

61



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

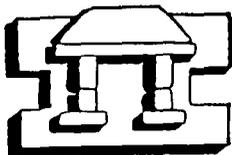
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

“EFECTOS DEL APOYO SOCIAL Y SOCIALIZACION
SOBRE LA INDEPENDENCIA DE LOS ANCIANOS”

REPORTE DE INVESTIGACION
PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARCO ANTONIO ESCOBAR VAZQUEZ

ASESORES:

- DRA. ANA LUISA GONZALEZ-CELIS RANGEL
- MTRA. ROSA ISABEL ESQUIVEL HERNANDEZ
- DR. EDGARDO RUIZ CARRILLO



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

A mis padres:

Martha y Enrique.

Gracias por todos los años de sacrificio, apoyo y confianza que depositaron en mí, por sus consejos, paciencia y esfuerzos por sacarnos adelante a mí y a mis hermanos, por inculcarme esos valores que hoy me ayudan a ser alguien en la vida; espero que estén tan orgullosos de mí como yo lo estoy de ustedes este logro es de los tres, los amo mucho.

A mis hermanos y mi sobrino Alexis:

Enrique, Luis, Martha y Mónica.

Siempre que he necesitado un apoyo he corrido con ustedes y lo he encontrado incondicionalmente gracias por estar siempre para mí en las buenas y en las malas, los quiero mucho.

Abuelita:

Este trabajo te lo dedico especialmente a ti, que me has demostrado que no importa el paso del tiempo sobre el cuerpo, mientras que el espíritu se conserve joven, el corazón seguirá latiendo cada vez con más fuerza por vivir.

Tía Fran, Mariana:

Ahora que termino una etapa en mi vida profesional, me doy cuenta que no lo hubiera logrado sin el apoyo de mi familia, sin sus consejos y regaños, la forma de ver la vida y su ejemplo de levantarse sin importar los tropezcos que la vida nos imponga.

Gaby:

Tú sabes lo que significas para mí, cuando te conocí mi vida cambio de una forma positiva, me hiciste crecer como persona y esforzarme para lograr mis sueños, me apoyaste como solo tú lo sabes hacer. Gracias por caminar a mi lado en esta aventura que fue la universidad y por amarme como lo haces, tan limpia y sinceramente. Te plato.

A mi familia adoptiva:

Berta, Juan, Kathia, Mariana, Elpidia y Fer.

Gracias por darme la oportunidad de conocerlos y apreciarlos, además del apoyo que siempre me han brindado. Gracias por sus consejos y los buenos momentos que hemos compartido, por abrirme las puertas de su hogar y tratarme como si fuera su hijo, su hermano y su nieto, y en especial por sentirse orgullosos de mí, yo también lo estoy de ustedes.

Paola:

Gracias por ser una persona tenaz, responsable y sincera, por los momentos de risas y tristezas, además de que en ti no solo encontré una compañera de clases sino además una amiga incondicional para toda la vida.

Jessi:

Gracias por todos esos momentos de alegría, paciencia y apoyo constantes eres una verdadera amiga.

Aida:

Me enseñaste a ver la vida de una manera diferente y a sacar lo mejor de mi, gracias por compartir conmigo todos los momentos especiales y por saber comprenderme y aceptarme como soy. Quisiera expresarte tantas cosas, pero creo que tu sabes lo especial que eres para mí.

Miguel:

Gracias por ser mi amigo, escucharme y alentarme en mis problemas, además de siempre reírte de mis chistes, citando a Bustamante, B. y Trejo, J. (2002) Tienes una gran capacidad de amar a los demás.

Susuki y Telma:

Gracias por darme el tesoro más grande que pude encontrar en su amistad, siempre ayudándome a salir adelante y alentándome en los momentos que lo necesité.

Lety, Susana, Mirna Pérez, Mirna Félix, Frinne, Ulises, Pablo García, Pablo (güero), Isac:

La universidad no hubiera sido lo mismo sin ustedes gracias por todos los momentos que pasamos juntos y por no solo ser mis compañeros, sino mis verdaderos amigos y hermanos.

Jorge (Kokan):

Hemos estado juntos en las buenas y en las malas, solo tu y yo sabemos tantas cosas que nos unen, cosas que nos hacen ser verdaderos hermanos.

A Beto, Edna, Brenda, Javier y Arón (la amistad es un sentimiento que no se olvida jamás)

Dra. Ana Luisa Gonzáles Célis, Mtra. Rosa Isabel Esquivel:

Gracias por dedicarnos a mí y a mis compañeros su tiempo, dedicación y esfuerzo, dándonos la oportunidad de salir adelante y apoyándonos para dar lo mejor de nosotros.

Agradezco a la vida, porque siempre me ha tratado bien dándome una familia unida y armónica, y poniendo en mi camino personas muy especiales que me han enriquecido con solo convivir con ellos día a día.

ÍNDICE DE CONTENIDO:

	Página
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1 LA VEJEZ.....	6
CAPÍTULO 2 CARACTERÍSTICAS DE LA VEJEZ.....	10
2.1 Características físicas.....	13
2.2 Características psicológicas.....	18
CAPÍTULO 3 CALIDAD DE VIDA.....	22
CAPÍTULO. 4 APOYO SOCIAL A ANCIANOS.....	26
4.1 Salud.....	27
4.2 Vivienda.....	29
4.3 Remuneración económica.....	30
4.4 Asociaciones civiles.....	32
4.5 INAPLEN.....	35
4.6 Familia.....	37
CAPÍTULO. 5 INDEPENDENCIA EN LA VEJEZ.....	39
5.1 Socialización en anciano.....	40
5.2 Auto-eficacia y vejez.....	41
CAPÍTULO. 6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	43
6.1 Preguntas de investigación.....	43
6.2 Objetivos.....	43

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.2.1	Objetivos generales.....	43
6.2.2	Objetivos específicos.....	43
6.3	Justificación.....	45
6.4	Hipótesis de investigación.....	46
CAPÍTULO 7 METODOLOGÍA.....		48
7.1	Tamaño muestral.....	48
7.2	Escenario y materiales.....	48
7.3	Procedimiento.....	50
7.4	Instrumentos.....	51
7.5	Delimitación de variables.....	54
7.6	Propuesta de análisis de resultados.....	58
CAPÍTULO. 8 RESULTADOS.....		59
CAPÍTULO. 9 DISCUSIÓN.....		74
CAPÍTULO. 10 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		78
REFERENCIAS.....		79
APÉNDICES.....		84
"A"	Instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia para Realizar Actividades de la Vida Diaria en Ancianos.....	85
"B"	Escala de Bienestar Subjetivo (PGC)del Centro Geriátrico de Filadelfia.....	89
"C"	Cuestionario <i>EuroQoL</i>	91

ÍNDICE DE TABLAS:

Página

Tabla 1. Efectos fisiológicos de la vejez en el organismo y factores que lo aceleran.....	17
Tabla 2. Ítems de los cuales se tomó la variable "apoyo social" para un grupo de ancianos.....	55
Tabla 3. Selección de ítems realizada para los factores que representan a la variable de auto-eficacia para realizar actividades de independencia en un grupo de anciano.....	56
Tabla 4. Selección de ítems realizada para los factores que representan a la variable de auto-eficacia para realizar actividades sociales en un grupo de ancianos.....	57
Tabla 5. Medidas Descriptivas de las variables, aplicadas a 107 sujetos.....	59
Tabla 6. Significancia entre las actividades de independencia domésticas y las actividades sociales.....	61
Tabla 7. Significancia entre las actividades de independencia básicas y las actividades sociales.....	61
Tabla 8. Significancia entre las actividades de independencia sistémicas y las actividades sociales.....	62

Tabla 9. Significancia entre las actividades de independencia domésticas y las actividades sociales..... 63

Tabla 10. Significancia entre las actividades de independencia autosuficiencia y las actividades sociales..... 63

Tabla 11. Significancia entre las actividades de independencia domésticas y las actividades sociales..... 64

Tabla 12. Significancia entre las actividades de independencia y el apoyo social percibido.....65

Tabla 13. Significancia entre la calidad de vida percibida y el apoyo social percibido..... 65

ÍNDICE DE FIGURAS:

Página

Figura 1. Factores correlacionados entre las actividades de independencia domésticas y las actividades sociales..... 66

Figura 2. Factores correlacionados entre las actividades de independencia básicas y las actividades sociales..... 67

Figura 3. Factores correlacionados entre las actividades de independencia sistémicas y las actividades sociales..... 68

Figura 4. Factores correlacionados entre las actividades de independencia prácticas y las actividades sociales..... 70

Figura 5. Factores correlacionados entre las actividades de independencia de autosuficiencia y las actividades sociales..... 71

Figura 6. Factores correlacionados entre las actividades de independencia distractoras y las actividades sociales..... 72

Figura 7. Factores correlacionados entre las actividades de independencia y la calidad de vida..... 73

RESUMEN

Una de las principales preocupaciones para este nuevo siglo, es la de lograr que los ancianos ostenten una buena calidad de vida, ya que gracias a los avances médicos la expectativa de vida ha aumentado creciendo considerablemente el número de esta población al grado de darle la vuelta a la pirámide poblacional.

Uno de los principales retos que se plantean a partir de este problema es el de lograr que los ancianos logren tener una mayor independencia en su vida cotidiana, ya que el estigma social que los ha perseguido a través del tiempo ha ocasionado que se les relegue como un ser sin las capacidades de ser independiente y por ende sin posibilidades de superación.

Existen pruebas de que las personas en la etapa de la vejez, son capaces de percibir una buena calidad de vida a través de hábitos saludables que hacen que se mantengan activos y útiles. Estos hábitos van desde la capacidad de iniciar nuevas relaciones sociales, hasta la capacidad de percibir ayuda del medio donde se desenvuelven, siendo que la ayuda puede llegar a través de la familia, instituciones privadas o gubernamentales.

Ya que la auto-eficacia en una persona va a ser el grado de capacidad que se adjudique, el objetivo del reporte de investigación es probar si existe asociación entre la auto-eficacia para realizar actividades de independencia y la auto-eficacia para realizar actividades de socialización en los ancianos, así mismo, se probó si existe relación entre la auto-eficacia para realizar actividades de independencia y el apoyo social que perciban los ancianos; también se probó que la independencia en la vida cotidiana es un factor de importancia en la calidad de vida de las personas en la tercera edad; para ello se aplicaron tres pruebas a 107 ancianos de edades entre 60 y 80 años, las cuales medían auto-eficacia para realizar actividades de independencia, auto-eficacia para realizar actividades de socialización, apoyo social y calidad de vida respectivamente.

Los resultados encontrados al correlacionar las variables anteriores demuestran que existe una correlación significativa entre la auto-eficacia para

realizar actividades de independencia y la auto-eficacia para realizar actividades de socialización en los ancianos, mientras que, por lo contrario no se pudieron correlacionar la auto-eficacia para realizar actividades de independencia con el apoyo social percibido, debido a la ambivalencia del término apoyo social.

Para el caso de de las variables auto-eficacia para realizar actividades de independencia y calidad de vida, se encontró que existe una correlación en uno de sus factores más fuertes, ya que involucra actividades que están directamente relacionadas con enfrentar nuevos retos y adaptarse a los cambios en la vida cotidiana de los ancianos.

Palabras clave: apoyo social, socialización, calidad de vida, independencia, auto-eficacia, ancianos.

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida en las personas de la tercera edad, es un tema que involucra aspectos psicológicos, físicos y sociales que hacen que se logren cambios importantes en la forma de vivir de esta población. Así mismo, la calidad de vida esta involucrada con otras factores que hacen que ésta se eleve o descienda conforme se cumplan patrones que van desde tener buenos hábitos alimenticios hasta contar con apoyo social y mantener una socialización constante con personas de diferentes edades.

En México existen alrededor de 5 millones de ancianos y solo 1/2 millón recibe una pensión; en el Distrito Federal 85% de las personas viven de la ayuda de los familiares, mientras que 15% de la población mayor de 60 años vive de la pensión del trabajo de toda su vida. Por otra parte en el D.F. existen alrededor de 6500 ancianos indigentes (CONAPO 2002). Las cifras anteriores, revelan la importancia que tiene el ocuparnos más por elevar la calidad de vida de esta población, ocupándonos primeramente por descubrir los factores que se asocian a la calidad de vida y como se asocian entre sí, observándolo desde el punto de vista del anciano a través de la auto-eficacia, la cual Bandura (1997) define como: la evaluación que hacen los individuos sobre su capacidad o competencia para ejecutar una conducta específica exitosamente.

Por lo anterior, el objetivo fundamental del presente reporte de investigación fue el probar si existe asociación entre la auto-eficacia para realizar actividades sociales y la auto-eficacia para realizar actividades de independencia en un grupo de ancianos, probar si existe asociación entre el apoyo social que se percibe y la auto-eficacia para realizar actividades de independencia en un grupo de ancianos, así como probar si existe asociación entre la calidad de vida percibida y la auto-eficacia para realizar actividades de independencia en un grupo de ancianos.

Para ello, en el primer capítulo se aborda la vejez desde un punto de vista histórico, en contraposición con el estigma social que se les da ahora a los ancianos como personas inútiles las cuales no son capaces de aportar nada a la

sociedad, al igual que se plantea la necesidad de incrementar la calidad de vida en esta población.

En el segundo capítulo, se muestran las diferentes características de la vejez tanto físicas como psicológicas y sociales; se hace énfasis al aspecto de pérdida de habilidades físicas y mentales, pero también a la adquisición de nuevas habilidades de afrontamiento para seguir teniendo autonomía y control en esta etapa de su vida.

En el tercer capítulo, se pone en muestra el constructo "calidad de vida", como se ha manifestado en múltiples disciplinas al igual que se exponen algunas de sus definiciones y se retoma la definición de Levi y Anderson (1980), al decir que "entendemos por calidad de vida una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa" (pag. 78); y la cual sienta las bases para decir que el constructo calidad de vida es una medida multidimensional compuesta por el bienestar subjetivo y objetivo de un individuo o grupo, como es percibida su vida actual, es decir, el sentimiento o estado positivo autopercebido de la propia vida del sujeto; y la satisfacción en la vida y en sus diferentes áreas.

En el capítulo cuarto se exponen los diferentes tipos de instituciones que brindan apoyo social a los ancianos, dando un énfasis particular en la familia como parte fundamental en la cual se van a establecer lazos sociales, mismos que le van a ayudar a desarrollar herramientas sociales para solicitar el apoyo por parte de los diferentes medios de asistencia, abarcando con ésto la socialización en los ancianos.

En este capítulo se habla también del concepto de auto-eficacia, señalando que va a estar determinada por la serie de cogniciones y auto-juicios hechos por la comparación de estándares originados en la vida cotidiana y va a afectar en su comportamiento diario al utilizar esta cognición para adaptarse a nuevas situaciones y resolver problemas.

En el quinto capítulo se ponen en consideración los aspectos que llevan a una persona a seguir siendo independiente conforme pasa el tiempo y sus capacidades funcionales se han disminuido, se trata también el tema de la

socialización en los ancianos y como ésta se vuelve un factor determinante para conseguir ayuda del medio en el que se desenvuelve.

En el capítulo seis, se delimita el problema de interés, realizando las preguntas de investigación, se plantean los objetivos, se justifican y se realizan las hipótesis correspondientes.

En el séptimo capítulo, se describe el método, en donde se aplicaron cuatro pruebas a 107 ancianos, las cuales miden respectivamente auto-eficacia para realizar actividades de independencia, auto-eficacia para realizar actividades de socialización, apoyo social y calidad de vida respectivamente, creando cuatro variables y correlacionándolas entre sí.

En el octavo capítulo se expone el comportamiento de las variables y los resultados obtenidos a partir de las correlaciones entre las cuatro variables.

En el noveno capítulo se discuten los resultados obtenidos en cuanto a las correlaciones realizadas en el capítulo anterior.

Posteriormente se presentan las conclusiones, donde los hallazgos mas relevantes sostienen que la socialización en la vejez es un factor determinante en la independencia de los ancianos, así como la independencia va a ser un factor decisivo en la calidad de vida de las personas.

Por último en los apéndices se incluyen los cuatro instrumentos de medición utilizados para delimitar las cuatro variables.

CAPÍTULO 1. LA VEJEZ

El hombre a través del tiempo ha buscado respuestas a diferentes preguntas, lo cual lo ha llevado a descubrimientos importantes que hacen que en nuestros días mejore la calidad de vida de las personas, una de esas preguntas que hasta nuestros tiempos se ha convertido en una incógnita, es el ¿por qué envejecemos?

Muchos son los científicos y filósofos que han buscado la respuesta a esta pregunta, tal es el caso de Alexis Carrel, un carismático y destacado cirujano francés, quien además de ser premio novel, junto con Albert Ebeling, miembro del instituto Rockefeller de Nueva York, a finales de los años treinta afirmaban haber cultivado de manera continuada, células de corazón de pollo en recipientes de laboratorio durante un periodo de tiempo que acabó siendo de treinta y cuatro años, pasado el cual fueron conscientemente destruidas. Así el impacto que tuvo el experimento en la investigación de las causas del envejecimiento fue enorme, ya que suponían que, si células sacadas de animales son inmortales cuando se les cultiva en laboratorio, entonces el envejecimiento no puede ser resultado del envejecimiento que ocurra dentro de la célula en particular, sino más bien el envejecimiento podría ser resultado de procesos que ocurren fuera de las células. Aunque esta teoría fue invalidada en años posteriores, fue de gran importancia para que algunos científicos apuntaran sus investigaciones al área de la gerontología (Hayflick, L. 1999)

Otro investigador que se ocupó del ¿por qué? envejecemos fue Clive McKay quién al inicio de los años treinta en la Universidad de Cornell, descubrió que dando de comer a las ratas una dieta que contenía todas las vitaminas y minerales necesarios, aunque baja en calorías, su vida aumentaba considerablemente (Nicola P. 1985).

Hoy en día, existen teorías acerca del envejecimiento que apuntan más hacia un nivel celular avanzado, tal es el caso de la teoría de la mutación celular, la cual nos dice que en la vejez se producen cambios celulares espontáneos, con

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

modificaciones morfológicas y funcionales, que deterioran las funciones de las células, y por tanto de todo el organismo en conjunto.

Así, cada período histórico ha tenido para cada etapa en la vida de las personas una significación y unas exigencias determinadas, por ejemplo, los valores de la juventud, tradicionalmente tenidos como de mero tránsito o aprendizaje para una vida adulta, han acabado por convertirse en un valor autónomo, capaz de imponerse al resto de las edades, mientras que la vejez, anteriormente considerada como fuente de prestigio y sabiduría queda destituida como una etapa de decremento de las habilidades e ineficacia.

En algunas de las sociedades antiguas, la forma de gobierno que predominaba era la "gerontocracia", es decir, el gobierno de los ancianos, en contraposición con las creencias que manifestaban cierta desconfianza hacia los jóvenes por creerlos inexpertos. Tal es el caso de los griegos, quienes veneraban a sus ancianos y sacrificaba con la muerte a los jóvenes, pues se temía en ellos una amenaza de arrojamiento que ponía en peligro la estabilidad de las instituciones sociales; así la juventud era considerada como una etapa de transición a una vida adulta mayor de sabiduría (Minois G 1987).

