



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA**

**ESPIRITUALIDAD Y CALIDAD DE  
VIDA EN ADULTOS MAYORES**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO**  
**DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**  
**PRESENTA:**

**EDITH GARCIA GARCIA**

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

SINODALES:  
LICENCIADA: YASMÍN ARRIAGA ABAD  
DOCTOR: EDGARDO RUÍZ CARRILLO



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla Edo. De Mex. Enero 2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## *DEDICATORIA*

A MAMÁ TRENE:

GRACIAS POR ESOS MOMENTOS DE VIDA  
QUE HASTA AHORA RECUERDO, POR FAVOR  
NO TE DEJES VENCER MIENTRAS TU CORAZÓN  
PALPITE HAY VIDA NO DEJES QUE SE TE VAYA  
POR PENSAR QUE YA NO PUEDES MÁS PORQUE  
EL FIN ES ALGO QUE TU NO DETERMINAS,  
SOLO DIOS Y EL TIEMPO.  
RECUERDA QUE  
**TE QUIERO MUCHO**

## *AGRADECIMIENTOS:*

### *A MIS PADRES:*

Gracias mamá por enseñarme lo que significa la fortaleza, por tus cuidados constantes, por tu cariño incondicional por acompañarme en cada desvelo, enfermedad, alegría pero sobre todo en cada lágrima gracias por estar conmigo.

Papá, por darme más de lo que necesitaba para ser feliz; por dejarme aprender de ti sin importar cuantas veces me equivoque y con tú ejemplo mostrarme que con empeño y constancia todo es posible. Pero sobre todo por enseñarme que no era necesario verte para saber que siempre estabas conmigo.

A ambos porque están juntos y son felices; gracias por hacer de mi vida una experiencia maravillosa.

### *A MIS HERMANOS:*

Chucho gracias por mostrarme que nunca es tarde para cumplir lo que se sueña que siempre hay otro día para empezar, pero sobre todo por recordarme sonreír cuando se me olvida como hacerlo.

A Ely por tu valentía y tenacidad gracias por tu apoyo incondicional por mostrarme mis errores pero sobre todo por enseñarme que siempre se puede mejorar.

Any por tus retos constantes y por ser como eres, gracias por escuchar hasta en los momentos menos oportunos.

Ezequiel, donde estés, te extraño mucho.

Gracias por las peleas y las risas compartidas.

### *A ANA LUISA:*

Por mostrar que no importa cuanto te tropieces en el camino siempre y cuando llegues a tu meta, gracias por enseñarme que el trabajo continuo y la paciencia son virtudes que ayudan a lograr lo que te propones. Por su pasión que contagia y el interés por conocer siempre más. Pero sobre todo por mostrarme que la generosidad nos hace crecer como personas. Gracias doctora

### *A YASMÍN:*

Por toda la ayuda que me brindaste, por tu confianza, porque con tranquilidad me mostraste que el trabajo también viene de adentro; por enseñarme que a pesar de la lucha interna siempre hay que voltear afuera. Por comprender que la docencia es un don que se disfruta y se vive.

### *A MIS AMIGOS:*

Por cada día, por la rutina terminada, por todos los momentos de frustración, por el llanto y las risas; por permitirme conocerlos y quererlos.

A Daniel y Víctor gracias amigos por las tardes compartidas donde no importaba la hora, la comida y a veces ni la actividad.

A Ramona, Jenny, Ale, Mónica y Angélica por el tiempo dedicado, la comprensión y el cariño.

Por último Gracias a tí por la compañía no presencial pero constante en las noches de desvelo y trabajo; gracias por mantenerme despierta.

## INDICE DE CONTENIDO

CONTENIDO	PAG.
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
<b>CAPITULO I</b>	
1. ENVEJECIMIENTO.....	5
1.1 CAMBIOS FÍSICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.....	9
<b>CAPITULO II</b>	
2.1 CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA.....	22
2.2 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	26
<b>CAPITULO III</b>	
3.1 DIFERENCIAS ENTRE ESPIRITUALIDAD Y RELIGIOSIDAD .....	33
3.3 RELACIÓN ENTRE ESPIRITUALIDAD Y LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES.....	39
<b>CAPITULO IV</b>	
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	45
4.2 JUSTIFICACIÓN.....	45
4.3 OBJETIVOS.....	46
4.4 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	47

## **CAPITULO V**

<b>5. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>48</b>
--	-----------

<b>5.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....</b>	<b>48</b>
---	-----------

5.3. MATERIALES.....	49
----------------------	----

5.4. INSTRUMENTOS.....	49
------------------------	----

5.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	50
--------------------------------------	----

5.6. ESCENARIO.....	50
---------------------	----

5.7. DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	50
-----------------------------------	----

5.8. PROCEDIMIENTO.....	52
-------------------------	----

## **CAPITULO VI**

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	55
--------------------------------	----

## **CAPITULO VII**

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	66
----------------------------------	----

<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>72</b>
--------------------------	-----------

## **APENDICES**

Apéndice 1. Ficha de datos sociodemográficos.

Apéndice 2. instrumento WHOQoL-100.

Apéndice 3. Informes de resultados de la Evaluación.

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Número de tablas</b>	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Distribución de la población de acuerdo a las categorías de espiritualidad en la muestra de adultos mayores.....	57
Tabla 2. Medidas descriptivas de la Calidad de vida y el nivel de espiritualidad en la muestra de 106 adultos mayores.....	58
Tabla 3. Medidas descriptivas sobre el puntaje de espiritualidad para cada grupo dividido por el género en la muestra de adultos mayores.....	59
Tabla 4. Medidas descriptivas del puntaje de espiritualidad para las dos categorías de edad en la muestra de adultos mayores.....	59
Tabla 5. Medidas descriptivas del nivel de estudios y el puntaje de espiritualidad en la muestra de adultos mayores.....	60
Tabla 6. Medidas descriptivas de la pertenencia a algún grupo o asociación y el puntaje de espiritualidad en la muestra de adultos mayores.....	61
Tabla 7. Medidas descriptivas de la asistencia a algún grupo o asociación y el nivel de espiritualidad en la muestra de adultos mayores.....	62
Tabla 8. Número de sujetos de acuerdo al tiempo que le dedican a algún grupo o asociación, una muestra de adultos mayores.....	63
Tabla 9. Medidas descriptivas del padecimiento de alguna enfermedad y el puntaje de espiritualidad en la muestra de adultos mayores.....	63
Tabla 10. Datos obtenidos sobre el tipo de enfermedad y el nivel de espiritualidad en una muestra de adultos mayores.....	64

## ÍNDICE DE FIGURAS Y CUADROS

<b>Número de figuras</b>	<b>Pág.</b>
Figura 1. Pirámide poblacional.....	77
Figura 2. Perfil sociodemográfico de adultos mayores México 2001-2050.....	8
Figura 3. Proceso de envejecimiento reservas para mantener la vida.....	19
Figura 4. Puntuación de Calidad de Vida para cada Dominio del WHOQoL-100, en una muestra de 106 ancianos.....	56
Figura 5. Distribución de la muestra de acuerdo a las categorías de Dominio de espiritualidad en una muestra de 106 adultos mayores.....	58
Figura 6. Distribución de los participantes de acuerdo al grupo o asociación para una muestra de adultos mayores.....	62
Figura 7. Tipo de enfermedad y nivel de espiritualidad en una muestra de 106 adultos mayores.....	65

## CUADROS

Cuadro 1. Muestra de definiciones de Religión y Espiritualidad en Psicología de la Religión.....	34
Cuadro 2. Características básicas de la Ficha de Datos socio-demográficos y del instrumento WHOQoL-100.....	49

## RESUMEN

La creciente necesidad de considerar a los adultos mayores como participantes activos dentro de la sociedad y familia, es un reto, un desafío de nosotros mismos con la historia, aquella que hemos querido olvidar y no voltear a ver; nuestros antepasados; personas que cuando fue su turno lo dieron todo y por las cuales tenemos el compromiso de proporcionarles una mejor calidad de vida; por lo anterior el presente reporte de investigación tuvo como objetivo principal observar las asociaciones entre el nivel de espiritualidad y la calidad de vida de los adultos mayores ya que siendo la espiritualidad un elemento que esta población retoma y hace uso para enfrentar el proceso de envejecimiento, podría influir positivamente en su calidad de vida.

Para lo cual a un grupo de 106 adultos mayores de una clínica de salud de la zona urbana del estado de México, se les valoró para analizar su calidad de vida de acuerdo a la aplicación del instrumento WHOQoL-100 Versión en Español de la Organización Mundial de la Salud, traducido y adaptado por Sánchez-Sosa, J.J. y González-Celis, R. A. L.(2004); del cual se obtuvieron las puntuaciones que correspondieron a los reactivos del dominio de espiritualidad, unido a esto se utilizó una ficha de datos sociodemográficos. Obteniendo como resultados calificaciones más altas para el dominio de espiritualidad en comparación con los cinco dominios restantes del WHOQoL-100. Por tanto aparece la espiritualidad como una variable protectora de la calidad de vida de las personas mayores. También se observó que el nivel de espiritualidad guarda una relación con sí se padece o no alguna enfermedad; ya que los adultos mayores al no encontrarse enfermos percibían un nivel más alto de espiritualidad en contraposición con aquellos que si tienen algún padecimiento y dentro de estas personas específicamente las que padecían enfermedades crónico degenerativas los niveles de espiritualidad fueron más altos, encontrando una influencia de la espiritualidad en la percepción de la salud y por tanto en la calidad de vida.

**Palabras clave:** Calidad de vida, vejez, espiritualidad.

## INTRODUCCIÓN.

Con el presente desarrollo tecnológico la tasa de mortalidad disminuye trayendo consigo la idea clara de que esto repercute en la vida de las personas es así como el aumento de vida en años no es sinónimo de una buena calidad de vida. Sobre todo para los adultos mayores la importancia del estudio en esta población radica en la concentración de estas personas, pero sobre todo en las condiciones en las cuales esta población esta viviendo o “sobreviviendo”.

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

Lo cual implica que es importante conocer el tipo de población con la que se va a trabajar, así para identificar cuales son los cambios que se despliegan en el proceso de envejecimiento el primer capítulo da un panorama de este proceso como algo continuo y dentro del cual Birren en 1980, menciona que se pueden reconocer tres tipos de envejecimiento: el biológico, el psicológico y social. Y que la adaptación permitirá el éxito o el fracaso al envejecer. Por lo tanto se tocaran aspectos como los cambios físicos, psicológicos y sociales propios del proceso de envejecimiento así como la relación que surge entre estos cambios y la Psicología como la ciencia encargada del estudio del comportamiento humano.

En el segundo capítulo se plantea la calidad de vida como un factor que atañe no solo a ciertos sectores de la población y que por medio de la Psicología se accede a su estudio así como la elaboración de propuestas que permitan mejorar la calidad de vida del adulto mayor; se plantean la definición de calidad

de vida de la Organización Mundial de la Salud y el surgimiento, desarrollo, adaptaciones, traducciones, etc; de los diferentes instrumentos utilizados para medir la calidad de vida.

Valorar la calidad de vida del anciano lleva implícito tener una perspectiva del envejecimiento, el cual es visto como un proceso individual, de acuerdo a una sociedad y cultura en particular. Por lo que a través de diversos estudios, se han evaluado diferentes tipos de poblaciones, para llevar a cabo mejoras en la Calidad de Vida de las mismas.

De esta manera se puede liberar al adulto mayor de esa imagen iatrogénica de “incapacidad”, “soledad” y “minusvalía” contribuyendo a consolidar su rol social, a redescubrir sus capacidades y habilidades, enriqueciendo su autoestima; al ser protagonista activo dentro del grupo social en el que se encuentre.

El estudio sobre la Calidad de Vida forma parte del conocimiento científico psicológico, en virtud de que se relaciona con algunos factores del funcionamiento humano que son particularmente psicológicos, por tanto, si las personas disfrutan de una buena calidad de vida, otros aspectos psicológicos tendrán más probabilidades de funcionar mejor (González-Celis, 2004, p.3).

Es por ello que en el tercer capítulo se retoma el factor de la espiritualidad ya que las actividades en las que participa el adulto mayor se incluyen aspectos físicos, mentales, emocionales, sexuales, y espirituales. Así para mantener un buen equilibrio dentro del bienestar Viamonte (1993) señala que deben de estar en buen estado los cinco aspectos anteriores. Por lo cual en este capítulo se plantea que la espiritualidad tiene un papel muy importante en la evaluación de calidad de vida del adulto mayor; retomando aspectos teóricos que van desde la concepción de religiosidad y su diferencia con el término espiritualidad hasta la forma en como se unen en la fe de los ancianos. En el WHOQoL-100 se expresa la espiritualidad como un dominio importante para el adulto mayor en relación con su calidad de vida ya que este elemento es utilizado como una forma de afrontar los cambios ocurridos en la vejez tanto a nivel físico como psicológico.

Por lo tanto, el objetivo de este reporte de investigación es observar las asociaciones existentes entre el grado de espiritualidad y su relación con la calidad de vida en un grupo de adultos mayores.

El capítulo cuatro corresponde a la delimitación del problema en donde se aborda la justificación y los objetivos tanto el general como los específicos así como las hipótesis giradas en torno a la influencia de las variables en el nivel de espiritualidad de los adultos mayores.

El capítulo cinco se hace mención de la metodología que se utilizó durante la investigación que incluye el diseño y tamaño de la muestra, criterios de inclusión y exclusión, definición de variables, es decir que entendemos por cada variable y como se van a medir; el procedimiento que se utilizó, materiales, instrumentos y escenario.

El capítulo seis refiere los resultados encontrados en este estudio haciendo dos tipos de análisis tanto el descriptivo como el asociativo donde se expresa estadísticamente las relaciones existentes entre la calidad de vida y el nivel de espiritualidad así como otras variables adjuntas. Finalmente la discusión y conclusiones se encuentran en el capítulo siete donde enfrente a los resultados con la teoría y las conclusiones de la investigación resaltan los hallazgos más sobresalientes.

# CAPITULO I

## 1. ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento forma parte del complejo desarrollo humano, el ciclo de vida como proceso evolutivo reconoce diferentes cambios físicos, psicológicos y sociales a lo largo de la existencia y de esta forma el envejecimiento no se escapa de estos cambios; un punto importante que interviene en la significación y aceptación de dichos cambios y del proceso mismo de envejecer; es una marcada noción negativa asociada con la enfermedad, dependencia y muerte.

Pero solo uno de estos aspectos es inevitable, la muerte; lo que respecta al envejecimiento como sinónimo de enfermedad y dependencia ha formado parte de los bastos mitos de la vejez. Es por ello que al abordar el tema de envejecimiento la terminología este dotada de falsas ideas; para lo cual se hace necesario establecer que la vejez, no es un estado de enfermedad como tal, ya que como en cualquier etapa de la vida el cuerpo se modifica, se perciben cambios físicos, psicológicos que repercuten en las reacciones y el comportamiento de las personas. Belsky (1996) menciona que a medida que maduramos nos transformamos interiormente, lo cual está ligado al mundo exterior; donde las influencias culturales y sociales juegan un papel inexorable en el estilo de vida y por tanto en el proceso de envejecimiento.

El estudio sobre la vejez comenzó durante el siglo XIX con investigaciones sobre la relación de la edad con la creatividad, posteriormente Stanley Hall en 1922 fue considerado el pionero de la Psicología del Envejecimiento, quien publicó su libro "Edad senil: la segunda mitad de la vida"; con esto y la apertura de la primera unidad de investigación dedicada al estudio del envejecimiento en Stanford en 1928 comenzó el estudio científico sobre adultos mayores (Papalia, 1985).

Bajo estos intereses el trabajo con adultos mayores toma importancia ya que se convierten en un sector de la población que requiere fehacientemente el

logro de bienestar en esta etapa de su vida por lo cual surge una rama de la Psicología que se interesa por el proceso de envejecimiento “Psicología del Envejecimiento”, como una necesidad atender los requerimientos de esta población. (Birren y Schaine citado en Celis 2004). Así el estudio científico del envejecimiento se asocio a la psicología del desarrollo, que desde esta perspectiva reconoce al desarrollo humano como un proceso evolutivo que continua durante la vida; así el envejecimiento es retomado como un proceso natural del ser humano planteando características biológicas, sociales y psicológicas, particularmente asociadas a este proceso (Beauvoir, 1970).

Quizá por ello se observa que las investigaciones sobre Psicología de la vejez centraron su atención en las habilidades intelectuales, como la memoria, aprendizaje, velocidad de ejecución y la solución de problemas posteriormente se estudiaron aspectos emocionales del envejecimiento; cómo se adaptan las personas a la vejez y su asociación con el nivel de actividad, así como la satisfacción con la vida; obteniendo como resultados que los cambios ocurridos durante el proceso de envejecimiento se relacionan con su nivel de adaptación en la realización de actividades y la satisfacción de las personas respecto a la ejecución de alguna actividad así como en su vida (Havighurst, 1957).

Con el fin de concretar el desarrollo histórico del estudio de la Psicología de la vejez y el envejecimiento, se van a establecer para su descripción una serie de etapas, siguiendo el trabajo de Birren (1961) sobre la historia de la psicología del envejecimiento. Se pueden distinguir las siguientes fases: un período inicial, desde 1835 hasta el final de la segunda década del siglo XX, una etapa referida al comienzo de la investigación sistemática, entre 1918 y 1945, y un período de constitución a partir del fin de la segunda guerra mundial (1945-1960). A las etapas anteriores se suma una última fase de consolidación y desarrollo, que de acuerdo a la aproximación histórica sobre el estudio de la vejez realizada por Fortaleza (1993), comenzaría en la década de los 60 extendiéndose hasta la actualidad.

El interés por la vida ha sido una constante en la historia de la humanidad sin embargo el envejecimiento retoma mayor importancia actualmente, debido a

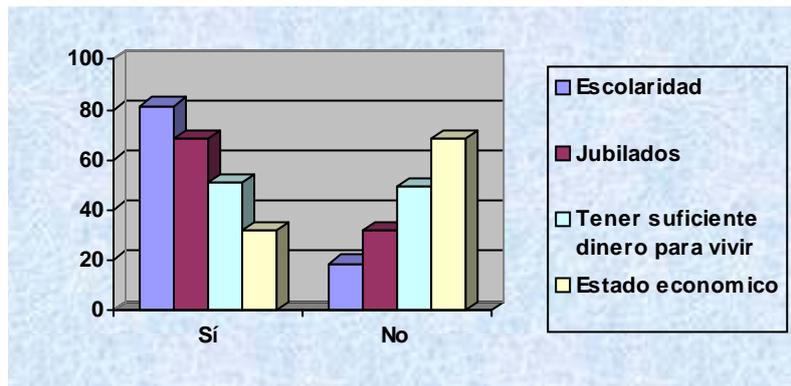
cuestiones estadísticas; es decir el aumento en la magnitud poblacional es un factor importante, ya que han ocurrido cambios impresionantes respecto al número de personas mayores, lo cual refleja que el nivel de mortalidad ha disminuido en etapas previas al envejecimiento provocando que la población que llega a la edad senil vaya en aumento.

Así mismo se observa gracias a los avances científicos y tecnológicos, la tasa de mortalidad disminuye y el número de población de adultos mayores de 65 años aumenta en todo el mundo, por lo cual se obliga a cambios en reformas políticas, económicas, demográficas pero sobre todo ideológicas respecto de esta población (Moragas, 1991 p.13).

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

En la misma encuesta dentro del perfil sociodemográfico se muestra que el número de personas mayores de 60 años crecerá, prevaleciendo el sexo femenino, el 18.6% sin escolaridad y 81.3% con escolaridad, donde las mujeres cubren el porcentaje más alto en cuanto a la falta de instrucción escolar. Con respecto al factor económico el 68.4% se encuentra jubilado o pensionado, el restante 31.6% no cuenta con una pensión, el 50.9% respondió tener suficiente dinero para vivir y el 49.1% dijo no tener suficiente dinero. Sólo 31.8% es económicamente activo y un 68.2% no labora, de los cuales el 67.7% corresponde a los hombres y 32.3% a las mujeres (González-Celis, 2004, p.4).

