8 millones de habitantes a 7 millones de hombres y mujeres, exigiendo cambios en las políticas sociales. Además, proyectó que para 2030, cerca de 13 por ciento del total de la población rebasará los 65 años de edad, mientras que para el año 2050, esa cifra representará 22.5 por ciento del total de mexicanos.

Los datos descritos, permiten entender la precipitada transición demográfica como un desafío, dado que al haber logrado disminuir las tasas de mortalidad y de fecundidad, así como aumentar la esperanza de vida, se ha dado lugar al envejecimiento poblacional en todo el mundo, por lo que, principalmente los países en desarrollo, habrán de establecer la infraestructura necesaria para satisfacer las necesidades sociales, económicas, sanitarias, culturales, educativas y políticas de la población adulta mayor (Ham,2011).

Garantizar el acceso a alimentación, a espacios de educación, a la cultura, establecer mecanismos que procuren el cuidado, el respeto y la responsabilidad intergeneracional, la prevención del maltrato y violencia a las personas mayores, procurar la atención frente a la dependencia y la discapacidad, prevención del deterioro cognitivo y demencias, entre otros

muchos temas de interés; así como la promoción de esta etapa como una posibilidad de recuperar la experiencia y emprender nuevas acciones que conduzcan a vivir la vejez de mejor manera, son algunos ejemplos que hacen fehaciente la relevancia del tema.

Como es posible observar en la vida cotidiana, los retos a superar con la población adulta mayor son numerosos. La afición a una o varias de las esferas de la vida queda evidenciada en el día a día. Volver la mirada a las condiciones de vida que tienen actualmente las personas mayores, implica estudiar los factores que al conjugarse, alteran la calidad de vida de este grupo etario, pues no es sólo el acceso a bienes y/o servicios lo que la determina. Por el contrario, es la estrecha interrelación que existe entre ciertos factores objetivos y subjetivos, lo que permite acercarse a su estudio, considerando que no basta añadir años a la vida, ya que ello no implica necesariamente que esos años sean buenos o mejores.

Se estima que mediante el análisis de la calidad de vida de las personas mayores, es posible abonar al ideario de un cambio de paradigma frente a la vejez, en el cual, lo positivo se imponga a la imagen deficitaria que durante varios años ha imperado en el imaginario social.

A nivel nacional y desde el ámbito académico, varias acciones han sido realizadas. Eventos tales como conferencias, talleres, diplomados, congresos, seminarios, etc., hacen de los espacios de educación formal, lugares idóneos para modificar el valor social que se da a esta etapa de la vida, buscando impactar en la creación de una cultura positiva del envejecimiento, visto como un fenómeno propio de la vida del ser humano, lleno de oportunidades. Un ejemplo de estas acciones, lo representa el grupo de personas mayores que han participado en el diplomado Envejecimiento Exitoso dictado por la Escuela Nacional de Trabajo Social, bajo la coordinación académica de la Mtra. Graciela Casas Torres. Actividad educativa formal que busca mejorar mediante el conocimiento la forma en que envejecen las personas, incrementando su calidad de vida. Por las características del grupo, ha dado pauta a un cambio de paradigma, que guiado por el estudio del contexto, la situación económica, educativa, familiar y cultural, así como con la propia satisfacción con la vida, da un nuevo sentido al envejecimiento individual y logra mediante su reproducción

colectiva, dar paso a la vivencia de una vejez distinta, caracterizada por adjetivos centrados en la posibilidad y no en la deficiencia.

Para mejorar la calidad de vida de las personas mayores asistentes, es importante conocer cuáles son los factores objetivos y subjetivos que se relacionan con la misma durante el envejecimiento, así como la relación que existe entre ésta y algunas características sociodemográficas que influyen en su apreciación, dado que es posible relacionarla con la promoción y posterior logro de un modo distinto de envejecer, que contribuya a la construcción de una cultura en positivo de la vejez y el envejecimiento.

El constructo de calidad de vida, permite identificar, evaluar, analizar y explicar aquellos factores relacionados con el logro de un envejecimiento denominado exitoso, que sí bien no niega las condiciones adversas que atraviesan las personas mayores, se concentra en la oportunidad que existe de favorecer mediante la intervención profesional, la reproducción de modelos distintos de vejez, poniendo en tela de juicio algunos componentes de la imagen deficitaria con la que se asocia el proceso de envejecimiento del ser humano.

Al considerar el aumento en el número total de la población mayor en México, las diversas condiciones de vida que tienen lugar entre las personas mayores, la existencia de actividades formales de capacitación para mejorar la experiencia del envejecimiento de las personas y la relevancia social de éste fenómeno frente a la heterogeneidad del grupo poblacional mayor de 60 años; se identifica como el objetivo de esta tesis, el de analizar las relaciones existentes entre las dimensiones de estudio de calidad de vida identificadas por la OMS y algunas características sociodemográficas del grupo de personas mayores egresadas del diplomado envejecimiento exitoso, tales como: sexo, edad, ingreso y escolaridad. Lo que dará pauta a la identificación de elementos que den cuenta de la experimentación de una vejez exitosa en la población mayor estudiada.

Bajo una estructura de cinco capítulos, el contenido de esta tesis se presenta de la siguiente manera:

En la primera parte del capítulo uno, y a partir de la identificación de las distintas construcciones conceptuales en torno a la calidad de vida, se abunda en los elementos que dan pauta al estudio, medición y evaluación del constructo, misma que se lleva a cabo mediante ciertas dimensiones e indicadores que la componen. En segundo lugar se ahonda en la teoría del envejecimiento exitoso, profundizando en la explicación de los elementos teóricos que la componen, así como en la trascendencia del enfoque en la actualidad. Posteriormente se expone cómo los elementos de la teoría y del constructo se vinculan dando como resultado el marco teórico-conceptual de esta tesis.

El capítulo dos está conformado por la revisión sistematizada de diversos reportes de investigación que abarcan de 2010 a 2014, desde una visión multidisciplinar. Se hace énfasis en la manera en cómo los autores abordan el estudio de la calidad de vida en personas mayores (sustento teórico, metodológico y conceptual) y las características sociodemográficas con las cuales han realizado el análisis de los datos que obtuvieron en sus investigaciones.

El tercer capítulo comprende el diseño metodológico de investigación. Se realiza la descripción de los instrumentos utilizados para la recolección de la información, el proceso para obtener los permisos correspondientes, así como lo referente a la adecuación lingüística de los cuestionarios. Se presenta la pregunta de investigación, los objetivos y la hipótesis que persigue la misma. Tiene lugar la definición de variables y la explicación de las fases de análisis estadístico descriptivo e inferencial de los datos recolectados directamente con la población sujeto de estudio.

En el capítulo cuatro se realiza la exposición de los resultados, fruto del análisis estadístico descriptivo e inferencial llevado a cabo mediante análisis de varianza y pruebas T. Se establecen las relaciones entre las dimensiones centrales de la calidad de vida y las características sociodemográficas analizadas.

Finalmente en el capítulo cinco se presentan las conclusiones de la investigación, mismas que dan pauta al desarrollo de la discusión a la luz del marco teórico elaborado en función de la vinculación entre los elementos de la teoría y las dimensiones de estudio de la calidad de vida, sin dejar de lado la exposición de las implicaciones del trabajo llevado a cabo.

Capítulo 1

Marco teórico – conceptual

El contenido de este capítulo analiza el constructo *calidad de vida*, que como categoría conceptual ha implicado numerosos intentos de definición. Sin embargo, lo cierto es que los teóricos que lo han estudiado no han logrado generar un único y universal concepto que defina lo que involucra, se asume que ello es debido a la multiplicidad de dimensiones que la componen, a la interrelación que existe entre sus componentes y a la postura disciplinar desde la cual se estudia; lo que hace de la medición integral de la calidad de vida un trabajo altamente complejo.

Respecto a la teoría del envejecimiento exitoso, se exponen sus postulados, los elementos que la componen y se presenta un panorama actual de estudios llevados a cabo por expertos que plasman ciertas acotaciones ante la propuesta realizada originariamente por los gerontólogos John W. Rowe y Robert L. Kahn a finales de la década de 1980.

El objetivo de este capítulo es formar un marco teórico-conceptual, mismo que tiene lugar tras llevar a cabo una revisión sistematizada de diversos documentos especializados en los temas de: calidad de vida, envejecimiento exitoso, personas mayores, vejez y envejecimiento, permitiendo la identificación de ciertos vínculos entre el constructo y el planteamiento teórico del envejecimiento exitoso.

1.1. Construcciones conceptuales de calidad de vida

El origen teórico-conceptual que ha dado paso a la creación del constructo calidad de vida puede situarse en distintos momentos históricos según el planteamiento del autor al que se haga referencia. Como señalan varios autores (Montes de Oca, 2010; Oddone, 2013; Schalock y Verdugo, 2003 y 2006; González-Celis, 2010), el estudio sistemático de la calidad de vida inicia en el siglo XX. Sin embargo, es a partir de 1980 que adquiere mayor relevancia.

Para Tonon (2010), el constructo calidad de vida (CV) tiene su origen en los años treinta y proviene de la economía, gracias al trabajo del economista británico Pigou quien

trató de calcular un “producto social neto” como resultado del costo social de las decisiones de gobierno, y con ello generó un concepto que iría más allá del impacto que hoy en día los gobernantes siguen calculando respecto a su imagen y aceptación social.

Otros autores como Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) refieren que el uso del constructo se remonta a mediados de los años cuarenta, tras la Segunda Guerra Mundial y se ligaba con la “seguridad financiera” que las personas percibían tener.

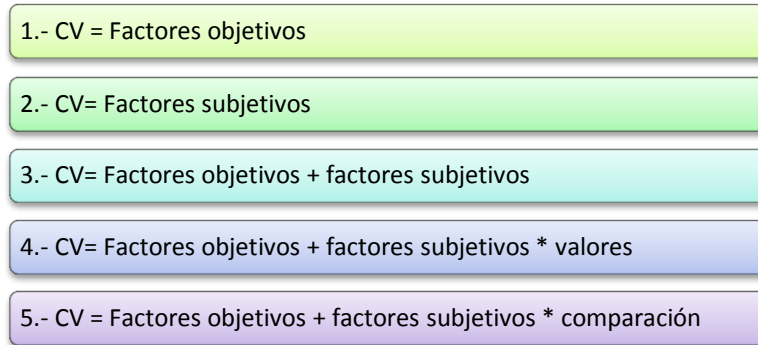
La filosofía y la ética, acorde a lo propuesto por Verdugo, Meda, Guzmán, Moy y Monroy (2007) discutieron los problemas del significado de la vida y las dimensiones espirituales del sufrimiento, señalan que otros autores ubican el origen del constructo en las ciencias médicas, desde donde se extendió rápidamente a la psicología y la sociología para desplazar a otros términos como bienestar y felicidad.

Fernández-Mayoralas y Rojo (2005) discuten el origen del constructo desde lo formulado por la Escuela de Chicago a mediados de 1960, bajo la concepción política, económica y social, de „indicadores sociales“. Señalan, que fue entre 1970 y 1980 cuando la CV fue conceptualizada como „bienestar objetivo“ o social, vinculándolo con satisfactores materiales. Mientras que existía también otra postura que desde la tradición anglosajona, entendía la calidad de vida como aquello relacionado con la experiencia de vida de la persona, es decir, con factores subjetivos.

Para las citadas autoras, la calidad de vida implica las condiciones de vida tanto como las evaluaciones subjetivas de vida, lo cual conecta con lo enunciado por Rowe y Kahn señalando que es la compleja interacción de los elementos teóricos, lo que daría paso a la consecución de un envejecimiento exitoso.

Con la finalidad de dotar de orden la evolución conceptual que el término „calidad de vida“ ha tenido, Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) señalan la existencia de cinco categorías mediante las cuales es posible identificar las posturas de análisis del constructo que han tenido lugar a través de los años. Cada una de las clasificaciones, focaliza y suma elementos y aspectos de estudio, de frente a un término que implica múltiples elementos y que hasta el momento ha sido imposible definir de manera universal.

Figura 1. Evolución conceptual de calidad de vida



Fuente: Elaboración propia con base en Urzúa y Caqueo-Urizar (2012)

La primera construcción conceptual creada para analizar la calidad de vida, fue bajo el entendimiento que conduce únicamente a la atención de las condiciones de vida objetivamente medibles. Desde este punto de vista, la calidad de vida se orienta más a la cantidad de satisfactores que a la calidad en los mismos y se aleja de un estándar aplicable a la población abierta, pues lo que es bueno objetivamente para un individuo puede no serlo para otro que se pueda encontrar en circunstancias semejantes a las del primero.

O'Boyle (1994, en Urzúa y Caqueo-Urizar 2012), plantea que la evaluación objetiva de CV asume que la salud, ambiente físico, ingresos, vivienda y otros indicadores observables y cuantificables son mediciones válidas y son estándares; sin embargo, la vinculación entre estos criterios objetivos y la calidad de vida percibida sería compleja y difícil de predecir.

La segunda categoría que proponen los autores, presenta la calidad de vida como sinónimo de satisfacción con la vida. Desde este punto de vista, se liga a la percepción individual e interna, completamente subjetiva que el sujeto tiene de sus circunstancias de vida, en donde la satisfacción personal es el marco de referencia para hacer mediciones, afectando directamente la apreciación objetiva de los factores que en ello inciden.

A partir esta categoría de estudio, como factor subjetivo, el bienestar es entendido como: "...satisfacción por la vida y felicidad, conceptualizándose también como la valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función de criterios propios" (González-Celis, 2010:367), dejando al descubierto la importancia que el

componente subjetivo adquiere al tratarse de estudiar la calidad de vida en diversas etapas de la vida.

La complejidad del constructo emerge al reconocer la relevancia que los factores objetivos (escolaridad, vivienda, ingreso, estado de salud, alimentación) y los factores subjetivos (bienestar, satisfacción con/por la vida, felicidad) tienen al interactuar y vincularse con la medición imparcial de la calidad de vida.

Al considerar ambos aspectos sin restar importancia a ninguno, se da paso a una tercera categorización del constructo, entendiendo a la calidad de vida como el resultado de la interacción entre las condiciones de vida y la satisfacción con la vida.

Desde esta perspectiva, las condiciones de vida pueden ser establecidas objetivamente mediante indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, los que sumados a la satisfacción con la vida proveniente de los sentimientos subjetivos sobre cada área, pueden ser reflejados en el bienestar general de los individuos.

Tonon (2010) en coincidencia con Schalock y Verdugo (2003), señala que fue el trabajo pionero de Campbell, Converse y Rodgers titulado *The quality of american life: perceptions, evaluation and satisfactions* en 1976, mediante el cual se manifestó la diferencia y complementariedad de los factores objetivos y subjetivos de la CV al explicar que es la compleja relación existente entre los factores objetivos (condiciones económicas – contexto social del individuo) y los factores subjetivos (estados emocionales percibidos por el individuo), lo que hace que el sujeto determine tener cierta calidad de vida.

La relación existente entre los factores es develada como básica y fundamental para el estudio, medición y valoración de la calidad de vida, lo que permite crear una cuarta categorización del constructo, que considera valores morales de la persona.

Bajo este planteamiento, la calidad de vida contempla factores objetivos así como evaluaciones subjetivas que el sujeto hace de su bienestar, cuya estimación está relacionada con los valores que el sujeto tiene. Así, la apreciación varía acorde a la percepción que el sujeto tenga del satisfactor en relación a sus valores. Por ejemplo, para una mujer tener acceso a la píldora anticonceptiva puede ser un factor objetivo de su calidad de vida,

mientras que de manera subjetiva y vinculado a sus valores, consentir su uso, implica un decremento en su calidad de vida. Sin embargo “el tener acceso a...”, ya significa por sí objetivamente, cierta calidad de vida, convirtiéndose en un proceso dinámico de mutua afectación.

Considerando que los valores varían con el tiempo, contexto histórico, el grupo social del que se trate y el lugar en donde se realiza la acción, la calidad de vida estaría ligada al momento en que se realiza su valoración, así como a la forma en cómo se mira el mundo, lo que incrementa la complejidad de medición del constructo.

En esta categoría se ubica la definición propuesta por la OMS, que con el objetivo de realizar estudios comparativos e internacionales convocó a investigadores especialistas para desarrollar un grupo de trabajo en calidad de vida, denominado “World Health Organization Quality Of Life Group” (WHOQOL) el cual, tras largos debates y análisis de contenido, propuso una definición de calidad de vida tratando de abarcar los aspectos objetivos, subjetivos y también aquello que representa para el sujeto que se ve reflejado en su sistema de valores, definiendo la calidad de vida como:

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 objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes (OMS, 1998:8).

Queda evidenciado, que se trata de un concepto muy amplio que está mediado de modo complejo por la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, y la relación con el entorno del individuo, en otras palabras, un concepto en cuyo análisis, la consideración de las dimensiones de estudio que lo conforman y la interrelación que tiene lugar entre ellas, es fundamental.

La quinta y última construcción conceptual de la calidad de vida identificada en la propuesta de los autores Urzúa y Caqueo-Urizar (2012), considera que la comparación y valoración de la calidad de vida que realiza el individuo dependerá de la relación establecida entre dos factores: por un lado, la valoración del dominio como tal, la cual lleva implícita la comparación, y por otro lado, la importancia que la persona otorgue a este

dominio, esta perspectiva integra a su explicación la teoría de la comparación social elaborada por Festinger en 1954, misma que no es motivo de este estudio.

Para González-Celis (2010), calidad de vida conlleva el estudio de ciertos aspectos que permiten su análisis y se relacionan con el sujeto, comprendiendo:

Primero, aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional; después el acceso a los recursos y las oportunidades; y por último la sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones se designan como calidad de vida objetiva mientras que la última se considera como calidad de vida subjetiva (González-Celis, 2010:367).

Schalock y Verdugo (2007) proponen otra definición de CV en la que más que un concepto, identifican los elementos que la conforman y señalan que:

La calidad de vida es un estado deseado de bienestar personal que: a) es multidimensional, b) tienen propiedades éticas -universales- y émicas¹ -ligadas a la cultura-; c) tiene componentes objetivos y subjetivos, y d) está influenciada por factores personales y ambientales (Schalock y Verdugo, 2007: 22).

Fernández-Ballesteros (1997) plantea que la literatura sobre calidad de vida concuerda fundamentalmente en tres cosas:

1. Es subjetiva.
2. El puntaje asignado a cada dimensión es diferente en cada persona.
3. El valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida.

La autora deja la puerta abierta para la discusión en torno a la conformación del constructo. Por una parte en relación a si la calidad de vida corresponde directamente a una percepción subjetiva de la persona sobre ciertas condiciones, o bien, incluir además de esta percepción, la evaluación objetiva de las mismas condiciones y por otra parte en cuanto a si la calidad

¹ Desde la antropología social, refiere a la visión que tiene la cultura de sí misma.

de vida se refiere a un concepto representativo (el propio sujeto establece sus componentes) o bien universal (estableciendo un criterio general para todos los sujetos).

Las premisas anteriores suman a la postura de Schallock y colaboradores (2002) quienes señalan que el constructo „calidad de vida“ implica fundamentalmente cuatro aspectos:

1. La percepción del individuo como la que determinará la calidad de vida más allá de la relación existente entre los factores objetivos y subjetivos.
2. La satisfacción de necesidades y la oportunidad de mejora están ligadas a la calidad de vida.
3. Como condición universal para los seres vivos, particularmente seres humanos, está vinculada a las relaciones entre los indicadores que son importantes para las personas.
4. Reconocer su multidimensionalidad y la influencia de factores personales y ambientales en su valoración.

Es de relevancia notar que en el estudio de la calidad de vida, no existe un único modo de entender sus implicaciones y la forma en que se analice y entienda la CV llevara al investigador a jerarquizar de distinta manera sus elementos de estudio, así como a la consideración de ciertos elementos del contexto de los sujetos, lo cual dificulta su operacionalización.

En esta tesis se considera que el trabajo conceptual desarrollado por la OMS, sostiene la idea central de una evaluación subjetiva y multidimensional de la calidad de vida que se integre en un contexto cultural, social y ambiental. Lo que implica notar la influencia de los valores individuales como la salud física de la persona mayor, su estado psicológico, su nivel de independencia y sus relaciones sociales, que a su vez se manifiestan en los valores sociales culturalmente aceptados y es afectado por los elementos esenciales de su entorno.

Al ser ésta la perspectiva de un organismo internacional, se reconoce que bajo este paradigma se han llevado a cabo numerosos estudios que consideran la influencia de los

factores que se toman en cuenta para la valoración de la calidad de vida. Sin embargo, no hay que dejar de lado ni perder de vista que, dada la complejidad del constructo, la definición propuesta por el WHOQoL Group, no es única ni inequívoca, aunque sí pretende ser transcultural.

1.1.1. Calidad de vida en personas mayores

Para definir el momento en el que las personas llegan a la vejez existen diferentes criterios. Acorde con Fernández-Ballesteros (2000) el criterio cronológico se vincula al desarrollo o deterioro fisiológico del organismo con parámetros de edad determinados. Esta clasificación se estableció a partir del pensamiento tradicional que tiende a asociar a la vejez con la decrepitud física, con la dependencia y con un estado de salud de pérdida.

Según el criterio cronológico, la vejez comienza a los 60 o 65 años constituyendo la frontera a dicha etapa o periodo evolutivo. En el campo de la gerontología es reconocida la clasificación sugerida por Bernice Neugarten en la cual distingue cuatro grupos: los viejos-jóvenes de 65-74 años, los viejos-viejos de 75-84 años, los viejos-longevos de 85-99 años y los centenarios mayores de 100 años, aunque señala “A lo largo de la vida adulta, la edad se ha convertido en un factor de predicción poco fiable en cuanto a la cronología de los acontecimientos de la vida...” (Neugarten, 1999:78)

Acorde a lo descrito por Blanco (2010), hacer referencia al envejecimiento del ser humano alude al conjunto de cambios tanto fisiológicos como funcionales que se producen en relación con el paso del tiempo y que se puede manifestar en un envejecimiento normal o fisiológico, que serían los cambios esperados en relación con la edad del individuo, y un envejecimiento patológico, que vendría determinado por la acción sobre el individuo de agentes externos (enfermedades) en detrimento de su calidad de vida.