La popularidad que ha tomado en los últimos tiempos el estigma de la juventud ha acabado por afectar también -para bien y para mal- a los viejos. Para bien, porque orienta, en principio, una vida mucho más energética y activa, sin las connotaciones de jubilación o retiro que encierra la palabra vejez. Pero también para mal, porque se ha producido una devaluación del enriquecedor papel que han desempeñado los ancianos en la historia. En numerosas culturas se ha percibido al viejo como alguien que tiene mucho que dar. Como prueba de ello los dichos populares son explícitos al respecto: "Del viejo, el consejo" y "más sabe el diablo por viejo que por diablo". Especialmente en la sociedad primitiva, y en todas aquellas que se asentaban en un conocimiento práctico de la realidad, los mayores han gozado de un estatus de prestigio. Constituían la piedra

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

fundamental cuya sabiduría de la experiencia era un valor absoluto para la educación y la formación de los jóvenes.

No obstante, también los viejos son considerados como obsoletos y han sido reducidos en consecuencia, a un papel meramente pasivo en la sociedad, arruinándose aquella vieja tradición de respeto a los mayores en edad, especialmente en los jóvenes, quienes ahora predominan en sapiencia de adelantos tecnológicos y en la ocupación de altos puestos de gobierno. Parte de lo anterior, es debido a que el avance de la tecnología ha ido a tal velocidad que ha puesto la información y los conocimientos al alcance de todos, así que la vieja tradición de pasar los conocimientos generados por décadas, o milenios de generación en generación, ahora es realizado por libros o computadoras, las cuales suplen una de las principales actividades que los viejos realizaban.

Es por lo anterior que la gerontología juega un papel predominante en la sociedad actual, ya que la pirámide poblacional ha dado la vuelta gracias a el aumento en la esperanza de vida de la población de adultos mayores; a nivel mundial las personas de sesenta años o más han pasado de 200 millones en 1950 a 487 millones en 1990, y se espera que para el año 2020 superen los mil millones (Lozano R, Frenk J. 1999). En el país actualmente, una de cada 20 personas tiene 65 años de edad o más. El incremento de personas de más de 60 años será tal que en el año 2030 el total de ancianos y ancianas llegará a representar la tercera parte de la población total. (Boletín de prensa 16-19 octubre 2001)

Tan sólo en el Distrito Federal suman más de 700 mil personas adultas mayores, y un 78% de estos no recibe pensión, no cuenta con un ingreso permanente, son abandonados por la familia y sufren discriminación social, abuso, maltrato físico o verbal, negligencia u omisión de atención por parte de la familia, los servidores públicos o las personas de la comunidad donde viven.

Es por eso también que en los últimos años se ha expandido el término gerontología enfatizando su carácter más social al preguntarse ¿en qué condiciones envejecemos?, retomando la idea de que se debería prolongar la vida tanto como sea posible, siempre y cuando se viva con una buena calidad de vida.

Así, uno de los aspectos más importantes en la calidad de vida de los adultos mayores es el apoyo social que puedan obtener de la gente que convive a diario con ellos, ya sean amigos, familiares o instituciones formadas con el fin de ayudar al adulto mayor, basándose en la realización de diferentes actividades que ayudan a mantener una buena salud, tanto mental como física desarrollando su socialización.

CAPÍTULO 2. CARACTERÍSTICAS DE LA VEJEZ

La última etapa en la vida de las personas, que se ha estigmatizado falsamente en la sociedad moderna como degradante y decadente, es la de la senectud (o última etapa de la vida), la cual presenta una serie de características que debemos de tomar en cuenta para tener una idea más clara de lo que sucede con el ser humano.

Así tenemos que el envejecimiento en biología es el conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles que se producen en un organismo con el paso del tiempo, y que finalmente conducen a la muerte. Tales cambios varían considerablemente, en el tiempo y gravedad de los acontecimientos, según las distintas especies, y de un organismo a otro. En el hombre, estas modificaciones comprenden la reducción de la flexibilidad de los tejidos, la pérdida de algunas células nerviosas, el endurecimiento de los vasos sanguíneos, y la disminución general del tono corporal. Los biólogos interesados por el envejecimiento investigan dichos cambios y centran su atención en los déficit e incapacidades corporales que se acumulan con la edad, si bien, éstos parecen ser un resultado más directo de las enfermedades, el estrés, o factores ambientales (Enciclopedia Encarta 2001).

Fierro en 1994 da su propio punto de vista al decir que se debe de ver al envejecimiento desde dos puntos de vista, desde un punto es restringido a los procesos degenerativos y reducción de ciertas funciones, el declinar biológico y psicológico; mientras que desde el otro punto considera juntos este declinar y el despliegue positivo de funciones, en donde no se dan tan solo deterioros, sino también, conjuntamente, se mantienen e incluso se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas. Al respecto José Buendía (1997) nos dice: "se entiende por envejecimiento todas las modificaciones morfológicas, psicológicas, fisiológicas y bioquímicas que aparecen en el organismo como consecuencia de su funcionamiento en el tiempo, no es éste el que produce los cambios sino el

complejo funcionamiento fisiológico (complejidad sistemática) en el tiempo de nuestra vida y de los riesgos que encuentra." (p. 21) En las definiciones anteriores se utilizan otros factores que amplían el término vejez, llevándolo más allá de cambios fisiológicos y aumentando los igualmente importantes cambios psicológicos los cuales se presentan de igual manera conforme avanza la edad.

Así hemos dicho con anterioridad que no podemos hablar de la etapa de la vejez con una sola característica aislada como es la física, sino que se involucran otros factores tales como: biológicos y psicológicos, pero otro factor al que últimamente se le ha dado mayor importancia es al social, ya que en esta etapa, el apoyo social se vuelve fundamental para el bienestar integral del anciano. En este sentido, cabría recordar las investigaciones de Weinstock y Bennett (1968, 1969) citadas por Lehr (1980 p.85), en donde se colocaron a algunos ancianos en un ambiente, el cual les animaba a realizar actividades, mientras que en otro grupo, el cual en el primer examen salieron poco comparables con ellos, en cuanto a la edad, status social, situación familiar, estado de salud, cociente intelectual, pero que después fueron sometidos a un ambiente poco estimulante y dependían de la asistencia de otras personas. Al cabo de un año, mientras que el rendimiento del primer grupo se mantenía constante, el del segundo mostró un decremento significativo en las facultades mentales.

Si bien es cierto que las características físicas, psicológicas y sociales de la persona anciana son más marcadas conforme la edad avanza, también es cierto que los autores aun no se han puesto de acuerdo en cuestión de la edad de la persona que abarca esta última etapa; en algunos países europeos se toma como decreto los sesenta y cinco años como la edad promedio de jubilación (Vizcaíno J 2000), al respecto Lozano R. y Frenk J, (en Aréchiga y Marecujido 1999) nos dicen: "desde el punto de vista demográfico, adulto mayor es aquella persona que ha entrado en el sexto decenio de la vida". "Desde el punto de vista económico, una persona mayor es aquel individuo que se encuentra jubilado y, por lo tanto deja de ser considerado como un sujeto productivo; ésto, por lo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

regular, sucede después de los 65 años para los hombres y de los 60 para las mujeres" (p. 90) no obstante, algunos autores como Pietro de Nicola (1985) dividen la última etapa de la vida tanto para los hombres como para las mujeres en una escala que abarca de los sesenta años en adelante y que nos interesan para efectos de este estudio ya que es cuando se presentan marcadas las características de la edad avanzada, estas son:

1. Edad intermedia: abarca de los 45 a los 60 años y también se denomina presenil, primer envejecimiento o crítica. En efecto, en esta edad aparecen los primeros síntomas del envejecimiento, que representan muy a menudo una tendencia o predisposición al desarrollo de varias enfermedades que requieren sobre todo de medidas preventivas. El término edad intermedia está aceptado inclusive por la Organización Mundial de la Salud.
2. Senectud gradual: Es el periodo de los 60 a los 70 años y se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada, que requieren diagnóstico y tratamiento oportunos.
3. Senilidad o vejez declarada: esta edad se inicia alrededor de los 70 años e incluye en sentido estricto al anciano, con una importancia creciente de problemas asistenciales a nivel médico, social y, sobre todo, de rehabilitación por los estados de minusvalidez provocados por las enfermedades y su cronicidad.
4. Longevidad: esta edad abarca de los 90 años en adelante.

Otros autores que analizan el proceso del envejecimiento, piensan que, desde la perspectiva del conjunto de actuaciones necesarias para satisfacer las necesidades asistenciales de este sector de la población señalan como la clave principal la noción de "autonomía funcional", esto es que una persona se

considerará biológicamente vieja en función de las dificultades que tenga para valerse por sí misma (Vizcaino M. J. 2000).

Lo anterior da indicios de cómo las actividades de las personas adultas mayores, son medibles en el grado de independencia que demuestren, basándonos en este argumento, podríamos pensar que una persona no llegará a vieja, mientras se mantenga en actividad constante, lo cual está pasando cada vez más, ya que, la presencia de las personas mayores está cada vez más latente en todos los aspectos de nuestra cultura, por lo que la edad senil está pasando de ser considerada la edad de la decadencia, a ser la edad en la que aun se es útil, animoso y productivo, además de perder todo signo de prejuicio social, con un nuevo significado para las personas y para las nuevas generaciones.

Hemos dicho con anterioridad que no podemos hablar de la etapa de la vejez como una característica aislada como es la física, sino que se involucran otros factores tales como los biológicos y psicológicos, no obstante, otro factor al que últimamente se le ha dado mayor importancia es al social. Así el envejecimiento se puede entender desde dos posturas, el primero desde los procesos degenerativos y reducción de ciertas funciones, el declinar biológico y psicológico; mientras que el otro punto considera el declinar junto con el despliegue positivo de funciones, el apoyo familiar-social y como el anciano se desenvuelve en los espacios que se le brindan para su desarrollo.

2.1 Características físicas

Cuando se habla de características de la vejez, el primer aspecto a considerar, por ser el más notorio es el biológico ya que a principio de cuentas, el envejecimiento es un proceso fisiológico, el cual comienza con la concepción y ocasiona cambios durante toda la vida de las personas, por lo tanto cuando se menciona la edad biológica, se está hablando de la situación de la persona en referencia con su ciclo de vida (Vizcaino M, J. 2000). Esta situación puede ser medida considerando los cambios en el ciclo de vida de las personas, esto es,

tomar en cuenta todas las características físicas con las que cuenta una persona en la tercera edad.

Desde el punto de vista médico, durante el envejecimiento, el organismo sufre una serie de modificaciones morfológicas y funcionales en diversos órganos y tejidos, caracterizadas por tendencia general a la atrofia y disminución de la eficacia funcional. Hay en especial pérdida de peso y volumen de los órganos (Nicola P. 1985). Además de los cambios anteriores, los más significativos en la etapa de la vejez son:

ESTATURA: los estudios realizados hasta ahora demuestran que la estatura disminuye con la edad, comenzando en los varones alrededor de los cuarenta años y en las mujeres alrededor de los cuarenta y tres, sin embargo la pérdida es tan pequeña, que casi no se detecta hasta los sesenta años, esto sucede en forma gradual y va aumentando conforme pasan los años, por lo cual no es de sorprenderse que el mayor decremento en la estatura suceda en las edades más avanzadas. Se cree que la disminución de la estatura con la edad es debido a una combinación de factores como pérdida de agua, debilitamiento de grupos de músculos, cambios en la postura, osteoporosis, deterioro de los discos vertebrales y deformaciones de la columna.

PESO: casi todos los estudios han demostrado que el peso de las personas aumenta en la edad madura con un decremento en etapa de la vejez.

TAMAÑO DEL TORAX: en general el diámetro, circunferencia y la profundidad de la caja torácica aumenta con la edad tanto en hombres como en mujeres.

CARA: los estudios indican que, tanto las orejas como la nariz, aumentan con la edad.

CRANEO: los huesos del cráneo están separados entre sí, aunque permanecen unidos por articulaciones fibrosas llamadas suturas. Muchas de esas suturas, comienzan a fundirse a los setenta, y ochenta, o a los noventa años y la circunferencia anchura y longitud de la cabeza aumenta con la edad en ambos sexos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESQUELETO: en algunas personas el desarrollo de las costillas continúa hasta la última etapa de sus vidas. En la mayoría, el segundo de los huesos cilíndricos que componen la mano se ensancha hasta los ochenta años.

AGUA CORPORAL: una posible causa del encogimiento de órganos, disminución de estatura y reducción de peso en el organismo de la mayoría de los ancianos es la pérdida de agua.

PIEL: Aunque hay enfermedades de la piel asociadas a la edad, la piel en realidad nunca se gasta, ni se pierde, el corazón puede fallar pero la piel no, no obstante la piel muestra cambios espectaculares como su coloración, sus arrugas y su deterioro, las cuales son causa de la especulación de la edad en las personas.

CAMBIOS EN EL TIEMPO DE REACCIÓN: las personas que pasan de los sesenta años muestran un descenso en su capacidad de detectar cambios pequeños. Con la edad, las respuestas a los estímulos se vuelven más lentas y es más probable que sean imprecisas. Estos efectos aumentan en tareas más complejas.

CAMBIOS COGNITIVOS: La memoria a corto plazo disminuye con la edad, después de los sesenta, para la mayoría de las personas el rendimiento en las pruebas de lógica decrece, la capacidad de mantener material oral disminuye (solo a los que pasan de los sesenta).

CAMBIOS EN LA ACTIVIDAD SEXUAL: la actividad sexual disminuye con la edad, pese a que se mantienen niveles normales en las hormonas sexuales. Un nivel de testosterona ligeramente superior esta presente en hombres que son más activos sexualmente. No se ha hallado diferencias significativas en los tamaños de los testículos relacionadas con la edad. El computo espermático por unidad de volumen o por eyaculación permanece el mismo, pero la proporción de esperma inmaduro aumenta con la edad.

El agrandamiento de la próstata es común en varones que superan los sesenta años, este desarrollo no tiene ninguna relación con la práctica de las relaciones sexuales o con la frecuencia de las mismas, número de compañeras sexuales o duración o estabilidad del matrimonio.

Contrario a lo que la mayoría de las personas creen, las personas grandes no pasan mucho tiempo con ensoñaciones del pasado, los sueños sexuales tanto de mujeres como de hombres, disminuyen en frecuencia e intensidad con la edad, hasta los sesenta y cinco, edad en la cual desaparecen completamente (Lozano R. Frenk J. 1999).

La frecuencia relativa de actividad sexual no cambia con la edad. Los hombres que son más sexualmente activos a los sesenta, eran también sumamente activos a los veinte años.

CAMBIOS EN LOS SENTIDOS: la agudeza visual disminuye con la edad. Con gafas no obstante es posible mantener una visión de 20/20 o mejor hasta los ochenta. Hay una pérdida progresiva en la capacidad de oír cualquier frecuencia. Aumentando la edad, la capacidad para degustar las cosas dulces o saladas no cambia mucho, las cosas saladas o amargas son un poco más difíciles de detectar. La capacidad de detectar correctamente los olores disminuye con la edad tanto en los hombres como en las mujeres.

Las características presentadas anteriormente, no son propias para la mayoría de las personas, tampoco es seguro que por ser personas de la tercera edad se presenten, pero si pueden ocurrir con mayor frecuencia en personas mayores de sesenta años, esto es dependiendo de las condiciones de vida que se hayan llevado, de los hábitos alimenticios y de ejercicio físico y mental que se hayan tenido durante esa y las demás etapas de la vida.

A continuación se muestra una tabla donde se señalan los principales efectos fisiológicos naturales del envejecimiento y los factores que lo aceleran, tales como los diferentes excesos como el tabaco, el alcohol y la obesidad, ya que estos factores deterioran el estado físico y psicológico del anciano como la pérdida de memoria y aprendizaje a medida que las células nerviosas se pierden o pérdida de movilidad de músculos y articulaciones debido a su constante presión y desgaste de las mismas.

TABLA 1

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

TABLA 1. Efectos fisiológicos de la vejez en organismo y factores que lo aceleran.

FUENTE: Enciclopedia Microsoft Encarta (2001). "Envejecimiento." Microsoft Corporation.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.2 Características psicológicas.

Envejecer, es entrar en una etapa en la cual se comienza con la pérdida gradual de capacidades vitales, habilidades, trabajos, pertenencias, carreras y papeles sociales. En muchas ocasiones se ven fallecer a personas queridas, que son muchas veces de menor edad y termina siempre con la muerte de uno mismo (Barquín M, Blanck-Cereijido F. 1999).

Así, en el proceso de envejecimiento, se dan diversos cambios a nivel psicológico, biológico y social. En el envejecimiento existen dos aspectos relacionados que son la diferencia entre el envejecimiento normal y patológico. El envejecimiento se caracteriza por una serie de cambios lentos y continuos que se manifiestan en diferentes áreas del funcionamiento cognoscitivo. A diferencia de lo que sucede con las demencias -envejecimiento patológico- los cambios que pueden atribuirse al envejecimiento normal, son selectivos y no llegan a afectar a todas las funciones cognoscitivas en general (Ardila y Ostrosky, 1995).

En mucho se ha ayudado a mantener el envejecimiento exitoso en el anonimato, ya que no se le ha dado gran difusión al término sin embargo, en una revisión teórica que realiza Glover (1998), sobre el concepto de envejecimiento exitoso, señala que si bien es cierto que el término "exitoso" representa logro y triunfo en la edad tardía, su uso debe forzar a una reexaminación sobre la naturaleza de la vejez que actualmente existe. El término se ha generado para dar idea de una edad avanzada, pero dentro de un marco de funcionalidad y autonomía que permite llevar una vida independiente y con satisfacciones, es un estereotipo con mucho de utopía acerca de la edad dorada, luego del retiro de la actividad, ya que cuando se analizan las experiencias médicas en relación con las últimas etapas de la vida, lo común es encontrar que este periodo de descanso no existe realmente como tal, o que cuando se da tiene una terminación y que, salvo contadas excepciones -generalmente dadas por un infarto al miocardio-, con el avance de la edad llegan pérdidas severas de salud y de capacidades físicas, mentales, sociales o económicas. Finalmente Glover (1998) concluye afirmando que los problemas únicos de los individuos durante la parte última del ciclo de

vida, debe discutirse de manera más profunda, entendiendo las circunstancias individuales en las que se presentan.

Es cierto que en la mayoría de las etapas de la vida se cuenta con rituales de transición al tratarse de los cambios físicos, ya sea bautizos, confirmaciones, presentaciones o funerales; pero en la etapa de la vejez no funciona así, ya que en esta etapa los cambios físicos ocurrentes no son en su mayoría agradables y la mayoría de la gente procura mantenerse jovial el mayor tiempo posible antes de aceptar su posición de anciano.

Las personas que llegan a esta última etapa, por lo regular comienzan a tratar de cambiar la forma de verse a ellos mismos y asimilan como son vistos por los demás, tratan de hacer un balance de su vida con respecto a sus fracasos y sus logros, se esperaría que pasaran sus últimos años tranquilamente, pero como ya lo hablamos visto en capítulos anteriores, hoy las cosas han cambiado y ven sus últimos años como una oportunidad para realizar las actividades que nunca pudieron, se toman la vida tranquilamente, pero llena de retos y de actividades que generaciones de ancianos pasadas nunca hubieran soñado realizar.

Es cierto que la etapa de la vejez se caracteriza por la pérdida de habilidades que hasta el momento eran para el anciano una fuente primordial para mantenerse útil, pero también es cierto que se pueden llegar a adquirir nuevas habilidades de afrontamiento para cubrir las pérdidas por la edad y seguir aportando a la sociedad tanto como sea posible, aumentando con eso la calidad de vida al envejecer y manteniendo un control sobre su vida independiente.