**Figura 2. Perfil sociodemográfico de adultos mayores México 2001-2050**



**Fuente:** Programa de Acción para la Atención del envejecimiento 2001-2006 citado en González-Celis, R. A. L.(2004), Aportaciones del enfoque cognitivo-conductual a la Psicología del Envejecimiento.

Esta situación hace importante un cambio social en pro de una cultura del envejecimiento que permita una visión panorámica de las necesidades que esta población requiere, pero sobre todo que la percepción respecto a esta etapa de la vida se modifique en función de lograr un mejor estado de bienestar y plenitud que permita una adaptación favorable de los cambios suscitados durante esta etapa.

Al abordar el tema de envejecimiento con el fin de lograr un mejor estado de bienestar durante esta etapa, se tocan varios aspectos tan complejos como el ciclo de vida, obligando a una recapitulación de lo realizado, lo vivido, de nuestra historia, desde dos perspectivas incluyentes: la historial social y la historia personal. La primera en relación a lo colectivo, hechos sociales que forman parte del contexto, de nuestra cultura y de las relaciones que se entablan con los demás; la historia individual a partir de nuestra interacción en el mundo como participantes activos de nuestra vida. Así se entrelazan lo social y lo individual en nuestra forma de actuar y pensar con respecto al proceso de vida.

Papalia (1985) menciona que el envejecimiento es un proceso normal del transcurso de la vida, con características específicas y tareas a desarrollar propias (p.527). Así para poder lograr un concepto adecuado de lo que es el envejecimiento, hay que cumplir y tener presente todo el desarrollo entre la niñez y la vejez. Es innegable que lo ocurrido en la biografía de la persona

influye en el estado de salud que se tenga cuando se llegue a esta etapa de la vida.

Por ende se puede retomar el concepto de envejecimiento como un proceso lento y gradual de deterioros a nivel biológico, mental y social ocasionado por el paso de tiempo donde se requiere de una respuesta adaptativa que permita aminorar las pérdidas maximizando las ganancias (González-Celis, 2004).

El concepto anterior reconoce al envejecimiento como un proceso multifacético, donde para su definición se deben tomar aspectos biológicos, sociales y psicológicos a partir de los cuales se construyen y retoman habilidades adquiriendo nuevas para compensar las pérdidas ocasionadas por el paso del tiempo.

### **1.1 Cambios Físicos, Psicológicos y Sociales del Proceso de Envejecimiento**

El momento en el que se considera a una persona como “vieja” es impreciso, al respecto diferentes autores se apoyan en aspectos biológicos y sociales para determinar cuando se entra en esta etapa de vejez.

Neugarten (1975) menciona categorías de edad de 55-75 años a quienes llama “viejos jóvenes”, apoyándose en la productividad, es decir, aquellas personas que ya no trabajan tiempo completo y “viejos-viejos” aquellos que han dejado de tener una vida productivamente activa. Por otra parte Butler (1975) retoma el aspecto biológico y hace una división entre la vejez temprana que fluctúa entre los 65 y 74 años y la vejez avanzada de los 75 en adelante, donde el autor menciona que se dan cambios fisiológicos en grado notorio en la vista, audición, habilidades cognitivas entre otros (Papalia, 1985).

Por acuerdo Internacional las Naciones Unidas en 1979 establecieron, que en los países desarrollados se les considerarían como ancianos a los mayores de 65 años y en los países en desarrollo como es el caso de México a partir de los 60 años; sin embargo, no se debe olvidar que el envejecimiento biológico, esta muy ligado al establecimiento de parámetros de edad y desde esta idea el

envejecimiento comenzaría entonces a partir de que nacemos (Arronte, 2005). Por lo cual el establecimiento de un parámetro que determine la pertenencia a la vejez o la edad senil es totalmente arbitrario, pero es retomado para tramites como el otorgamiento de la pensión o el proceso de jubilación, entre otros, trayendo consigo que la edad tome un significado a través de lo que representa en la sociedad.

Existe gran diversidad sobre el momento en que comienza la senectud ya que es un proceso individual y su particularidad reside en el modo de vida de las personas. Por las clasificaciones anteriores podemos percatarnos de que el envejecimiento puede considerarse desde varias perspectivas: la social como lo hace Neugarten, la biológica planteado por Butler, o psicológica desde donde se plantea la idea de cambios a nivel cognitivo característicos en la etapa de vejez.

Otro autor que aborda este tema es Arquiola, 1995 él menciona que es posible considerar al envejecimiento al menos desde cuatro puntos de vista: cronológico, psicobiológico, psicoafectivo y social. Él autor menciona que cronológicamente el comienzo sobre la etapa de vejez, se designa arbitrariamente a los 65 años; donde se otorgan servicios de salud, jubilación etc; pero se marca una diferencia en la transición de ciertas personas ya que en algunas se efectúa de manera gradual, mientras que en otra es rápida y traumática; lo anterior está íntimamente relacionado con el estilo de vida y por tanto la vejez se convierte en un proceso individualizado. Respecto al punto de vista psicobiológico; es la percepción de los diferentes cambios físicos ocurridos en el proceso de vejez; la adaptación a estos cambios y los apoyos percibidos están relacionados con lo psicoafectivo y por último lo social tiene que ver con la forma en la cual ellos se perciben dentro de su contexto.

Lo que es innegable, es que en la vejez, como en cualquier otra etapa de la vida existen una serie de cambios biológicos, algunos de los cuales se enumeran a continuación:

a) La vista: al envejecer se va perdiendo la capacidad de acomodación y por tanto la ubicación de los objetos muy alejados o muy próximos. Esto repercute

en la vida de las personas ya que la vista es uno de los sentidos a través del cual se recibe gran parte de información.

b) El oído también se ve afectado, los tonos bajos ya no son fácilmente percibidos,.

c) Respecto a los sentidos del gusto y el olfato también tienden a disminuir con la edad.

d) Las dificultades sensoriales también aumentan con la edad, el tiempo de reacción ante la realización de alguna tarea aumenta, pero el aumento de estas dificultades de motricidad y coordinación, no son por la incapacidad de realización de alguna tarea sino están en función del tiempo. Por lo tanto solo es necesario prestar una mayor cantidad de tiempo a la realización de dichas tareas, lo cual se presenta como un panorama halagador, ya que la idea del adulto mayor como "inútil" no tendría lugar, solo es necesario aumentar la cantidad de tiempo para la realización de determinada tarea.

Todos estos cambios de orden biológico guardan una relación estrecha con lo psicológico ya que las personas mayores sufren una serie de alteraciones que tiene varias causas; primero la pérdida de algunas facultades para lo cual se hacen necesarios cambios tratando de compensar dichas pérdidas; segundo el advenimiento del fin de sus días, tercero el colapso por el que atraviesa la humanidad respecto a la vida en el más allá que "ofrecían" las religiones tradicionales y unido a esto el balance comparativo que se hace de su vida (Cereijido, 1999). Repercutiendo en la forma de pensar la vejez, es decir se entrelazan procesos cognitivos de acuerdo a como se enfrenta la vejez.

Como ya se mencionó existen pérdidas de algunas facultades como los cambios en la percepción sensorial la cual varía de una persona a otra y donde por lo general se reduce la capacidad de recibir y tratar información proveniente del entorno como la pérdida del oído y disminución de la plasticidad del cristalino interviniendo en la visión; para contrarrestar estas pérdidas la utilización de prótesis auditivas y lentes son de gran ayuda para el adulto mayor; en estudios realizados se ha mostrado que en la vejez la pérdida de las capacidades visuales y auditivas son determinantes para el bienestar de los

adultos mayores por lo que es importante la utilización de auxiliares en la pérdida de alguna habilidad o facultad (Sánchez Sosa y González-Celis, 2004).

Lo anterior interviene de manera directa con los procesos psicológicos ya que al establecer una pérdida de las capacidades visuales y no compensarlas se ven afectados procesos como la atención, la coordinación espacial etc; de la misma forma a la vista se debe gran parte de la información recibida por tanto se enlaza fuertemente con el vivir cotidiano vinculándose con la calidad de vida.

Dentro de estos elementos psicológicos la memoria es un proceso ineludible al hablar de adultos mayores; el modelo presentado por los investigadores Arenberg 1973, Craik 1977 y Elias 1977 sobre memoria y envejecimiento comprende tres etapas: la entrada de datos, la memoria a corto plazo y la memoria largo plazo donde se menciona que la pérdida más importante de la memoria para los adultos mayores aparece en la entrada de datos por la presentación apresurada de los estímulos, es en este momento donde a las personas mayores les es complicado retener toda la información; con respecto a la memoria a corto y largo plazo la primera es estimada como la víctima del envejecimiento debido a que su deterioro es notable en esta etapa y la segunda como la menos afectada ya que los eventos están dotados de significados ya arraigados por los adultos mayores, pudiese ser este fenómeno un producto de la práctica y la diferencia de edad en el momento de la experiencia (Belsky 1996).

Lo anterior implica que la subsistencia de la memoria a largo plazo permite que el adulto mayor retome cosas del pasado para evocarlas con facilidad. Justamente la pérdida de la memoria es un factor asociado con la edad pero la utilización de técnicas mnemotécnicas cubren un papel importante para aminorar este hecho ya que sirven como auxiliares en la evocación de recuerdos, permitiendo que no se limiten las actividades realizadas por el adulto mayor solo por el deterioro que se presenta de este proceso de memoria.

Otro proceso psicológico que se retoma al hablar de envejecimiento, es la inteligencia, partiendo de la polémica que implican las medidas de inteligencia como la comparación en la realización de ciertas actividades bajo un estándar establecido; el problema se evocaría no la disminución intelectual sino en cómo se mide; donde una variable determinante, es el tiempo de ejecución y por tanto el adulto mayor se ve poco favorecido. Unido a esto el sustento del aprendizaje como algo que se da solo en las primeras etapas de la vida, los adultos mayores no tenían oportunidad frente a este tipo de pruebas.

Uno de los estudios más sobresalientes y alentadores, es el de Schaie (citado en Arquiola, 1995) donde de acuerdo a sus investigaciones llega a la conclusión de que es posible aprender durante toda la vida; ya que, personas de edad obtuvieron resultados elevados, indicando que conservan la capacidad de continuar aprendiendo.

En la misma línea los estudios realizados por Catell (1963) proponen la existencia de dos formas de inteligencia: la inteligencia fluida que depende de la capacidad de evolucionar y adaptarse a situaciones nuevas y la inteligencia cristalizada la cual implica a la situación presente unirle la acumulación de experiencia anteriores; por lo cual los adultos mayores estarían en contacto directo con la inteligencia cristalizada, ya que la adaptación ante situaciones nuevas en el adulto mayor se complica, por lo cual ante una situación presente buscar en el bagaje de experiencias que le permitan resolver el problema esta unido también con la memoria largo plazo permitiendo el logro continuo del aprendizaje.

Pero al hablar de todos estos aspectos se hace necesario mencionar el cambio de perspectivas respecto al proceso de envejecimiento que inicia con la idea de que es posible el aprendizaje en cualquier etapa de la vida y la valoración de adulto mayor con las capacidades necesarias para continuar aprendiendo y nosotros aprender de ellos.

Así la edad no tendría que ser una limitante en la realización de un continuo aprendizaje, favoreciendo la participación activa de los adultos mayores en la

realización de actividades que anteriormente no habían realizado por falta de tiempo o por falsas ideas; así el retomar lo expuesto por Catell sobre el concepto de inteligencia cristalizada permite el reconocimiento de un elemento importante en el adulto mayor “la experiencia” lo cual nos exhorta a vislumbrar que todos tenemos una historia de vida que nos conforma y nos sigue formando como seres humanos.

El reconocimiento de que los procesos psicológicos sufren cambios pero éstos no limitan la participación de los adultos mayores en la familia, ni en la sociedad es un factor importante en el estudio de adultos mayores ya que estos se desenvuelven en una sociedad que constantemente los esta rechazando.

La etapa de vejez es un proceso de la vida en la cual se viven y se sobreviven a cambios tanto biológicos, psicológicos y sociales; estos forman parte del denominado envejecimiento. Es la vejez una etapa donde parece que no se encuentra un lugar, en la sociedad, en la familia y donde los apoyos y redes sociales se van debilitando; si partimos de la idea, que es a través de la representación de los otros donde nos conformamos, tomamos nuestro lugar, es decir, al interactuar en él mundo se forma parte de él, de la sociedad y de la familia; nuestros adultos mayores se ven olvidados y desplazados de sus familias y de la sociedad.

El temor hacia existente en pertenecer a la edad senil guarda una relación directa incluso con la palabra “viejo” teniendo una fuerte connotación social en base a nociones negativas del proceso de envejecimiento, por esto a partir de los cambios en la piel, en la cara o en el pelo comienzan a ser percibidos por los demás, se trata por cualquier medio de ocultarlos, se utilizan productos como; tintes, cremas, mascarillas, etc; existe una variedad enorme de productos que apelan a la idea de mantenerse joven como si juventud fuese sinónimo de felicidad o plenitud. Así la industria del mercado y la publicidad basan sus propagandas hacia la utilización de estos productos anteponiendo la idea de mantener características atribuidas a la juventud y aminorar los cambios ocurridos por el paso del tiempo, lo cual muestran una resistencia de llegar a la etapa de vejez, convirtiéndose en una lucha constante contra el tiempo provocando angustias, miedos e incertidumbre; pero al final es una

batalla perdida, porque el conflicto se basa en la percepción que tenemos de envejecer.

También ocurren cambios a nivel interno existen un gran número de alteraciones a nivel cognitivo influyendo en el comportamiento social; ya que el establecimiento de reglas y el cumplimiento de las mismas, corresponde a una edad cronológica vinculada con la vida del individuo; con lo anterior surge la clasificación por edades y a través de ésta, se determina una función a cumplir dentro de la sociedad; lo cual prescribe el proceso de envejecimiento y todas las implicaciones que conlleva este término.

Al respecto Cereijido en 1999 menciona que anteriormente la edad no tenía ningún papel en la estructura social y que hace siglos la edad se consideraba un fenómeno biológico no un atributo social, por lo cual la estimación del adulto mayor era de acuerdo a la sabiduría y experiencia y que el cambio de perspectivas dependió de una nueva percepción del desarrollo humano, del derecho de las personas y del control social. En el siglo XIX varias circunstancias incidieron en el inicio de un proceso de estratificación social lo cual llevo consigo la racionalización de funciones y un control social donde al individuo se le atribuyeron ciertas responsabilidades y múltiples papeles dentro de la sociedad; unido a esto la existencia del acta de nacimiento como un papel que certifique numéricamente la edad de cada individuo propicia el establecimiento de ciertas responsabilidades y papeles que corresponda en esa edad, así este hecho no solo es numérico sino va más allá a un punto tal que se da una discriminación de acuerdo a la edad llevando a pensar en está como una determinante en la funcionalidad del individuo.

Por lo anterior al llegar a una edad determinada los cambios no solo ocurren en el ámbito biológico sino también a nivel social, donde al llegar a cierta edad las personas son despojadas de sus trabajos o de sus actividades implicando también un cambio de entorno social y en la relación con los otros. Se hace importante mencionar que el paso de una edad adulta a la vejez puede tener diferentes implicaciones de acuerdo con las reglas que caractericen a cada sociedad en particular; influyendo en la percepción del individuo sobre la

llegada de la vejez y por tanto en la forma en la que la enfrente (Kastembaum 1980, p.11).

Podemos percatarnos de que el envejecimiento se desenvuelve en tres esferas; biológica, psicológica y social, y que la finalidad gira en torno a promover un envejecimiento sano o funcional; donde el individuo viva los cambios de manera favorable y que cuente con los recursos necesarios para sentirse bien. De igual forma James Birren (citado en Kastembaum, 1980, p.12) reconoce tres tipos de envejecimiento funcional: el biológico, el psicológico y el social donde la adaptación funcional en estas tres dimensiones promoverá que el individuo se sienta mejor en este proceso obteniendo así una mejor calidad de vida.

Teniendo como base el logro del bienestar del adulto mayor, la perspectiva del envejecimiento como un proceso funcional o activo adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a finales del siglo XX contempla la idea de un envejecimiento saludable; como una experiencia positiva, ésta debe estar acompañada por oportunidades de salud, vivienda, apoyo social protección y cumplimiento de sus derechos y a partir del replanteamiento del concepto de vejez el cual permitirá optimizar las oportunidades de bienestar físico, social y mental ampliando la visión de una esperanza de vida saludable.

Con el termino de “envejecimiento activo” se hace referencia a una participación constante entre las cuestiones de tipo social, económicas, culturales, cívicas y espirituales y es en esta parte espiritual donde centra su perspectiva el presente trabajo ya que este elemento se posibilita como un factor importante en la adaptación, enfrentamiento y reconstrucción de roles en el adulto mayor; es decir este elemento podría favorecer en el proceso de envejecimiento activo y por tanto repercutir favorablemente en una calidad de vida para los adultos mayores (Cicirelli, 1990).

En este mundo de constante cambio a nivel tecnológico, ideológico etc; al adulto mayor le es difícil entender la complejidad de estos cambios, sobre todo en lo que respecta al cambio en valores y costumbres ya que estos han sido

adquiridos al interactuar en la sociedad y han tomado un significado de gran valor para las personas mayores; es decir las experiencias vividas a través de sus costumbres o valores permean su relación con el mundo y sus cogniciones.

Lo anterior se encuentra vinculado con lo biológico ya que como se menciono anteriormente el individuo experimenta cambios, estos se manifiestan de manera gradual en algunos casos, pero en otros el desgaste por el estilo de vida propicia que estos cambios sean abruptos y traumáticos por lo que el impacto de esta etapa de vejez no es homogénea; en primera instancia los individuos acuden al médico por algunos problemas que son apreciables como la caída del cabello, la inclinación de la columna, el aumento del peso, la aparición de las arrugas, dolores en espalda o piernas, disminución de la agudeza visual y auditiva, alteración de actividades intelectuales (memoria, atención), angustias, malestares e insatisfacciones etc. Lo anterior sin dejar de tomar en cuenta que la edad es un estado biológico y mental influido por los factores sociales y afectivos (Barquin 1999).

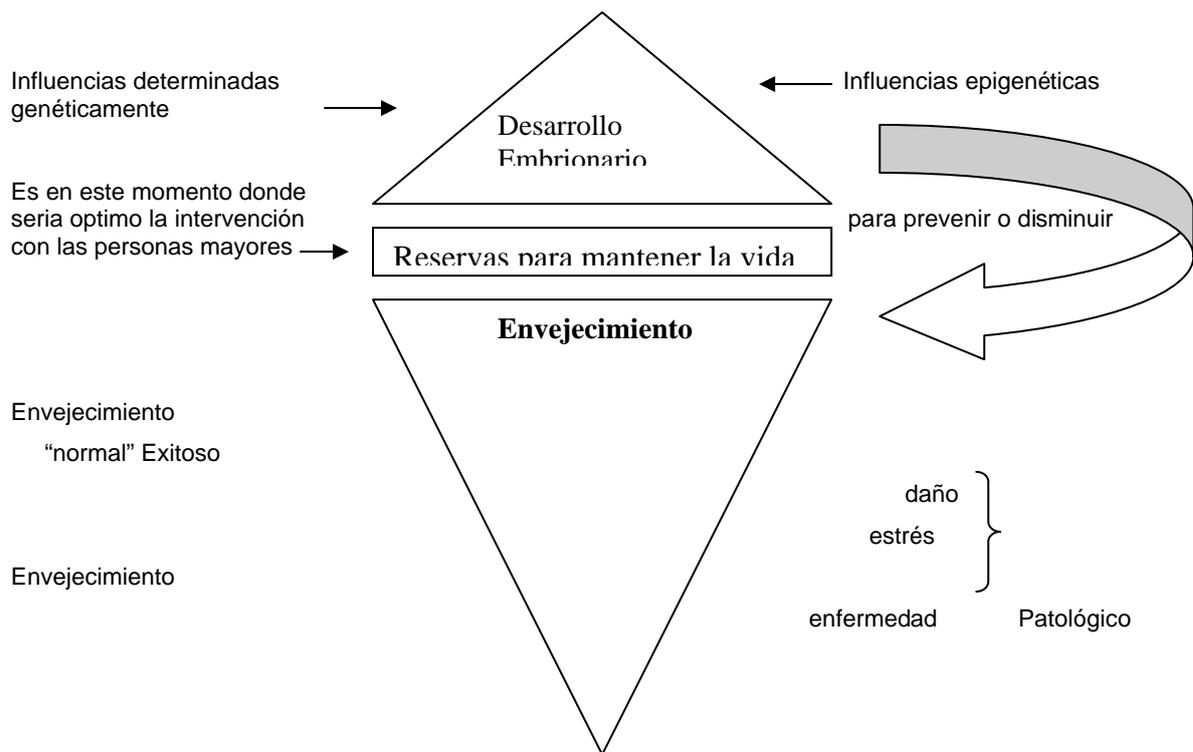
Así el estado físico que presenten las personas mayores tiene una fuerte relación con el estilo de vida, es decir para poder actuar sobre lo que ocurre en nuestro cuerpo es necesario no olvidar nuestra historia, ya que está nos permitirá conocer mas a fondo los padecimientos que las personas muestren e incluso su origen; pero lo importante sería hacernos consistentes y actuar de manera favorable en la historia que estamos construyendo ¡La nuestra!