De acuerdo con Montes de Oca (2010), otro criterio es aquel que se vincula con la idea de una vejez funcional, que considera la aparición de limitaciones físicas, discapacidades y enfermedades. En general este criterio tiene que ver con la óptica deficitaria de la vejez que ocurre al disminuir la autonomía vital del ser humano y considerar como negativo la totalidad de esta etapa de la vida.

Bajo el planteamiento de la autora, se identifica una tercer postura que define la vejez sólo como una etapa de la vida y desde el construccionismo social hace de ella algo que se modifica según el contexto histórico-social en el que se estudie.

Si bien las personas mayores no dejan de ser individuos, es decir; dueños de su individualidad, la mirada social que de ellos se tiene puede ser negativa y discriminatoria. Empero, valga la pena decir que cada uno envejecerá a su manera y dependiendo de sus circunstancias, por lo que incorporar visiones multifactoriales que analicen aspectos sociales como las diferencias socio-económicas, el nivel educativo, el ingreso económico y su relación con el proceso de envejecimiento que se experimenta, permite un acercamiento integral al estudio de la calidad de vida en personas mayores, lo que no disminuye su complejidad, puesto que se requiere un análisis complementario a partir de múltiples miradas disciplinares sobre el objeto de estudio.

En el año 2000, la relación de estudio entre la calidad de vida (hasta entonces vista como categoría aplicable a toda la población sin distinción etaria) y las personas mayores, se hace evidente alrededor del mundo debido al reconocimiento que se da al proceso de envejecimiento demográfico generalizado. A partir de entonces, la producción científica ha aumentado considerablemente, contribuyendo a la generación de conocimiento respecto a ambos tópicos, ya de manera conjunta.

Para López (2013) las variables psicosociales son las que mejor explican el llamado éxito en la vejez, de tal manera que, como parte de la discusión conceptual, se logró identificar que la capacidad cognitiva y el apoyo social fungen como fuertes determinantes del envejecimiento exitoso.

Por su parte, Millán (2011) explica que la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son estrategias básicas para incrementar o mantener la calidad de vida en la vejez, puesto que es en la salud (en su más amplio sentido de bienestar biopsicosocial y funcional) en donde se refleja la capacidad de afrontar la vejez con éxito de las personas mayores y menciona que:

La calidad de vida que se disfrutará en la etapa de la vejez será el resultado de una serie de vivencias previas, experiencias, aprendizaje, estados de salud, accidentes y otras muchas circunstancias, que harán que el modo en que seamos capaces de afrontarla sea muy variable y no únicamente referido al término cronológico de edad. Sujetos con la misma edad llegarán a ella en diferentes circunstancias que harán que la perciban de diferente manera (Millán, 2011:8).

Fernández-Ballesteros (1993) refiere al propio perfil de las personas mayores, en el que influyen factores importantes sólo para ese grupo etario. Aspectos subjetivos como objetivos deberían ser considerados al momento de definir operativamente el constructo, por lo que la valoración de la calidad de vida debería ser multimetódica y debiera contener distintos componentes de medición. Ya que hay que tener en consideración que „calidad de vida“ es un constructo caracterizado por la subjetividad, la multidimensionalidad, el abordaje multidisciplinario y además, que considera la presencia de dimensiones positivas y negativas, la vinculación entre éste y la satisfacción por/con la vida, bienestar, felicidad, aspiraciones, expectativas, motivaciones, sentimientos y valores del ser humano es innegable y compleja.

La misma científica social señala que la calidad de vida implica complejidad y necesidad de abstracción, por lo que “ha de partirse de una conceptualización teórica, que concluya con una definición operacional de calidad de vida, que deberá ser puesto a prueba empíricamente” (Fernández-Ballesteros, 1993:4).

Bajo esta postura, existe acuerdo entre los autores al considerar que la calidad de vida está compuesta por factores objetivos y subjetivos, cuyo valor es otorgado por el sujeto, considerando la influencia de los idearios morales que norman la conducta del individuo y que cambia acorde al momento y contexto en que se realice su estudio, especialmente durante la vejez, etapa de vida marcada socialmente por cambios y por la existencia de nuevos roles.

Al analizar la calidad de vida en la vejez, Aranibar (2001) considera tres ideas centrales. En primer lugar, la especificidad del concepto según el contexto de referencia,

puesto que la vejez presenta elementos distintos a los que tienen lugar en otros grupos de edad, en segundo lugar, su multidimensionalidad, por lo que se deben considerar factores personales, como socioambientales los cuáles varían de acuerdo a la edad de las personas, y finalmente, en coincidencia con otros autores como González-Celis (2010), Fernández-Ballesteros (1993), López (2013) y Millán (2011), entre otros; para estudiar la calidad de vida en las personas mayores han de tomarse en cuenta aspectos subjetivos y objetivos de apreciación sobre las distintas dimensiones que componen la calidad de vida.

Osorio, Torrejón y Vogel (2008) señalan que al analizar la calidad de vida de las personas mayores debe tenerse atención en los aspectos relacionados con la percepción que de ella tienen los propios sujetos, la evaluación que realizan de su entorno socioambiental y de las alternativas propiciadas por los gobiernos, así como de la trayectoria de vida de los sujetos, puesto que ésta dota de significado a los elementos y aspectos que conforman la calidad de vida que si bien son comunes con otros grupos etarios no trascienden de la misma forma.

Acorde con Yanguas (2006) la calidad de vida en la vejez es multidimensional y comprende componentes tanto objetivos como subjetivos, cuya evaluación incluye tres dimensiones básicas: funcionamiento psicológico, funcionamiento social y funcionamiento físico; por lo que se debe tomar en cuenta en principio la percepción que tiene la persona de la satisfacción vital, tanto como los factores ambientales.

Al estudiar la calidad de vida de las personas mayores es factible reflexionar sobre las variables que permiten realizar ciertas estimaciones a partir de la etapa de vida que se está viviendo, considerando los cambios propios que el ser humano enfrenta de manera natural como parte del proceso de envejecimiento, consiguiendo relacionarlos con indicadores de salud, habilidades funcionales, seguridad financiera, actividades diarias, apoyo familiar, participación social, actividad física y acceso a oportunidades para mantenerse productivo socialmente.

En 1997, Fernández-Ballesteros identificó factores que permiten la medición de la calidad de vida en personas mayores tales como: el estado mental, el nivel de salud, las capacidades funcionales, el nivel de actividad y de ocio, la integración social, la

satisfacción con la vida, acceso a servicios sociales y de salud, sumados a las condiciones económicas, culturales y educativas de los personas mayores. La aportación de sus análisis realizados mediante el uso de distintas variables, abonan al conocimiento sobre la calidad de vida en PM lo que permite determinar factores de riesgo que en la medida que sean prevenidos coadyuvarán a la reducción de la vulnerabilidad en esta población.

1.1.2. Elementos para la evaluación de la calidad de vida

Respecto a las formas de evaluación de la calidad de vida, desde las Ciencias Sociales se pretende un acercamiento objetivo a través de técnicas de investigación que admitan y respeten la parte subjetiva que conlleva el constructo, sin comprometer un acercamiento a la realidad de la forma más científica y objetiva posible.

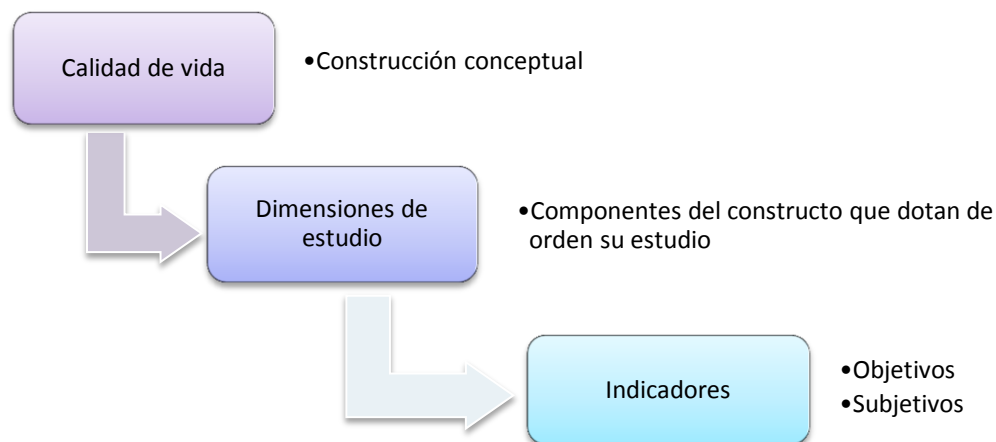
En cuanto a las distintas maneras de valorar la calidad de vida, González-Celis (2010) apunta que ésta puede realizarse de dos formas:

1. Mediante un tercero que mida criterios externos al sujeto usando indicadores objetivos, como por ejemplo, aquéllos relacionados con la funcionalidad física, psicológica y social del individuo, así como las oportunidades y acceso a recursos que tiene, es decir de manera externa.
2. Vinculada con el valor que el propio sujeto otorga a la satisfacción con/por la vida, la felicidad y el bienestar que percibe, es decir una evaluación interna, que priorice la apreciación subjetiva del individuo.

Sin embargo podría parecer que la existencia de una evaluación realizada por un tercero que determine los factores que influyen en la calidad de vida obedece más a un sistema estructural dominante, que al propio sujeto, es decir, es un tercero ajeno a la realidad del sujeto quien impone los estándares de medición que permiten ubicar el nivel de calidad de vida de los seres humanos, dejando de lado lo que el propio sujeto considera para sí, lo que se contrapone a la idea respecto a que es la propia percepción del sujeto, la que mayor influencia tiene sobre la valoración que se realiza de la calidad de vida.

Si bien es cierto que la medición, evaluación y/o valoración de la CV es dirigida muchas de las veces por aspectos subjetivos que responden al contexto del sujeto, es necesario establecer diferenciaciones entre grados de satisfacción, lo que permitirá estudiar mejor los datos. Dichas diferencias serán establecidas mediante la interrelación entre los indicadores que componen las dimensiones de estudio de la calidad de vida y éstas mismas.

Figura 2. Elementos para la evaluación de la calidad de vida



Fuente: Elaboración propia con base en la revisión documental realizada

Por otra parte, la evaluación de la calidad de vida puede realizarse a través de diversos instrumentos que se enfocan en distintos elementos. Algunos tipos de instrumentos de medición identificados por la OMS (2006) son:

- **Globales:** Intentan evaluar la calidad de vida de la manera más amplia posible
- **Unidimensionales:** Se concentran en valorar un dominio particular de la calidad de vida
- **Genéricos:** Tienen sobre todo fines descriptivos y permiten establecer comparaciones entre distintos grupos de estudio
- **Específicos:** Mayoritariamente usados en el ámbito médico para medir la calidad de vida de pacientes con determinados diagnósticos

Además de tener en consideración la estrategia de investigación que se emplee, existe consenso entre los expertos al señalar que analizar la calidad de vida mediante ciertas

dimensiones previamente identificadas, dota de orden el estudio del constructo y previene a quien lo indaga, de perderse en la información relacionada con los indicadores objetivos y subjetivos evaluados, esto debido a su naturaleza multidimensional.

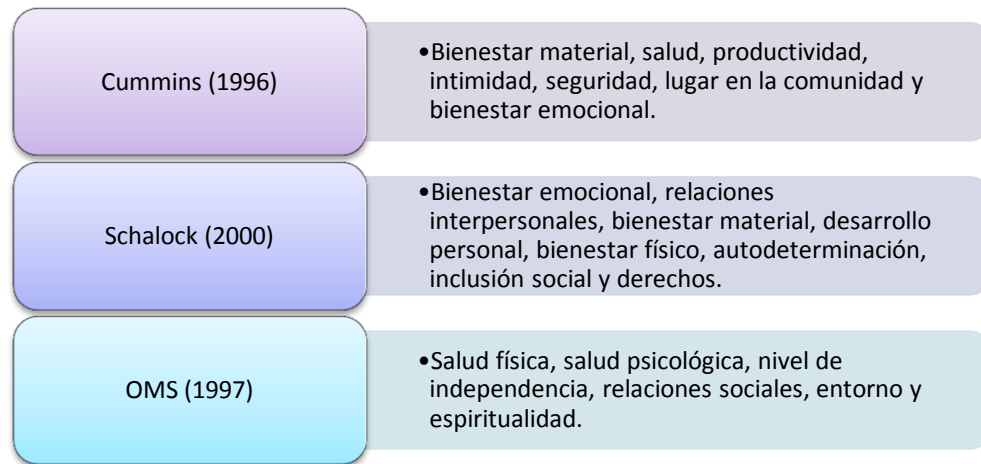
1.1.2.1. Dimensiones de la calidad de vida

Las dimensiones de estudio de la calidad de vida son aquellos aspectos que engloban una serie de indicadores y que en conjunto permiten la evaluación de la calidad de vida de las personas. Es necesario reconocer que las siguientes, no son las únicas dimensiones relacionadas con la medición de la calidad de vida; sin embargo, sí es posible vislumbrar un uso recurrente en los estudios científicos revisados como parte del desarrollo de esta investigación.

De los trabajos realizados por Fernández-Ballesteros (1993 y 1997) se rescata desde una perspectiva teórica y empírica, que la calidad de vida se relaciona con dimensiones tales como salud, habilidades funcionales, condiciones económicas, relaciones sociales, actividad, servicios sociales y sanitarios, satisfacción con la vida y oportunidades culturales y de aprendizaje.

Schalock (2003) ubica a partir de los aportes de Cummins y del grupo de trabajo de la OMS, así como de sus propias investigaciones, la existencia de dimensiones centrales que permiten el análisis de la CV, y menciona que éstas permiten la generación de indicadores (objetivos y subjetivos) que obedecen a un enfoque ecológico. Como consecuencia, se mide el constructo a través de múltiples enfoques en función de la pertenencia a las dimensiones de estudio ubicadas. Para estos tres autores la calidad de vida implica considerar el estudio de dimensiones centrales similares. La salud física y psicológica denotan un papel de suma importancia, mientras que el entorno social, el medio ambiente, la espiritualidad y la participación social, tienen un aparente papel secundario.

Figura 3. Dimensiones de estudio de la calidad de vida



Fuente: Elaboración propia con base en Schalock y Verdugo (2003)

Cada una de las dimensiones abordadas por los autores refiere a un aspecto cuyos elementos de evaluación o indicadores darían como resultado un acercamiento a la estimación de la calidad de vida de la o el grupo de personas estudiadas.

La salud física, la salud psicológica y las relaciones sociales o interpersonales son dimensiones fundamentales para el estudio de la calidad de vida, en el sentido que todo ser humano valora su vida a partir de aspectos básicos relativos a estas dimensiones.

1.1.2.2. Indicadores de calidad de vida

Las dimensiones de estudio de la calidad de vida se valoran a través del uso de ciertos indicadores que pueden corresponderse con distintos niveles de análisis.

Existen indicadores que dan cuenta del nivel más personal y subjetivo del sujeto, como la alegría, la intimidad o la autonomía, entre otros. Aquellos indicadores que responden al nivel social serían: vida familiar, propiedades, oportunidades de mejora y desarrollo, entre otras, y existen indicadores que responden a aspectos también externos y además ajenos a la persona, tales como los relacionados con seguridad pública, nivel socioeconómico y el marco jurídico y constitucional.

Cada indicador podría relacionarse con factores objetivos o subjetivos, por lo que los indicadores adquieren un papel central en este sentido al señalar las condiciones

específicas de cierta dimensión, reflejando la valoración personal de la calidad de vida que el sujeto realiza.

Los indicadores serían las particularidades de las dimensiones de estudio. Las percepciones, conductas o condiciones específicas de una persona (o grupo etario) respecto de la dimensión y conduce a dar cuenta de su calidad de vida.

A) Indicadores objetivos

En cuanto a la medición mediante indicadores objetivos, Diener y Suh (1997), los definen de la siguiente manera:

...medidas que reflejan las circunstancias objetivas de las personas dentro de una unidad cultural o geográfica, dichas medidas se caracterizan por estar basados en estadísticas objetivas y cuantitativas y no en percepciones subjetivas del ambiente social (Diener y Suh; 1997:192).

Acorde con Ruvalcaba, Salazar y Fernández (2012) algunos ejemplos de estos indicadores son: la vivienda, alimentación, vestimenta, educación, salud y empleo, que bajo la óptica generalizada de los factores que construyen la calidad de vida pertenecen a los objetivos, los visibles, los que provocan cierta satisfacción al individuo; mientras que los indicadores subjetivos obedecerían a las percepciones individuales sobre la vida en las dimensiones de estudio.

Se retoma el planteamiento de Campell (1981 citado por Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012) para continuar con el trabajo de apreciación sobre la calidad de vida efectuada por el individuo, en el cual señala que:

Las personas juzgan su situación objetiva en cada uno de los dominios evaluados de acuerdo a estándares de comparación basados en aspiraciones, expectativas, sentimientos o lo que podría ser justo tomando como referencia a un grupo de comparación, necesidades personales y valores (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012:66).

Derivado de lo anterior, la calidad de vida sería la diferencia existente entre la comparación de un estado ideal y un estado real de vida, dejando clara la implicación de lo subjetivo (valoración de la mente) ante lo objetivo (satisfactor al cual se tiene acceso) y el punto de comparación sería ostentado por un tercero, conformando una manera de medir (bajo parámetros externos) la calidad de vida del individuo.

B) Indicadores subjetivos

Al considerar la presencia de factores subjetivos para la evaluación de la calidad de vida, Nieto (1998, citado en González-Celis, 2010), señala que:

El concepto de calidad de vida hace referencia a un proceso dinámico que ha sufrido profundas modificaciones en las tres últimas décadas, evolucionando desde una concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se incluyen los aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida, siendo estos últimos los que adquieren mayor relevancia (González-Celis, 2010:367)

En este sentido, el ambiente social sería evaluado por factores subjetivos como el sentimiento de bienestar que goza la persona al tener acceso a cierto tipo de satisfactor, alimento por ejemplo, que a su vez podría no resultar tan satisfactorio (subjetivamente) si el alimento al que se tiene acceso no es aquel que se quiere, sino al cual es posible acceder, en este sentido es el propio sujeto quien valora subjetivamente el alimento, necesidad fisiológica que objetivamente estaría cubierta y reflejaría en sí, cierta calidad de vida.

1.1.2.3 Instrumentos para la evaluación de la calidad de vida

Respecto a los instrumentos de medición de la calidad de vida que son referidos en la literatura consultada es posible identificar en la literatura más de 200 materiales que tienen como objetivo la evaluación de la calidad de vida.

Existe evidencia suficiente de múltiples formas de evaluación, contemplando escalas de bienestar, escalas de felicidad, escalas de satisfacción con la vida, las cuales consideran aspectos relacionados con: la movilidad física, el medio y espacio de

convivencia de la persona, el acceso a satisfactores varios, afecciones por causas naturales, afecciones debidas a accidentes, relaciones interpersonales, actividades de entretenimiento y ocio, entre muchos otros aspectos evaluados, todos relativos a diversos aspectos de la vejez.

Entre los instrumentos que son referidos en los reportes consultados, se encuentran algunos cuestionarios como el SEIQoL-DW, el cuestionario de bienestar psicológico de Ryff, el formulario SF-12, el SF-36, así como el WHOQOL 100, Bref y Old, los cuales consideran para el análisis de la calidad de vida factores relacionados con el bienestar físico, el bienestar psicológico, el medio ambiente, la participación social, las actividades cotidianas y las relaciones interpersonales, entre otros.

En lo que atañe a la importancia del diseño de los instrumentos, existe consenso entre los autores en que éste es parte fundamental para el desarrollo de las investigaciones. Lo que explica el por qué varios de ellos han sido validados en diversos idiomas y contextos socioculturales. Sobresale el hecho de que el instrumento, debe contemplar y procurar la medición objetiva de la calidad de vida a través de indicadores que reflejen sus dimensiones de estudio y que consideren la existencia de factores objetivos y subjetivos, los cuales intervendrán en la valoración que efectúen los sujetos de estudio.

Como organismo de relevancia internacional que incide en el diseño de políticas públicas y en la manera de estudiar los fenómenos sociales, la OMS diseñó un instrumento propio de tipo genérico que con una visión transcultural buscó que fuese factible establecer comparaciones entre los distintos contextos y las distintas poblaciones del mundo, respetando la percepción del individuo y sobre todo que tuviese el rigor metodológico solicitado por la comunidad científica.

En 1997, la organización realizó una valoración y selección de ciertos indicadores de calidad de vida a nivel transcultural, logrando identificar seis dimensiones centrales de calidad de vida, cuyos indicadores pueden ser evaluados por cualquier población, sin importar su edad, raza, género e incluso el ámbito cultural al cual se pertenezca, puesto que se consideran dimensiones universales de bienestar que se estima, facilitan la comprensión

del constructo, al ser entendidas como los factores que forman parte del bienestar personal, da a conocer el instrumento WHOQoL 100.

Tabla 1. Dimensiones e indicadores de calidad de vida identificados por la OMS

Dimensión	Indicadores
Salud física	Energía Dolor Descanso
Salud psicológica	Sentimientos negativos/positivos Autoestima Función cognitiva
Nivel de independencia	Movilidad Actividades de la vida diaria Capacidad de trabajo
Relaciones sociales	Apoyo emocional/instrumental Relaciones personales Participación en la vida comunitaria
Medio ambiente	Recursos económicos Acceso a servicios básicos de vivienda Entorno (infraestructura y medio ambiente)
Espiritualidad	Creencias personales

Fuente: Elaboración propia con base en OMS (1997)

Posteriormente desarrolla una versión breve (instrumento Bref) de sólo 26 ítems, considerando cuatro dimensiones de estudio de la calidad de vida aplicable a cualquier grupo de población.

Conforme la transición demográfica fue ganando relevancia alrededor del mundo, sumado a la acumulación de evidencia científica sobre la importancia del estudio de la calidad de vida de las personas mayores, en 2006, la OMS publicó el manual de uso del instrumento WHOQoL – Old, mismo que considera seis dimensiones que obtienen mayor relevancia al evaluar a personas mayores.

Con este instrumento se pone de manifiesto la importancia del estudio de la calidad de vida en PM y la consideración de la visión particular de los sujetos hacia sus condiciones de vida. Como parte de la valoración realizada se reconoce la consecución o no de satisfactores, que durante la vejez adquieren importancia al realizar su evaluación, además de que se reconoce el papel protagónico de la salud y lo relacionado con ella como parte importante para el logro de un envejecimiento exitoso.