En cuestión al estado neuropsicológico que pudiera delimitar el envejecimiento normal, es que éste se caracteriza básicamente por una preservación del lenguaje, dato relevante en la diferenciación con las demencias primarias, y de las habilidades de razonamiento verbal, frente a la existencia de déficit en las habilidades viso espaciales, viso perceptivas y viso constructivas; déficit específicos de la memoria; ententecimiento y deterioro de las denominadas "funciones frontales" como la capacidad de planificar o desarrollar estrategias, habilidades de cambio en la conceptualización, etcétera (Jordár, 1994).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

No se puede ver las características psicológicas del anciano de una manera aislada, sino por el contrario tanto las características psicológicas como las biológicas y las sociales están íntimamente relacionadas. Así, el envejecimiento como un proceso continuo va a estar vinculado a determinados cambios y/o modificaciones: cambios biológicos, en la capacidad de rendimiento (pérdida de agudeza en los distintos procesos sensoriales, enlenteciendo en la actuación psicomotriz, dificultad para la realización de nuevos aprendizajes, etcétera); cambios en la esfera familiar (abandono de hogar por parte de los hijos, muerte de personas queridas, reestructuración o inversión de las relaciones de dependencia, etcétera); y cambios a nivel social (ruptura con el mundo del trabajo, pérdida del poder adquisitivo, cambio del estatus social, aumento del tiempo de ocio, reducción de las redes sociales, etcétera). Así todas estas cuestiones pueden estar relacionadas con la depresión (Buendía y Riquelme, 1994).

Otro aspecto significativo que no se debe dejar pasar por alto es la "jubilación", ya que ésta involucra cambios en la vida de la persona que van desde hábitos, hasta estado financiero, para muchas personas esto significa el final de su vida productiva, por lo que suelen deprimirse y en casos extremos hasta morir. En la "jubilación" el aspecto económico cambia y en muchas ocasiones negativamente, por lo cual, muchas personas en la vejez se niegan rotundamente a dejar de trabajar hasta que sus deficiencias físicas propias de la edad les reclaman la improductividad (Lehr U. 1988).

Sin embargo no en todos los casos prevalecen las insuficiencias en dicha etapa, por otro lado también existen los ancianos que al llegar a la plenitud de la vejez se han mantenido física y mentalmente fuertes, variables que se han asociado al envejecimiento exitoso, que son las determinantes, tales como hábitos alimenticios adecuados, ejercicio, una vida activa, interrelaciones y apoyo social, trabajo productivo y el mantenimiento de funciones mentales, son esenciales para vivir bien y más años (Rowwe y Kahan 1998).

El nivel de autonomía del sujeto en los actos de la vida diaria, proporciona una percepción más positiva y mayor satisfacción de la vida, elementos favorables

que contribuyen al envejecimiento exitoso; gran actividad, buena salud subjetiva y buen nivel de satisfacción vital (Vellas, 1996).

Así, el aspecto psicológico de la vejez se puede observar desde un punto de vista global en el cual se involucran aspectos que van desde la jubilación hasta el estado físico y la capacidad de asimilación de la edad desde un punto de vista positivo para poder adecuar nuevos retos a la vida.

CAPÍTULO 3. CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida de las personas, es importante, ya que involucra ciertos factores del funcionamiento humano que son eminentemente psicológico, tales como la salud psicológica o mental de los individuos de la familia, el éxito en la escuela o el trabajo, las relaciones de pareja sanas, la relación ó el éxito personal, los estilos de vida saludables, etc.

Algunos antecedentes muestran cómo diferentes investigadores se han dedicado a estudiar la calidad de vida de distintos grupos de la población, tales como niños, jóvenes, estudiantes, enfermos, ancianos, y otros (Diener y Fujita, 1995; Diener, Sao, Diener y Shu, 1996; Lu, 1995) y algunos otros estudios que muestran cómo son implementados diversos programas de intervención para mejorar la calidad de vida en poblaciones con deterioro en este aspecto, este es el caso de individuos con enfermedades crónicas, pacientes post-operatorios, pacientes terminales, pacientes con limitaciones físicas o impedidos, sujetos institucionalizados y hospitalizados (Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger, 1993).

Al mismo tiempo, la calidad de vida ha sido objeto de interés de otras disciplinas tales como la economía, la política, la demografía, así como de especialistas de las ciencias sociales, de la educación y la salud. Incluso, para algunos economistas, la prosperidad de la nación radica en el crecimiento económico. La calidad de vida está en función de la cantidad de recursos económicos disponibles, el bienestar es sinónimo de bienestar económico, la demanda de consumo de bienes y servicios proporciona bienestar, de ahí se deriva el concepto de "Economía de Bienestar"; sin embargo, la riqueza de los pueblos no incrementa la calidad de vida de los mismos (Diener, Shu, Smith, y Shao, 1995), esto es demostrado en un estudio transcultural que incluyó el análisis de 101 naciones, realizado por Diener y Diener (1995), en donde emplearon como medida de calidad de vida el bienestar subjetivo, encontrando que las variables de calidad de vida, no se relacionaron con la riqueza de la nación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Desde el campo de la psicología, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual, que conduce a estudiar cuáles son los procesos que conducen al sujeto al bienestar, la satisfacción y a la felicidad, a determinar cuáles son los mecanismos por los cuales las personas llevan una calidad de vida (Moreno y Jiménez, 1996).

Al respecto Siegrist J, Fernandez López F y Hernández Mejía R, en 1978 comentan "El punto de vista individual me parece el único punto de vista desde el cual puede mirarse el mundo en su verdad. Otra cosa es un artificio... Cada individuo es un órgano de percepción distinto de todos los demás y llega a trozos de universo para los otros inasequibles. La realidad, pues, se ofrece en perspectivas individuales. Lo que para uno está en último plano, se halla para otro en primer término..."

Así, cuando se habla del constructo "calidad de vida" se debe de tomar en cuenta que esta puede ser objetiva o subjetiva, es objetiva cuando se toman en cuenta factores relacionados con el bienestar físico, lo cual se puede derivar en alimentación, vivienda, salud, vestido y bienestar económico (entre otros); mientras que es subjetiva cuando se toman en consideración otros factores los cuales se pueden dividir en dos componentes básicos: el componente cognoscitivo, que se refiere a la satisfacción, y el componente afectivo, relacionado a los aspectos de la felicidad (Andrews y Withey, 1974)

El hecho de que la calidad de vida sea un fenómeno de origen multifactorial, hace difícil poder definirla conceptualmente u operacionalmente, no obstante, algunos autores han presentado diversas aproximaciones conceptuales. A partir de la propuesta de la Organización de las Naciones Unidas, que plantea a la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos como los principales componentes de la calidad de vida; Levi y Anderson (1980), proporcionan su concepto diciendo que "entendemos por calidad de vida una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la perciba cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa" (pag. 78) por lo tanto, la valoración que cada sujeto hace de su calidad de vida se basa en gran medida en un proceso cognoscitivo de

comparación, cuyos criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades.

Para efectos del reporte de investigación entenderemos como calidad de vida una medida multidimensional compuesta por el bienestar subjetivo y objetivo de un individuo o grupo, como es percibida su vida actual, es decir, el sentimiento o estado positivo autopercibido de la propia vida del sujeto; y la satisfacción en la vida y en sus diferentes áreas.

En otras investigaciones se ha encontrado que el afecto positivo se asocia con medidas de extroversión, interés por la gente, participación social activa, optimismo y auto-estima (Huebner y Dew, 1996). Con referencia a lo anterior Michalos (1980) sostiene que las personas más extrovertidas y más ajustadas son más felices, obteniendo altas calificaciones de satisfacción o de felicidad en la vida. En este sentido se vuelve necesario diseñar estrategias de intervención que preparen a los individuos para afrontar las diferentes etapas de la vida, los cambios, la naturaleza del proceso, la salud y la enfermedad. También se debe de buscar que las personas se vuelvan responsables de su propia salud, estrategias de promoción de la salud que mejoren su calidad de vida (Sánchez-Sosa, 1998; Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán, 1996).

Por otro lado, y como consecuencia de los cambios en los perfiles demográficos y socioculturales, la mayoría de los países del mundo, y recientemente en América Latina, están experimentando un cambio en el aumento de la esperanza de vida y por ende en el envejecimiento de la población. Además, se ven afectados por una creciente tecnologización de la medicina, contribuyendo a disminuir la mortalidad, y aumentar la esperanza de vida. Lo cual también tiene como consecuencia un incremento en la base de la pirámide poblacional, por lo que el grupo de personas con más de 60 años de edad va en constante aumento (O.M.S. 1990; O.P.S. 1992).

En conclusión, es importante en la actualidad centrar un poco más nuestra atención en esta población, ya que es un hecho que debido a los avances médicos y tecnológicos actuales que han aumentado la esperanza de vida y esta a su vez el incremento poblacional en las personas de la tercera edad, surge la necesidad

de voltear la mirada hacia ellos, tanto por la razón de que ellos mismos demandan nuestra atención haciendo uso de todos los servicios que requieren y nosotros podemos proporcionarles y por las aportaciones que en el pasado ellos realizaron en nuestro beneficio y que ahora gozamos. Es un hecho que este tema se descuida debido a que esta población esta catalogada como difícilmente productiva, y por ende se ha descuidado. Es conveniente atender sus necesidades con el fin de mejorar su calidad de vida, a través de centrar y concentrar información necesaria sobre este tema para entender de la mejor manera el proceso de envejecimiento.

Aunque sí interviene en gran cantidad el mantener una vida saludable, existen también otras aportaciones que pudieran influir para el envejecimiento exitoso, como lo es el tener un estímulo que aliente al anciano a seguir creciendo y mantener una buena calidad de vida, el mantenerse en actividad física y mental constante, el tener apoyo de su familia, amigos y espacios donde pueda ejercitar y desarrollar sus habilidades y capacidades.

Por lo anterior, se reconoce que la salud en la vejez es el reflejo de factores intervinientes en toda una vida, que se van desde factores incontrolables como la herencia genética, pasan por condicionantes socioeconómicos, como las oportunidades de educación y trabajo, y llegan hasta la participación personal en los hábitos de salud y estilo de vida. Por lo que en las edades previas a la vejez deben centrarse los esfuerzos en programas de promoción de la salud como una forma de evitar el envejecimiento errático y contribuir a un envejecimiento de calidad.

CAPÍTULO 4. APOYO SOCIAL A ANCIANOS

Comúnmente cuando hablamos acerca de la vejez y cómo se involucra a ésta con la sociedad, caemos en la cuenta de que al anciano se le discrimina, se le aparta ó no se le toma en cuenta en las actividades sociales. En muchas ocasiones, al anciano se le ha comparado con un mueble viejo y polvoso, que estorba y por lo mismo se tienen que deshacer de él, cayendo en el olvido de sus familiares, apartándolo de sus pocos amigos y confinándolo a la soledad.

Cuando una persona es incluida por los demás dentro del grupo de personas viejas y ha adoptado aquellas actitudes que nuestra sociedad espera de ellas, se dice que esta persona envejece. Mientras que desde el punto de vista de estas personas, aunque no se sientan viejas, poco a poco toman esta actitud, que es en la que la sociedad las va envolviendo.

Al respecto, Krause N. y Borawski-Clarck E. en 1997, realizaron experimentos en donde se investigó como se vincula el apoyo social que se brinda a los ancianos, con estados psicológicos como el estrés, la autoestima y el control personal. En estos experimentos, también se investigó sobre la importancia del rol que cada persona juega y de la identidad que desempeña al interactuar en ese rol. Encontrando que los ancianos en roles altamente estresantes, el nivel de autocontrol baja, pero en presencia del apoyo social, el nivel de autocontrol tiende a subir. Otro descubrimiento realizado en este experimento, fue que el apoyo social también actúa directamente con el aumento de la autoestima, propone que no se debe sobreproteger al anciano, apoyándolo en problemas que estén al alcance de su solución, sino que solamente se le debe brindar apoyo en tareas cuando se interactuó en roles complejos.

Para efectos de este estudio, tomaremos el concepto que Krause N. y Borawski-Clarck hacen del "rol social", el cual lo definen como una posición dentro de un grupo, mientras que a la identidad la definen como una autoevaluación que surge a consecuencia de desempeñar uno de estos papeles. En este sentido, los factores estresantes que surgen dentro de ciertos roles, pueden tener efectos perjudiciales, porque tienen la posibilidad de debilitar la identidad asociada con

este rol, ya que algunos psicólogos sociales han observado que las personas jerarquizan por su importancia las identidades en base a los niveles de compromiso y de inversión emocional con los roles asociados con cada identidad, por lo que los ancianos, en presencia de tareas altamente estresantes, presentarán una pérdida considerable de identidad, mientras que con apoyo social, esta pérdida será reducida.

Otros autores como Paillat (1971), proponen al respecto que la sociedad es la que debe encargarse de la protección de los miembros de edad avanzada, a quienes ni el trabajo, ni los retiros, ni los ingresos personales les permiten vivir decentemente, así como aquellos cuya salud flaquea y que el aislamiento los deja más vulnerables.

Así, Paillat hace referencia a la situación económica que viven personas de la tercera edad, quienes quedan en manos de la sociedad en el momento en que dejan de ser productivas, demandando cada vez mejores servicios y espacios laborales adecuados a sus necesidades de ingresos y remuneración a su trabajo, ya que las pensiones de retiro, muchas veces no alcanzan para cubrir las principales necesidades.

La etapa de la tercera edad cuenta con sus propias características, tanto físicas, mentales y sociales (entre otras), que hacen del anciano una persona con necesidades específicas, en las que se pueden contar las de salud, vivienda, remuneración económica e integración social, las cuales, asociaciones civiles y privadas tratan de satisfacer.

4.1 Salud.

En cuestión a la asistencia médica, Nicola P. en 1985, nos dice que este tipo de asistencia es dada a través de hospitales, la cual es reservada para enfermos; casas de reposo, que es reservada para ancianos sanos; y la asistencia abierta, la cual puede ser hospitalaria o domiciliaria.

En tiempos pasados, era común que a los ancianos se les recluyera en casas de asistencia ó asilos, que aunque lujosos, eran verdaderos depósitos o

"prececenterios", en los cuales se les olvidaba hasta el momento de su muerte. En México, en algunos lugares, aún es posible ver funcionando algunos de estos centros.

La vida en este tipo de condiciones, hacia que el anciano decayera en su salud, no sólo por la falta del tratamiento médico adecuado, sino también por el abandono psicológico al que eran sometidos, lo que explicaba los suicidios, los intentos de fuga o las muertes por depresión.

Hoy en día, la mayoría de las casas de retiro cuentan indispensablemente con asistencia médica especializada, que conjuntamente con la asistencia psicológica y social, se ocupan no solamente de los ancianos enfermos, si no que buscan la manera de mantener con buena salud a aquellos que no lo están.

En los hospitales el trato diferencial es de suma importancia para la pronta recuperación de la salud en los ancianos, ya que necesitan cuidados especiales a diferencia de los jóvenes. Estos cuidados son debido a que en los ancianos, dadas sus características físicas, las enfermedades comunes pueden fácilmente convertirse en crónicas.

En los hospitales diurnos, se les da un trato diferente a los ancianos, ya que en muchas ocasiones, no sólo se ocupan de la salud física, sino también de otras funciones tales como terapia ocupacional, siendo un centro de reunión para ancianos en donde se desarrollan actividades recreativas.

Uno de los servicios más importantes de la atención social a ancianos que ya se esta llevando a cabo en diferentes países de Europa como España (Vizcaino J. 2000) y Francia (Paillat P. 1971) es el de atención domiciliaria, que son los servicios prestados a la persona mayor, la cual requiere de atención en su propio domicilio. A lo largo de los últimos años, este servicio se ha extendido notablemente, adaptándose a las necesidades de las personas. En la actualidad, esta práctica está constituida por una serie de servicios que llegan a estructurarse como programa y que incluyen los servicios de ayuda a domicilio en sus diversas modalidades tales como: atención personal, comidas a domicilio, lavandería a domicilio, limpieza, tele alarma, y tele asistencia médica (son una modalidad de los servicios de atención domiciliaria, los cuales consisten en utilizar la tecnología

para monitorear a distancia las necesidades de los ancianos); así como acondicionamiento a la vivienda.

4.2 Vivienda.

Otro aspecto importante dentro de la vida de los ancianos es el de la vivienda, ya que las condiciones en las que habitan la mayoría de las personas en la tercera edad, muchas veces no son las adecuadas a sus necesidades.

Resultaría casi risible afirmar que las condiciones de vivienda de las personas de edad avanzada, responden a sus necesidades. El desgaste físico ocasionado por la edad, trae consigo que las condiciones de vivienda ya no se adecuen a las exigencias del anciano. Las viviendas en pisos altos que no cuentan con elevadores, faltos de limpieza por el aumento en el espacio ocasionado por la partida de los hijos y con alquileres elevados, que sobrepasan las posibilidades económicas de los habitantes, aunado a que los ancianos dispuestos a cambiar de casa son muy escasos, por no contar con los medios para hacerlo o por el cariño a los recuerdos, hace que las posibilidades de adquirir una vivienda adecuada a sus necesidades sean muy reducidas (Paillat P. 1971).

Muchas veces, la pérdida de habilidades tanto físicas como mentales, lleva al anciano a depender de los familiares, en ocasiones, son los hijos los que se ocupan de satisfacer la necesidad de vivienda en el anciano, turnándose la custodia de éste, pero en muchos casos esto llega a volverse fatigoso para el anciano, ya que los estilos de vida de las familias son diferentes, por lo que el anciano no termina de acostumbrarse a una familia, cuando ya se tiene que mudar a otra, y esto hace que el anciano se siente fuera de lugar.

En países como España, Alemania y Francia, donde la geriatría y gerontología juegan un papel importante en la sociedad, se desarrollan Proyectos de viviendas y Servicios, pensados para personas mayores.

Los "Centros Convivenciales" son hogares en los cuales vivir, y convivir, disfrutando de todas las comodidades y servicios, disponiendo de todas las mejores atenciones y conservando, al mismo tiempo plena independencia y

privacidad. Cada persona puede disfrutar de su vivienda particular y disponer de una amplísima gama de servicios, fijos y optativos, de gran calidad: desde actividades de ocio y culturales hasta recepciones permanentes de limpieza y de mantenimiento, de restaurantes y de servicios médicos sanitarios de carácter permanente (24 horas), a cargo de profesionales especializados. Estos Centros Convivenciales constituyen un innovador estilo de vida aunque en países como México, el costo de estos servicios es muy elevado, en otros países como España o Francia se legisla como apoyo asistencial para ancianos.

Así, en un primer momento, la sociedad actual, ha tratado de responder a la creciente dependencia del anciano, recurriendo a su institución nuclear: la familia. Al fin y al cabo que es la familia donde siempre se ha aminorado la dependencia de los menores, los enfermos y ancianos (De Marti y Valles 1999).

La vivienda adecuada para las necesidades del anciano se vuelve indispensable para elevar la calidad de vida en esta etapa, ya que a lo largo de la historia, en México, no se ha dado la debida importancia a este tema. Hoy en día, las diferentes instituciones que se encargan de refugiar a ancianos llámese familia, albergues, casas de descanso, centros de día o apartamentos tutelados, en muchas ocasiones no tienen el equipo o el personal calificado para esto, por lo que el anciano recibe maltrato y abandono.

4.3 Remuneración económica.

Una de las principales preocupaciones de las personas cuando llegan a la edad de la jubilación es la económica, ya que casi siempre el hecho de retirarse implica la reducción en sus ingresos económicos, además de la imposibilidad de conseguir otros trabajos debido a las condiciones físicas propias de la edad.