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

Por ende se hace importante vislumbrar diferencias en el proceso de envejecimiento de orden "normal" lo cual obedece a signos propios del envejecimiento y de orden patológico donde existen una serie de complicaciones asociadas con el estado de salud, lo social, emocional,

económico o factores de tipo genético; en este último punto es necesario mencionar que aun cuando existe una pérdida de las capacidades de regeneración celulares estas se pueden acompañar con procesos externos como alimentación, estrés, grado de actividad entre otros.

Como puede observarse el envejecimiento es un proceso multifactorial lo cual se puede representar a través de la Figura 3 modificada de Covarrubias y Cereijido (1999).



Fuente: Covarrubias F. y Cereijido D. (1999). La tercera edad. Buenos Aires. Truquel pp. 18.

Como se muestra en la figura 3 las influencias determinadas genéticamente hacen referencia a la capacidad metabólica, es decir lo que se encuentra determinado genéticamente cualidades de tipo orgánico, así como las influencias epigenéticas referentes al ambiente externo e interno (hormonal) formando parte del desarrollo embrionario. Donde centro mi atención es en lo referente a las reservas para mantener a vida ya que desde mi punto de vista este momento podría ser el anclaje para abordar las diferentes conductas que las personas están en posibilidad de realizar para obtener y mantener una buena calidad de vida, por ejemplo: una alimentación adecuada, ejercicio

moderado, mantener vínculos de relaciones sociales así como la percepción de un sentido de vida que le permita sentirse tranquilo, útil y satisfecho con lo que hizo a lo largo de su vida y con lo que sigue haciendo.

Como se puede observar es importante considerar varios elementos para poder lograr un envejecimiento exitoso y una labor tanto en la información de los eventos a ocurrir en la vejez como en volver práctica lo expresado teóricamente. Por tanto la Psicología brinda una unión entre lo expresado teóricamente y el contacto con la gente ya que como ciencia encargada del estudio del comportamiento humano su principal interés es el bienestar de los individuos (González-Celis, 2004, p.4).

Así la Psicología del envejecimiento retoma importancia a partir de buscar el bienestar del anciano; es decir el considerar los elementos que pueden ayudarlo a obtener una buena calidad de vida, por lo anterior se hace importante conocer cuales son los diferentes factores que hacen hablar de calidad de vida en el adulto mayor.

## CAPITULO II

### 2. CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES.

Los estudios sobre calidad de vida surgen a partir de varios cuestionamientos sobre las condiciones en las cuales vive la gente y que tan satisfecha se encuentra con su vida; así la Psicología como ciencia que estudia el comportamiento humano retoma interés en este punto y para el caso de los adultos mayores lo aborda a través de la Psicología del Envejecimiento aterrizando específicamente en la problemática que presentan este sector de la población desprovisto de atenciones y cuidados.

El estudio de la Calidad de Vida data de tiempo atrás como una preocupación por la salud del bienestar en el siglo XVIII y XIX se plantea en la legislación la regulación del trabajo, el descanso, la vejez y la muerte como áreas de atención para el bienestar social y junto con salubridad se habla de tasa de mortalidad y esperanza de vida. Así con el reconocimiento de los derechos humanos y los derechos ciudadanos en el siglo XIX la calidad de vida adquiere una expansión social y política (Grau, 1996 citado en González-Celis, 2004, p.3).

Retomando los eventos previos ideológicamente la investigación de calidad de vida nace en el siglo XVII por la época de la ilustración donde la vida adquiere valor por sí misma; llevando a que en el siglo XX se plante una reforma social a través de un estado de bienestar y es en este año donde surge la teoría de Ogburn sobre el cambio social, sosteniendo que para explicar el cambio social hay que estudiar la cultura y su evolución, ya que los cambios de orden tecnológico son importantes e imprescindibles en la vida de los individuos. Con lo anterior se hace notar que el concebir un estado de bienestar como único sería banal ya que las necesidades sostienen una relación estrecha con factores como la cultura, la ideología, las costumbres, las creencias propias de cada lugar, obedeciendo a un tiempo y un espacio determinado.

Al abordar el tema de calidad de vida se involucran varios aspectos; cognitivos, emocionales, físicos y sociales entre otros; por lo que su estudio se vuelve complejo al respecto Noriega (1994) concibe la calidad de vida como “el vivir con responsabilidad, ser conscientes de nuestro paso por la vida y encontrarle sentido a la existencia, por medio del amor de ejercer libertad de nuestras actitudes y de reconocer el sentido aun en el sufrimiento, a través de mantener una actitud de constante aprendizaje y crecimiento personal. Es el sentimiento de alegría y gozo que proviene de vivir con fe y esperanza en uno mismo y en la humanidad sin claudicar ante las adversidades” (pp.37).

## **2.1 Concepto de Calidad de Vida.**

Por la multiplicidad de factores que intervienen al hablar de calidad de vida no se ha llegado aun consenso sobre el concepto a utilizar. La calidad de vida se asocia con algunos factores del funcionamiento humano de naturaleza eminentemente psicológica, tales como la salud psicológica o mental de los individuos o de la familia, el éxito en la escuela o en el trabajo, las relaciones sanas de parejas, familiares o sociales, la realización personal, los estilos de vida saludables, entre otros. Por tanto, si las personas disfrutan de una buena calidad de vida, otros aspectos psicológicos tendrán más probabilidades de funcionar mejor, encentrando relaciones muy cercanas entre la calidad de vida y los diversos aspectos del funcionamiento humano.

Se puede observar que la calidad de vida es un constructo subjetivo dado que la percepción de dicho constructo es percibida desde diferentes puntos para cada individuo así las limitaciones presentadas al utilizar este termino radica en la idea de lo que cada individuo considere relevante para su propia calidad de vida además y de lo que se entienda sobre el termino en un contexto mas amplio. Diener (1984) menciona la calidad de vida en dos perspectivas; la primera la ideal que corresponde a lo que las personas quisieran o esperan de su vida; y la segunda lo real que se refiere a lo que en realidad es su vida; ambas, partes subjetivas de lo que las personas expresan.

Lo anterior ha llevado a poner gran cuidado cuando se aborda el tema de calidad de vida como una medida subjetiva de los aspectos que las personas

retoman para poder otorgar un valor a su vida; en la búsqueda de estos aspectos se han realizado varias investigaciones respecto a cuales son más importantes para las personas en favor de vislumbrar elementos para mejorar la calidad de vida.

Se menciona que la calidad de vida puede ser percibida desde dos puntos; a través de la riqueza material (cuantitativa) y cualitativa sobre la satisfacción de las necesidades materiales. Pudiendo entender la calidad de vida como el “grado en que una sociedad posibilita la satisfacción de necesidades (materiales y no materiales) de los miembros que la componen (Setién, 1993, p. 137-138).

De la misma forma Campell (1981) menciona que la satisfacción de la gente con un área de su vida está relacionada con otras áreas diferentes y que la satisfacción es un concepto global que resulta de asumir o unir la satisfacción de varias áreas.

Por otra parte se puede mencionar que el constructo de calidad de vida tiene dos dimensiones: Espacial y Temporal, por su sociedad y su evolución histórica debido a que su construcción de necesidades son dependientes de cada sociedad; las necesidades indispensables son aquellas surgidas históricamente y no dirigidas a la mera supervivencia y la satisfacción; es una parte constitutiva (Heller 1984) no hay modelos únicos de Calidad de Vida se construyen en un tiempo y espacio determinado.

Así la calidad de vida obedece a un trabajo multidisciplinario donde se han aportado varios indicadores para su medición y evaluación enfocadas hacia las condiciones de vida de la población general donde se han incluido variables objetivas, observables y cuantificables en función de criterios externos, por ejemplo, ingresos económicos, vivienda, trabajo, educación y ambiente, entre otras.

Respecto a la subjetividad que representa el mismo constructo al abordarlo solo desde el ámbito objetivo, varios aspectos permanecían desatendidos sobre todo los referentes al ámbito subjetivo; por lo cual se concibió importante

la medición de indicadores objetivos y subjetivos al abordar la Calidad de Vida con la finalidad de lograr una integración entre los estos elementos.

Al respecto numerosos autores entre ellos Puente y Legorreta (1988); Diener y Diener (1995) y Veenhoven (1996) mencionan la importancia de dos aspectos para abordar el concepto de calidad de vida:

- 1) Objetivo: consiste en los materiales mínimos necesarios para vivir (comida, casa, vestido); el secundario (coches, joyas, lujos) y por último la educación y el ambiente en el cual vive la persona.
- 2) Subjetivo: hace referencia a la percepción que las personas hacen de su vida de acuerdo a las atribuciones otorgadas a lo material y a la relación con los otros; que esta íntimamente vinculado con lo que ellos piensan de si mismo y de la convivencia que se tiene día con día con la gente entrando aquí factores como la seguridad, así como el afecto que se puede dar y recibir de los otros; mediando en la percepción del grado de bienestar del individuo.

A partir de lo anterior las aproximaciones conceptuales contemplan indicadores objetivos y subjetivos, así la propuesta de la Organización de las Naciones Unidas, retomada por Levi y Anderson (1980) donde se 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, delimitando el concepto entendiéndola como: “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” (pp. 7).

Así los aspectos subjetivos están presentes en la valoración que hace el individuo de su calidad de vida basándose en un proceso cognitivo de comparación, que se sujeta a la existencia de un tiempo y un espacio determinado para la construcción de aspiraciones, expectativas y valores personales.

Ahora bien cabe resaltar que el objetivo del estudio de la calidad de vida esta encaminado a analizar el bienestar (aspecto subjetivo) de las personas, el cual integra elementos como: la afectividad (felicidad) y la cognición (satisfacción) y su relación con los logros y expectativas de la gente; por lo cual la definición tendría que retomar tanto los elementos objetivos como subjetivos de una manera integral tocando dimensiones como: la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales que apelan a un sentido de vida y su medio ambiente.

Por lo que la definición propuesta por el grupo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), contempla la percepción subjetiva y el papel objetivo o factores contextuales de los individuos. “La calidad de vida, es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses” (Harper & Power, 1998, p. 551).

Esta definición permite tener la idea de calidad de vida como un proceso integral posibilitando la búsqueda de indicadores tanto objetivos como subjetivos que permitan poner al individuo, específicamente al adulto mayor como centro de atención en pro de una cultura del envejecimiento tratando en medida de lo posible mejorar las condiciones y la calidad de vida de estas personas.

La Psicología tiene un papel muy importante en la búsqueda de estos indicadores en calidad de vida se hace necesaria la utilización de una metodología que permita su medición para lo cual se han desarrollado una serie de instrumentos para medir la calidad de vida.

## **2.2 Instrumentos de Medición de la Calidad de Vida.**

Los instrumentos para evaluar la calidad de vida tienen influencia de diversos paradigmas que van desde lo económico como una condición principal para tener una buena calidad de vida, la riqueza material según este paradigma,

mejora las condiciones de vida y por tanto la calidad de vida; pero son insuficientes para la evaluación de calidad de vida.

Otro paradigma fue el Ambientalista donde se menciona como eje las variables ecológicas sustenta que la degradación ambiental pone en peligro y deteriora la calidad de vida de los individuos y las sociedades; en este enfoque la calidad de vida corresponde al espacio social-urbano y el acceso a ciertos recursos.

En el paradigma de las necesidades básicas la noción de calidad de vida se sustituye por el concepto condiciones de vida como el grado de satisfacción de necesidades básicas que según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo el cual incluye: alimentación con los nutrientes adecuados y que pueda prepararlos; salud y reproducción biológica, vivienda con espacios adecuados, socialización y educación básica, información recreación y cultura, vestido calzado cuidado personal, transporte comunicaciones básicas, seguridad de tener acceso a satisfactores básicos durante toda su vida incluyendo la vejez.

Respecto al paradigma psicosocial este centra la atención en lo social, educativo y cultural es decir la calidad de vida esta determinada por las condiciones socioeconómicas, indicadores del nivel educativo, condición de la mujer, vivienda.

Con esto se incorpora la idea de evaluación subjetiva del bienestar de los individuos y percepción del bienestar si como la calidad de vida de las personas sanas y enfermas definida como la apreciación que hace el paciente de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal. Agregar a la lista de calidad de vida indicadores psicológicos individuales como predictores de riesgo, conceptos de personalidad tipo A, afectividad negativa, optimismo-pesimismo, orientación cognitiva de la salud, el control sobre su comportamiento mediado por el entorno; retomando la teoría de Locus de control (Rotter, 1975) la percepción de control seria a través de un factor mediador en los juicios y valoraciones que los sujetos hacen sobre su calidad de vida entrando en este momento la parte subjetiva.

El paradigma Filosófico expone la determinación de todo fenómeno por las leyes de la naturaleza y su evolución; las necesidades humanas como necesidades socialmente determinadas y la satisfacción de acuerdo al desarrollo de estas sociedades, así desde el punto de vista psicológico la necesidad es la vivencia de un déficit, que hace buscar en el interior o en el exterior elementos para satisfacer esta carencia.

Michalos 1980, se cuestiona si la calidad de vida debe dirigirse a la satisfacción de estas necesidades o a la regulación de recursos entendidos estos como la capacidad de los individuos para dominar apropiarse y controlar sus vidas (Erikson, 1993).

Dentro del paradigma de Salud la OMS refiere la falta de indicadores para medir el estado de salud y la calidad de vida (OMS,1981) esta organización define la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social “ en este paradigma de la salud los indicadores de calidad de vida que se utilizan son la patología social, mental; el problema en el uso de estos indicadores es de carácter metodológico. Dentro de este paradigma se vislumbran tres perspectivas en la medición de calidad de vida: La calidad de vida en general (percepción subjetiva y experiencia de los sujetos), la calidad de vida relacionada a la Salud (evaluar la enfermedad y efectos de intervención) y la calidad de vida específica para cada enfermedad (efectos en la vida diaria antes durante y después). Lo anterior trae consigo la definición de calidad en términos de salud y/o discapacidad funcional Rivera (1975) remarca esta idea al mencionar que “no existe duda que la variable salud es la de mayor peso en la percepción de bienestar de los ancianos y los déficit de salud constituyen el primer problema para ellos”.

En el área de la salud se miden distintos aspectos que contribuyen a la apreciación de la calidad de vida del sujeto; mostrando su grado de bienestar o malestar, manifestando un vínculo entre su salud y su calidad de vida; además la apreciación del proceso de enfermedad puede mostrar las áreas específicas en las cuales las personas a la luz de algún tipo de enfermedad se van dando un enfrentamiento. De ahí que se requieran de medidas que reflejen lo que les ocurre a las personas con padecimientos específicos, en escenarios

particulares donde se desarrolla su vida, así como las relaciones que tiene el paciente con el personal que lo atiende y que afecta su proceso de salud-enfermedad así como su calidad de vida es por ello que hay instrumentos de calidad de vida que abarcan dominios de la vida e incluyen ítems para evaluar calidad de vida en general o satisfacción en la vida. (Gladis, Gosch, Dishuk & Crits-Christooph, 1999).

Los paradigmas anteriores por sí solos dejarían de lado aspectos importantes, pero si se retoman las aportaciones de cada uno; los indicadores que proyectan en cuanto a la medición de la calidad de vida contemplarían valores objetivos y subjetivos los cuales al llevarlos a la elaboración y aplicación de los instrumentos de medición calidad de vida permitirían un abordaje más completo.

Para la medición de calidad de vida existen múltiples instrumentos construidos a partir de diversas metodologías suficientemente válidas, confiables y sensibles al cambio, esto es importante porque se deben contener mediciones que reflejen los efectos de las intervenciones; para evaluar las variables objetivas y factores que estén incluidos en el constructo de calidad de vida.

Al retomar la revisión de diversos instrumentos hecha por la Dra. Gladis (1999) pone en manifiesto el esfuerzo de la OMS por la metodología del (WHOQoL) para medir la calidad de vida, concluyendo que este instrumento tiene las características necesarias para exponer resultados confiables en la medición de calidad de vida.

El grupo de la OMS, menciona que existen tres métodos desarrollados a nivel internacional en la construcción de instrumentos de medición de calidad de vida los cuales se mencionan a continuación:

1. Un Instrumento para una cultura particular en un idioma particular.

Por ejemplo el SF-36 evalúa aspectos de calidad de vida para mayores de 16 años contempla ocho conceptos o escalas: función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social rol emocional y salud mental. Pero no es claro que cubra aspectos específicos de otras culturas.

2. Conjunto de items comunes para un amplio rango de culturas.

El Grupo Europeo de calidad de vida (EuroQol) fue aplicado en México en población anciana con buenos índices psicométricos de confiabilidad y validez realizado por González-Celis (2002) y por lo cual se hace necesarias varias traducciones.

3.-Este método es desarrollado por el grupo de la OMS (WHOQoL- Group 1996-1997-1998) la construcción de una medida de calidad de vida que fuera confiable y valida para un rango amplio de diferentes culturas.

Para este ultimo método se establecieron 15 centros alrededor del mundo para que contribuyeran en la definición de todos los aspectos de la vida que debieran ser considerados para la evaluación de calidad de vida. Se definieron 4 dominios: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente con 24 facetas que se definieron como los aspectos específicos de la vida, en cuanto a los reactivos fueron reducidos de 1800 a 1100 los cuales se ordenaron jerárquicamente además se incluyeron 236 preguntas para la versión piloto.

Posteriormente, cada centro ordeno jerárquicamente las preguntas incluyendo 236 para la primera versión piloto; al analizar los datos se extrajeron un total de 100 items generando la versión *WHOQoL-100* (Power, Bullinger & Harper, 1999) tras otra revisión se redujeron los reactivos a 26 items elaborándose la versión breve el *WHOQoL-Bref* (Harper & Power, 1998) donde 24 corresponden las facetas incorporadas en los cuatro dominios y dos preguntas globales sobre calidad de vida en general y estado de salud general.

Los hallazgos principales de este grupo de la OMS fue el desarrollo de un instrumento de medición de calidad de vida que no difiere mucho en las distintas culturas traducido a diferentes idiomas y la existencia de por lo menos 30 versiones lingüísticas del *WHOQoL-100* y del *WHOQoL-Bref* en su versión breve (WHOQoL, OMS). Pero un aspecto importante es que el *WHOQoL-100* y el *WHOQoL-Bref* son instrumentos incluye la evaluación en dominios como

medio ambiente, relaciones sociales además de salud física, psicológica y un elemento que no se ha abordado mucho, la espiritualidad de la gente y que dentro del *WHOQoL-100* se retoma a través de un dominio con una faceta y cuatro reactivos (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2004).

El vínculo que existe entre la calidad de vida y la Psicología que aborda el envejecimiento es palpable desde la idea de que la senectud es un proceso de cambios a nivel: biológico, psicológico y social. Y partir de esto, la existencia de dos modos de entender el curso del envejecimiento; un enfoque se restringe a los proceso degenerativos y de reducción en ciertas funciones, mientras que el segundo considera juntos este declinar y el despliegue positivo de funciones ya que no se dan solo deterioros sino conjuntamente el despliegue de ciertas funciones vitales y psicológicas (Fierro, 1994).