Tabla 2. Dimensiones e indicadores de calidad de vida en personas mayores acorde a la OMS

Dimensión	Indicadores
Habilidad sensorial	Funcionamiento de los sentidos
Autonomía	Independencia Capacidad de tomar sus propias decisiones
Actividades pasadas, presentes y futuras	Satisfacción con los logros alcanzados Pensamientos futuros
Participación social	Participación en actividades de la vida diaria
Muerte y agonía	Preocupaciones y miedos respecto a la muerte y el morir
Intimidad	Capacidad de tener relaciones de afecto íntimo

Fuente: Elaboración propia con base en OMS (2006)

La suma de las diez dimensiones de calidad de vida consideradas por la OMS en estos instrumentos, permiten una aproximación a distintas explicaciones respecto al proceso de envejecimiento que experimentan las personas, el cual puede identificarse como normal, patológico o exitoso.

1.2. Teoría del Envejecimiento Exitoso

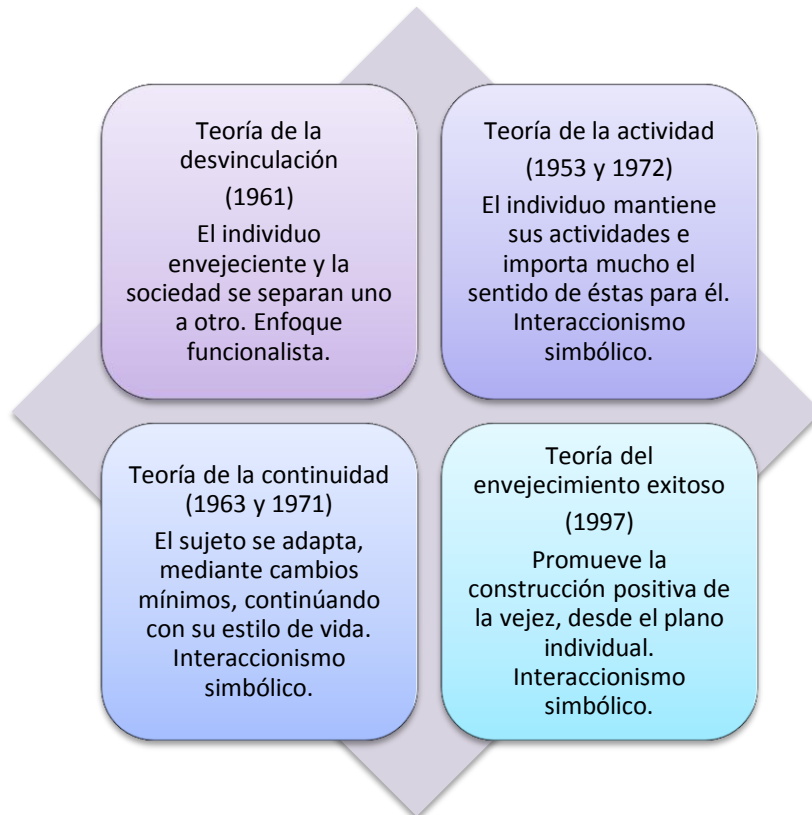
El estudio científico del envejecimiento a través de las teorías de gerontología sociológicas, adquirió mayor relevancia a partir de la segunda mitad del siglo XX, aunque han existido distintos periodos históricos que han permitido formar un cuerpo teórico amplio en torno a esta etapa de la vida.

Señala Díaz-Tendero (2011) que en un primer momento de su desarrollo, las teorías gerontológicas estuvieron centradas en el estudio de la vejez, privilegiando la perspectiva del individuo. En un segundo momento, trataron la relación existente entre la estructura social y el envejecimiento. Finalmente en una tercera etapa teórica evolutiva, el enfoque individual (micro) se suma al enfoque estructural (macro), integrando conocimientos que permiten estudiar de distintas maneras los aspectos sociales alrededor del envejecimiento humano.

Las teorías gerontológicas de primera generación acorde con la autora, tienen gran influencia de la psicología social en sus proposiciones, y sus fundamentos teóricos tienen lugar en las corrientes sociológicas del interaccionismo simbólico y del funcionalismo

estructural. Por lo tanto, es posible explicar su centralidad en el individuo (Díaz-Tendero, 2012).

Figura 4. Teorías gerontológicas de primera generación (micro)



Fuente: Elaboración propia con base en Díaz-Tendero (2012)

Desde planteamiento de Díaz-Tendero (2012), los principales exponentes de las teorías gerontológicas micro son:

- Cumming y Henry en 1961, con la teoría de la desvinculación
- Havighurst y Albrecht en 1953, con la teoría de la actividad, renovada en 1972 por Lemon, Bengston y Peterson.
- La teoría de la continuidad que surge en 1963 propuesta por Rosow y en 1971 al amparo de Atchley.
- Rowe y Kahn, primero en 1987 y después en 1997 con la teoría del envejecimiento exitoso.

Concuerdan Díaz-Tendero (2011) y Oddone (2013) que fue durante los años sesenta que los distintos marcos teóricos de gerontología social comenzaron a contemplar términos como: compromiso-descompromiso, actividad, adaptación-inadaptación, roles, normas. Al privilegiar la óptica del sujeto, las categorías de análisis relacionadas con las formas de actividad/participación y el grado de satisfacción con la vida adquirieron suma importancia dentro de los trabajos de estudio de la vejez.

Resultado del estudio, análisis y conocimiento profundo de las premisas y postulados de las teorías de la actividad y de la continuidad (principalmente), los científicos sociales Jhon W. Rowe y Robert L. Kahn, generan formalmente en 1997, la teoría del envejecimiento exitoso.

El término envejecimiento exitoso (EE) o satisfactorio se puede ubicar, según Montenegro y Melgar (2012) en la literatura de los años cuarenta del siglo pasado. Lawton fue quien lo introdujo como una forma de estudio después de la Segunda Guerra Mundial, sin embargo, es en los años sesenta cuando comienza a ser más referido y adquiere notoriedad al ser rescatado por Rowe y Kahn en 1987, cuando publican los resultados de su trabajo investigativo *Human aging: usual and successful*.

En la obra referida, los autores consideran la heterogeneidad que envejecer conlleva y resaltan factores bio-psico-sociales que pueden actuar como estímulos positivos o negativos del proceso en el sujeto, acercándose a la generación de explicaciones que permitieran modificar el paradigma deficitario de la vejez dando paso a concepciones positivas que distinguen entre envejecimiento usual (no patológico pero con alto riesgo) y exitoso (con bajo riesgo y alta funcionalidad) como estados no anómalos de la persona.

Diez años después, los gerontólogos publicaron *Successful aging*, convirtiéndose en el artículo científico primordial para entender con mayor profundidad el paradigma propuesto por Rowe y Kahn.

Conforme lo refieren diversos autores (Rowe y Kahn, 1997; Blanco, 2010; Díaz-Tendero, 2011; Millán, 2011, Belando, 2006), el envejecimiento exitoso se define como el fenómeno que tiene lugar al interrelacionarse tres componentes clave que son: a) baja

probabilidad de enfermedad y de discapacidad relacionada, b) alta capacidad funcional física y cognitiva y, c) compromiso activo con la vida.

La producción teórica permite identificar que la reciprocidad entre estos elementos genera una imagen positiva de las personas mayores, y en el plano individual se obtiene un efecto dominó favorable, puesto que la ausencia de enfermedad o discapacidad impacta en el mantenimiento de las funciones físicas y psicológicas; y a su vez, mantener éstas últimas facilita una participación activa en la vida.

Como es señalado por los propios autores (Rowe y Kahn, 1997), el EE es más que la ausencia de enfermedad y el mantenimiento de las capacidades funcionales. Y pese a que ambos son componentes sumamente importantes, es su combinación con el tercer elemento (compromiso activo con la vida) lo que da mayor representatividad al concepto y aumenta su complejidad.

Figura 5. Componentes clave del envejecimiento exitoso

Envejecimiento exitoso		
<p>1.- Baja probabilidad de enfermedad y discapacidad relacionada.</p> <p>Bienestar físico y presencia limitada de diagnósticos que conlleven riesgos de comorbilidad. Impacto de factores internos y externos en la salud.</p> <p>p.e. diabetes - glaucoma - ceguera</p>	<p>2.- Alta funcionalidad física y cognitiva.</p> <p>Relacionada con la capacidad sensorial, aprendizaje y memoria a corto plazo, autonomía, autoeficacia, plasticidad para cambios positivos.</p> <p>p.e. aprender nuevas cosas (f.cognitiva) y asistir a la clase (f. física)</p>	<p>3.- Compromiso activo con la vida.</p> <p>Participar en actividades comunitarias, familiares, de recreación, que favorezcan las relaciones sociales, contar con apoyo emocional e instrumental.</p> <p>p.e. sentido y acción de pertenencia social</p>

Fuente: Elaboración propia con base en Rowe y Kahn (1997)

Relativo al componente “salud y discapacidad”, explican los autores Rowe y Kahn (1997) que además de la existencia de un diagnóstico, tiene que ver con la ausencia, presencia o severidad de factores de riesgo para padecer la enfermedad.

En cuanto a los factores de riesgo de enfermedad durante la vejez, existe una diferenciación entre el impacto que tienen sobre la salud del sujeto aquellos factores propios como son los antecedentes heredo-familiares o genéticos, y los externos como es el

estilo de vida y el medio ambiente, lo que modifica las características del proceso de envejecimiento.

El segundo elemento refiere componentes físicos y cognitivos que potencian la actividad que la persona realiza, indicando lo que ésta puede hacer, mas no lo que en efecto hace. El mantenimiento de la función cognitiva, se relaciona con la prevención de la pérdida de memoria, así como con el retraso de procesos de deterioro cognitivo y futuras demencias, lo que limitaría considerablemente la participación de la persona mayor en sus actividades cotidianas. Destacan los citados autores, que intervenciones profesionales relacionadas con procesos educativos, que involucran lectura, juegos lúdicos, movimiento corporal y ocupación de la mente, sirven como factores de protección frente a pérdidas de la función cognitiva y física.

En relación al tercer elemento, para Rowe y Kahn, el compromiso activo con la vida involucra por un lado, el gozo de relaciones interpersonales que provean soporte emocional, intercambio de información y apoyo instrumental; y por el otro, la actividad productiva es entendida como aquella que “*crea valor societal*”(Rowe y Kahn, 1997:434), éste es entendido como aquel que genera cohesión, resiliencia y sustentabilidad a la persona mayor, lo que aleja el termino del sentido puramente económico que se le da a la „producción“; haciendo posible referirse a la realización de actividades de servicio, académicas, de recreación, de ocio, entre otras, de manera familiar, grupal o comunitaria.

Esta postura teórica promueve que el envejecimiento debe abordarse de manera multidimensional, lo que permite intervenir sobre aspectos relacionados con la prevención de enfermedades y discapacidad, el mantenimiento físico y cognitivo, así como en las actividades que implican las relaciones sociales del adulto mayor, reduciendo de esta forma los efectos negativos que el envejecimiento puede tener sobre el bienestar de la persona.

Desde Blanco Molina (2010) una adecuada definición de EE, por consiguiente, debe, según Baltes y Baltes (1993): “contemplar una visión sistémica y una perspectiva ecológica, donde indicadores subjetivos y objetivos necesitan ser considerados dentro del contexto cultural en donde viva el sujeto, con su contenido particular y sus demandas ecológicas” (Blanco, 2010:13).

Mientras que para Rowe y Kahn, existen patrones potencialmente modificables como la actividad física, el apoyo social, el sentido de autoeficacia, que más allá de las enfermedades y las condiciones sociodemográficas, impactarían de manera favorable en el sujeto durante su vejez.

En su más reciente publicación, los propios Rowe y Kahn (2015) señalan que existen más de 100 variaciones del modelo originalmente propuesto por ellos y que algunas de ellas hacen énfasis en aspectos sociales que influyen en el logro de un proceso exitoso de envejecimiento.

Reconocen que características individuales tales como la raza, el género, la orientación sexual y el nivel socioeconómico, así como ciertas influencias macrosociales como la economía, las instituciones, las leyes, la tecnología y el propio diseño urbano, entre otras, sumados a los desafíos que implica la transición demográfica alrededor del mundo, impactan en la capacidad del individuo para envejecer exitosamente.

Concentrados en los aspectos positivos del proceso de envejecimiento y en el rescate de capital humano de los personas mayores, Olshansky y colaboradores (2007) señalan la existencia de lo que llaman “*el dividendo de longevidad*”, el cual se concentra en los aspectos positivos que surgen en medio de una sociedad que envejece y urgen a su aprovechamiento desde el campo de la investigación y las políticas públicas.

Como parte de la nueva ola de este enfoque teórico, proponen que la investigación gerontológica busque identificar los obstáculos institucionales y estructurales que enfrenta el EE, y que sus hallazgos sean aplicables para el desarrollo de políticas públicas, estrategias, programas educativos adaptados y ajustados, formas de trabajo y lugares de empleo, planes de retiro, y diseño de espacios que satisfagan las necesidades emergentes de una población envejecida. Señalando la importancia de la preparación para el retiro, las expectativas y el curso de vida, así como la creación de nuevos roles y responsabilidades para las personas mayores, pues sostienen que en la hechura de las políticas públicas continúa considerándose el retiro laboral como el fin de la vida productiva de la persona.

1.2.1 Trascendencia de la teoría del envejecimiento exitoso

Algunos de los alcances que la teoría del envejecimiento exitoso ha tenido se extienden a espacios de debate internacional, en donde tiene lugar el diseño de rutas de acción que varios países del mundo han de seguir a propósito de la transición demográfica. Un ejemplo de ello se encuentra en el contexto argentino, en donde el planteamiento de una vejez positiva tiene cabida desde el diseño de políticas públicas hasta medios de comunicación masivos cuya influencia impacta en la construcción social del envejecimiento, modificando la forma individual de entender la vejez.²

La revisión documental llevada a cabo para esta tesis, permitió identificar en la literatura el uso de términos como envejecimiento exitoso, activo, saludable, positivo y productivo, para referirse a una manera distinta de entender, estudiar y experimentar el envejecimiento. Esta variedad de visiones coinciden al posicionarse lejos del paradigma deficitario y excluyente que por décadas ha marcado esta etapa de la vida, por otro lado cabe señalar, que el uso de cada adjetivo concentra su atención en algún aspecto particular del proceso de envejecimiento en función de la disciplina que lo aborda.

Fernández-Ballesteros (2011) señala que el término “envejecimiento saludable” fue empleado por la OMS en 1990, y a finales de esa misma década propuso un cambio de paradigma dejando en desuso el término “saludable” (que aludía solo a ciertos aspectos del envejecimiento), colocando en el mapa el término “envejecimiento activo”, como una opción para estudiar la vejez de manera más amplia.

La influencia de la TEE en esta nueva formulación conceptual fue indudable. Si bien el envejecimiento activo busca favorecer la comprensión, estudio y análisis del envejecimiento y la vejez, con fundamento en los principios de la ONU (2001) respecto de independencia, participación, dignidad, cuidado y auto-realización, ya que tradicionalmente la vejez se había relacionado con la enfermedad, la dependencia y la jubilación; comenzó a tener lugar el cuestionamiento respecto al papel que tienen ciertos aspectos tanto del propio sujeto (p.e. habilidades funcionales), como aquellos relacionados con la situación, el

² ver: <http://acuamayor.tda.gob.ar/>

contexto y las características sociales de este grupo etario (p.e. medio ambiente). Lo que refleja la consideración de los elementos teóricos desarrollados por Rowe y Kahn.

Acorde con Gómez, (2009), a partir de la creación del Segundo Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento de Naciones Unidas (2002) se establece que los factores que habrán de relacionarse con el envejecimiento activo son:

- Componentes poblacionales (ambientales, económicos, sociales y sanitarios)
- Elementos comportamentales (estilos de vida y hábitos)
- Variables personales como las genéticas y las biológicas
- Habilidades sociales - recursos personales como la autoeficacia, el control interno, el pensamiento positivo son condiciones psicológicas de la personalidad asociadas a altos niveles de longevidad y al envejecimiento exitoso.

Derivado del Segundo Plan, el envejecimiento activo es entendido por la OMS como:

El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen; permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, mental y social a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras se les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados (López Fraga, 2013:3).

Esta visión de la OMS propone el envejecimiento como una experiencia positiva tanto para el individuo como para la comunidad, e incluye la participación de la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidad ya que „activo“ se refiere justamente a la participación social, económica, cultural, espiritual y civil durante el envejecimiento.

Son claros los matices de la TEE en la construcción conceptual del envejecimiento activo, pues como señala Fernández-Ballesteros (2011), el bien envejecer se relaciona con la salud, la actividad y el sentido de productividad y de manera subyacente el envejecimiento exitoso permea estos aspectos.

La idea central del envejecimiento activo se dirige al hecho de que las personas mayores pueden llevar a cabo diferentes actividades diarias, así como realizar aquellas que aseguren su sostenimiento (comer, bañarse, vestirse, etc.) y que se consideran un componente esencial de la vida. Además también pueden involucrarse con otros en algo más que las actividades básicas, es decir, formar parte del medio social y participar en actividades que son enriquecedoras para ellos.

En relación a las Actividades de la Vida Diaria, Romero (2007) señala que fueron conceptualizadas por primera vez en 1950 y que se entienden como aquellas relacionadas con la supervivencia y el mantenimiento personal, entre las que se encuentran el trabajo y las actividades lúdicas. En los años 80 el concepto y la acumulación de conocimientos teóricos en gerontología se desarrolla y se genera el concepto de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) que acorde con Acosta y González-Celis (2009) son aquellas que se vinculan con el funcionamiento y la coordinación motoras, por lo que en ellas se contempla la realización de actividades universales conducentes a la cobertura de las necesidades básicas del ser humano, como lo son bañarse, vestirse, caminar, comer, descansar y ser capaz de realizarlas por sí mismo.

A la tipología de actividades anteriormente señalada, se suman las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) que acorde con Romero (2007) son aquellas que son un medio para obtener o realizar otra acción, así, ejemplos de éstas son: utilizar el teléfono, ir al supermercado a hacer las compras, preparar la comida o cuidar de otro.

El tipo de actividades que realizan las personas mayores se vincula con su independencia y su autonomía. Se ha estudiado que los tipos de actividades que desempeñan las personas mayores en su tiempo libre son numerosos dependiendo de los recursos económicos, la salud, la capacidad de moverse y las preferencias personales del individuo y que éstas tienen un impacto directo en su calidad de vida.

En este sentido, mantenerse activos se relaciona más con realizar actividades con un sentido de productividad social, que con el sentido puramente económico. De tal manera que asistir a actividades de capacitación, de entrenamiento, o desarrollo para un bien envejecer, beneficia a las PM, pues favorece el mantenimiento de la independencia y la

autonomía. Paralelamente al plano individual, se construye una sociedad en la que los valores y derechos de las personas mayores adquieren mayor relevancia social, haciéndose posibles para todos (Limón y Ortega, 2011).

Los elementos teóricos del envejecimiento exitoso: alta funcionalidad física y cognitiva, baja probabilidad de enfermedad y compromiso activo con la vida, adquieren forma a través de la realización de algunas de las actividades señaladas anteriormente.

Algunas actividades académicas dirigidas primordialmente a la población adulta mayor, buscan promover una visión positiva del envejecimiento e incentivar la modificación de actitudes frente a la vejez. Por medio de la transmisión de conocimientos, que sirven como herramientas para mejorar sus capacidades, habilidades y actitudes, optimizando sus propios recursos contribuyendo al logro de una vejez con mayor calidad de vida.

Estas propuestas consideran el significado que esta etapa de vida tiene para las personas, por lo que promueven su participación social en los diversos espacios de convivencia que el adulto mayor tiene (familia, comunidad, trabajo, etc.), favoreciendo la creación (a largo plazo) de una cultura positiva e inclusiva frente al incremento de personas mayores, mejorando así su calidad de vida y aportando paralelamente, a la reproducción del paradigma del envejecimiento exitoso al refrendar sus elementos de análisis en las actividades que se llevan a cabo de manera cotidiana.

1.2.2. Críticas a la teoría del envejecimiento exitoso

A pesar de gozar de una renovación en sus postulados, el planteamiento teórico del envejecimiento exitoso ha enfrentado distintas críticas desde su primera aparición en el ámbito académico en 1987.

En relación al concepto „envejecimiento exitoso“, tras revisar y evaluar una serie de textos, Martín y colaboradores (2014), señalan que la definición y los criterios para lograrlo se mantienen vagos para muchas personas, investigadores y políticos. Juzgan que el modelo enfatiza factores subjetivos de bienestar frente a factores objetivos, y critican la vinculación del modelo con estudios de salud y longevidad. Para estos autores el desafío de la

tecnología y cambio social son dos aspectos que deben ser considerados para el logro del modelo y sin embargo no figuran en la propuesta teórica.

Rubinstein y De Medeiros (2014) realizan una crítica al modelo de EE al señalar dos ideas centrales que son: en primer lugar, que la teoría hace énfasis en la acción individual relacionada con la naturaleza del envejecer y en segundo lugar, la falla del modelo en cuanto a la promoción de una agenda política para el cambio frente a la innegable transición demográfica. Concluyen que estas fallas dan pauta a la categorización de dos clases de personas mayores que no necesariamente cumplen con los criterios de la teoría, lo que podría no corresponder con las necesidades y descripción de todas las PM.

En cuanto al uso del término “exitoso” y la connotación que tiene, los autores Rowe y Kahn, aclaran que: “*en un campo (anteriormente) dominado por las medidas de tendencia central y por la negación de la variabilidad*” (Rowe y Kahn, 2015:593), la palabra intentó aludir a la imperante necesidad de distinguir entre envejecimiento usual y “algo mejor que usual” y que fue en las discusiones grupales que aquello se convirtió en: exitoso.

Peterson y Martin (2014) al criticar el uso de la palabra, señalan las implicaciones culturales e históricas que adquieren los términos y refieren que utilizada en un contexto bélico, médico e incluso religioso, la connotación a menudo relacionada con „vencer“ del término, conduce a un acercamiento cuidadoso por parte de los gerontólogos en cuanto al sentido histórico que la palabra tiene y de lo que significa hoy por hoy.