En la edad media, a los ancianos que no contaban con los recursos económicos adecuados, o no tenían familiares que se encargaran de su manutención, estaban sentenciados a trabajar hasta que sus fuerzas se terminaban y la necesidad los obligaba a ser mantenidos por la comunidad y catalogados como mendigos. Esta categoría particular mezcla

indiferenciadamente inválidos, huérfanos, locos, ancianos y pordioseros (Minois G. 1987), (Blank F. Cerejido, 1999).

Hoy en día es distinto, ya que la vejez legal esta determinada por la edad cronológica y no por el estado de salud, es determinada por decisiones legales y con absoluta indiferencia burocrática por las características individuales de cada persona en el momento en que se declara jurídicamente vieja. Existen instituciones que tratan de apoyar para cubrir algunas de las diversas necesidades que presentan las personas de la tercera edad, tal es el caso del INSEN (Instituto Nacional de la Senectud), que aunque han tratado de cubrir algunas necesidades de esta población, tales como apoyo legal en el sistema de pensiones a los ancianos, tratar de proyectar a la auto-manutención a través de remuneración económica por trabajos manuales y buscar el apoyo económico de familiares, los pocos recursos dificultan esta tarea, ya que muchas de estas personas buscan tener recursos económicos para vivir o viven del poco dinero que perciben de su familia, por lo cual prefieren no integrarse a este tipo de grupos por falta de recursos económicos mínimos para buscar el esparcimiento y la convivencia, por lo tanto la posibilidad de cubrir estas necesidades después de la jubilación es cada vez más escasa.

Moragas R (1999) define la pensión como "prestaciones sustitutivas del salario cuando el trabajador lo pierde por jubilación y lleva aneja la idea de derecho generado, devolución del ahorro realizado, cotización efectuada por motivo y por consecuencia del propio trabajo" (pag 186). Esto a finales del siglo XIX y principios del XX, era debido a la previsión del riesgo de vejez del trabajador, Actualmente los trabajadores cesan en el trabajo no por causa de agotamiento físico sino por reestructuración económica, por agotamiento psíquico al que se le somete para lograr su jubilación o por la política de la empresa pues estos deben de dejarle su puesto a personas más jóvenes, para repartir equánimemente el trabajo en la sociedad. Así la jubilación se convierte en una manera de originar puestos de trabajo para los jóvenes.

Al respecto Blank F. Cerejido, (1999) dice: "En el mundo, por cada persona de 80 años que puede trotar alegremente por los parques, darse masajes

diariamente en un spa y hacerse practicar cortocircuitos coronarios, hay millones de viejos que no tienen acceso a jubilación, ni a cuidados médicos y que acaso sólo pueden sumergir sus desdichas en alcohol".

Lo anterior se vuelve una realidad en México, ya que se puede ver a personas de edad avanzada pidiendo ayuda en las calles, durmiendo en parques, asilos, puentes vehiculares y muriendo de frío en temporadas invernales, todo esto a causa del abandono social al que son sometidos

En México existen alrededor de 5 millones de ancianos y solo 1/2 millón recibe una pensión; en el Distrito Federal 85% de las personas viven de la ayuda de los familiares, mientras que 15% de la población mayor de 60 años vive de la pensión del trabajo de toda su vida. Por otra parte en el D.F. existen alrededor de 6500 ancianos indigentes (CONAPO 2002). Las cifras anteriores revelan la dramática situación que viven los ancianos mexicanos, no obstante, el gobierno del Distrito Federal, ha tratado de brindarles a los ancianos una ayuda económica mensual, a manera de pensión, pero muchas veces el presupuesto es reducido, y no abarca a la mayor parte de la población, por lo que se buscan nuevas y mejores opciones de ayuda para este sector.

4.4 Asociaciones civiles.

En México, se concibe a las organizaciones civiles como una parte organizada de la sociedad las cuales se han encargado, entre otras cosas de impulsar y realizar acciones de asistencia, promoción y desarrollo, así como acciones tendientes a salvaguardar o conseguir la democracia y/o defensa de los derechos humanos de los adultos mayores.

De acuerdo a la información disponible se tiene conocimiento que desde el inicio de la Colonia las organizaciones civiles vinculadas a la población adulta mayor han tenido una importante presencia, ya como institución de caridad o asistencia. En esta época, la atención de los ancianos menesterosos y discapacitados recayó en la Iglesia Católica, a través de sus congregaciones

religiosas, las cuales también albergaban a enfermos mentales y niños (Minos G. 1987)

Con el paso del tiempo, un importante número de dichas congregaciones se transformaron en asilos y éstos, a su vez, cambiaron a instituciones de asistencia privada, o bien, se convirtieron en asociaciones civiles.

Después de la Revolución Mexicana, y como resultado de las distintas políticas de bienestar instrumentadas desde el Estado, se inhibió de alguna manera la presencia y relevancia de las instituciones filantrópicas.

A partir de la década de los sesenta, e incluso desde antes, ocurre un importante crecimiento de las instituciones dedicadas a la atención de los ancianos, mismas que, para el caso del D.F. conforme a diversas fuentes, se mantienen entre 110 y 130 (Ramírez P. 1999).

De acuerdo con la CONAPO se sabe que la figura jurídica predominante que trabaja con adultos mayores son las asociaciones civiles y en segundo término las de Asistencia Privada. Ambas asociaciones tenían como objetivo proporcionar alojamiento, alimentación, vestido, asistencia médica, geriátrica, odontológica, rehabilitatoria, psicológica; recreativas, promocionales, preventivas, organizativas y acciones reivindicatorias del adulto mayor.

Sin embargo, en la realidad vemos que predominan las instituciones civiles de asistencia y caridad. Es decir, que se han especializado en proporcionar protección y cuidado directo a los ancianos vulnerables.

Generalmente, en las acciones que se llevan a cabo con los ancianos, las familias, la comunidad y la sociedad permanecen ausentes.

La formula de atención asistencial, sobre todo en los últimos años, empieza a admitir modalidades para evitar el aislamiento de los ancianos con la comunidad, así como una mayor participación de las familias.

Los esfuerzos se orientan hacia la atención de los sectores más excluidos o desprotegidos de la sociedad, desde el punto de vista étnico, económico, político, social, de género etc... Incluyendo, a quienes padecen algún tipo de discapacidad física o mental que requiera el apoyo solidario del conjunto social (Ramírez P. 1999).

A una buena cantidad de organizaciones civiles las motiva y orienta una profunda vocación de servicio y el imperativo ético de colaborar y participar en la lucha de una sociedad más igualitaria, justa, humana, equitativa o simplemente para remediar alguna carencia de lo inmediato.

La mayor parte de las organizaciones civiles son privadas, constituidas legalmente y, en la mayor parte de los casos, no persiguen fines de lucro al desarrollar sus actividades. Generalmente dependen del financiamiento externo, realizando enormes esfuerzos para conservarlo.

Un considerable número de ellas tiene vínculos con las iglesias o la iniciativa privada, otras con algún partido político, universidad, sindicato, confederación, etc.

En términos operativos, generalmente recurren a tecnologías de bajo costo, servicio simplificado y poco personal. (De Martí y Valles 1999).

Centran su trabajo sólo al interior de las casas, o locales habitados como asilos, ofrecen atención individualizada, proporcionan atención gratuita. Los cupos son limitados y de falta de contactos con las familias. No realizan trabajo de tipo preventivo, aunque algunas de ellas empiezan abrirse al trabajo comunitario (Nicola.1985).

No disponen de metodologías definidas para la atención de los ancianos, lo que impera es más la buena voluntad, la vocación de servicio que el trabajo estructurado.

Existe un número muy reducido de organizaciones que empiezan a replantear los términos de la asistencia y la caridad en un sentido más de promoción humana y social.

Según Ramírez P. en 1999, las organizaciones sociales sin fines de lucro tienen como planteamientos principales:

- Revisar seriamente el papel que han jugado las instituciones dedicadas a la atención de los ancianos.
- Percibir el trabajo con los ancianos como una acción de apoyo, promoción y encauzamiento no sólo del adulto mayor en lo individual, sino de su propio sector de referencia y pertenencia.

- Es necesario superar los típicos enfoques de carácter asistencialista que en la práctica son más contraproducentes que benéficos.
- Llevar a cabo acciones preventivas, en la cual se involucre a toda la población y no exclusivamente a los ancianos.
- Fomentar más la acción promocional de los prestadores de servicio y no limitarla a la acción dentro del asilo.
- La acción coordinada y concentrada con todos aquellos que realizan actividades de apoyo, atención y asistencia al adulto mayor.
- Promover mediante diferentes estrategias el trabajo permanente con las familias, las comunidades y las organizaciones civiles.
- Fomentar entre los adultos mayores la participación, aportando a los demás algo de si mismo. Es necesario promover la corresponsabilidad para la superación de sus necesidades.
- Fomentar entre los ancianos la acción solidaria, la ayuda mutua, entre otras.

4.5 INAPLEN.

El Instituto Nacional del Adulto en Plenitud, es un organismo público descentralizado de carácter permanente, con personalidad jurídica y patrimonio propio. Le corresponde la coordinación y en su caso, ejecución y vigilancia de las acciones de protección de los derechos de los adultos mayores que esta ley establece.

Puede pertenecer al INAPLEN La población con edad de 60 años en adelante, la cual será objeto de los programas, servicios y acciones que lleve a cabo el Instituto (INAPLEN 2002).

Para el INAPLEN, La senectud es la etapa en la cual se deteriora la salud y disminuyen las capacidades del individuo por el natural avance de la edad, período de la vida que actualmente empieza aproximadamente a los 60 años.

Según la ley del Instituto Nacional de la Senectud, tendrá como objeto:

- I. Coadyuvar en la formulación de una política nacional de apoyo a la población en edad avanzada que permita colocar en una posición digna a este sector;
- II. Mejorar las condiciones generales de vida de las personas en senectud, propiciando un mayor bienestar físico y mental a fin de que puedan ejercer plenamente sus capacidades en el seno de la familia y sociedad;
- III. Garantizar su acceso a los servicios de salud y asistencia social que brindan las instituciones públicas;
- IV. Actuar como órgano de consulta del Gobierno Federal en el desarrollo de la política para el envejecimiento y la vejez, así como de las autoridades estatales, municipales y el sector privado cuando lo requieran. De la misma manera, en coordinación con éstos establecerá y dará a conocer oportunamente las políticas y programas de apoyo de acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo;
- V. Desarrollar programas y actividades de difusión para promover en la familia y en la sociedad, una cultura de respeto y solidaridad hacia los adultos mayores e informar ampliamente sobre sus derechos con la finalidad de evitar su discriminación o segregación, promover la convivencia intergeneracional, generar mayor solidaridad, apoyo mutuo y una nueva perspectiva respecto de sus capacidades para su revalorización e integración;
- VI. Propiciar la participación de los adultos en senectud en los procesos productivos, de educación y capacitación;
- VII. Promover coordinadamente con las instituciones públicas y privadas, programas y acciones de protección, orientación y apoyo en favor de los adultos mayores para lograr el otorgamiento de prestaciones y reconocimiento

- de mayores derechos para mejorar su calidad de vida, y su conocimiento por parte de este sector;
- VIII. Elaborar, ampliar y perfeccionar el diseño y ejecución de los diversos programas y acciones de protección y apoyo en favor de los adultos mayores, a efecto de que se brinden conforme a las condiciones y requerimientos propios de cada región, entre otros aspectos;
- IX. Desarrollar la investigación sobre la problemática que rodea a los adultos mayores, en lo social y la salud, a fin de proponer alternativas de solución que contribuyan al mejoramiento de sus condiciones de vida; y
- X. Procurar la integración de los adultos mayores abandonados, marginados o maltratados dentro de su núcleo familiar, con la finalidad de evitar el aislamiento de la persona en edad avanzada.

Así el INAPLEN cumple con la tarea de proporcionar al anciano el apoyo social que necesita, por parte de la institución y el gobierno mexicano, al mismo tiempo proporciona espacios en los cuales el anciano puede desarrollar algunas habilidades para ayudarse económicamente y convivir con personas de su edad no importando que sean de diferente estrato social o con diferencias culturales, otorgando nuevos objetivos en común para darle un objetivo a su vida.

4.6 Familia

En la antigüedad el anciano jugaba un papel diferente en la familia a comparación del que juega en nuestros tiempos, ya que se le veía como la figura de sabiduría y se le consultaba para pedir algún consejo, con la seguridad de que se encontraría alguna solución. Hoy en día al viejo en la familia se le relega y se le suele convertir paulatinamente en alguien que no sabe, respecto de los jóvenes que si saben. También contribuye a esta devaluación el envejecimiento cultural del anciano cuando se obstina en mantenerse fiel al sistema de valores que adquirió

en su juventud, así que a vista de los demás miembros de la familia, da un juicio negativo sobre lo nuevo, porque no lo comprende y estos hechos hacen que se le deje de lado (Blank F. Cereijido, 1999).

Lo anterior ubica al anciano en la familia mientras que para él uno de los apoyos más fuertes que recibe cuando no cuenta con los recursos suficientes para valerse por si mismo, es el que la familia les puede proporcionar, ya que la mayor parte de los ancianos casados se apoyan en la familia propia de procreación, de la que los ancianos son la primera generación en orden cronológico para satisfacer sus principales necesidades (Moragas R. 1991).

Para muchas familias el hecho de mantener a un anciano, se vuelve una carga cuando su situación económica es precaria y el anciano no cuenta con los medios para aportar a la familia un ingreso económico importante.

En países como Francia e Inglaterra, la ayuda familiar se transforma en una especie de pensión en donde los miembros de la familia se organizan para la manutención de los ancianos, así la responsabilidad se comparte y los ancianos muchas veces pasan temporadas con los hijos o los nietos. En Holanda la ayuda del gobierno a los familiares que mantienen a algún anciano dentro de su círculo familiar se transforma en respiros, dándoles prestaciones a la familia o descuentos en sus cotizaciones sociales, posibilidades de hospedaje por un día, un fin de semana o por períodos vacacionales; envío de ayudas temporales a domicilio o también prestaciones efectivas al ayudante de un pariente de edad (Moragas R. 1999).

En México, por tradición, en la mayoría de las familias los hijos mantienen a los padres cuando estos no pueden valerse por si mismos, pero como en la mayoría del los países también se vive el abandono por parte de familiares y amigos a las personas de edad avanzada.

Cuando hablamos de la familia como institución de apoyo para alguno de sus miembros, se espera que siga desempeñando este papel de cuidador principal cerca de su pariente de edad dependiente tanto por razones económicas como sociales.

CAPÍTULO 5. INDEPENDENCIA EN LA VEJEZ

En la antigüedad se creía que una de las características más marcadas de los ancianos era la dependencia para con los demás, pues al anciano se le asociaba con incapacidad y deficiencia. Hoy en día, se ve a la vejez como una etapa más de la vida, en la cual se puede ser tan independiente como el organismo y la salud física lo permitan. Si no es así en la mayor parte del mundo, en algunos países como Alemania, Francia, España, Estados Unidos y México tienen como meta para el próximo milenio que la población en la etapa de la vejez tengan por lo menos independencia, autonomía y elevada calidad de vida (Moragas M. 1999).

Se puede decir que cuando se envejece, el reto de las personas se convierte en continuar con la independencia que hasta esa etapa se ha tenido y conforme se tiene más edad, se es más dependiente de los demás.

Así, la independencia en la tercera edad se debe de manejar desde el punto de vista de los ancianos, es decir, para un anciano la independencia va a partir tanto de la capacidad para realizar las actividades cotidianas, como la capacidad para pedir y percibir la ayuda de su círculo social.

En Francia, en Europa del sur y en la región mediterránea, aunque esto se da también en la mayor parte del continente americano, las personas de edad dependientes se dirigen primeramente a los familiares y amigos cuando necesitan apoyo (Moragas R. 1999), es por esto que el primer círculo social en donde se apoyan la mayoría de los ancianos es el de la familia y amigos, los cuales van a influir con el nivel de independencia que pueda sustentar una persona adulta mayor.

Para Irving Rosow (1974) el apoyo que los ancianos pueden recibir de las instituciones gubernamentales y civiles, se vuelve de gran ayuda pues incrementa las oportunidades para tener autonomía.

Cuando hablamos de independencia en los ancianos, nos referimos a los diversos factores que hasta ahora se han investigado, esto es, factores que van desde el apoyo de asociaciones civiles y gubernamentales, hasta el apoyo de la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

familia y amigos, pasando por las habilidades físicas y psicológicas con las que cuente el anciano para poder llevar una buena calidad de vida, la cual es la meta principal del trabajo conjunto. Por lo tanto un anciano será tan independiente como estos factores sean aplicados a su vida cotidiana convertidos en recursos que el debe de ser capaz de asimilar y utilizar en su beneficio.

5.1 Socialización en ancianos.

Desde tiempos inmemoriales, el ser humano ha necesitado de sus semejantes para poder sobrevivir, hoy en día, la sociedad como la conocemos no existiría sin la convivencia de unos con otros y la necesidad del hombre a sujetarse a las reglas sociales, fomentarlas y ser parte de estas. En este sentido, la familia juega un papel predominante como institución social básica, pues posee una diversidad de roles sociales (hijo, padre, abuelo) que la mayor parte de sus miembros van ocupando a lo largo de su vida; a través de eso sus componentes se socializan y aprenden a desempeñar sus responsabilidades en la minisociedad que constituye la familia. Así las familias más extensas, van a proporcionar mejores espacios para que sus miembros jóvenes se socialicen anticipadamente antes de entrar en contacto con la sociedad global. (Moragas R. 1991).

Con referencia a lo anterior, Dowd (1975 en: Moragas R. 1999) menciona que el cambio a la edad avanzada viene con una serie de características, las cuales incluyen una disminución de todos los recursos y desde ellos, de la capacidad de cambiar en todas las interacciones cotidianas para poder satisfacer sus necesidades y adaptarse a el mundo que los rodea.

El viejo de antes, era una persona muy dañada por esos achaques propios de la edad, los cuales hoy son aliviados o evitados por la medicina, y solo le cabía esperar no sufrir mucho cuando tarde o temprano le afectara la enfermedad que lo llevara a la tumba. No obstante, era el patriarca rodeado por su familia, con la que solía vivir, a veces bajo el mismo techo, y tenía una función de trasmisor de las tradiciones a lo largo de su vejez. En cambio, el viejo de hoy en día, es una persona madura pero tiene su salud compensada por los avances médicos,

atesora conocimientos, los cuales no trasmite, al igual que la experiencia y sabiduría de los años, administra posibilidades y entusiasmo, pero esta probablemente jubilado y vive solo (Blank F. Cerejido, 1999).

En este sentido, se debe de tomar en cuenta que hoy en día la sociedad le esta dando al anciano la importancia que se merece al plantearse la problemática del vuelco en la pirámide poblacional debido a los avances médicos, desarrollando nuevos espacios para que el anciano pueda socializar con personas de su edad y abriendo oportunidades de trabajo para estas personas, actualizándolas e incorporándolas en la sociedad.

5.2 Auto-eficacia y vejez.

Bandura (1997), se refiere a la teoría de la auto-eficacia como la evaluación que hacen los individuos sobre su capacidad o competencia para ejecutar una conducta específica exitosamente. Esta teoría aplicada en la senectud nos puede proporcionar una idea de la auto-valoración que el anciano hace de si mismo a través de las actitudes y aptitudes que se tengan al momento de envejecer.

Así, la auto-eficacia de los ancianos va a estar determinada por la serie de cogniciones y auto-juicios hechos por la comparación de estándares originados en la vida cotidiana y va a afectar en su comportamiento diario al utilizar esta cognición para adaptarse a nuevas situaciones y resolver problemas.