Para el entendimiento de este proceso se hace necesaria la evaluación de la calidad de vida en ancianos y para lo cual el *WHOQoL* brinda una forma favorable al acercamiento en el estudio de las personas mayores; por lo cual fue retomado para la elaboración del presente trabajo y específicamente en el dominio de espiritualidad como un factor importante para los adultos mayores.

## **CAPITULO III**

### **3. ESPIRITUALIDAD**

El envejecimiento se encuentra vinculado con las diferentes ideas o construcciones sociales respecto al proceso de vida; donde para cada etapa corresponden una serie de eventos y situaciones a ocurrir dentro de la misma. Así han surgido estudios, sobre los espacios que permitan la comprensión de las conductas y de vivencias individuales como: el arte, la literatura, la [religión](#) entre otros; teniendo como característica principal la subjetividad implicada en la construcción propia de las vivencias.

De este modo se han abierto puertas en Psicología a constructos como la espiritualidad, siendo un espacio poco estudiado ha mostrado tener influencia en la búsqueda de un sentido de vida (Frankl, 1996).

Con lo anterior y teniendo como base la idea de que sí las personas disfrutan de una buena calidad de vida, otros aspectos psicológicos tendrán más probabilidades de funcionar mejor, se encontraran las relaciones entre la calidad de vida y diversos aspectos del funcionamiento humano. (González-Celis, 2002)

Así al abordar la calidad de vida se persigue también la ubicación de nuevos indicadores positivos que permitan el soporte que las personas, especialmente los ancianos necesitan tanto en lo físico, como en condiciones de salud y en sus estilos de vida.

Es importante destacar que los factores del contexto social en el que está inserto el individuo toman un papel relevante ya que, condicionan sus aspiraciones y necesidades fundamentales por medio de una compleja red de normas, valores, costumbres que se entretajan en el funcionamiento de las relaciones sociales (Fericgla, 1992).

Dentro de este contexto social están involucradas diferentes actividades que desempeñan los ancianos, dependiendo del dinero, la salud, la capacidad de

moverse y las preferencias personales del individuo. Algunas de las actividades más populares para ocupar el tiempo libre en la vejez son la jardinería, la lectura, ver la televisión, observar acontecimientos deportivos, visitar amigos o familiares, pasear y la asistencia o pertenencia a algún grupo o asociación de diferentes tipos: cultural, recreativa, deportiva y religiosa. (González-Celis, 2002). Considerando que las diferentes actividades incluyen aspectos físicos, mentales, emocionales, sexuales y espirituales, apareciendo nuevamente lo espiritual y donde Viamonte (1993) menciona que para mantener un buen equilibrio dentro del bienestar deben de estar en buen estado los cinco aspectos anteriores.

Ante los diferentes cambios que ocurren durante esta etapa de envejecimiento la ocurrencia de eventos estresantes es continua, así, este constante enfrentamiento con los cambios ocurridos provocan en el anciano una serie de alteraciones y el participar en actividades sociales le permite un reajuste, es por ello que la pertenencia algún grupo o asociación se torna importante (Fierro, 1994).

Un aspecto relevante para el adulto mayor es la participación en actividades de tipo religioso dentro de la cual se llevan a cabo diferentes practicas en las que algunos adultos mayores participan activamente ¿pero esto tendría que ver con la forma en la cual ellos viven?. Lo anterior retoma elementos importantes como; si la religión tiene una influencia sobre la forma en que se vive; es decir el significado que para la gente tiene este aspecto de lo religioso y la vivencia o aplicación en la vida; aquí se plantearían dos cosas; una la concepción de lo religioso y dos la aplicación de los principios religiosos; como procesos diferentes, donde puede ocurrir solo de manera cognitiva o intervenir de forma práctica a través de estos principios religiosos. Al respecto Maslow en 1964 hace hincapié en la idea de que la fe y las creencias no solo se gestan en las instituciones religiosas con esto se vislumbra la idea de que la espiritualidad podría surgir en otros espacios, por tanto existiría la necesidad de diferenciar el término religioso del espiritual.

### **3.1 Diferencias entre Religiosidad y Espiritualidad**

Anteriormente en el estudio de la religión no se establecían diferencia entre los términos religiosidad y espiritualidad (Turner, 1995) ambos se utilizaban como sinónimos y así la religión era estudiada desde dos perspectivas:

La Sustantiva : vinculada con las creencias y prácticas realizadas hacia un ser divino; (Bruce 1996), es decir, la religión es definida por su sustancia, por su esencia por lo sacro.

En tanto la Funcional: tiene como eje central el vinculo de la religiosidad con la vida del individuo; las creencias, prácticas y experiencias en el sentido de vida del sujeto.

Varios autores como Maslow (1964), Turner (1995) entre otros mencionan una diferencia entre la participación en prácticas religiosas y el experimentar una vida espiritual; es decir se marca una diferencia entre los conceptos de religión y espiritualidad, donde la primera hace referencia a las practicas llevadas a cabo por el acto religioso institucionalizado, mientras que para la espiritualidad, la implicación obedece a un proceso interno, fomentado y experimentado por el individuo en su vida cotidiana; por estos contrastes se puede plantear la existencia de diferencias entre la vida religiosa y la vida espiritual.

Lo anterior nos hace retomar la existencia de definiciones respecto a la religión y la espiritualidad, ya que su distinción es importante en cuanto a planteamientos teóricos y prácticos; así Zinnbauer, Pargament y Scott (1999) citan que en la historia de la Psicología de la Religión existen una variedad de axiomas sobre espiritualidad y religiosidad; expresadas en el siguiente cuadro:

Muestra de definiciones de Religión y Espiritualidad en Psicología de la Religión

### **Religión**

- Argly y Beit –Hallahmi (1975) es un sistema de creencias en una divinidad o en un poder super humano con prácticas de culto u otros rituales dirigidos a ese poder.
- Baston, Schoenrade y Ventis (1993): cualquiera de nosotros como individuos enfrentamos personalmente las preguntas que nos confrontan con el hecho de que estamos conscientes de que nosotros y otros como nosotros estamos vivos y podemos morir.
- Clark (1958) la experiencia interna del individuo, cuando siente un más allá, especial mente como evidencia del efecto de esa experiencia sobre la conducta cuando activamente intenta armonizar su vida con el más allá.
- Williams James (1902/1961) los sentimientos actos y experiencias de los hombres individuales en su soledad, percibidos en si mismos al encontrarse en relación con lo que ellos consideran lo divino.

### **Espiritualidad**

- Benner (1989): La respuesta humana a la llamada amable de Dios a una relación con Él mismo.
- Elkins, Hedstrom, Huges, Leaf y Saunders (1988): Una manera de ser y experimentar la conciencia de una dimensión de trascendencia que se caracteriza por la certeza de identificar valores con respecto a uno mismo, la vida y lo que uno considere el Último.
- Shafranske y Goursuch (1984): Una dimensión de trascendencia dentro de la experiencia humana... Descubierta en momentos en que el individuo cuestiona el sentido de su existencia personal e intenta ubicarse a si mismo en un contexto ontológico más amplio.
- Vaughan (1991): s la experiencia subjetiva de lo sacro

**Fuente:** Zinnbauer, J. Brian; Pargament, I. Kenneth; Scott, B Allie, (1999) The emergings meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects, Journal of personality, 67:6, 889-919 (citado en tesis "espiritualidad y salud mental en adultos mayores" por el grado de Maestría en Psicología por Armando Rivera Ledesma)

Por lo anterior la postura que se retomará entre Religiosidad y Espiritualidad es a partir de la distinción teórica entre ambas pero también la dependencia entre si:

La religiosidad como la institución que gesta la vida espiritual pero no necesariamente la comparte ya que dentro de la religiosidad el establecimiento de practicas y normas propias de la vida religiosa pueden forjar la vida espiritual pero esta también puede formarse en otros espacios o bajo otras condiciones.

Para un estudioso de la teología y la bioética, como Leonardo Balderrain (2000) con una visión humanística-religiosa, la espiritualidad podría verse como un espacio con horizontes; él lo denomina "Los horizontes del espacio espiritual" los cuales son:

-horizontes con jerarquía de valores y creencias... el bien, el amor, la verdad, la valentía...

-horizontes con sentidos de la vida y significaciones... el mar, una mañana, una casa, el vuelo de un ave...

-horizontes de esperanza... la apertura, los mitos, peticiones y deseos..

Estos horizontes se van conformando en el desarrollo de la vida y acompañan a un transcurrir de la agitación a la armonía, del anhelo a la plenitud. Esta perspectiva encontraría un vínculo entre la espiritualidad y la vejez, ya que en esta etapa se vuelve constante la búsqueda de creencias, valores, esperanzas y de significados por la vida.

### **3.2. Importancia de la Espiritualidad en la Vejez.**

Maslow en 1964 menciona que no solo las instituciones religiosas tradicionales son las únicas portadoras de creencias y experiencias religiosas con esto se vislumbra la idea de que estas creencias podrían forjarse y aplicarse desde otra posición que no fuese necesariamente una jurisdicción de la iglesia institucionalizada. El mismo autor expresa que las experiencias religiosas no necesitan ser vinculadas a lo divino ya que la santidad, la iluminación pueden y han sido usados desde otras posturas laicas.

Actualmente se han dividido los términos religión y espiritualidad como una polarización ante conceptos con significados distintos; de lo anterior sobresalen los definidos por:

Emblem (1992):

- Religiosidad: como “un sistema de creencias y cultos organizados, con personas practicantes” de tal sistema
- Espiritualidad: como “un principio de vida personal que estimula una cualidad trascendente de la relación con dios”

Sobre el mismo eje Peteeet (1994) los definió como:

- Religiosidad: como el “compromiso con las creencias y prácticas característico de una tradición particular”.
- Espiritualidad: como “la condición humano en un extenso y/o trascendente, contexto relacionado con el significado y el propósito de la vida y a relación de uno con el ser supremo”.

Así el término espiritualidad utilizado de una manera funcional, ha venido a representar al individuo en pro de alcanzar metas, el sentido de la vida, la interconexión con otros, la verdad y el propio potencial interno. Mientras que la religiosidad representa las creencias y practicas formalizadas e institucionalizadas por lo cual Wulff (1996) describe la espiritualidad como un proceso dinámico y en contraparte la religiosidad como estática.

De manera general el eje de la definición respecto al término espiritualidad radica en un sentido de vida como un principio personal que va mas allá de la trascendencia física y esta íntimamente vinculado con la relación de uno mismo con los demás; así como la significación de un ser supremo no solo en la búsqueda de un beneficio por nuestras acciones sino llevado al vivir cotidiano como una expresión de lo vivido, del pasado que renace para aprender de nuestros errores y trasmitir las experiencias.

Desde esta perspectiva lo espiritual se vincula con el proceso de envejecimiento ya que solo ellos, estas personas con gran sabiduría son quienes saben con una palabra calmar una tormenta, un llanto insaciable de un amor que se va, tienen una arma que muchas veces no queremos escuchar la voz de la experiencia; el saber, que solo se aprende con los años.

Por ello la importancia de una perspectiva diferente respecto al envejecimiento podría hacer que estas personas renacieran, como la vida del pasado que hemos querido olvidar y devolvernos o devolverles la fe en sí mismos y en sus proyectos de vida.

Los aportes desde una perspectiva filosófica y existencial acerca del desarrollo del sentido de vida, los valores y el significado personal de expuestos por Frankl (1966) han enriquecido la noción de espiritualidad en el campo psicológico. Ya que desde el punto de vista ontológico, el ser humano y el "ser" en el mundo consiste en buscar y crear significados que conduzcan a una satisfacción de lo vivido; expresado lo anterior desde la perspectiva cognitiva los pensamientos mediarían las acciones del sujeto y sus capacidades o limitaciones para enfrentar alguna situación.

Jung (1957) menciona a la espiritualidad como un proceso individual primario que reclama un espacio original; pero original "adentro" y no "afuera"; es decir forma parte de un proceso interno experimentado por el individuo.

La espiritualidad mas allá de la concepción teórica tiene una connotación de orden ideológico que abarca varios aspectos de la vida del sujeto:

Primero la idea judeo-cristiana de una vida después de la muerte dentro de lo cual el fin ultimo seria alcanzar esta vida eterna a través de buenas acciones.

Segundo mas allá de la existencia de una vida después de la muerte; el contemplar la vida como un proceso de trascendencia donde lo mas importante es el bienestar físico y emocional y desde donde la acumulación de lo material no tendría mucho sentido.

Ambos aspectos llevan a planteamientos diferentes de las acciones y decisiones de las personas así como la forma en que viven; en primera instancia lo que implica la existencia de una vida después de la muerte permite formar de manera ideológica una seguridad y protección hacia algo desconocido (la muerte). Para que esto se cumpla se necesitan cumplir ciertas condiciones como; son la realización y acumulación de buenas acciones; esto implicaría que en la vida de la persona se busque realizar acciones que posibiliten que se llegue a lo prometido, para lo cual las personas mayores en esta etapa al hacer una evaluación de su vida y las buenas acciones tendrían un sentido, el permitirle tener un lugar en donde el sufrimiento ya no existe así

cuando los cambios físicos ocasionados por la edad son agobiantes e insoportables la idea de un lugar donde ya no se sufre, retomaría un valor importante para el adulto mayor; pero ¿que pasa con las personas que dejan de luchar que se vuelven estáticos esperando la muerte?.

En segundo plano el no considerar la existencia de vida después de la muerte podría llevar a un camino desde el cual las acciones no estarían mediadas por la presencia de la muerte sino de la vida que aun se tiene y las posibilidades de acción con las que se cuentan.

Estas dos formas de interpretación llevarían a formas de vida diferentes; por lo cual se hace necesario el continuo estudio de la espiritualidad como un fenómeno subjetivo, ya que desde aquí el adulto mayor esta encontrando formas de enfrentar y vivir su envejecimiento.

Una escala con buenas propiedades psicométricas es el Systems of Belief Inventory, SBI-15R (Halland, 1998) cuenta con 15 items y se hace práctica su aplicación a adultos mayores explora creencias y prácticas religiosas y espirituales donde en lo emocional plantea la esperanza y la paz en la mente, en lo cognitivo la existencia de Dios y la creencia de que un Dios nos protege, en lo conductual el uso de la meditación, de la oración y por ultimo en lo social el soporte de la gente que comparte la fe del sujeto. Apelando las definiciones y la conceptualización realizada anteriormente respecto al término espiritualidad considero que con este instrumento se evalúan las practicas religiosas por lo que para el presente trabajo se retomo el instrumento *WHOQoL-100* (Power, Bullinger & Harper, 1999) de la Organización Mundial de la Salud donde uno de los dominios esa enfocado a medir la espiritualidad.

### **3.3 Relación entre Espiritualidad y la Calidad de Vida en Adultos Mayores.**

Partiendo desde las medidas utilizadas para explorar la calidad de vida; se pude reflexionar sobre sí el grado de espiritualidad podría crear un vínculo de apoyo que le permita al adulto mayor percibir de manera diferente el proceso de vejez, los cambios emocionales, las formas de relación con los otros, el trato

de la gente o algunos deterioros físicos; factores que han sido relacionados con la calidad de vida y observar si estos se ven minimizados por la existencia de una vida espiritual que le permite fortalecer el paso por este proceso de envejecimiento.

Sabemos que los adultos mayores tienen mucho tiempo disponible, mucho tiempo para pensar, a veces en situaciones actuales pero en mayor medida en el tiempo pasado, en lo perdido, en lo que hubieran hecho si..., en la falta de..., en la soledad, en lo que no tienen, en lo que no les alcanza, en el dolor, en la queja... muchas veces estos pensamientos tienen su razón de ser; estos pensamientos angustian, deprimen y paralizan casi siempre estos pensamientos son “alojados” en el propio cuerpo y aparecen los dolores físicos, las “somatizaciones” y el sentimiento de minusvalía.

En este proceso donde el afrontamiento ante tales situaciones puede determinar el bienestar del anciano; resulta importante conocer cuáles son los elementos de los que hacen uso para minorizar los deterioros en este proceso y sí la presencia de la espiritualidad como uno de estos elementos podría ser favorecedor. Ya que la espiritualidad podría cumplir una labor muy importante, la de ofrecer una lancha en el naufragio de estas soledades y depresión en la que están inmersos algunos de nuestro adultos mayores.

Se hace importante mencionar que muchas conductas se van construyendo atravesadas por mitos, falsas creencias, aprendizajes erróneos, aunque a veces se trate de verdades que fueron útiles en una época y han perdido vigencia.

La actualización de estos saberes permite cambios conductuales que posibilita que las personas se ubiquen de distintos modos ante su realidad, crecer y obtener nuevas miradas ante viejas situaciones supone un cambio a favor del crecimiento.

De manera contraria la realización de ciertas conductas determinadas y ejecutadas por los sujetos o la convicción sobre un hecho podría truncar o limitar la tarea continua en el logro de una mejor calidad de vida; un ejemplo

de ello es la existencia de una creencia o serie de convicciones que de manera paralela podría crear una actitud pasiva, estática ante el cuidado de nuestro propio cuerpo y de nuestra propia salud; justificándose en la existencia de algo superior al cual se le atribuye la responsabilidad del cuidado propio, provocando un aislamiento entre las actividades que le permitirían al adulto mayor tener una mejor calidad de vida.

Consideremos el aprendizaje como un proceso siempre activo que se realiza a lo largo de toda la vida. En este proceso se promueve la actualización de los conocimientos ya alcanzados, convalidándolos, asociándolos, comparándolos, reflexionando sobre sus propias creencias y explicarlos frente a los otros. Es en este proceso de aprendizaje donde el adulto mayor podría darse cuenta de sus capacidades para cuidarse, pero en el momento que deposita esta responsabilidad en la existencia de algo fuera de él, se trunca la posibilidad de mejorar sus condiciones de vida así como su interacción con los demás.

El encuentro con otros promoverá la socialización, invita a la “ palabra”, a la comunicación, a la “ presencia activa” descubriendo a otros al mismo tiempo que se descubre uno mismo participando y comprometiéndose, potencializando los recursos personales, logrando un mayor bienestar subjetivo gracias a la valorización de él mismo.

En contraposición con los recursos físicos y sociales que disminuyen con la vejez, pudiesen ser los recursos internos aquellos que podrán complementar y a veces remplazar tal disminución. En la construcción de una vida diferente el adulto mayor existe y vive mientras alguien le dé vida con su escucha porque es a través de lo que él fue, como él reconstruirá la imagen de lo que ahora es; pero este proceso es siempre a través del otro y del reconocimiento de existencia de los demás como seres valiosos e importantes pertenecientes a una sociedad y familia.

Por sus condiciones físicas y mentales se requiere una movilidad en el desarrollo de procesos psicológicos estructurales internos superación de recursos internos donde puede hallarse la Espiritualidad, alternativa viable para

enfrentar pérdidas y disminución de angustias ya que es a través de la construcción de un sentido de vida como se le va dando valor a la vida y a las acciones.

Por lo anterior ¿qué papel jugaría la espiritualidad en el adulto mayor? sería como un proceso interno para enfrentar el estrés provocado por las pérdidas en su vida; así la relación entre la espiritualidad y la Calidad de vida del adulto mayor sería fuerte ya que la espiritualidad tendría como fin el vislumbrar una forma de vida con sentido desde donde cada día se vuelve importante y por tanto mis relaciones con otros, mi bienestar y la salud física se podrían ver influenciados por esto de “darle forma a la vida en la vejez”

Aquí se retoma un punto importante si la salud está asociada con la forma en como se aprecia la calidad de vida; ya que si se tiene alguna enfermedad la calidad de vida se percibe como pobre, pero de la misma forma si por medio de la espiritualidad el afrontamiento hacia el padecimiento de alguna enfermedad se podría favorecer el enfrentamiento de esta enfermedad y los ancianos encontrarían en la espiritualidad una alternativa que permitiera una visión distinta de las pérdidas que probablemente conduciría al adulto mayor a una percepción diferente de su calidad de vida y no solo eso si no en la realización de conductas que permitan mejorar dicha calidad de vida.