Las implicaciones lingüísticas del envejecimiento exitoso han dado lugar a amplias disertaciones respecto a su uso y correcta aplicación teórica, metodológica, analítica, discursiva y hasta práctica en la cotidianidad de los sujetos. Los alcances de los elementos teóricos que Rowe y Kahn proponen para el análisis del envejecimiento han sido considerados como selectivos puesto que no toda la población mayor se ajusta a esos parámetros, sin embargo los autores sostienen que su propuesta, permite la distinción entre un tipo de envejecimiento usual, patológico y exitoso, ampliando los horizontes ante un mismo objeto de estudio, lo que exige el incluir en los análisis y considerar en las intervenciones profesionales la heterogeneidad de circunstancias y modos de vida que representa este grupo etario.

1.3. Envejecimiento exitoso y su relación con la calidad de vida

Acercarse al estudio del envejecimiento exitoso a partir de los tres elementos centrales de la teoría y valorar la percepción del individuo a través de la evaluación de su calidad de vida en esta etapa vital, sirve para identificar los espacios de intervención profesional, así como la correspondencia entre la teoría y la realidad de los sujetos de estudio.

Figura 6. Vinculación entre el envejecimiento exitoso y la calidad de vida



Fuente: Elaboración propia con base en Rowe y Kahn (1997) y OMS (1998)

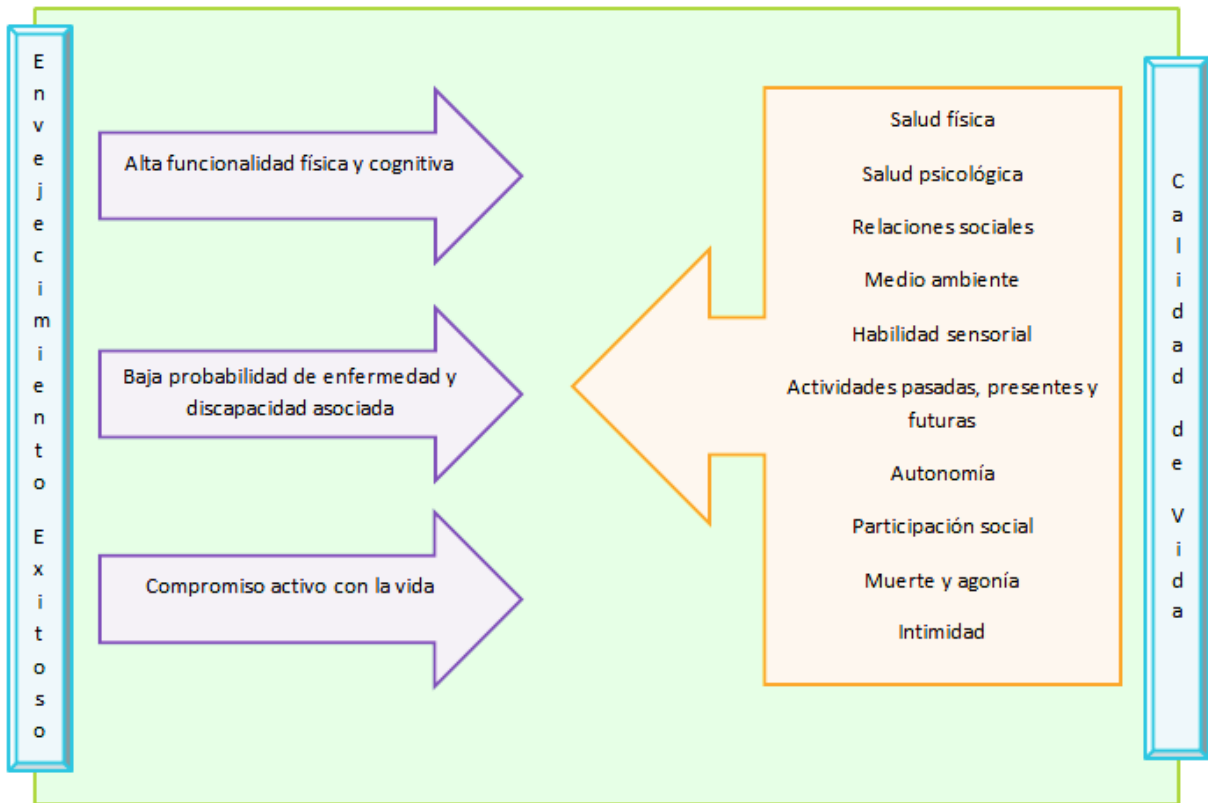
Varios estudios dirigen la mirada hacia el tipo de actividades que realizan las personas mayores, su frecuencia y la correspondencia que tienen con su calidad de vida, considerando como factores protectores aquellas actividades que favorecen la capacidad cognitiva y el vínculo social entre las personas mayores, dirigiéndolos al logro de un envejecimiento exitoso.

La construcción conceptual de calidad de vida conduce a la identificación de ciertas dimensiones que permiten su estudio de manera integral, al considerar la variedad de aspectos que intervienen en su valoración es posible vincularla con el proceso de envejecimiento experimentado.

Acorde con lo planteado por Sarabia (2009), la correspondencia que existe entre los tres elementos centrales de estudio del EE y los indicadores (objetivos y subjetivos) que

dan cuenta de cada una de las dimensiones de estudio de calidad de vida, permitirán analizar las interrelaciones que explican el logro de un tipo determinado de envejecimiento.

Figura 7. Correspondencia entre los elementos de estudio del envejecimiento exitoso y la calidad de vida



Fuente: Elaboración propia con base en Rowe y Kahn (1997) y OMS (1997 y 2006)

Debido a la multiplicidad de facetas a estudiar y la variabilidad de relaciones existentes entre necesidades y oportunidades, la interrelación entre la calidad de vida y el envejecimiento exitoso, se puede sugerir la creación de modelos o pautas que orienten la construcción de una vejez que considere al aumento en el bienestar de la persona a partir de su propio contexto, en donde teoría y vida cotidiana se encuentren armónicamente.

Es posible encontrar en los hallazgos de algunos reportes de investigación consultados (Blanco, 2010; López, 2013; Cho, Martin y Poon, 2014; Jonhson, Sarkisian y Williamson, 2014; Jopp, Wozniak, Damarin, De Feo, Jung y Jeswani, 2014) la existencia de correspondencia entre lo postulado en la teoría del envejecimiento exitoso, bajo sus tres componentes fundamentales (baja probabilidad de padecer enfermedades o discapacidad,

una elevada capacidad funcional física y cognitiva y el mantenimiento de una vida activa en la sociedad) y la calidad de vida de las personas mayores mediante las dimensiones que la componen y la valoración global que realizan los sujetos.

En cuanto al estudio del envejecimiento exitoso, Blanco (2010) rescata la importancia de las variables psicosociales al tratar de explicar el éxito en la vejez. Señala en correspondencia con los planteamientos de Rowe y Kahn, que es el enlace entre la salud física, la cognitiva y el compromiso con la vida lo que dará mayor sentido a la acción de la persona. Aclara que para su logro es necesario contemplar una amplia variedad de aspectos que pasan más allá de la salud física, tal como lo requiere el estudio de la calidad de vida. El cuidado de la salud mental, la percepción económica, los recursos tangibles e intangibles del adulto mayor, confluyen de tal manera que su vejez adquiere una connotación negativa o positiva en función de esos recursos y de la interacción que existe entre los mismos; además de considerar un abordaje multidisciplinario que analice de manera global las múltiples esferas de estudio que el envejecimiento involucra.

Su análisis aporta evidencia a la teoría del envejecimiento exitoso paralelamente con el modelo de selección, optimización y compensación (SOC) desarrollado por Baltes en 1990, en relación a la existencia de las redes de apoyo y el efecto positivo de éstas con un proceso de envejecimiento exitoso.

López en 2013 trabajó con PM españolas que habían participado en programas de envejecimiento exitoso, teniendo como objetivo el determinar la percepción de calidad de vida de esas personas mayores para, en función de ella establecer si tenían acceso o no a un envejecimiento exitoso. Sus resultados apoyaron la teoría del envejecimiento exitoso, al comprobar que las personas que participan en actividades de promoción del envejecimiento activo realizan todo tipo de actividades físicas y evalúan su estado de salud como bueno o excelente e incluso mejor que el año previo al de realizada la medición, además de que muestran tener energía y buena vida social.

Acosta y González-Celis (2009) demostraron con su investigación, que las actividades sociales relacionadas con la convivencia en grupos de personas mayores resultan de agrado para la población sujeto de estudio, lo que podría relacionarse con su

calidad de vida y con su proceso de envejecimiento. Lo que permite argumentar científicamente, la existencia de grupos de PM cuyas actividades estén guiadas por objetivos formativos que promuevan estilos positivos de envejecer.

Analizar los componentes de la teoría, condujo a Jopp y colaboradores (2014) a realizar un estudio con dos grupos de PM (norteamericanos y alemanes) sobre temas y determinantes del envejecimiento exitoso. Obtuvieron dentro de sus respuestas temas relacionados con recursos (de salud y sociales), comportamientos (actividades) y factores psicológicos (actitudes, creencias, bienestar y significado). De igual forma que en otros estudios, la dimensión de relaciones sociales, participación, así como bienestar psicológico fueron las mejor evaluadas. Concluyeron entre otras cosas que las personas mayores comparten el sentido de envejecer exitosamente y que lo identifican en términos mucho más amplios los tres señalados por la teoría.

Blanco (2010) reporta que realizar análisis multivariados considerando aspectos sociales tales como: redes de apoyo, condición laboral, situación económica, nivel educativo, entorno, redes de apoyo y aspectos individuales como: desempeño cognitivo, padecimientos y estado de ánimo, permite establecer interrelaciones entre las variables medidas e identificar cuáles predicen de mejor manera la presencia de estilos de vida activos en la vejez, lo que conduce a la construcción de un envejecimiento exitoso

Las investigaciones referidas anteriormente sirven como evidencia para que en este trabajo de investigación se analicen los datos siguiendo los planteamientos de la TEE, que suma las ideas de las teorías de la actividad (1972) y de la continuidad (1975) y que establece la diferencia entre envejecimiento normal, patológico y exitoso.

Bajo la perspectiva teórica enunciada por Rowe y Kahn, las acciones que realizan las personas mayores en favor de procurarse un envejecimiento activo, sano o positivo, como lo es asistir a actividades formales de capacitación para el envejecimiento exitoso, se espera, redunden en el logro de una mayor calidad de vida para y durante la vejez.

Esta teoría da pauta para la generación de propuestas que no se concentren únicamente en optimizar la dimensión de salud física de la persona mayor, sino que

también se concentra en un ámbito del cual las PM han sido excluidas después de retirarse de la vida económicamente activa, es decir laboral formal. Focalizar la productividad *societal*, es decir con trascendencia para la vida familiar, comunitaria y social es un aspecto que esta teoría rescata, defiende e invita a considerar a propósito de los desafíos que el cambio demográfico traerá consigo.

Existe evidencia que sustenta mediante el análisis de los componentes de la teoría del envejecimiento exitoso, la viabilidad de propuestas de intervención que promuevan maneras de bien envejecer, las cuales a través de la realización de actividades que favorecen la agilidad física, la funcionalidad cognitiva, el saneamiento emocional de las personas mayores y su participación social, teniendo efectos positivos en la calidad de vida de los sujetos de estudio.

En conclusión, si bien la calidad de vida es una construcción conceptual multidimensional que exige la consideración del entorno y algunas características de las personas con quienes se trabaja, su medición con el grupo poblacional mayor de 60 años de edad se convierte en una estrategia de investigación que permitirá mediante el análisis de las dimensiones consideradas, identificar las áreas que se vinculan con la experimentación de un tipo determinado de envejecimiento que puede perpetuar la reproducción de un paradigma excluyente y discriminatorio, o alentar la réplica de modelos que entiendan la heterogeneidad del grupo etario y conduzcan a generar formas distintas de envejecer.

Capítulo 2

Antecedentes

En este capítulo se presentan los trabajos de investigación consultados desde diversos enfoques disciplinares en torno a los temas de estudio, a saber: calidad de vida, envejecimiento exitoso y actividades de capacitación para bien envejecer con población mayor de 60 años de edad.

Debido a la relevancia para esta propuesta, se rescatará de los reportes la manera en cómo se ha evaluado la calidad de vida, así como el soporte teórico que otros investigadores han dado a sus trabajos, para de esa manera identificar el vínculo existente entre la teoría del envejecimiento exitoso, el constructo calidad de vida y algunas características sociodemográficas de los grupos de población estudiados.

Como parte de las exploraciones efectuadas para conformar el estado del conocimiento del objeto de estudio entre octubre de 2014 y julio de 2015, se consultaron diversas plataformas de búsqueda de reportes científicos, sobresaliendo:

El portal de búsquedas Redalyc, ubicando alrededor de 239,000 artículos de investigación que versan sobre calidad de vida, en su forma más general. Reduciendo la búsqueda a los años 2010 – 2015, en estudios de las disciplinas de Psicología, Sociología y estudios multidisciplinares de Ciencias Sociales, sin asignación de país, se encontraron 111 artículos disponibles.

En la plataforma de búsqueda Bireme, se hallaron 3,359 artículos relacionados con calidad de vida y envejecimiento, mientras que en el portal de Google académico que ubica artículos de distintas fuentes de información como revistas especializadas, portales de divulgación científica y bibliotecas universitarias virtuales, el resultado de la búsqueda, mostró aproximadamente 23,000 fuentes, de las cuales 13,000 conformaban el rango del año 2010 al año 2015, lo que sirve de evidencia sobre la importancia que ha adquirido la investigación sobre la calidad de vida en PM alrededor del mundo bajo la mirada de distintas disciplinas.

Se consultaron diversos resúmenes de artículos de investigación que al realizar la revisión mostraron tener relación, en primer lugar con la calidad de vida como constructo y en segundo, con el análisis de la calidad de vida en personas mayores, siempre bajo los temas de vejez, envejecimiento y personas mayores; también se consultaron aquellos títulos cuyo marco teórico estuviese relacionado con envejecimiento exitoso, activo o saludable; haciendo posible la conformación del estado del arte que aquí se presenta.

La clasificación de los antecedentes referidos en este texto, se realizó siguiendo una matriz (ver apéndice 1) que permitió identificar los siguientes aspectos de cada artículo de investigación consultado:

1. Autor (es - as) del artículo
2. Año y país del estudio
3. Título del artículo
4. Objetivo del estudio
5. Metodología, con énfasis en los instrumentos y población analizada por el, la o los autores para recabar los datos
6. Características sociodemográficas que sirvieron para su análisis
7. Teoría - constructo

Fueron considerados aquellos reportes que tienen mayor aporte metodológico al medir la calidad de vida en personas mayores como se pretende en este trabajo de investigación.

2.1 Antecedentes que aportan en relación a las dimensiones de calidad de vida

La revisión documental realizada permitió identificar las siguientes aportaciones frente al estudio de calidad de vida, entendiendo las dimensiones o dominios, como las categorías que facilitan la comprensión de un constructo complejo y los indicadores como aquellos aspectos que facilitan la valoración de las primeras. Por ejemplo, el tiempo dedicado a la realización de una rutina de ejercicio cardiovascular, sería un indicador que daría cuenta de la dimensión salud física, que a su vez es un componente más (de los múltiples considerados) para estimar la calidad de vida global de las personas.

Los artículos consultados estudian la calidad de vida de las PM a partir de la perspectiva del bienestar psicológico o emocional. No se logró identificar una línea clara que permita diferenciar entre un término y otro. De igual manera se identificó el uso de las palabras “felicidad”, “satisfacción”, “bienestar” como sinónimos.

En 2009, los autores Acosta y González-Celis reportaron los resultados obtenidos tras haber realizado un estudio cualitativo que tuvo como objetivo generar una propuesta inicial de un Inventario de Actividades de la Vida Diaria en personas mayores. Lograron identificar actividades recreativas mentales, recreativas físicas y sociales, que las personas mayores realizan y reportan en ellas cierto grado de autosuficiencia.

En la investigación realizada por Urzúa y colaboradores (2011) se halló que la dimensión mejor evaluada fue la de participación social, vinculada con la satisfacción por el uso de su tiempo, su nivel de actividad y la oportunidad de participar en la comunidad, contribuyendo a mejorar su calidad de vida debido a que disminuye la dependencia del adulto mayor. El dominio peor evaluado fue el de „muerte y morir“, los autores vinculan este resultado con la preocupación de los participantes por fallecer.

Este equipo de investigación suma evidencia a la importancia de la percepción del estado de salud en la valoración global de la calidad de vida. Además señalan, que el apoyo social y la autoaceptación, así como la consideración de la espiritualidad dentro de los análisis, y una mayor profundidad en el estudio de la participación masculina, son elementos importantes de incluir en los programas de intervención que pretenden dirigir a la población hacia un envejecimiento saludable.

Por su parte, Cardona-Arias, Álvarez-Mendieta y Pastrana-Restrepo (2012), buscaron comparar la calidad de vida de PM en hogares geriátricos públicos y privados. El mejor puntaje fue el relacionado con la dimensión salud psicológica y el peor con relaciones sociales. Pudieron evidenciar la multidimensionalidad de la calidad de vida en población adulta mayor cuya relación con la salud es fundamental.

Meléndez, Navarro-Pardo, Sales y Mayordomo estudiaron en 2012, bienestar y actividades de la vida diaria en personas mayores institucionalizadas y no

institucionalizadas. Hallaron mayores diferencias entre la dimensión bienestar psicológico y propósito en la vida. Señalan esta última y crecimiento personal, como determinantes para el logro de un mayor bienestar.

En una investigación realizada por Fernández-Ballesteros y Macía en 1993, se estudiaron los alcances del modelo teórico del constructo „calidad de vida“, frente a la concepción „popular“ (no teórica) que una muestra de población española tiene de él. A partir de las dimensiones teóricas identificadas para el estudio de la CV, lograron corroborar que la población tiene una idea muy semejante a la teórica. Sobresale la estructura multidimensional del constructo: habilidades funcionales, salud, relaciones sociales y actividades de ocio son algunas dimensiones de estudio que la población señala como importantes al evaluar su calidad de vida, relacionada con las actividades que se realizan, la participación que se reporta y las relaciones sociales de que se goza.

En el contexto venezolano, Arraga y Sánchez (2010) estudiaron el bienestar subjetivo a través del concepto “felicidad” como sinónimo de bienestar subjetivo, adaptaron y validaron la Escala de Felicidad de Lima con PM. De la población que participó en su investigación, 98 por ciento reporta un alto grado de felicidad o bienestar subjetivo, al puntuar favorablemente en tres de las cuatro dimensiones que miden la felicidad: 1, satisfacción por la vida, 2, sentido positivo de la vida y 3, alegría de vivir, mientras que la dimensión de realización personal (4) resulto ser la peor evaluada.

Cabe mencionar que habrá que considerar bajo reserva, el planteamiento que realizan los autores al equiparar felicidad con bienestar subjetivo, cuestión que puede ser analizada con mayor detenimiento en función de la fineza con que se empleen los términos al llevar a cabo un análisis de la vida de los sujetos, sobre todo en cuanto a operacionalizar los factores que permiten un acercamiento a su medición.

Las investigaciones referidas permiten distinguir la importancia de estudiar la calidad de vida de las personas mayores mediante las dimensiones que la componen. Si bien la evaluación de la calidad de vida considera factores objetivos y subjetivos, es la valoración por parte del sujeto de éstos últimos, la que influye y modifica la manera de mirar el propio envejecimiento.

2.2. Antecedentes que aportan en relación a las variables de medición de la calidad de vida en personas mayores

Respecto a la consideración del contexto y las características sociodemográficas de las personas sujetas de estudio, fue posible identificar de la lectura de los reportes de investigación algunas variables sociodemográficas empleadas para analizar la calidad de vida de las personas mayores, tales como: edad, sexo, ingreso económico, nivel educativo y actividades realizadas.

Rodríguez-Rodríguez, y colaboradores, en 2011, analizaron el papel de los recursos económicos y la calidad de vida de la población adulta mayor. En un vasto análisis sostienen que el aspecto económico tiene un papel fundamental y que posibilita o inhibe la capacidad de participación de la persona en actividades sociales dada la valoración objetiva y subjetiva que se tiene respecto al nivel económico (recursos económicos), influyendo de esta forma en el bienestar. Sobresale el carácter complementario existente entre la cantidad de recursos (medida objetiva) con la satisfacción percibida (medida subjetiva), lo que resulta en una valoración determinada de la calidad de vida.

Como parte de sus conclusiones destaca la particular sensibilidad de la población frente al tema económico, así como la existencia de una capacidad de ajuste a la situación económica en que se vive por parte de las personas mayores. Además señalan la correspondencia entre el nivel de estudios, el nivel social que se ocupa y el ingreso, así como el hecho de que, son las mujeres quienes soportan condiciones más vulnerables en el contexto económico a diferencia de los hombres.

Con el aporte científico que este grupo de investigación realiza, es posible rescatar entre otras cosas, que el trabajar con información económica individual fiable no es tarea sencilla y que se debe mostrar sensibilidad ante la manera en cómo se pretenden obtener los datos para disminuir la negativa social ante la respuesta. Asimismo hay que recurrir a la capacidad de memoria que la persona tenga para reportar sus ingresos y considerar el hecho de que los instrumentos deben facilitar la respuesta, especialmente al tratarse de PM.

González-Celis y Gómez-Benito (2013), recuperaron datos sociodemográficos como: nivel socio-económico, género, edad, nivel educativo, estado civil y la autopercepción de salud, para medir las propiedades psicométricas de una versión en español mexicano del instrumento WHOQoL módulo Old.

En relación a la valoración de la calidad de vida conforme a la edad del participante, Acosta, Vales, Echeverría, Serrano y García (2013), aplicaron el instrumento WHOQoL módulo Old. Entre sus hallazgos sobresale el que el grupo de edad de 60 a 79 años obtuvo un puntaje más elevado respecto a la valoración global de calidad de vida en comparación con los participantes mayores de 80 años.

Lo anterior es consistente con los resultados de otras investigaciones, puesto que a mayor edad se asume la existencia de más cambios en la calidad de vida de las personas, poniendo en riesgo una valoración alta del constructo.