Bandura, en 1997 hace la distinción de tres dimensiones en las expectativas de auto-eficacia: 1. La magnitud hace referencia a la estimación personal que realiza un sujeto sobre cuál es el mejor rendimiento posible para él en ese momento y circunstancia. 2. La fuerza se refiere a la confianza que experimenta la persona en cuanto a poder alcanzar un rendimiento dado. 3. La generalidad, que se refiere al grado en que el individuo considera que dispone de los recursos precisos para poder solucionar cualquier situación, o de ser eficaz tan sólo ante algunas circunstancias concretas y específicas.

En conclusión, la auto-eficacia en la tercera edad va a estar proporcionada por la serie de cogniciones acerca de sus capacidades a través de las cuales las personas ancianas van a definir que pueden o no realizar en ese momento o en los retos que les imponga su propio estilo de vida.

CAPÍTULO. 6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

6.1 Preguntas de investigación.

¿Qué asociación existirá entre la socialización que realizan los ancianos y la independencia que puedan tener en su vida cotidiana?

¿Qué asociación existirá entre el apoyo social que perciben los ancianos y la independencia que puedan tener en su vida cotidiana?

¿Qué asociación existirá entre la calidad de vida que perciben los ancianos y la independencia que puedan tener en su vida cotidiana?

6.2 Objetivos.

6.2.1 Objetivos generales.

- Probar si existe asociación entre la auto-eficacia para realizar las actividades sociales y la auto-eficacia para realizar las actividades de independencia en un grupo de ancianos.
- Probar si existe asociación entre el apoyo social que se percibe y la auto-eficacia para realizar las actividades de independencia en un grupo de ancianos.
- probar si existe asociación entre la calidad de vida percibida y la auto-eficacia para realizar las actividades de independencia en un grupo de ancianos

6.2.2 Objetivos específicos:

- Probar si existe asociación entre la auto-eficacia para realizar las actividades sociales y la auto-eficacia para realizar actividades de independencia domésticas.
- Probar si existe asociación entre la auto-eficacia para realizar las actividades sociales y la auto-eficacia para realizar actividades de independencia básicas.

- Probar si existe asociación entre la auto-eficacia para realizar las actividades sociales y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia sistémicas.
- Probar si existe asociación entre la auto-eficacia para realizar las actividades sociales y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia prácticas.
- Probar si existe asociación entre la auto-eficacia para realizar las actividades sociales y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia autosuficiencia.
- Probar si existe asociación entre la auto-eficacia para realizar las actividades sociales y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia distractoras.

- Probar si existe asociación entre el apoyo social percibido y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia domésticas.
- Probar si existe asociación entre el apoyo social percibido y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia básicas.
- Probar si existe asociación entre el apoyo social percibido y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia sistémicas.
- Probar si existe asociación entre el apoyo social percibido y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia prácticas.
- Probar si existe asociación entre el apoyo social percibido y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia de independencia.
- Probar si existe asociación entre el apoyo social percibido y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia distractoras.

- Probar si existe asociación entre el la calidad de vida percibida y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia domésticas.
- Probar si existe asociación entre la calidad de vida percibida y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia básicas.
- Probar si existe asociación entre la calidad de vida percibida y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia sistémicas.

- Probar si existe asociación entre la calidad de vida percibida y la auto-eficacia para realizar actividades de independencia prácticas.
- Probar si existe asociación entre la calidad de vida percibida y la auto-eficacia para realizar actividades de independencia de independencia.
- Probar si existe asociación entre la calidad de vida percibida y la auto-eficacia para realizar actividades de independencia distractoras.

6.3 Justificación.

En anteriores investigaciones se le ha dado gran énfasis al término "calidad de vida" y se ha valorado en diferentes sectores de la población en México, uno de estos grupos es el de las personas de la tercera edad, gran parte de esto es posible gracias a diversos factores que han sido estudiados y que en su conjunto pueden ser determinantes de una buena o mala calidad de vida. Uno de los factores importantes dentro de la vida de las personas es la socialización y el apoyo social que puedan percibir del ambiente en el que están inmersos, y en todas las etapas de la vida. Este apoyo, se vuelve imprescindible cuando se han perdido recursos y habilidades, por el inevitable paso del tiempo. Así, para las personas de la tercera edad, es importante que tanto la familia, como asociaciones civiles y gubernamentales, se preocupen por brindarles el apoyo que necesitan.

Muchas veces al anciano se le etiqueta como una persona huraña, incapaz de establecer nuevos vínculos sociales con las personas que le rodean en su vida cotidiana, de ser así, sería importante establecer como es que el apoyo social le afecta en su vida y su independencia.

Por otro lado, se debe de establecer el papel que juega el apoyo social en las actividades tanto de independencia como de socialización en los ancianos, ya que la familia y el medio ambiente influyen de una manera determinante en la manera en como se desenvuelve una persona en los diferentes ámbitos sociales.

El análisis de estos factores es importante, ya que establece los fundamentos en los cuales se sustenta una buena o mala calidad de vida en los

ancianos, así como también establece los patrones bajo los cuales se puede ayudar a proporcionar y elevar la calidad de vida en esta población.

6.4 Hipótesis de investigación.

El apoyo social y la socialización de los adultos mayores es un rubro importante en cuanto al avance de la investigación de la etapa de la vejez, ya que el reto de algunos países incluyendo a México, para este nuevo siglo es lograr la integración de esta población a la sociedad para así mejorar su independencia y productividad.

- A) Existe una correlación entre la auto-eficacia para realizar las actividades sociales y la auto-eficacia para realizar las actividades de independencia en los ancianos.
- B) Existe una correlación entre el apoyo social percibido y la auto-eficacia para realizar actividades de independencia en los de ancianos.
- C) Existe una correlación entre la calidad de vida percibida y la auto-eficacia para realizar actividades de independencia en los ancianos.

- A1) Existe asociación entre la auto-eficacia para realizar las actividades sociales y la auto-eficacia para realizar actividades de independencia domésticas.
- A2) Existe asociación entre la auto-eficacia para realizar las actividades sociales y la auto-eficacia para realizar actividades de independencia básicas.
- A3) Existe asociación entre la auto-eficacia para realizar las actividades sociales y la auto-eficacia para realizar actividades de independencia sistémicas.
- A4) Existe asociación entre la auto-eficacia para realizar las actividades sociales y la auto-eficacia para realizar actividades de independencia prácticas.
- A5) Existe asociación entre la auto-eficacia para realizar las actividades sociales y la auto-eficacia para realizar actividades de independencia autosuficiencia.
- A6) Existe asociación entre la auto-eficacia para realizar las actividades sociales y la auto-eficacia para realizar actividades de independencia distractoras.

B1) Existe asociación entre el apoyo social percibido y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia domésticas.

B2) Existe asociación entre el apoyo social percibido y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia básicas.

B3) Existe asociación entre el apoyo social percibido y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia sistémicas.

B4) Existe asociación entre el apoyo social percibido y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia prácticas.

B5) Existe asociación entre el apoyo social percibido y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia de independencia.

B6) Existe asociación entre el apoyo social percibido y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia distractoras.

C1) Existe asociación la calidad de vida percibida y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia domésticas.

C2) Existe asociación entre la calidad de vida percibida y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia básicas.

C3) Existe asociación entre la calidad de vida percibida y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia sistémicas.

C4) Existe asociación entre la calidad de vida percibida y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia prácticas.

C5) Existe asociación entre la calidad de vida percibida y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia de independencia.

C6) Existe asociación entre la calidad de vida percibida y la auto –eficacia para realizar actividades de independencia distractoras.

CAPÍTULO.7 METODOLOGÍA.

7.1. Tamaño muestral.

Se trabajó con sujetos adultos mayores que acudieron a la sala de espera de la consulta externa de la unidad de medicina familiar de una institución de seguridad social de un municipio del Estado de México, a los cuales se les invitó a participar de manera voluntaria y con consentimiento informado, en un diagnóstico de salud psicogeriatrica. A cada uno de los pacientes de manera individual se les explicaba en que consistía la valoración, al mismo tiempo que se les entregaba un tríptico con la información de su "Salud Mental y Calidad de Vida", se llevó a cabo la promoción durante un mes aproximadamente para que los sujetos se registraran a través del servicio social del hospital y se les programara una cita para la aplicación de los instrumentos.

Acudieron al servicio de Trabajo Social, para que se les programara la cita, 214 sujetos; de los cuales, 142 asistieron a la cita, en la cual se les aplicaron los instrumentos.

Los criterios de inclusión de los sujetos, para analizar la información para el estudio fueron, ser derechohabientes de la clínica y tuvieran entre 60 y 85 años de edad, sin importar el sexo, estado civil, ocupación o escolaridad. Por lo que se excluyeron 35 sujetos de menos de 60 años. Resultando una muestra de 107 sujetos, 50 mujeres y 57 hombres de los cuales 24 tenían escolaridad nula, 42 tenían la primaria incompleta 32 tenían la primaria completa o la secundaria incompleta y solo dos bachillerato o profesional, mientras que 7 no sabían leer y escribir.

7.2 Escenario y materiales.

La aplicación de los instrumentos se realizó en un consultorio de la clínica, se cuidó que la aplicación fuera homogénea, a la misma hora, por la mañana, para todos los participantes, y se controlaron las variables extrañas que pudieran

interferir en la aplicación, tales como ruido, interrupciones y distracción, colocando letreros que decían "en sesión no molestar".

El material, instrumentos, hojas de papel, y lápices se proporcionaron por el investigador.

Para cada sujeto se tenía preparado un paquete con las tres pruebas para ser aplicadas y hojas blancas adicionales. Se requirió además de material como lápices, gomas, sacapuntas, una guía de instrucciones para el aplicador y las tarjetas para el instrumento de auto-eficacia.

Las tarjetas del instrumento de auto-eficacia, que se les presentaron a los sujetos eran de 14X10.5 cms., de hojas de colores y enmascaradas de plástico transparente, donde estaban escritas las actividades cotidianas con letras negras grandes; un color diferente para cada actividad clasificada en seis categorías: 22 actividades de independencia, escritas en tarjetas de color amarillo canario; 16 actividades recreativas pasivas, en tarjetas de color amarillo ocre; 13 actividades recreativas activas, en tarjetas de color naranja; 23 actividades sociales, en tarjetas de color mamey; 10 actividades de protección a la salud, en tarjetas de color rosa pálido; y 8 actividades perjudiciales a la salud, en tarjetas de color rosa mexicano. Haciendo un total de 92 tarjetas con 92 actividades cotidianas.

Además se tenían siete tarjetas color blanco, con las opciones de respuestas de los sujetos; una tarjeta "SI", una tarjeta "NO"; y cinco tarjetas con las leyendas: "Poco Seguro de hacerlo"; "Algo Seguro de hacerlo"; "Medianamente Seguro de hacerlo"; "Bastante Seguro de hacerlo"; y "Completamente Seguro de hacerlo"; las tarjetas llevaban escrita la respuesta, y un cuadro pictórico que indicaba la cantidad de fuerza que se refería a la confianza, seguridad o capacidad que experimenta el sujeto en cuanto a poder realizar la actividad.

7.3 Procedimiento.

La administración de los tres instrumentos se llevo a cabo en una sola sesión. A los sujetos que estuvieron interesados en participar en el Diagnóstico de Salud Psicogeriatrica, se les dio cita conforme se iban registrando en Trabajo Social, misma que se anotó en su carnet, día, hora y tipo de servicio. Asimismo, se les llamó por teléfono un día antes a todos los pacientes que contarán con algún número telefónico para garantizar que acudieran a su cita ya sea particular, o para que se les diera el recado.

Las sesiones fueron individuales y el tiempo estuvo controlado, máximo de 60 minutos, cada sesión.

El procedimiento que se siguió en la aplicación del instrumento de auto-eficacia fue el siguiente. Se le presentaron a los sujetos 92 tarjetas con diferentes actividades cotidianas, clasificadas en seis categorías. El orden de presentación de las categorías fue el mismo para todos los sujetos: actividades de independencia, actividades recreativas pasivas, actividades recreativas activas, actividades sociales, actividades de protección a la salud y actividades perjudiciales a la salud. Mientras que el orden de las actividades para cada categoría fue aleatorio. Las tarjetas se entregaron una a una a los sujetos, leyendo la actividad; a quienes se les preguntó *¿Si se consideraban capaces de llevar a cabo la actividad la semana siguiente? ¿Si o No?* Los sujetos tomaron una a una las tarjetas con actividades y las colocaron debajo de la tarjeta de respuesta "Si" o "No". Al terminar cada grupo de actividades por categoría, se les preguntó a los sujetos, de las actividades que ellos respondieron afirmativamente, entonces, *¿Qué tan capaces se sentían para realizar la actividad exitosamente?* con lo cual se pretendió medir la fuerza de la auto-eficacia, con cinco opciones de respuesta: "Poco Seguro de hacerlo" (20%), "Algo Seguro" (40%), "Medianamente Seguro" (60%), "Bastante Seguro" (80%), y "Completamente Seguro" (100%). Los sujetos colocaron dichas tarjetas debajo del si.

7.4 Instrumentos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los instrumentos que se aplicaron en el estudio a los sujetos ancianos, fueron los siguientes:

- 1.) La Escala de Bienestar Subjetivo *PGC* (*Philadelphia Geriatric Center*) para ancianos, elaborada y revisada por Lawton en 1975, la cual mide el bienestar general subjetivo de adultos mayores (Andrews y Robinson, 1991)
- 2.) El Instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia para Realizar Actividades de la Vida Diaria en Ancianos. (AeRAC, Gonzáles-Céllis, 2002).
- 3.) El Cuestionario EuroQol-5D, elaborado por el Grupo EuroQol (Brooks, 1996), quien desarrolló un instrumento para medir calidad de vida relacionada a la salud; y su traducción al idioma español por Badia y Rovira (1996).

1) La escala de bienestar subjetivo *PGC* (revisada) está compuesta por 17 ítems-frases cortas que describen -Si o No-, el estado actual del sujeto, la cual puede ser autoadministrada, o en su caso, aplicada por entrevista. Y está dividida en tres subescalas o factores.

El factor 1 de agitación, incluye ocho ítems con opción de respuesta dicotómica, Si-No. El factor 2, actitud hacia su propio envejecimiento, se compone de siete reactivos, donde el reactivo tres del factor 2 es igual al reactivo uno del factor 1; asimismo el reactivo cinco, la opción de respuesta es: "mejores-peores", calificándose igual que las respuestas Si-No. Y el factor 3, soledad/insatisfacción, tiene ocho ítems, seis reactivos con opción de respuesta dicotómica Si-No, y dos reactivos abiertos, los ítems uno y cinco. Además los reactivos cuatro y seis del factor 3 son iguales a los reactivos seis y tres del factor 1, respectivamente; y el reactivo tres del factor 3, igual al reactivo seis del factor 2. La calificación se obtiene sumando un punto por cada respuesta dicotómica de bienestar valorada positivamente, para cada subescala, siendo 17 puntos la máxima calificación, el nivel más alto de bienestar subjetivo (Andrews y Robinson, 1991).

2) El Instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia para Realizar Actividades de la Vida Diaria en Ancianos (Apéndice "A") se diseñó a partir de la construcción de seis categorías conductuales de actividades de la vida diaria: 1.- Actividades de Independencia: se incluyeron 22 comportamientos que pueden ser ejecutados por el sujeto por sí solo, sin requerir la ayuda de alguna otra persona para llevar a cabo las actividades. Dentro de esta categoría se contemplaron las siguientes conductas: Bañarse sin ayuda, vestirse sin ayuda, comer sin ayuda, preparar sus alimentos, asear su habitación, quehaceres domésticos, mantener en orden su casa, lavar su ropa, planchar su ropa, cuidar su apariencia personal, administrar sus gastos, salir a la calle, salir al parque, salir a trabajar, ir de compras, ir al salón de belleza o peluquería, ir al banco, ir hacer pagos o cobros, tomar el metro, microbús o taxi, manejar un automóvil, resolver asuntos pendientes, tomar decisiones. 2.- Actividades Recreativas Pasivas: aquellas conductas que puede realizar el sujeto en su tiempo libre y de ocio, y que no implican esfuerzo o desgaste físico. En esta categoría se incluyeron 16 conductas: leer, escribir, estudiar, ver la televisión, ver una película de video en casa, ver fotografías, escuchar el radio, descansar, dormir (tomar una siesta) durante el día, pintar, dibujar o iluminar, hacer manualidades, coser, tejer o bordar, jugar juegos de mesa, resolver juegos de pasatiempos, armar rompecabezas, tocar un instrumento musical. 3.- Actividades Recreativas Activas: se agruparon aquellas conductas que realiza el sujeto en su tiempo libre y de ocio, y que implican un esfuerzo o desgaste físico. Dentro de esta categoría se seleccionaron 13 conductas: salir a caminar, correr o trotar, nadar, hacer ejercicio, hacer aeróbicos, hacer otro deporte, bailar o cantar, jardinería, cuidar animales domésticos, cocinar, repostería, hacer reparaciones. 4.- Actividades Sociales: se categorizaron aquellos comportamientos que realiza el sujeto en donde participan dos o más individuos, y el sujeto recibe el contacto social. En esta categoría se incluyeron 23 conductas: visitar amigos, visitar familiares, visitar enfermos, cuidar niños, jugar con niños, ayudar en las tareas escolares, asistir a centros recreativos, asistir a reuniones, ir al cine o teatro, visitar museos, acudir a un espectáculo, acudir a misa,

participación activa en la religión, participación en la comunidad; hacer obras de caridad, platicar con familiares o amigos, convivir con gente de su misma edad, platicar con vecinos, hablar por teléfono con amigos o familiares, tomar clases, salir de paseo, organizar o ayudar en un evento, iniciar una nueva amistad. 5.- Actividades de Protección a la Salud: se contemplaron aquellos comportamientos que están dirigidos para que el sujeto proteja y cuide su salud. Las conductas que se ubicaron en esta categoría son 10: hacer dieta, comer bien, dormir lo necesario, tomar medicamentos, visitar al médico o ir al hospital, visitar al dentista, ir al huesero, curandero, homeópata, hierbero, etc., realizar análisis médicos, si fuma, dejar de fumar, si bebe, dejar de tomar bebidas alcohólicas. 6.- Actividades Perjudiciales para la Salud: están aquellos comportamientos que dañan la salud del sujeto. Las 8 conductas contempladas en esta categoría fueron: fumar, ingerir bebidas alcohólicas, auto-recetarse medicinas, suspender el tratamiento médico, rechazar recomendaciones para cuidar su salud, comer alimentos dañinos para su salud, tener episodios de llanto o tristeza, y gritar, enojarse o pelearse con alguien.

En el diseño del instrumento de Expectativas de Auto-eficacia, se midieron dos dimensiones: la magnitud y la fuerza de la auto-eficacia. La primera se midió a través de la presencia o ausencia de la capacidad percibida del sujeto para realizar la actividad, en un formato "Si" o "No" (dicotómico), con lo cual se obtuvo una medida de la magnitud de auto-eficacia para realizar actividades cotidianas para cada categoría. La segunda dimensión de auto-eficacia fue la fuerza, como la confianza, seguridad o capacidad del sujeto para realizar la actividad exitosamente; mediante un formato de cinco opciones de respuesta, que variaron de: "Poco Seguro de hacerlo" (20%), "Algo Seguro" (40%), "Medianamente Seguro" (60%), "Bastante Seguro" (80%), y "Completamente Seguro" (100%).