Koenig (et al 1993) menciona la existencia de recursos los cuales son:

- Internos: hereditarios
- Externos: personalidad, finanzas, soporte emocional
- Afrontamiento: conductas observables o procesos de pensamiento para disminuir estresores.

Por lo que se refiere a la espiritualidad como un recurso interno; es algo que forma parte del haber cognitivo del sujeto y lo exterior como el soporte social o el afrontamiento como una respuesta adaptativa. Estos dos recursos el interno y el externo están en interacción constante y dependientes el uno del otro.

La vida espiritual se encuentra vinculada tan cerca y a la vez tan alejada de la vida religiosa tanto como dos líneas paralelas que en algún punto se encuentran o se pueden encontrar. Lo anterior partiendo de la idea de la espiritualidad a partir de la gestación o el involucramiento con lo religioso; es por ejemplo como un huevo donde el cascaron tienen una función, una finalidad, un objetivo que en este caso es el proteger al centro que es la vida, es así como la existencia del cascaron tiene sentido, la protección del origen y desarrollo de vida del pollito en este caso y que el cascaron cumple su misión hasta un determinado momento, en el cual se propicia la salida del pollito y desde donde esta analogía permitiría expresar el sentido de trascendencia donde ya esta protección del cascaron seria útil para ser aplicada bajo el sentido propio de la espiritualidad pero sobre todo sentida como parte de nosotros mismos y desde donde se plantearía un sentido de vida.

Así con esta protección sentida y experimentada se da paso a la vida fuera del cascaron y el transformar esta experiencia en algo vivido llevaría hacia una vida espiritual. Con esta relación a lo que me refiero es a la religión como aquel cascaron en el que en un determinado momento preparo al Ser para la vida espiritual encontrando un sentido de vida de trascendencia mas allá de lo institucionalizado, de los dogmas o reglas establecidas y experimentar lo dicho o lo promulgado distante de la rutina o lo cotidiano donde no se le da valor a la vida convirtiendo al vivir en un vivir constante.

Al hablar sobre las diferencias entre religiosidad y espiritualidad saltan a mi mente ideas como; las practicas religiosas por un lado y por el otro la interiorización y la comprensión de las mismas (desde dos perspectivas lo cognitivo y el sentimiento) de lo que estas practicas han hecho y hacen en la gente, pensamientos como el valor de si mismo y la comunión con dios; por tanto se expresa que las prácticas religiosas tomarían sentido a través de la comprensión de las mismas, es decir, en la práctica y en la experiencia con los otros.

Al hablar de experiencia se encuentra un vínculo importante con los adultos mayores ya que ellos están dotados de gran experiencia la cual les proporciona una visión y percepción de la vida que ineludiblemente se refleja en la relación con los otros; Manonni (1992) menciona que es en la proximidad a la muerte donde las preguntas existenciales se vuelven tan latentes que llegan a ser ineludibles; así en la etapa de envejecimiento donde los recuerdos saltan como recordatorios precisos de nuestro bagaje histórico la experiencia se vuelve un instrumento de apoyo en la vida cotidiana, es decir, todas aquellas cosas que están ligadas con el sentido de vida son retomadas a través de la experiencia.

Retomando la idea del proceso de vida como nacimiento-desarrollo-reproducción y muerte con la proximidad de esta última y con la idea de cercanía de la misma se hace propicia la recapitulación de lo vivido y es en este punto donde el desamparo tanto social, como familiar pero sobre todo emocional van gestando en el adulto mayor la ferviente necesidad de búsqueda de una tabla de salvación que no le permita el naufragio y este posible elemento es la vida espiritual ¿porque la vida espiritual y no la vida religiosa? Este cuestionamiento tiene lugar partir de la idea de diferencia entre ambas y esta disyuntiva a través de las aportaciones en la experiencia vivida por cada persona en relación consigo mismo y con los otros pero sobre todo en la comunión creada con dios como aquel “Ser” que permite la realización y el cumplimiento pleno de la esperanza de vida y continuación de la misma, no como un acto mecánico, involuntario y rutinario; si no como la expresión de plenitud, de goce por la existencia misma.

Por lo anterior la vida espiritual como un sentido de vida tendría lugar en la participación y percepción de la calidad de vida del adulto mayor es por ello que el presente trabajo aborda la relación entre la calidad de vida y la espiritualidad.

## **CAPITULO IV**

### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **4.1 Pregunta de Investigación.**

¿Podría la espiritualidad ser un factor importante en el estudio de calidad de vida en los adultos mayores?

#### **4.2 Justificación.**

La población de ancianos ha incrementado notablemente, pero esto no indica que las condiciones o la calidad de vida sean favorables por lo que se hacen necesarias investigaciones para conocer la calidad de vida de este sector de la población ya que varias investigaciones muestran el desamparo y la desatención que se tiene para ellos tanto a nivel económico, político, familiar y de salud entre otros.

En diferentes investigaciones se ha encontrado que la espiritualidad es un elemento que en particular las personas de la tercera edad, utilizan frecuentemente cuando se enfrentan a alguna enfermedad o problema y siendo ésta, una variable que interviene en el comportamiento del individuo en áreas como: relaciones sociales, salud física y mental, su estudio se vuelve importante ya que repercute en la asistencia a los diferentes sectores de salud pública. Debido a que este sector de la población es el que más utiliza los servicios de salud por las diferentes problemáticas enfrentadas durante esta etapa de la vida, se hacen necesarias las búsquedas preventivas que ayuden a reducir costos de asistencia social para los adultos mayores; donde la espiritualidad podría ser un factor de apoyo a través del cual el anciano se enfrenta a estas problemáticas tanto de salud como de otra índole.

## **4.3 OBJETIVOS**

### **4.3.1. Objetivo General.**

Determinar las relaciones existentes entre la Espiritualidad, el padecimiento de alguna enfermedad y otras medidas adjuntas que se encuentren asociadas con la Calidad de Vida en un grupo de adultos mayores.

#### **4.3.1. Objetivos Específicos.**

- 📖 Comparar las diferencias existentes entre los puntajes del dominio de espiritualidad con el puntaje obtenido de los dominios restantes del WHOQoL (Versión 100)
- 📖 Determinar la relación existente entre la puntuación en el dominio de espiritualidad y la puntuación total de calidad de vida.
- 📖 Probar si existen diferencias en el grado de espiritualidad a partir del género.
- 📖 Determinar si existen diferencias en el grado espiritualidad y las categorías de edad.
- 📖 Determinar si existen diferencias en el grado de espiritualidad, a partir del nivel de escolaridad.
- 📖 Determinar la relación existente entre el grado de espiritualidad y la pertenencia a algún grupo o asociación de tipo religioso y el tiempo que le dedica.
- 📖 Determinar si existe una asociación en el grado de espiritualidad y el padecimiento o no de alguna enfermedad.
- 📖 Determinar si existe una asociación en el grado de espiritualidad y el tipo de enfermedad que se padece.

## **4.4 Hipótesis de investigación.**

Existen diferencias significativas entre el puntaje de espiritualidad y el puntaje de los otros dominios de calidad de vida.

Existe una relación significativa entre la espiritualidad y la calidad de vida del adulto mayor.

Espiritualidad- género: no existen diferencias en el grado de espiritualidad, a partir del género en adultos mayores.

Espiritualidad -edad: no existen diferencias en el grado de espiritualidad, para cada grupo de edad, en los adultos mayores.

Espiritualidad-nivel de estudios: no existen diferencias en el grado de espiritualidad entre los diferentes niveles de escolaridad en los adultos mayores.

Espiritualidad -pertenencia a algún grupo o asociación: existe una relación entre el grado de espiritualidad y la pertenencia a algún grupo o asociación de tipo religioso, así como el tiempo que le dedica.

Espiritualidad-padecimiento de alguna enfermedad: existen diferencias significativas en el grado de espiritualidad, dependiendo del padecimiento de alguna enfermedad en adultos mayores.

Espiritualidad-tipo de enfermedad que se padece: existen diferencias significativas en el grado de espiritualidad y el tipo de enfermedad que se padece.

## **CAPITULO V**

### **5. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.**

#### **5.1. Diseño y tamaño de la muestra.**

A partir de un diseño *ex post facto*, no probabilístico, intencional y selectivo, se contactó la participación de los sujetos de manera voluntaria, asignándoles una cita para la aplicación de los instrumentos.

Todos estaban adscritos a una clínica de salud, en una zona urbana de clase baja del Estado de México y todos acudían a consulta externa.

Así se conformó la muestra, con las características de los sujetos, de tamaño  $n=106$  adultos mayores de 60 a 87 años, (media de 65 años y desviación estándar de 9.41); en la muestra prevalecía el género femenino con  $n_1=61$  y para el género masculino  $n_2= 45$ ; respecto al nivel de escolaridad el promedio fue la educación básica; el estado civil se expresó de la siguiente manera: casado o con pareja el 63%, 34% viudo y el 3% solteros (de acuerdo a la ficha de datos socio-demográficos).

#### **5.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

##### **5.2.1. Criterios de Inclusión**

Los sujetos seleccionados cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

1. Edad mayor a 60 años.
2. De cualquier sexo, nivel educativo, religión, etc.
3. Aceptación voluntaria para participar en la investigación

##### **5.2.1 Criterios de Exclusión**

1. Todos los que tuvieran menos de 60 años
2. No quisieran participar en la investigación.

De acuerdo a estos criterios la muestra fue reducida de 137 a 106 sujetos.

#### **5.3. Materiales.**

- Lápices

- Hojas blancas
- Gomas, sacapuntas
- Tarjetas de apoyo (se expusieron dos tipos de tarjetas ambas median 13cm. de largo por 7cm de ancho, con fondo blanco; en la parte posterior la opción de respuesta seguida por una carita que ejemplifica la opción de respuesta esto para las primeras tarjetas; las siguientes tarjetas mostraban la opción de respuesta y en la parte inferior un cuadro completamente iluminado de color azul que gradualmente va disminuyendo según la opción de respuesta).

#### 5.4. Instrumentos.

Se aplicó una batería compuesta de tres instrumentos de medición psicológica y una ficha de datos socio-demográficos. Para fines de la presente investigación se retomaron los datos que arrojó el instrumento WHOQoL-100 y la ficha de datos sociodemográficos.

En el cuadro 2 se describen las características básicas de la ficha de datos socio-demográficos y las del instrumento WHOQoL-100 (ver apéndice1 y 2).

Instrumento	Definición
Ficha de datos socio-demográficos	Incluye variables demográficas (sexo, edad, estado civil, ingreso económico nivel de estudios, ocupación actividades, pertenencia a algún tipo de asociación y el padecimiento de alguna enfermedad)
Calidad de Vida (WHOQOL- 100, Harper & Power, 1998, en su versión extendida, que cuenta con 100 reactivos; traducida y adaptada al español-mexicano por González-Celis, 2002)	Mide la calidad de vida en general incluye seis dominios de calidad de vida: salud física, independencia, salud psicológica, relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad. Contiene 24 facetas específicas (96 ítems) las que se distribuyen en cuatro preguntas por faceta y una faceta general (4 ítems dirigidos a "Calidad de Vida Global" y "Salud General").  Es evaluado por puntaje de 1-100 mientras más alto mejor calidad de vida.

#### 5.5. Diseño de la Investigación.

Se trató de un estudio no experimental dado que no se llevó a cabo ninguna manipulación de variables; se realizó en un solo momento de acuerdo con un

diseño transversal correlacional, donde se interesó medir las relaciones y asociaciones entre las variables descritas.

## **5.6. Escenario**

La aplicación de los instrumentos se realizó en un consultorio de la clínica, acondicionado con un escritorio y dos sillas, con buena ventilación e iluminación; tratando de controlar las variables extrañas (ruido, distracciones o fatiga) con el fin de obtener resultados confiables.

## **5.6 Definición de Variables**

Género: clasificado en hombres y mujeres

Edad: en los años cumplidos mayores de 60 años

Escolaridad: se consideraron cuatro categorías:

- 1.-ninguno en absoluto
- 2.- primaria (algún grado de educación primaria)
- 3.-secundaria ó estudios técnicos
- 4.-bachillerato o profesional (estudios completos o incompletos)

Padecimiento de alguna enfermedad: la presencia o la ausencia de alguna enfermedad, reportada por el sujeto.

Tipo de enfermedad que se padece: la categorización de las enfermedades fue la siguiente:

- 0.- no-respuesta
- 1.-crónico degenerativa (diabetes, cáncer...)
- 2.-auditivo visual (pérdida total o parcial de la vista o la audición)
- 3.-músculo esqueléticas (artritis, osteoporosis)
- 4.-agudas( respiratorias, gripas, infecciones estomacales)
- 5.-mentales (trastornos de orden psíquico)
- 6.-otras referidas por el sujeto.

Pertenencia a algún grupo o asociación; la pertenencia o no pertenencia a alguna asociación o grupo de tipo religioso, así como el tiempo que le dedican; se hizo una categorización clasificación del tiempo dedicado, desde: al menos una vez a la semana, al menos una vez al mes u ocasionalmente.

Vejez: un proceso lento y gradual de deterioros a nivel biológico, mental y social ocasionado por el paso de tiempo donde se requiere de una respuesta adaptativa que permita aminorar las pérdidas maximizando las ganancias (González-Celis, 2004).

La postura que se retomará entre Religiosidad y Espiritualidad es a partir de la distinción entre ambas pero también la dependencia entre sí:

La religiosidad: como la institución que gesta la vida espiritual pero no necesariamente la comparte y que dentro de la religiosidad el establecimiento de prácticas y normas propias de la vida religiosa, en el estudio se midió partir de la pertenencia algún grupo o asociación de tipo religioso así como la asistencia a la misma.

La espiritualidad: como un principio de vida personal que estimula una cualidad trascendente relacionado con el significado y propósito de la vida como la relación de uno mismo con el ser supremo. La espiritualidad se midió a partir del puntaje obtenido en el dominio de espiritualidad de WHOQOL-100 donde cero es nivel más bajo de espiritualidad y cien el más alto.

Calidad de vida: es la valoración, juicio o sentimiento sobre salud percibida, satisfacción social, necesidades culturales, valoración del entorno, servicios de salud y servicios sociales percibidos así como elementos objetivos o de medición real sobre la calidad ambiental, la disponibilidad de servicios de salud y sociales, la salud subjetiva (valoración), el apoyo social y factores culturales (OMS; Harper & Power, 1998, pp. 551).); en el reporte de investigación se midió a partir de la calificación obtenida con el WHOQOL-100, puntuación total en una escala de cero a cien, donde mayor puntuación, mayor y mejor calidad de vida.

## **5.7 Procedimiento.**

Se solicitó la autorización por parte una clínica de salud ubicada en el municipio de Tlalnepantla de Baz, Estado de México, para realizar la aplicación de evaluaciones de calidad de vida a adultos mayores.

Se estableció contacto con los sujetos para su participación en el proyecto, explicándoles en qué consistía la investigación además de nuestros datos personales como nombre y escuela de procedencia; se plantearon los objetivos de la investigación y se les entregó un tríptico con la información del proyecto.

Posteriormente se llevó a cabo la lectura y el llenado de la ficha de datos Sociodemográficos mencionando que era confidencial esa información que nos estaban proporcionando; se les explicó que las sesiones serían individuales y que serían cuatro los instrumentos a contestar, la aplicación de los instrumentos fue tipo entrevista. Se respetó el orden de los instrumentos:

1. Ficha de datos Sociodemográficos
2. WHOQoL-100 (Versión en español)
3. Escala de Bienestar Subjetivo (PGC)
4. Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

Los cuatro instrumentos que se aplicaron fueron, una Ficha de Datos Sociodemográficos y las evaluaciones de la Calidad de Vida en General (WHOQOL- 100), Depresión Geriátrica y Bienestar Subjetivo. Cabe mencionar que para cubrir los objetivos de este reporte de investigación solo se retomaron datos de la ficha de datos sociodemográficos y de Calidad de Vida en General (WHOQOL- 100), así como el puntaje del dominio de espiritualidad.

La aplicación de manera más específica fue la siguiente: se inició con la ficha de datos socio-demográficos para ello el entrevistador leía las preguntas y anotaba explícitamente las respuestas del sujeto. Al finalizar se prosiguió con la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL- 100) donde el aplicador leía las preguntas especificando que la referencia fuese de las dos últimas semanas y ante una serie de tarjetas presentadas sobre la mesa, el sujeto emitía su respuesta de manera oral, señalando la tarjeta, o ambas. La

posición de las tarjetas permanecía fija lo que variaba era la respuesta del paciente.

Al término de este instrumento se daba paso a la aplicación de la escala de Bienestar Subjetivo el cual contiene opciones de respuesta ¿sí o no?; dicotómicas y nominales. Y dos preguntas abiertas en el Factor 3; el reactivo 1 y 5.

Por último se precedió a la aplicación del instrumento de Depresión Geriátrica donde las opciones de respuestas al igual que en el instrumento de bienestar subjetivo las opciones de respuesta son: ¿sí o no? dicotómicas y nominales. Al término se comentaba que los resultados se proporcionarían en el mismo lugar y que éstos serían confidenciales; agradeciendo su participación salían del cubículo.

Cuando la persona no recordaba algo se le dió el tiempo suficiente para contestar, y en caso de que se negara a contestar, se pasaba a la siguiente pregunta; cuando concluía la aplicación, se les dió las gracias cordialmente invitándolo a pasar posteriormente por los resultados, se anexó una lista de recomendaciones y un directorio de lugares donde pudieran ellos realizar alguna actividad o fomentar redes de apoyo social ( Ver apéndice 3).

Nuevamente para los propósitos de esta investigación, solo se analizaron los datos obtenidos en la ficha sociodemográfica y en el instrumento de calidad de vida.

De manera general obtuvimos una participación de 136 personas de las cuales solo se pudieron evaluar en el proyecto 106 sujetos, por los criterios de exclusión. La duración de la aplicación de los instrumentos fue de una hora aproximadamente por paciente.

## CAPITULO VI

### 6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de los datos incluye tanto aspectos cualitativos como cuantitativos, la información que contiene el instrumento WHOQoL puede analizarse de manera numérica y por lo tanto puede aplicarse algún tratamiento estadístico; o bien analizarse con la información cualitativa; así mismo en la ficha de datos sociodemográficos se recolectaron aspectos cualitativos en primera instancia que posteriormente fueron cuantificados para el análisis de datos. Para el análisis, los datos fueron procesados en el sistema SPSS Ver. 12 (Statistic Package for Social Sciences Versión 12) para identificar y establecer relaciones así como probar diferencias estadísticas al formarse los diferentes grupos de sujetos para cada variable estudiada.

La ficha de datos sociodemográficos consta de 20 ítems, la obtención de datos fue realizada mediante entrevista. Se preguntaron datos personales como nombre, edad, escolaridad, estado civil y más amplios, como, el padecimiento de alguna enfermedad y en su caso, que tipo de enfermedad. Otras preguntas que se analizaron, es sí pertenece a algún grupo o asociación, de qué tipo y qué tiempo le dedica ( Ver Apéndice 1).

Los parámetros que evalúa el instrumento WHOQoL son:

1)Frecuencia, medida en términos ¿Que tan frecuente...? donde las opciones de respuesta fueron: “nunca”, “a veces”, “moderadamente”, “muy seguido” y “siempre”. 2)Satisfacción: “muy insatisfecho”, “insatisfecho”, “regular”, “satisfecho” y “muy satisfecho”.

3)Intensidad: “nada”, “un poco”, “moderadamente”, “bastante” y “completamente”. 4)Calidad: “muy mala”, “mala”, “regular”, “buena”, “muy buena”.