Magalhães, Girardi y Carneiro (2012), a través del análisis con variables sociodemográficas como edad, sexo, ocupación previa y escolaridad, evaluaron la percepción de la calidad de vida de los mayores residentes en dos instituciones de larga permanencia en Brasil. Haciendo uso de los instrumentos WHOQOL-Bref y WHOQOL Old, así como un cuestionario sobre percepción del estado de salud. Concluyeron que los mayores más jóvenes con mayor escolaridad que realizan actividad física y de ocio presentaron mejor percepción en la calidad de vida. Destaca la necesidad de desarrollar estrategias que favorezcan la adaptación, ajustamiento y mantenimiento de la calidad de vida en PM, especialmente si se encuentran en asilos, hospitales o casas de estadía permanente.

Los autores Urzúa, Bravo, Ogalde y Vargas (2011), analizaron dimensionalmente y desde la perspectiva de los participantes la calidad de vida a través del WHOQOL- Old, la escala de bienestar psicológico de Ryff, la escala de apoyo social de Duke UNC, el cuestionario SF-12 y el cuestionario general de salud GHQ-12, cruzadas con variables tales como: sexo, edad, presencia de enfermedad y participación en organizaciones sociales. Corroboraron mayor participación de mujeres en actividades sociales, y la importancia de

factores educativos, económicos y culturales, sumados a la percepción de salud como determinante en la valoración de la calidad de vida.

Las investigaciones citadas manifiestan permiten observar las visiones disciplinares que se adoptan al compartir un mismo objeto de estudio, vinculando la calidad de vida a aspectos relativos al bienestar emocional o psicológico, así como con la satisfacción con la vida al llegar a la vejez. Se sustenta la importancia del factor económico en el estudio de los temas de interés y la necesaria sensibilidad que ha de tenerse para recabar los datos en esa materia. Las características socioeconómicas y la selección del instrumento a utilizar en las investigaciones es fundamental en virtud de los hallazgos que se obtendrán.

La relación entre indicadores, dimensiones, características sociodemográficas de los participantes y el instrumento aplicado, permitirá establecer relaciones entre lo hallado en cada dimensión y los elementos claves de la teoría del envejecimiento exitoso; aspecto que ha sido evidenciado por los investigadores consultados en sus reportes.

Capítulo 3

Metodología

Este capítulo tiene la finalidad de presentar el diseño metodológico del estudio. Tiene lugar el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, los objetivos y la hipótesis que guía el trabajo de investigación. Por su naturaleza cuantitativa, se definen las variables, dando paso a la descripción de los instrumentos utilizados para la recolección de los datos, el proceso para obtener los permisos correspondientes y la fase de ajuste lingüístico de los cuestionarios, así como la descripción del proceso para la recolección de datos y las técnicas estadísticas utilizadas para la obtención de resultados.

3.1. Planteamiento del problema

Como consecuencia del proceso de transición demográfica en que se encuentra nuestro país, así como de la diversidad poblacional que enriquece y particulariza las distintas realidades que tienen lugar con el grupo poblacional de personas mayores es sencillo identificar una amplia gama de situaciones que ponen en riesgo su calidad de vida. Por esta razón es importante identificar espacios de intervención profesional que promuevan el incremento de la calidad de vida de algunos sectores de éste grupo etario, conduciéndolos a vivir una situación de menor desventaja social frente a otros sectores del mismo grupo.

Por otra parte, la presencia de criterios disciplinares para analizar la vejez y el envejecimiento permiten establecer que es el planteamiento fisiológico el que predomina en los estudios; y por lo tanto es el estado de salud el aspecto mayoritariamente evidenciado en las investigaciones, aunque aquellos relacionados con la vida social del sujeto, su medio ambiente y las circunstancias de vida (políticas, económicas, culturales, entre otras) han logrado adquirir mayor relevancia en los últimos años.

Tener acceso a la amplia variedad de actividades ofertadas por instituciones públicas y privadas que buscan beneficiar la recreación, ocupación y capacitación en ámbitos de desarrollo humano de las personas mayores favorece la generación de proyectos de vejez que enfocan a la persona en aspectos positivos de la vida, limitando así la reproducción de paradigmas deficitarios y excluyentes frente al envejecimiento; además de mantener a la persona activa física, mental y socialmente, lo que muchas veces, después de

convertirse en una persona retirada del ámbito laboral (jubilada o pensionada) no sucede; pues la reconstrucción de redes sociales puede ser difícil de lograr, sobre todo si no se cuenta con los recursos (económicos, sociales y/o educativos) para mantenerse activo en ámbitos de la vida distintos al familiar.

Sin embargo, los alcances de las distintas actividades de formación (formales e informales) que se realizan en diversos espacios, no necesariamente se ven reflejados en la forma de envejecer de ciertos sectores de la población mayor; por lo que, en consideración de la multiplicidad de dimensiones e indicadores asociados con la valoración de la calidad de vida y la heterogeneidad del grupo etario surge la siguiente **pregunta de investigación**:

- ¿Cuál es la relación que existe las dimensiones de calidad de vida: salud física, salud psicológica, medio ambiente, relaciones sociales, habilidad sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte y morir e intimidad, y ciertas características sociodemográficas tales como: sexo, edad, ingreso y escolaridad?

La **hipótesis** de investigación es:

- Las personas mayores que tienen mayor ingreso, mayor escolaridad y menor edad, evalúan mejor las dimensiones de calidad de vida: salud física, salud psicológica, medio ambiente, relaciones sociales, habilidad sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte y morir e intimidad, mismas que promueven la posibilidad de experimentar un proceso de envejecimiento exitoso.

3.2. Objetivos de investigación

General

- Analizar las relaciones existentes entre las dimensiones de estudio de calidad de vida: salud física, salud psicológica, medio ambiente relaciones sociales, habilidad sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte y morir e intimidad, y ciertas características sociodemográficas tales como: sexo, edad, ingreso y escolaridad.

Específicos

- Describir el perfil sociodemográfico del grupo de personas mayores participantes.
- Describir la asociación que existe entre el sexo de los participantes y los puntajes promedio obtenidos en las dimensiones de estudio de calidad de vida: salud física, salud psicológica, medio ambiente, relaciones sociales, habilidad sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte y morir e intimidad.
- Describir la relación que existe entre el ingreso de los participantes y las dimensiones de estudio de calidad de vida: salud física, salud psicológica, medio ambiente, relaciones sociales, habilidad sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte y morir e intimidad.
- Describir la asociación que existe entre la escolaridad de los participantes y las dimensiones de estudio de calidad de vida: salud física, salud psicológica, medio ambiente, relaciones sociales, habilidad sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte y morir e intimidad.
- Describir la relación que existe entre la edad de los participantes y las dimensiones de estudio de calidad de vida: salud física, salud psicológica, medio ambiente, relaciones sociales, habilidad sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte y morir e intimidad.
- Evaluar de forma global la calidad de vida del grupo de personas mayores participantes.

3.3. Diseño de investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativo, transversal, de alcance descriptivo – correlacional (Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M.P., 2010).

3.4. Definición operacional de variables

La operacionalización de variables expresa cuáles fueron los indicadores seleccionados para medir la variable de interés. En este sentido a continuación se describe la operación de variables (independientes y dependientes) para ordenar su medición y posterior análisis.

3.4.1. Variables independientes

Todas las variables independientes que se consideran para el estudio, forman parte del apartado denominado: datos generales.

Tabla 3. Operacionalización de variables independientes

Pregunta	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de medición
2	Años de vida cumplidos al momento de contestar	Años cumplidos	Escarlar
3	Sexo del participante	Sexo	Nominal
4	Estado civil al momento de contestar	¿Cuál es su estado civil?	Nominal
5	Principal actividad al momento de contestar	¿Cuál es su ocupación actual?	Nominal
6	Afiliación del participante a algún servicio médico	¿Usted tiene servicio médico de...?	Nominal
7	Condición de propiedad de la vivienda que habita	¿La casa donde usted habita es...?	Nominal
8	Persona con quien comparte la vivienda que habita	¿Con quién vive?	Nominal
9	Rango de ingreso mensual medido en salarios mínimos	¿Cuál es su rango de ingresos al mes?	Ordinal
10	Recibe apoyo económico de alguna persona	¿Hay alguien que lo apoye económicamente?	Nominal
11	Nivel máximo de estudios alcanzado por el participante	¿Cuál es su escolaridad?	Ordinal
12	Diagnósticos médicamente establecidos que tiene el participante	¿Usted padece...?	Nominal
13	La persona profesa alguna religión o creencia espiritual	¿Tiene alguna creencia espiritual?	Nominal

Fuente: Elaboración propia

3.4.2. Variables dependientes

Corresponden a los indicadores seleccionados por el WHOQOL Group para analizar cada dimensión de estudio de calidad de vida acorde a los instrumentos utilizados: Bref y Old.

Tabla 4. Operacionalización de variables dependientes

Dimensión	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de medición
Bref			
Salud física	Relacionada con las actividades de la vida diaria, movilidad, dolor e incomodidad, sueño y descanso y capacidad de trabajo.	Suma del puntaje obtenido en las preguntas: 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18 (Rango 7-35)	Escala
Salud psicológica	Considera indicadores como la imagen corporal, autoestima y presencia de sentimientos negativos y positivos en la vida cotidiana.	Suma del puntaje obtenido en las preguntas: 5, 6, 7, 11, 19 y 26 (Rango 6 -30)	Escala
Relaciones sociales	Examina aspectos de apoyo social, relaciones personales y de intimidad.	Suma del puntaje obtenido en las preguntas: 20, 21, 22 (Rango 3-15)	Escala
Medio ambiente	Evalúa aspectos tales como recursos financieros, accesibilidad a la información y entorno físico (localidad, colonia, medios de transporte).	Suma del puntaje obtenido en las preguntas: 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25 (Rango 8-40)	Escala
Calidad de vida total	Perfil de calidad de vida.	Suma del total de puntaje obtenido en cada dimensión (Rango 26-130)	Escala
Old			
Habilidad sensorial	Evalúa el funcionamiento sensorial y la pérdida de los sentidos.	Suma del puntaje obtenido en las preguntas: 1, 2, 10 y 20 (Rango 4-20)	Escala
Autonomía	Valora la independencia en la vejez, ser autónomo y tener capacidad de decisión sobre la vida propia.	Suma del puntaje obtenido en las preguntas: 3, 4, 5, y 11 (Rango 4-20)	Escala
Actividades pasadas, presentes y futuras	Examina la satisfacción en torno a los logros alcanzados a lo largo de la vida y las expectativas a futuro en la vida de la persona mayor.	Suma del puntaje obtenido en las preguntas: 12, 13, 15 y 19 (Rango 4-20)	Escala
Participación social	Refiere a las actividades llevadas a cabo en comunidad.	Suma del puntaje obtenido en las preguntas: 14, 16, 17 y 18 (Rango 4-20)	Escala
Muerte y morir	Explora las preocupaciones y temores del individuo acerca de la idea de morir y la muerte.	Suma del puntaje obtenido en las preguntas: 6, 7, 8 y 9 (Rango 4-20)	Escala
Intimidad	Hace referencia a la capacidad de tener relaciones de afecto personalísimas.	Suma del puntaje obtenido en las preguntas: 21, 22, 23, 24 (Rango 4-20)	Escala
Calidad de vida total	Perfil de calidad de vida.	Suma del total de puntaje obtenido en cada dimensión (Rango 24-120)	Escala

Fuente: Elaboración propia con base en OMS (1997 y 2006)

3.5. Población sujeto de estudio

Universo y muestra

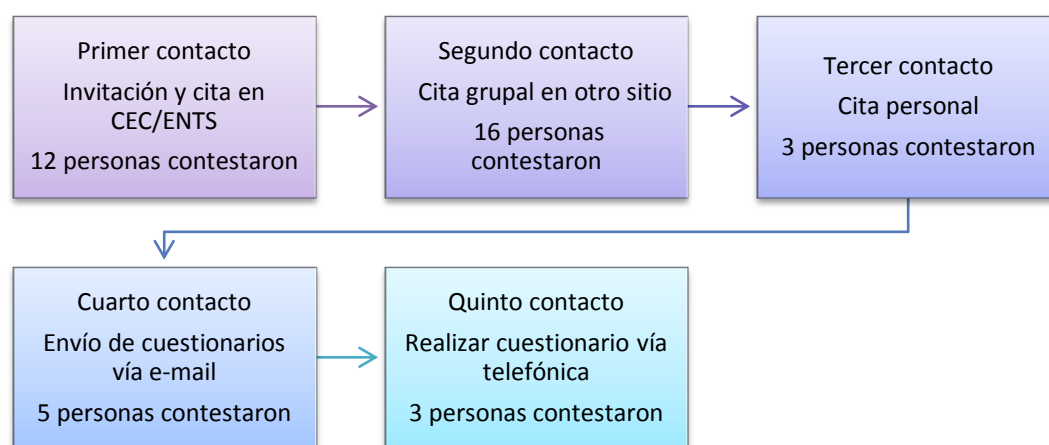
Para la realización de esta investigación se utilizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia, cuyo proceso de conformación se describe a continuación:

Se hizo uso de diversos medios de comunicación para invitar a participar en esta investigación a un universo de estudio de 139 personas, todas egresadas del Diplomado Envejecimiento Exitoso impartido por el Centro de Estudios Continuos de la Escuela Nacional de Trabajo Social (CEC-ENTS).

De las 139 personas consideradas, se registraron 3 defunciones, los números telefónicos de 31 personas ya no correspondían y no se logró contactar por vía telefónica, ni por e-mail a 45 personas. Se estableció contacto con 60 personas, de las cuales 15 decidieron no participar y 6 casos no fueron considerados para el análisis, debido a que los respondientes no eran mayores de 60 años al momento del estudio (ver figura 8).

Finalmente, la muestra del grupo de egresados quedó conformada por 39 casos lo que representa 28.05 por ciento de la población universo.

Figura 8.- Conformación de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Las 39 personas que contestaron son egresadas del Diplomado Envejecimiento Exitoso (DEE) con 60 años de edad cumplidos y capaces de contestar los cuestionarios por sí

mismos; previa lectura y firma de un consentimiento informado sobre su participación en la investigación y respecto al manejo de los datos otorgados entre los cuales no está considerado su nombre ni su dirección (ver apéndice 2).

3.6. Descripción de los instrumentos de medición utilizados

Los trabajos realizados en México por González Celis y Gómez-Benito (2013), así como por Acosta y colaboradores (2013) con los instrumentos desarrollados por la OMS para evaluar la calidad de vida con cualquier población (WHOQOL Bref) y específicamente en población adulta mayor (WHOQOL Old), han aportado evidencia para sostener la consistencia interna, la validez de constructo, la validez interna y la concurrente de los instrumentos, por lo que pueden concluir que la versión en español del instrumento es confiable y su aplicación es admitida para personas mayores ya que la prueba es sensible al estado de ánimo del adulto mayor, sugiriendo su uso en contextos clínicos.

Relativo al módulo Old, señalan que incluye aspectos que no son considerados en instrumentos diseñados para población abierta y que la versión en español mexicano adaptada por González Celis y Gómez-Benito (2013), tiene adecuados niveles de validez convergente y divergente, lo que lo hace una prueba factible de utilizar con población nacional.

Se consideró pertinente en esta investigación aproximarse al estudio de la calidad de vida en PM mediante un instrumento de medición que en primer lugar estuviera avalado por un organismo internacional, en segundo lugar ha sido traducido en varios idiomas y aplicado alrededor del mundo, logrando ser validado ampliamente y finalmente ha sido también aplicado con población mexicana en pocos estudios, pero con resultados favorables en cuanto a su consistencia interna y validez de constructo.

La relación entre indicadores, dimensiones, características sociodemográficas de los participantes y el instrumento aplicado, permitirá establecer relaciones entre lo hallado en cada dimensión y los elementos claves de la teoría del envejecimiento exitoso; logro que ha sido evidenciado por los investigadores consultados.

Por lo anteriormente señalado, se utilizó el instrumento genérico de valoración de la calidad de vida diseñado por la OMS en 1998 en su versión corta WHOQOL Bref y el cuestionario desarrollado en 2006 específicamente para personas mayores WHOQOL Old.

3.6.1. Descripción del instrumento WHOQOL Bref

En 1996 se crea la versión corta del instrumento genérico para valoración de la calidad de vida desarrollado en los años 90 por la OMS, WHOQOL-100, el cual toma más de 90 minutos en ser contestado en su totalidad.

El instrumento WHOQOL – Bref, tiene la finalidad de realizar una evaluación rápida (alrededor de 25 minutos) y sencilla, que resume las dimensiones de estudio de la calidad de vida, sin perder sus propiedades psicométricas ni la posibilidad de ser aplicado de manera transcultural. Fue diseñado con la intención de producir un perfil de calidad de vida, de tal manera que a mayor puntaje obtenido, mayor calidad de vida general, permitiendo establecer puntos de partida para realizar comparaciones en respuesta a algún tipo de intervención o tratamiento, así como para realizar el seguimiento de la persona, midiendo su calidad de vida con los mismos parámetros a lo largo de la acción profesional.

De los 26 ítems que conforman la prueba, los dos primeros hacen referencia a la percepción del sujeto en cuanto a su condición general de salud y a su calidad de vida genérica. En los restantes 24 ítems se pregunta sobre aspectos que conforman cada una de las cuatro dimensiones de calidad de vida que analiza el instrumento (ver apéndice 3).

Por su diseño de respuesta, permite procesar la información de manera sencilla y obtener resultados de primera mano en forma pronta. Sin embargo es importante mencionar que la prueba no ofrece resultados individuales por pregunta y tampoco cuenta con puntos de corte, sin embargo ofrece promedios totales por dimensión de estudio de calidad de vida, los cuales deben ser analizados tomando en consideración el contexto de las personas evaluadas.

3.6.2. Descripción del instrumento WHOQOL Old

Al considerar la pertinencia de generar una prueba específica para evaluar la calidad de vida de la población mayor del mundo, en 1999 un grupo de científicos en colaboración con la OMS comenzó a desarrollar el módulo Old a partir de la adaptación de los ítems de la prueba WHOQOL-100 en relación a este grupo etario.

Apegados al fundamento del proyecto WHOQOL, el grupo de estudios de la Organización encabezado por Mick Power y Silke Schmidt, tuvo como objetivo el de crear un módulo genérico de evaluación que pudiese ser aplicado transcultural e internacionalmente a las personas mayores. Para lograr la tarea, se llevaron a cabo diversos grupos focales para investigar la pertinencia de los ítems ya trabajados, se hicieron pruebas piloto, se hicieron pruebas en campo y se hizo el análisis estadístico final de los datos, dando como resultado la generación en 2006 del módulo Old de la prueba WHOQOL.

El instrumento de medición consta de 24 reactivos que examinan seis dimensiones de la calidad de vida. La metodología para obtener los puntajes de la prueba es sencilla, al igual que en el cuestionario Bref, puntajes más altos implican mejor calidad de vida (ver apéndice 4).

Existen siete ítems cuya redacción se presenta en forma negativa y son codificados de manera opuesta, existe un promedio bruto por dimensión de estudio lo que permite comparar resultados entre una faceta y otra (pues todas puntúan un mínimo de 4 y máximo de 20), los puntajes permiten estimar también una medida global de la calidad de vida de los evaluados.

El módulo Old tampoco ofrece puntos de corte para la evaluación, sin embargo permite comparar medias entre el grupo de participantes.

3.7. Procedimiento para la recolección de datos

Con el fin de hacer uso ético del instrumento, fue necesario tramitar los permisos correspondientes con la OMS para lograr obtener las versiones originales de los cuestionarios, los manuales de uso y las versiones en español (castellano y mexicano) con que cuenta el organismo de los instrumentos.

Vía e-mail se obtuvo respuesta del organismo proporcionando los manuales de uso de ambos cuestionarios en inglés, y la prueba WHOQOL-100 en castellano y español mexicano con referencia del estado de Aguascalientes (WHOQOL, 1995). De la prueba Old no fue posible obtener traducción al español, por lo que se realizó la traducción de las preguntas, no sin antes intentar (sin éxito) contactar con los autores que ya han validado el instrumento en el país.

Una vez obtenidas las versiones oficiales de la OMS y realizada la traducción, se realizó un piloteo en las inmediaciones de la ENTS con la finalidad de adecuar la lingüística de los cuestionarios; a continuación se muestran dos ejemplos de las mínimas adecuaciones realizadas:

- Módulo Bref, Pregunta 3:

Idioma original: To what extent do you feel that physical pain prevents you from doing what you need to do?

Traducción OMS (WHOQOL, 1995:5): ¿Qué tanto siente que el dolor (físico) no le permite hacer lo que usted necesita?

Traducción propia: ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

- Módulo Old, Pregunta 10:

Idioma original: To what extent do problems with your sensory functioning (e.g. hearing, vision, taste, smell, touch) affect your ability to interact with others?

Traducción propia: ¿Hasta qué punto el funcionamiento de sus sentidos (vista, audición, tacto, olfato y gusto) afecta su capacidad de interactuar con otras personas?

Cabe señalar que la traducción realizada de los instrumentos, fue enviada -por acuerdo- al equipo de la OMS para su revisión, sin haber recibido observaciones respecto a la misma, por lo que se procedió a la reproducción de los materiales para el trabajo en campo.

Adicionalmente se elaboró un formato para la recolección de datos generales (información sociodemográfica) como la edad, el género, el nivel máximo de estudios,

actividad principal, número de diagnósticos que tiene la PM, rango de ingresos, y otros más con relevancia para relacionar con las dimensiones de calidad de vida que miden los instrumentos.

Una vez establecido el contacto y previa lectura del consentimiento informado de participación en esta investigación, se otorgó a cada participante un juego de cuestionarios (Bref y Old) y una hoja de datos generales (ver apéndice 4).

Los participantes la respondieron por sí mismos, en caso de existir alguna duda respecto a las preguntas, se orientó con el propio ejemplo de pregunta/respuesta considerado en la prueba, evitando influir en la respuesta de la persona.

3.8. Análisis de datos

En los instrumentos, las respuestas fueron registradas en escala tipo Likert (de 1 muy malo a 5 excelente) simplificando su registro en una base de datos desarrollada en Excel para posteriormente trabajar libremente en su procesamiento estadístico haciendo uso del software SPSS en su versión 20.