3) El Cuestionario EuroQoL-5D, es un instrumento de medida para la calidad de vida relacionada con la salud. Desarrollado por un grupo internacional y

multidisciplinario de investigadores de siete centros con sede en Inglaterra, Finlandia, los Países Bajos, Noruega, Suecia, España y Alemania.

El EuroQol-5D está compuesto por dos secciones. En la primera parte se ofrece un método simple para obtener una descripción precisa por dimensiones de la propia calidad de vida relacionada a la salud en el día de hoy. Cada dimensión comprende tres niveles que reflejan niveles crecientes de gravedad: Nivel 1, sin problemas. Nivel 2, algunos o moderados problemas. Nivel 3, muchos problemas. Hay una sola respuesta por dimensión. Las instrucciones que se le proporcionan a los sujetos consisten en que marque con una cruz la afirmación que describa mejor su estado de salud, en el día de hoy.

En la segunda parte se ofrece también un método simple para generar una valoración de la calidad de vida relacionada a la salud general en el día de hoy, mediante una escala visual analógica, semejante a un termómetro, con calificaciones que van de 0, que representa el peor estado de salud imaginable, hasta 100, que representa el mejor estado de salud imaginable. Para lo cual se le pide al sujeto que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el momento de aplicar el instrumento.

7.5 Delimitación de variables.

Para efectos de la investigación se construyeron cuatro variables:

1. Apoyo social.
2. Auto-eficacia para realizar actividades de independencia
3. Auto-eficacia para realizar actividades sociales.
4. Calidad de vida

A fin de determinar la variable de apoyo social, fueron extraídos los ítems 1 y 2 del factor 3 soledad/ insatisfacción, del instrumento Escala de Bienestar Subjetivo PGC (como se aprecia en la tabla 2).

Para el análisis de la variable Auto-eficacia para realizar actividades de independencia, se agrupó en 6 factores mediante un análisis factorial (citado en:

González-Céllis 2002), los cuales conformaron los ítems como se muestra en la tabla 3.

Para analizar la variable Auto-eficacia para realizar actividades sociales, se dividió la variable en 6 factores, a través de un análisis factorial (citado en: González-Céllis, 2002) los cuales estaban relacionados directamente como se muestra en la tabla 4.

Así mismo para analizar la variable calidad de vida se tomaron en cuenta los resultados obtenidos de la prueba 3 EuroQol-5D.

TABLA 2

VARIABLE	NUMERO	Ítems
Apoyo social	1 soledad/ insatisfacción	¿Qué tan solo se siente?
	2 soledad/ insatisfacción	¿Veo lo suficiente a amigos y familiares?

Tabla 2. Ítems de los cuales se tomó la variable "apoyo social" para un grupo de ancianos

TABLA 3

VARIABLE	Factor	Ítems
Auto-eficacia para realizar Actividades de Independencia	Factor 1 (Domésticas)	Preparar sus alimentos
		Planchar su ropa
		Quehaceres domésticos
		Asear su habitación
		Lavar su ropa
	Factor 2 (Básicas)	Ir de compras
		Bañarse sin ayuda
		Vestirse sin ayuda
		Comer sin ayuda
	Factor 3 (Sistémicas)	Salir a la calle
		Mantener en orden su casa
		Cuidar su apariencia personal
		Administrar sus gastos
	Factor 4 (Prácticas)	Tomar decisiones
		Ir al banco
		Ir a hacer pagos o cobros
		Tomar el metro, microbús o taxi
	Factor 5 (Autosuficiencia)	Resolver asuntos pendientes
		Salir a trabajar
	Factor 6 (Distractoras)	Manejar un automóvil
Salir al parque		
		Ir al salón de belleza o peluquería

Tabla 3. Selección de ítems realizada para los factores que representan a la variable de auto-eficacia para realizar actividades de independencia en un grupo de ancianos

TABLA 4

VARIABLE	Factor	Items
Auto-eficacia para realizar Actividades Sociales	Factor 1 (Interacción Social)	Platicar con vecinos
		Visitar amigos
		Platicar con familiares o amigos
		Visitar familiares
		Hablar por teléfono con amigos o familiares
		Convivir con gente de mi edad
	Factor 2 (de Diversión)	Ayudar en las tareas escolares
		Asistir a centros recreativos
		Asistir a reuniones
		Ir al cine o teatro
		Visitar a museos
		Acudir a un espectáculo
	Factor 3 (Altruistas)	Visitar enfermos
		Participación en la comunidad
		Hacer obras de caridad
		Tomar clases
		Organizar o ayudar en un evento
	Factor 4 (con Niños)	Cuidar niños
		Jugar con niños
	Factor 5 (Religiosas)	Acudir a misa
		Participación activa en mi religión
Salir de paseo		
Factor 6 (de Iniciativa)	Hablar por teléfono con amigos y familiares	
	Iniciar una nueva amistad	

Tabla 4. Selección de ítems realizada para los factores que representan a la variable de auto-eficacia para realizar actividades sociales en un grupo de ancianos.

7.6 Propuesta de análisis de datos.

Los datos obtenidos se analizaron estadísticamente con el programa SPSS para Windows versión 10. Primero se obtuvieron las medidas descriptivas para cada una de las variables bajo estudio, a través de la media aritmética, Desviación estándar D.E; y rango (mínimo y máximo). Después se calcularon los coeficientes de correlación: r de Pearson para probar las asociaciones entre cada par de variables.

CAPÍTULO. 8 RESULTADOS

A continuación se muestra un análisis descriptivo de las cuatro variables bajo estudio con el objeto de señalar el comportamiento de las mismas en el grupo de ancianos.

Tabla 5

Variables	Media	DE	Min	Max	N
Apoyo social	70.56	.6436	0	100	107
Auto-eficacia para realizar actividades de independencia	61.1895	16.1243	9.09	90.91	107
Auto-eficacia para realizar actividades sociales	37.7203	22.2493	0	100	107
Calidad de vida	68.7434	18.4460	17.69	100	107

Fuente: Sujetos de una clínica de asistencia familiar.

Tabla 5. Porcentajes de las medidas descriptivas de las variables aplicadas a 107 sujetos.

Como se muestra en la tabla 5, en cuestión a la variable apoyo social extraída de 107 sujetos ancianos a los cuales se les aplicaron las tres pruebas, se obtuvo que esta población manifestó contar con un 70.56% de apoyo social, siendo que el sujeto que manifestó tener menos apoyo social dijo no contar con ello, mientras que el sujeto que más apoyo social manifestó contar fue con un 100%.

En el caso de la variable auto-eficacia para realizar actividades de independencia, la población de 107 personas de la tercera edad a los cuales se les aplicaron las tres pruebas, manifestaron sentirse el 61.1895% auto-eficaz para realizar este tipo de actividades, siendo que el sujeto que se sintió menos auto-eficaz manifestó serlo 9.09%, mientras que el sujeto que se sintió más auto-eficaz para realizar este tipo de actividades lo hizo 90.91%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para la variable auto-eficacia para realizar actividades sociales, la misma población de 107 personas ancianas a las cuales se les aplicaron las tres pruebas, manifestaron sentirse el 37.7203% auto-eficaz para realizar este tipo de actividades, siendo que el sujeto que se sintió menos auto-eficaz manifestó no serlo, mientras que el sujeto que se sintió más auto-eficaz para realizar este tipo de actividades dijo serlo 100%.

Para la variable calidad de vida, la población de 107 personas a las cuales se les aplicaron las tres pruebas, manifestaron contar en promedio con el 68.7434%, siendo que la persona que manifestó contar con menor calidad de vida, dijo contar con el 17.69%; mientras que la persona que manifestó tener la mayor calidad de vida, dijo tener el 100%

A continuación se muestran las siguientes correlaciones:

"Auto-eficacia para realizar actividades de independencia" con la variable "Auto-eficacia para realizar actividades sociales"

"apoyo social percibido" con la variable "Auto-eficacia para realizar actividades de independencia"

"calidad de vida" con la variable "Auto-eficacia para realizar actividades de independencia"

A continuación se muestran los resultados encontrados al buscar asociaciones entre las variables "Auto-eficacia para realizar actividades de independencia" y "Auto-eficacia para realizar actividades sociales"

En el primer análisis, en el cual se busco la asociación entre las actividades de independencia domésticas y las actividades sociales, para la comprobación de la hipótesis (A1) se encontró que la única actividad que se asocia con esta variable es: de interacción social ($r = .167$, $p < 0.05$) (Ver tabla 6).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 6

ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA	ACTIVIDADES SOCIALES	<i>r</i>	<i>p</i>	SIGNIFICATIVO
Domésticas	De diversión	.084	.322	NO
Domésticas	Altruistas	.135	.108	NO
Domésticas	Con niños	.056	.509	NO
Domésticas	Religiosas	.116	.170	NO
Domésticas	De iniciativa	.157	.062	NO
Domésticas	De interacción social	.167	.047	SI

Fuente: Sujetos de una clínica de asistencia familiar.

Tabla 6. Significancia entre las actividades de independencia domésticas y las actividades sociales.

En el segundo análisis en el cual se buscó la asociación entre las actividades de independencia básicas y las actividades sociales para la comprobación de la hipótesis (A2) se obtuvo que las actividades de independencia que se asocian con esta variable son: religiosas ($r = .197$, $p < 0.05$), de iniciativa ($r = .207$, $p < 0.05$) y de interacción social ($r = .205$, $p < 0.05$), (Ver tabla 7).

TABLA 7

ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA	ACTIVIDADES SOCIALES	<i>r</i>	<i>p</i>	SIGNIFICATIVO
Básicas	De diversión	.012	.887	NO
Básicas	Altruistas	.059	.485	NO
Básicas	Con niños	.060	.482	NO
Básicas	Religiosas	.197	.019	SI
Básicas	De iniciativa	.207	.014	SI
Básicas	De interacción social	.205	.014	SI

Fuente: Sujetos de una clínica de asistencia familiar.

Tabla 7. Significancia entre las actividades de independencia básicas y las actividades sociales.

En el tercer análisis en el cual se buscó la asociación entre las actividades de independencia sistémicas y las actividades sociales, para la comprobación de la hipótesis (A3), se obtuvo que las actividades de independencia que se asocian con esta variable son: de diversión ($r = .236$, $p < 0.05$), altruistas ($r = .248$, $p < 0.05$), religiosas ($r = .169$, $p < 0.05$), de iniciativa ($r = .308$, $p < 0.05$) y de interacción social ($r = .307$, $p < 0.05$), (Ver tabla 8).

TABLA 8

ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA	ACTIVIDADES SOCIALES	<i>r</i>	<i>p</i>	SIGNIFICATIVO
Sistémicas	De diversión	.236	.005	SI
Sistémicas	Altruistas	.248	.003	SI
Sistémicas	Con niños	.016	.851	NO
Sistémicas	Religiosas	.169	.044	SI
Sistémicas	De iniciativa	.308	.000	SI
Sistémicas	De interacción social	.307	.000	SI

Fuente: Sujetos de una clínica de asistencia familiar.

Tabla 8. Significancia entre las actividades de independencia sistémicas y las actividades sociales.

En el cuarto análisis en el cual se buscó la asociación entre las actividades de independencia prácticas con las actividades sociales, para la comprobación de la hipótesis (A4) se obtuvo que las actividades de independencia que se asocian con esta variable son: de diversión ($r = .318$, $p < 0.05$), altruistas ($r = .277$, $p < 0.05$), de iniciativa ($r = .272$, $p < 0.05$), y de interacción social ($r = .375$, $p < 0.05$), (Ver tabla 9).

TABLA 9

ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA	ACTIVIDADES SOCIALES	<i>r</i>	<i>p</i>	SIGNIFICATIVO
Prácticas	De diversión	.318	.000	SI
Prácticas	Altruistas	.277	.001	SI
Prácticas	Con niños	.089	.292	NO
Prácticas	Religiosas	.124	.143	NO
Prácticas	De iniciativa	.272	.001	SI
Prácticas	De interacción social	.375	.000	SI

Fuente: Sujetos de una clínica de asistencia familiar.

Tabla 9. Significancia entre las actividades de independencia prácticas y las actividades sociales.

En el quinto análisis en el cual se buscó la asociación entre las actividades de independencia de autosuficiencia con las actividades sociales, para la comprobación de la hipótesis (A5) se obtuvo que la única actividad de independencia de autosuficiencia asociada con la actividad social es: de diversión ($r = .190$, $p < 0.05$), (Ver tabla 10).

TABLA 10

ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA	ACTIVIDADES SOCIALES	<i>r</i>	<i>p</i>	SIGNIFICATIVO
Autosuficiencia	De diversión	.190	.023	SI
Autosuficiencia	Altruistas	.088	.296	NO
Autosuficiencia	Con niños	.010	.908	NO
Autosuficiencia	Religiosas	-.019	.822	NO
Autosuficiencia	De iniciativa	-.047	.581	NO
Autosuficiencia	De interacción social	.008	.923	NO

Fuente: Sujetos de una clínica de asistencia familiar.

Tabla 10. Significancia entre las actividades de independencia autosuficiencia y las actividades sociales.

En el sexto análisis en el cual se buscó la asociación entre las actividades de independencia distractoras con las actividades sociales, para la comprobación de la hipótesis (A5), se obtuvo que las actividades de independencia que se asocian con esta variable son: de diversión ($r = .336$, $p < 0.05$), altruistas ($r = .267$, $p < 0.05$), religiosas ($r = .267$, $p < 0.05$), de iniciativa ($r = .237$, $p < 0.05$), y de interacción social ($r = .305$, $p < 0.05$), (Ver tabla 11).

TABLA 11

ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA	ACTIVIDADES SOCIALES	r	p	SIGNIFICATIVO
Distractoras	De diversión	.336	.000	SI
Distractoras	Altruistas	.267	.001	SI
Distractoras	Con niños	.117	.165	NO
Distractoras	Religiosas	.267	.001	SI
Distractoras	De iniciativa	.237	.005	SI
Distractoras	De interacción social	.305	.000	SI

Fuente: Sujetos de una clínica de asistencia familiar.

Tabla 11. Significancia entre las actividades de independencia domésticas y las actividades sociales.

En lo relacionado a la asociación entre la variable "apoyo social percibido" con la variable "Auto-eficacia para realizar actividades de independencia", para la comprobación de las hipótesis (B1, B2, B3, B4, B5 y B6), no se obtuvieron asociaciones para ninguna de las actividades de independencia domésticas, básicas, sistémicas, prácticas, de autosuficiencia y distractoras (Ver tabla 12).

TABLA 12

ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA	APOYO SOCIAL	r	p	SIGNIFICATIVO
Domesticas	Apoyo social	.042	.623	NO
Básicas	Apoyo social	.068	.421	NO
Sistémicas	Apoyo social	.007	.933	NO
Prácticas	Apoyo social	-.014	.868	NO
Autosuficiencia	Apoyo social	.056	.509	NO
Distractoras	Apoyo social	-.050	.555	NO

Fuente: Sujetos de una clínica de asistencia familiar.

Tabla 12. Significancia entre las actividades de independencia y el apoyo social percibido.

Para la asociación entre la variable "calidad de vida" con la variable "Auto-eficacia para realizar actividades de independencia", para la comprobación de las hipótesis (C1, C2, C3, C4, C5 y C6), se obtuvo que solo se confirma la hipótesis C3 pues se obtuvo que la única actividad de independencia que se asocia con esta variable es la de actividades de independencia sistémica ($r = .242$, $p < .0.05$), (Ver tabla 13).

TABLA 13

ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA	CALIDAD DE VIDA	r	p	SIGNIFICATIVO
Domesticas	CALIDAD DE VIDA	.063	.455	NO
Básicas	CALIDAD DE VIDA	.063	.455	NO
Sistémicas	CALIDAD DE VIDA	.242	.004	SI
Prácticas	CALIDAD DE VIDA	.124	.143	NO
Autosuficiencia	CALIDAD DE VIDA	.079	.351	NO
Distractoras	CALIDAD DE VIDA	.124	.142	NO

Fuente: Sujetos de una clínica de asistencia familiar.

Tabla 13. Significancia entre la calidad de vida percibida y el apoyo social percibido.

A continuación se muestran las figuras con los factores e ítems para cada análisis entre factores:

FIGURA 1

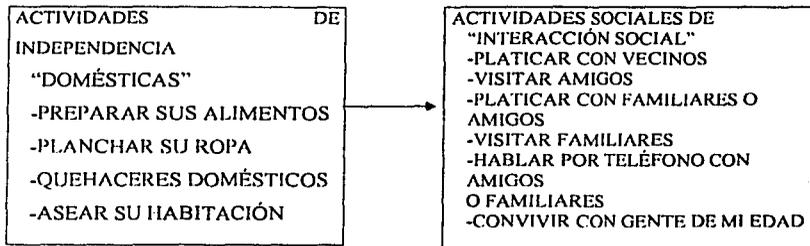


Figura 1. Factores correlacionados entre las actividades de independencia domésticas y las actividades sociales.

Fuente: Sujetos de una clínica de asistencia familiar.

En la figura 1 se muestra los factores correlacionados entre las actividades de independencia domésticas y las actividades sociales de interacción social, donde los ítems preparar sus alimentos, planchar su ropa, quehaceres domésticos y asear su habitación, se correlacionan directamente con los ítems platicar con vecinos, visitar amigos, platicar con familiares o amigos, visitar familiares, hablar por teléfono con amigos o familiares y convivir con gente de su edad.

FIGURA 2

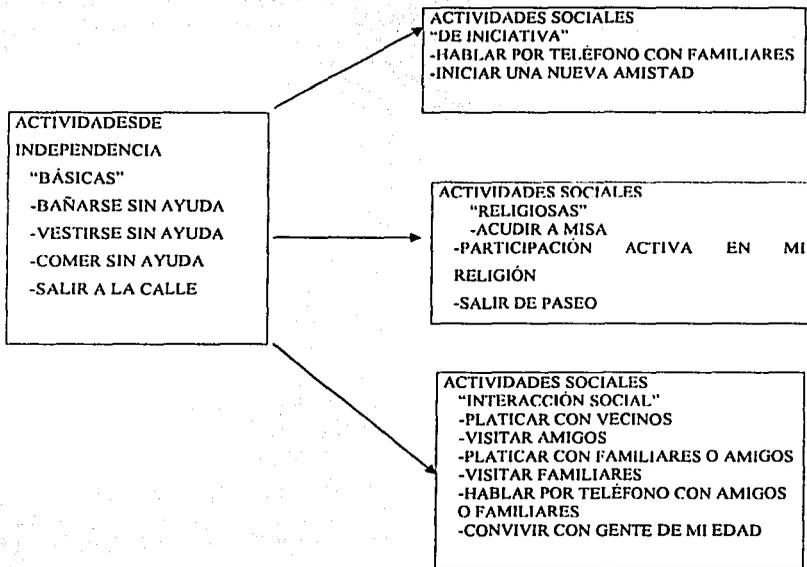


Figura 2. Factores correlacionados entre las actividades de independencia básicas y las actividades sociales.

Fuente: Sujetos de una clínica de asistencia familiar

Como se aprecia en la figura 2 existen correlaciones entre las actividades de independencia básicas con las actividades sociales de iniciativa, religiosas y de interacción social. Así tenemos que los ítems bañarse sin ayuda, vestirse sin ayuda, comer sin ayuda y salir a la calle, se correlacionan directamente con los ítems, hablar por teléfono con familiares e iniciar una nueva amistad, al igual que con los ítems acudir a misa, participación activa en su religión y salir de paseo; y con los ítems platicar con vecinos, visitar amigos, platicar con familiares o amigos,

visitar familiares, hablar por teléfono con amigos o familiares y convivir con gente de mi edad.