Estas eran todas las opciones utilizadas en el instrumento de calidad de vida, en escala tipo Licker y de manera ascendente se asignaba un valor numérico a

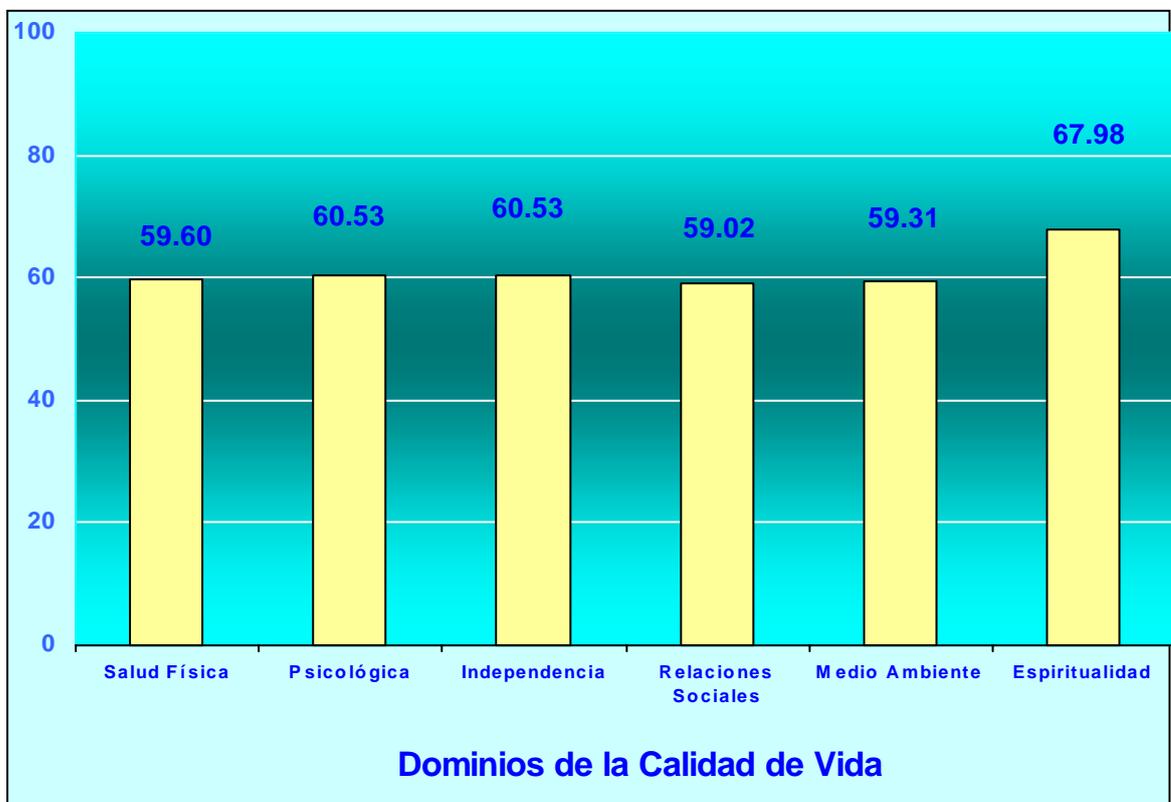
la respuesta emitida por el paciente que va de uno el valor mínimo, a cinco el máximo valor, por pregunta y cero la no respuesta.

Por lo que para la evaluación de Calidad de vida se obtuvo con el puntaje total, es decir la suma de los seis dominios, donde cero es la más baja puntuación y cien la mas alta; se obtuvo una media de 61.09. Posteriormente se realizaron categorías para analizar la distribución general de la población. Estas categorías son: 12.3 es pobre, 36.8 es regular, 32.1 es moderada y 18.9 es buena.

El programa SPSS arrojó los siguientes resultados:

En relación a los puntajes obtenidos sobre la calidad de vida de la población conformada por 106 adultos mayores de la clínica de salud donde se llevó a cabo la aplicación del instrumento; el comportamiento de la población se expresa en la figura 4.

**Figura 4. Puntuación de Calidad de Vida para cada Dominio, en una muestra de 106 ancianos**



En la figura 4 se muestra en puntaje de cero a cien del comportamiento de calidad de vida de la población respecto a cada dominio del WHOQoL. Retomando que el estándar Mundial establecido por la OMS es del 70% para considerar una buena calidad de vida en cada uno de los dominios; en dicha figura los resultados no se muestra muy halagadores.

Se puede observar que las puntuaciones en los dominios de relaciones sociales y medio ambiente son las mas bajas, seguido de salud física con 59.60; respecto al dominio psicológico e independencia la diferencia es mínima .0006 y el dominio qué, aún cuando no alcanza el estándar establecido, sin embargo se acerca más, es el dominio de espiritualidad con un 67.98 y desde donde este trabajo centra su atención ya que se dibuja como un factor importante en la calidad de vida de esta población de adultos mayores.

Para el estudio de la variable Espiritualidad se obtuvo el puntaje total, es decir la suma total del dominio de espiritualidad donde cero es la más baja puntuación y cien la más alta; se obtuvo una media de 67.98. Posteriormente se realizaron categorías para analizar la distribución general de la población. Estas categorías son: en el rango de 24.00 a 45.16 es pobre; el rango de 45.17 a 66.33 es regular, de 66.34 a 87.50 es moderada y 87.51 en adelante es buena.

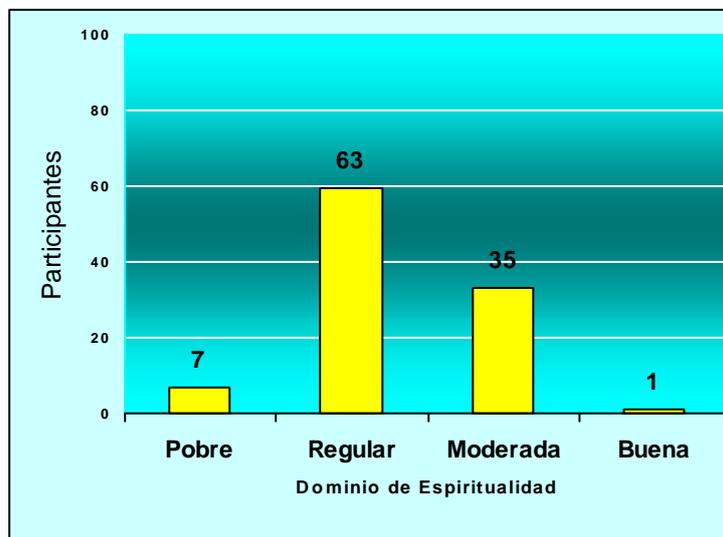
**Tabla 1. Categorías de espiritualidad**

<b>Categorías de espiritualidad</b>	<b>No. de sujetos</b>	<b>Porcentaje</b>
Pobre	7	6.6
Regular	63	59.4
Moderada	35	33.0
Buena	1	1.0
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Tabla 1. Distribución de la población de acuerdo a las categorías de espiritualidad en la muestra de adultos mayores.

En la figura 5 se observa la distribución de la muestra de acuerdo a las categorías de espiritualidad.

**Figura 5. Número de sujetos para cada categoría del dominio de espiritualidad en una muestra de 106 adultos mayores.**



De acuerdo al análisis estadístico de  $r$  de Pearson se analizó la asociación entre la puntuación total de calidad de vida y el nivel de espiritualidad en los adultos mayores; en la cual se obtuvo que existe una correlación, ya que  $r=0.500$ , y  $p<0.0001$ . Por lo que se puede suponer que la espiritualidad beneficia a la calidad de vida en este grupo de adultos mayores.

Como se pueden observar en la tabla 2 se exhiben las medidas descriptivas de las variables calidad de vida en general y el puntaje de espiritualidad.

Variable	N	Media	DE	Min	Max
Calidad de vida	106	61.09	11.01	40.57	89.55
Espiritualidad	106	67.98	20.44	25.00	100

Tabla 2. Medidas descriptivas de la Calidad de vida y el nivel de espiritualidad en la muestra de 106 adultos mayores.

Por otro lado, en la tabla 3, se muestra que no existe suficiente evidencia científica para probar diferencias en el nivel de espiritualidad entre hombres y mujeres. Se encontró que el nivel de espiritualidad es independiente del género

( $t=1.70$ ,  $gl.=101.1$ ,  $p>0.05$ ). Sin embargo, pese a ésto no se puede suponer que el género sea un factor que prediga la puntuación de espiritualidad; como se aprecia en la tabla 3; se encontró que la puntuación media de espiritualidad fue mayor en las mujeres con respecto a los hombres.

	GÉNERO	N	Media	DE
PUNTAJE DEL DOMINIO DE ESPIRITUALIDAD	FEMENINO	61	70.79	21.40
	MASCULINO	45	64.16	18.62

Tabla 3. Medidas descriptivas sobre el puntaje de espiritualidad para cada grupo dividido por el género en la muestra de adultos mayores.

Es posible que los resultados se deban a que en la muestra existe mayor número de mujeres que de hombres.

En lo que respecta a la edad se agruparon los sujetos en dos categorías, la primera desde 60 a 74 años y la segunda mayores de 75; la muestra se comportó como se distingue en la Tabla 4.

	CATEGORÍAS DE EDAD	N	Media	DE
PUNTAJE DEL DOMINIO DE ESPIRITUALIDAD	60-74	85	68.82	21.03
	>75	21	64.58	17.93

Tabla 4. Medidas descriptivas del puntaje de espiritualidad para las dos categorías de edad en la muestra de adultos mayores.

Para la muestra de ancianos jóvenes, la media obtenida fue de 68.82 y la de los ancianos mayores en 64.58; no se encontró una diferencia significativa en el puntaje de espiritualidad para ambos grupos ( $t=.936$ ,  $gl.=34.94$ ,  $p>0.05$ ), por lo que se puede decir que no existe una diferencia atribuida a la edad en el nivel de espiritualidad para esta muestra de adultos mayores.

Respecto al nivel de estudios; las categorías empleadas fueron: sin instrucción, primaria, secundaria o nivel técnico y bachillerato o profesional (Tabla 5).

### PUNTAJE DEL DOMINIO DE ESPIRITUALIDAD

ESCOLARIDAD	N	Media	DE
SIN INSTRUCCIÓN	33	70.64	20.87
PRIMARIA	56	65.73	21.01
SECUNDARIA Ó NIVEL TÉCNICO	13	66.34	18.49
BACHILLERATO O PROFESIONAL	4	82.81	5.98
TOTAL	106	67.98	20.44

Tabla 5. Medidas descriptivas del nivel de estudios y el puntaje de espiritualidad en la muestra de adultos mayores.

Como resultados se obtuvo que no existe suficiente evidencia estadística para afirmar que la escolaridad influye en la puntuación del dominio de espiritualidad, ( $F(3,102) = 1.146, p > 0.05$ ); ésto es, no hay diferencias significativas para la variable espiritualidad entre los cuatro grupos de sujetos pertenecientes a las categorías de escolaridad.

Cabe mencionar que la puntuación más alta en el dominio de espiritualidad fue para los sujetos con el nivel mas alto de escolaridad, seguida de los sujetos sin instrucción.

Con relación a la pertenencia a algún grupo o asociación y el puntaje de espiritualidad, de la muestra de 106 solo 93 sujetos respondieron a la pregunta de pertenecer a algún grupo o asociación; los cuales se distribuyeron de la siguiente manera:

PERTENENCIA A UN GRUPO O ASOCIACIÓN		N	MEDIA	DE
PUNTAJE DEL DOMINIO ESPIRITUALIDAD	SI	34	72.06	19.84
	NO	59	66.42	20.56

Tabla 6. Medidas descriptivas de la asistencia a algún grupo o asociación y el puntaje de espiritualidad en la muestra de adultos mayores.

De igual forma no se encontró una diferencia significativa ( $t=1.13$ ,  $gl=74.67$ ,  $p>0.05$ ) en la calificación obtenida en el dominio de espiritualidad, para aquellos que reportaron pertenecer a un grupo o asociación, y quienes no pertenecen a un grupo.

Por lo que el asistir o pertenecer a un grupo o asociación, no produce diferencias en el puntaje de espiritualidad, es decir no existe suficiente evidencia estadística para afirmar que la pertenencia a algún grupo o asociación influya en la puntuación del dominio de espiritualidad. Sin embargo la puntuación de espiritualidad fue más alta para los sujetos que asisten a un grupo; que aquellos que no lo hacen.

El tipo de asociaciones que se contemplaron en la ficha de datos sociodemográficos fueron las siguientes: recreativa, cultural, educativa, religiosa, deportiva, otras. El número de personas que respondieron a esta pregunta se redujo hasta 45 y la distribución del número de sujetos que asisten a un tipo de grupo o asociación se muestra en la tabla 7.

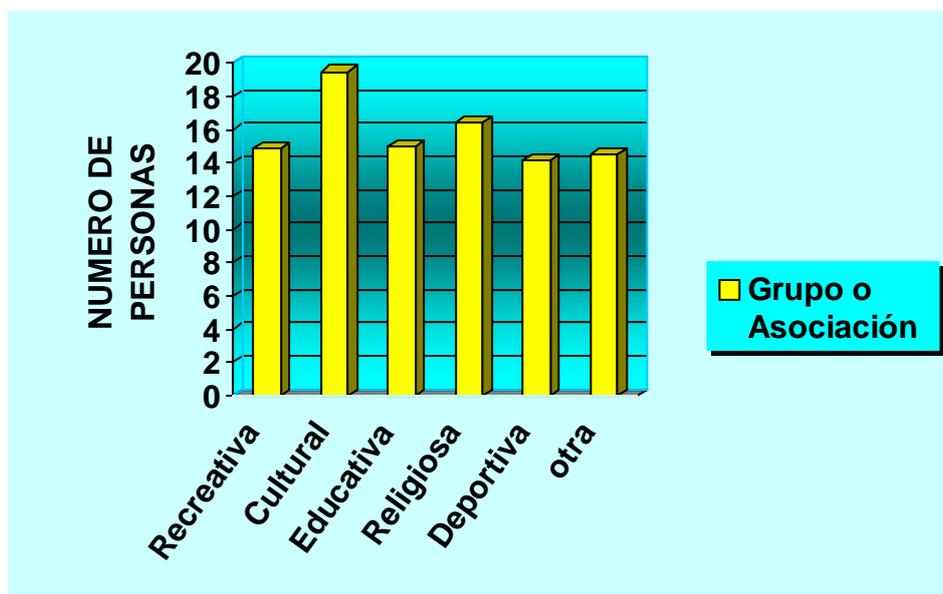
PERSONAS QUE ASISTEN A UN GRUPO O ASOCIACIÓN EN UNA MUESTRA DE ADULTOS MAYORES.

<b>Grupo o Asociación</b>	<b>N</b>
Recreativa	13
Cultural	2
Educativa	1
Religiosa	14
Deportiva	7
Otra	8
Total	45

Tabla 7. número de personas que asisten a algún grupo o asociación y el nivel de espiritualidad en la muestra de adultos mayores.

A continuación en la figura 6 se muestra de manera más clara la distribución de los participantes de acuerdo al grupo o asociación al que pertenecen.

**Figura 6. Distribución de los participantes de acuerdo al grupo o asociación para una muestra de adultos mayores.**



Se puede observar que los grupos o asociaciones en la que los adultos mayores participan mas son las de tipo recreativas y religiosas; por el contrario donde hay menos participación son las deportivas, cultural, educativas y otras. Posterior a ésto, también se les preguntó cuánto tiempo le dedican a estas actividades; las tres opciones de respuesta fueron: al menos una vez a la semana, al menos una vez al mes y ocasionalmente; el número de participantes que respondieron a esta pregunta fueron 44 y la muestra se comportó como se observa en la Tabla 8.

Tiempo que le dedica	N
Al menos una vez al mes	30
Al menos una vez a la semana	8
Ocasionalmente	4
Sin respuesta	2
Total	44

Tabla 8. Número de sujetos de acuerdo al tiempo que le dedican a algún grupo o asociación, una muestra de adultos mayores.

Respecto al padecimiento de alguna enfermedad y el nivel de espiritualidad, la muestra se redujo a 100 ya que sólo estos respondieron a esta pregunta, exhibiendo como resultado una diferencia en el puntaje de espiritualidad ( $t=2.370$ ,  $gl=97$ ,  $p<0.02$ ) siendo mayor para aquellos sujetos que no padecen alguna enfermedad y más bajo para los que si tienen alguna enfermedad; tal como se muestra en la tabla 9.

ENFERMEDAD		N	MEDIA	DE
PUNTAJE DEL DOMINIO ESPIRITUALIDAD	SÍ	67	64.77	20.47
	NO	33	75.00	19.76

Tabla 9. Medidas descriptivas del padecimiento de alguna enfermedad y el puntaje de espiritualidad en la muestra de adultos mayores.

Por lo que se puede decir que estadísticamente se guarda una relación entre la puntuación obtenida de espiritualidad y el padecimiento de alguna enfermedad; es decir las personas que mencionaban encontrarse enfermas, obtuvieron un puntaje más bajo de espiritualidad respecto a los que no están enfermos, así se puede mencionar que la espiritualidad juega un papel importante cuando se padecen alguna enfermedad.

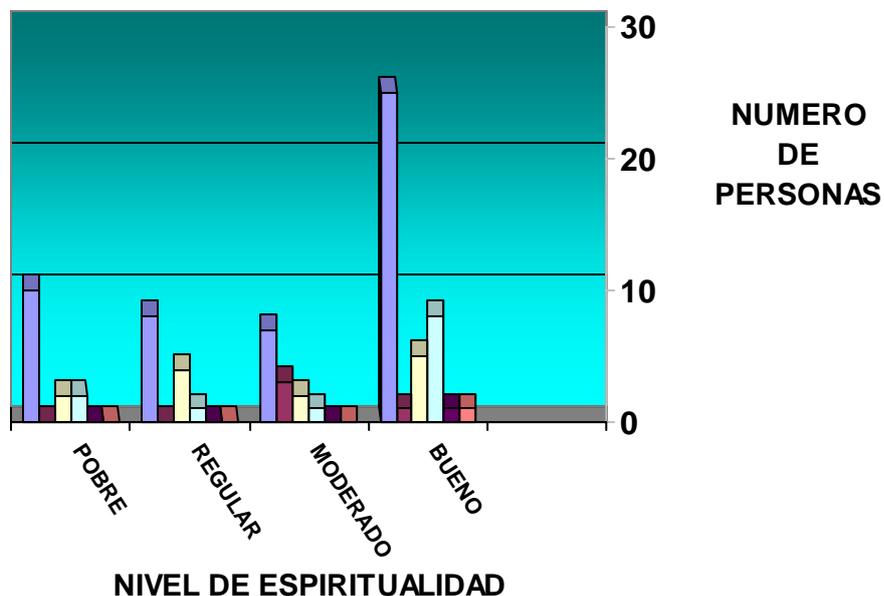
Posteriormente se analizaron los diferentes tipos de enfermedades las cuales se agruparon en: crónico degenerativas, auditivas o visuales, músculo esqueléticas, agudas, mentales y otras; en la tabla 10 se muestra la distribución de los participantes, donde sólo se obtuvieron las respuestas de 79 sujetos.

TIPO DE ENFERMEDAD		CRÓNICO DEGENERATIVA	AUDITIVAS O VISUALES	MÚSCULO ESQUELÉTICAS	AGUDAS	MENTALES	OTRAS
NIVEL DE ESPIRITUALIDAD	POBRE	10	0	2	2	0	0
	REGULAR	8	0	4	1	0	0
	MODERADA	7	3	2	1	0	0
	BUENA	25	1	5	8	1	1
TOTAL		50	4	13	12	1	1

Tabla 10. Datos obtenidos sobre el tipo de enfermedad y el nivel de espiritualidad en una muestra de adultos mayores.

Al aplicar una  $\chi^2$  para probar si el nivel de espiritualidad se encuentra asociado al tipo de enfermedad, los resultados del análisis mostraron que no existe suficiente evidencia estadística ( $\chi^2=16.481, gl=15, p>0.05$ ); ésto es que el nivel de espiritualidad es independiente del tipo de enfermedad. Sin embargo como se aprecia en la tabla 10 mayor numero de sujetos reportaron tener un nivel de espiritualidad bueno con respecto a otras categorías siendo este patrón semejante para todas las enfermedades; aunque cabe rescatar que la muestra exhibió mayor porcentaje de sujetos que reportaron tener enfermedades crónico degenerativas.