Para el procesamiento de los datos se establecieron variables dicotómicas que optimizarán la lectura de las frecuencias y los datos descriptivos, así como de las medidas de tendencia central para realizar el perfil del grupo analizado.

El desarrollo del análisis inferencial de la investigación, se realizaron pruebas T de Student para la comparación de dos muestras independientes en el caso de la variable: sexo, analizando la homogeneidad de varianzas mediante la prueba Levene y en el caso de las tres variables independientes restantes se llevaron a cabo análisis de varianza (ANOVA), para comparar la media de los conjuntos que las conforman debido a que esta prueba estadística permite trabajar con las medias obtenidas por los grupos estudiados. En todas las pruebas se manejó un nivel de significancia de 0.05, con un índice de confiabilidad de 95%.

Capítulo 4

Resultados

Es el objetivo de este capítulo presentar los resultados obtenidos tras el análisis descriptivo e inferencial de los datos recolectados durante los meses de julio y agosto de 2015.

En un primer momento se describen los datos conforme las variables de interés, a saber: sexo, edad, ingreso y escolaridad; para después complementar el perfil sociodemográfico de los participantes con información relativa a su condición civil, ocupación, servicio médico, vivienda y padecimientos entre otras variables.

La parte inferencial del análisis de datos realizado permitirá conocer los resultados obtenidos por el grupo en ambas pruebas, mismos que serán presentados conforme las variables de interés del estudio (sexo, edad, ingresos y escolaridad) y las dimensiones de calidad de vida contempladas por los instrumentos utilizados, logrando estudiar las asociaciones que existen entre las variables.

4.1. Análisis descriptivo

Para establecer el perfil sociodemográfico del grupo de participantes se recuperaron y analizaron las variables independientes señaladas en el capítulo anterior. Se describen en primero las características que servirán para el análisis de los instrumentos (ver tabla 5).

La participación femenina en este grupo de personas mayores, supera a la masculina en relación de 1 hombre por cada 3.3 mujeres, dado que los hombres representaron 23.1 por ciento de la muestra analizada y las mujeres 76.9 por ciento.

En relación a la variable edad, se obtuvo mayor porcentaje en la participación del grupo de personas entre 65 y 69 años de edad (38.4 por ciento), seguidas por el rango de 60 a 64 años (35.8 por ciento), disminuyendo considerablemente la participación de PM con 70 o más años cumplidos al momento de contestar los cuestionarios (25.6 por ciento). El promedio de edad fue 66.6 años. Cabe señalar que la persona con mayor número de años cumplidos que contestó el cuestionario fue de 90 años.

Para la variable ingreso económico, se identificó una no respuesta, por lo que sólo se analizan los datos de 38 participantes, dejando el porcentaje total en 97.2. También es

preciso indicar que el ingreso fue estimado en salarios mínimos (S.M.) vigentes en el Distrito Federal al momento de recuperar los datos³, los rangos establecidos para el análisis de datos son:

- De 2 a 4 S.M. esto es entre \$2,100 y \$8,400
- De 5 a 7 S.M. esto es entre \$8,400 y \$14,700
- De 8 a 10 S.M. esto es entre \$14,700 y \$18,900

Mediante los datos recabados fue posible identificar que la mayor parte de la muestra, equivalente a 51.2 por ciento refirió tener un ingreso que va de 8 a 10 S.M.; 38.4 por ciento cuenta con un ingreso mensual de entre 5 y 7 S.M. y una minoría conformada sólo por mujeres (3) que representan 7.6 por ciento de la muestra, dijo tener un ingreso mensual que va de 2 a 4 salarios mínimos, el cual en comparación con el resto del grupo es bajo, el restante 2.6 por ciento corresponde a la no respuesta reportada. La media grupal en cuanto a ingreso mensual fue de 7.6 S.M. es decir, más de \$14,700.

Tabla 5. Datos generales de la muestra acorde a las variables analizadas
(Porcentajes)

	Hombre	Mujer	Total
Edad			
60-64	22.2	40.0	35.8
65-69	22.2	43.3	38.4
70 o más	55.5	16.6	25.6
Ingreso			
2 a 4	0.0	10.0	7.6
5 a 7	44.4	36.6	38.4
8 a 10	55.5	50.0	51.2
N/R	0.0	3.3	2.6
Escolaridad			
Básica	0.0	3.3	2.6
Media	0.0	40.0	30.6
Superior	66.6	33.3	41.0
Posgrado	33.3	23.3	25.6
Total	99.9	99.9	99.8

Fuente: Elaboración propia

³ Cálculo realizado conforme lo establecido por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos por área geográfica B, verificado el 20 de junio de 2015, determinado en \$70.10 pesos por día.

Respecto a la escolaridad alcanzada por los participantes, se observa que la mayor proporción (41 por ciento) cuenta con estudios de nivel superior, 30.6 por ciento alcanzó el nivel medio superior y 25.6 por ciento tiene estudios de posgrado. Al momento de codificar los instrumentos fue muy interesante notar, que el único caso (2.6 por ciento) con menor escolaridad, fue también la única persona que no reseñó su ingreso mensual.

Si bien la pregunta y objetivos de la investigación se concentran en las cuatro variables independientes hasta ahora descritas, se incluye la siguiente información para tener mayor conocimiento del tipo de población con la que se trabajó, con la finalidad de complementar la descripción del perfil sociodemográfico del grupo (ver tabla 6).

En cuanto a la condición civil de los participantes, 66.7 por ciento de los hombres dijo estar en unión y el restante 33.3 por ciento dijo estar soltero o sin pareja. En el caso de las mujeres, la proporción fue 50/50 en ambas categorías. Del total de la muestra, 53.8 por ciento refirió encontrarse en unión y 46.2 por ciento negó estar en unión o con pareja ya sea por viudez, separación o divorcio.

Es preciso señalar que para la variable ocupación, se hace referencia a la categoría „retirado“ sin distinción entre ser pensionado o jubilado; a pesar de reconocer la diferencia entre los términos se categorizó de esa manera sólo para identificar que la persona no cuenta con una ocupación laboral formal. Así, se encontró que 64.1 por ciento de la muestra goza de un régimen de retiro laboral (pensión o jubilación), 23.1 por ciento dijo contar con un empleo y 12.8 por ciento, conformado sólo por mujeres refirió como ocupación principal el cuidado del hogar. 77.8 por ciento de los hombres recibe una pensión o jubilación mensual y 22.2 por ciento se mantiene activo en el mercado laboral formal; de las mujeres participantes una proporción similar (23.3) coincide en tener empleo, 60.0 por ciento dijo ser retirada y sólo 16.7 por ciento identificó como su principal ocupación el hogar.

Referente al acceso a servicios médicos, la mayor concentración de participantes se ubica en los servicios otorgados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de los cuales goza 82 por ciento de la muestra, quienes en conjunto con aquellos que asisten a servicios médicos privados, suman 97.4 por ciento del total de la muestra. Sólo un hombre

(2.6 por ciento) refirió no tener acceso a ningún servicio médico y ningún integrante de la muestra respondió estar afiliado al seguro popular.

Tabla 6. Datos sociodemográficos complementarios
(Porcentajes)

	Hombre	Mujer	Total
Condición civil			
En unión	66.7	50.0	53.8
No unida	33.3	50.0	46.2
Ocupación			
Con empleo	22.2	23.3	23.1
Retirado (j-p)	77.8	60.0	64.1
Hogar	0.0	16.7	12.8
Servicio médico			
Con acceso	88.9	100.0	97.4
Sin acceso	11.1	0.0	2.6
Vivienda			
Propia	88.9	93.3	92.3
No propia	11.1	6.7	7.7
Corresidencia			
Vive solo	0.0	26.6	20.5
En compañía	100.0	70.0	76.9
N/R	0.0	3.3	2.6
Apoyo económico			
Sí recibe	22.2	76.7	64.1
No recibe	77.8	23.3	35.9
Padecimientos			
Sí tiene	44.4	56.7	53.8
No tiene	55.6	43.3	46.2
Creencia			
Sí tiene	66.7	86.7	82.1
No tiene	33.3	13.3	17.9
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia

97.4 por ciento de la muestra refiere tener acceso a distintos servicios médicos, entre los que destacan los otorgados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), mismos a los que como fue descrito anteriormente, 64.1 por ciento de la muestra tiene derecho por pensión o jubilación, además se consideran aquellos casos que asisten a

servicios médicos de paga. Solo un hombre (2.6 por ciento de la muestra total) refirió no tener acceso a ninguna atención médica, incluso seguro popular. De los hombres entrevistados 88.9 por ciento tiene acceso y 11.1 negó tener tales atenciones, en el caso de las mujeres, todas refirieron contar con servicios médicos.

En cuanto al tipo de vivienda, 92.3 por ciento de las personas mayores participantes refirió tener casa propia, mientras que 7.7 por ciento habita una vivienda que no es suya. Cerca del 90 por ciento de participantes de ambos sexos son dueños de una propiedad, y apenas 11.1 por ciento de población masculina entrevistada y 6.7 por ciento de población femenina dijeron residir en una vivienda rentada, prestada o con familiares.

En razón a la coresidencia de las personas mayores participantes y a pesar de una no respuesta femenina (3.3 por ciento), se encontró que 20.5 por ciento de la muestra estuvo conformada solo por mujeres que viven solas (26.6 por ciento del sexo femenino); mientras que 100.0 por ciento de los hombres viven acompañados ya fuere por la pareja, algún hijo (a), otro familiar o amigo, al igual que 70.0 por ciento de las mujeres, representando 76.9 por ciento de la muestra total.

Además de los ingresos que el grupo reportó tener, 64.1 por ciento recibe algún tipo de apoyo económico, este puede ser por medio de la familia o mediante algún programa gubernamental sin establecer distinción entre el tipo formal o informal; el restante 35.9 por ciento niega recibir tal. Entre los hombres apenas 22.2 por ciento lo afirma, mientras que 77.8 por ciento dice no recibir ningún tipo de apoyo económico. En el caso femenino aunque las proporciones son similares se presenta el caso contrario, esto es, 76.7 por ciento sí recibe algún apoyo y 23.3 por ciento no.

Para la variable padecimientos se consideraron aquellos que han sido medicamente diagnosticados puesto que esto supone certeza en identificar alguna enfermedad. 53.8 por ciento del total de la muestra refirió tener al menos un diagnóstico médico confirmado, encontrándose casos tales como: fibromialgia, miopía, varices, prostatitis, colitis, lumbalgia, glaucoma, Parkinson, osteopenia, tiroides, otitis y varices esofágicas, en contraste, una proporción de 46.2 por ciento respondió no tener problemas de salud identificados, pero sí dolencias menores. De la población que tiene un diagnóstico médico

confirmado, 44.4 por ciento es masculina y 56.7 por ciento es femenina, los restantes 55.6 por ciento de hombres y 43.3 por ciento de mujeres refirieron no tener ninguna enfermedad.

Para concluir la descripción del grupo analizado, se indago la creencia de las personas mayores participantes, hallándose que es una de las variables cuyos porcentajes fueron más contundentes, pues 82.1 por ciento tiene una creencia ya sea católica, cristiana, evangélica o protestante, mientras que 17.9 por ciento dice no tener ninguna. De aquellos que sí la tienen, 66.7 por ciento son hombres y 86.7 por ciento son mujeres.

4.2. Análisis inferencial

4.2.1. Cuestionario WHOQOL Bref

De manera general, contemplando los resultados de los 39 participantes en esta prueba, el promedio en la valoración global de la calidad de vida que el grupo obtuvo fue de 106.87 puntos, con un máximo a obtener de 130, el valor de la mediana fue de 104, para la moda se obtuvieron dos valores (100 y 104) ambos con una frecuencia de 4 respuestas.

Como resultado de la valoración cada una de las dimensiones de la calidad de vida medidas por el instrumento, los cálculos realizados arrojan para las dimensiones de salud física y salud psicológica, una media de 28.69 y 24.77 puntos respectivamente, para la dimensión relaciones sociales el promedio de valoración es de 12.15 puntos y la cuarta dimensión valorada, relacionada con el medio ambiente (entorno) de las personas mayores, obtuvo una media de 32.92. Para las preguntas 1 y 2 que evalúan en lo general la percepción del participante en cuanto a su estado general de salud y en cuanto a su calidad de vida (por lo que no conforman dimensiones de estudio del constructo), los resultados arrojan un promedio grupal de 4.38 puntos y 3.95 puntos respectivamente, de un máximo de 5 puntos a obtener en cada ítem.

Tabla 7. Medidas de tendencia central. Cuestionario Bref

Dimensión	Puntajes obtenidos		Media	Mediana	Moda
	Mínimo	Máximo			
Salud física	23	35	28.69	28	28
Salud psicológica	19	30	24.77	24	24
Relaciones sociales	9	15	12.15	12	12
Medio ambiente	25	40	32.92	33	31
Valoración general de la calidad de vida	2	5	4.38	4	5
Valoración general del estado de salud	2	5	3.95	4	4
Total de calidad de vida	89	129	106.87	104	100

Fuente: Elaboración propia

Como es posible observar la muestra no obtuvo puntajes bajos, lo mínimo fueron 89 puntos de 130 posibles. De manera contraria en relación a la pregunta 1 en la que cerca de 8 por ciento de la muestra obtuvo bajos puntajes y en la pregunta 2, en la cual poco más de 20 por ciento de la muestra respondió con 2 o 3 puntos.

A continuación se presenta con mayor detalle el análisis e interpretación de los datos obtenidos, considerando las características sociodemográficas valoradas y las dimensiones de estudio de calidad de vida contempladas por el instrumento.

Para analizar la variable sexo y su relación con las dimensiones de estudio, se utilizó la prueba T de Student, la cual permite comparar las medias aritméticas de dos grupos para determinar que la diferencia sea estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$).

Respecto a la variable sexo y los puntajes máximos y mínimos factibles a obtener, se encontró que la mujeres estuvieron por encima de la media grupal entre .5 y 1 punto por dimensión, los hombres tuvieron una diferencia similar en puntos pero a la baja y al analizarse la calidad de vida global por sexo, se encontró que los hombres estuvieron 8.2 puntos por debajo de la media grupal, y las mujeres por encima con 2.46 puntos.

El análisis correlacional desarrollado permite establecer que entre el sexo de los participantes y la dimensión salud física ($t = -1.178$, $gl = 37$, $p < 0.05$) no existe asociación. Mientras que para las dimensiones salud psicológica ($t = -2.216$, $gl = 37$, $p < 0.05$), relaciones sociales ($t = -3.720$, $gl = 37$, $p < 0.05$), medio ambiente ($t = -3.077$, $gl = 37$, $p < 0.05$) y la valoración total de la calidad de vida ($t = -3.012$, $gl = 37$, $p < 0.05$), los datos demuestran la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre las variables (ver tabla 8).

El análisis de asociación entre las variables edad, ingreso y escolaridad de los participantes con las dimensiones de calidad de vida consideradas en el instrumento, se llevó a cabo con la prueba estadística de análisis de varianza (ANOVA), misma que permite probar una hipótesis estadística basada en las medias aritméticas de tres o más grupos independientes.

Para el caso de la variable ingreso y su asociación con las dimensiones de calidad de vida analizada con la prueba ANOVA de un factor, los resultados permiten establecer que para las dimensiones salud física ($F= 3.767$; $gl = 2$; $p < 0.05$), salud psicológica ($F= 4.651$; $gl = 2$; $p < 0.05$), medio ambiente ($F= 3.447$; $gl = 2$; $p < 0.05$) y el total de la calidad de vida ($F= 5.492$; $gl = 2$; $p < 0.05$) las medias entre los grupos son distintas. Así para la dimensión salud física ($F= 3.767$; $gl = 2$; $p < 0.05$) al realizar la prueba post-hoc, se observó que sólo en la interrelación de los grupos 1 y 2, el valor p es menor a 0.05, en las otras relaciones correspondientes a los otros 3 grupos, la significancia es superior a 0.05, en estos casos se asume que al menos una de las relaciones es distinta.

Para la dimensión relaciones sociales ($F= 1.570$; $gl = 2$; $p < 0.05$), al realizar las comparaciones múltiples todos los grupos obtienen una significancia mayor a 0.05, estadísticamente las medias de los grupos son iguales.

Al realizar las pruebas ANOVA entre la variable edad y las dimensiones de la calidad de vida consideradas en el instrumento Bref, así como en los resultados de la variable escolaridad y todas las dimensiones, se notó que en todos los casos, el valor p fue superior a 0.05, en consecuencia se afirma que las medias de los grupos son distintas negándose la relación entre las variables. Se realizaron además comparaciones múltiples con la prueba Bonferroni, mediante la cual se reiteraron los valores p mayores a 0.05, siendo consistente la negación de la asociación entre estas variables al establecer que las medias entre los grupos son diferentes (ver tabla 9).

Tabla 8. Prueba T - Variable Sexo. Cuestionario Bref

	Salud física		Salud psicológica		Relaciones sociales		Medio ambiente		Calidad de vida	
	Promedio	Valor P	Promedio	Valor P	Promedio	Valor P	Promedio	Valor P	Promedio	Valor P
Hombre	27.67	.246	22.89	.033	10.67	.001	29.67	.004	98.67	.005
Mujer	29		25.33		12.60		33.90		109.33	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9. Prueba ANOVA para variables independientes. Cuestionario Bref

	Salud física		Salud psicológica		Relaciones sociales		Medio ambiente		Calidad de vida	
	Promedio	Valor P	Promedio	Valor P	Promedio	Valor P	Promedio	Valor P	Promedio	Valor P
Edad										
60-64	29.14*	.416	25.86*	.190	12.64*	.222	32.50*	.762	108.64*	.438
65-69	29.00*		24.53*		12.13*		33.53*		107.60*	
70 y más	27.60*		23.60*		11.50*		32.60*		103.30*	
Ingreso										
2-4	32.67	.033	29.00	.016	12.67*	.729	37.00*	.043	121.00*	.008
5-7	27.80*		23.67*		11.93*		31.40*		102.53*	
8-10	28.85*		25.05*		12.25*		33.70		108.50	
Escolaridad										
Media	28.33	.756	24.75	.932	12.33	.959	33.42	.264	107.00	.589
Superior	28.56		24.69		12.00		31.94		105.56	
Posgrado	29.50		25.10		12.20		34.40		109.80	

* Valor $p \geq 0.05$ en prueba post-hoc Bonferroni

Fuente: Elaboración propia

4.2.2. Cuestionario WHOQOL Old

Los resultados generales que arroja la muestra de población estudiada respecto a las dimensiones de estudio de calidad de vida, consideradas en la prueba Old permiten observar una valoración global promedio de 97.26 puntos, con un máximo a alcanzar de 120, encontrándose 22.74 puntos debajo del máximo posible. El rango de respuestas se ubicó entre 77 puntos como mínimo y 115 como máximo.

En cada dimensión de estudio evaluada por la prueba Old, encontramos que el promedio de puntos obtenidos en las dimensiones habilidad sensorial y muerte y morir fueron 15.94 y 15.71 respectivamente, mientras que las cuatro dimensiones restantes: autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social e intimidad obtuvieron promedios por encima de 16, es decir, presentaron una diferencia menor a 4 puntos del máximo a ser obtenido.

Tabla 10. Medidas de tendencia central. Cuestionario Old

Dimensión	Puntajes obtenidos		Media	Mediana	Moda
	Mínimo	Máximo			
Habilidad sensorial	9	20	15.95	16	18
Autonomía	12	20	16.72	17	19
Actividades PPF	10	20	16.31	16	15
Participación social	10	20	16.03	16	15
Muerte y morir	9	20	15.72	16	16
Intimidad	4	20	16.54	16	16
Total de calidad de vida	77	115	97.26	97	93

Fuente: Elaboración propia

Las medidas de tendencia central nos permiten observar un panorama general de la evaluación de la calidad de vida que el grupo de interés tiene. En todas las dimensiones de estudio se alcanzó el máximo puntaje posible (20) y sólo en el caso de la dimensión de estudio intimidad se alcanzó el puntaje mínimo (4).

Para la dimensión habilidades sensoriales con una máxima a alcanzar de 20 puntos, los hombres obtuvieron una media de 16.11 puntos y las mujeres de 15.90. En la prueba T los resultados arrojaron una significancia mayor a 0.05 ($t = .187$, $gl = 37$, $p < 0.05$), por lo que se niega la asociación entre el sexo de los participantes y esta dimensión de la calidad de vida.

Los resultados de la prueba T para analizar la asociación entre la variable sexo y las dimensiones de calidad de vida evaluadas por el instrumento arrojan que en los casos de las dimensiones: actividades pasadas, presentes y futuras ($t= -4.365$, $gl= 37$, $p < 0.05$), participación social ($t= -3.262$, $gl= 37$, $p < 0.05$) e intimidad ($t= -2.339$, $gl= 37$, $p < 0.05$), así como con el puntaje total obtenido en la prueba ($t= -2.764$, $gl= 37$, $p < 0.05$), se rechaza la hipótesis nula, de tal manera que con un 95 por ciento de confianza se establece una relación entre el ser mujer y obtener mejores puntajes en estas dimensiones (ver tabla 11).

En caso contrario, las dimensiones habilidad sensorial ($t= .187$, $gl= 37$, $p < 0.05$), autonomía ($t= 1.371$, $gl= 37$, $p < 0.05$) y muerte y morir ($t= -.335$, $gl= 37$, $p < 0.05$) obtuvieron en las pruebas un valor p superior a 0.05, por lo que se acepta la hipótesis nula, negando la asociación entre variables.

Al realizar los análisis de varianza con el resto de variables de interés y con las dimensiones de la calidad de vida medidas por el instrumento, la única relación con una P menor a 0.05 fue la de la dimensión muerte y morir y el ingreso de los participantes, por lo tanto existen diferencias entre las medias, lo cual se corroboró con la prueba post-hoc Bonferroni. En el resto de análisis realizados con las dimensiones de calidad de vida y las otras variables de interés (edad, ingreso y escolaridad) se obtuvo un valor p mayor a 0.05, por lo que se asume que no existe diferencia entre las medias de los grupos. Al realizar la prueba post-hoc los valores de la significancia salieron pegados a 1.000 (ver tabla 12).