FIGURA 3

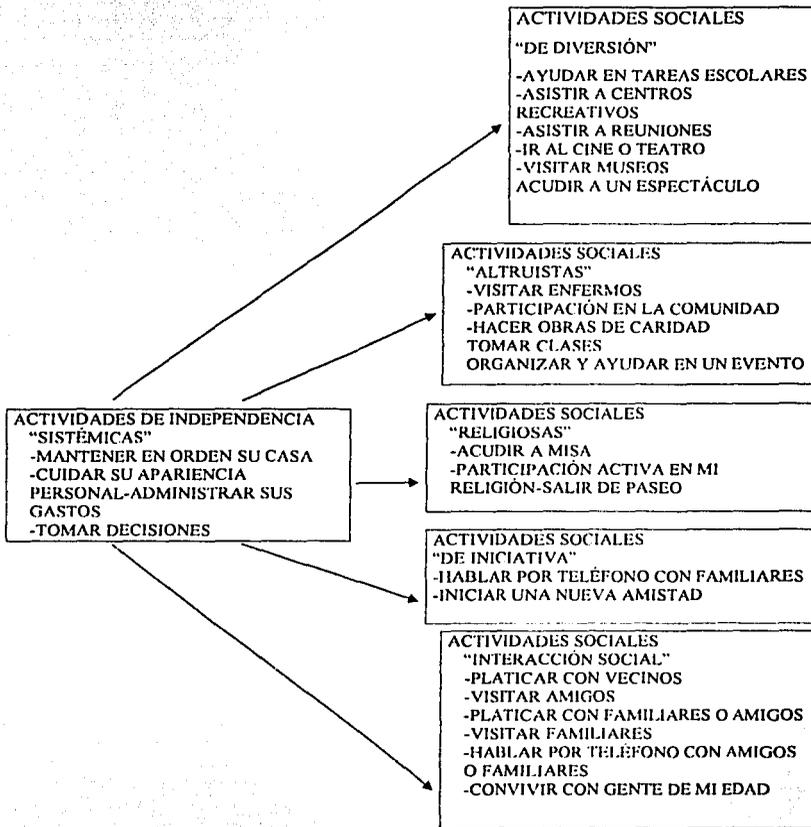


Figura 3. Factores correlacionados entre las actividades de independencia sistémicas y las actividades sociales.

Fuente: Sujetos de una clínica de asistencia familiar.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Como se muestra en la figura 3, las actividades de independencia sistémicas están correlacionadas con las actividades sociales de diversión, actividades sociales altruista, actividades sociales religiosas, actividades sociales de iniciativa y las actividades sociales de interacción social. Así, tenemos que los ítems mantener en orden su casa, cuidar su apariencia personal, administrar sus gastos y tomar decisiones, los cuales son de independencia sistémicas van a estar directamente correlacionados con los ítems pertenecientes a las actividades sociales de diversión, las cuales son: ayudar en tareas escolares, asistir a centros recreativos, asistir a reuniones, ir al cine o teatro, visitar museos y acudir a un espectáculo; al igual que van a estar correlacionados con los ítems pertenecientes a las actividades sociales altruistas como son: visitar enfermos, participación en la comunidad, hacer obras de caridad, tomar clases, organizar y ayudar en un evento. En este análisis, las actividades de independencia sistémicas, también resultaron correlacionadas con las actividades sociales religiosas las cuales involucran los ítems: acudir a misa, participación activa, en mi religión y salir de paseo; así como con las actividades sociales las cuales manejan los ítems: hablar por teléfono con familiares e iniciar una nueva amistad. La última variable con la cual tuvieron una correlación las actividades de independencia sistémicas, fue la variable de actividades sociales de interacción social la cual comprende los ítems: platicar con vecino, visitar amigos, platicar con familiares o amigos, visitar familiares, hablar por teléfono con amigos o familiares, convivir con gente de mi edad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 4

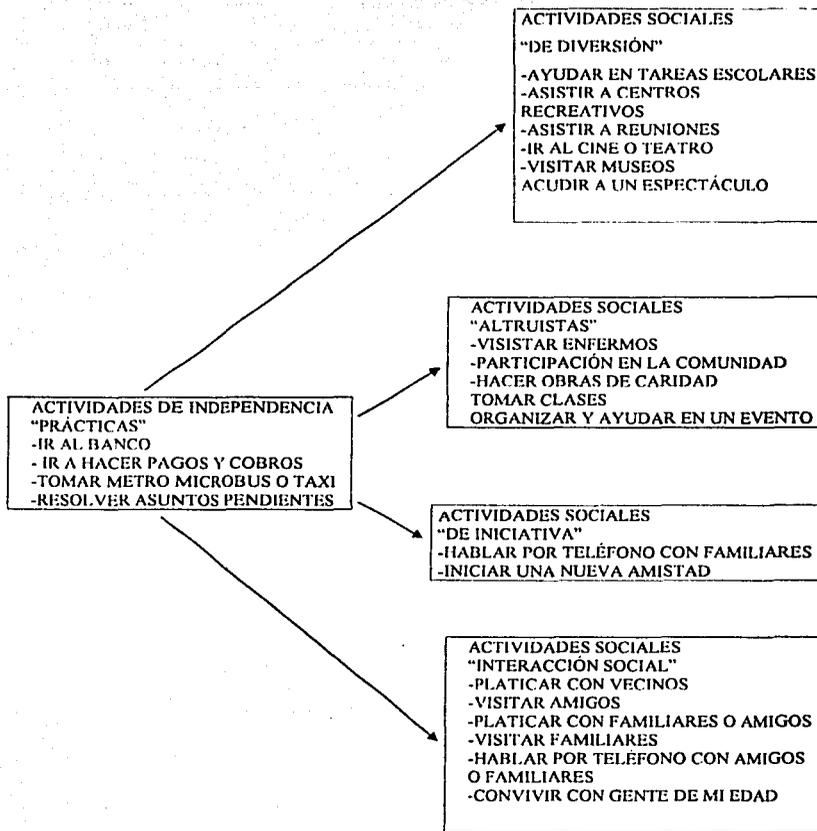


Figura 4. Muestra los factores correlacionados entre las actividades de independencia prácticas y las actividades sociales.

Fuente: Sujetos de una clínica de asistencia familiar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La figura 4 nos muestra las correlaciones realizadas entre las actividades de independencia prácticas con las actividades sociales de diversión, altruistas, de iniciativa y de interacción social. donde los ítems de las actividades de independencia prácticas los cuales son: ir al banco, ir a hacer pagos y cobros, tomar metro, microbús o taxi y resolver asuntos pendientes, están directamente correlacionados con los ítems de las actividades sociales de diversión como son: ayudar en tareas escolares, asistir a centros recreativos, asistir a reuniones, ir al cine o teatro, visitar museos y acudir a un espectáculo; al igual que con las actividades sociales altruistas las cuales abarcan las actividades: visitar enfermos, participación en la comunidad, hacer obras de caridad, tomar clases y organizar y ayudar en un evento. También las actividades de independencia prácticas estuvieron correlacionados directamente con los ítems de las actividades sociales de iniciativa: hablar por teléfono con familiares y amigos e iniciar una nueva amistad; y con las actividades sociales de interacción social: platicar con vecinos, visitar amigos, platicar con familiares o amigos visitar familiares, hablar por teléfono con amigos o familiares y convivir con gente de mi edad.

FIGURA 5

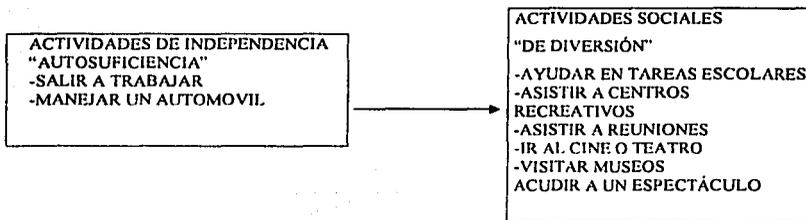


Figura 5. Muestra los factores correlacionados entre las actividades de autosuficiencia y las actividades sociales.

Fuente: Sujetos de una clínica de asistencia familiar.

En la figura 5 se puede observar que las actividades de independencia de autosuficiencia: salir a trabajar y manejar un automóvil, están directamente

correlacionadas con las actividades sociales de diversión como son: ayudar en tareas escolares, asistir a centros recreativos, asistir a reuniones, ir al cine o teatro, visitar museos y acudir a un espectáculo.

FIGURA 6

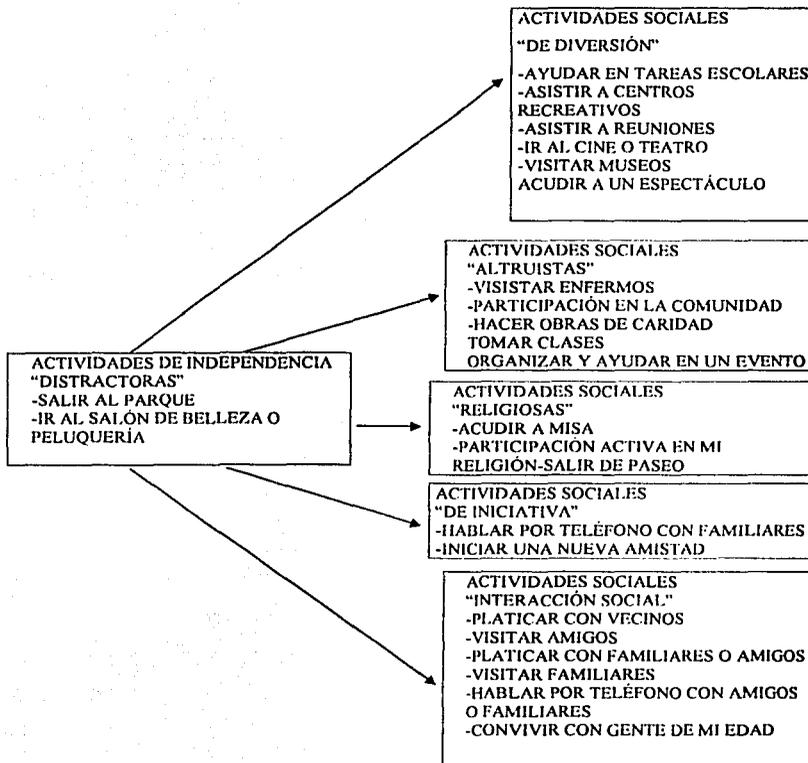


Figura 6. Muestra los factores correlacionados entre las actividades de independencia distractoras y las actividades sociales.

Fuente: Sujetos de una clínica de asistencia familiar.

La figura 6 nos muestra las correlaciones efectuadas entre los ítems de las actividades de independencia distractoras: salir al parque, e ir al salón de belleza o peluquería, con las actividades sociales de diversión: ayudar en tareas escolares, asistir a centros recreativos, ir al cine o teatro, visitar museos y acudir a un espectáculo. Al igual que con las actividades sociales altruistas, los cuales manejan los ítems: visitar enfermos, participación en la comunidad, hacer obras de caridad, tomar clases y organizar y ayudar en un evento. También se encontró correlación entre las actividades de independencia distractoras y las actividades sociales religiosas: acudir a misa, participación activa en mi religión y salir de paseo, como con las actividades sociales de iniciativa: hablar por teléfono con familiares e iniciar una nueva amistad. Por último se encontró correlación con las actividades sociales de interacción social: platicar con vecinos, visitar amigos, platicar con familiares o amigos, visitar familiares, hablar por teléfono con amigos o familiares y convivir con gente de mi edad.

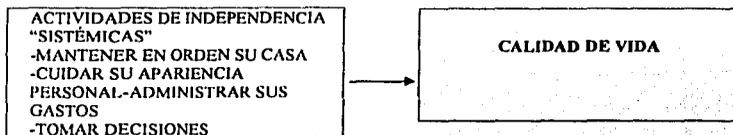
FIGURA 7

Figura 7. Muestra los factores correlacionados entre las actividades de independencia sistémicas y la calidad de vida.

Fuente: Sujetos de una clínica de asistencia familiar.

En la figura 7 se muestra la correlación existente entre las actividades de independencia sistémicas: mantener en orden su casa, cuidar su apariencia personal, administrar sus gastos y tomar decisiones con el constructo calidad de vida

CAPÍTULO. 9 DISCUSIÓN

Auto-eficacia para realizar actividades de independencia Versus Auto-eficacia para realizar actividades de socialización de los ancianos.

A lo largo de los capítulos de este trabajo hemos observado cómo la auto-eficacia se refiere a la evaluación que hacen los individuos sobre su capacidad o competencia para ejecutar una conducta específica exitosamente (Bandura 1997). Tomando en cuenta el objetivo del presente estudio que es probar si existe asociación entre la auto-eficacia para realizar las actividades sociales y la auto-eficacia para realizar las actividades de independencia en un grupo de ancianos, los resultados obtenidos nos muestran que existe una relación significativa entre la auto-eficacia para realizar actividades de independencia y la auto-eficacia para realizar actividades sociales; en las primeras como se muestra en la tabla 3 abarcan actividades cotidianas comunes en las personas en la etapa de la vejez, como son las actividades domésticas, las cuales van desde preparar sus alimentos hasta lavar su ropa o ir de compras, las básicas que abarcan actividades como bañarse sin ayuda o salir a la calle, actividades sistémicas las cuales abarcan desde mantener en orden su casa, hasta la toma de decisiones; mientras que las segundas se refieren a la capacidad de realizar actividades de interacción social las cuales abarcan a su vez actividades como platicar con vecinos, visitar amigos, hablar por teléfono con amigos y familiares, o actividades de diversión las cuales abarcan asistir a centros recreativos, ir al cine o teatro y visitar museos entre otras. Al buscar una correlación entre estas dos variables, se obtuvo que en todos los análisis al menos un factor tuvo relación entre variables, esto es que en términos del análisis realizado podemos afirmar que se obtuvo una correlación entre las variables de Auto-eficacia para realizar actividades de independencia y la variable Auto-eficacia para realizar actividades sociales. Confirmando lo que diversos autores han encontrado al afirmar que existe una relación positiva entre apoyo social y bienestar psicológico. Observando qué medidas de apoyo social percibido, tales como satisfacción marital y frecuencia de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

contacto con amigos y parientes, se asocian con el bienestar, la felicidad y la satisfacción de vida en los viejos (Chipperfield y Havens, 1991; Depner e Ingersoll, 1988; O'Bryant, 1987).

Por otro lado se puede observar que en el caso de las actividades sistémicas (figura 3), se obtuvo un número mayor de correlaciones, con las actividades sociales ya que este factor está relacionado con la capacidad de las personas de adaptarse a los cambios y la aceptación de nuevos retos, es por eso que el anciano se vuelve una persona más sociable, pues este comportamiento repercutirá en su capacidad de adaptación, confirmando lo que Dowd (1975 en: Moragas R. 1999) comenta al respecto cuando dice que el cambio a la edad avanzada viene con una serie de características, las cuales incluyen una disminución de todos los recursos y desde ellos, de la capacidad de cambiar en todas las interacciones cotidianas para poder satisfacer sus necesidades y adaptarse a el mundo que los rodea.

Con referencia a lo anterior, Maslow en 1982 argumenta que desde el punto de vista psicológico, la necesidad es la sensación de la falta de algo que incita al individuo a buscar en el medio exterior o interior que se satisfaga esa carencia. Por lo tanto, se puede decir que la actividad del ser humano está dirigida a satisfacer sus necesidades, aunque esto también sea el convivir con nuevos compañeros o establecer nuevas relaciones sociales.

La importancia del estudio de las necesidades, radica en que éstas son elementos de la misma definición de Calidad de Vida, la cual si se concibe como el grado en que se satisfacen las necesidades humanas, por lo que en áreas concretas donde las necesidades queden más satisfechas, la Calidad de Vida será mejor (Veenhoven, 1996).

Así, podemos afirmar que mientras los ancianos se mantengan realizando actividades de socialización en un grupo, el cual puede ser familiar, de amigos o institucional, las actividades de independencia que realizará serán en mayor cantidad e intensidad y el soporte social funcionará como mediador en las

relaciones entre el nivel funcional y la calidad de vida en las personas de edad avanzada (Newsom y Schulz, 1996).

Auto-eficacia para realizar actividades de independencia Versus Calidad de vida de los ancianos.

Al revisar los resultados obtenidos en la búsqueda de una correlación entre la variable "calidad de vida" con la variable "Auto-eficacia para realizar actividades de independencia", los resultados encontrados señalan que aunque solo se encontró una correlación entre los factores, ésta fue en las actividades sistémicas, las cuales manejan ítems que tienen que ver con el auto-control y el control interno en las personas, como mantener en orden la casa, cuidar su apariencia personal, administrar gastos y tomar decisiones, lo cual les ayuda a mantener las capacidades necesarias para solucionar problemas, enfrentarse a nuevos retos o resolver las necesidades personales que se presenten, lo que les ayuda a tener una mayor independencia conforme desarrollan esas habilidades, así la independencia en este sentido se vuelve un factor predominante en la calidad de vida de las personas en la edad de la vejez. Gonzales-Celis (2002) menciona que un componente de la calidad de vida es la autonomía y propone el desarrollo de estrategias que ayuden a fomentarla, al igual que el trabajo conjunto con la familia y amigos como determinantes para que ésto suceda.

Auto-eficacia para realizar actividades de independencia Versus Apoyo social.

En lo referente a este tópico, no se obtuvieron asociaciones entre las dos variables, ésto puede ser debido a que el apoyo social puede tener dos diferentes formas de ser visto, ya que de una forma, para algunos ancianos el hablar de apoyo social se transforma en ser sobreprotegido por que se es inútil y esto hace que se exceda en la forma en que se le apoya al anciano, atrofiando sus funciones físicas y mentales, mientras que por otro lado existe el apoyo social

visto desde la perspectiva de impulsar al anciano a valerse por sí mismo confiando en que cuando no pueda realizar una tarea después de intentarla, tendrá a alguien que pueda apoyarlo para ayudar a realizarla. Lo anterior coincide con las investigaciones de Weinstock y Bennett (1968, 1969) citadas por Lehr (1980 p.85), en donde se colocaron a algunos ancianos en un ambiente, el cual les animaba a realizar actividades, mientras que en otro grupo, el cual en el primer examen salieron poco comparables con ellos, en cuanto a la edad, status social, situación familiar, estado de salud, cociente intelectual, pero que después fueron sometidos a un ambiente poco estimulante y dependían de la asistencia de otras personas. Al cabo de un año, mientras que el rendimiento del primer grupo se mantenía constante, el del segundo mostró un decremento significativo en las facultades mentales.

De la otra forma se habla de apoyo social en función de integración social, esto es apoyar al anciano de tal manera que el trabajo en conjunto vuelva a el anciano un sujeto productivo y un integrante de la sociedad, eliminando ese estigma social que lo caracteriza como una persona inútil y estorbosa. Así, estamos de acuerdo con Irving Rosow (1974) cuando menciona que el apoyo que los ancianos pueden recibir de las instituciones gubernamentales y civiles, se vuelve de gran ayuda pues incrementa las oportunidades para tener autonomía.

Así, no obstante que Holahan y Holahan (1987), observaron que el apoyo social incidía en la auto-eficacia observada un año después en ancianos, mejorando sus expectativas de logro y realización de actividades de la vida diaria, en futuras investigaciones se recomienda tomar en cuenta estas dos características del apoyo social, desde el punto de vista del anciano, para así unificar criterios y poder ser estudiadas por separado y poder ser susceptibles de correlación con la variable "Auto-eficacia para realizar actividades de independencia".