**Figura 7. Tipo de enfermedad y nivel de espiritualidad en una muestra de 106 adultos mayores.**



En la figura 7 se muestra la distribución del número de sujetos respecto al tipo de enfermedad que padecen y éste cómo se asocia con el nivel de espiritualidad de los participantes.

Como se puede observar el número de personas es mayor para la categoría de enfermedades crónico degenerativas siendo de 25 sujetos; posteriormente las agudas, con 8 sujetos, seguidas de las músculo esqueléticas con 5 y por último las visuales y auditivas con 1 sujeto; para la categoría de buen nivel de espiritualidad. Se puede notar que en los niveles de espiritualidad moderado y bueno el número de sujetos aumenta mostrando la importancia de este aspecto espiritual cuando se padece alguna enfermedad y sobre todo de tipo crónico degenerativo; esto dibuja como un factor importante en la calidad de vida de esta población de adultos mayores. Se puede decir que la espiritualidad se vislumbra como una estrategia de afrontamiento ante la enfermedad y por lo cual se recomienda a futuro la realización de programas para promover estrategias de afrontamiento dirigidas hacia los adultos mayores.

## **CAPITULO VII**

### **7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.**

Al realizar un análisis de resultados con relación a las respuestas que arrojaron los instrumentos de medida el grupo de ancianos reflejaron a la espiritualidad como un elemento importante; ya que dentro del instrumento de Calidad de Vida fue el dominio que calificó más alto; apoyando a Viamonte (1993) sobre la inclusión del aspecto espiritual como uno de los cinco aspectos para mantener un equilibrio dentro el bienestar del individuo.

De igual forma retomando lo expuesto por González-Celis (2004) sobre Calidad de Vida, donde menciona que para su estudio se relacionan diferentes factores del funcionamiento humano, es posible que la espiritualidad se integre como una parte sobresaliente en estos factores; retomándose como una estrategia de afrontamiento utilizada por los adultos mayores, por tanto, si las personas disfrutaban de una buena calidad de vida, otros aspectos psicológicos tendrán más probabilidades de funcionar mejor.

Así Wulff (1996) menciona que la espiritualidad puede ser descrita como un proceso dinámico en contraparte con la religiosidad y si dentro de la etapa del envejecimiento se presenta la necesidad de mantener activo al individuo, tanto intelectualmente, como físicamente, es probable que la espiritualidad teniendo como principio el movimiento en cuanto a formas de pensar y vivir favorezca al adulto mayor en cuanto a la creencia que tiene de sí mismo; es decir, como un principio de vida personal que estimula una cualidad trascendente de él, con el ser supremo.

En la misma línea, Noriega (1994) concibe la calidad de vida como “el vivir con responsabilidad, ser conscientes de nuestro paso por la vida y encontrarle sentido a la existencia, por medio del amor, de ejercer libertad de nuestras actitudes y de reconocer el sentido, aún en el sufrimiento, a través de mantener una actitud de constante aprendizaje y crecimiento personal. Es el sentimiento de alegría y gozo que proviene de vivir con fe y esperanza en uno mismo y en

la humanidad sin claudicar ante las adversidades”(pp.37). Este planteamiento une dos elementos importantes en el constructo de calidad de vida que son; las creencias centradas en el individuo y la responsabilidad sobre sus acciones; lo que permite depositar en el adulto mayor acciones que partan de él y favorezcan su estado de salud tanto físico como mental.

Michalos 1980, se cuestiona si la calidad de vida debe dirigirse a la satisfacción de estas necesidades o a la regulación de los recursos, entendidos éstos como la capacidad de los individuos para dominar, apropiarse y controlar sus vidas (Erikson, 1993). Considero que la regulación de los recursos para poder lograr una apropiación y un control permitiría que se valore con lo que se cuenta para desarrollar a través de esto, nuevas habilidades enfocándose en lo que se tiene y potencializándolo; aún cuando es muy importante contar con los elementos necesarios para la satisfacción de las necesidades.

El envejecimiento no es algo que aparece de momento, es un proceso que mantiene una relación estrecha con el estilo de vida y que de la misma forma los elementos que acompañan a este proceso es responsabilidad del propio individuo pero también se hace necesario que la persona se encuentre consciente de todos los cambios que intervienen en esta edad; en primer lugar en un sentido preventivo y posteriormente otorgar la información así como los elementos que le ayuden a disminuir las pérdidas, maximizando las ganancias, promoviéndose el desarrollo de habilidades y estrategias que le permitan mantenerse activo para obtener un grado de bienestar y plenitud en cada una de las actividades que realiza.

Por lo tanto, todos los elementos que se utilicen para promover el estado de tranquilidad del sujeto son imprescindibles para su estudio y la espiritualidad siendo un campo de estudio relativamente nuevo; para la aplicación con estas personas se vuelve de gran ayuda en nuestro compromiso para con ellos, pero sobre todo y lo más importante es, que es un elemento que ellos retoman en esta difícil etapa.

Respecto al género no se mostró diferencias en el nivel de espiritualidad aún cuando el puntaje fue más alto para las mujeres que para los hombres; considerando que el grupo estaba constituido por un número mayor de mujeres; retomando las estadísticas del Programa de Acción para la Atención del Envejecimiento 2001-2006; en el 2001 se rebasaron los 100 millones de habitantes con esperanza de vida de 73.1 para los hombres y 77.6 para las mujeres, lo que quiere decir que el tipo de población con el que se va trabajar en su mayoría van a ser mujeres haciendo importante el contemplar elementos a favor de programas de apoyo a la mujer así como atención en servicios de salud basándose en las problemáticas implicadas como; problemas hormonales o consecuencias de los desgaste físicos sufridos durante embarazo que repercuten en el estado de salud en la edad adulta.

Respecto a la edad y el nivel de estudios no parecen influir respecto a la espiritualidad en este grupo de sujetos. Manonni (1992) menciona que es en la proximidad a la muerte donde las preguntas existenciales se vuelven tan latentes que llegan a ser ineludibles; pero no se conoce cuando llegará la muerte, por tanto no se puede determinar un momento preciso en el que aparecen estas preguntas solo la experiencia se vuelve un instrumento de apoyo en la construcción y cogniciones respecto a la vida, es decir, todas aquellas cosas que están ligadas con el sentido de vida son retomadas a través de la experiencia para lo cual no existe una edad que lo determine; apoyando la idea de Kastembaum (1980) de que cada individuo es diferente y no todos envejecen al mismo tiempo y no todos lo perciben de la misma forma.

Puede observarse en los resultados de la aplicación de esta batería, que la asociación entre calidad de vida y espiritualidad en este grupo de adultos mayores, se muestran hallazgos importantes, ya que la espiritualidad es retomada no solo de la pertenencia a algún grupo o asociación de tipo religiosos si no la creencia de algo como un principio que repercute en la vida diaria; ésto a partir de los ítems expuestos en el WHOQoL-100 donde se preguntaba no sobre religiosidad, sino sobre espiritualidad ya que como podemos ver en los resultados no se presenta una asociación entre el grado de espiritualidad y la asistencia a algún grupo o asociación de tipo religioso, pero

se puede observar que las personas que asisten a un grupo o asociación obtienen puntuaciones más altas en cuanto a su nivel de espiritualidad que aquellas que no asisten; estos resultados se vuelven relevantes ya que entonces se puede decir que la asistencia a un grupo o asociación permite tener un nivel de espiritualidad alto lo cual repercute en la calidad de vida.

Esto nos lleva a decir que aún cuando la espiritualidad se gesta en la vida Religiosa no es necesariamente dependiente de ella. Y al convertirse en algo experimentado toma un sentido diferente en el vivir cotidiano repercutiendo en nuestra salud y en nuestra forma de llevarnos por la vida.

Aún cuando no se muestra una relación entre el nivel de espiritualidad y el padecimiento de alguna enfermedad las puntuaciones más altas se obtuvieron cuando el sujeto reportaba padecer enfermedades de tipo crónico degenerativas; lo cual muestra que con la pérdida de fuerza física o las dificultades que implica una enfermedad y la susceptibilidad de nuestros adultos mayores, hacen que el uso de recursos sean indispensables en su vida y la espiritualidad es uno de estos importantes recursos ya que brinda expectativas y logros además de un bienestar interno que muchas veces apoya al bienestar físico y mental.

James Birren (citado en Kastembaum, 1980, p.12) habla de envejecimiento funcional donde la adaptación promoverá que el individuo se sienta mejor en este proceso, obteniendo así una mejor calidad de vida; esta adaptación funcional retoma importancia ya que con la pérdida de ciertas capacidades físicas, la utilización de prótesis se torna importante y cuando existe alguna enfermedad la adaptación requerida da paso a la utilización de medios tanto externos como internos de igual forma Koenig (1993) menciona la existencia de recursos Internos, Externos y de Afrontamiento donde la espiritualidad como un recurso interno; es algo que forma parte del haber cognitivo del sujeto; en lo exterior como el soporte social y el afrontamiento como una respuesta adaptativa. Estos recursos están en interacción constante y dependientes el

uno del otro lo cual permitiría una adaptación ante la presencia de alguna enfermedad.

Retomando lo expuesto por Rivera (1975), en relación a “la variable de salud como la de mayor peso en la percepción de bienestar de los ancianos y, que los déficits de salud constituyen el primer problema para ellos” (pp. 73). las estrategias utilizadas para enfrentar alguna enfermedad son variables que requieren ser estudiadas; tras el padecimiento de alguna enfermedad la percepción de salud se deteriora, trayendo consigo consecuencias a nivel emocional, social y psicológico, los resultados expuestos en la presente investigación muestran que ante la presencia de alguna enfermedad el puntaje obtenido de espiritualidad es menor en relación a los que no padecen alguna enfermedad lo que podría expresarse que a la luz del proceso de enfermedad surgen diferentes formas de enfrentamiento, así dentro del proceso de duelo podría mencionarse que estas personas se encuentran en la etapa de negación, siendo está una forma de enfrentar su enfermedad permitiéndole un alejamiento respecto a su padecimiento, lo cual no es favorable ya que sus acciones no estarían encaminadas a mejorar su estado de salud.

En el estudio realizado por la doctora Gonzales-Celis en el 2002 sobre “Los efectos de intervención en un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos”, concluye que las enfermedades de tipo visuales y auditiva afectan considerablemente la calidad de vida haciendo notar que el tipo de enfermedad que se padece resulta importante en cuanto al enfrentamiento de la enfermedad aun cuando los resultados del presente trabajo no mostraron suficiente evidencia estadística entre el tipo de enfermedad que se padece y el nivel de espiritualidad las personas que respondieron tener algún padecimiento de tipo crónico obtuvieron un nivel más alto de espiritualidad. En la misma línea un estudio efectuado en el 2001 con mujeres que presentaban metástasis de cáncer mamario, S. E. Sephton, profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Louisville, encontró que las que consideraban importante la espiritualidad tenían un mayor recuento de leucocitos y linfocitos lo que indica un sistema inmunológico más fuerte

apoyando la idea de que la espiritualidad es un elemento importante en ante el enfrentamiento de alguna enfermedad (Bain J. 2005 pp.77).

Las investigaciones enfocadas a evaluar la calidad de vida relacionada con una enfermedad específica, incluyen aspectos emocionales de los pacientes derivados del mismo proceso de enfermedad y de los efectos secundarios de los tratamientos a que son sometidos. Destacan los problemas derivados de la adherencia terapéutica, las relaciones interpersonales con la familia, con el equipo médico, en el trabajo y en la vida social; problemas vinculados con la auto imagen y autoestima de las personas; con la adaptación ante la enfermedad, con la recuperación de la salud, con la rehabilitación, la incapacidad y deterioro, o con la proximidad de la propia muerte.

La espiritualidad es un elemento subjetivo relacionado estrechamente con la religiosidad dentro de lo cual ha surgido un alejamiento de acuerdo a condiciones sociales, que obedeciendo al orden científico y la objetividad no sería posible percibir desde esta perspectiva, para su estudio es necesario buscar debajo de lo que vemos observar detenidamente que las personas están buscando espacios diferentes en etapas difíciles encontrando paz, tranquilidad y sobre todo experimentado sentimientos de satisfacción que favorecen su estado de salud y por tanto su calidad de vida.

Así la propuesta de este trabajo giraría en torno a un reencuentro con un sentido de vida es decir con las creencias que sostienen a las personas, contemplar la vida como aquella que no se termina hasta cuando el corazón deja de latir y no cuando se determina numéricamente. Diría García Márquez ¿Cómo se puede ser feliz en bicicleta a los noventa años? Pues solo siéndolo... solo así es posible no terminar siendo lo que los otros creen que uno es... un viejo no feliz.



UNAM

FOLIO \_\_\_\_\_

**FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. NOMBRE \_\_\_\_\_

2. SEXO: \_\_\_\_\_ 3. EDAD \_\_\_\_\_

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

5. CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE: Solo ( ) Con su pareja o cónyuge ( )  
Con sus hijos ( ) Con un familiar ( ) Otro ( ) ¿Quién? \_\_\_\_\_

6. ¿CUENTA CON ALGÚN INGRESO ECONÓMICO? SI ( ) NO ( )

7. ¿EL INGRESO QUE USTED RECIBE SATISFACE SUS NECESIDADES?

SI ( ) NO ( )

8. ¿CUÁL ES SU NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS?

Ninguno en absoluto ( )

Primaria ( )

Secundaria o Nivel Técnico ( )

Bachillerato o Profesional ( )

9. ¿LA VIVIENDA QUE USTED HABITA ES?

Rentada ( ) Propia ( ) Prestada ( ) Vive en casa de algún familiar ( )

10. ¿CUÁL ES SU ACTIVIDAD PRINCIPAL?

Empleado ( ) Trabaja por su cuenta ( )

Retirado, Jubilado o pensionado ( )

Labores del hogar ( ) Busca trabajo ( )

Otra ¿cuál? \_\_\_\_\_

Sólo en caso de que sea retirado, conteste las preguntas 11 y 12, si no pase a la pregunta 13

11. ¿CUÁL ERA SU ACTIVIDAD ANTERIOR?

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

12. FECHA DE SU RETIRO: \_\_\_\_\_  
dd-mm-año

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. ¿PERTENECE ALGÚN GRUPO O ASOCIACIÓN? SI ( ) NO ( )

15. ¿DE QUE TIPO?

Recreativa ( ) Cultural ( ) Educativa ( )

Religiosa ( ) Deportiva ( ) Otra ¿cuál? \_\_\_\_\_

16. ¿QUÉ TIEMPO LE DEDICA?

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

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

18. ¿CUÁL ES SU ENFERMEDAD? \_\_\_\_\_

19. FECHA DE INICIO \_\_\_\_\_

20. SI TIENE ALGÚN PROBLEMA CON SU SALUD ¿DE QUE PIENSA QUE SEA?

¿ENFERMEDAD O PROBLEMA? \_\_\_\_\_

**INSTRUMENTO WHOQoL-100 VERSIÓN EN ESPAÑOL  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**INSTRUCCIONES :**

Este cuestionario es acerca de cómo se siente Usted con respecto a su de la calidad de su vida, salud, y otras áreas de su vida. Por favor, responda todas las preguntas. Si usted está inseguro sobre cual es la respuesta, elija la que le parezca más apropiada. Con frecuencia esta suele ser. Con frecuencia esta es la primera respuesta que usted da a la pregunta

Por favor, tenga presente sus costumbres, esperanzas, gustos, placeres y sus preocupaciones. Le pedimos que al responder, tome en cuenta lo que ha experimentado dos últimas semanas.

Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, una pregunta podría ser:

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Cuánto le preocupó su salud?	1	2	3	4	5

Usted debe encerrar el número que mejor describa cuanto le ha preocupado su salud en las últimas semanas. De esta manera si su salud le ha preocupado completamente, encierre el número 5. Por el contrario si nada en lo absoluto le ha preocupado su salud, encierre el número 1.

Las siguientes preguntas se refieren a cuánto ha experimentado ciertas situaciones en las dos últimas semanas; por ejemplo, sentimientos positivos de felicidad o bienestar. Si ha experimentado algunos de estos hechos **TOTALMENTE**, subraye la frase "TOTALMENTE". Si no ha tenido esa experiencia subraye la palabra "nada". Si su respuesta es intermedia, subraye la palabra que mejor refleje su elección. Recuerde por favor, que las respuestas se refieren a **las dos últimas dos semanas**.

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F.1.2	¿Le preocupó tener algún dolor o malestar?	1	2	3	4	5
F.1.3	¿Qué tan difícil fue para usted manejar su dolor o malestar?	1	2	3	4	5
F.1.4	¿En qué medida sintió que el dolor físico le impidió hacer lo que necesitaba?	1	2	3	4	5
F.2.2	¿Con qué facilidad se cansó?	1	2	3	4	5
F.2.4	¿Cuánto le molestó sentirse fatigado?	1	2	3	4	5
F.3.2	¿Tuvo dificultades para dormir?	1	2	3	4	5
F.3.4	¿Cuánto le preocuparon los problemas para dormir?	1	2	3	4	5
F.4.1	¿Cuánto disfrutó de la vida?	1	2	3	4	5
F.3.4	¿Qué tan positivo se sintió respecto al futuro?	1	2	3	4	5
F.4.4	¿Cuánto ha experimentado sentimientos positivos en su vida?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F.5.3	¿Cuál fue su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
F.6.1	¿Cuánto se valoró a si mismo?	1	2	3	4	5
F.6.2	¿Cuánta confianza tuvo en si mismo?	1	2	3	4	5
F.7.2	¿Cuánto se sintió inhibido por su apariencia?	1	2	3	4	5
F.7.3	¿Cuánto le incomodó algún aspecto de su apariencia?	1	2	3	4	5
F.8.2	¿Qué tan preocupado se sintió?	1	2	3	4	5
F.8.3	¿Cuánto interfirieron, en su vida diaria, los sentimientos de tristeza	1	2	3	4	5

	o depresión?					
F.8.4	¿Cuánto le molestó algún sentimiento de depresión?	1	2	3	4	5
F.10.2	¿En qué medida tuvo dificultades para realizar las actividades de su vida diaria?	1	2	3	4	5
F.10.2	¿Cuánto le molestó cualquier limitación para desarrollar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
F.10.4	¿Qué tanto necesitó de algún medicamento para realizar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
F.11.2	¿Cuánto necesitó de algún tratamiento médico para realizar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F.11.3	¿En qué medida dependió su calidad de vida del uso de medicamentos o de asistencia médica?	1	2	3	4	5
F.11.4	¿Qué tan solo se sintió?	1	2	3	4	5
F.13.1	¿En qué medida fueron satisfechas sus necesidades sexuales?	1	2	3	4	5
F.15.2	¿Cuánto le molestó cualquier dificultad en su vida sexual?	1	2	3	4	5
F.15.4	¿Qué tan seguro se sintió en su vida diaria?	1	2	3	4	5
F.16.1	¿Qué tan seguro sintió que es el ambiente en que vivió?	1	2	3	4	5
F.16.2	¿Cuánto le preocupó su tranquilidad y seguridad?	1	2	3	4	5

F.16.3	¿Qué tan cómodo fue el lugar donde vivió?	1	2	3	4	5
F.17.1	¿Cuánto le gustó el lugar donde vivió?	1	2	3	4	5
F.17.4	¿En qué medida tuvo dificultades económicas?	1	2	3	4	5
F.18.2	¿Cuánto le preocupó el dinero?	1	2	3	4	5
F.18.4	¿Con qué facilidad pudo obtener una buena atención médica?	1	2	3	4	5
F.19.1	¿Cuánto disfrutó de su tiempo libre?	1	2	3	4	5
F.21.3	¿Qué tan saludable fue su ambiente físico?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F.22.1	¿Cuánto le preocupó el ruido del área donde vive?	1	2	3	4	5
F.22.2	¿En qué medida tuvo problemas con el transporte?	1	2	3	4	5
F.23.4	¿Cuánto limitó su vida las dificultades con el transporte?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren al nivel en que experimentó o fue capaz de hacer algunas cosas en las últimas dos semanas, por ejemplo las actividades de la vida diaria, tales como lavarse, vestirse o comer. Si ha sido capaz de hacer esas cosas "completamente", encierre el número 5. Si no ha podido hacerlas, encierre el número 1. Si su respuesta es intermedia, encierre el número que mejor refleje su elección. Recuerde por favor, que las preguntas se refieren a las últimas dos semanas.