Tabla 11. Prueba T - Variable Sexo. Cuestionario Old

	Habilidad sensorial		Autonomía		Actividades PPF		Participación social		Muerte y morir		Intimidad		Calidad de vida	
	Promedio	Valor P	Promedio	Valor P	Promedio	Valor P	Promedio	Valor P	Promedio	Valor P	Promedio	Valor P	Promedio	Valor P
Sexo														
Hombre	16.11	.853	15.78	.179	13.78	.000	14.00	.002	15.44	.740	14.33	.025	89.44	.009
Mujer	15.90		17.00		17.07		16.63		15.80		17.20		99.60	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 12. Prueba ANOVA para variables independientes. Cuestionario Old

	Habilidad sensorial		Autonomía		Actividades PPF		Participación social		Muerte y morir		Intimidad		Calidad de vida	
	Promedio	Valor P	Promedio	Valor P	Promedio	Valor P	Promedio	Valor P	Promedio	Valor P	Promedio	Valor P	Promedio	Valor P
Edad														
60-64	16.43	.724	16.36	.770	16.93	.412	16.79	.051	16.93	.105	17.36	.543	100.79	.271
65-69	15.53		17.00		16.20		16.33		14.80		16.13		96.00	
70 y más	15.90		16.80		15.60		14.50		15.40		16.00		94.20	
Ingreso														
2-4	15.67	.956	15.00	.137	18.33	.095	19.00	.064	20.00	.010	18.67	.513	106.67	.208
5-7	15.93		16.33		15.40		15.47		15.80*		16.13		95.07	
8-10	16.15		17.45		16.70		16.00		15.35*		16.40		98.05	
Escolaridad														
Media	15.08	.071	16.67	.966	16.42	.964	16.08	.804	16.00	.594	16.50	.356	96.75	.338
Superior	15.63		16.88		16.19		15.75		15.44		15.69		95.56	
Posgrado	17.80		16.90		16.40		16.40		16.50		17.70		101.70	

Fuente: Elaboración propia

Capítulo 5

Conclusiones

El objetivo de esta investigación fue analizar las relaciones existentes entre las diez dimensiones de estudio de calidad de vida consideradas en los instrumentos de la OMS y el sexo, la edad, el ingreso y la escolaridad del grupo de personas mayores egresadas del diplomado envejecimiento exitoso, abonando evidencia a la relación que existe entre la calidad de vida de las PM y el tipo de envejecimiento que experimentan.

Referente a la pregunta de investigación, el análisis de datos llevado a cabo mediante las pruebas estadísticas para relacionar las variables, permitió encontrar como resultado una asociación positiva (con significancia estadística) entre ser mujer y seis de las diez dimensiones evaluadas, las cuales son: salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente del instrumento Bref; así como con las dimensiones: actividades pasadas, presentes y futuras, participación social e intimidad del instrumento Old; además, en ambas pruebas el sexo femenino obtuvo correlaciones fuertes con el puntaje total de la evaluación de la calidad de vida.

Respecto al ingreso de los participantes en las dimensiones: salud física, salud psicológica, medio ambiente así como en la evaluación de la calidad de vida con el instrumento Bref, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de análisis (distintos rangos de ingreso mensual); en el instrumento Old, se halló una relación similar sólo en el caso de la dimensión muerte y morir.

Para las variables: edad y escolaridad, no se halló ninguna asociación estadísticamente significativa entre las variables independientes y las dimensiones de calidad de vida en los grupos. Los resultados obtenidos por el conjunto analizado muestran una evaluación favorable de la calidad de vida como un todo, esto acorde con ambas pruebas.

Los resultados no arrojaron diferencias entre las medias de los grupos y la salud física, salvo en el caso de la variable ingreso, en la cual el promedio más alto lo obtuvo el grupo de menor rango de ingresos. Por otra parte, en la dimensión habilidades sensoriales, no se encontraron diferencias significativas, y el puntaje promedio obtenido por el grupo en

esta dimensión indica una valoración cercana al máximo posible a obtener. Es posible vincular esta información con los elementos del envejecimiento exitoso descritos por Rowe y Kahn, los cuales aluden a tener una alta capacidad física y cognitiva, así como baja probabilidad de enfermar o de discapacidad asociada al diagnóstico y compromiso activo con la vida, lo que permite establecer que este grupo de personas, es cercano a este tipo de envejecimiento.

Con los datos presentados es posible apreciar que el grupo de personas mayores con quienes se realizó la investigación tiene un perfil muy particular, debido a que (en su mayoría) no son personas de escasos recursos o con baja escolaridad, además es posible ubicarlos en la etapa de la vejez joven acorde a los criterios descritos por Neugarten (1999) referidos en la literatura gerontológica. Casi un cuarto de los egresados son hombres y 7, de los 9 participantes varones tienen más de 65 años de edad. Vivir solos (20 por ciento de la muestra), no recibir apoyo económico (casi un tercio de la muestra), tener redes de apoyo limitadas y contar con algún padecimiento medicamente diagnosticado constituyen también factores de riesgo enfrentados por algunos miembros del grupo estudiado, por lo que favorecer el mantenimiento de la autonomía e independencia física podrían constituirse como factores de protección a ser abordados en grupos con perfiles similares al del grupo sujeto de estudio.

Si bien el perfil sociodemográfico del grupo no corresponde con la mayoría de las personas mayores mexicanas, valga decir que sí refleja otra realidad que se vive en nuestro país. Para esta población, sus necesidades básicas (vivienda, alimentación y vestido) parecen estar cubiertas, sin embargo también presentan necesidades particulares tales como aquellas relacionadas con las relaciones sociales, la muerte y el morir, la intimidad o el entorno en que se desenvuelven; todos ellos son factores de estudio considerados en el análisis de la calidad de vida de este grupo etario.

En términos generales, las características del grupo de estudio permiten reconocer que la mayoría de los participantes tiene un alto nivel educativo (más de 60 por ciento con educación superior), ingresos de medios a altos, es decir, más de 90 por ciento de la muestra con ingresos mensuales superiores a \$8000; casi 100 por ciento cuenta con acceso a servicios de atención médica y 64 por ciento goza de una pensión o jubilación garantizada

por el Estado y acorde con sus respuestas, una proporción poco mayor al 45 por ciento del grupo no tiene ningún diagnóstico médico que disminuya su calidad de vida, lo que permite identificarlos como un grupo de baja vulnerabilidad social y altamente activo, pues la participación social que manifiestan es constante y comprometida.

Respecto a la teoría del envejecimiento exitoso, como fue señalado en el capítulo dos de esta tesis, el planteamiento teórico no es de reciente formulación; sin embargo, está gozando de un auge que se corresponde con la idea del “bien envejecer”, promoviendo el cambio de paradigma ante el proceso natural del envejecimiento que enfrentan todos los seres vivos.

Es cierto que los postulados de Rowe y Khan, han sido criticados y señalados como elementos de difícil medición y complicados de alcanzar, además de “discriminatorios” y “excluyentes” (Martin, et.al., 2014). Desde otro punto de vista, hay investigadores que defienden la idea fundamental del paradigma que trata de ver la vejez como una etapa de la vida en la cual la persona puede (y debe, en lo posible) seguir siendo “parte de...”: de la familia, de la sociedad, de la comunidad, seguir siendo individuo con capacidad de elegir y de vivir plenamente.

Existe evidencia (López, 2013; Blanco, 2010; Cho, Martin y Poon, 2014) de los efectos positivos que diversas actividades tienen sobre el bienestar emocional de las PM y es ahí en donde los fundamentos de la teoría del envejecimiento exitoso tienen eco; en el mismo sentido son las aportaciones de esta investigación, con las cuales queda de manifiesto la calidad de vida del grupo analizado y mediante ésta, el tipo de envejecimiento que viven.

El trabajo realizado permite concluir que las dimensiones de la calidad de vida se encuentran con los elementos teóricos del envejecimiento exitoso, y que este tipo de evaluaciones podrían ser una forma de tratar de operacionalizar la teoría. Entonces en la medida que la PM evalúe mejor su calidad de vida, cumplirá con el logro de los elementos teóricos referidos. De tal manera que tener baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada a ésta, así como gozar de funcionalidad física y cognitiva se verían reflejados en el conjunto de las dimensiones: salud física, habilidades sensoriales, autonomía, salud psicológica e intimidad; mientras que el elemento teórico de compromiso

activo con la vida podría verse reflejado en los resultados analizados a la luz de las dimensiones: relaciones sociales, actividades pasadas, presentes y futuras así como en participación social.

La valoración de la calidad de vida de las personas mayores como medio para aproximarnos al logro de un envejecimiento exitoso, es una tarea compleja de realizar por la multidimensionalidad del constructo y de la postura teórica, sin embargo la disciplina de Trabajo Social tiene un amplio campo de intervención profesional para generar alternativas de atención, promoción y solución a situaciones diversas que atraviesa este sector poblacional, considerando que en un espacio social en donde las diferencias entre las personas que integran el grupo poblacional de personas mayores son bastas, es necesario elaborar previo a cualquier intervención, un perfil de población que entre otras cosas, permita identificar los elementos comunes al grupo para lograr analizar su calidad de vida dirigiendo la elaboración de propuestas de atención que respondan a las necesidades específicas, impactando así en la calidad de vida de cada destinatario de la acción.

La tarea prioritaria del Trabajo Social en el ámbito de la Gerontología es identificar, conocer y optimizar las condiciones o comportamientos por medio de los cuales la calidad de vida de la persona sea favorecida, preocuparse, pero sobre todo ocuparse de elevar la calidad de vida de los años que han sido añadidos por los alcances médicos a la vida es una tarea imperante. Ocuparnos de lo que hace la persona, cómo lo hace y el bienestar que eso le genera, así como de aquellas acciones que podemos favorecer para mantener e incrementar esa calidad de vida adquiere una importancia que puede estar marcando una dirección distinta e innovadora de la profesión, una dirección que esté acorde a las exigencias sociales que estamos viviendo hoy en día.

5.1. Discusión

Respecto al sexo de los participantes, nuestros resultados son consistentes con lo identificado por Urzúa (2011), respecto a la mayor participación femenina y los beneficios de ésta para con su calidad de vida. Los datos mostraron para las mujeres, mejores puntajes en la dimensión: actividades pasadas, presentes y futuras, cuyas facetas incluyen aspectos relacionados con la satisfacción en torno a los logros alcanzados a lo largo de la vida y las

expectativas a futuro, lo que puede estar empatando con el elemento de compromiso activo con la vida expresado en el planteamiento del envejecimiento exitoso (Blanco, 2010).

En contraparte se encuentra el estudio realizado por Sáiz y Santamaría-Vázquez (2015) con población española, quienes no hallaron relación entre el sexo de los participantes en su estudio y las dimensiones evaluadas por el instrumento Bref, lo cual puede deberse a la avanzada equidad de género que experimentan en aquel país, lo que contrasta con la cultura mexicana en donde son mujeres quienes primordialmente acuden a actividades recreativas que favorecen las relaciones sociales.

Se coincidió con lo señalado por Rodríguez, et.al. (2011), debido a que existió dificultad para obtener los datos de ingreso económico, aun cuando se establecieron rangos con la finalidad de no solicitar cantidades exactas, lo cual puede ser explicado por la delicadeza de otorgar este tipo de información en el contexto de inseguridad que vive México. En esta variable las puntuaciones medias más altas se correspondieron siempre con el grupo de menor rango de ingresos. Reig (2000) señaló que los correlatos más importantes del bienestar psicológico son la salud, la personalidad y el estatus socioeconómico (combinación de nivel de estudios, ingresos económicos y estatus laboral) en este sentido las personas que conformaron la muestra obtuvieron valoraciones altas en las dimensiones salud física, salud psicológica, autonomía y habilidad sensorial. A la luz de dos variables que coinciden con las analizadas por el autor, podría entonces existir una relación de mutua afección entre la escolaridad y el ingreso de las personas con estas dimensiones de calidad de vida.

Como fue mencionado, los resultados de los análisis realizados con las variables: edad y escolaridad, no mostraron ninguna asociación estadísticamente significativa con ninguna de las dimensiones de estudio de la calidad de vida, coincidiendo con lo encontrado por Sáiz. y Santamaría-Vázquez (2015) quienes tampoco hallaron relación entre las variables: edad y escolaridad, para con las dimensiones de calidad de vida analizadas en el instrumento Bref. Esto podría estar en coincidencia con el planteamiento que señala que “*se envejece como se ha vivido*”, lo que estaría dejando de fuera la importancia social que se da a la edad como criterio para identificar el proceso de envejecimiento y pondría en duda otros planteamiento que señalan que se envejece mejor en la medida que se tiene

mayor escolaridad (Blanco, 2010). Este dato, deja ver la pertinencia de realizar la investigación con un grupo cuyas características sociodemográficas sean más heterogéneas para encontrar explicaciones distintas respecto las formas de envejecer y si estas se relacionan con el nivel educativo de las personas mayores.

Entre las dimensiones mejor puntuadas, se encontraron: relaciones sociales y participación social (con 3 y 4 puntos promedio por debajo de la puntuación máxima a obtener). Esto coincide con los hallazgos de otros autores (López, 2013, Cho, Martin y Poon, 2014, Urzúa, Bravo, Ogalde y Vargas, 2011) y reafirma la importancia de contar con apoyos sociales en esta etapa de la vida, además de señalar la importancia que las actividades que realizan (como la asistencia a grupos de formación) tienen en el reforzamiento de su autonomía, su sentido de pertenencia y está en sintonía con el tercer elemento de análisis de la teoría del envejecimiento exitoso, que es el compromiso activo con la vida, resaltando el hecho de la producción en términos del valor societal, entendido este como un constructo que implica a la sociedad y la reproducción de ciertas instituciones sociales (p.e. la familia).

Existe en la literatura una vinculación evidenciada entre la calidad de vida y la salud física (Limón y Ortega, 2011; Fernández-Ballesteros, Zamarrón, López, Molina, Díez, Montero y Schettini, 2010; Aguilar, Álvarez y Lorenzo, 2011) sin embargo, en este trabajo y con los instrumentos utilizados no se agota el abordaje de estos dos elementos.

Cabe señalar que respecto a la dimensión intimidad, se coincide con otros autores, (Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas-Carrasco y Bunout, 2011) en función de cómo los participantes tendían a preguntar si los ítems eran con respecto a una pareja o a un ser importante para ellos (p.e. hijos) dado que las preguntas son sobre la capacidad de amar y ser amado, así como en relación a un sentimiento de compañerismo en sus vidas. En este sentido, la prueba busca evaluar el aspecto íntimo, con una pareja, explorando la oportunidad para amar que tienen las personas mayores por lo que al explicar esto a los participantes era sencillo identificar cierta vergüenza o incomodidad con esta sección del cuestionario, ello deja al descubierto áreas de interés investigativo y temáticas a trabajar con las personas mayores, sobre todo en el aspecto de la sexualidad, tema que durante muchos años ha sido tabú.

5.2. Limitaciones y áreas de oportunidad

Haber realizado la investigación en un ambiente educativo, facilitó el contacto con este grupo, cuyas características sociodemográficas permiten reconocer la existencia de otras realidades no centradas en la carencia económica y/o exclusión social; por lo que es necesario continuar desarrollando actividades que permitan prevenir posibles problemáticas que afecten negativamente la calidad de vida que las personas mostraron gozar.

Tomar como punto de partida para el análisis cuatro características sociodemográficas que son abordadas con mayor frecuencia en la literatura, permitió vislumbrar en este grupo aspectos que requieren ser estudiados con mayor detenimiento, como son aquellos relacionados con las dimensiones que obtuvieron los puntajes más bajos, a saber: habilidad sensorial, muerte y morir e intimidad

Como parte de limitaciones del estudio se identifica el hecho de que el rango de ingreso que tienen los participantes no se asemeja al ingreso que otros sectores pertenecientes a este mismo grupo poblacional pueden reportar, además de que la muestra no fue representativa, lo que no permite generalizar los resultados, sin embargo, las características del grupo sí permiten evidenciar los aspectos que podrían potencializarse mediante la intervención del Trabajo Social, además de dar pauta a la reflexión crítica sobre los procesos de construcción social de la vejez, hacia visiones positivas, incluyentes y exitosas que a través del ejercicio profesional pueden ser reproducidas, sobre todo al considerar la heterogeneidad del grupo poblacional, la falta de planeación y los efectos de la transición demográfica.

La complejidad de medir un constructo tan amplio no fue menor, pues debido a la subjetividad que lo compone, no existe una única manera de medirlo, más aun, no existe una manera exhaustiva de hacerlo y si bien, son considerados algunos indicadores objetivos, estos no abordan por completo los aspectos involucrados en la calidad de vida de las personas mayores, por lo que es necesario considerar en futuras investigaciones la aplicación de instrumentos que detallen la información obtenida, así por ejemplo puede sumarse a estas escalas de la OMS alguna que mida actividades básicas de la vida diaria, redes sociales, autonomía, autosuficiencia, entre otros tópicos de relevancia.

Otra área de oportunidad que se identificó fue respecto al propio instrumento que se utilizó, si bien ha sido diseñado, avalado y aplicado mundialmente por un organismo internacional, no es exhaustivo, incluso se consideran aspectos que apenas son superficialmente abordados, tal es el caso de la dimensión relaciones sociales e intimidad compuestas sólo por tres ítems, además, ésta última dimensión y las preguntas que la componen resultan no ser del todo claras en su formulación para la persona, sumándose que por su propia naturaleza causan extrañeza y pudor al responder pese a la habilidad del profesional por obtener una respuesta verdadera.

Finalmente se considera importante estudiar con profundidad la calidad de vida de las personas mayores en orden de comprender mejor los distintos fenómenos sociales que tienen relación con los sujetos, la vejez y el envejecimiento; puesto que éstos conforman ámbitos actuales de intervención multidisciplinar, en donde el profesional en Trabajo Social puede profundizar seriamente haciendo uso de sus conocimientos teóricos y metodológicos; mismos que le permiten analizar la realidad desde una perspectiva disciplinar particular abonando a la comprensión de los fenómenos sociales, considerando la puesta en marcha de estrategias de intervención cuyo diseño tenga en cuenta las complejas interacciones que tienen lugar entre el sujeto y los diversos contextos en y con los que interactúa.

Referencias

- Acosta, C.O. y González-Celis, A.L. (2009). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Psicología y Salud*, 9 (2), 289-293.
- Acosta, C.O., Vales, J.J., Echeverría, S.N., Serrano, D.M. y García, R. (2013). Confiabilidad y validez del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL – OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y salud*, 23 (2), 241-250.
- Aguilar, J.M., Álvarez, J. y Lorenzo, J.J. (2011) Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (4), 161-168.
- Aranibar, P. (2001) Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Cepal, Santiago de Chile.
- Arraga, M.V. y Sánchez, M. (2010). Bienestar subjetivo en adultos mayores venezolanos. *Interamerican Journal of Psychology*. 44 (1), 12-18.
- Belando, M. (2006). Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. Reconstruyendo identidades. Una visión desde el ámbito educativo. *Comunicación e ciudadanía*, 4, 18p.
- Blanco, M. (2010). Predictores psicosociales del envejecimiento activo: evidencias de una muestra de personas adultas mayores. *Anales de psicología*, (6), 11-29.
- Cardona-Arias, J.A., Álvarez-Mendieta, M.I. y Pastrana-Restrepo, S. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia 2012. *Rev Cien Salud*, 12 (2). 139–155.
- Cho, J., Martin, P. y Poon, L. (2014). Successful aging and subjective well-being among oldest-old adults. *The gerontologist*, 55 (1), 132-143.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade). (2011). Envejecimiento poblacional. *Observatorio demográfico*, 12, 13-31.

Consejo Nacional de Población (Conapo). (2011). Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México. Serie Documentos Técnicos. México: Conapo. Disponible en: www.conapo.gob.mx > ... > Situación Demográfica Consultado el 7 de junio de 2014.

Díaz-Tendero, A. (2011). Estudios de población y enfoques de gerontología social en México. *Papeles de Población*, 17 (70), 49-79.

Díaz-Tendero, A. (2012). *La Teoría de la Economía Política del Envejecimiento. Un nuevo enfoque para la gerontología social en México*. Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte.

Diener, E. y Suh, E. (1997). Measuring quality of life: economic, social and subjective indicators. *Social indicators research*, 40, 189-216.

Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas-Carrasco, R., y Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 139(5), 579-586.

Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de psicología*, (73), 89-104.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontología social. Una introducción. En Fernández-Ballesteros, R. (Dir.). *Gerontología social* (pp. 31-54). Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2011, marzo). *Envejecimiento saludable*. Congreso sobre envejecimiento. La investigación en España.

Fernández-Ballesteros, R. y Macía, A. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Intervención Social*, 2 (5), 77-94.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., López, M.D., Molina, M.A., Díez, J., Montero, P., Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647.

Fernández-Mayoralas, G. y Rojo, F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Terrotoris*, 5, 117-135.

Fondo de Población para las Naciones Unidas (UNFPA) y HelpAge International. (2012). Resumen ejecutivo. Envejecimiento en el Siglo XXI: Una celebración y un desafío. Nueva York. Disponible en: <https://www.unfpa.org/...pdf/Ageing%20Report%20Executive%20Summ...> Consultado el 19 de marzo de 2014.

Gómez, E. (2009). Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. . *TOG (A Coruña)* [revista en internet], 6 (9), 10p. Consultado el 24 de junio de 2014.

González-Celis, A.L. (2010) Calidad de vida en el adulto mayor. En L. M. Gutiérrez-Robledo y J. H. Gutiérrez-Ávila [Coords.]. *Envejecimiento Humano. Una Visión Transdisciplinaria*. (pp. 365-378). México: Instituto de Geriatria. Secretaría de Salud.

González-Celis, A.L. y Gómez-Benito, J. (2013). Quality of life in the elderly: Psychometric properties of the WHOQOL-OLD module in Mexico. *Health*, 5(12A), 110-116.

Ham, R. (2011). Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México. En Conapo. *La situación demográfica de México*. (pp. 141-155). Disponible en: http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/swbpress_Content/3309/08_ENVEJECIMIENTO_EN_M_XICO.PDF Consultado el 19 de marzo de 2014.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M.P. (2010) *Metodología de la investigación*. (5ª.ed.). México: McGraw-Hill/Interamericana editores S.A. de C.V.