CAPÍTULO. 10 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.- Con base en los resultados obtenidos, se demuestra que la socialización en la vida cotidiana de los ancianos se vuelve un factor determinante en su vida independiente ya que a través de esta, va a lograr adquirir y mantener herramientas que le permitan enfrentar los retos del envejecer.

2.- Así mismo, la independencia va a ser un factor decisivo en la calidad de vida de las personas de la tercera edad, ya que al realizar más actividades de independencia sistémicas (mantener en orden la casa, cuidar su apariencia personal, administrar gastos y tomar decisiones), que son actividades que ayudan a desarrollar las habilidades para resolver problemas y realizar nuevos retos, el nivel de calidad de vida de las personas ancianas se elevará.

3.- Se observó que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables apoyo social e independencia en los ancianos, esto es debido a que el apoyo social es una variable que puede ser tomada desde dos posturas diferentes, la primera marca el apoyo social desde un punto de vista de sobreprotección, el cual va a ocasionar que a través del apoyo excesivo, el anciano atrofie tanto sus funciones físicas como mentales; mientras que la otra postura marca el apoyo social como una manera de animar al anciano a realizar sus propias actividades, desarrollando y aumentando sus funciones físicas y mentales.

4.- Se recomienda que en futuras investigaciones, se tome en cuenta que la variable apoyo social puede ser tomada desde puntos de vista diferentes y que el investigador iguale criterios entre los sujetos para así establecer que tipo de apoyo social es el que predomina en la muestra.

REFERENCIAS

- Andrews, F. M, Withey S B (1974). Developing measures on perceived life quality. *Social Indicators Research*, 1(1): 1-30.
- Ardila, A, Ostrosky-S, F. (1995). *Diagnóstico del Daño Cerebral. Enfoque Neuropsicológico*. México: Trillas.
- Badía, X, Rovira, S. (1996). *EQ-5D. Guía del Usuario*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Barash, D. (1986) *El envejecimiento*. Barcelona. Salvat. Pp. 24, 143,
- Barquim, M, Blanck F, Cereijido (1999) *Envejecimiento y salud* En: Aréchiga H. (1999) *El envejecimiento*. México. Siglo XXI. Pp.52-58
- Blank, F, Cereijido (1999). *Psicología del envejecimiento. La parcelación social en casilleros por la edad*. En: Aréchiga H. (1999) *El envejecimiento*. México. Siglo XXI. Pp.41,42
- Brooks, R. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health Policy*, 37: 53-72.
- Buendía, J, Riquelme, A. (1997). *Personalidad, procesos cognitivos y envejecimiento*. En: Buendía, J. [Comp.] en: *Gerontología y Salud*. Madrid. Biblioteca Nueva, pp. 219-246
- Burgos, J. E. (2002). *Herencia genética, sistema nervioso y conducta*. En E. Ribes y V. Alcaráz (Eds.), *Aprendizaje*

-Chipperfield, J. G, Havens B (1991). The transition from informal to formal sources of support with tasks of daily living. Special Issue: Social support for the elderly and their caregivers. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 10: 133-149.

-CONAPO (2002). <http://www.conapo.gob.mx>

-De Martí y Valles (1999). Residencias, centros de día y apartamentos tutelados públicos y privados. Servicios y ratios de personal. En: Moragas R. (1999) El reto de la dependencia al envejecer. Barcelona. Herder, pp. 231-253

-Depner, C. E, Ingersoll Dayton B (1988). Supportive relationships in later life. *Psychology and Aging*, 3(4): 348-357.

-Dennis, R. E, Williams W, Giangreco M F, Cloninger Ch J (1993). Quality of life as context for planning and evaluation of services for people with disabilities. *Exceptional Children*, 59(6): 499-512.

-Diener, E, Diener, C. (1995). The wealth of nations revisited: Income and quality of life. *Social Indicators Research*, 36(3): 275-286.

-Diener, E, Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: A nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (5): 926-935.

-Diener E, Shao L, Diener C, Suh E (1996). *Subjective Well-Being: National Similarities and Differences*. Paper presented at: XXVI International Congress of Psychology, Montreal, Quebec, Canada. August 16-21.

-Diener E, Suh E M, Smith H, Shao L (1995). National differences in reported subjective well-being: Why do they occur? *Social Indicators Research*, 34(1):7-32.

-Enciclopedia Microsoft Encarta (2001)."Envejecimiento." Microsoft Corporation.

-Fierro, A. (1994). Proposiciones y propuestas sobre el buen envejecer. En: Buendía, J. [Comp.]. *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. México: Siglo XXI Editores, pp. 3-33.

-Fundación ISER Centros convivenciales. Barcelona.
<http://www.inforesidencias.com/iser.asp>

-Glover, R. J. (1998). Perspectives on aging: Issues affecting the latter part of the life cycle. *Educational Gerontology*, 24(4): 325-331.

Gonzales-Celis (2002) Efectos De Intervención de un Programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en los ancianos. Tesis de doctorado facultad de Psicología. UNAM.

-Hayfrick, L. (1999). *Cómo y por qué envejecemos*. Nueva York. Editorial Herder. P.p. 25-46.

-Huebner, E. S. Dew, T. (1996). The interrelationships of positive affect, negative affect, and life satisfaction in an adolescent sample. *Social Indicators Research*, 38(2): 129-137.

-INSEN (2002).

-Jordar, R. (1994). *Los caminos del envejer*. Barcelona. NEREA. P. 52

- Krause, N. y Borawski-Clarck (1997) Funciones del apoyo social en la vejez. En: Buendía, J. [Comp.] en: *Gerontología y Salud*. Madrid. Biblioteca Nueva, pp.147-168

-Lehr, U. (1980). *Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona. Herder.

-Levi, L. Anderson L. (1980). *La Tensión Psicosocial. Población, Ambiente y Calidad de la Vida*. México: Ed. Manual Moderno.

-Lozano, R. Frenk J. Aspectos sociomédicos del envejecimiento en México En: Aréchiga, H. (1999) *El envejecimiento*. México. Siglo XXI. Pp.90-95

-Lu, L. (1995). The relationship between subjective well-being and psychosocial variables in Taiwan. *The Journal of Social Psychology*, 135(3): 351-357.

-Maslow, A. H. (1982). *La Amplitud Potencial de la Naturaleza Humana*. México: Edit. Trillas.

- Michalos, A. C. (1995). Comments on papers for the special issue on Global Report on student well-being. *Social Indicators Research*, 34(1):1-6.
- Minois, G. (1987) *Historia de la vejez. De la antigüedad al renacimiento*. Madrid. NEREA. P.p. 61-71, 188.
- Moragas, R. (1991) *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida* Barcelona. Herder. Pp. 135.
- Moragas, R. (1999) *El reto de la dependencia al envejecer*. Barcelona. Herder. Pp. 26
- Moreno, B, Ximénez C (1996). Evaluación de la calidad de vida. En: Buela-Casal G, Caballo V E, Sierra J C [Dirs.] *Manual de Evaluación en Psicología*
- Newsom, J. T. Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 11(1): 34-44.
- Nicola, P. (1985) *Geriatría*. Italia. El Manual Moderno. Pp. 1, 3, 18-25
- O.P.S. (1992). *Municipios Saludables: Una Estrategia de Promoción de la Salud en el Contexto Local*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- O.M.S. (1990) *Healthy Aging*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Paila, P. (1971). *Sociología de la vejez*. Barcelona. Oikos-tau. P.p. 100-103
- Ramírez, P. (1999). *El Adulto (A) Mayor en el Distrito Federal: Por una sociedad integral en el siglo XXI"*. Gobierno de la Cd. de México, la Secretaría de Desarrollo Social y la Dirección de Equidad y Desarrollo Social. Pp. 53-57
- Rosow, I. (1974). *Socialization to old age*. California. University of California. Pp. 4, 6
- Rowe, J. W, Kahn R L (1998). *Successful Aging*. New York: Dell Publishing.

-Sánchez-Sosa, J. J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: La interfaz intervención investigación en Psicología de la Salud. En: Rodríguez G, Rojas M. *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: Porrúa-UNAM.

-Sánchez-Sosa, J. J. Hernández-Guzmán, L. (1996). Investigación básica y derivación tecnológica en el análisis de la conducta: El difícil pero esencial tránsito del laboratorio a la práctica profesional. *Psicología Iberoamericana*, 4(2):61-67.

-Siegrist, J. Fernández López, F. Hernández Mejía, R. (1978) Perspectiva sociológica de la calidad de vida. *Med Clin (Barc)* 2000; 114:22-24.

-Vellas, P. (1996). Envejecer exitosamente: Concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva más positiva. *Salud Pública de México*. 38(6): 513-522.

Vizcaino, J. (2000). Envejecimiento y atención social. Barcelona. Herder. P.p. 64,

APÉNDICES

APÉNDICE "A"

- Instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia para Realizar Actividades de la Vida Diaria en Ancianos. (AeRac. González-Céllis, 2002).

Instrucciones: A continuación le voy a dar seis grupos de tarjetas con diferentes actividades cotidianas, y le voy a pedir a usted que las separe en dos subgrupos. Va a poner la tarjeta de la actividad junto a esta tarjeta que dice SI (sacar tarjeta de SI), cuando usted, SI se sienta capaz de realizar la actividad durante la próxima semana. Es decir, que usted SI piensa o quiere y tiene el deseo o necesidad de realizar esa actividad exitosamente. Por otro lado, va a poner la tarjeta con la actividad junto a esta tarjeta que dice NO (sacar tarjeta de NO), cuando usted no se sienta capaz de realizar la actividad durante la próxima semana.

.....

Muy bien, ahora comencemos con el primer grupo de tarjetas.

(Entregar el primer grupo de tarjetas con las actividades)

El paciente separa las tarjetas.

Registrar las respuestas del paciente.

(Retirar la tarjeta SI y la tarjeta NO).

.....

Enseguida, le voy a pedir, que de las tarjetas con las actividades que usted SI se siente capaz de realizar durante la próxima semana, las coloque cada una, abajo de la figura que represente mejor QUÉ TAN SEGURO O CAPAZ se siente de realizar la actividad durante la próxima semana, empleando esta escala: (Se muestra la escala).

El sujeto hace la tarea.

Registrar las respuestas del paciente.

(Retirar la escala y las tarjetas).

.....

Continuar con los otros grupos de tarjetas

ACTIVIDADES DE INDEPENDENCIA	SI o NO		¿Qué tan seguro?				
			100%	80%	60%	40%	20%
Bañarse sin ayuda	SI	NO	100	80	60	40	20
Vestirse sin ayuda	SI	NO	100	80	60	40	20
Comer sin ayuda	SI	NO	100	80	60	40	20
Preparar sus alimentos	SI	NO	100	80	60	40	20
Asear su habitación	SI	NO	100	80	60	40	20
Quehaceres domésticos	SI	NO	100	80	60	40	20
Mantener en orden su casa	SI	NO	100	80	60	40	20
Lavar su ropa	SI	NO	100	80	60	40	20
Planchar su ropa	SI	NO	100	80	60	40	20
Cuidar su apariencia personal	SI	NO	100	80	60	40	20
Administrar sus gastos	SI	NO	100	80	60	40	20
Salir a la calle	SI	NO	100	80	60	40	20
Salir al parque	SI	NO	100	80	60	40	20
Salir a trabajar	SI	NO	100	80	60	40	20
Ir de compras	SI	NO	100	80	60	40	20
Ir al salón de belleza o peluquería	SI	NO	100	80	60	40	20
Ir al banco	SI	NO	100	80	60	40	20
Ir hacer pagos o cobros	SI	NO	100	80	60	40	20
Tomar el metro, microbús o taxi	SI	NO	100	80	60	40	20
Manejar un automóvil	SI	NO	100	80	60	40	20
Resolver asuntos pendientes	SI	NO	100	80	60	40	20
Tomar decisiones	SI	NO	100	80	60	40	20

ACTIVIDADES RECREATIVAS PASIVAS	SI o NO		¿Qué tan seguro?				
			100%	80%	60%	40%	20%
Leer	SI	NO	100	80	60	40	20
Escribir	SI	NO	100	80	60	40	20
Estudiar	SI	NO	100	80	60	40	20
Ver la televisión	SI	NO	100	80	60	40	20
Ver una película de video en casa	SI	NO	100	80	60	40	20
Ver fotografías	SI	NO	100	80	60	40	20
Escuchar el radio	SI	NO	100	80	60	40	20
Descansar	SI	NO	100	80	60	40	20
Dormir (tomar una siesta) durante el día	SI	NO	100	80	60	40	20
Pintar, dibujar o iluminar	SI	NO	100	80	60	40	20
Hacer manualidades	SI	NO	100	80	60	40	20
Coser, tejer o bordar	SI	NO	100	80	60	40	20
Jugar juegos de mesa	SI	NO	100	80	60	40	20
Resolver juegos de pasatiempos	SI	NO	100	80	60	40	20
Armar rompecabezas	SI	NO	100	80	60	40	20
Tocar un instrumento musical	SI	NO	100	80	60	40	20

ACTIVIDADES RECREATIVAS ACTIVAS	SI o NO		¿Qué tan seguro?				
			100%	80%	60%	40%	20%
Salir a caminar	SI	NO	100	80	60	40	20
Correr o trotar	SI	NO	100	80	60	40	20
Nadar	SI	NO	100	80	60	40	20
Hacer ejercicio	SI	NO	100	80	60	40	20
Hacer aerobics	SI	NO	100	80	60	40	20
Hacer yoga	SI	NO	100	80	60	40	20
Hacer otro deporte	SI	NO	100	80	60	40	20
Bailar o cantar	SI	NO	100	80	60	40	20
Jardinería	SI	NO	100	80	60	40	20
Cuidar animales domésticos	SI	NO	100	80	60	40	20
Cocinar	SI	NO	100	80	60	40	20
Repostería	SI	NO	100	80	60	40	20
Hacer reparaciones	SI	NO	100	80	60	40	20

ACTIVIDADES SOCIALES	SI o NO		¿Qué tan seguro?				
			100%	80%	60%	40%	20%
Visitar amigos	SI	NO	100	80	60	40	20
Visitar familiares	SI	NO	100	80	60	40	20
Visitar enfermos	SI	NO	100	80	60	40	20
Cuidar niños	SI	NO	100	80	60	40	20
Jugar con niños	SI	NO	100	80	60	40	20
Ayudar en las tareas escolares	SI	NO	100	80	60	40	20
Asistir a centros recreativos	SI	NO	100	80	60	40	20
Asistir a reuniones	SI	NO	100	80	60	40	20
Ir al cine o teatro	SI	NO	100	80	60	40	20
Visitar a museos	SI	NO	100	80	60	40	20
Acudir a un espectáculo	SI	NO	100	80	60	40	20
Acudir a misa	SI	NO	100	80	60	40	20
Participación activa en mi religión	SI	NO	100	80	60	40	20
Participación en la comunidad	SI	NO	100	80	60	40	20
Hacer obras de caridad	SI	NO	100	80	60	40	20
Platicar con familiares o amigos	SI	NO	100	80	60	40	20
Convivir con gente de mi edad	SI	NO	100	80	60	40	20
Platicar con vecinos	SI	NO	100	80	60	40	20
Hablar por teléfono con amigos o familiares	SI	NO	100	80	60	40	20
Tomar clases	SI	NO	100	80	60	40	20
Salir de paseo	SI	NO	100	80	60	40	20
Organizar o ayudar en un evento	SI	NO	100	80	60	40	20
Iniciar una nueva amistad	SI	NO	100	80	60	40	20

ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN A LA SALUD	SI o NO		¿Qué tan seguro?				
			100%	80%	60%	40%	20%
Hacer dieta	SI	NO	100	80	60	40	20
Comer bien	SI	NO	100	80	60	40	20
Dormir lo necesario	SI	NO	100	80	60	40	20
Tomar medicamentos	SI	NO	100	80	60	40	20
Visitar al médico o ir al hospital	SI	NO	100	80	60	40	20
Visitar al dentista	SI	NO	100	80	60	40	20
Ir al huesero, curandero, homeópata, hierbero, etc.	SI	NO	100	80	60	40	20
Realizar análisis médicos	SI	NO	100	80	60	40	20
Dejar de fumar	SI	NO	100	80	60	40	20
Dejar de tomar bebidas alcohólicas	SI	NO	100	80	60	40	20

ACTIVIDADES PERJUDICIALES PARA LA SALUD	SI o NO		¿Qué tan seguro?				
			100%	80%	60%	40%	20%
Fumar	SI	NO	100	80	60	40	20
Ingerir bebidas alcohólicas	SI	NO	100	80	60	40	20
Auto-recetarse medicinas	SI	NO	100	80	60	40	20
No seguir las instrucciones del médico	SI	NO	100	80	60	40	20
No seguir indicaciones de la gente, para cuidar mi salud	SI	NO	100	80	60	40	20
Comer alimentos dañinos para mi salud	SI	NO	100	80	60	40	20
Tener episodios de llanto o tristeza	SI	NO	100	80	60	40	20
Gritar, enojarse o pelearse con alguien	SI	NO	100	80	60	40	20

"APÉNDICE B"

**Escala de Bienestar Subjetivo (PGC)
del Centro Geriátrico de Filadelfia (Revisada)**
The Philadelphia Geriatric Center (PGC) morale scale.
Lawton, 1975

Instrucciones:

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

Nota: En esta escala aparecen encerradas las respuestas entre paréntesis, después de cada reactivo, como aquellas consideradas como ideales, en la presentación de la escala a los participantes, se omitirán dichas respuestas.

Factor 1 - Agitación

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

Factor 2 - Actitud hacia su propio envejecimiento

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

Factor 3 - Soledad / Insatisfacción

1. ¿Qué tan solo se siente? (No Mucho)
.....
2. Veo lo suficiente a mis amigos y familiares (SI)
SI NO
3. Algunas veces siento que la vida no vale la pena vivirla (NO)
SI NO
4. La vida es dura para mí casi todo el tiempo (NO)
SI NO

5. ¿Qué tan satisfecho está con su vida actualmente (Satisfecho)
.....

6. Tengo muchas cosas por que estar triste (NO)
SI NO
7. A la gente le iba mejor en tiempos pasados (NO)
SI NO

Una persona debe vivir el presente y no preocuparse por el mañana (SI) SI

"APENDICE C"

CUESTIONARIO EuroQoL

Su propio estado de salud el día de Hoy

Marque con una cruz en cada grupo de afirmaciones de abajo, en la opción de respuesta que mejor describa su estado de salud el día de hoy. No tache más que una sola descripción para cada grupo.

Mobilidad

- Yo no tengo ningún problema para caminar
- Yo tengo algunos problemas para caminar
- Yo estoy confinado en una cama

Autocuidado

- Yo no tengo ningún problema para mi cuidado personal
- Yo tengo algunos problemas para asearme o vestirme por mí solo
- Yo no soy capaz de asearme o vestirme por mí solo

Actividades cotidianas (por ejemplo: trabajar, estudiar, labores del hogar, actividades familiares o de tiempo libre)

- Yo no tengo ningún problema para realizar mis actividades cotidianas
- Yo tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Yo no soy capaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor / Malestar

- Yo no tengo dolor o malestar alguno
- Yo tengo dolor o malestar moderado
- Yo tengo dolor o malestar extremo

Ansiedad / Depresión

- Yo no estoy ansioso o deprimido
- Yo estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Yo estoy extremadamente ansioso o deprimido