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F.2.1	¿En qué medida tuvo suficiente	1	2	3	4	5

	energía para la vida diaria?					
F.7.1	¿En qué medida fue capaz de aceptar su apariencia personal?	1	2	3	4	5
F.10.1	¿En qué medida fue capaz de desarrollar sus actividades diarias?	1	2	3	4	5
F.11.1	¿Cuánto dependió de los medicamentos?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F.14.1	¿En qué medida obtuvo de las demás personas el apoyo que necesitó?	1	2	3	4	5
F.14.2	¿En qué medida pudo contar con sus amigos cuando los necesitó?	1	2	3	4	5
F.17.2	¿En qué medida la calidad de su casa pudo satisfacer sus necesidades?	1	2	3	4	5
F.18.1	¿En qué medida tuvo dinero suficiente para satisfacer sus necesidades?	1	2	3	4	5
F.20.1	¿En qué medida dispuso de la información que necesitó para la vida diaria?	1	2	3	4	5
F.20.2	¿En qué medida tuvo oportunidades de obtener la información que sintió que necesitaba?	1	2	3	4	5
F.21.1	¿En qué medida tuvo oportunidades de realizar actividades recreativas?	1	2	3	4	5
F.21.2	¿En qué medida fue capaz de	1	2	3	4	5

	relajarse y disfrutar?					
F.23.1	¿En qué medida dispuso de medios de transporte adecuados?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a qué tan satisfecho o contento se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas. Por ejemplo, acerca de su vida familiar o su energía. Decida qué tan satisfecho o insatisfecho está con cada aspecto de su vida y encierre el número que mejor describa cómo se siente. Recuerde por favor, que las preguntas se refieren a las últimas dos semanas.

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
G 2	¿Qué tan satisfecho estuvo con la calidad de su vida?	1	2	3	4	5
G3	¿En general, qué tan satisfecho estuvo con su vida?	1	2	3	4	5
G4	¿Qué tan satisfecho estuvo con su salud?	1	2	3	4	5
F.2.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con la energía que tuvo?	1	2	3	4	5
F.3.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con su sueño?	1	2	3	4	5
F.5.2	¿Qué tan satisfecho estuvo con su capacidad para aprender nueva información?	1	2	3	4	5
F.5.4	¿Qué tan satisfecho estuvo con su capacidad para tomar decisiones?	1	2	3	4	5
F.6.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con sí mismo?	1	2	3	4	5
F.6.4	¿Qué tan satisfecho estuvo con sus habilidades?	1	2	3	4	5

F.7.4	¿Qué tan satisfecho estuvo con su apariencia personal?	1	2	3	4	
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
F.10.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
F.13.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
F.15.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con su vida sexual?	1	2	3	4	5
F.14.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo de su familia?	1	2	3	4	5
F.14.4	¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo de sus amigos?	1	2	3	4	5
F.13.4	¿Qué tan satisfecho estuvo con su capacidad de dar apoyo a otros?	1	2	3	4	5
F.16.4	¿Qué tan satisfecho estuvo con su seguridad física?	1	2	3	4	5
F.17.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con las características del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
F.18.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con su situación económica?	1	2	3	4	5
F.19.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con los Servicios de Salud?	1	2	3	4	5
F.19.4	¿Qué tan satisfecho estuvo con los Servicios Sociales?	1	2	3	4	5
F.20.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con sus oportunidades para adquirir habilidades?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho

F.20.4	¿Qué tan satisfecho estuvo con sus oportunidades para aprender nueva información?	1	2	3	4	5
F.21.4	¿Qué tan satisfecho estuvo con la forma en que pasa su tiempo libre?	1	2	3	4	5
F.22.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5
F.22.4	¿Qué tan satisfecho estuvo con el clima del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
F.23.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con el transporte?	1	2	3	4	5
F.13.2	¿Qué tan satisfecho estuvo con sus relaciones familiares?	1	2	3	4	5

		Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
G.1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
F.15.1	¿Cómo calificaría su vida sexual?	1	2	3	4	5
F.3.1	¿Cómo calificaría la forma en que durmió?	1	2	3	4	5
F.5.1	¿Cómo calificaría su memoria?	1	2	3	4	5
F.19.2	¿Cómo calificaría la calidad de los Servicios Sociales a su disposición?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a la frecuencia con la que ha sentido o experimentado alguna cosa, por ejemplo, el apoyo de su familia y amigos, o experiencias negativas tales como sentirse inseguro. Si no ha experimentado estas cosas para nada, encierre el número 1. Si ha experimentado algunas de esas cosas, piense con que frecuencia y encierre el número que mejor lo describa. Recuerde por favor, que las preguntas se refieren a las últimas dos semanas.

		Nunca	A veces	Moderadamente	Muy seguido	Siempre
--	--	-------	---------	---------------	-------------	---------

F.1.1	¿Con qué frecuencia sufrió dolor físico?	1	2	3	4	5
F.4.2	¿Generalmente, se sintió contento?	1	2	3	4	5
F.8.1	¿Con qué frecuencia tuvo sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a cualquier tipo de trabajo que haga. "Trabajo" significa la actividad principal que realiza. Esto incluye trabajo voluntario, estudios, tareas domésticas, cuidar a los niños o cualquier trabajo pagado o no pagado. Por lo tanto "trabajo" tal como aquí se usa, significa aquellas actividades que usted siente que ocupan la mayor parte de su tiempo y energía. Recuerde por favor, las preguntas se refieren a las últimas dos semanas.

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F.12.1	¿Cuánto fue capaz de trabajar?	1	2	3	4	5
F.12.2	¿Qué tan capaz se sintió para realizar su trabajo?	1	2	3	4	5
F.12.4	¿Cómo calificaría su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
F.12.3	¿Qué tan satisfecho estuvo con su capacidad de trabajo?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5

Las siguientes preguntas se refieren a lo capaz que ha sido de desplazarse en las últimas dos semanas. Esto se refiere a su capacidad física para moverse y para poder hacer las cosas que quiere o necesita. Por favor, recuerde que las preguntas se refieren a las últimas dos semanas.

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F.9.1	¿Fue capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
F.9.3	¿Cuánto le molestó cualquier dificultad para moverse?	1	2	3	4	5
F.9.4	¿En qué medida afectó su manera de vivir cualquier dificultad para moverse?	1	2	3	4	5
F.9.2	¿Qué tan satisfecho estuvo con su capacidad para desplazarse?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5

Las siguientes preguntas se refieren a sus creencias personales y cómo afectan su calidad de vida. Así como a su religión, espiritualidad y otras creencias personales que usted pueda tener.

		Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
F.24.1	¿En qué medida sus creencias personales dieron sentido a su vida?	1	2	3	4	5
F.24.2	¿En qué medida sintió que su vida tuvo sentido?	1	2	3	4	5
F.24.3	¿En qué medida sus creencias personales, le dieron fuerza para enfrentar las dificultades?	1	2	3	4	5
F.24.4	¿En qué medida, sus creencias personales, le ayudaron a	1	2	3	4	5

	entender las dificultades de la vida diaria?					
--	--	--	--	--	--	--

¿Le ayudó alguien a usted a llenar esta forma? \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Cuanto tiempo le tomo completar esta forma \_\_\_\_\_

¿Tiene algún comentario de la evaluación? \_\_\_\_\_

**GRACIAS POR SU AYUDA**



## Escala de Bienestar Subjetivo (PGC) Paul Lawton

### Instrucciones:

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

#### Factor 1 -

1. Las pequeñas cosas me molestan más este año

SI  NO

2. Algunas veces me preocupo tanto que no puedo dormir

SI  NO

3. Tengo muchas cosas por que estar triste

SI  NO

4. Tengo miedo de muchas cosas

SI  NO

5. Me enfurezco más de lo acostumbrado

SI  NO

6. La vida es dura para mí casi todo el tiempo

SI  NO

7. Tomo las cosas duramente

SI  NO

8. Me altero fácilmente

SI  NO

**Factor 2 -**

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

**Factor 3 -**

1. ¿Qué tan solo se siente?  
.....
2. Veo lo suficiente a mis amigos y familiares  
SI  NO
3. Algunas veces siento que la vida no vale la pena vivirla  
SI  NO
4. La vida es dura para mí casi todo el tiempo  
SI  NO
5. ¿Qué tan satisfecho está con su vida actualmente  
.....
6. Tengo muchas cosas por que estar triste  
SI  NO
7. A la gente le iba mejor en tiempos pasados  
SI  NO
8. Una persona debe vivir el presente y no preocuparse por el mañana  
SI  NO



## ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDS)

### Instrucciones:

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

1.- ¿Está satisfecho con su vida?

SI  NO

2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades?

SI  NO

3.- ¿Siente que su vida está vacía?

SI  NO

4.- ¿Se encuentra aburrido?

SI  NO

5.- ¿Tiene a menudo buen ánimo?

SI  NO

6.- ¿Teme que le ocurra algo malo?

SI  NO

7.- ¿Se siente feliz muchas veces?

SI  NO

8.- ¿Se siente a menudo abandonado?

SI  NO

9.- ¿Prefiere quedarse en casa a salir?

SI  NO

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

SI  NO

11.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?

SI  NO

12.- ¿Se siente usted inútil?

SI  NO

13.- ¿Se siente usted lleno de energía?

SI  NO

14.- ¿Cree que su situación es desesperada?

SI  NO

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

SI  NO





**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACLA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**INFORME DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN  
PERSONAS ADULTAS MAYORES**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ FECHA DE APLICACIÓN \_\_\_\_\_

**ESTUDIOS PRACTICADOS**

- 1.- EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA
- 2.- BIENESTAR SUBJETIVO
- 3.- DEPRESIÓN GERIÁTRICA

**OBTENCIÓN DE PUNTUACIONES**

1.- La calidad de vida percibida fue evaluada a través del instrumento WHOQoL-100 preparado por la Organización Mundial de la Salud en su versión al español mexicano, traducido y adaptado a la población mexicana por González-Celis y Sánchez-Sosa (2004); el cual mide la Calidad de Vida en general y seis dominios, en una escala de 0-100, la cual se clasifica en tres categorías: Buena, Regular y Pobre. A continuación se presentan los resultados de la Calidad de Vida percibida en general y las calificaciones de las áreas y las dimensiones que debe prestar más atención para mejorar su calidad de vida:

Calidad de Vida en General \_\_\_\_\_

Áreas en las que la puntuación fue buena:

---

---

---

Áreas en las que se debe prestar más atención en su vida:

---

---

---

2.- El Bienestar Subjetivo se evaluó a través del instrumento de Lawton y colaboradores en su versión al español. Se trata de un instrumento que mide el grado de satisfacción con la vida y su actitud hacia su propio envejecimiento. También se presentan los resultados en tres categorías: Buena, Regular o Mala.

Bienestar Subjetivo\_\_\_\_\_

3.- Depresión Geriátrica, se utilizó el instrumento elaborado por Yesavage y cols., en su versión corta, traducida al español. Se presentan los resultados en términos del nivel de presencia de síntomas depresivos: Ausentes, leves, moderados y severos.

Depresión Geriátrica\_\_\_\_\_

A continuación se presentan una serie de recomendaciones para mejorar la calidad de vida en adultos mayores.

Atentamente

***Dra. Ana Luisa González-Celis Rangel***

## RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES

- ✓ Mantener una alimentación adecuada y balanceada. Comer en horarios fijos y de acuerdo a la dieta prescrita por su médico.
- ✓ Hacer ejercicio físico. Establecer una rutina diaria o semanal, de acuerdo a su condición de salud, sus necesidades, gustos, habilidades y preferencias.
- ✓ Acudir a su médico oportunamente, seguir las indicaciones de los tratamientos prescritos, asistir a sus revisiones, controles y exámenes periódicos.
- ✓ Cuidar su apariencia personal, mejorar su autoestima.
- ✓ Fomentar su independencia en sus actividades cotidianas. Valerse por sí mismo. Dar y solicitar ayuda si es necesario.
- ✓ Realizar actividades ocupacionales y mentales: leer, escribir, resolver juegos de pasatiempos, juegos de memoria, actividades manuales y recreativas, etc.
- ✓ Mantener contactos sociales, con gente de su edad y de otras edades. Asistir a reuniones sociales. Pertenecer a grupos con los que se identifique.
- ✓ Planear su vida, organizar su tiempo libre, sentirse útil y productivo.
- ✓ Fortalecer su auto-eficacia para realizar sus actividades exitosamente. Autoselección de actividades, optimización y compensación de viejas actividades por nuevas actividades.
- ✓ Proponerse nuevas metas que lo alienten a sentirse bien.

## **DIRECTORIO TELEFONICO**

LOCATEL TEL: 56-58-11-11

SAPTEL TEL: 52-59-81-21

DIF TEL: 56-04-01-27

CRUZ ROJA TEL: EMERGENCIAS (065) ó 53-95-11-11 ext.124

INAPAM TEL: 55-10-45-18

SECRETARIA DE SALUD TEL: 57-40-36-81

CLINICA DE SALUD INTEGRAL (CUSI IZTACALA)

TEL: 56-23-13-82

FUNDACIÓN HÉCTOR VÉLEZ DE LA ROSA

TEL: 56-74-70-42 ó 56-74-70-23

ATENCIÓN PSICOLOGICA CLÍNICA

TEL: 55-73-56-91 Ó 55-73-36-81

DIF ATENCIÓN ADULTOS MAYORES

TEL: (55) 56-03-22-00

**CENTRO DE CONVIVENCIA DE LA TERCERA EDAD.**

**Profra. Ma. De la Luz Ballesteros Silva.**

Coord. Del Centro de Conv. De la 3era. Edad

“Parque Regional Metropolitano”.

Tel. Of: 31 4-80-40

Dom. Of.: Anastasio Brizuela s/n.

AD ENDPICVS

## BIBLIOGRAFÍA:

- 📖 Arquiola, E. (1995). La Vejez al debate. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Cap. 2.
- 📖 Arronte, R. (2005). Gerontóloga comunitaria. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Cap. 2.
- 📖 Bain J. (2005). "Nuevas pruebas: REZAR CURA" Revista Selecciones. Condensado de U.S. News and World report (20-XII-2004) Washington D. C. Junio 2005 pp.74-78.
- 📖 Barquin. L. (1999). Religión e individuos. México. McGRAW-HILL.cap. 8 y 9.
- 📖 Beauvoir, S. (1970). La vejez. Barcelona: Edhasa, p.16-33
- 📖 Belsky, J. (1996). Psicología de envejecimiento. México: Masson , Cap.7 y 8.
- 📖 Birren J.E. (1961). Translations in gerontology- from lab to life: Psychophysiology and speed of response. American Psychologist, pp. 808-811.
- 📖 Birren J.E. (1980). Concepts of health behavior aging: Cognition, stress, and aging, Englewood Cliffs, Prentice- Hall, pp.13-15.
- 📖 Butler R. (1975). Why survive? Being old in America. New York: Harper and Row pp. 40.
- 📖 Campell, A; Converse, P. Y Rodgers, W. (1981) The quality of american life: Perceptions, evaluation and satisfaction. New York: Rusell Sage Foundation.
- 📖 Cattell R.B. (1963). The Scientific analysis of personality. Baltimore: Penguin Books, Cap. 3.
- 📖 Covarrubias F. y Cereijido D. (1999). La tercera edad. Buenos Aires. Truquel Cap.1, 2,5 y 8.
- 📖 Diener, E. (1984). "Subjective well-being". En: Psychological Bulletin, 9 (3), pp456-580.
- 📖 Emblem, J. D. (1992). Religion and Spirituality:defined according to current use in nursing literature, Journal of Profesional Nursing, 8, 41-47.

- 📖 Erikson, R. (1993). "Descripciones de la desigualdad: El enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar". En Nussbaum. M y Sen A. La calidad de vida. México: Fondo de Cultura Económica, pp.100-118.
- 📖 Fierro, A. (1994). Propositiones y propuestas sobre el buen envejecer. En: Buendía, J. (comp.) Envejecimiento y Psicología de la salud. México, D.F: siglo XXI, p.p. 3-33
- 📖 Frankl, V. E. (1996) el hombre en busca del sentido. Barcelona: Herder Cap.I.
- 📖 Fricgla, J. (1992) *Envejecer. Una antropología de la ancianidad.* Barcelona: Cap.3
- 📖 Gonzáles-Celis, R. A. L. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la Calidad de Vida en Ancianos. Tesis Doctoral.* México: Facultad de Psicología, UNAM.
- 📖 González-Celis, R. A. L.(2004). Aportaciones del enfoque cognitivo-conductual a la Psicología del Envejecimiento, Trabajo presentado en la II reunión de Investigadores Nacionales en Psicología. La Querencia, Qro. 26-28 de Marzo del 2004. p.3 y 4.
- 📖 Halland, (1998). El miedo y la angustia. Fondo de Cultura Económica, México, p.173-175.
- 📖 Havighurst, F (1957). La vida en la vejez. México. Trillas. Cap.2.
- 📖 Kastembaum, R. (1980). Vejez años de plenitud. México: Harla, Cap 3,4,5.
- 📖 Koenig H. G. (1993). *Againgand god: spiritual pathways to mental health in mid-life and later years.* Binghamton, NY: Hawort press.
- 📖 Leonardo B. (2000). Una visión humanística-religiosa"Los horizontes del espacio espiritual". México. Tillas. Cap.5 y 6.
- 📖 Levi, L. y Anderson, D. (1980). La tensión Psicosocial. Población, Ambiente y Calidad de vida. Manual Moderno.
- 📖 Manonni O. (1992). La muerte y duelo. México. Trillas.
- 📖 Maslow, A. H. (1964). *Religions, values and peak experiences.* Columbus, OH. Ohio State University Press.

- 📖 Moragas J. (1991). Longevidad y senectud. México. Manual Modero. pp.13.
- 📖 Neugarten, B. (1975).The rise of the young-old. The New York Times, Junio 18 de 1980. pp.12-15.
- 📖 Noriega (1994). *Geriatría*, México, Trillas. Cap. 3
- 📖 OMS (1981) “*Preparación de Indicadores para vigilar los procesos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000*” *ginebra*:Serie Salud para todos, No 4.
- 📖 Papalia, D. E.y Olds, S, W.(1985). Desarrollo Humano. México. McGRAW-HILL. Cap.16,17 y 18.
- 📖 Power, M., Bullinger, M. & Harper, A. The world Health Organization Quality of Life Group (1999). The World Health Organization WHOQoL-100: Tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology*, 8(5): 495-505
- 📖 Rivera –Ledesma. A. (1997). La gran castración, conferencia dictada en el XIII Coloquio de la Fundación Mexicana de Psicoanálisis y el Centro de investigaciones y estudios Psicoanalíticos, De saberes, creencias y certezas, México, D.F. Marzo 15, 1997.
- 📖 Rivera –Ledesma. A. (2003).Espiritualidad y salud mental en adultos mayores. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. División de estudios de Posgrado. México, D.F.
- 📖 Rotter, L. (1975) *Successful Aging*. New York: Dell Publishing.
- 📖 Sánchez-Sosa J. J. & González-Celis, R. A. L. (2001). La calidad de vida en ancianos. En: L. Reynoso & I. Seligson (coord.). *Psicología y Salud*, pp. 191-218.
- 📖 Setién, S. M. (1993). Indicadores sociales de Calidad de vida. Un sistema de medición aplicado al país Vasco. España: siglo XXI.
- 📖 Turner, R. P. Lukoff, D; Barnhouse, R.T. Lu, F.G. (1995) Religious or spiritual problem: A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. *Journal of Transpersonal Psychology*, 23, pp.105-119.

- 📖 Veenhoven , R. (1996). “Develpments in satisfaction-research”.  
Social Indicators Research, 36 (1).
- 📖 Vitamonte, M. (1993) *Al encuentro de la salud, y longevidad*,  
México, trillas, pp.163-179
- 📖 Wulff, D.M. (1996), *Psychology of religión: classic and  
contemporary*. New York: Johon Wiley and Sons.