Huenchuan, S. (2013). Envejecimiento, seguridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad. Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en: www.cepal.org/.../2617-envejecimiento-solidaridad-y-proteccion-social-... Consultado el 19 de noviembre de 2014.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2016). Número de habitantes. Disponible en: cuentame.inegi.org.mx/población/habitantes.aspx?tema=P Consultado el 13 de marzo de 2016.

Johnson, J., Sarkisian, N. y Williamson, J. (2014). Using a micro-level model to generate a macro-level model of productive successful aging. *The gerontologist*, 55 (1), 107-119.

Joop, D., Wozniak, D., Damarin, A., De Feo, M., Jung, S. y Jeswani, S. (2014). How could lay of perspectives on successful aging complement scientific theory? Findings from a U.S. and German life-span sample. *The gerontologist*, 55 (1), 91-106.

Limón, M. y Ortega, M. (2011) Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, (6), 225-238.

López, A. (2013). Envejecimiento exitoso en función de la percepción de la salud en personas mayores que participan en programas de envejecimiento activo. *TOG (A Coruña)* [revista en internet], 10 (17), 20p. Consultado el 5 de junio de 2014.

Magalhães, L., Girardi, L.M. y Carneiro, L.A. (2012). Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 21 (Esp), 3-11.

Martin, P., Kelly, N. Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B., Willcox, C. y Poon, L. (2014). Defining successful aging: A tangible or elusive concept? *The gerontologist*, 55 (1), 14-25.

Meléndez, J.C., Navarro-Pardo, E., Sales, A. y Mayordomo, T. (2012). Efecto moderador de la institucionalización en las actividades de la vida diaria y bienestar en el envejecimiento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(4), 671-680.

Millán, J.C. (2011). Envejecimiento y calidad de vida. *Revista Galega de economía*, 20 (extraordinario), 13p.

Montenegro, P. y Melgar, F. (2012). *Gerontología para el médico internista*. Bolivia: La Hoguera.

Montes de Oca, V. (2010). Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Reglones*, 62, 159-181. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11117/235>
Consultado el 15 de mayo de 2015

Neugarten, B. (1999) Los significados de la edad. España: Herder

Oddone, M. J. (2013). Antecedentes teóricos del Envejecimiento Activo. *Informes Envejecimiento en red*, 4, 1-9. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oddone-antecedentes.pdf>
Consultado el 15 de mayo de 2015

Olshansky, S., Perry, D., Miller, R. y Butler, R. (2007). Pursuing the longevity dividend. *Annals of the New York Academy of Science*, 1114, 11-13.

ONU (2001) Resolución 46/91. Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/46/91>
Consultado el 24 de junio de 2014.

Organización Mundial de la Salud (OMS) WHOQOL Group. (1995). *Field trail. WHOQOL-100*. Ginebra. OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS) WHOQOL Group. (1997). Measuring quality of life. The World Health Organization quality of life instruments (The WHOQOL -100 and the WHOQOL Bref). Ginebra. OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS) WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc.Sci.Med.*, 46 (12), 1569-1585.

Organización Mundial de la Salud (OMS) WHOQOL Group. (2006). *WHOQOL Old Manual*. Ginebra. OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Datos interesantes acerca del envejecimiento*. Recuperado de: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/> Consultado el 3 de febrero de 2016.

Osorio, P., Torrejón M.J. y Vogel N. (2008) Aproximación a un concepto de calidad de vida en la vejez. Escuchando a las personas mayores. *Revista de Psicología*, 17 (1),101-108.

Peterson, N. y Martin, P. (2014). Tracing origins of success: implications for successful aging. *The gerontologist*, 55 (1), 5-13.

Reig, A. (2000). Psicología de la vejez. Comportamiento y adaptación. En Fernández-Ballesteros, R. (Dir.). *Gerontología social* (pp. 167-200). Madrid: Pirámide.

Rodríguez-Rodríguez, V., Rojo-Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Karim, M., Lardiés-Bosque, R., Prieto-Flores, M.E., Rojo-Abuín, J.M. (2011). Recursos económicos y calidad de vida en la población mayor. *Revista internacional de sociología*, 69 (1), 195-227.

Romero, D.M. (2007). Actividades de la vida diaria. *Anales de psicología*, 23 (2), 265-271.

Rowe, J. y Kahn, R. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237 (4811), 143-149.

Rowe, J. y Kahn, R. (1997). Successful aging. *The gerontologist*, 37 (4), 433-440.

Rowe, J. y Kahn, R. (2015). Successful aging 2.0: Conceptual expansions for the 21st century. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70 (4), 593-596.

Rubinstein, R. y De Medeiros, K. (2014). “Successful aging” Gerontological theory and neoliberalism: A qualitative critique. *The gerontologist*, 55 (1), 34-42.

Ruvalcaba, N; Salazar, J; y Fernández, P. (2012). Indicadores sociales, condiciones de vida y calidad de vida en jóvenes mexicanos. *Revista iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología*, 5 (1), 71-80.

Sáiz, O. y Santamaría-Vázquez, M. (2015). La influencia de las variables sociodemográficas en la calidad de vida analizadas con el WHOQOL-Bref. *TOG (Coruña)* [revista en internet] 12 (21): 15p. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num21/pdfs/original3.pdf> Consultado el 16 de febrero de 2016.

Sarabia, C. M. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*, 20 (4), 172-174.

Schallock, R y Verdugo, M.A. (2003). Calidad de Vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza.

Schallock, R. y Verdugo, M.A. (2006). Revisión actualizada del concepto de calidad de vida. En M.A. Verdugo (Coord.). *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad: instrumentos y estrategias de evaluación*. (pp. 29-42). Disponible en: https://jalvaro.files.wordpress.com/2009/02/concepto_cv-revision_2006_schallock_r.pdf
Consultado el 14 de mayo de 2014.

Schallock, R. y Verdugo, M.A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Revista española sobre discapacidad intelectual*, 38 (4), 21-36.

Schallock, R., Brown, I., Brown, R., Cummins, R., Felce, D., Matikka, L., Keith, K. y Parmenter, T. (2002) Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: report of an international panel of experts. *Mental retardation*, 40 (6), 457-470.

Tonon, G. (2010). La utilización de indicadores de calidad de vida para la decisión de políticas públicas. *Polis*, 9(26), 361-370.

Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30 (1), 61-71.

Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M. y Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Rev.Med.Chile*, (139), 1006-1014.

Verdugo, J.C., Meda, R. M., Guzmán, C., Moy, N.A. y Monroy, C.E. (2007). Validez y confiabilidad de una escala para evaluar la calidad de vida en adultos. *Psicología y salud*, 17 (001), 133-139.

Yaguas, J.J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. (1ª ed.) España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Apéndices

1. Matriz para la clasificación de los antecedentes de estudio
2. Consentimiento informado de participación
3. Instrumento aplicado para la medición de la calidad de vida (OMS, 1997, 2006)
4. Hoja para la recuperación de características sociodemográficas

1. Matriz para la clasificación de los antecedentes de estudio

Autor (es - as) del artículo	Año y país de estudio	Título del artículo	Objetivo del estudio	Instrumento y población	Características sociodemográficas analizadas	Teoría, constructo, método
Arraga y Sánchez	2010 Venezuela	Bienestar subjetivo en adultos mayores venezolanos	Medir el bienestar subjetivo o felicidad en adultos mayores venezolanos	Adaptación a la Escala de Felicidad de Lima para adultos mayores	N/A	Constructo Método
Blanco	2010 Costa Rica	Predictores psicosociales del envejecimiento activo. Evidencias en una muestra de personas adultas mayores	Analizar la relación existente entre los factores psicosociales y la permanencia de estilos de vida activos en la vejez	Actividades en la vejez, actividad física, autocontrol, evaluación neuropsicológica, estado funcional, nivel de auto-eficacia, apoyo percibido, estado afectivo	Redes de apoyo, nivel socioeconómico, nivel educativo	Constructo Método
Rodríguez-Rodríguez, et.al.	2011 España	Recursos económicos y calidad de vida en la población mayor	Establecer un acercamiento general a las condiciones y la CV de los mayores relacionadas con sus recursos económicos Evaluar el papel de los rasgos sociodemográficos y el entorno físico y social como “factores condicionantes”	Encuesta Calidad de Vida a Mayores en Madrid (CadeViMa) y el Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting (SEIQoL-DW)	Recursos económicos, edad, nivel educativo, estado de salud, redes familiar y social y participación social	Constructo Método
González-Celis y Gómez-Benito	2013 México	Quality of life in the elderly: Psychometric properties of the WHOQOL-OLD module in Mexico	Evaluar las propiedades psicométricas de la versión en español mexicano del OLD.	Hoja sociodemográfica, WHOQOL - OLD, escala de depresión de Beck, Escala de Depresión Geriátrica, Cuestionario de calidad de vida para pacientes diabéticos	Estado de salud autopercebido, nivel educativo y sexo	Todos
Acosta, et.al.	2013 México	Confiabilidad y validez del cuestionario de CV WHOQOL OLD en	Evaluar las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez del cuestionario Old en personas mayores del sur de Sonora	Hoja sociodemográfica Yesavage, Lawton, bienestar subjetivo	Sexo, edad, nivel educativo, estatus de salud	Constructo Método

		pm mexicanos				
Magalhães, et.al.	2012 Brasil	Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study	Evaluar la percepción de la Calidad de Vida de los mayores de dos instituciones de larga permanencia en Brasil a través de variables sociodemográficas y de salud que interfieren en esta percepción	WHOQOL-Bref y WHOQOL Old	Sexo, edad, condición civil, escolaridad, actividades de ocio, número de hijos, estado de salud autopercebido	Todos
Urzúa, et.al.	2011 Chile	Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor	Analizar la calidad de vida desde la perspectiva de las personas mayores y su relación con diversas variables teóricas y empíricamente relacionadas con calidad de vida	WHOQOL- Old, Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, Escala de Apoyo Social-Duke-UNC, cuestionario de salud física y mental SF-12 y cuestionario general de salud GHQ-12	Bienestar psicológico, apoyo social, estado general de salud, estado físico y mental de salud.	Constructo Método
Acosta y González-Celis.	2009 México	Actividades de la Vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales	Obtener una muestra de ejemplos de actividades recreativas mentales, recreativas físicas, sociales, de independencia y de protección a la salud, para la propuesta inicial de un inventario de actividades de la vida diaria en adultos mayores	Grupos de discusión Dos grupos focales	N/A	Todos
Cardona-Arias, et.al.	2012 Colombia	Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos	Comparar el perfil de CVRS de adultos mayores de hogares geriátricos públicos y privados de Medellín	WHOQOL-BREF y la ficha clínica de cada individuo	Tipo de hogar geriátrico, edad, redes de apoyo, sexo, estado de salud	Constructo Método
Meléndez, et.al.	2012 Brasil	Efecto moderador de la institucionalización en las actividades de la vida diaria y bienestar en el envejecimiento	Comparar el funcionamiento en variables relacionadas con el envejecimiento exitoso en ancianos institucionalizados y no institucionalizados	Hoja de datos sociodemográficos, versión adaptada al español del Índice de Barthel y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff	Edad, estado civil, nivel de estudios, tipo de hogar	Constructo Método

Fernández– Ballesteros y Macía	1993 España	Calidad de vida en la vejez	Contrastar el concepto teórico con un concepto popular de CV, en sus distintos componentes	Aspectos y factores teóricos de la calidad de vida.	N/A	Constructo Método
López.	2013 España	Envejecimiento exitoso en función de la percepción del nivel de salud en personas mayores que participan en programas de envejecimiento activo	Determinar la percepción de calidad de vida de PAMS que habían participado en programas de envejecimiento exitoso para en función de ella determinar si tenían acceso o no a un envejecimiento exitoso	SF-36	Edad, situación laboral, datos de convivencia	Todos
Cho, et.al.	2014 Estados Unidos	Successful aging and subjective well-being among oldest-old adults.	Ampliar el concepto de envejecimiento a un espectro de pasado y actuales influencias individuales de vida mediante el examen de éxito la adaptación evolutiva entre los adultos muy mayores.	MMSE Bradburn Affect Balance Scale ABVD AIVD	Redes sociales, nivel de estudios, recursos económicos	Todos
Flores, et.al	2013 México	Evaluación Calidad de Vida Mediante el Whoqol-Bref en Adultos Mayores que Viven en Edificios Multifamiliares en Guadalajara, Jalisco	Evaluar la calidad de vida en el adulto mayor que vive en edificios multifamiliares en la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco, mediante el Whoqol-Bref.	WHOQOL – Bref General Health Questionnaire Cuestionario sobre las condiciones de vivienda	Género, edad, satisfacción con la vida, estado de la vivienda, dimensiones cv	Constructo Método

Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de artículos realizada

2. Consentimiento informado de participación



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL



Consentimiento informado de participación en el proyecto de investigación:

Calidad de vida en Personas Adultas Mayores

Se le invita a participar en un estudio de corte social. Antes de decidir participar, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Tiene absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que no le quede del todo claro. Una vez que decida participar, se le pide que firme este consentimiento, del cual le será entregada una copia firmada y fechada.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Se realiza este estudio dado que el aumento en la población adulta mayor demanda atención a sus necesidades. Reconocer sus condiciones de vida, permitirá diseñar acciones sociales que favorezcan la mejora de su calidad de vida, estando vinculadas a la realidad que viven los Adultos Mayores en los diferentes contextos en los que se desenvuelven.

OBJETIVO DEL ESTUDIO:

- Analizar las distintas dimensiones de calidad de vida del grupo de PAMs sujetos de estudio.

PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO:

De aceptar participar se le solicitará responder de forma honesta un cuestionario que evalúa su calidad de vida. Considera aspectos relacionados con su bienestar físico, sus sentidos, la participación social que usted tiene y el agrado con/por su vida actual, entre otros.

Después, se le pedirá otorgar algunos datos como su edad, nivel de estudios, ocupación, etc. Son datos que no ponen en riesgo su integridad personal. No se solicita ningún nombre ni número telefónico.

ACLARACIONES

- Su decisión de participar es completamente voluntaria.
- No recibirá ninguna retribución por su participación.
- La información que usted proporcione, sólo será utilizada con fines de investigación.

Una vez resueltas sus dudas relacionadas con su participación en esta investigación, por favor responda:

¿Acepta participar en esta investigación?

1) SI 2) NO

Firma del participante

Lugar y fecha de realización:

Folio:

3. Instrumento aplicado para la medición de la calidad de vida. Versión Bref (OMS, 1997)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL



CUESTIONARIO WHOQOL BREF®

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste todas las preguntas. Si no está segura (o) de qué respuesta dar, elija la que le parezca más apropiada. Concéntrese en las últimas dos semanas.

Instrucciones: Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y marque el número de la escala que represente la mejor respuesta para usted.



1.- ¿Cómo calificaría su calidad de vida?

Muy mala	Mala	Ni bien Ni mal	Buena	Muy buena
1	2	3	4	5

2.- ¿Qué tan satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho Ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a qué tanto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

	Nada	Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
3.- ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4.- ¿Qué tanto necesita de cualquier tratamiento médico para llevar a cabo su vida diaria?	1	2	3	4	5
5.- ¿Qué tanto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6.- ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene significado?	1	2	3	4	5
7.- ¿Qué tan capaz es de concentrarse?	1	2	3	4	5
8.- ¿Qué tan seguro (en general) se siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9.- ¿Qué tan saludable es su entorno físico?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas cuestionan su experiencia o que tan capaz fue de hacer ciertas cosas, en las últimas dos semanas.

	Nada	Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10.- ¿Qué tanta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11.- ¿Qué tanto acepta su apariencia física?	1	2	3	4	5
12.- ¿Qué tanto su economía le permite cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13.- ¿Qué tan disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14.- ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15.- ¿Qué tan capaz es de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a que tan satisfecho se ha sentido en varios aspectos de su vida, en 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.- ¿Qué tan satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18.- ¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19.- ¿Qué tan satisfecho está de sí mismo?	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.- ¿Qué tan satisfecho está con el apoyo que le brindan sus amistades?	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 el medio de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

4. Instrumento aplicado para la medición de la calidad de vida en personas mayores.
Módulo Old (OMS, 2006)

CUESTIONARIO WHOQOL OLD®

Para contestar la siguiente parte del cuestionario es necesario que tenga en cuenta sus valores, esperanzas, placeres y preocupaciones.

Las siguientes preguntas son acerca de que tanto ha tenido ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

	Nada	Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1.- ¿Qué tanto la disminución de sus sentidos (vista, audición, tacto, olfato y gusto) afectan su vida diaria?	1	2	3	4	5
2.- ¿Que tanto la disminución de sus sentidos (vista, audición, tacto, olfato y gusto) afecta su capacidad de participar en actividades?	1	2	3	4	5
3.- ¿Cuánta libertad tiene de tomar sus propias decisiones?	1	2	3	4	5
4.- ¿Qué tanto siente que controla su futuro?	1	2	3	4	5
5.- ¿Qué tanto siente que las personas a su alrededor respetan su libertad?	1	2	3	4	5
6.- ¿Qué tan preocupado está con la forma en que va a morir?	1	2	3	4	5
7.- ¿Cuánto miedo tiene de no poder controlar su muerte?	1	2	3	4	5
8.- ¿Cuánto miedo tiene de morir?	1	2	3	4	5
9.- ¿Qué tanto teme sufrir dolor antes de morir?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas cuestionan su experiencia o que tan capaz fue de hacer ciertas cosas, en las últimas dos semanas.

	Nada	Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10.- ¿Hasta qué punto el funcionamiento de sus sentidos (vista, audición, tacto, olfato y gusto) afecta su capacidad de interactuar con otras personas?	1	2	3	4	5
11.- ¿Qué tan capaz es de realizar las cosas que le gustaría hacer?	1	2	3	4	5
12.- ¿Qué tan satisfecho está con las oportunidades que tiene para seguir alcanzando logros personales en su vida?	1	2	3	4	5
13.- ¿Qué tanto siente haber recibido el reconocimiento que merece en su vida?	1	2	3	4	5
14.- ¿Hasta qué punto siente que tiene lo suficiente para hacer día a día?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a que tan satisfecho se ha sentido en varios aspectos de su vida, en las últimas dos semanas.

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho Ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
15.- ¿Qué tan satisfecho está usted con lo que ha logrado en su vida?	1	2	3	4	5
16.- ¿Qué tan satisfecho está con la manera en que usó su tiempo?	1	2	3	4	5
17.- ¿Qué tan satisfecho está con su nivel de actividad?	1	2	3	4	5
18.- ¿Qué tan satisfecho está con las oportunidades que tiene para participar en las actividades de la comunidad?	1	2	3	4	5
19.- ¿Qué tan feliz está con las cosas que puede esperar de aquí en adelante?	1	2	3	4	5

20.- ¿Qué tan satisfecho está con el funcionamiento de sus sentidos?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Las siguientes preguntas se refieren a cualquier relación íntima que pueda tener. Por favor, considere estas preguntas en relación a un compañero o la persona más cercana con la cual puede compartir su intimidad más de lo que con cualquier otra persona en su vida.

	Nada	Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
21.- ¿Hasta qué punto tiene un sentimiento de compañerismo en su vida?	1	2	3	4	5
22.- ¿Hasta qué punto siente amor en su vida?	1	2	3	4	5
23.- ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para amar?	1	2	3	4	5
24.- ¿Qué tanto tiene la oportunidad de ser amado?	1	2	3	4	5

5. Hoja para la recuperación de características sociodemográficas

Datos generales

Instrucciones: Por favor conteste honestamente lo que se le solicita. Señale la respuesta correcta.

1.- Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ 2.- Años cumplidos: _____

3.- Sexo 1) Masculino 2) Femenino

4.- Condición civil	5.- Ocupación actual	6.- Tiene servicio médico de:	7.- La casa donde habita es:	8.- ¿Con quién vive?
1) Casada (o) 2) Viuda (o) 3) Separada (o) 4) Soltera (o) 5) Divorciada (o) 6) Otro ¿cuál?	1) Empleada (o) 2) Negocio propio 3) Pensionada (o) o Jubilada (o) 4) Hogar 5) Otro ¿cuál?	1) IMSS 2) ISSSTE 3) Seguro popular 4) Otro ¿cuál? 5) No tiene	1) Propia 2) Rentada 3) Prestada 4) Vive en casa de un familiar 5) Otro ¿cuál?	1) Sola (o) 2) Su pareja 3) Algún hijo (a) 4) Pareja e hijos 5) Otro familiar ¿quién? 6) Otro no familiar ¿quién?

9.- ¿Cuál es su rango de ingresos al mes?	10) ¿Alguien lo apoya económicamente?	11) ¿Cuál es su escolaridad?	12) ¿Usted padece...? Puede marcar varias
1) Menos de \$2,100 2) Más de \$2,100 menos de \$4,200 3) Más de \$4,200 menos de \$6,300 4) Más de \$6,300 menos de \$8,400 5) Más de \$8,400 menos de \$10,500 6) Más de \$10,500 menos de \$12,600 7) Más de \$12,600 menos de \$14,700 8) Más de \$14,700 menos de \$16,800 9) Más de \$16,800 menos de \$18,900 10) Más de \$18,900	1) Su pareja 2) Sus hijos (as) 3) Sus hermanos (as) 4) Otro familiar ¿quién? 5) Otro no familiar ¿quién?	1) Primaria incompleta 2) Primaria completa 3) Secundaria incompleta 4) Secundaria completa 5) Preparatoria trunca 6) Preparatoria completa 7) Licenciatura trunca 8) Licenciatura completa 9) Posgrado 10) Analfabeta 11) Analfabeta funcional	1) Problemas del corazón - infartos 2) Diabetes 3) Enfermedad pulmonar 4) Hipertensión arterial 5) Artritis o reumatismo 6) Cáncer 7) Insuficiencia renal 8) Otra ¿cuál?

13.- ¿Tiene alguna religión o creencia espiritual?

1) Si ¿Cuál? _____ 2) No

14.- ¿Considera que existe algo o alguien en su vida que afecte negativamente su calidad de vida?

1) Si ¿Qué o quién? _____ 2) No

15.- ¿Considera que recibir capacitación en envejecimiento exitoso influyó o influiría en su calidad de vida?

1) Si _____ 2) No

¡Gracias por su participación!

Fecha y lugar de realización:

Folio: